

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kati Korpela

OPAS HOITAJILLE NIELEMISVAIKEUKSIEN TUNNISTAMISESTA
JA NIELEMISTÄ HELPOTTAVISTA AUTTAMISMENETELMISTÄ

Sosiaali- ja terveysala, Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2008

OPAS HOITAJILLE NIELEMISVAIKEUKSIEN TUNNISTAMISESTA JA NIELEMISTÄ HELPOTTAVISTA AUTTAMISMENETELMISTÄ

Korpela Kati
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Toukokuu 2008
Henttonen, Tarja, THM
YKL: 59.8
Sivumäärä: 52

Asiasanat: Nieleminen, nielemishäiriö, ikääntyminen, auttaminen, ravitseminen, ohjeet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle opas nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä. Oppaan tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa nielemisvaikeuksien erilaisia oireita sekä auttaa valitsemaan oikea auttamismenetelmä ravitsemuksen turvaamiseksi.

Opinnäytetyön teoreettinen osuus pohjautuu ammatilliseen kirjallisuuteen. Teoreettisessa osuudessa käsiteltiin ravitsemusta, nielemisvaikeuksien esiintymistä ja niitä aiheuttavia sairauksia ikääntymisen näkökulmasta. Käsiteltävinä aiheina oli myös nielemisvaikeuksien tunnistaminen ja nielemisvaikeuksien diagnosoinnissa käytettävät tutkimukset sekä ikääntymisen liittyvät fysiologiset ja patologiset muutokset. Lisäksi käsiteltiin auttamismenetelmiä, jotka helpottavat ruokailua ja nielemistä sekä enteraaliseen ravitsemukseen turvautuminen. Teoreettisessa osuudessa käsiteltiin myös oppaan työstämiseen liittyviä kirjallisia ohjeistuksia ja terveysaineiston laatukriteereitä, joiden mukaan opas tuotettiin.

Oppaan sisältö pohjautuu tähän teoriatietoon. Oppaan sisältö valittiin kohderyhmän tarvetta vastaavaksi. Tarve selvitettiin yhteispalaverissa Palvelukoti Vanamon osastonhoitajan, yhteistyöhenkilön kanssa. Oppaan arvioinnin apuna käytettiin kyselylomaketta osoitettuna kohderyhmän henkilöille. Kyselylomakkeessa oli suljettuja ja avoimia kysymyksiä.

Opinnäytetyön tekemisen lähtökohtana oli Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnan tarve saada tietoa nielemisvaikeuksista ja nielemisvaikeuksien tunnistamisesta sekä nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä ja helposti nieltävistä ruoista ja juomista. Opasta työstäessä huomioitiin kohderyhmän työnkuvaan kuuluva ruoan valmistus työyksikössään. Opinnäytetyön tuotos on 12-sivuinen opas, joka tuli henkilökunnan käyttöön keväällä 2008.

GUIDE TO NURSES: HOW TO RECOGNISE PROBLEMS IN SWALLOWING AND TO EASE SWALLOWING

Korpela Kati
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
School of Social Services and Health Care
May 2008
Henttonen, Tarja, THM
YKL: 59.8
Number on page: 52

Keywords: swallowing, impairment in swallowing, ageing, helping, nutrition, directions

Intention of this thesis work was to create a guide in recognising problems in swallowing and alleviating swallowing for the nursing staff of Palvelukoti Vanamo. The aim of the guide was to increase the capacity of the nursing staff to recognise the symptoms of swallowing problems and to help to choose the right helping method to ensure nutrition.

The theoretic part of the thesis is strongly based on professional literature. The theoretic part dealt with nutrition, appearance of swallowing problems and diseases causing them from the perspective of ageing, recognising swallowing problems and the examinations used in diagnosing, physiological and pathological changes brought by ageing and helping methods that ease eating and swallowing and also ensuring nutrition by enteral nutrition. The theoretic part dealt also with literary directions related to working the guide and the quality criterion of sanitary material, after which the guide was created.

The content of the guide is based on this theoretical knowledge. The content of the guide was chosen to meet the need of the target group. The need was detected in a mutual meeting with the contact person of Palvelukoti Vanamo. An inquiry form was used to help evaluate the guide. There were both closed and open questions in the inquiry form.

As the starting point of doing the thesis was Palvelukoti Vanamo's personnel's need to get information about swallowing problems and recognising them. They also needed advice how to aid swallowing and information about food and drinks that are easy to swallow. Cooking that belongs to the job description of the target group was paid attention to when working the guide. The output of the thesis is a twelve-paged guide that was released to the use of the personnel in the spring 2008.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. PROJEKTITYÖN LÄHTÖKOHDAT	7
3. RAVITSEMUS	8
4. NIELEMINEEN JA NIELEMISEN MEKANISMIT	9
5.1 Suunieluperäiset nielemisvaikeudet	13
5.2 Ruokatorviperäiset nielemisvaikeudet	16
5.3 Lääkkeiden haittavaikutusten yhteys nielemisvaikeuteen	18
5.4 Nielemisvaikeuksien diagnosointi	19
6. IKÄÄNTYMISMUUTOKSIEN VAIKUTUS RAVITSEMUKSEEN	21
6.1 Suun ja suun alueen ikääntymismuutoksien vaikutus ruokailun toteuttamiseen ..	22
6.2 Aistien heikentymisen vaikutus ruokailun toteuttamiseen.....	23
6.3 Lääkehoidon huomioon ottaminen nielemisvaikeudessa.....	23
7. RAVITSEMUKSEN TURVAAMINEN NIELEMISVAIKEUDESSA	26
7.1 Ruokailun helpottaminen	27
7.2 Nielemisen helpottaminen.....	28
7.2.1 Nenämahaletkun kautta toteutettava ravitseminen.....	31
7.2.2 Gastrostooman kautta toteutettava ravitseminen.....	32
8. OPPAAN TYÖSTÄMINEN	32
8.1 Oppaan suunnittelu.....	32
8.1.1 Valmistautuminen	33
8.1.2 Tiedon keruu ja sisällön valinta	33
8.1.3 Tekstin jäsenitys	34
8.1.4 Esittämisjärjestyksen valinta.....	35
8.1.5 Oppaan ulkoasu, silmäiltävyys ja luettavuus	36
8.2 Oppaan suunnittelu.....	38
8.2.1. Oppaan laatiminen	39
8.2.2 Oppaan ulkoasua koskevat päätökset.....	39
8.2.3 Oppaassa käytetty esittämisjärjestysmalli ja oppaan taiton valinta	40
8.2.4. Oppaassa aiheiden esittämisjärjestys	41
8.3 Kyselylomakkeen ja saateen laatiminen oppaan arviointia varten	42
8.4 Oppaan arviointi kyselylomakkeen avulla	44
8.5 Oppaan pohdinta	45
9. PROJEKTITYÖN VAIHEET	48

10. POHDINTA	49
LÄHTEET	53
LIIITTEET	

1. JOHDANTO

Nielemisvaikeuksien tunnistaminen vaatii hoitajalta nielemistapahtuman tuntemusta, jolloin hän voi havainnoida nielemisvaikeudessa esiintyviä oireita. Oireiden varhainen tunnistaminen auttaa nielemisvaikeutta aiheuttavan sairauden hoitamisessa. Hoitajan taito tunnistaa nielemisvaikeuden oireistoa edesauttaa ikääntyneen henkilön ravitsemuksen onnistumista ja ehkäisee mahdollisten lisäsairauksien puhkeamista. Auttamismenetelmillä pystytään myös lisäämään tai ylläpitämään ikääntyneen omatoimisuutta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle. Oppaan tarkoituksena on tiedottaa nielemisvaikeuksista, nielemisvaikeuksien tunnistamisesta, nielemisvaikeuksien diagnostiikasta, nielemisvaikeuksien aiheuttamista ongelmista ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä sekä ravitsemuksen turvaamisen keinoista. Oppaan tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa nielemisvaikeuksien erilaisia oireita sekä auttaa valitsemaan oikea auttamismenetelmä ravitsemuksen turvaamiseksi. Tarkoituksena olisi, että opas on yksi apuväline hoitotyötä toteuttaessa Palvelukoti Vanamossa.

Näiden tavoitteiden pohjalta hoitohenkilökunta pystyy kohentamaan nielemisvaikeuksista kärsivän henkilön elämänlaatua ja mahdollisesti lisäämään omatoimisuutta sekä ehkäisemään mahdollisten lisäsairauksien puhkeamista.

2. PROJEKTITYÖN LÄHTÖKOHDAT

Projektityönä toteutettavan opinnäytetyön aihe ja kohderyhmä valittiin tammikuussa 2006. Kohderyhmäksi valikoitui sosiaalilautakunnan alaisuudessa toimiva tehostetun palveluasumisen yksikkö, Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunta. Palvelukoti Vanamossa asuu lähinnä mielenterveysongelmaisista ikäihmisistä, jotka saavat ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa. Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunta koostuu osastonhoitajasta, yhdestä sairaanhoitajasta ja kuudesta sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittaneista lähihoitajista ja perushoitajista.

Hoitohenkilökunnalla todettiin olevan ajankohtainen tarve saada tietoa nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä. Hoitohenkilökunnan yhtenä työtehtävänä on valmistaa itse ruoka palvelukodin asukkaille, jolloin ruuan koostumuksen muuttaminen ja muuttamisen keinot ovat heille tarpeellista tietoa. Palvelukoti Vanamon asukkailla saattaa esiintyä nielemisvaikeuksia eri syistä johtuen, kuten ikääntymiseen liittyvistä muutoksista suuontelossa ja ruoansulatuskanavassa tai jostain somaattisesta sairaudesta. Lääkkeet saattavat vaikeuttaa nielemisen onnistumista.

Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa projektimuotoisena. Projektin tuotos on opas hoitajille nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä. Oppaalle lähtökohtana on se, että hoitajille ei ole ennestään kirjallista tietoa nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä.

Sosiaalilautakunnalta anottiin lupa projektin toteuttamiseen. Projektisuunnitelma (Liite 1) lähetettiin yhdessä lupa-anomuksen (Liite 2) kanssa Porin kaupungin sosiaalikeskukseen, perusturvan osastopäällikölle, joka vastaa tehostetusta palveluasumisesta. Projektille saatiin tutkimuslupa 25.5.2007 (Liite 3).

3. RAVITSEMUS

Täysipainoinen ravinto on hyvinvoinnin perusedellytys, josta elimistö saa energiaa lihastyön toimintaan, kehon lämpötilouden tasaisuuden ylläpitämiseen, sydämen pumpaustehtävään, verenkierron ylläpitämiseen ja ruoan sulattamiseen sekä solujen uusiutumiseen (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2002, 197).

Ravintoaineiden tarpeeseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, koko, fyysinen aktiivisuus fysiologinen tila, perimä, ympäristö ja ruokavalion koostumus (Hasunen 2005, 47).

Elimistön tarvitseman energian lähteitä ovat hiilihydraatit, rasvat ja osittain proteiinit. Elimistön pääenergian lähteenä ovat hiilihydraatit, joilla on proteiineja säästävä vaikutus. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 51, 55.) Hiilihydraattipitoisia elintarvikkeita ovat esimerkiksi vilja, viljavalmistet, peruna, hedelmät, kasvikset, palkokasvit ja marjat. Osa hiilihydraateista kutsutaan kuiduiksi, koska niitä ei pystytä käsittelemään ruuansulatuskanavassa. Kuidut ehkäisevät ummetusta ja ylläpitävät kylläisyyden tunnetta sekä tasaavat verensokeria. Runsaasti kuituja saa täysjyväviljavalmistuksista, kasviksista, marjoista ja hedelmistä. Hiilihydraattipitoisten ruokien mukana tulee useita kivennäisaineita ja vitamiineja. (Peltosaari ym. 2002, 44; Kansanterveyslaitos, 2006.) Ravinnon ja rasvakudosten rasva on solujen tehokas energianlähde. Rasvasta saadaan myös rasvaliukoisia vitamiineja, kuten A-, D- ja E-vitamiineja. Rasvojen lähteitä ovat ravintorasvat, maitovalmistet ja lihavalmistet. (Peltosaari ym. 2002, 62; Kansanterveyslaitos, 2006.) Rasvat sisältävät energiaa paljon enemmän kuin hiilihydraatit ja proteiinit yhteensä, tällöin on mahdollista saada pienestäkin rasvaisesta ruokamäärästä riittävä energiamäärä. Haittapuolena on se, että tällöin muiden ravintotekijöiden saanti voi olla niukkaa, jolloin tilanne saattaa johtaa puutostiloihin. Haittana myös on energian liikaasaanti, jolloin rasva kerääntyy elimistöön ja rasvakudos elimistössä lisääntyy. (Peltosaari ym. 2002, 71, 73.)

Kudosten muodostumisen ja entisten uusiutumisen lähteitä ovat proteiinit eli valkuaisaineet ja kivennäisaineet. Proteiinit ovat välttämättömiä myös vasta-aineiden muodostumiselle ja nestetasapainon säätelyyn. Proteiineja saadaan lihasta, kalasta, maidosta,

viljasta, palkokasveista ja kanamunasta. Suositeltavaa on, että ruokavaliossa yhdisteltäisiin kasvi- ja eläinkunnan proteiineja. (Kansanterveyslaitos, 2006; Iivanainen ym. 2002, 197.) Kasviproteiinia saa herneistä, pavuista ja soijasta. Jos elimistö saa ylimääräistä proteiinia, varastoituu proteiini silloin rasvaksi. (Ihanainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2004, 50.)

Vitamiinit ja kivennäisaineet ovat tärkeitä ravintoaineita elimistölle, joita saadaan vain pieni määrä ruuasta. Ne säätelevät elimistön toimintoja, kuten rauta kuljettaa happea ja kalsium rakentaa luustoa. Kivennäisaineita ovat kalium, rauta, sinkki, seleeni, kalsium ja magnesium. Osa vitamiineista ja kivennäisaineista toimii antioksidanttina tai niiden rakennusaineina, jotka toimivat elimistössä hapettumisestoaineina. Antioksidanttien runsas määrä elimistössä saattaa suojata useilta sairauksilta. Antioksidantteja on runsaasti marjoissa, hedelmissä ja punaisissa ja vihreissä kasviksissa. (Kansanterveyslaitos 2006.)

Ruokasuositusten taustalla ovat ravitsemussuositukset, jotka koostuvat ravintoainekohtaisista ja ruokapohjaisista suosituksista. Ravintosuosituksissa tavoitellaan tasapainoista ravintoaineiden saantia sekä energian saannin ja kulutuksen tasapainottamista sekä puutostilojen ehkäisemistä. (Haglund, Hakala-Lahtinen, Huupponen & Ventola 1999, 14; Kara 2006, 25; Aro 2002, 169). Ravintoaineiden puutosoireet tai liikasaannin vaikutukset voivat ilmetä vasta kuukausien tai jopa vuosin jälkeen, koska ihmisellä on kyky varastoida ravintoaineita (Peltosaari ym. 2002, 9.)

4. NIELEMINEN JA NIELEMISEN MEKANISMIT

Nieleminen on peruselintoiminto, joka on monivaiheinen tapahtumasarja. Nielemistaapahtuma on tahdonalaisten ja tahdosta riippumattomien lihasten saumatonta yhteistyötä. Nieleminen muuttuu tietyssä vaiheessa tahdonalaisesta toiminnasta tahdosta riippumattomaksi, refleksinomaiseksi toiminnaksi. Hermoston säätelymekanismit vaikuttavat nielemiseen, aivohermoista mukana ovat kolmois-, kasvo-, kielikita-, kiertävä ja kielen

liikehermo. Nielemisen sensomotoriseen säätelyyn osallistuu aivohermojen lisäksi mm. keskiaivojen tumakkeesta lähtevät ekstrapyramidaaliradat, jotka huolehtivat lihasjännetydestä ja liikkeiden sujuvuudesta. (Ivory 2000, 13; Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 410 – 411.)

Ruoansulatuselimistöön kuuluvat maha-suolikanavan lisäksi sylkirauhaset, haima, maksa ja sappirakko, jotka erittävät ruoansulatusnesteet maha-suolikanavaan. Maha-suolikanavaan kuuluvat suontelo, nielu, ruokatorvi, mahalaukku ja ohutsuoli sekä peräaukkokanava. Nielusta on ruokatorven lisäksi pääsy henkitorveen kurkunpään kautta aina keuhkoihin asti. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 322; Ivory 2000, 13.)

Nielemistapahtuma on jaettu neljään eri vaiheeseen. Nielemistapahtuma alkaa oraalises-ta valmisteluvaiheesta, joka tapahtuu suontelossa, jossa huulio pitää ruoan suussa ja kieli kääntelee ruokamassaa, eli bolusta, jota hampaat hienontavat. Poskilihakset pitävät boluksen halutussa kohtaa ja samalla ruokaan sekoittuu pehmentävää sylkeä. (Salmenperä ym. 2002, 412.) Syljen mukana ruokaan sekoittuu sitkeää, nestemäistä limaa joka on nielemistä helpottava voiteluaine (Bjälje ym. 1999, 333). Valmisteluvaiheen lopussa kieli kokoaa ruoan yhdeksi bolukseksi, joka on yhdellä nielaisulla nieltävä annos. Bolus pysyy kielen päällä suulaen keskiosan vaiheilla juuri ennen nielaisua. Tähän ensimmäiseen vaiheeseen osallistuu aivohermoista kolmoisherma, joka välittää tuntoaistimuksia suun alueelta ja hermottaa puremalihaksia Kasvohermo puolestaan hermottaa suun sul-kijalihaksia ja aikaansaa syljenerityksen sekä kielen etuosan makutunnon, kielen sisäisiä lihaksia hermottaa kielen liikehermo. (Bjälje ym. 1999, 334.)

Seuraava vaihe nielemistapahtumassa on oraallinen vaihe, joka kestää sekunnin ajan. Kieli painautuu suulakea vasten ja samanaikaisesti kuljettaa bolusta kohti nielua, joka ärsyttää nielun paineeseen reagoivia aistinsoluja joista lähtee sensorisia hermoimpulsseja ydinjatkeessa sijaitsevaan nielemiskeskukseen. (Bjälje ym. 1999, s.334.) Boluksen ohittaessa kitakaaret, laukeaa nielemisrefleksi ja nielemistapahtuman tahdonalainen osuus päättyy. Tähän tapahtumaan aivohermoista osallistuu kielikitahermo, joka välittää nielun ja kielen takaosan tuntoaistimuksia sekä laukaisee nielemisrefleksin. (Bjälje ym. 1999, 334 – 335.)

Refleksin laukeamisesta alkaa sekunnin kestävä kolmas vaihe eli faryngaalinen vaihe, jossa tapahtuu lähes yhtäaikaisia nieluntoimintoja. Nielun lihakset supistuvat ja työntävät bolusta alaspäin samalla, kun ruokatorven suu rentoutuu ja aukeaa. Samaan aikaan kurkunpää nousee ja sulkeutuu tiiviisti kurkunkantta vasten. Ilman kulku pysähtyy hetkeksi ja boluksen kulkeutuminen keuhkoihin estyy. (Ivory 2000, 13.) Nieltävä bolus on yksi refleksisarjan laukaisijoista. Signaali kulkeutuu kielikitahermon ja kiertävähermon välityksellä aivorunkoon laukaisten nielemisrefleksin ja peristalttisen toiminnan. Hengitys pysähtyy nielemisen ajaksi, kun ruoka on kulkenut nielun läpi, ruokatorven yläsulki ja sulkeutuu ja hengitys käynnistyy uudelleen. (Bjälle ym. 1999, 334 – 335; Salmenperä ym. 2002, 411- 414.)

Viimeinen vaihe nielemistapahtumassa on esofagusvaihe, joka on kestoltaan noin 8-12 sekuntia ja tapahtuu ruokatorvessa. Ensin lihasten ympäröimä ruokatorvi rentoutuu ja päästää boluksen sisään. Nielemiskeskus laukaisee lihassupistuksen, joka etenee aaltomaisesti koko ruokatorven läpi ja työntää ruokaa edellään bolusta mahalaukkua kohti, tätä rengasmaista supistusaaltoa kutsutaan peristaltiikaksi. Nielemistapahtuma päättyy kun bolus on kulkeutunut mahalaukun suun läpi mahalaukkuun. (Bjälle ym. 1999, 334–335; Ivory 2000, 13.) Suuontelon anatomia ja nielemistapahtuma on kuvattu liitteessä 4.

5. NIELEMISVAIKEUDEN ESIINTYMINEN

Nielemisvaikeus eli dysfagia voi liittyä nielemistapahtuman eri vaiheisiin suussa, nielussa ja ruokatorvessa. Nielun poikkijuovaisten lihaksiston tai ruokatorven sileän lihasten toimintahäiriö voi aiheuttaa nielemisvaikeutta. (Pikkarainen 2007, 27.) Lihastoiminnan häiriintyminen ja tuntehäiriöt suuontelon lihaksissa, kuten poskissa, leuassa, huulissa, kielessä ja kitalaessa, vaikeuttavat nielemistapahtuman onnistumista aiheuttaen nielemisvaikeutta. Suuontelon lihaksissa saattaa esiintyä heikkoutta, jähmeyttä, hitautta tai vapinaa. Nielemisvaikeudessa boluksen käsittely suuontelossa on heikentynyt ja boluksen kuljettaminen nieluun laukaisemaan nielemisrefleksi vaikeutuu. (Ketola, Warinowski, Luoto & Niemi 1996, 6.) Nielemisvaikeuteen voi liittyä oksentelua, yskimistä, kivuliasta nielemistä ja ruoan palautumista ruuansulatuskanavan edelliseen osaan tai

ruokatorven alaosan ärsytyksestä aiheutuvaa nikotusta (Pikkarainen 2007, 27; Terveysportti).

Ruokatorvessa tapahtuu sekä rakenteellisia, että toiminnallisia muutoksia, jotka tuovat muutoksia nielemistapahtumaan. Rakenteellisia muutoksia ovat esimerkiksi lihassyiden määrän pientyminen ja mynteeristen hermosolujen vähentyminen sekä Barrettin ruokatorven yleistyminen. Barrettin ruokatorvi on refluksitaudin yksi komplikaatioista, joka tarkoittaa ruokatorven levyepiteelin korvautumista muuntuneella intestinaalityypisellä lieriöepiteelillä. Tavallisimpia toiminnallisia muutoksia ovat ylempään sulkielihakseen pienentynyt lepopaine ja hidastunut relaksaatio nielemisen jälkeen. (Vuoristo 2001, 121; Sihvo, Voutilainen & Salo 2007, 207.) Nielemisen onnistumista voi vaikeuttaa myös essentiaalinen vapina, jota voi esiintyä päässä ja kielessä, mutta yleisemmin sitä esiintyy liikesuorituksen aikana raajoissa, kuten käden ojennuksen aikana. Essentiaalisen vapinan aiheuttajaa ei tunneta ja se on Parkinsonin tautia yleisempi vapina muoto. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 212 – 213.) Keskeiseksi ongelmaksi nielemisvaikeudessa muodostuu aspiraatio eli ruuan joutuminen hengitysteihin, jonka seurauksena voi kehittyä keuhkokuume (Alin 1999, 66). Muita vakavia seurauksia nielemisvaikeudesta on tukehtuminen, kuivuminen ja aliravitsemus (Ojala 2006, 26).

Ruokailun vaikeuduttua ravinteiden ja nesteiden saanti voi jäädä puutteelliseksi. Elimistön kuivuminen voi olla oire nielemisvaikeudesta, joten on tärkeää tunnistaa kuivumisen oireita. Elimistön kuivumisen eli dehydraation oireita ovat limakalvojen ja ihon kuivuus sekä ihon punakka värytys. Syketaajuus on lisääntynyt ja raajojen ääreisosat ovat kylmät, koska elimistössä kiertävän veren määrä tai kokonaisnestetilavuuden määrä on vähentynyt. Laboratorio kokeissa voidaan todeta kohonnut hemoglobiini sekä hematokriitti ja seerumin proteiini. Natriumarvot veressä ovat koholla, natrium on elimistön tärkeimpiä suoloja, jotka ovat välttämätön aineenvaihdunnan toiminnalle. Virtsassa osmolaliteetti on lisääntynyt. (Rautava-Nurmi, Saarelainen, Sjövall, Vuorisalo, & Westergård 2000, 32; Salmenperä ym. 2002, 417.) Kroonista sairautta sairastavilla nielemisvaikeus voi edetä hitaasti ja sen oireisiin tottuu sekä siihen reagoi vähentämällä ateriannoksien kokoa, jolloin riittävän energian saanti estyy (Salmenperä ym. 2002, 416).

Nielemisvaikeudet voidaan jakaa kahteen eri ryhmään nielemisvaikeuden sijainnin mukaan, suunieluperäiseen ja ruokatorvipерäiseen nielemisvaikeuteen (Salmenperä ym. 2002, 416).

5.1 Suunieluperäiset nielemisvaikeudet

Suunieluperäisen nielemisvaikeuden aiheuttajia voivat olla muuan muassa Parkinsonin tauti, MS-tauti, ALS, jolle on ominaista lihasten surkastuminen ja sitä seuraava halvaantuminen, aivoverenkiertohäiriö. Myasthenia gravis (MG) on tavallisin hermolihaskudoksen alueella paikantuva sairaus. Oireisiin kuuluu puremis- ja nielemisvaikeutta. Sairaudelle ominaista on lihasheikkouden esiintyminen, joka on selkeämpää yläraajoissa kuin alaraajoissa. Täten myös ruokailun toteutuminen vaikeutuu. (Somer 2006, 530 – 531.)

Oraalisen valmisteluvaiheen ongelmia voivat olla esimerkiksi huulion puutteellinen sulku, jolloin vesi valuu välittömästi suusta ulos. Jos kielen liikkeet ovat vajavaiset tai kieltä ei pysty liikuttamaan, jää silloin ruuan hienontaminen puutteelliseksi eikä välttämättä pysty kokoamaan bolusta kielen päälle. Puristuksen tunne niellessä voi kertoa ruokatorven yläkurojan heikosta relaksoitumisesta tai spastisuudesta, jolloin bolus voi jäädä nieluun ja valua henkitorveen seuraavan sisään hengityksen aikana. (Salmenperä ym. 2002, 416 – 417.) Yskiminen ja kostea ääni saattavat olla merkki siitä, että juotua nestettä on jäänyt äänihuulien päälle. Ruokatorvessa olevat kuroumat voivat estää boluksen kulkeutumista mahalaukkuun, jolloin nielty bolus palautuu muutaman sekunnin kuluttua takaisin suuhun. (Ketola, Warinowski, Luoto & Niemi 1996, 6.)

MS-tauti

MS-tauti eli multippeliskleroosi on krooninen keskushermoston autoimmuunisairaus. MS-taudissa aivojen ja selkäytimen valkean aineen pesäkemäiset tulehdukselliset vauriot ovat tyypillisiä. MS-taudin oireista lihasheikkous, tutina, ataksia eli hallintakyvyttömyys, lihasten spastisuus eli jäykkyys, koordinaatio-, kognitiiviset häiriöt vaikeuttavat

nielemistä ja ruokailun onnistumista. Käsien voimattomuus, lihasten jäykkyys tai käsien vapina vaikeuttavat ruokailun toteuttamista. Nielemisen onnistumista vaikeuttaa pään tutina. Ruoka-annoksen pysyminen kielen päällä hankaloituu, koska tutina suistaa annoksen pois paikoiltaan. (Salmenperä ym. 2002, 110 – 111, 120, 123; Reunanen, 2003, 21.) Tunnon muutoksia ja puutoksia saattaa esiintyä suuontelon lihaksissa. Tuntomuutokset saattavat ilmetä kihelmöintinä, pistelynä, kutinana ja kuumotuksena, joita aiheuttaa keskushermoston tuntohermojen alueella oleva myeliinikato. Tuntomuutokset vaikeuttavat ruoan käsittelyä suuontelossa. Tuntomuutokset ovat usein ohimeneviä ja vaihtelevia. Tuntoaistin täydellinen menettäminen on harvinaista. Tuntuu puutokset vaikeuttavat kirjoittamista ja esineiden muotojen hahmottamista. Astioiden ja aterimien sekä ruoan hahmottaminen on vaikeutunut, joka hankaloittaa ruokailun toteuttamista. (Salmenperä ym. 2002, 117 – 118.) Kognitiiviset häiriöt ilmenevät muun muassa kielellisissä toiminnoissa. Kielellisten toimintojen vaikeutuessa ruuan käsittely suuontelossa hankaloituu. Kieli ei toimi normaalisti, jolloin ruoka-annoksen käsittely ja kokoaminen suuontelossa on vaikeaa. (Salmenperä ym. 2002, 123.)

ALS

ALS eli Amyotrofinen lateraalikleroosi on tuntemattomasta syystä johtuva sairaus, jossa liikehermoratojen rappeutumisen seurauksena tahdonalainen lihaksisto heikkenee ja surkastuu. Sydänlihaksen, suoliston ja virtsarakon toiminta säilyy normaalina, kuten kaikkien aistienkin toiminta. Sairauden alkuvaihe on usein oireeton, joten oireiden ilmetessä on jo puolet motorisista hermosoluista tuhoutunut. Ensimmäisinä oireina ilmenee lihasheikkoutta ja lihaskatoa. Näitä oireita esiintyy eri lihasryhmissä ja alkavat usein toispuoleisena, joko ylä- tai alaraajasta. Yläraajoissa lihasheikkous ilmenee käden puristusvoiman heikentymisenä ja käsien kömpelyytenä. Alaraajoissa lihasheikkous ilmenee kävellessä kompasteluna. Sairastuneisiin lihaksiin ilmaantuu myös vaihtelevassa määrin lihasjäykkyyttä. (Salmenperä ym. 2002, 130 – 132.)

Sairauden alkaessa puhe- ja nielemisvaikeuksilla on sairauden eteneminen nopeampaa kuin lihasoirein alkavat. Oireena ovat puheen muuttuminen honottavaksi ja äänteet alkavat olla epäselviä sekä puhe hidastuu ja ääni käheytyy. Nielemisvaikeus ilmenee aluksi nesteiden nielemisen vaikeutuneisuudella. Sairastunut alkaa yskiä ruokaillessa ja

saattaa vältellä juomista sekä ruokailu hidastuu. Nielemisvaikeuksiin liittyy myös jatkuva syljen valuminen. Nielemisvaikeus aiheuttaa usein painon alenemista. (Salmenperä ym. 2002, 130 – 132; Somer 2006, 497.) Riippumatta siitä, mistä lihaksista sairaus alkaa, oireiden etenemistä seuraa yleinen lihaskato ja lihasheikkous, liikunta- ja toimintakyvyn menetys sekä puhe-, nielemis- ja hengitysvaikeudet. (Salmenperä ym. 2002, 130 – 132.)

Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on krooninen sairaus, joka on yleensä hitaasti etenevä hermoston sairaus. Parkinsonin taudin oireet aiheutuvat liikesäätelyyn osallistuvien hermosolujen tuhoutumisesta. Samanlaista solujen vähittäistä tuhoutumista tapahtuu normaalissakin vanhenemisessä, mutta Parkinsonin taudissa tuhoutuminen alkaa aikaisemmin ja on voimakkaampaa. (Salmenperä ym. 2002, 175, 177; Kuopio 2005, 2.)

Parkinsonin tautia sairastavan pureskelua saattaa haitata suun ja kasvojen alueen jäykkyys tai vapina. Vapina saattaa haitata nielemisrefleksin laukeamista, koska vapina voi pyöräyttää kielen päälle kerätyn boluksen takaisin suun etuosaan. (Salmenperä ym. 2002, 416 – 417.)

Ravitsemuksessa tulee ottaa huomioon perusenergian tarpeen lisääntyminen lihasten lisääntyvän työn vuoksi. Vapina, jäykkyys ja tahattomat liikkeet vaikeuttavat ruokailun toteuttamista ja nielemisrefleksin laukeamista. (Salmenperä 2002, 175, 177.) Vapinan vuoksi ruoka saattaa pudota lusikalta ennen suuhun päästyään. Lihasten jäykkyys ja liikkeiden aloittamisen vaikeus johtavat helposti Parkinsonia sairastavan henkilön syöttämiseen niin kotioloissa kuin laitoshoidossakin, vaikka henkilö suoriutuisi itse vielä ruokailusta. Parkinsonintaudissa käytettävät lääkkeet saattavat aiheuttaa ylävatsan turvotusta ruokailun jälkeen tai mahalaukun tyhjentymisen on hidasta. (Vallejo, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 260.)

Parkinsonintautia sairastavien ruokailun toteuttamisen tavoitteena on, että ravitsemustila säilyy hyvänä ja lääkkeet vaikuttavat mahdollisimman tasaisesti sekä ruokavalion sisäl-

tää riittävästi valkuaisaineita ja syöminen säilyy mielihyvän lähteenä. (Vallejo ym. 2005, 260.)

Aivoverenkiertohäiriöt

Aivoverenkiertohäiriön syntyyn vaikuttavat elintavat, mutta myös verenkierron säätelymekanismien häiriöt. Vaaratekijöitä ikääntyneillä on esimerkiksi sydämen vajaatoiminta ja rytmihäiriöt. Ohimenevän aivoverenkiertohäiriön eli TIA:n ja aivoinfarktin oireistoon liittyy nielemisvaikeutta. (Aejmelaeus ym. 2007, 208 – 120.) Aivohalvauksesta potevan henkilön ruokailun toteuttamisen tavoitteena on, että vältetään aspiraatiopneumonialta, ruokailu tapahtuu omatoimisesti ja säilytetään hyvä ravitsemus- ja nestetasapaino (Vallejo ym. 2005, 178). Aivoverenkiertohäiriön seurauksena nielemisvaikeudessa saattaa olla kyse kurkunpään lihaksiston toimintahäiriöstä tai viivästyneestä nielemisrefleksistä sekä nielun tuntopuutoksista (Alin 1999, 66). Aivoverenkiertohäiriöstä kärsivän suun ja nielun toimintahäiriö voi tulla ilmi puheen epäselvyytenä, kasvojen epäsymmetriana, suun sulkemisen vaikeutena sekä syljen valumisena suusta tai äänen kuulostaminen kostealta, vaimealta, käheältä tai nasaaliselta. Aivohalvauksen akuutissa vaiheessa, ikääntynyt ei välttämättä pysty itse lainkaan syömään tai juomaan suun kautta. Yskimistä saattaa olla paljon ruokailun yhteydessä, mutta se on ponnetonta eikä siitä ole juurikaan apua. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 324; Vallejo ym. 2005, 178.)

5.2 Ruokatorviperäiset nielemisvaikeudet

Ikääntyneen ruokatorviperäisen nielemishäiriön syynä voivat olla motiliteettihäiriö, mekaaninen este, ruokatorvitulehdus tai joidenkin näiden yhdistelmä (Vuoristo 2001, 122). Ruokatorviperäisen nielemisvaikeuden aiheuttajia voivat olla mm. Presbyefagus, Akalasia joka on ruokatorven alasukkijalihaksen herpaantumiskyvyttömyyttä, Skleroderma, joka on pitkäaikainen kollageenitauti, jolle ominaista on sidekudoksen kovettuminen ja kutistuminen jolloin ruokatorven motiliteetti vähenee, diffuusi spasmi eli hajanainen kouristus. Pitkäaikaisen refluksitaudin lopputuloksena voi olla striktuura eli kurouma,

jolloin pitkäaikainen haavaumaprosessi muodostaa arpimaisen kurouman koko ruokatorven ympäri. (Vuoristo 2001, 121; Vauhkonen & Holmström 2005, 205, 206.)

Striktuura

Striktuura on hyvänlaatuinen ruokatorvea ahtauttava patologinen muutos, joka kattaa ruokatorven ympäryksen. Striktuurin aiheuttajista yleisin on refluksitauti, 70 – 80 %. Muita aiheuttajia ovat syövyttävät happamat tai emäksiset aineet, synnynnäiset kalvo-omaiset, iho- ja sidekudossairaudet, traumat, ruokatorveen kohdistuvat toimenpiteet, pitkäaikainen nenämahaletkun käyttäminen ja lääkeaineet sekä sädehoidon kohdentaminen ruokatorveen. Striktuura altistaa ruokatorven limakalvot pitkittyneelle happoaltistukselle ruokatorven alemman sulkijalihaksen paineen matalemisella ja ruokatorven motorisen toiminnan heikentymisellä. (Sihvo ym. 2005, 1019.) Striktuurin syynä on toistuva limakalvon vaurio, jolloin vaurion voimakkuus tuhoaa paljon tukikudosta. Tuhoutunut kudos korvaantuu arpikudoksella mutta arpikudos ei pysty korvaamaan tuhoutuneen kudoksen toimintaa. Striktuurin aiheuttajasta riippuen määräytyy arpeutuneen kudoksen sijainti. Striktuura voi esiintyä korkealla ruokatorven runko-osassa tai ruokatorven keskiosassa. (Karttunen, Soini & Vuopala 2005, 208; Räsänen, Sihvo, & Salo, 2005, 1019.) Syövyttävät aineet, kuten kuivapesu-, konetiski- ja viemäreiden puhdistusaineet, aiheuttavat limakalvoilla turvotusta ja nekroosia eli kudos kuolleisuutta sekä haavoittumista. Ruokatorven striktuurin tyypillinen oire on paheneva nielemisvaikeus. (Räsänen ym. 2005, 1019 – 1020; Sihvo ym. 2007, 214.)

Akalasia

Akalasiaan liittyy epätäydellinen ruokatorven alasulkijan relaksaatio sekä ruokatorven runko-osasta puuttuu peristaltiikka. Peristaltiikka on rengasmaisen lihassupistus, joka kulkee ruokatorvea pitkin samalla ruoka-annosta eteenpäin vieden. Akalasian tärkein oire on nielemisvaikeus, jota ilmenee lähes kaikilla potilailta. Muita oireita ovat rintalastan takainen kipu, toistuvaa yskimistä, aspiraatiota ja keuhkokuumeita. Pitkälle edenneessä akalasiassa ruoka ja nesteet rentoittuvat ruokatorveen ja sairastunut henkilö laihtuu. (Luostarinen & Punkkinen 2007, 221 – 223.)

Diffuusi ruokatorvispasmi ja pähkinäsärkijä-ruokatorvi

Diffuusi ruokatorvispasmi on oireyhtymä, jossa esiintyy rintakipua ja ruokatorven runko-osassa on poikkeava motiliteetti. Rintakipu voi vaihdella lievästä voimakkaaseen, ja se voi säteillä selkään ja leukoihin. Rintakipua esiintyy usein kuuman tai kylmän ruoan tai ison ruokapalan nielemisen yhteydessä tai hiilihappopitoista juomaa nieltäessä. Diffuusi ruokatorvispasmilla ja pähkinäsärkijä-ruokatorvella on samankaltaisia oireita. Pähkinäsärkijä-ruokatorvessa ruokatorven peristalttiset aallot ovat tavallista voimakkaampia, motiliteettihäiriöitä ja sairastunut aistii ne rintakipuina. (Luostarinen ym. 2007, 226.)

5.3 Lääkkeiden haittavaikutusten yhteys nielemisvaikeuteen

Psykoosilääkkeet lievittävät psykoottisia oireita, kuten harhoja, estämällä dopamiinin vaikutusta aivoissa. Dopamiini puolestaan osallistuu lihasten liikkeiden kontrollointiin, dopamiinin vaikutuksen vähentyessä saattaa aiheutua Parkinsonin taudin kaltaisia oireita. Tätä haittavaikutusta kutsutaan lääkeparkinsonismiksi. Oireistoon kuuluvat hidashiikkeisyyttä, vapinaa ja jäykkyyttä. Jäykkyydestä voi seurata liikuntakyvyn äkillinen menetys. Lääkeparkinsonismi on lihastoimintahäiriöistä yleisin haittavaikutus. Lääkeparkinsonismi saattaa aiheutua jo lyhytaikaisen psykoosilääkkeen käytön aikana ja lieventyvät lääkkeen käytön lopetettua. Pitkäkestoisen käytön haittavaikutuksia ovat suun, kasvojen ja pään pakkoliikkeet, jotka jatkuvat lääkkeen lopettamisen jälkeenkin. Liitteessä 5, on lääkeparkinsonismia haittavaikutuksena aiheuttavia lääkeryhmiä ja lääkeaineita. (Kivelä 2004, 76; Kivelä 2005, 69 – 70; Aejmelaeus ym. 2007, 213.)

Jotkut lääkkeet vähentävät syljen eritystä (Liite 6, Liite 7), kuten suunkautta otettavat jauheet, esimerkiksi Atrovent[®], nesteenpoistolääkkeet, jotkin verenpainelääkkeet sekä jotkin masennuslääkkeet, esimerkiksi Triptyl[®], psykoosilääkkeet, esimerkiksi Serenase[®]. Syljen erityksen vähennettyä, syljen bikarbonaatti määrä ei riitä neutraloimaan suuontelon bakteerien tuottamia happoja. Tällöin hammaskiille syöpyy ja syöminen vaikeutuu. (Bjälje ym. 1999, 333; Kivelä 2008, 357, 361; Kivelä 2004, 49, 70, 78.) Jotkut lääkkeet heikentävät ruokatorven alaosan sulkijamekanismia, jolloin mahaneste voi päästä nousemaan ruokatorveen vaurioittamaan limakalvoja (Liite 8) (Kivelä 2004, 25).

Suun limakalvot saattavat ohentua lääkkeiden sivuvaikutuksena, jolloin limakalvot vaurioituvat herkästi (Liite 9). Syljen erityksen vähentyessä ja ohuiden limakalvojen yhteisvaikutuksena suusta tulee herkästi haavoittuva ja tulehtuva, mikä vaikeuttaa entisestään pureskelua. (Suominen 2007, 6.)

Aivojen serotiinitasoa kohentavat lääkkeet, kuten tramadoli (Tramal[®]) ja psykelääkkeet, voivat aiheuttaa liian suurin annoksin tai yhdessä käytettynä serotiinioireyhtymän. Oireyhtymän oireita ovat tajunnan tason aleneminen, vapina ja lihasjäykkyys. (Kivelä 2005, 128.) Serotiinioireyhtymän saattaa aiheutua myös masennuslääkkeen tai tramadolin yhtäaikaisessa käytössä dekstrometorfaanin (Resilar[®]), triptaanimigreenilääkkeiden (Zomig[®]), fentanyylikipulääkkeiden (Durogesic[®]) tai metoklopramidin (Primperan[®]) kanssa (Kivelä 2005, 128 – 129).

Lääkeparkinsonismin ja serotiinioireyhtymän oireet saattavat vaikeuttaa ruokailun ja nielemisen toteuttamista.

5.4 Nielemisvaikeuksien diagnosointi

Hoitajien tulee osata tehdä havaintoja nielemisestä ja pystyä erottamaan vaikeista nielemisvaikeuksista kärsivät, jotka tarvitsevat tarkempia tutkimuksia ja hoitoja. Tulee muistaa, että nielemisvaikeus on seuraus jostain. Nielemisvaikeus voi olla seurasta esimerkiksi kasvaimesta, siksi ei ole yhden tekevää mistä nielemisvaikeus on aiheutunut vaan se täytyy selvittää, että pystytään ajoissa aloittamaan tarvittavat hoidot. (Salmenperä ym. 2002, 410.) Nielemisvaikeuksien kartoittamisen tekee korva-, nenä- ja kurkkutauteihin erikoistunut lääkäri. Aluksi selvitetään mahdolliset taustasairaudet ja henkilön käyttämät lääkkeet. Lääkärin tulee tehdä perusteellinen haastattelu, jossa selvitetään nielemisoireiden kesto, luonne, kivun esiintyminen ja nielemisen vaikeus. (Mäkitie 2006.)

Lääkäri tutkii palpaatioimalla eli painelemalla kaulan imusolmukkeet, suupohjan ja kielen. Huomio kiinnittyy huulten sulkuvoimaan, kielen liikenopeuteen, hampaistoon, syljeneritykseen, suulaen ja suunielun takaosien motoriikkaan ja sen symmetrisyyteen.

Kielentyven alue, alanielu ja kurkunpää myös tarkastetaan otsalampun ja peilin avulla tai tähystyksellä eli nasofaryngofiberoskoopilla. Tähystin viedään nenäkäytävää pitkin nenänieluun alanieluun asti. Tähystimellä pystytään tarkistamaan limakalvoalueen mahdolliset kasvaimet sekä nielun toiminnan symmetrisyys. Tähystyksen aikana tutkittavaa pyydetään äännelemään tai nielemään pieniä määriä eripaksuisia nesteitä, jolloin saadaan käsitys nielun toiminnasta. Lääkäri voi myös tutkia ruoan pureskelua ja nielemistä suuontelovaiheen osalta, jolloin huomiota kiinnitetään yskimisen esiintymiseen tai aspiraatioon. (Mäkitie 2006.)

Nielemisvaikeuden lopullinen diagnoosi edellyttää lähes aina lisätutkimuksena gastroskopiaa eli mahalaukun tähystystä. Gastroskopiassa viedään suun kautta taipuisa kuituoptinen tai videoendoskooppi henkilön ollessa istuallaan tai vasemmalla kylkimakuulla. Tähystyksessä tarkastellaan ruoansulatuskanavan mahdollisia muutoksia ja voidaan ottaa tarvittavia näytteitä, joiden ottaminen on potilaalle kivutonta. Tilanteissa, joissa gastroskopialöydös on normaali, voi ruokatorven manometritutkimuksesta olla merkittävä apu. (Vuoristo 2001, 122; Vauhkonen ym. 2005, 204; Holmia ym. 2004, 452.)

Manometriatutkimuksella selvitetään ruokatorven supistustoimintaa. Manometriatutkimuksella voidaan tarkastella ruokatorven alasulkijaa, runko-osaa ja yläsulkijaa. Tutkimuksen aikana selvitetään ruokatorven lepotilan olosuhteet ja ruokatorven toiminta nielaisun aikana. Tutkittavan täytyy nielaista pieniä määriä nestettä, nielaisun etenemistä seurataan ruokatorvessa. (Nieminen 2002, 1647.)

Ruokatorven pH-mittaus suoritetaan silloin, kun epäillään mahansisällön nousevan ruokatorveen, joka voi viitata ruokatorven alemman sulkijalihaksen toimintahäiriöön. Ruokatorveen laitetaan nenän kautta anturi ruokatorven alaosaan asti, joka mittaa vuorokauden ajan happaman mahansisällön nousua ruokatorveen. Mittauksen aikana tutkittavan tulee pitää ruokapäiväkirjaa ja keskitettävä ruokailunsa tasaisiksi ajoiksi jättäen pois välipalat ja ns. ylimääräiset syömiset. Suun ja nielun kasvainta epäiltäessä mahdollisia lisätutkimuksia ovat laryngoskopia eli kurkunpään tähystys ja ruokatorven yläosan varjoainetutkimus, mahdollisesti myös ruokatorven filmaus ja gastroskopia. Manometrian käytöstä ruokatorven yläosan sairauksien diagnostiikassa on vähän kokemuksia. (Vuoristo 2001, s.122; Vauhkonen ym. 2005, 204; Terveystietolähde.)

6. IKÄÄNTYMISMUUTOKSIEN VAIKUTUS RAVITSEMUKSEEN

Tutkimuksien mukaan ikääntyneiden nielemisvaikeudet johtuvat ruokatorven ikääntymismuutoksista ja ikään liittyvistä sairauksista ja käytetyistä lääkkeistä. Ikään liittyvistä sairauksista voidaan mainita neuromuskulaariset sairaudet. Joidenkin lääkkeiden kanssa otettu liian vähäinen nestemäärä aiheuttaa ruokatorven ahtauttavaa ja haittaavaa arpikudosta syövyttämällä ruokatorven pintaa, jolloin nieleminen vaikeutuu. (Salmenperä ym. 2002, 417.) Elimistön muutokset altistavat ravitsemushäiriöille ravintoaineiden imeytymisen heikentymisen vuoksi. Ravintoaineiden riittämätön imeytyminen altistaa sairauksille vastustuskyvyn heikentyessä, jolloin sairauksista toipuminenkin vaikeutuu. Fyysisen aktiivisuuden vähentyessä lihasmassa pienenee ja yhteysvaikutuksena ravitsemushäiriön kanssa toimintakyky alenee, jolloin avun tarve lisääntyy jokapäiväisissä toiminnoissa. (Räihä 2005, 312 – 313.) Aluksi ikääntyessä lihaskudos alkaa korvautua rasvakudoksella, jolloin paino pysyy lähes muuttumattomana. Myöhemmin ikääntyessä ihonalainen rasvakudos alkaa vähentyä ja rasva alkaa kerääntyä sisäelinten ympärille. (Tilvis 2001, 315 – 316.)

Ikääntyessä elinten toiminta heikkenee tai hidastuu, ruoansulatukseen osallistuvien mahaentsyymien erittyminen vähenee. Mahahapon erityksen vähennyttyä, happamat ruoat tuntuvat sopivimmilta, kuten piimä, viili, jogurtti ja puolukat. (Kivelä 2005, 9.)

Elintoimintojen ylläpitämiseksi tarvitaan energiaa, jota saadaan hiilihydraateista, rasvoista ja proteiineista. Ikääntyessä ravinnon proteiinin hyväksikäyttö heikkenee, mutta proteiinin tarve pysyy samana kuin nuoremmilla ihmisillä. Lyhytaikainenkin proteiinin puute altistaa sairastumisen yhteydessä elimistön puolustuskykyyn ja vaikuttaa solu- ja lihasmassaan. Elimistön puolustuskyvyn alentumisesta seuraa mahdollisesti lisää sairauksien puhkeamista joka hankaloittaa entisestään ravitsemuksen onnistumista. (Suominen 2003, 379 – 380.)

Ikääntyminen vaikuttaa luuston ja lihasvoiman heikkenemiseen, joiden muutokset alentavat fyysistä toimintakykyä. (Suominen, H. 2008, 103; Sipilä, Rantanen, & Tiainen 2008, 112).

Ikääntyessä aliravitsemuksen riski kasvaa elimistöllisten muutoksien ja sairauksien lisääntyessä. Iäkkäiden ihmisten ravitsemusongelmat voivat ilmetä monella tavalla. Selkeimpinä muutoksina voidaan havaita laihtuminen ja aliravitsemus, joka on seurausta liian vähäisestä energian ja proteiinin saannista. Ikääntyneen kohdalla saattaa olla myös kyse virheravitsemuksesta. Virheravitsemus saattaa johtua sopivasta tai liiallisesta energian saannista, mutta niukasta suojaravintoaineiden saannista. Lihavakin ihminen voi kärsiä huonosta ravitsemustilasta. (Suominen 2007, 6.)

6.1 Suun ja suun alueen ikääntymismuutoksien vaikutus ruokailun toteuttamiseen

Suussa ja suun alueella tapahtuu ikääntymismuutoksia, jotka vaikuttavat syömiseen ja nielemiseen (Aejmelaeus ym. 2007, 109). Kuten syljen eristyksen väheneminen, jolloin kieli saattaa tarttua kitalakeen ja suupielet tulehtuvat herkästi sekä kieltä kirvelee (Aejmelaeus ym. 2007, 109). Suun kuivuminen aiheuttaa limakalvoilla kielen uurteisuuksia ja punotusta sekä huulten halkeilua ja rohtumista, myös makuaistimukset voivat muuttua tämän seurauksena. Sylkirauhasissa saattaa esiintyä ohimenevänä oireena arkuutta ja turvotusta. (Peitsaro, Lenander-Lumikari & Kuusilehto 2001, 1273.)

Syljen erityks vähenee, koska sylkirauhasten toimiva rauhaskudos korvautuu osittain sidekudoksella. Suun kuivuminen lisää hampaiden reikiintymistä sekä heikentää hammasproteesien pysymistä suussa, koska sylki ei riitä huuhtelemaan suuta bakteereista. (Aejmelaeus ym. 2007, 109.) Syljen tehtävänä on liukastaa ruoka-annos, jotta se kulkisi helposti mahalaukuun. Sylki vähentää myös kitkaa huulten sisäpinnan limakalvon ja ikenien sekä hampaiden välillä, jolloin myös kieli liikkuu takertelematta. (Valpas 2001, 1.) Suunalueen kuivuuteen syynä ovat tavallisimmin sairaudet, kuten diabetes, reumatoidit, sylkirauhasten sairaudet. Suun alueen kuivumisen hoitoon on teollisesti valmistettu syljen korviketta, keinosylkeä. Keinosylkeä suihkautetaan suun alueen limakalvoille ja kielelle. Saatavilla on myös syljen eristystä lisäävä suuvettä ja geeliä. Suun alueen kuivumista voidaan hoitaa myös kostuttamalla suuta usein vedellä. (Aejmelaeus ym. 2007, 137.)

Ikääntyneillä hampaat alkavat heikentyä, joka ei johdu pelkästään normaalista ikääntymisen muutoksista vaan myös epäterveellisestä ja puutteellisesta ravinnosta. Hampaiden kunto ja lukumäärä vaikuttavat kykyyn syödä pureskelua vaativaa ruokaa. Hammasproteesien purentavoima on alhaisempi kuin omien hampaitten sekä proteesit saattavat olla sopimattomat sekä huonokuntoiset. Huonot hammasproteesit altistavat suuta ja suun limakalvoja vaurioitumisille ja haavaumille sekä tulehduksille. Ruoansulatuskanavan limakalvojen haurastuminen saattaa vaikeuttaa, varsinkin kuivan ruuan nielemistä. (Aejmelaesus ym. 2007, 109.)

Huono hammas- ja suuhygienia saattaa aiheuttaa suutulehduksia, jolloin ruoan pureskeleminen jää riittämättömäksi ja ruoansulatus voi häiriintyä. Kipeä suu rajoittaa myös ruoka-ainevalikoimaa, kuten kirpeät ja happamat kasvikset ja tomaatit, viinimarjat, appelsiinit saattavat jäädä syömättä. (Aejmelaesus ym. 2007, 109.)

6.2 Aistien heikentymisen vaikutus ruokailun toteuttamiseen

Ikääntyminen vaikuttaa ihmisen kykyyn aistia elimistössä ja ympäristössä tapahtuvia muutoksia (Aejmelaesus ym. 2007, 31). Ikääntyneen ravitsemuksessa täytyy ottaa huomioon myös aistien muuttuminen. Ruoan maun aistimiseen vaikuttavat haju- ja maku-aistien lisäksi myös ruoan lämpö ja rakenne. Hajuaisti heikkenee voimakkaammin kuin maku-aisti. Hajuaisti vaikuttaa ruuan tunnistamiseen ja ruokahaluun, jolloin ruokailun mielekkyyttä saattaa laskea. Makean maun ikääntynyt maistaa hapanta, karvaan tai suolaista maukua selkeämmin. Ruoan maistuvuutta voi lisätä käyttämällä mausteita, yrttejä ja suolaa voimakkaammin. (Aejmelaesus ym. 2007, 109; Suominen, M. 2008, 471 – 472.)

6.3 Lääkehoidon huomioon ottaminen nielemisvaikeudessa

Ikääntyessä lisääntyy usein lääkehoidon tarve, koska sairauksien esiintyvyys yleistyy. Useampien lääkkeiden samanaikainen käyttö lisää haitallisia yhteisvaikutuksia ja ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset saattavat muuttaa lääkeaineiden vaikutusta

elimistössä. (Kivelä 2008, 354.) Ikääntyessä lääkeaineiden metabolia eli aineenvaihdunta hidastuu, jolloin lääkeaineiden pitoisuudet elimistössä muuttuvat normaaliin aikuisen nähden. Lääkepitoisuuksien muuttuessa lääkkeiden haittavaikutukset ja yliannostusten riskit lisääntyvät. (Nurminen 2002, 48; Reunanen 2003, 81.)

Suun kautta otettavien lääkkeiden iso koko saattaa vaikeuttaa tabletin tai kapselin nielemistä. Tabletin tai kapselin nielemisen vaikeuduttua, ensisijaisesti tulee selvittää valmistetaanko kyseessä olevaa lääkettä jossain muussa muodossa. Monia lääkkeitä valmistetaan tabletti- ja kapselimuotojen lisäksi nestemäisinä ja erikokoisina tabletteina. (Kivelä 2005, 21 – 22.) Toisena voidaan selvittää onko kyseessä olevasta lääkkeestä rinnakkaisvalmistetta. Rinnakkaisvalmiste on täysin alkuperäisvalmisteen kaltainen, mutta eri valmistajan valmistama ja myymä valmiste. Rinnakkaisvalmisteista voidaan löytää helpommin otettava lääke, esimerkiksi kokonsa puolesta. (Kassara ym. 2004, 303.) Kolmantena vaihtoehtona on selvittää voidaanko lääkkeen antotapaa muuttaa. Kuten esimerkiksi kuumetta ja särkyä alentavien lääkkeiden antotapaa voidaan muuttaa peräsuolen kautta otettavaksi muodoksi, kuten supon muodossa sekä iholla käytettävien kipulaastarien muodossa. (Veräjäkorpä ym. 2006, 115.)

Lääkevalmisteiden murskaamista, jauhamista ja kapseleiden avaamista tulee välttää, jos valmisteyhteenvedossa tämä kielletään, jolloin käytetään jotain muuta lääkemuotoa. Lääkkeen murskaaminen, jauhaminen ja avaaminen (kapseleiden) saattaa aiheuttaa lääkkeen vaikutuksen muuttumista elimistössä. Pitkävaikutteiseksi tarkoitettujen lääkkeiden lääkemuodon hajottaminen vaikuttaa lääkeaineen imeytymiseen ja vaikutusajan lyhenemiseen. (Veräjäkorpä, Huupponen, Huupponen, Kaukkila, & Torniainen 2006, 114.)

Lääkevalmisteen hajottaminen, vastoin ohjeistoa, muuttaa lääkkeen tehoa ja vaikutusaikaa. Tabletit ovat usein päällystetty sokerikuorrutteisella päällysteellä, joka peittää lääkeaineen maun. Maun peittävyuden lisäksi päällyste suojaa suun limakalvoja lääkeaineen polttavalta ja kirvelevältä haittavaikutukselta. Murskatun lääkkeen antaminen ruokailun yhteydessä muuttaa ruoan makua, jolloin ruokailun mielekkyys laskee ja ruokaa voi jäädä syömättä tämän vuoksi. (Kassara ym. 2004, 324; Klaukka, Helin-Salmivaara, Huupponen & Idänpää-Heikkilä 2007, 4763.)

Lääkkeitä (murskattuja, murskaamattomia) ei saa sekoittaa lämpimään nesteeseen tai ruokaan, koska lämpö nopeuttaa kemiallisia reaktioita, jolloin lääkkeessä voi tapahtua ennalta tuntemattomia reaktioita (Kivelä 2005, 25). Lääkkeen nielemisen vaikeudessa voidaan poikkeuksellisesti lääke sekoittaa pieneen määrään mehukeittoa tai kiisseliä, joka tulee antaa välittömästi sekoittamisen jälkeen (Suominen, M. 2006, 44).

Jakourrottomia tabletteja ei tule halkaista, murskata tai jauhaa, samoin pehmeäkuorisia tai nestemäistä lääkeainetta sisältäviä kapseleita ei saa aukaista (Kassara ym. 2004, 324). Depotvalmisteet ovat tarkoitettu liukenemaan vasta ruoansulatuskanavassa, joten ne ovat päällystetty veteen liukenemattomalla kalvolla. Depotvalmisteista lääkeaine vapautuu hitaasti ja lääke vaikuttaa pitkään. Depotvalmisteiden murskaaminen, hienontaminen, avaaminen (depotkapselit) tai pureskelu aiheuttaa lääkeaineen liian nopean imeytymisen, josta saattaa aiheutua vakavia haittavaikutuksia. (Kassara ym. 2004, 324.) Enterotabletit ja enterokapselit ovat tarkoitettu nautittavan kokonaisena vaikutuspaikansa vuoksi, koska enterovalmisteet liukenevat vasta suolistossa (Kassara ym. 2004, 324).

Melko nopeasti vaikuttamaan tarkoitettuja lääkkeitä voidaan yleensä puolittaa ilman, että lääkevaikutus kärsii. Haittana kuitenkin saattaa olla lääkeaineen karvaan maun esille tulo. (Kivelä 2005, 26 – 27.)

Ikääntyneillä suunkautta otettavaksi lääkemuodoksi suositellaan nestemäistä lääkemuotoa, koska se on helppo niellä. Nestemäistä lääkettä otattaessa tulee olla pystyasennossa aspiraatio riskin vähentämiseksi sekä makeutetun nestemäisenlääkkeen oton jälkeen tulee suu huuhdella hyvin suun hoidon kannalta. (Kassara ym. 2004, 325; Veräjäkorpim. 2006, 114.) Porettabletit, jauheet, imeskelytabletit, rakeet ja resoribletit ovat myös hyviä lääkemuotoja iäkkään lääkehoitoa toteuttaessa. Porettabletit, jauheet ja rakeet liuotetaan veteen ja resorbiletti liukenee suontelon limakalvolta nopeasti. (Kassara ym. 2004, 325.)

Suun kautta otettavat saattavat jäädä kiinni ruokatorven limakalvoon ison kokonsa vuoksi. Lääke saattaa jäädä limakalvolle pitkäksikin aikaa, jolloin lääkeaine aiheuttaa limakalvolla ärsytystä tai lääke voi tukkeuttaa ruokatorvea. Pahimmassa tapauksessa lääkeaine syövyttää ruokatorven seinämää aiheuttaen ruokatorven puhkeamisen eli per-

foroitumisen. (Kivelä, 2005, 22.) Tablettien tai kapselien kulkeutumista ruokatorvesta helpommin mahalaukkuun voidaan turvata nauttimalla lääkkeitä istualtaan, puolistuvasta-asennosta tai seisoviltaan. Ennen lääkkeen ottamista juodaan 2 – 3 neljän verran vettä ja heti lääkkeen ottamisen jälkeen juodaan riittävästi, mieluiten 200ml (vähintään 100ml). Tablettien ja kapselien ruokatorveen tarttumisen välttämiseksi tulisi ottaa vähintään 15 – 30 minuuttia ennen nukkumaan menoa (Kassara ym. 2004, 323; Kivelä 2005, 22.)

7. RAVITSEMUKSEN TURVAAMINEN NIELEMISVAIKEUDESSA

Ikääntyneen ravitsemushoidon tavoitteena on hyvä ravitsemustila, riittävä ravintoainevarastot, toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen sekä hyvä elämänlaatu. Nielemisvaikeuden esiintyessä näiden tavoitteiden saavuttaminen vaikeutuu. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 118.) Nielemisvaikeuden esiintyessä ruoka tarjotaan helposti nieltävässä muodossa. Ruuan rakenteen muuttaminen heikentää ruoan ulkonäköä ja nautittavuutta. Tällöin ruokailijaa tulisi motivoida ja kannustaa ruokailussa, riittävän ravintoaineiden saavuttamiseksi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 56.)

Nielemisvaikeuden ravitsemushoidossa päätavoitteena on aspiraation estäminen ja riittävän ravinnon saannin turvaaminen (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 29). Ruokavalion energia- ja proteiinisältöä voidaan lisätä öljyillä, hunajalla, muilla rasvoilla, kermalla, smetanalla, majoneesilla, maitorahkalla, salaatin kastikkeilla, juustoilla, suklaalla tai keinotekoisilla energialisilla, joita on saatavilla apteekista, kuten esimerkiksi maltodekstriini joka on hiilihydraattijauhevalmiste (Salmenperä ym. 2002, 138; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 31, 59). Energian saannin lisääminen on tärkeää nielemisvaikeudessa, koska syödyt ruokamäärät jäävät helposti vähäisiksi (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 60).

Ateria-aikojen tulisi jakautua tasaisesti koko päivälle, jolloin ruokailujen välillä ehtii syntyä näläntunne. Yöllinen paasto saa olla enintään 10 - 11 tuntia. Suositusten mukai-

sesti tulisi päivittäin tarjota aamupala ja kaksi pääateriaa. Lisäksi tulee tarjota pieni välipala iltapäivällä sekä iltapala. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 67.)

Nielemistä helpottavien auttamismenetelmien tavoitteena on ravinnon ja nesteen tarpeen tyydyttäminen sekä omatoiminen ja turvallinen ruokailu. Ateriointia valmistellessa tulee kiinnittää huomiota ruokailijan virkeystilaan, vartalon asennon hallintaan, kasvojen ja suun alueen liikkeisiin, tuntoon ja reflekseihin, leuan kontrolliin sekä hampaiston kuntoon. (Alin 1999, 67.)

7.1 Ruokailun helpottaminen

Tärkeää syömisen onnistumiseksi on viihtyisä ja rauhallinen ympäristö. Rauhallisen ruokailutilanteen luomiseksi on ruokailuun varattava riittävästi aikaa. Ylimääräinen melu ja hoitohenkilökunnan kiireellisyys tulee minimoida. Viihtyisän ympäristön tulee olla hyvin valaistu ja huoneilman on oltava raikas. Ruokahaluun vaikuttavat lämmin ja maukas ruoka sekä kaunis esillepano. Kattauksen tulee olla yksinkertainen, varsinkin jos ruokailijalla on hahmottamisessa vaikeuksia. Ruokailutilanteen pitkittyessä tai ruokailijan väsyessä, jaetaan ruoka useammalle aterialle tasaisesti päivän aikana. Ruokailutilanteen tekee mielekkääksi hyvä ruokailuasento, joka mahdollistaa myös omatoimista ruokailua. Omatoimisuus ja mahdollisimman pieni avun tarve ruokailutilanteessa säilyttää mielekkyyden helpommin. Ruokailuasennon tulee olla hiukan etukumara, selkä suorana sekä jalat symmetrisesti lattialla painon jakautuessa tasaisesti molemmille jaloille. Niskahartia jännityksellä vältytään käsien ollessa pöydän tasolla. Pitämällä leukaa kevyesti rintaa kohden vältytään aspiraatiolta eli henkeen vetämiseltä kielen takaosan ollessa velto. (Iivanainen ym. 2002, 236; Salmenperä ym. 2002, 416 – 417; Reunanen 2003, 21; Holmia ym. 2004, 150, 324). Ruokailuasennon ylläpitämistä voidaan tukea, hoitajan asettumalla ruokailijan taakse seisomaan. Hoitajan on tästä asennosta helpompi ohjata ja tukea käden liikkeitä ja tarvittaessa tukea otteellaan päätä ja leukaa, kuin viereissä istuessa. (Vallejo ym. 2005, 178.).

Ruokailijaa tulee motivoida ja kannustaa syömään itse mahdollisimman paljon voimavarojen salliessa. Itsenäisen syömisen ollessa mahdotonta, autetaan ruokailussa syöttä-

mällä. Syöttämisen tulee tapahtua niin, että lusikka vieään ruokailijan suuhun edestä keskeltä, kuten ruokailija itse tekisi. Lusikkaa tulee painaa hieman kielen päälle, jolloin ruokailija saa siitä tuntuman. Lusikkaa suusta pois viedessä, painetaan kevyesti ylähuulta vasten sekä samalla voidaan ohjata ruokailijan pään asentoa ja huulten sulkemista, ettei ruokavalu ulos. Ruokaa saattaa jäädä poskiin, jolloin aiheutuu aspiraation vaara. Ruoan saa poistettua poskien ja hampaiden välistä, painamalla ruokaa poskesta takaisin kielen suuntaan. (Vallejo ym. 2005, 178 - 179.)

Ruokailutilannetta voidaan helpottaa ruokailijan suoriutumiskyvyn mukaan apuvälinein. Liukusteella voidaan varmistaa astioiden oikea etäisyys ruokailijasta. Käsien puristusvoiman heikennettyä paksuvaraiset ruokailuvälineet helpottavat ruokailua. (Iivanainen ym. 2002, 236; Salmenperä ym. 2002, 416 – 417; Holmia ym. 2004, 150, 324.) Lautaseen voi kiinnittää erillisen reunuksen joka helpottaa ruoka-annoksen saamista aterimiin. Ruokailuun kuluessa paljon aikaa, voidaan ruuan lämpimäksi pitämiseen käyttää lämpölautasta. Parkinson-potilaan käsien vapinaa voidaan helpottaa käyttämällä painavampia aterimia ja raskaspohjaisia mukeja. (Saarinen 2006, 5 – 6.)

7.2 Nielemisen helpottaminen

Nielemistä voidaan helpottaa ennen ruokailua stimuloimalla suun ja nielun limakalvoja sivelemällä jäädytetyllä pumpulitikulla. Stimuloinnissa voidaan myös käyttää vedellä täytettyä kertakäyttöistä käsinettä, joka on pakastettu. Ruokailu aloitetaan pienillä kerta-annoksilla, kuten vajaa teelusikallinen (n. 5ml) ja juomalla jokaisen suupalan jälkeen. Nokkamukista juominen saattaa laukaista imemisrefleksin, jolloin sitä ei suositella aivohalvauspotilaalle. Imemisrefleksi hidastaa nielemisen kuntoutumista. Joten parempi vaihtoehto tällöin on isosuisempi nokkamuki, tunnetaan lähinnä ”vellinokkana”. Nieltyä nestettä voi jäädä kielenkannan ja kurkunkannan välissä olevaan pussimaiseen onteloon. Ontelon tyhjentämiseksi on nieltävä kaksi kertaa ennen seuraavaa sisäänhengitystä sekä tulee yskäistä kurkun puhdistamiseksi. Uusi suupala otetaan vasta, kun suu on tyhjä edellisestä annoksesta. Suun tyhjyyden varmistamiseksi, voi hoitaja pyytää ruokailijaa tuottamaan ääntä, esimerkiksi sanomaan ”aaa”. Äänen ollessa kirkas, nielu on puhdas.

Jos ääni on rohisevainen, nielussa saattaa olla vielä ruokaa. (Alin 1999, 67 – 68; Vallejo ym. 2005, 178.)

Ruoan koostumus tulee olla helposti nieltävää. Helposti nieltävät ruoat ovat hyytelömäisiä, soseutettuja tai paksuja nesteitä. Ohuet nesteet lisäävät aspiraation riskiä, joka voi aiheuttaa pneumonian eli keuhkokuumeen. Aspiroivalle henkilölle soveltuu parhaiten kosteat, puolikiinteät ruuat. Joista muodostuu koossa pysyvä ruoka-annos kielen päälle. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 30.)

Suosittelavia nesteitä ovat piimä, pirtelö, hyytelöt, hedelmänektari, sorbetit, jäätelöt, jäädykkeet ja mehukeitot. Lapsille (5kk:n ikäisille) tarkoitettut ruuat ovat hyviä sileän koostumuksensa vuoksi. Ruoka-aineiden koostumusta voidaan muuttaa hyytelömäiseksi liivatelehtien, liivatejauheen tai apteekista saatavien sakeuttamisjauheiden avulla. Sakeuttamisaine sakeuttaa nopeasti sekä lämpimät että kylmät ruoat ja juomat säilyttäen ruoka-aineen oman maun. Sakeuttamisaineen rakenne ei muutu sakeuduttuaan enää ruokailun aikana, vaan ruuansulatuskanavassa. Sakeutusaineen sekoittamisella hyvin juomaan tai ruokaan välttyään ruoka-aineen paakkuuntumiselta. (Liite 13) (Nutricia 2007). Jääkaappikylmät nesteet eivät sakeudu hyvin, joten nesteen on oltava hetken huoneenlämmössä. Ohuita nestemäisiä ruokia voidaan sakeuttaa peruna- tai maissijauhoilla, maissitärkkelyksellä, vehnä jauhoilla, kanamunalla, perunasoseella, perunasosejauheella. (Iivanainen ym. 2002, 236; Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 29 – 30.)

Kiinteitä tai kuivantahmeita ruokia voidaan pehmentää esimerkiksi kastikkeilla, paistoliemillä, liha-, kala- tai kasvisliemillä. Sekä voisula, salaatin kastike ja kermaviilikastike voi helpottaa nielemisen onnistumista. Kuivia elintarvikkeita, kuten keksit, leipä ja korput voidaan pehmentää nesteessä. Esimerkiksi liottaminen kahvissa, mehussa, keitossa, kastikkeessa tai vellissä muuttaa kuivan elintarvikkeen koostumusta helposti nieltävään muotoon. Liha muutetaan helposti käsiteltävään muotoon keittämällä pehmeäksi. Rasvassa paistamista pitää välttää, koska paistaminen kovettaa ruokaa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 30.)

Syljen erityksen vähentyminen saattaa ärsyttää ja kipeyttää nielun limakalvoja, jolloin nieleminen vaikeutuu. Syljen eritystä voidaan edesauttaa kuitupitoisella ruualla, karkealla leivällä, pähkinöillä, kasviksilla ja hedelmillä sekä laimealla sitruunamehulla, liian

helposti pureskeltava ruoka vähentää syljen eritystä. Apteekista on saatavilla syljen eritystä lisääviä imeskelytabletteja, joita voi imeskellä aterioiden välillä. Jos ikääntyneellä ihmisellä on syljen erityks kokonaan tyrehtynyt, voidaan suuta kostuttaa jääpalan imeskelyllä tai sivelemällä limakalvoille ruokaöljyä. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2006, 31.)

7.2 Enteraaliseen ravitsemukseen turvautuminen nielemisvaikeudessa

Nielemisvaikeuden ollessa vaikea ja ruokailun ollessa vaarallista, turvaututaan ravinnon saannissa suonensisäiseen nestehoitoon tai tilanteen pitkittyessä enteraaliseen ravitsemukseen (Alin 1999, 67).

Enteraalista ravitsemusta voidaan toteuttaa silloin, kun ruoansulatuskanavassa ei ole toiminnallisia tai rakenteellisia esteitä. Enteraalinen ravitsemus on turvallisempi vaihtoehto kuin parenteraalinen ravitsemus, joka tarkoittaa suonensisäistä ravitsemusta. Enteraalisessa ravitsemuksessa infektoriskit ovat pienempiä ja etuna on se, että suolistossa kulkee ravintoa. Ravinnon kulkeminen suolistossa estää suolen nukkaa surkastumiselta ja suoliston lamaantumiselta. (Kassara ym. 2004, 149.)

Enteraalinen ravitsemus voidaan toteuttaa nenämahaletkun tai gastrostooman avulla, jonka aikana elimistö pääsee toipumaan. Nenämahaletkua käyttäessä voi kuitenkin osan ravitsemuksesta nauttia suun kautta. (Rautava-Nurmi ym. 2000, 146; Kassara ym. 2004, 149.) Gastrostooma on mahalaukuuavanne, jossa vatsanpeitteiden läpi asennetaan suoyhteys mahalaukuun (Kassara ym. 2004, 154). Nenämahaletkun tai gastrostooman kautta toteutettavan ravitsemuksen yhteydessä tulee kiinnittää erityistä huomiota suun hoitoon, koska suuontelo limakalvot sekä hampaat kärsivät toimettomana (Kassara ym. 2004, 155).

7.2.1 Nenämahaletkun kautta toteutettava ravitseminen

Nenämahaletkun ohut ja taipuisa materiaali ei ärsytä juurikaan limakalvoja. Nenämahaletkun kautta otettava ravinne on teollisesti valmistettua ravintovalmistetta, joita on useita erilaisia eri tarkoituksiin. Kaikki ravintovalmisteet sisältävät monipuolisesti tärkeitä ravintoaineita, mutta esimerkiksi kuitupitoisuudessa ja hivenainepitoisuuksissa on eroja. Nenämahaletkun kautta voidaan toteuttaa jaksottaista ravinteiden syöttöä tai jatkuvaa infuusiota eli jatkuvaa syöttöä. Ravitseminen toteutetaan infuusorin avulla, jolloin tiputus nopeutta pystytään säätämään. Nenämahaletkun kautta toteutettavan ravitsemuksen aikana tulee henkilön olla lievässä kohoasennossa tai istuallaan, jolloin vältytään aspiraation riskiltä. Jokaisen ravinnon annon jälkeen nenämahaletku tulee huuhdella vedellä tukoksien ehkäisemiseksi. (Kassara ym. 2004, 152 – 153.)

Nenämahaletkun kautta annettava ravitseminen saattaa aiheuttaa liiallisen täyttymisen tunnetta ja turvotusta sekä maha-suolikanavan ärsytystä suoliston tottumattomuuden tai valmisteen sopimattomuuden vuoksi. Maha-suolikanavan ärsytys ilmenee vatsan kipristelynä tai kouristeluna tai ripulina. Näiden ongelmien ehkäisemiseksi voidaan ravinnevalmisteen tiputusnopeutta hidastaa tai pienentää kerta-annosta tai vaihtaa ravinnevalmiste esimerkiksi vähäkuituisempaan tuotteeseen ripulointi tapauksessa. (Kassara ym. 2004, 153.)

Nenämahaletkulla voidaan ravitsemuksen lisäksi toteuttaa lääkehoitoa, lääkkeen annon jälkeen tulee nenämahaletku huuhdella riittävällä vedellä letkun tukkeutumisen estämiseksi (Kassara ym. 2004, 153 - 154). Nenämahaletkuun soveltuvia lääkkeitä ovat murskauskelpoiset tabletit ja avattavat kapselit. Lääkkeet liuotetaan kukin erikseen veteen ja annetaan erikseen lääkeaineiden yhteysvaikutusten välttämiseksi. Lääkeaineita annettaessa nenämahaletku tulee huuhdella ennen lääkkeen antoa, lääkkeiden annon välillä ja lääkkeiden annon loputtua riittävällä vedellä (20 – 30 ml). Näillä huuhteluilla selvitetään letkuston tukkeettomuus sekä estetään letkun tukkeutuminen vastaavaisuudessa sekä estetään lääkeaineiden paakkuuntuminen kun ne joutuvat toistensa kanssa kosketuksiin. (Kassara ym. 2004, 326.)

7.2.2 Gastrostooman kautta toteutettava ravitseminen

Gastrostooman kautta toteutettava ravinteiden annossa tulee huolehtia hygieniasta samoin kuin nenämahaletkun kautta toteutettavassa ravinteiden annossa. Ravitsemuksen toteuttamisen ajan tulee olla istuma-asennossa tai kohoasennossa, jolloin ravinteiden takaisin virtauksen riski pienenee. Gastrostoomaan voidaan ravinteita syöttää jaksottaisesti tai jatkuvasti infuusorin avulla. Ennen ravinteiden syöttöä gastrostooma tulee huuhdella vedellä (20ml) tukoksien sekä paikoillaan olemisen selvittämiseksi. Ravinteiden annon jälkeen gastrostooma tulee huuhdella vedellä (n. 20 – 50 ml) tukoksien ehkäisemiseksi. Gastrostoomaruokinnan yhteydessä on mahdollista nauttia ruokaa ja juomaa myös suun kautta mikä edistää suun kunnossa pysymistä. (Kassara ym. 2004, 154 – 155.)

8. OPPAAN TYÖSTÄMINEN

Terveysaineistoa tehdessä, tulee pohtia Terveysten edistämiskeskuksen asettamia laatu-kriteereitä. Laatu-kriteereitä on konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmoteltavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, tekstiä tukeva kuvitus, huomiota herättävyys ja hyvä tunnelma. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 9.)

8.1 Oppaan suunnittelu

Oppaan suunnitteluvaiheessa mietitään kirjoitusprosessin vaiheita. Kirjoitusprosessi alkaa valmistautumisella. Valmistautuminen alkaa heti kirjoitustehtävän saadessa, tässä tapauksessa sillä, kun opinnäytetyöhön päätettiin liittää opasesitteen valmistaminen. Muita kirjoitusprosessin vaiheita ovat suunnittelu, tiedon keruu eri menetelmin, sisällön valinta, käsittelyjärjestyksen suunnittelun, luonnosteleminen, kirjoittaminen, muokkaa-

minen ja palautteen hakeminen sekä viimeistely. Edellä mainitut vaiheet eivät välttämättä seuraa toisiaan luettelon tapaisessa järjestyksessä, vaan voi tapahtua samaan aikaan tai oppaan työstäjän tiedostamatta. Kirjoitusprosessin vaiheet voivat toistua uudelleen esimerkiksi suunnitelmien muuttuessa tai lisää tietoa hankkiessa. (Iisa, Kankaanpää & Piehl 1997, 15 – 16.)

8.1.1 Valmistautuminen

Valmistautuminen alkaa miettimällä tulevaa työtä, malliesitteitä tutkimalla ja ideoiden ylöskirjaamisella. Myöhemmin ylöskirjatut ideat auttavat motivoimaan kirjoittajaa, hyvät muistiinpanot auttavat työn etenemisessä vaikka pitäisi työstämisessä pitempiä taukojakin. On parempi tehdä liian tarkat muistiinpanot kuin vain yleispiirteitä kuvaavat. Suunnitteluvaiheessa tulee pohtia työn tavoitteita, mikä on tekstin ydinsisältö ja kohderyhmän ennalta olevaa tietoa. Kohderyhmän tietoa ja osaamista tulee hyödyntää opasesitettä työstäessä, että päästään saavuttamaan työn tavoitteet. (Iisa ym. 1997, 17.)

Hyvällä terveysaineistolla on konkreettiset terveystavoitteet. Terveystavoite ohjaa sisällön muodostamista ja tarkentaa sitä. Hyvä aineisto vastaa kysymykseen: Mitä tapahtuu, kun lukija perehtyy aineistoon. Jolloin tavoite saavutetaan. Aineiston vaikuttavuutta arvioidessa, arvioidaan tavoitteen saavuttamista. Vaikuttava aineisto on saavuttanut tavoitteensa. (Parkkunen ym. 2001, 10.)

8.1.2 Tiedon keruu ja sisällön valinta

Ennen oppaan työstämistä, tulee tekijällä olla laajasti hankittua tietoa kyseisestä aiheesta. Hankitun tiedon jäsentymisen jälkeen opasesitteen työstäminen voi alkaa. Näin tekijä osaa kirjoittaa aiheestaan ytimekkäästi kun on itse ymmärtänyt asian. Tietoa tulee kerätä erilaisista teoksista ja tutkimuksista, varmistuen tiedon ajankohtaisuuden. Teoksien lähteet tulee merkitä huolellisesti ylös omaan lähdeluetteloon, josta ne löytyvät tarvittaessa. (Iisa ym. 1997, 18 – 19.)

Oppaassa tiedon kertominen johdonmukaisessa järjestyksessä tulee pohtia kohderyhmälle sopivaksi. Tietoa karsimalla ja lisäämällä siten, että se palvelisi mahdollisimman hyvin kohderyhmäänsä. Oppaan aiheesta voi tehdä mielikuvakartan tai listan missä aiheen sisältö on jaoteltu otsikoin omiin ryhmiinsä. Mielikuvakarttaa tai listaa jäsenitelemällä pystyy hahmottamaan opasesitteen loogisen etenemisen kohderyhmän tarpeita mukaillen. (Iisa ym. 1997, 24.)

Opasta työstäessä on hyvä pohtia tekstin tavoitetta ja kuinka paljon tietoa lukijan tarve vaatii sekä millaisia otsikoita teksti tarvitsee. Kuvien tai kaavioiden mahdollista käyttöä aiheen havainnollistamisessa tulee pohtia oppaan työstämisessä. Pohdittavana on myös se, että tarvitseeko oppaassa olla sisällysluettelo, onko opas niin pitkä, että lukija tarvitsee sisällön hahmottamiseksi sisällysluettelon. (Iisa, Oittinen & Piehl 2006, 327 - 328.)

Tekstin sisältöä päättäessä tulee pohtia, mitkä asiat ovat välttämättömiä ja tavoitteen saavuttamiseksi tarpeellisia. Tietoa tulee käsitellä selkein käsittein niin, että lukija ymmärtää lukemansa. On selvítettävä mikä tieto kiinnostaa itse kirjoittajaa ja palveleeko se kohderyhmän tarpeita. (Iisa ym. 1997, 64 - 65.) Lukijan tiedon omaksumiskyky on rajallinen, joka tulee ottaa huomioon aineistoa työstäessä (Parkkunen ym. 2001, 12).

Terveysaineiston sisältämä tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Aineiston tieto tulee perustua tutkittuun tietoon. Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa kirjoittajan pätevyys, aineistossa tulee mainita kirjoittajan koulutustausta, ammatti ja kokemustaustaa. Näiden tietojen perusteella lukija voi arvioida kirjoittajan pätevyyttä. Lähteen merkitseminen projektin tuotokseen lisää luotettavuutta. Samalla lukija voi hankkia lisätietoa halutessaan aiheesta. Lähteiden valmistusvuoden mainitsemalla voidaan viestiä tiedon ajantasaisuudella. (Parkkunen ym. 2001, 12.)

8.1.3 Tekstin jäsenitys

Paperilla tekstin tulee edettävä lineaarisesti pisteestä toiseen ja käsitellä yhden asian kerrallaan. Kirjoittajan tulee jatkuvasti valita ja järjestellä tekstiä siten, että se on ymmärrettävää. Tekstissä täytyy ilmetä johdonmukaisuus, jossa teksti jäsenyy kokonai-

suudeksi. Asiat on järjestettävä yhtenäisen periaatteen mukaan. Tekstin periaatteeseen vaikuttavat tekstin tarkoitus ja näkökulma, tekstilaji, lukija ja itse asia. Tekstin jäsentelyä suunniteltaessa on pohdittava, mikä tarkoitus tekstillä on, koska erilaiset käsittelyjärjestykset korostavat erilaista otetta käsiteltävään asiaan. Tekstin loogista järjestystä pohtiessa tulee huomioida lukijan tarpeet, mikä on lukijalle paras järjestys. Useimmiten lukijalle sopivin jäsenitys alkaa asiasta, joka yhdistää tekstin aiheen lukijan maailmaan. (Iisa ym. 1997, 81.)

Sopivaa esittämisjärjestystä opasesitteeseen miettiessä, tulee pohtia monia vaihtoehtoja.

8.1.4 Esittämisjärjestyksen valinta

Aihepiirijärjestystä voidaan käyttää silloin kun tarkoituksena on kuvata laaja kokonaisuus, jota voidaan tarkastella osina. Ensimmäisenä esitetään jollakin tavoin tärkein aihe ja siitä edetään vähäpätöisempiin. Lukija löytää helposti tarvitsemansa tiedon lukematta koko tekstiä. Aihepiirijärjestelyä ei tule kuitenkaan käyttää silloin kun aiheesta ei kerrota kaikkea, koska tekstistä voi tulla liian perusteellisen ja tasapaksun pitkästyttävä. Tekstistä saadaan kiinnostavampi sisällyttämällä aihepiirijärjestykseen lukuja, joissa käytetään muita jäsennyksiä. (Iisa ym. 1997, 94, 97, 101.)

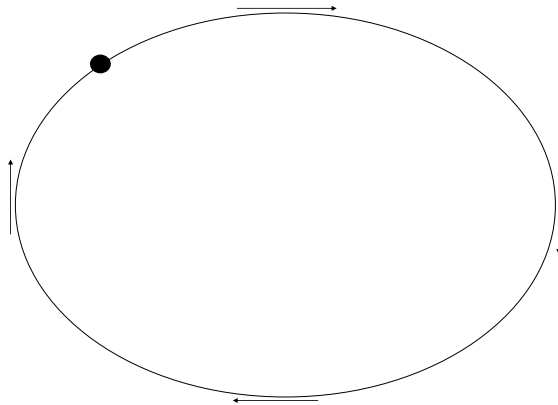
Ongelmaratkaisujärjestyksen tavoitteena on analysoida aiheita tai siinä esiintyvää ongelmaa, johon löydetään lopuksi ratkaisu. Tällöin luonteva järjestys etenee ongelman asetteluiden syiden ja vaikutusten pohtimisen kautta ratkaisuehdotukseen. Asia etenee johdonmukaisesti ja esittää tärkeimmän tiedon lopussa. Tämän järjestyksen käyttö perustuu oletukseen, että lukija lukee tai ainakin selailee koko tekstin läpi. (Iisa ym. 1997, 101 – 104.)

Kärkikolmiomallissa tärkeä tieto kerrotaan ensimmäisenä ja muut asiat suhteutetaan siihen. Tekstin pääasiaa korostetaan sivuseikkojen kustannuksella. Kiireinen lukija voi lukea vain alun jäämättä vaille olennaista tietoa. (Iisa ym. 1997, 106 – 107.)

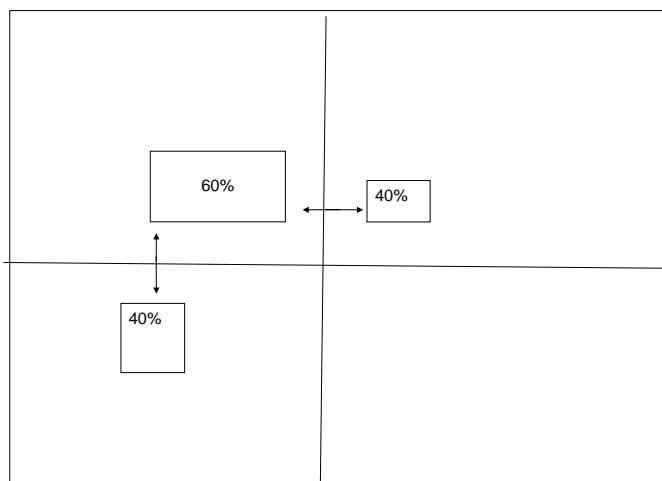
Motivointijärjestystä voidaan käyttää silloin, kun halutaan lukija toimimaan halutulla tavalla. Motivointijärjestyksessä täytyy myös havainnollistaa ja todistaa sekä on annettava toimintaohje. Tätä järjestystä voidaan soveltaa kohderyhmälle sopivaksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Iisa ym. 1997, 118 – 122.)

8.1.5 Oppaan ulkoasu, silmäiltävyys ja luettavuus

Opasta tehdessä on mietittävä tekstin silmäiltävyyttä, joka tarkoittaa ensivaikutelmaa tekstistä, jonka lukija saa vilkaistuaan tekstiä. Silmäiltävyydessä katse lähtee näkymän keskipisteen vasemmalta yläpuolelta, jolloin vasempaan yläneljännekseen tulee sijoittaa jokin huomiota kiinnittävä elementti. Katse kiertää kehän myötäpäivään ja viipyy vähän kauemmin yläosassa ja näkymän vasemmalla puolella. Katse viipyy lyhyemmän ajan näkymän alaosassa ja oikealla puolella. (Kuva 1, Kuva 2.) (Alasilta 1999, 59 – 60.)



Kuva 1. Katseen kiertäminen näkymässä.



Kuva 2. Katseen kohdentuminen näkymälle.

Luettavuus liittyy ymmärtämiseen ja tulee ottaa huomioon opasesitteen työstämisessä. Tekstin luettavuus tulee ilmi siinä, kuinka nopeasti lukija pystyy tekstin lukemaan ja ymmärtääkö hän lukemaansa. Pystyykö lukija painamaan mieleensä lukemaansa ja palauttamaan mieleensä tarvittaessa. Haasteena on saada lukija toistamaan tekstin olennaisen sisällön omin sanoin. Luettavuuteen vaikuttavat ulkoasu, kielellinen ymmärrettävyys ja lukijan motivaatio.

Tekstin ulkoasulla voidaan vaikuttaa terveystieteiden selkeyteen. Ulkoasuun vaikuttaa tekstityyppi, tekstin koko, tekstin asettelu, kontrasti, värit ja kuvitus. Suositeltavin kirjaintyyppi on selkeä ja yksinkertainen, tuttu tyyli vaikuttaa myönteisesti luettavuuteen. Tällaisia kirjaintyyppejä ovat esimerkiksi Arial, Helvetica, Gill, Verdana ja Times New Roman. Luettavuus huononee jos käytetään liian pieniä tai suuria kirjaimia, myös uskotavuus voi kärsiä. Kirjaisin koon tulee olla 12 tai 14, otsikoissa voidaan käyttää kokoa 14 tai 16. Otsikoinnin voi laittaa pienaakkosin, mikä parantaa myös luettavuutta, erottuakseen muusta tekstistä otsikointia voidaan korostaa. Suuraakkosin kirjoitettu otsikko on huono lukuisempi, varsinkin otsikon ollessa pitkä. Lihavointia ja kurssivointia voidaan käyttää tehokkeinona luettavuuden parantamisena, korostamalla vain muutamaa sanaa. Sopivana palstaleveytenä pidetään 5 – 10 cm. (Alasilta 1999, 67- 70; Parkkunen ym. 2001, 16.)

Tekstin ymmärrettävyyteen vaikuttaa lauseiden pituus, lauseen tulisi koostua kymmenestä tavallisen pituisesta sanasta. Tehokkaampina ymmärrettävyyden kannalta pidetään rakenteeltaan yksinkertaiset virkkeet, jotka koostuvat parista lauseesta. (Alasilta 1999, 71.)

Oppaan otsikoinnillakin on merkityksensä. Otsikointi kertoo pääasian sisällöstä ja motivoi lukijaa lukemaan itse tekstin. Pääotsikon tulee olla täsmällinen, totuudenmukainen, kattava ja asiallinen. Kiinnostava otsikko herättää lukijan mielenkiintoa. Kiinnostaakseen otsikon tulee olla lyhyt, iskevä, kiinnostava ja persoonallinen. Otsikoinnissa tulee välttää pitkiä, vieraita ja turhia sanoja. Tehokas otsikko sisältää voimaa ja liikettä, teon sanoja. Otsikossa on hyvä käyttää verbiä. Oppaassa tulee olla myös tietoa antavat väliotsikot, jotka kertovat olennaisen sisällön. Tehokas väliotsikko voi olla lyhyitä lausei-

ta, joissa on mukana myös verbi tai kokonaisia ajatuksia. Riittävän tiheä väliotsikointi parantaa silmäiltävyyttä. (Alasilta 1999, 97 – 98.)

8.2 Oppaan toteutus

Lähtökohtana oppaalle on se, että hoitajilla ei ole ennestään kirjallista tietoa nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä.

Oppaan työstämisen vaiheessa on otettu oppaan tavoitteet huomioon, jotka ovat:

1. Lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa nielemisvaikeuksien erilaisia oireita
2. Vaikuttaa kohderyhmän toimintaan kehottamalla löytämään sopiva auttamismenetelmä ja käyttämällä sitä helpottaen nielemisen onnistumista sekä turvaamaan ravitsemus.

Oppaasta päätettiin tehdä kaksi erilaista versiota, jotka annetaan kohderyhmän arvioitavaksi. Opasmalli joka vaikuttaa kohderyhmän mielestä paremmalta vaihtoehdolta, tuotetaan.

Oppaasta (Liite 10) muodostui A5 kokoisia sivuja käyttäen 12-sivuinen tietopaketti, jossa on perustietoa nielemisvaikeuksista, nielemisvaikeuksien oireistosta ja oireiden tunnistamisesta sekä diagnostiikasta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä sekä ravitsemuksen turvaamisesta. Opas tuotettiin myös sähköiseen muotoon kohderyhmän käyttöön. Opas tallennettiin cd-levylle, josta opasta on vaivatonta muokata ja tulostaa tarvittaessa.

Oppaassa on vältetty vieraskielisiä sanoja ymmärrettävyyden parantamiseksi. Sairauksien ja tutkimuksien nimet on ymmärrettävyyden vuoksi pyritty selittämään mahdollisimman selkeästi ja lyhyesti.

Oppaan työstämisessä on huomioitu, että enteraalisen ravitsemuksen toteuttaminen vaatii terveyskeskus vuodeosaston kaltaisia hoitotoimenpiteitä, jonka kaltaisia hoitotoimenpiteitä Palvelukoti Vanamo ei tarjoa. Enteraalisesta ravitsemuksesta kertominen on siksi jätetty pois oppaasta mainintaa lukuun ottamatta.

8.2.1. Oppaan laatiminen

Oppaan laatiminen alkoi yhteispalaverissa Palvelukoti Vanamon osastonhoitajan kanssa, jolloin rajattiin oppaan aihetta kohderyhmän tarvetta vastaavaksi. Yhteispalaverin tulosten perusteella tarkentui se, mitä tietoja kohderyhmä tarvitsee nielemisvaikeuksien tunnistamisessa ja nielemisen helpottamisessa. Oppaan tekstisisältö muodostui suurilta osin Palvelukoti Vanamon osastonhoitajan esittämien toiveiden mukaisesti. Yhteispalaverissa todettiin, että oppaan tulisi painottua nielemistä helpottaviin auttamismenetelmiin. Oppaassa on tarkoitus kertoa lyhyesti nielemisvaikeuksia aiheuttavista sairauksista. Opasta työstäessä huomioitiin se, että oppaan lisäksi kohderyhmä saa käyttöönsä myös koko opinnäytetyön. Kohderyhmä saa aiheestaan lisää tietoa opinnäytetyöstä, koska opinnäytetyön teoria osiossa on käsitelty oppaan tiedot laajemmin. Yhteispalaverissa myös päätettiin, että oppaan valmistuttua, opas tallennetaan Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnan tietokoneelle, jolloin aiheesta esille tulevien uusien asioiden lisääminen oppaaseen on vaivatonta.

Oppaan työstämisen edetessä yhteydenpito Palvelukoti Vanamon osastonhoitajaan on ollut riittävää. Sähköpostin välityksellä oltiin yhteydessä toisiimme, sähköpostin kautta osastonhoitaja sai erilaisia versioita oppaasta. Oppaan sisältöä vielä tarkennettiin, kohderyhmän tarpeita vastaavaksi yhdessä osastonhoitajan näkemysten pohjalta.

8.2.2 Oppaan ulkoasua koskevat päätökset

Oppaan ulkoasua tehdessä on tavoitteellisesti vastattu kysymykseen, ”Miten tehdä oppaasta selkeä ja informatiivinen?”. Ulkoasua koskevat kriteerit on otettu huomioon, asettamalla sisältö selkeästi esille, tekstityypillä ja tekstikoolla sekä tekstin asettelulla. Oppaassa on käytetty kirjasintyyppiä Arial ja kirjasinkokoa, 12, pääotsikoissa on käytetty kirjasinkokoa 16 ja väliotsikoinnissa kirjasinkokoa 14 sekä riviväliksi on asetettu 1,5. Tekstissä käytetään tavutusta ulkonäön selkeyttämiseksi.

Kappaleet ovat jaettu oppaassa siten, että uudesta aiheesta aloittava kappale on uudella sivulla, jolloin opas on selkeämpi ulkoasultaan. Lihavointia on käytetty pääotsikoissa,

huomiota herättäen. Opasta tehdessä on huomioitu, että pienaakkosin kirjoitettua tekstiä on helpompi lukea kuin suuraakkosin kirjoitettua tekstiä. Kirjaintenkoko on huomioitu myös otsikoinnissa. Pääotsikot ovat suuraakkosin kirjoitettu, koska ne ovat riittävän lyhyitä sanoja, joten lukuisuus ei vaikeudu. Väliotsikot ovat pienaakkosin kirjattu pituutensa ja selkeytensä vuoksi.

Oppaassa päätettiin käyttää pastellisävyistä paperia. Värillinen paperi tuo huomiota oppaaseen. Väreinä päätettiin käyttää vaaleansinistä kannessa ja taulukossa. Vaaleanvihreää paperia käytettiin muilla sivuilla. Aluksi oli tarkoitus, että oppaassa käytetään erivärisiä vaakatasossa olevia väripylväitä, mutta jälkepäin tapahtuva monistus ja tulostus muuttaa oppaan ilmettä tulostimen tai kopiointilaitteen mallista riippuen (väritulostin/lasertulostin). Oppaassa on päädytty siihen, että siinä ei käytetä muita värejä oppaan selkeyden säilyttämiseksi.

Oppaassa käytetyt piirroksot havainnollistavat oppaan aihetta. Piirroksot, osiossa ruokailun helpottaminen, ovat projektityöntekijän sairaanhoitajaopiskelija Kati Korpelan tuottamia. Kansikuva on otettu ClipArtistista.

8.2.3 Oppaassa käytetty esittämisjärjestysmalli ja oppaan taiton valinta

Oppaassa on käytetty aihepiirijärjestystä sekä motivointijärjestystä. Aihepiirijärjestyksen ansiosta voidaan laajasta kokonaisuudesta kertoa osittaista tietoa sekä lukija löytää helposti tarvitsemansa tekstin lukematta välttämättä koko opasta. Motivointijärjestystä yhdessä käyttäen saadaan kohderyhmä toimimaan halutulla tavalla, eli tässä tilanteessa tunnistamaan nielemisvaikeuksien oireistoa ja helpottamaan nielemistä erilaisin auttamismenetelmin. Oppaan tekstin jäsentelyssä on osin käytetty luettelomerkintöjä selkeyttämään oppaan sisältöä.

Oppaasta päätettiin tehdä kaksi erilaista opasmallia, joita kohderyhmän kolme jäsentä arvioivat kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen tulokset vaikuttavat päätökseen, mikä opas laitetaan tuotantoon.

Opasmalli 1, on huomioitu oppaan myöhempi tulostaminen sekä monistaminen. Opas on tuotettu A4 koon paperille, teksti molemmin puoleisina, ilman taitteluja. Täten oppaan myöhempi tulostaminen tai monistaminen on vaivattomampaa ja nopeampaa kuin taitetun oppaan tulostaminen. Oppaan sivunumerot on sijoitettu oikeaan alakulmaan. Opas kiinnitetään vasemmasta yläkulmasta, niitillä. Yläkulmakiinnityksen vuoksi oppaassa ei tarvitse olla leveitä marginaaleja. Yläkulmakiinnityksen vuoksi sivujen yläosassa on huomioitu se, että teksti ei ala liian ylhäältä. Tekstin alkaessa liian ylhäältä, jäisi teksti kiinnityksen aiheuttaman taitoksen alle, jolloin teksti ei näkyisi kunnolla.

Opasmalli 2, on toteutettu A4 koon paperille, joka on taitettu keskeltä eli sivun koko on tällöin A5. Teksti on sivujen molemmin puolin ja sivunumerot ovat sivun alareunassa keskellä. Opas kiinnitetään taitoksen kohdasta kahdella niitillä siten, että keskiaukeamalla oleva taulukko voidaan irrottaa oppaasta julisteen kaltaisesti. Taulukko tuotetaan normaalia kovemmalta paperille, jolloin taulukko kestää käyttöä irrotettuna.

Valittu opasmalli painetaan Porin kopiokulma Oy:ssä, josta opiskelija saa alennusta kopioinnista. Yhden oppaan hinnaksi tulee noin 0,70 €. Oppaita päätettiin tuottaa jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle oma kappale sekä palvelukodin kansliaan muutama kappale. Oppaasta annetaan myös tulosteversio ilman taitteluja ja kiinnityksiä myöhempiä tulostamista varten.

8.2.4. Oppaassa aiheiden esittämisjärjestys

Oppaan kansilehden otsikossa haluttiin herätellä lukijan mielenkiintoa kysymyksellä, ”Nielemisvaikeuttako?”. Tämän kysymyksen tarkoituksena on saada lukija miettimään onko hän havainnoinut nielemisvaikeuksien oireita, onko hän kohdannut nielemisvaikeutta hoitotyötä toteuttaessaan. Kansilehden otsikolla haluttiin myös kehottaa toimintaan lyhyiden sanojen avustuksella, ” tiedä, tunnista, auta ja helpota”. Näitä tehoste sanoja käytetään oppaassa pääotsikoinnissa.

Oppaan ensimmäisellä sivulla kerrotaan opinnäytetyön projektityön tekijästä henkilötietoja, jotka lisäävät oppaan uskottavuutta ja luotettavuutta. Oppaassa on sisällysluettelo, joka selkeyttää oppaan käyttöä.

Oppaassa aihealueet ovat esitetty loogisessa järjestyksessä jaoteltuna. Ensimmäiseksi oppaassa kerrotaan yleisesti nielemisvaikeuksista, mitkä vaikuttavat nielemisen epäonnistumiseen ja mitä tapahtuu kun jokin on pielessä nielemistapahtumassa. Seuraavaksi oppaassa esitetään lyhyesti nielemisvaikeuksien jaottelu sijaitsevuutensa mukaan suu-nielu ja ruokatorvipiperäisiin nielemisvaikeuksiin ja mainitaan nielemisvaikeuksia aiheuttavia sairauksia. Jonka jälkeen seuraa kappale nielemisvaikeuksien diagnosoinnista. Näiden tietojen jälkeen oppaassa on käsitelty nielemisvaikeuksien oireiden tunnistaminen. Tämän luvun jälkeen esitetään Palvelukoti Vanamon osastonhoitajan toiveiden mukaisesti elimistön kuivumisen oireistoa. Seuraavaksi kerrotaan nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä sekä esitetään ohjeiden tavoitteet. Tavoitteiden tarkoituksena on motivoida hoitohenkilökuntaa toimimaan. Keskiaukeamalla on taulukko, jossa on selvitetty helposti nieltävän ruoan ja juoman koostumus kussakin nielemisvaikeustyyppissä. Taulukko on helppo irrottaa keskiaukeamalta julisteen tavoin, taulukkoa voidaan täten käyttää erillisesti. Oppaan takakannessa on lähdeluettelo, oppaan luotettavuuden lisäämiseksi sekä linkkejä eri järjestöjen sivuille, mistä lukija voi halutessaan hakea lisää tietoa. Oppaan takakannesta löytyy myös ammattikorkeakoulun logo ja oppaan tekijän nimi.

8.3 Kyselylomakkeen ja saateen laatiminen oppaan arviointia varten

Oppaan arvioinnin apuna on päätetty käyttää kyselyä hoitohenkilökunnalta oppaasta. Kysely toteutetaan kirjallisesti, joten kyselyn toteuttaminen vaatii kyselylomakkeen laatimista. Kyselylomake päätettiin lähettää yhdessä oppaan ja saateen kanssa hoitohenkilökunnalle.

Saateen lähettäminen yhdessä kyselylomakkeen ja oppaan kanssa on kohteliasta, joka antaa lähetyksen vastaanottajalle henkilökohtaisuuden tuntua. Saateen tarkoituksena on kertoa, mitä lähetys sisältää ja missä tarkoituksessa se lähetetään. Saatteella pystytään

varmistamaan se, että vastaanottaja toimii odotetulla tavalla. Lähetyksen mukana tuleva tuote, opas ja kyselylomake tulee mainita liitteenä saatteessa. Liiteviittauksesta vastaanottaja tietää, mikä lähetys ja saate kuuluvat yhteen. (Husu, Tarkoma, Vuorijärvi 2001, 148.)

Kyselylomakkeen ulkoasu tulee olla selkeä ja luettavuuden nopea. Kysymykset tulee asetella riittävän väljästi ja vastauksille on varattava tilaa. Kysymysten tulee olla selkeitä ja sopivan mittaisia sekä yksiselitteisiä. Pitempien vastausten toivossa, tulee välttää kysymyksiä, joihin voi vastata pelkästään kyllä tai ei. Jolloin kysymyksissä tulisi välttää -ko, -kö -loppuisia sanoja. Jos halutaan vastaajan perustelevan vastauksiaan, tulee kysymys aloittaa miksi, miten, millä tavalla, mitä – sanalla. Johdattelevien kysymyksien esittämistä on vältettävä, vastaajan oman mielipiteen selvittämiseksi. (Husu ym. 2001, 393.)

Saatekirje

Saatekirjeessä päätettiin esittää projektityön tarkoitusta, koska Palvelukoti Vanamon osastonhoitaja on projektin aikana vaihtunut. Joten tämä tarkoittaa myös sitä, että projektityön asettaja ei ole enää yksikössä töissä. Saatekirjeessä esitellään lähetyksen tarkoitus ja se miten vastaanottajien halutaan toimivan. Saatekirjeessä mainitaan liitteinä opasmalli 1 ja opasmalli 2 sekä kyselylomake. Saatekirjeessä on projektityöntekijän sähköposti osoite ja puhelinnumero sekä projektityön ohjaajan sähköposti osoite mahdollisten kysymysten varalle. (Liite 11)

Kyselylomake

Kyselylomakkeessa on suljettuja kysymyksiä kahdeksan ja avoimia kysymyksiä kuusi. Avoimien kysymysten jälkeen annetaan vastaajalle mahdollisuus antaa vapaata palautetta ja arviointia oppaasta. Kysymykset kohdentuvat oppaan ulkoasuun, tekstin tyyliin ja tekstin sisältöön, otsikointiin sekä oppaan mallin valintaan. Kyselylomake antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden vaikuttaa oppaan sisältöön sekä kyselylomakkeen avulla saadaan tietoa siitä, että onko opas hoitohenkilökunnan tarpeita vastaava. (Liite 12)

8.4 Oppaan arviointi kyselylomakkeen avulla

Oppaan arvioinnin apuna käytettiin kyselylomaketta, joka lähetettiin Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeeseen vastasivat kolme hoitohenkilökuntaan kuuluvaa hoitajaa. Kyselylomakkeessa oli suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Suljettuja kysymyksiä olivat kysymykset 1 – 8, jotka käsittelivät oppaan ensivaikutelmaa, tekstin kokoa, luettavuutta ja ymmärrettävyyttä. Suljettujen kysymysten vastausten perusteella selvisi, että vastanneet pitivät oppaan ulkoasua, luettavuutta ja ymmärrettävyyttä hyvänä. Otsikot olivat riittävän kuvaavia ja selkeitä. Vastanneet kaipasivat erillistä sisällysluetteloa.

Avoimet kysymykset, 9 – 14 käsittelivät enemmän oppaan sisältöä.

Kysymys 9: Mikä valitsemassanne oppaassa vaikutti valintaan? Kyselyn pohjalta selvisi, että opasmalli 2 oli suositumpi malli, jonka valintaan vaikutti koko ja kirjamaisuus. Yksi vastanneista piti opasmalli 1 parempana mallina, koska teksti ei ollut niin tiiviisti kirjoitettu.

Kysymys 10: Mitä mieltä olette oppaan kuvista ja piirroksista? Kuvat olivat vastanneiden mielestä ihan kivoja ja asiallisia, mutta eivät pitäneet niitä välttämättöminä sekä he toivoivat kuvien olevan värillisiä. ”Kuvat hukkuvat tekstiin”. Yksi vastanneista ei pitänyt kuvia välttämättöminä vaikka oppaaseen sopikin. Näiden vastausten pohjalta päätin, että oppaassa pidetään vain aiheita enemmän havainnollistavat kuvat. Kuten istuma-asento. Päätin vielä lisätä kuvan hoitajan asennon tukemassa ruokailijaa, että lukija saisi paremman käsityksen tekstin selityksestä. Kuvat päätin pitää värittöminä, koska oppaan sivut tuotetaan valmiissa oppaassa värilliselle paperille.

Kysymys 11: Mistä osiosta kaipaatte laajempaa tietoa? Kohdassa ei ollut yhtäkään vastausta.

Kysymys 12: Minkälaista tietoa jätitte kaipaamaan? Vastattiin seuraavasti: ”On olemassa apuvälineitä ja aineita, jotka auttavat nielemisongelmaista kärsivää potilasta, niistä jostain tietoa”. ”Pitäisi tarkkaan tietää mistä nielemisongelmat johtuvat. Vasta sitten oppaasta saa täyden hyödyn”. Näihin vastauksiin pyrin vastaamaan muokkaamalla opasta

jonkin verran, vaikka olenkin eri mieltä kyseessä olevien asioiden puuttumisesta oppaassa, koska niistä oli mainintaa, mutta ei kerrottu kovinkaan pitkästi.

Kysymys 13: Mihin osioon haluaisitte muutoksia oppaassa? Vastattiin seuraavasti: ”Ehkä lisää tietoa apuvälineistä”, ”Nielemisen helpottaminen. Kappaleesta ei täysin saa selkoa, mikä helpottaa, mikä taas vaikeuttaa ruoan nielemistä”. Näitä osioita olen muokannut paremmin palveleviksi.

Kysymys 14: Minkä tiedon koette aiheettomaksi? Aiheettomaksi tiedoksi vastaajat eivät kokeneet mitään, mutta latinankielisiä sanoja he moittivat. Oppaassa ei ollut muita latinankielisiä sanoja kuin diagnosointi osiossa tutkimusten nimet. Tämän vastauksen olen ottanut huomioon lisäämällä suomennetut nimet latinankielisten nimien tilalle, jotka laitoin sulkuihin suomenkielisen nimen jälkeen.

Viimeisenä kohtana kyselylomakkeessa oli vapaamuotoisen palautteen ja arvioinnin antaminen. Onko teillä jotain muuta palautetta/arviointia annettavan oppaasta? Vastattiin seuraavasti: ”oppaassa on kaikki asiat hyvin ja tiivistetyksi esillä.” Yksi vastanneista ei pitänyt luettelomaisesta oppaasta, vaan piti tavallista kertovaa tekstiä parempana. ”Toisin jossain kohdissa luettelo on paikallaan esim. kuivumisen oireet”. Tämän palautteen päätin ottaa huomioon ja muokkasin opasta, poistamalla osin luettelomaisuutta ja lisäämällä kertovaa tekstiä.

Oppaaseen tuli muutoksia niin rakenteellisesti, että sisällöllisestikin. Oppaasta poistettiin luettelomaisuutta ja lisättiin kertovaa tekstiä sekä lisättiin joistakin aiheosioista tietoa. Tästä voimme päätellä, että kohderyhmälle lähetetyt opasmallit eivät täysin vastanneet kohderyhmän tarpeita.

8.5 Oppaan pohdinta

Oppaan työstäminen yksin oli odotettua vaikeampaa, sillä omalle tekstilleen tulee helposti ”sokeaksi”, jolloin jokin olennainen tieto voi jäädä mainitsematta. Oppaan tekstin sisällön hankinnassa meni yllättävän paljon aikaa ja muutoksia oppaan sisältöön tuli

vielä viime metreillä aiheen lopullisesti avautuessa tekijälleen. Terveysaineiston kriteereihin tutustuminen oppaan työstämisen yhteydessä oli mielenkiintoista ajankohtaisuutensa vuoksi. Terveysaineiston kriteerit antoivat hyvän ohjenuoran oppaan toteuttamiseksi, joita noudattaen ne auttavat saavuttamaan hyvän terveystieteen joka vastaa tavoitteisiinsa, kohderyhmää palvellen.

Oppaan esitysjärjestysmallia pohtiessa kävin monta eri vaihtoehto lävitse etsiessäni oppaalle sopivaa ja kohderyhmän tarpeisiin vastaten. Jos oppaassa käytettäisiin ongelmanratkaisumallia, jossa ongelmaksi asetettaisiin nielemisvaikeus ja ratkaisuna olisi oikean auttamismenetelmän valinta sekä ratkaisuehdotuksena olisi oikea auttamismenetelmä ruokailussa. Tällöin asia etenisi johdonmukaisesti ja esittää tärkeimmän tiedon lopussa. Oppaan on tarkoitus olla nopea tiedon antaja niin, ettei lukijan tarvitse välttämättä lukea koko opasesitettä. Sitä pohtiessa ongelmanratkaisujärjestysmalli ei ole välttämättä paras mahdollinen vaihtoehto, koska ongelmanratkaisumallin käyttö perustuu olettamukseen, että lukija lukee tai ainakin selailee koko tekstin läpi.

Motivointijärjestyksen mallia käytettäessä motivoidaan lukijaa toimimaan halutulla tavalla. Tämän opasesitteen tiimoilta haluttu toiminta olisi nielemisvaikeuksien tunnistamista ja auttamismenetelmien käyttöä. Motivointijärjestysmallissa tulee herättää lukijan huomio toimimaan ja antaa syy toimintaan. Tämän oppaan tiimoilta herätetään lukijalle tarve korostamalla, kuinka tärkeää on että hoitaja tunnistaa nielemisvaikeuksien oireistoa. Keinoksi tarjotaan nielemistä helpottavia toimia. Kärkikolmiomallissa asetetaan tärkein asia ensin ja muut kerrottavat asiat suhteutetaan siihen. Tällöin lukijan tarvitsisi lukea ainoastaan oppaan alku ja tarvittaessa muuta tietoa halutessa lukea opasesite loppuun saakka. Kärkikolmiomalliin voidaan suhteuttaa myös muita esittämisjärjestyksiä, joka antaa tekijälleen liikkumatilaa oppaan työstämisessä. Tämän oppaan ollessa kyseessä tärkeimmäksi asiaksi asetettaisiin nielemisvaikeuksien tunnistaminen ja auttamismenetelmien löytäminen. Näiden tietojen ympärille rakennettaisiin tietoa nielemisvaikeuksia aiheuttavista sairauksista sekä diagnosointi menetelmistä lyhyesti. Onneksi näiden järjestysmallien rajat eivät ole sinetöity, vaan niitä voi yhdistellä, jolloin voi rakentaa tarvitsemansa järjestysmallin.

Pyrin luomaan oppaan luotettavuutta kertomalla omasta koulutaustastani oppaan alussa sekä näyttämällä oppaassa käytettyjä lähteitä lähdeluettelona oppaan lopussa.

Aluksi oppaassa ei ollut sisällysluettelo, koska mielestäni oppaan sisältöön viittaavat jo etukannessa olevat otsikot. Sisällysluettelon pois jättämisen perusteena taisin pitää myös sitä, että sivumäärät oppaassa lisääntyisivät. Kyselyn tulosten ja niin sanotusta sivumäärä kammosta päästyäni, päätin lisätä oppaaseen sisällysluettelon. Oppaasta tuli selkeämpi.

Lääkehoidon huomioon ottaminen – osiossa on kohta, jossa kerrotaan, että mitään lääkkeitä ei saa sekoittaa lämpimään ruokaan tai juomaan. Päätin pitää Mitään – sanan siinä, vaikka sitä ehdotettiin poistettavaksi. Mielestäni kyseinen sana herättää lukijaa siihen, että mitään lääkettä ei todellakaan saa sekoittaa lämpimän ruoan tai juoma kanssa. Oli sitten lääke jauhettu, puolitetty, murskattu, avattu tai kokonainen sitä ei saa sekoittaa. Asiaerikseen on sitten esimerkiksi flunssaan tarkoitettut itsehoitoläkkeet, kuten Finrexin, jotka sekoitetaan lämpimään veteen.

Enteraalisen ravitsemuksen maininta on tärkeää oppaassa, koska se on yksi hoitomuoto nielemisvaikeuksien hoidossa. Vaikka oppaassa ei aiheeseen mainintaa enempää pureuduta, on siitä oma lukunsa opinnäytetyön teoriaosiossa.

Oppaaseen halusin aiheita havainnollistamaan muutaman kuvan, jotka piirsin eri kuvista ja eri lähteistä mallia ottamalla. Mallia otin lähinnä raajojen asentoihin sekä symmetrisyyteen. Kuvat havainnollistavat mielestäni hyvin oppaassa käsiteltäviä aiheita, kuten hyvää istuma-asentoa ja hoitajan asento tukemassa ruokailijaa. Kansikuva on ClipArtistalta, palapelin palat kuvaavat oppaan aiheiden yhteen nivoutumista. Palapelin palojen yhdistäminen on tärkeää nielemisvaikeuden hoidossa. Aluksi oppaassa oli muutama muukin kuva ClipArtistalta, kuten vaaka nielemisvaikeuksien tunnistaminen – osiossa ja lääkärin kuva nielemisvaikeuksien diagnostisointi - osiossa sekä sitruunan kuva nielemisen helpottaminen – osiossa. Nämä kuvat päätin poistaa oppaan ulkoasun selkeyttämiseksi, tilan ahtauden ja välttämättömyyden vuoksi.

Kysely hoitohenkilökunnalle helpotti oppaan arviointia ja sai minut näkemään asioita joille olin kieltämättä niin sanotusti sokeutunut. Kyselyn kautta sain uutta näkökulmaa oppaan tekoon, joka helpotti oppaan työstämistä valmiiksi. Hoitohenkilökunnan kritiikki oppaasta antoi itselle hyvää palautetta siitä, miten opasta tulisi muokata siten, että se palvelisi kohderyhmäänsä mahdollisimman hyvin. Olen tyytyväinen siitä, että päätin

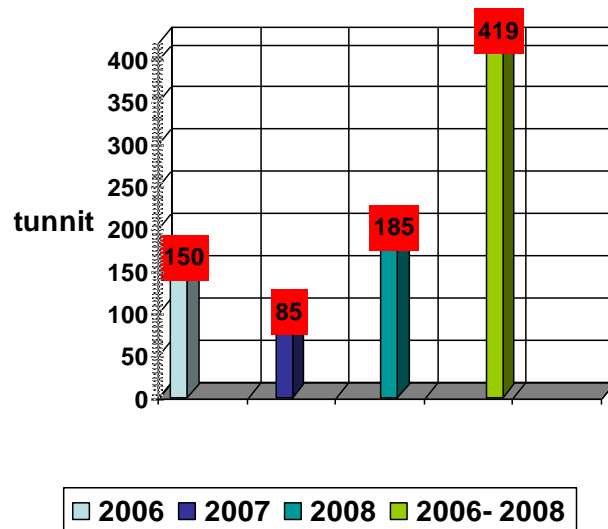
tehdä kyselyn hoitohenkilökunnalle, sillä parempaa arviointia ei voi muilta saadakaan kuin itse kohderyhmältä. Kritiikin saaminen kasvatti itseä ja antoi hyvän tilaisuuden tarkastella työtä muiden näkökulmasta.

9. PROJEKTITYÖN VAIHEET

Aiheen saatua opinnäytetyölle tammikuussa 2006, keräsin teoria tietoa aiheesta monista eri lähteistä. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa projektina, jonka tuotos on opas hoitajille. Palvelukoti Vanamon yhteistyöhenkilön kanssa pidettiin yhteistyöpalaveri, jossa selvitettiin rajausta oppaalle ja otettiin kohderyhmän toiveita oppaan sisällöstä vastaan. 2006 kevään aikana teoria tietoa yhdisteltiin ja ensimmäinen raakaversio oppaasta valmistui. Olimme yhteistyöhenkilön kanssa yhteyksissä sähköpostin välityksellä, yhteistyöhenkilö sai raakaversion oppaasta ja hän antoi mielipiteensä siitä. Syksyllä 2006 teoretiedon kerääminen ja yhdistäminen jatkui sekä yhteydenpito yhteistyöhenkilön kanssa. Opinnäytetyön suunnitteluseminaari pidettiin marraskuussa. Vuoden 2006 aikana opinnäytetyön tekoon käytettiin yhteensä 150 tuntia.

Vuonna 2007 teoreettisen tiedon kerääminen ja yhdistäminen jatkui sekä opasta muokattiin jatkuvasti kohderyhmälle sopivaksi. Vuoden 2007 aikana opinnäytetyön tekoon käytettiin yhteensä 85 tuntia.

Alkuvuonna 2008 toteutettiin teoreettisen tiedon ja lähteiden tarkistusta sekä opasta muokkailtiin. Kohderyhmän kolmelle henkilölle tehtiin kirjallinen kysely, jonka pohjalta he saivat arvioida opasta. Kyselyn vastausten perusteella opasta muokattiin kohderyhmälle sopivaksi. Keväällä tarkistettiin opinnäytetyön tekstin asetuksia, muokattiin sisällysluettelo ja tarkistettiin viitteiden sekä liitteiden ilmaisua tekstissä. Keväällä 2008 opinnäytetyön tekoon oli käytetty kyseisenä vuonna 184 tuntia. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöhön on kulunut 419 työtuntia. Opinnäytetyöhön käytetyt tunnit on taulukoitu kuviossa 1.



Kuvio 1. Opinnäytetyöhön käytetyt tunnit.

10. POHDINTA

Oppaan vuoksi selvitin tekstin tekijän kriteereitä, joista oli myös hyötyä opinnäytetyön tekstiosion työstämisessä.

Nielemisvaikeutta voi esiintyä elämänkaaremme jokaisessa vaiheessa. Joskin nielemisvaikeuksien aiheuttajat ovat erilaisia, eri sairaudet, synnynnäiset poikkeamat/kehityshäiriöt. Ongelma pysyy kuitenkin samana; vaikeutta nieltäessä. Syömistä ja nielemistä pitää itsestään selvänä toimintona, jota ei ole osannut välttämättä arvostaa tai kiinnittää erityistä huomiota kun kaikki on ollut kunnossa. Niin moni asia vaikuttaa syömisen ja nielemisen onnistumiseen, ettei sitä tule aina miettineeksi kuinka onnellinen saa olla kun kaikki on hyvin eikä ongelmia esiinny.

Nielemisvaikeuteen olevat ratkaisut, auttamismenetelmät ovat joskin samoja elämänkaaresta riippumatta. Oikean auttamismenetelmän löytäminen vaatii ensin nielemisvai-

keuden sijainnin ja laadun tunnistamista. Tämä vaatii ruoansulatuskanavan anatomian tuntemusta ja kykyä havainnoida erilaisia oireita. Nielemisvaikeuden toteaminen saattaa viedä aikaa oireiden esiintyessä hiljalleen, hitaasti etenevänä. Jolloin oireiden huomiointi voi kestää ja nielemisvaikeutta aiheuttava sairaus etenee. Nielemisvaikeuksia ei pidä väheksyä vaikka oireet olisivat vähäisiä, koska ne saattavat pahentua aiheuttajansa esimerkiksi kasvaimen kasvaessa tai ruokatorven limakalvo vaurion pahentuessa, jolloin elimistö voi kärsiä riittämättömästä ravitsemuksesta ja nesteytyksestä.

Ruuankoostumuksella voidaan helpottaa nielemistä niin lapsella, aikuisella kuin ikään-tyneelläkin ja ruokailuasennon tulee olla hyvä ikään katsomatta. Ruuan koostumuksen muuttamiseen on monia aineita, apteekista saatavia ja ruokakaupasta löydettäviä elintarvikkeita. Niiden avulla voidaan muuttaa lähes minkä tahansa ruoan/juoman koostumusta helposti nieltävään muotoon. Kylmien nesteiden sakeuttaminen on vaikeaa, koska esimerkiksi sakeuttamisjauhe ei sakeuta jääkaappi kylmää nestettä ja perunajauho vaatii kuumentamisen sakeutuakseen.

Yllättävän monessa sairaudessa oireena esiintyy nielemisvaikeutta, mutta kuitenkin nielemisvaikeudesta tuntuu olevan aika vähän kirjallista tietoa. Tämän työn tekeminen oli mielenkiintoista tietojen yhdistämistä, kooten sopivaa tietopakettia nielemisvaikeuksista.

Oikean lääkehoidon toteuttaminen nousee tärkeäksi osioksi, koska pitkäaikaisesti väärin otettu lääke voi aiheuttaa nielemisvaikeutta. Oikeasta lääkehoidon toteutuksesta on hyvä kerrata tämän tästä ja muistuttaa haittavaikutuksista vaikka olisikin ollut hoitoalalla jonkin aikaa. Koska työelämässä saattaa niin sanotusti kangistua muiden kaavoihin tai ”laiskistua” lääkehoitoa toteuttaessa. Lääkkeet tulee otettua purkista/pakkauksesta paljain käsin, mitään apuvälinettä käyttämättä ja lääkkeiden ottoa ei välttämättä tule valvottua riittävästi. Otetaanko lääke riittävän nesteen kanssa ja tuleeko lääke sekoitettua lämpimään ruokaan lääkkeen ottamisen helpottamiseksi kun nieleminen on vaikeutunut. En todellakaan väitä, että kohderyhmän työyksikössä näin olisi käynyt, mutta opiskeluideni aikana olen nähnyt yhtä sun toista tapaa toteuttaa lääkehoitoa, kuten varmaan moni muukin.

Ikääntymisen mukana tulevat fysiologiset ja patologiset muutokset vaikuttavat paljon elämäämme. Ravitsemukseen täytyy enemmän kiinnittää huomiota, että saa riittävästi tarvittavia ravintoaineita. Nämä seikat muistuttavat elämän kulusta loppuun, kuinka ihmisruumis lopulta kuihtuu kudosten menettäessä toimintakykynsä hiljalleen. Ihmiset ihannoivat nuoruudesta ja nuoruuden lähteitäkin on etsitty, ihmiset käyvät kauneusleikkauksissa näyttääkseen nuorelta, mutta biologista ikääntymistä ei pysty mikään estämään. Voimme vain tehdä parhaamme itsemme ja toisemme eteen elääksemme hyvän ja arvokkaan elämän elimistömme hitaasta sammumisesta huolimatta.

Tästä opinnäytetyön projektista opin paljon yhteistyöstä eri ihmisten kanssa sekä kohderyhmän tarpeiden huomioinnin tärkeydestä ja niihin vastaamisesta.

Opinnäytetyössäni on paljon liitteitä, koska pidän liitteinä olevia asioita tärkeinä työn kannalta. Liitteitä tehdessä otin huomioon myös sen seikan, että opinnäytetyö annetaan myös kohderyhmälle Palvelukoti Vanamoon. Projektisuunnitelma, lupa-anomus, tutkimuslupa, opas, saatekirje ja kyselylomake - liitteet ovat olennainen osa projektimaista opinnäytetyötä, jotka myös osaltaan kuvaavat projektin kulkua. Suuontelon anatomia ja nielemistapahtuman kuvaus on mielestäni aiheellinen asian ymmärrettävyydeksi. Liitteet lääkkeistä aiheutuvien haittavaikutusten vaikutus nielemisen vaikeutumiseen antavat mielestäni hyödyllistä tietoa lukijalleen, niin opiskelijalle kuin hoitajalle.

Lähteissä on muutamia vanhempia teoksia, joiden käytön perustelen sillä, että ne ovat perusteoksia, joiden tieto ei muutu niinkään nopeasti. Tällaisia lähteitä ovat Iisa, Kankaanpää & Piehl 1997. Tekstintekijän käsikirja ja Ketola, U., Warinowski, E-L., Luoto, E. & Niemi, E. 1996. Helposti nieltävä, opas nielemishäiriöistä kärsiville, joka on Suomen MS-liiton julkaisu.

Opinnäytetyötä tehdessä on täytynyt paneutua moneen aiheeseen, jotka liittyvät jotenkin nielemisvaikeuteen ja yhdistellä niitä tietoja kappaleiksi, jotka antavat mahdollisimman hyvän kuvauksen nielemisvaikeuksien laajasta aiheuttajakirjosta. Tietojen yhdisteleminen on ollut mielenkiintoista puuhaa ja toki opettavaistakin.

Kyselylomakkeen avulla tehty oppaan arviointi antoi hyvää kokemusta kyselylomakkeen laadinnasta. Mitä kaikkea täytyy ottaa huomioon kyselylomaketta tehdessä, että

vastaajilta saadaan tarvittava tieto käyttöön. Vastauksia purkaessa huomasin, että olin kysymyksillä 11 ja 12 kysynyt lähes samaa asiaa, tai vastaajat olivat kokeneet kysymykset eri tavalla. Kyselylomakkeen laadinnassa tulee olla tarkka lauseiden muodostamisessa.

Projektin läpi vieminen on ollut yllättävän aikaa vievää ja tarkkaa työtä vaatinut prosessi. Näin jälkeempäin harmittelen sitä, että en pitänyt tarkempaa päiväkirjaa projektityön etenemisestä. Olisi ollut mielenkiintoista laittaa selkeäksi taulukoksi se, että kuinka paljon käytetystä ajasta meni teorian tiedon keräämiseen ja kokoamiseen. Lisäksi eriteltyinä kulunut aika mikä meni oppaan ohjeistuksen keräämiseen ja oppaan tuottamiseen. Kokemuksesta viisastuneena nyt tiedän, että tarkemman päiväkirjan pitäminen projektissa kannattaa ja teenkin niin ensikerralla.

LÄHTEET

Aejmelaus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön, osaamista hyvään arkeen. WSOY/Oppimateriaalit Oy.

Alasilta, A. 1999. Näin kirjoitat tehokkaasti. Tampere: Tammer - Paino Oy

Alin, T. 1999. Akuuttivaiheen hoitotyö. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.) Elämän uusi painos, aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Helsinki. Kirjayhtymä Oy, 63 - 78

Aro, A. 2002. 100 kysymystä ravinnosta. Jyväskylä: Hippokrates Duodecim

Bjälje, J.G., Haug, E, Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 1999. Ihminen, fysiologia ja anatomia. Porvoo. WSOY

Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen, T. & Ventola, A-L. 1999. Ihmisen ravitsemus. Porvoo; WSOY

Hasunen, K. 2005. Ravinnontarve ja ravintosuosituksset. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. Ravitsemustiede. Jyväskylä: Duodecim, 47 – 62.

Heinonen, T. 2006. Lääkkeet ja suu. Idies ky.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY

Husu, M., Tarkoma, E. & Vuorijärvi, A. 2001. Ammattisuomen käsikirja. Porvoo; WSOY

Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A & Toponen, T. 2004. Ravitsemustieto, osaksi ammattitaitoa. Porvoo: WSOY/Oppimateriaalit Oy

Iisa, K., Oittinen, H. & Piehl, A. 2006. Kielenhuollon käsikirja. Jyväskylä: Yrityskirjat Oy

Isa, K., Kankaanpää, S., Piehl, A. 1997. Tekstintekijän käsikirja. Helsinki; Yrityskirjat

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, M. 2002. Hoitamisen taito. Hygienia: Tammi

Ivory, P. 2000. Nielemisvaikeudet lihastaudeissa. Menikö väärään kurkkuun? [verkko-lehti] Lihastautiliitto, Porraslehti, vol. 3. [Viitattu 3.3.2008] Ilmestyy myös painettuna Saatavissa: <http://personal.inet.fi/koti/tarja.heinonen/nieleminen.pdf>

Kaakkola, S & Teräväinen, H. 2006. Parkinsonpotilaille sopimattomat lääkkeet. Suomen Parkinson-säätiö. [Viitattu 21.2.2008]. Internet-julkaisu; asiantuntija-artikkeli. Saatavissa:

<http://www.parkinsonsaatio.fi/index.php?lang=fi&module=tutkimusnakymat&func=show&tutkimusnakymat=2>

Kansanterveyslaitos. 2007. Ravintosuositukset lyhyesti. Päivitetty 12.7.2007 [Viitattu 19.2.2008] [Verkkajulkaisu] Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toinenpideohjelmat/ravitsemussuositukset/ravitsemussuositukset_lyhyesti/

Kansanterveyslaitos. 2006. Pieni ravinto-opas. Päivitetty 26.6.2006 [Viitattu 19.2.2008] [Verkkajulkaisu] Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toinenpideohjelmat/ravitsemussuositukset/pieni_ravinto-opas/

Karttunen, T., Soini, Y. & Vuopala, K. 2005. Tautioppi. Helsinki; Edita

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S. Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy

Kara, R. 2006. Suosituksista apua ravitsemusviestintään. Bolus. Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen lehti. Vol./vsk (2).

Ketola, U., Warinowski, E-L., Luoto, E. & Niemi, E. 1996. Helposti nieltävä, opas nielämishäiriöistä kärsiville. Suomen MS-liiton julkaisu

Kivelä, S-L. 2008. Lääkkeet ja ikääntyminen. Teoksessa Heikkinen, E. Rantanen, T. Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 354 – 365

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. WSOY/Oppimateriaalit

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Otava

Klaukka, T., Helin-Salmivaara, A., Huupponen, R., Idänpää-Heikkilä, J.E. (toim.). 2007. Vanhuksen lääkitysten tarve on arvioitava kerran vuodessa. Suomen lääkärilehti. Vol.51 – 52. [Verkkolehti] [viitattu 29.2.2008] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL512007-4762>

Kuopio, A- M. 2005. Vastasairastuneen Parkinson-potilaan tietolehtinen. Suomen Parkinson-liitto Ry.

Luostarinen, M. & Punkkinen, J. 2007. Akalasia ja muut motiliteettihäiriöt. Teoksessa Höckerstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia, 221 – 228.

Lääketietokeskus. Suomessa myytävien lääkevalmisteiden pakkausselosteet. Lääkeinfo.fi. [Viitattu 19.2.2008]

Saatavissa: <http://www.xn--lkeinfo-5waa.fi/Frontpage.aspx>

- Mäkitie, A. 2006. Nielemisvaikeus, nielemiskipu vai pala kurkussa – korva-, nenä- ja kurkkulääkärin kannanotto. Duodecim. Vol. 122 (13), 1639 – 1643. Lääkärin tietokannat [Verkkolehti] [Viitattu 17.3.2008]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/pls/ltk/ltk.avaa?p_artikkeli=duo95844&p_haku=Otorinolaryngologia
- Nieminen, U. 2002. Milloin tarvitaan ruokatorven funktiotutkimuksia? Suomen lääkäri-lehti. Vsk. 57 (15), 1647 - 1654 [Verkkolehti] [Viitattu 11.3.2008] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2002/SLL152002-1647.pdf>
- Nurminen 2002. Lääkehoito. Juva; WSOY
- Nutricia. 2007. Nutilis. Nutricia Clinical Oy. Newprint (2) [Viitattu 21.2.2008.] Saatavissa: http://nutriciafi.numico.com/NR/rdonlyres/075395FE-E542-47F3-AD55-CADA4450F930/0/Nutilis_022007.pdf
<http://nutriciafi.numico.com/Tuotteet/Täydennysravinto-valmisteet/Sakeuttajat/>
- Ojala, E. 2006. Nielemisen arviointi ja ruokailun ohjaus. Tehohoito. Vol. 24 (1)
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämisen keskus. Helsinki: Trio-offset. Laatuun ja arviointiin liittyvä julkaisu. [Viitattu 19.2.2008] Saatavissa: http://www.health.fi/content/files/jul_laa_suunnitteluopas.pdf
- Peltosaari, L., Raukola, H. & Partanen, R. 2002. Ravitsemustieto. Keuruu: Otava.
- Peitsaro, P., Lenander-Lumikari, M. & Kuusilehto, A. 2001. Lääkkeiden haittavaikutukset suussa. Suomen lääkäri-lehti. [Verkkolehti]. Vsk. 56 (11) 1267 – 1274. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2001/SLL112001-1267.pdf>
- Pikkarainen, P. 2007. Närästys, nielemisvaikeus ja rintakipu. Teoksessa Höckerstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. Jyväskylä; Duodecim, 24 – 30.
- Rautava-Nurmi, H., Saarelainen, E., Sjövall, S., Vuorisalo, S. & Westergård, A. 2000. Neste- ja ravitsemushoito. Porvoo: WSOY
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys R.Y. 2006. Ravitsemus ja ruokavaliot. Vammalan Kirjapaino Oy: Dieettimedia Oy
- Reunanen, T. 2003. Sairaalanasto. Pieksämäki, RT-Print Oy
- Räihä, I. 2005. Vanhusten ravitsemus. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. Ravitsemustiede. Helsinki; Duodecim
- Räsänen, J.V., Sihvo, E.I. & Salo, J.A. 2005. Ruokatorven hyvänlaatuiset striktuurat, syyt, diagnostiikka ja hoito. Suomen lääkäri-lehti. Vsk. 60. (9) 1019 – 1023. [Verkkoleh-

ti] [Viitattu 29.2.2008] Saatavissa:
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL92005-1019.pdf>

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.). 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Hygienia: Tammi

Saarinen, O. 2006. Ravitseminen ja Parkinsonin tauti. Turku: Suomen Parkinson-liitto ry

Sihvo, E., Voutilainen, M. & Salo, J. 2007. Barrettin ruokatorvi ja muut refluksitaudin komplikaatiot. Teoksessa Höckerstedt, K., Färkkilä, M., Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) Gastroenterologia ja hepatologia. Jyväskylä: Duodecim, 207 – 215.

Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2008. Lihassoima. Teoksessa: Heikkinen, E., Rantanen, T. Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 107- 119.

Suominen, H. 2008. Kehon rakenne ja koostumus. Luuston kunto. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 96 – 101, 102 – 106

Suominen, M. 2008. Ravitseminen vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 467 - 486

Suominen, M. 2007. Iäkkään ihmisen ravitseminen. Bolus, Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen lehti. Vsk. 13 (1), 6 – 8

Suominen, M. (toim.). 2006. Ikääntyneen ravitseminen ja erikoisruokavaliot. Ravitsemusterapeuttien yhdistys. Vammala; Dieettimedia Oy

Suominen, M. 2003. Ravitseminen vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Tampere: Duodecim, 379 – 380

Suominen, M. (toim.). 1999. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot, opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Ravitsemusterapeuttien yhdistys r.y. Vammala; Dieettimedia Oy

Somer, H. 2006. Selkäytimen taudit ja oireyhtymät. Lihaksen ja hermo-liitoksen sairaudet. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.). Neurologia. Jyväskylä: Duodecim, 493 – 500, 520 – 533.

Sulkava, R. 2001. Iäkkään Parkinson-potilaan erityispiirteitä. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim, 95 – 100.

Terveysportti. Terveyskirjasto. Duodecim. [Verkojulkaisu] [Viitattu 11.3.2008] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti>

Tilvis, R. 2001. Vanhusten ravitseminen. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim, 315 – 327.

Tohtori.fi. Terveiden tietolähde. 2008. Lääkeopas. Lääketietokeskus Oy. [Viitattu 21.2.2008] [Verkkosivut] Saatavissa: <http://www.tohtori.fi/laakeopas/>

Valpas, A. 2001. Ravinto ja Parkinsonin tauti. Parkinson – postia (1), 1 - 4. Turku: Suomen Parkinson-liitto ry. [Viitattu 21.2.2008] [Verkkosivu]. Saatavissa: <http://www.parkinson.fi/lehti/parkinson02/Ravinto%20ja%20Parkinson.pdf>

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY, oppimateriaalit Oy

Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY

Veräjäkorpä, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY, oppimateriaalit Oy

Vuoristo, M. 2001. Gastroenterologia. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim, 121 – 166.

LIITTEET

LIITELUETTELO

Liite 1: Projektisuunnitelma

Liite 2: Lupa-anomus

Liite 3: Tutkimuslupa

Liite 4: Suuontelon anatomia ja nielemistapahtuma

Liite 5: Parkinsonismia häiritseväksi aiheuttavia lääkkeitä

Liite 6: Suun kuivumista aiheuttavia lääkkeitä

Liite 7: Suun kuivumista aiheuttavia psykoosi- ja masennuslääkkeitä

Liite 8: Lääkkeet, jotka heikentävät ruokatorven alaosan sulki-jamekanismia

Liite 9: Lääkkeet, jotka voivat aiheuttaa ruokatorven limakalvon vaurion

Liite 10: Opas hoitajille, nielemisvaikeuttako? Tiedä, tunnista, auta ja helpota

Liite 11: Saatekirje kyselylomakkeelle

Liite 12: Kyselylomake, Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle, oppaan arviointi

Kati Korpela

PROJEKTITYÖNÄ TOTEUTTAVAN OPINNÄYTETYÖN PROJEKTISUUNNITELMA

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

SYKSY 2006

1. PROJEKTITYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	3
2. PROJEKTITYÖSSÄ KÄYTETTÄVÄT KESKEISET KÄSITTEET	4
3. PROJEKTITYÖN TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET.....	4
4. PROJEKTITYÖN TOTEUTTAMINEN	5
4.1 PROJEKTI MENETELMÄNÄ	5
4.2 KOHDERYHMÄ JA SEN VALINTA	6
4.3 PROJEKTIORGANISAATIO	6
4.4 PROJEKTITYÖN ETENEMINEN	6
5. PROJEKTITYÖN RESURSSISUUNNITTELU.....	7
6. PROJEKTITYÖN AIKATAULU JA RAPORTOINTI	7
LÄHTEET.....	8

1. PROJEKTITYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyön aihe löytyi tammikuussa 2006, ollessani työharjoittelussa Palvelukoti Vanamossa. Vanamo on sosiaalilaitakunnan alaisuudessa toimiva tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa asuu lähinnä mielenterveysongelmaisia ikäihmisiä.

Opinnäytetyön aiheen ajankohtaisuus tuli ilmi hoitohenkilökunnan tarpeena saada tietoa nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja niiden auttamismenetelmistä. Kysyin osastonhoitajalta mitä mieltä hän olisi kyseisestä aiheesta ja sen tarpeellisuudesta toimintayksikössään. Osastonhoitaja koki aiheen olevan hyvä ja ajankohtainen. Otin yhteyttä myös palvelukodin johtajaan, kysyäkseen hyväksyntää opinnäytetyön aiheesta, hän piti aihetta mielenkiintoisena ja tuoreena. Mielestäni aihe on ajankohtainen, koska hoitohenkilökunta voi ikäihmisten parissa työskennellessään kohdata eriasteisia nielemisvaikeuksia. Täten he tarvitsevat tietoa nielemisvaikeuksien oireista ja ruokailutilanteiden auttamismenetelmistä.

Avainsanat opinnäytetyössä on; nieleminen, nielemishäiriö, ikääntyminen, auttaminen, ravitseminen ja ohjeet.

Opinnäytetyön aihe- ja aiherajaus on tehty yhdessä Palvelukoti Vanamon yhteystyöntekijän kanssa. Opinnäytetyössä ei käsitellä mielenterveys sairauksien ja mielenterveyden lääkkeiden vaikutusta nielemisvaikeuteen.

Projektityön tarkoituksena on kertoa opasesitteen avulla nielemishäiriöiden oireista ja niiden helpottamisesta sekä antaa hoitohenkilökunnalle valmiuksia tehdä oikeita havaintoja nielemishäiriöiden syistä, jolloin myös oikean auttamismenetelmän löytäminen helpottuu. Täten pystytään kohentamaan sekä ylläpitämään nielemisvaikeudesta kärsivän elämänlaatua ravitsemuksen tasapainotututtua. Hoitohenkilökunnalle suunnattu opasesitteen tulee olla selkeä ja ytimekäs, jossa on ns. pähkinänkuoressa yleistä tietoa nielemisvaikeuksista ja linkkejä joista voi tarvittaessa hakea lisää tietoa, kunkin oman tarpeiden mukaan.

Projektityön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistamaan nielemisvaikeuksien erilaisia oireita. Tavoitteena on auttaa hoitohenkilökuntaa valitsemaan hyvä auttamismenetelmä nielemisvaikeuksien oireiden helpottamiseen.

2. PROJEKTITYÖSSÄ KÄYTETTÄVÄT KESKEISET KÄSITTEET

Projektityössä käytettäviä keskeisiä käsitteitä ovat nielemistapahtuma, joka käsittää ruuan hienontamisen suuontelosta aina ruokatorvea pitkin mahalaukkuun asti. Vanhuuden tuomat muutokset nielemistapahtumaan on yksi käytetyistä käsitteistä, jolla tarkoitetaan rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia suuontelossa, nielussa ja ruokatorvessa. Sekä käsitellään muitakin elimistöllisiä muutoksia, jotka vaikuttavat ravinnon imeytymisen heikentymiseen ja täten ravintoaineiden niukka saanti altistaa lisä sairauksille. Lääkehoitoa on käsitelty ikääntymisen tuomien elimistön muutosten kannalta. Miten lääkeaineiden imeytyminen ja vaikutukset muuttuvat ikääntymisen myötä ja miten ne voivat aiheuttaa nielemisvaikeutta.

Nielemisvaikeus keskeisenä käsitteenä on pääasiallisesti esitetty nielemisvaikeuksien aiheuttajista ja ilmenevistä oireista. Auttamismenetelmät keskeisenä käsitteenä kattaa tiedon erilaisista nielemistä helpottavista toimista ruokailutilanteessa, kuten ruuan ja nesteen rakenteen muutoksilla sekä ruokailuympäristöllä ja ruokailuasennolla.

3. PROJEKTITYÖN TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tehtävät

1. Tuottaa opas nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemisen helpottavista auttamismenetelmistä Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle

Tavoite

1. Kerätä ajankohtaista luotettavaa tietoa hoitohenkilökunnalle, noudattaen Terveyden edistämisen keskuksen asettamia kriteereitä.
2. Hoitohenkilökunnan valmiuksien lisääminen nielemisvaikeuksien tunnistamiseen ja hyvän ravitsemuksen turvaamiseen oikeilla auttamismenetelmillä.

4. PROJEKTITYÖN TOTEUTTAMINEN

Projektityö toteutetaan oppaan valmistuksella kohderyhmälleen sairaanhoitajaopiskelija Kati Korpelan johdosta.

4.1 Projekti menetelmänä

Projekti on määräaikainen ja tavoitteisiinsa pyrkivä, aihe on harkittu tarpeellisuutensa vuoksi. Projektilla on aikataulu, resurssit ja oma projektiorganisaatio. Projektin tuotoksen on tarkoitus olla hyödyllinen kohderyhmälleen. (Rissanen, T. 2002, s.14). Projektille asetetaan määritelty päätepiste, mikä johtaa tavoitteiden saavuttamiseen. Projektissa on keskeisenä tekijänä ryhmätyöskentely, jota edellytetään tavoitteiden saavuttamiseksi. Projekti on oppimisprosessi, jonka tuomia kokemuksia tulisi hyödyntää jatkossa muissa hankkeissa. Kohderyhmän tarpeiden huomioon ottaminen rajaavat projektin toimintaa ja asettavat tavoitteita. Projekteihin liittyy riskejä, riskien määrä on sidoksissa projektin eri vaiheiden läpiviemiseen. Projektin lopputulos ei aina ole konkreettinen tuote, vaan se voi olla myös ratkaisu johonkin ongelmaan. (Ruuska, K. 2007, s. 19 – 20).

4.2 Kohderyhmä ja sen valinta

Kohderyhmäksi on valittu Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunta, joilla on ajankohdainen tarve projektityössä toteutettavaan opasesitteeseen. Hoitohenkilökunta koostuu sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon suorittaneista lähihoitajista ja perushoitajista, mielenterveyshoitotyöhön suuntautuneena. Valitulla kohderyhmällä on osittaista kokemusta nielemisvaikeuksista ja niiden auttamismenetelmistä.

4.3 Projektioorganisaatio

Projektiryhmässä toimii projektivastaavan osassa sairaanhoitajaopiskelija Kati Korpela. Projektiasettajana toimii Palvelukoti Vanamon osastonhoitaja Erja Träskelin. Projektityön ohjaajana toimii Satakunnan ammattikorkeakoulun nimeämä Tarja Henttonen.

4.4 Projektityön eteneminen

Aihevalinnan jälkeen on päätetty opinnäytetyö toteuttavaksi projektityönä. Projektityö toteutetaan opasesitteen laadintana kohderyhmälleen. Projektityöhön liittyvä materiaali on kerätty aiheittain. Kerätyn tekstimateriaalin lähteet ovat tuoreita, tiedon ajankohtaisuuden varmistamiseksi. Opasesitteen suunnittelussa on käytetty kirjallista aineistoa ohjeistuksineen. Opasesitteen suunnittelussa apuna on käytetty julkaistujen esitteiden tutkimista luettavuudessa ja ulkoasussa. Opasesitteen työstämisessä käytetään myös Terveystieteiden keskuksen asettamia kriteereitä, joita voi käyttää suunnittelu, toteutus ja arviointi vaiheessa.

Opasesitteen sisällön valinnassa on huomioitu kohderyhmän tarve..

Opasesitteen valmistuttua pidetään esitelmä kohderyhmällä, jonka jälkeen tehdään mahdolliset muutokset opasesitteeseen kohderyhmän tarpeita vastaaviksi.

5. PROJEKTITYÖN RESURSSISUUNNITTELU

Projektityöryhmän sairaanhoitajaopiskelija Kati Korpela kustantaa ensimmäiset kappaleet opasesitteestä, jatkossa Palvelukoti Vanamo kustantaa itse tarvittavan määrän opasesitteitä. Kati Korpela vastaa muista kustannuksista liittyen projektityöhön.

6. PROJEKTITYÖN AIKATAULU JA RAPORTOINTI

Aiheen valinta oli tammikuussa 2006. Kevään 2006 aikana kerätään teoria tietoa ja tehdään raakaversio oppaasta. Pidetään yhteistyöpalaveri Palvelukoti Vanamossa. Työryhmän kokouksessa sovitaan oppaan sisällöstä ja toteuttamistavasta. Selkeää valmistumisajankohtaa ei ole vielä tässä vaiheessa asetettu. Syksyllä 2006 teoria tiedon keräämistä jatketaan ja opasta muokataan. Suunnitelmaseminaari pidetään marraskuussa 2006. Keväällä työstetään kerättyä teoria tietoa sekä ollaan yhteydessä yhteistyöhenkilön kanssa sähköpostitse. Projektityön päätös on suunniteltu syksylle 2007.

LÄHTEET

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. JYVÄSKYLÄ. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa, suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Talentum.

[REDACTED]
Sosiaalivirasto
[REDACTED]

LUPA-ANOMUS
16.05.2007

Kati Korpela
[REDACTED]

Projektityönä toteutettavan opinnäytetyön lupa-anomus

Olen sairaanhoitaja opiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksiköstä. Opiskeluni kuuluu opinnäytetyöhön tekeminen. Opinnäytetyö toteutettaisiin projektityön muodossa Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle. Projektityön aiheena on nielemisvaikeuksista ja niiden auttamismenetelmistä kertovan opasesitteen laadinta hoitohenkilökunnalle. Liitteenä on projektityönä toteutettavan opinnäytetyön projektisuunnitelma.

Opinnäytetyöni valmistuu syksyllä 2007.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Satakunnan ammattikorkeakoulun nimeämä terveyden maisteri Tarja Henttonen (p.02 - 620 3426).

Pyydän kohteliaammin lupaa projektimuotoisen opinnäytetyön toteuttamiseen Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle

Kunnioittaen

Kati Korpela

LIITE
Projektisuunnitelma



PORIN KAUPUNKI



Sosiaalikeskus

Osastopäällikkö

Tutkimuslupa

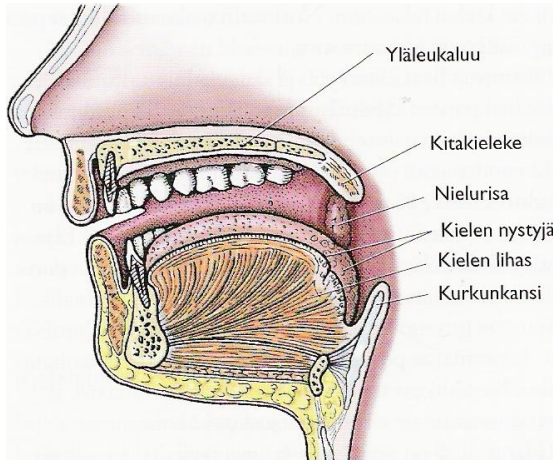
Päätöspöytäkirja
§ 71/2007

Päätöspvm
25.5.2007

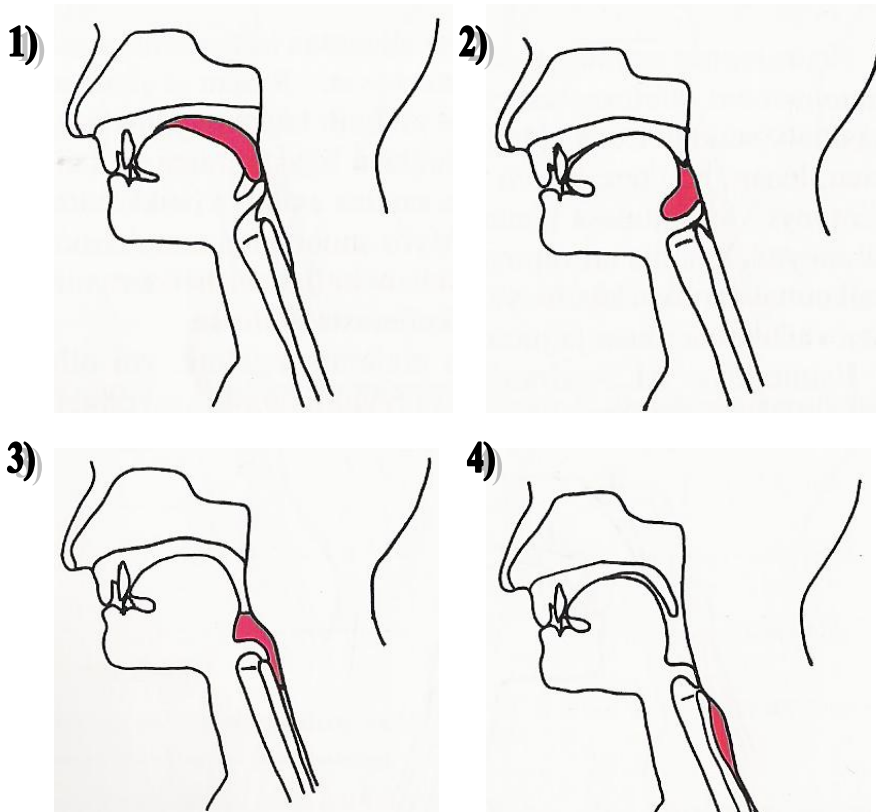
- ASIA:** TUTKIMUSLUPA, KATI KORPELA
- ESITYS:** Myönnetään lupa projektimuotoisen opinnäytetyön toteuttamiseen
Palvelukoti Vanamon hoitohenkilökunnalle.
- PÄÄTÖS:** Hyväksyn tutkimusluvan anomuksen mukaisesti
- ALLEKIRJOITUS:** 
Jarmo Viljanen
Osastopäällikkö 
- TIEDOKSI:** Kati Korpela, Palvelukoti Vanamo
- LIITE:** Oikaisuvaatimusohje
Lupa-anomus
Projektisuunnitelma

Kuva 1. Suuontelon halkileikkaus keskitasosta.

(Lähde: Bjälje, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. V. & Toverlund, K. C. 1999, s.331).



Kuva 2. Nielimistapahtuma. (Lähde: Ketola, U., Warinowski, E-L., Luoto, E. & Niemi, E. 1996. Helposti nieltävä, opas nielishäiriöistä kärsiville, s.5 & Bjälje, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. V. & Toverlund, K. C. 1999, s.334).



Boluksen kulku nielun ja ruokatorven läpi. Ruokatorven yläosassa on erityisen voimakas lihaksisto, joka toimii sulkijalihaksena.

- 1) Nielimisrefleksi laukeaa ja nielaisu tapahtuu
- 2) Boluksen tullessa nieluun kurkunkansi sulkee henkitorven aukon ja ruokatorven sulkija avautuu.
- 3) Bolus kulkeutuu nielusta ruokatorveen
- 4) Kun bolus on siirtynyt ruokatorveen, henkitorvi avautuu uudelleen ja ruokatorvi sulkeutuu

Parkinsonismia haittavaikutuksena aiheuttavia lääkkeitä.

Lääkeaineryhmät	Lääkeaineet	Kauppanimi
Psykoosilääkkeet Perinteiset neuroleptit	Klooripromatsiini Le- vomepromatsiini Pro- matsiini Tiosidatsiini Perisiatsiini Flupentiksoli Klooriprotikseeni Tsuk- lopentiksoli Melperoni Haloperidoli Sulpiridi	Klorproman [®] Levozin [®] , Nozinan [®] Spasine [®] Melleril [®] , Orsanil [®] Peratsin [®] Fluanxol [®] Cloxan [®] , Truxal [®] Cisordinol [®] Buronoli [®] , Melpax [®] Serenase [®] Suprium [®]
Epätyypilliset neuroleptit	Klotsapiini Risperidoli Olantsapiini	Clozapine [®] , Froid [®] , Le- ponex [®] Risperdal [®] Zyprexa [®]
Pahoinvointilääke	Metoklopramidi	Metopram [®] , Primperan [®] , Migpriv [®]
Psykosomaattiset häiriöiden hoitoon, skitsofrenialääke, huimaukseen, pahoinvoin- tiin, oksenteluun	Proklooriperatsiini	Stemetil [®]
Psyykelääke, maanisdepres- siivisuutteen	Litium	Lito [®]
Masennuslääke, pakkoneu- roosit	Fluoksetiini	Fluoxal [®] , Fluoxetin [®] , Fluoxetine [®] , Fluxantin [®] , Fon- tex [®] , Seromex [®] , Seronil [®]
Masennuslääke	Paroksetiini	Optipar [®] , Seroxat [®]
Rytmihäiriölääke	Amiodaroni	Cordarone [®]

Lähde: Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi, 76; Lääketietokes-
kus. Suomessa myytävien lääkevalmisteiden pakkausselosteet. Lääkeinfo.fi. [Viitattu
19.2.2008] <http://www.xn--lkeinfo-5waa.fi/Frontpage.aspx>

Suun kuivumista aiheuttavia lääkkeitä

Lääkeryhmä	Lääkeaine	Kauppanimi
Sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet	Atenoli Karvediloli Indapamidi Furosemidi Spironolaktoni Amiloridihydrokloridi + Hydroklooritiatsidi Enalapriili Enalapriili + Tiatsidi	Atenblock®, Atenol®, Atenolol®, Tenoprin. Carvedilol® Natriliix® Furesis®, Furomin®, Lasix®, Vesix® Aldactone®, Spiresis®, Spirix® Amitrid®, Diuramin®, Diurex®, Miloride®, Moduretic®, Sparkal®, Uretren® Enalapril®, Enaloc®, Linatil®, Renitec® Enalapril Comp®, Enaloc Comp®, Linatil Comp®, Renitec Comp®
Pahoinvointilääkkeet	Proklooriperatsiini Metoklopramidi	Stemetil® Metopram®, Primperan®
Ruoansulatuselimistön lääkkeet	Sukralfaatti Famotidiini Loperamidi Omepratsoli	Antepsin®, Alsucral® Famotidin®, Pepcid®, Pepcidin® Imocur®, Imodium®, Lopex® Losec®, Omeprazol®
Rytmihäiriölääkkeet	Disopyramidi Propafenolihydrolihydrokloridi	Disomet® Rytmonorm®
Urologisten sairauksien lääkkeet	Hydroksitsiini Hyoksiini Hyoskyamiini Glykopyrrolaatti Klidinium Biperideeni Tolterodiini Atropiini Tropiumkloridi Oksibutyliinihydrokloridi	Atarax® Buscopan® Egazel duretter® Robinul® Librax® Akineton®, Ipsatol® Detrusitol® Oftan Atropin® Spasmo-Lyt® Cystrin®, Ditropan®, Oksibutin®, Oxybutynin®
Hengittävät lääkkeet	Ipatropiini Ipatropiumbromidi + salbutamolisulfaatti Tiotropiini Oksitropiini	Atrovent®, Atrodual® Atrovent Comp® Spiriva® Ventox®

Lähde: Heinonen, T. 2006. Lääkkeet ja suu. Idies ky, 86 – 87; Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi, 49, 62, 70, 79.

Suun kuivumista aiheuttavia psykoosi- ja masennuslääkkeitä

Lääkeryhmä	Lääkeaine	Kauppanimi
Psykoosilääkkeet	Klooripromatsiini Levomepromatsiini Promatsiini Tiosidatsiini Perisiatsiini Flupentiksoli Klooriprotikseeni Tsuklopentiksoli Melperoni Haloperidoli Sulpiridi Klotsapiini Risperidoli Olantsapiini Perfenatsiini Aripipratsoli	Klorproman [®] Levozin [®] , Nozinan [®] Spasine [®] Melleril [®] , Orsanil [®] Peratsin [®] Fluanxol [®] Cloxan [®] , Truxal [®] Cisordinol [®] Buronoli [®] , Melpax [®] Serenase [®] Suprium [®] Clozapine [®] , Froid [®] , Leponex [®] Risperdal [®] Zyprexa [®] Abilify [®] Peratsin [®]
Masennuslääkkeet	Nortriptyyliini Doksepiini Reboksetiini Tratsodoni Venlafaksiini Fluoksetiini Fluvoksaami Paroksetiini Sertraliini Sitalopraami Moklobemidi Amitriptyyli	Noritren [®] Doxal [®] Edronax [®] Azona [®] Efexor [®] Fluoksetiini [®] , Fluoxal [®] , Fluoxetin [®] , Fluoxetine [®] , Se- romex [®] , Seronil [®] Fevarin [®] Optipar [®] , Paroksetiini [®] , Panoxe- tin [®] , Serodur [®] , Seroxat [®] Zoloft [®] Cipralext [®] , Cipramil [®] , Citalo- pram [®] , Emocal [®] , Sepram [®] Aurorix [®] , Moclobemid [®] Noritren [®] , Saroten [®] , Triptyl [®] , Klotriptyl [®] , Limbitrol [®] , Pertiptyl [®]

Lähde: Heinonen, T. 2006. Lääkkeet ja suu. Idies ky, 86 – 87; Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi, 49, 62, 70, 79.

Lääkkeet, jotka heikentävät ruokatorven alaosan sulkijamekanismia

Lääkeryhmä Käyttöaiheita	Lääkeaine	Kauppanimi
Alfasalpaajat: Verenpaineen ja eturauhasenliikakasvun virtsaamisvaikeuksien hoitoon	Pratsosiini	Peripress®, Pratsiol®
Kalsiumkanavan salpaajat: Vähentää sydänlihaksen kuormitusta, laskee korkeaa verenpainetta ja parantaa sydämen verenkiertoa ja hapensaantia.	Amlodopiini Diltiatseemi Felodipiini Isradipiini Lerkanidipiini Nifedipiini Nisoldipiini Nilvadipiini Verapamiili	Norvasc® Cardizem®, Dilmin®, Dilpral®, Diltzem® Hydac®, Plendil® Lomir® Zanidip® Adalat®, Nifangit®, Nifdemini® Syscor® Escor® Isoptin®, Vermin®, Verpamiil®, Tarka®
Kalsiumkanavan salpaajat: Vähentää sydänlihaksen kuormitusta, laskee korkeaa verenpainetta ja parantaa sydämen verenkiertoa ja hapensaantia.	Salbutamoli Fenoteroli Terbutaliini Formoteroli Salmeteroli	Airomir®, Buventol®, Salbuvent®, Ventoline® Berotec® Bricanyl® Foradil®, Oxis® Serevent®
Nitraatit: Laajentaa verisuonia, vähentää sydämen työtä ja hapenkulutusta sekä lisää sydänlihaksen hapensaantia	Glyceryylitrinitraatti Isosorbididinitraatti Isosorbidi-5-mononitraatti	Nitro®, Nitromex®, Perlingani®t, Deponit®, Minitran®, Transidem-Nitro® Dinit®, Nitrosid® Imdur®, Isangina®, Ismexin®, Ismox®, Ormox®
Kuuhkoputkia laajentavat lääkkeet	Teofylliini	Euphyllin®, Nuelin®, Retafyllin®, Theodur®, Theofol®
Keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä	Diatsepaami	Diapam®, Diazepam®, Medipam®, Stesolid®
Antikolinergit: Parkinsonintauti Lihaskäykyys Virtsarakon toimintahäiriö Keuhkosairaudet Ruokatorven spastiset kivut ja motiliteettihäiriöt. Anestesian esilääkitys Maha ja suolisto Pakkoinkontinenssi Iisääntynyt tiheävirtsaus Virtsarakon toiminta Matkapahoinvointi	Biperideeni Orfenadriini Oksibutyyniini Ipatropiini Hyoskiini Glykopyrrolaatti Klidinium Tolterodiini Tropiumi Emeproni Skopolamiini	Akineton®, Ipsato® Norflex®, Dolan®, Norgesic Cystrin®, Ditropan®, Oksibutin®, Oxybutynin®, Spasmoxyli® Atrovent®, Atrodua® Buscopan®, Oftan® Scopolamin® Gastrodyn®, Robinul® Librax® Detrusitol® Spasmo-Lyt® Cetiprin® Scopoderm®
Opioidit Koviin kipuihin	Morfiini Oksikodoni Fentanyl Metadoni Buprenorfiini Tramadoli Dekstroproksifeeni Kodeiini	Depolan®, Dolcontin®, Morphin®, Indalagin®, Cocillana® Oxanest®, Oxycontin®, Oxynorm® Actiq®, Durogesic® Dolmed® Subutex®, Temgesic® Tradolan®, Tramadin®, Tramadol®, Tramagetic®, Tramal®, Trambo® Abalgin® Panacod®, Ardinex®, Codesan comp®, Dimetane Exp®, Katapekt®, Recipect®
Alkoholi, nikotiini, kofeiini		

Lähde: Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi, 50, 61, 62, 71; Tohtori.fi. Terveystietolähde. 2008. Lääkeopas. Lääketietokeskus Oy. [Viitattu 21.2.2008] <http://www.tohtori.fi/laakeopas/>; Suomen Parkinson-säätiö. 2006. Parkinsonpotilaille sopimattomat lääkkeet. [Viitattu 21.2.2008]. Internet-julkaisu. <http://www.parkinsonsaatio.fi/index.php?lang=fi&module=tutkimusnakymat&func=show&tutkimusnakymat=2>

Lääkkeet, jotka voivat aiheuttaa ruokatorven limakalvon vaurion

Lääkeryhmä, käyttöaiheita	Lääkeaine	Kauppanimi
Tulehduskipulääkkeet	Salisylaatit: Asetyyliisalisyylihapo Diflunisaali Propionihappojohdokset: Ibuprofeeni Ketoprofeeni Naprokseeni Tiaprofeenihapto Etikkahappojohdokset: Aseklofenaakki Diklofenaakki Etodolaakki Indometasiini Ketorolaakki Oksikaamit: Meloksikaami Piroksikaami Tenoksikaami Fenamaatit: Tolfenaami Mefenaami Koksibit: Selekoksibi Parekoksibi Rofekoksibi Parasetamoli	Alka-Seltzer®, Asa-Ratiopharm®, Aspirin®, Disperin®, Primaspan® Donobid® Brufen®, Burana®, Dexit®, Ibumax®, Ibumetin®, Ibuprofen®, Ibusal®, Ibuxin® Keto®, Ketomex®, Orudis® Alpxen®, Miranax®, Naprometin®, Napromex®, Naprosyn®, Naxopren®, Pronaxen® Surgamyl® Barcan® Arthrotec®, Diclometin®, Diclomex®, Motifene®, Trabona®, Voltaren® Lodine® Confortid®, Indocid®, Indometin® Toradol® Mobic® Brexidol®, Felden®, Piroxal® Tilcotil® Clotam®, Migea® Ponstan® Celebra® Dynastat® Vioxx®, Vioxxakut® Panadol®, Paracetamol®, Para-Suppo®, Para-Tabs®, Perfalgan®, Pro-Dafalgan®
Kaliumin	Kaliumkloridi	Durekal®, Kalinorm®, Kalisol®, Miral®
Luukadon ehkäisyyn	Alendronaatti ja muut bisfosfonaatit	Fosamax®, Didronate®, Optinate®
Raudanpuuteanemian hoitoon ja ehkäisyyn	Rautavalmisteet	Duroferon®, Retaferm®, Maltoferm®, Obsidan®, Spartocine®, Venofer®
Infektioiden hoitoon	Tetrasykliini, Doksisykliini	Apocylin®, Oricyclin®, Apodoxin®, Dosyklin®, Doximed®, Doximycin®, Doxitin®

Lähde: Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi, 71, 84 – 85; Lääketietokeskus. Suomessa myytävien lääkevalmisteiden pakkausselosteet. Lääkeinfo.fi. [Viitattu 19.2.2008] <http://www.xn--lkeinfo-5waa.fi/Frontpage.aspx>

Lähteet:

- *Aejmelaus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön, osaamista hyvään arkeen. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- *Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo. WSOY
- *Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, M. 2002. Hoitamisen taito. Hygienia. TAMMI
- *Ketola, U., Warinowski, E-L., Luoto, E. & Niemi, E. 1996. Helposti nieltävä, opas nielemishäiriöistä kärsiville. Suomen MS-liiton julkaisu
- *Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. WSOY/ Oppimateriaalit
- *Ravitsemusterapeuttien yhdistys R.Y. 2006. Ravitsemus ja ruokavalio. Vammalan Kirjapaino Oy: Dieettimedia Oy
- *Rautava-Nurmi, H., Saarelainen, E., Sjövall, S., Vuorisalo, S. & Westergård, A. 2000. Neste- ja ravitsemushoito. Porvoo.WSOY
- *Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.). 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Hygienia. TAMMI
- *Vuoristo, M. Gastroenterologia. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A., Jänntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim, 2001, 121 – 166
- *Reunanen, T. 2003. Sairaalanasto. Pieksämäki.RT-Print Oy
- *Oppaan kansikuva on ClipArtistia, piirrookset on tuottanut Kati Korpela

Linkit:

www.parkinson.fi www.ms-liitto.fi
www.lihastautiliitto.fi



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kati Korpela

Tämän oppaan on tuottanut sairaanhoitajaopiskelija, lähihoitaja Kati Korpela.

Tämä opas on projektin tuotos Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan, Porin yksikössä tehdystä opinäytetyöstä: Opas hoitajille nielemisvaikeuksien tunnistamisesta ja nielemistä helpottavista auttamismenetelmistä. Opinäytetyö on lainattavissa kyseisen yksikön kirjastosta sekä luettavissa Palvelukoti Vanamossa.

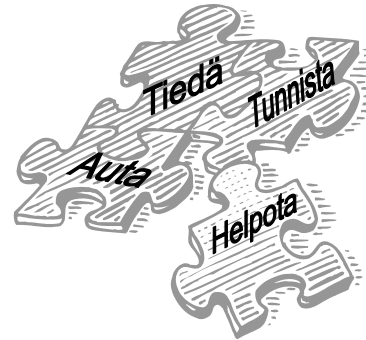
Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa nielemisvaikeuksista ja lisätä valmiuksia nielemisvaikeuksien tunnistamiseen sekä auttaa valitsemaan oikea auttamismenetelmä nielemisen ja ruokailun helpottamiseksi.

Nielemisvaikeuden tunnistamiseksi hoitajan tulee tuntea nielemistapahtuman keskeisimmät mekanismit sekä ymmärtää ikääntymisen tuomia fysiologisia ja patologisia muutoksia. Nielemistapahtuman mekanismeista ja ikääntymisen tuomista muutoksista sekä enteraaliseen ravitsemukseen on kerrottu tämän projektin opinäytetyössä, josta voi lukea aiheesta lisää.

Tässä oppaassa on tarkasteltu nielemisvaikeutta ikääntymisen tuomien fysiologisten ja patologisten muutosten sekä nielemisvaikeutta aiheuttavien sairauksien näkökulmasta.

Opas hoitajille

Nielemisvaikeuttako?



2008

Ravitsemuksen turvaaminen

Päätavoitteena ravitsemushoidossa on henkeen vetämisen estäminen ja riittävän ravinnon saannin turvaaminen.

Energian lähteitä ovat hiilihydraatit, rasvat ja keinotekoiset energialisät. Hiilihydraatteja saadaan viljavalmisteista, perunasta, hedelmistä, kasviksista, palkokasveista ja marjoista. Rasvoja saadaan maito- ja lihavalmisteista. Keinotekoisia energialisäitä ovat esimerkiksi maltodekstriini, joka on hiilihydraatti-valmiste

Suojaravintoaineiden lähteitä ovat proteiinit ja kivennäisaineet. Proteiineja saadaan lihasta, kalasta, maidosta, viljasta, palkokasveista, kanamunasta, herneistä, pavuista ja soijasta. Kivennäisaineita ovat kalium, kalsium, seleeni, sinkki ja magnesium

Ruokavalion energia- ja proteiinisisältöä voidaan lisätä öljyllä ja muilla rasvoilla, hunajalla, salaatinkastikkeilla, suklaalla ja maitotuotteilla, esim. majoneesi, smetana, sulate-, raejuusto, maitorahka.

Suonen sisäiseen nesteytykseen tai enteraaliseen ravitsemukseen turvaututaan nielemisvaikeuden ollessa vaikea. Enteraalinen ravitsemus on suonen sisäistä nesteytystä turvallisempi vaihtoehto. Enteraalinen ravitsemus voidaan toteuttaa nenämahaletkun tai gastrostooman (mahalaukku avanne) avulla.

Oheiden tavoitteena:

- ☼ on mahdollistaa omatoimisuutta
- ☼ on lisätä elämänmielekkyyttä
- ☼ on kohentaa elämänlaatua
- ☼ on turvata parempi ravitsemus
- ☼ ehkäistä mahdollisten lisäsairauksien puhkeamista
- ☼ välttää lääkehoidon haittavaikutuksia

Lääkehoidon huomioon ottaminen

Ikääntyessä lääkeaineen aineenvaihdunta hidastuu, jolloin lääkeaineiden pitoisuudet elimistössä muuttuvat. Tällöin lääkkeiden haittavaikutukset ja yliannostelun riskit lisääntyvät.

Lääkemuodoista ikääntyneille suositellaan nestemäistä muotoa, koska se on helppo niellä. Muita ikääntyneille sopivia lääkemuita ovat poretabletit, jauheet, imeskelytabletit, rakeet ja resoribletit (esim. Nitro[®]).

Lääkkeiden murskaamista, jauhamista ja avaamista tulee välttää, jos valmisteyhteenvedossa tämä kielletään. Lääke-
muodon hajottaminen vaikuttaa lääkeaineen imeytymiseen sekä lääkeaine saattaa syövyttää ruokatorven limakalvoja.

Mitään lääkkeitä ei saa sekoittaa lämpimään ruokaan tai nesteeseen. Lämpö nopeuttaa lääkkeen kemiallisia reaktioita sekä muuttaa ruoan/juoman makua.

Lääkkeiden ottamisen yhteydessä tulee nauttia riittävästi nestettä, jolloin pystytään estämään lääkkeen juuttumista ruokatorven limakalvolle. Ennen lääkkeen ottoa juodaan limakalvojen kostuttamiseksi 2 – 3 nielaisun verran vettä. Lääkkeen oton jälkeen juodaan mielellään 200ml vettä (vähintään 100ml), jolloin varmistetaan lääkkeen pääsy mahalaukuun. Lääkkeen ruokatorveen juuttumista voidaan estää myös ottamalla tabletti tai kapseli 15 – 30 minuuttia ennen makuuasentoon menoa.

11

TIEDÄNielemisvaikeuksien esiintyminen

Nielemisvaikeus voi liittyä nielemistapahtuman eri vaiheisiin suussa, nielussa ja ruokatorvessa. Lihastoiminnan häiriintyminen nielun poikkijuovaisissa lihaksissa tai ruokatorven sileissä lihaksissa vaikeuttavat nielemisen onnistumista aiheuttaen nielemisvaikeutta.

Lihasten toiminta- ja tuntehäiriöitä voi esiintyä suuontelon lihaksissa, kuten poskissa, leuassa, huulissa, kielessä ja kitalaessa. Näissä lihaksissa saattaa esiintyä heikkoutta, jäykkyyttä, hitautta tai vapinaa, jotka voivat vaikeuttaa nielemistä.

Ikääntymisen tuomat fysiologiset muutokset, kuten ruokatorven rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset, vaikuttavat nielemisen onnistumiseen sekä aiheuttavat ongelmia ravintoaineiden imeytymisessä, jolloin ravitsemukseen on kiinnitettävä huomiota.

Rakenteellisia muutoksia on esimerkiksi ruokatorven lihassyiden määrän pieneneminen. Toiminnallisia muutoksia ovat esimerkiksi ylemmän sulkijalihaksen pienenenyt lepopaine ja hidastunut lihasten rentoutuminen nielemisen jälkeen.

Suun alueella tapahtuvat ikääntymismuutokset vaikuttavat syömiseen ja nielemiseen. Syljen erityksen vähenemisen seurauksena sylki ei riitä huuhtelevaan suuonteloa bakteereista, jolloin hampaat reikiintyvät helposti ja limakalvot vaurioituvat. Kieli ja limakalvot arkaantuvat ja haavoittuvat helposti. Myös jotkut lääkkeet vähentävät syljen eristystä (Atrovent[®], Triptyl[®], Sere-nase[®]).

Nielemisvaikeudessa ruoka-annoksen käsittely suuontelossa voi olla heikentynyt, jolloin sen kuljettaminen nieluun laukaise-
maan nielemisrefleksi vaikeutuu.

1

Sisällysluettelo

TIEDÄ

Nielemisvaikeuksien esiintyminen	1
Suunieluperäiset nielemisvaikeudet	3
Ruokatorvipäriset nielemisvaikeudet	4
Nielemisvaikeuksien diagnosointi	5

TUNNISTA

Nielemisvaikeuksien tunnistaminen	6
Elimistön kuivumisen oireet	7

AUTA & HELPOTA

Ruokailun helpottaminen	8
Nielemisen helpottaminen	10
Lääkehoidon huomioon ottaminen	11
Ravitsemuksen turvaaminen	12

Keskiaukeamalla on taulukko helposti nieltävistä ruuista ja juomista.

Nielemisen helpottaminen

Nielemisen onnistumista voidaan auttaa helposti nieltävillä ruuilla ja juomilla.

Helposti nieltäviä ruokia ja juomia ovat esimerkiksi sooseet, mehukeitot, hyytelöt, lasten sileät ruuat, nektari ja piimä.

Ohuiden nesteiden koostumusta voidaan muuttaa helposti nieltävään muotoon esimerkiksi peruna-, maissi-, vehnä-
jauhojen, ohratärkkelyksen, kanamunan, perunasoseen tai perunansosejauheen avulla sekä liivatelehtien, -jauheen tai sakeutumisaineen (Nutilis[®]) avulla. Sakeutumisainetta käyttäessä nesteen tulee olla hetken aikaa huoneen lämmössä ennen jauheen laittoa, koska jääkaappikylmässä nesteessä sakeutumista ei tapahdu vaan aine paakkuuntuu.

Elintarvikkeita voidaan pehmentää voisulalla, salaatin-kastikkeilla ja kermaviilikastikkeilla. Kuivia elintarvikkeita, kuten leipää, korppua ja keksiä voidaan liuottaa esimerkiksi kahvissa, teessä, mehussa, keitossa, kastikkeessa tai vellissä. Liha muutetaan helposti käsiteltävään muotoon keittämällä pehmeäksi.

Ruoan rasvassa paistamista tulee välttää, koska paistaminen kovettaa ruokaa.

Suun limakalvojen ollessa kuivat, tulee suun hoitoon kiinnittää Huomiota, koska nieleminen ärsyttää kuivia limakalvoja.

Syljen eritystä voidaan lisätä laimealla sitruunamehulla, kuitupitoisella ruoalla, kasviksilla ja jääpalan imeskelyllä sekä ruokaöljyn siveilyllä suun limakalvoille. Apteekista on myös saatavilla suuta kosteuttavia geelejä ja suuvesiä.

10



Hoitaja voi tukea ruokailuasentoa, asettamalla ruokailijan taakse seisomaan. Hoitaja voi tukea ja ohjata käden liikkeitä sekä tarvittaessa tukea päätä ja leukaa.

Ruokailussa autetaan syöttämällä kun omatoiminen ruokailu on mahdotonta. Lusikka viedään ruokailijan suuhun edestä keskeltä, kuten hän itse tekisi. Lusikkaa tulee painaa hieman kielen päällä, jolloin ruokailija saa siitä tuntuman. Lusikkaa suusta pois viedessä, painetaan kevyesti ylähuulta vasten sekä samalla voidaan ohjata ruokailijan pään asentoa ja huulten sulkemista, ettei ruoka valu pois. Ruoan jäädessä poskiin, ruokaa painetaan poskesta takaisin kielen suuntaan poskien tyhjentämiseksi.

Ruokailua voidaan helpottaa myös apuvälinein, kuten astioiden alla olevalla liukuusteella, jolloin astiat pysyvät sopivalla etäisyydellä ruokailijasta. Paksunnetut varret aterimissa helpottavat ruokailun toteuttamista käsien puristusvoiman heikennettyä. Käsien vapinaa voidaan helpottaa painavimmilla aterimilla ja raskaspohjaisella mukilla. Nokkamukia käytettäessä iso reikäinen nokka on parempi vaihtoehto, koska pieni reikäinen nokka saattaa laukaista imemisrefleksin, joka hidastaa nielemisen kuntoutumista aivohalvauspotilaalla.



9

Suunieluperäiset nielemisvaikeudet

Essentiaalista vapinaa voi esiintyä päässä ja kielessä, mutta yleisemmin sitä esiintyy liikesuorituksen aikana raajoissa, kuten käden ojennuksessa. Aiheuttajaa ei tunneta, mutta se on Parkinsonin tautia yleisempi vapina muoto.

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä hermoston sairaus. Oireet aiheutuvat liikesäätelyyn osallistuvien hermosolujen tuhoutumisesta. Oireista vapina, jäykkyys ja tahattomat liikkeet vaikeuttavat ruokailun toteuttamista ja nielemisrefleksin laukeamista.

Myasthenia gravis (MG) on hermo-lihasliitoksen alueella paikantuva sairaus. Lihashyökköys raajoissa vaikeuttaa ruokailun toteuttamista.

MS-tauti on krooninen keskushermoston autoimmuunisairaus, jonka oireet vaikeuttavat nielemisen ja ruokailun toteuttamista. Tällaisia oireita ovat käsien voimattomuus ja vapina, lihasten jäykkyys, pään tutina sekä kielellisten toimintojen vaikeutuminen.

ALS on liikehermoratoja rappeuttava sairaus, jonka seurauksena tahdonalainen lihaksisto heikkenee ja surkastuu. Nielemisvaikeus ilmenee nesteiden nielemisen vaikeutena ja jatkuvan syljen valumisena sekä puheen hidastumisena ja muuttumisena honottavaksi.

Aivoverenkierohäiriön seurauksena nielemisvaikeudessa voi olla kyse kurkunpään lihaksiston toimintahäiriöistä tai viivästyneestä nielemisrefleksistä sekä nielun tuntopuutoksista. Suun ja nielun toimintahäiriö voi tulla ilmi puheen epäselvyytenä, kasvojen epäsymmetrisyytenä, suun sulkemisen vaikeutena sekä syljen valumisena suusta.

3

Ikääntyessä lisääntyvät myös sairauksien myötä lääkkeiden määrä, jolloin niiden haittavaikutusten riski kasvaa. Lääkeaine voi syövyttää liian vähäisen nestemäärän kanssa otettuna ruokatorven pintaa, aiheuttaen ruokatorvea ahtauttavaa ja nielemistä vaikeuttavaa arpikudosta.

Ruokatorven limakalvovaurioita aiheuttavia lääkkeitä ovat esimerkiksi Primaspan[®], Fosamax[®], Durekal[®]. Jotkut lääkkeet voivat heikentää ruokatorven alaosan sulkijamekanismeja (esim. Akineton[®], Diapam[®]). Jolloin mahaneste saattaa päästä ruokatorveen vahingoittamaan limakalvoja.

Aivojen serotiinitasoa kohentavat lääkkeet, kuten tramadoli ja psykelääkkeet suurin annoksin tai yhdessä käytettynä saattaa aiheuttaa serotiinioireyhtymän. Oireisiin kuuluu mm. vapinaa ja lihaskäykkyyttä, jotka voivat vaikeuttaa ruokailun toteuttamista.

Lääkeparkinsonismi= Psykoottisia oireita, kuten harhoja hoidetaan psykoosilääkkein. Lääkkeillä estetään dopamiinin vaikutusta. (Dopamiini osallistuu lihasten liikkeiden kontrollointiin.) Jolloin saattaa esiintyä Parkinsonin taudin kaltaisia oireita, jotka voivat vaikeuttaa ruokailun ja nielemisen onnistumista.

Nielemisvaikeudessa ruoka saattaa joutua hengitysteihin, josta seurauksena kehityy herkästi keuhkokuume. Muita vakavia seurauksia nielemisvaikeudesta on tukehtuminen, kuivuminen ja aliravitseminen.

Nielemisvaikeudet voidaan jakaa kahteen eri ryhmään sijaintinsa mukaan, suunieluperäiseen ja ruokatorvipärisen nielemisvaikeuteen.

2

AUTA & HELPOTA **Ruokailun helpottaminen**

Ruokailun mielekkyyteen voidaan vaikuttaa rauhallisella ilmapiirillä ja raikkaalla huoneilmalla ruokailutilassa.

Ruokailuasentoon tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska hyvä istuma-asento vaikuttaa omatoimisuuteen ja täten myös ruokailun mielekkyyteen.

Ruokailuasennon tulee olla hiukan etukumara, selkä suorana sekä jalat symmetrisesti lattialla painon jakautuessa tasaisesti molemmille jaloille. Niska-hartia jännityksellä vältetään käsien ollessa pöydän tasolla. Nielemistä voidaan tehostaa painamalla leukaa kevyesti rintaa kohden, täten vältetään ruoan tai juoman henkeen vetämiseltä kielen takaosan ollessa veltto.



8

Pään vapina ja tutina saattavat vaikeuttaa ruoka-annoksen ke-
räämistä kielen päälle ennen nielaisemista. Vapina vierittää ke-
rätyn ruoka-annoksen pois kielen päältä.

Nielemisvaikeudesta kärsivä henkilö pienentää ruoka-annok-
siaan ja jättää syömättä vaikeasti nieltävät ruoat kuten kovat
kasvikset. Ravinnon määrän aleneminen johtaa painon puto-
amiseen.

Elimistön kuivuminen saattaa olla oire nielemisvaikeudesta,
joten on tärkeää tunnistaa myös kuivumisen oireita.

Elimistön kuivumisen oireet:

- ☼ huulten ja limakalvojen kuivuus
- ☼ kuiva ja punakka iho
- ☼ kielen sameus sekä turpoaminen
- ☼ painuneet silmämunat
- ☼ kohonnut kehon lämpö
- ☼ alentunut verenpaine
- ☼ vähentynyt virtsan erity-
s
- ☼ ummetus
- ☼ pahoinvointi ja oksentaminen
- ☼ sekavuus
- ☼ laboratorio tutkimuksissa paljastuu kohonnut hemoglobiini,
hematokriitti sekä natrium ja seerumin proteiini.

7

Nielemisvaikeuksien diagnosointi

Nielemisvaikeuksien kartoittamisen tekee korva-, nenä- ja
kurkkutauteihin erikoistunut lääkäri. Lääkäri haastattelussa sel-
vitetään nielemisoireiden kesto ja luonne sekä mahdollisen ki-
vun esiintyminen ja nielämisen vaikeus. Tutkittavan taustasai-
raudat ja käytössä olevat lääkkeet selvitetään.

Lääkäri tutkii huulten sulkuvoiman, kielen liikeno-
peuden, hampaiden ja syljen erityksen sekä suulaen ja suunielun takaosien
liikkuvuuden ja symmetrisyyden.

Nenänielutähystyksellä (Nasofaryngofiberoskopia) tarkiste-
taan kielentyven alue, alanielu ja kurkunpää. Tähytyksen yh-
teydessä pystytään tarkistamaan limakalvoalueen mahdolliset
kasvaimet sekä nielun toiminnan symmetrisyys.

Mahalaukkutähystyksellä (Gastroskopia) tehdään yleensä lo-
pullinen diagnoosi. Tähytyksessä tarkastellaan ruoan-
sulatuskanavan mahdollisia muutoksia.

Manometria tutkimuksella selvitetään ruokatorven supistus-
toimintaa, jolloin tarkastellaan ruokatorven ala- ja yläsulkijaa
sekä ruokatorven runko-osaa.

Ruokatorven pH-mittauksella selvitetään ruokatorven alasul-
kijalihaksen toimintahäiriötä.

Lisätutkimuksena voidaan tehdä kurkunpääntähystystä ja ruo-
katorven varjoainetutkimusta.

5

Ruokatorviperäiset nielemisvaikeudet

Akalasiaan liittyy ruokatorven alasulkijalihaksen herpaantumis-
kyvyttömyyttä ja ruokatorven runko-osan peristalttiikan puuttu-
mista. Mahansisältö nousee ruokatorveen ja limakalvot
voivat vaurioitua.

Skledodermassa ruokatorven liikkuvuus on vähentynyt.

Diffuusi ruokatorvispasmassa voi esiintyä rintakipua kylmän
tai kuumien ruokien tai ison ruokapalan nielämisen yhteydessä.

Pähkinänsärkijä-ruokatorvi, ruokatorven peristalttiset aallot
ovat normaalia voimakkaampia sekä esiintyy ruokatorvessa liik-
kuvuushäiriötä ja rintakipua.

Refluksitaudin seurauksena voi kehittyä striktuura eli kurouma
ruokatorven limakalvoille.

Striktuura on ruokatorvea ahtaava sairaaloinen muutos,
joka aiheutuu toistuvasta limakalvovauriosta, jolloin tuhoutuu
paljon tukikudosta. Tuhoutunut kudos korvautuu arpikudoksella,
mutta arpikudos ei pysty korvaamaan tuhoutuneen kudoksen
toimintaa.

4

TUNNISTA

Nielemisvaikeuksien tunnistaminen

Nielemisvaikeuksien tunnistaminen ajoissa on tärkeää, koska
nielemisvaikeus on seuraus jostakin. Ajoissa havaittu nielemis-
vaikeus auttaa sen aiheuttajan hoidossa.

Hoitajat ovat keskeisessä osassa nielemisvaikeuden tunnistam-
isessa, koska he ovat mukana toteuttamassa arkipäiväisiä
rutiineja potilaiden kanssa.

Nielemisvaikeuteen voi liittyä oksentelua, yskimistä ja kivuliasta
nielämistä. Nesteen tai ruoan jouduttua hengitysteihin voi yski-
minen olla ponnetonta, josta ei välttämättä ole mitään apua.
Yskeminen ja kostea ääni saattavat olla merkki siitä, että juotua
nestettä on jäänyt äänihuulien päälle.

Niellyn ruoka-annoksen palautuminen takaisin suuhun muuta-
man sekunnin kuluttua nieläisemisestä voi johtua ruokatorvessa
olevasta kuroumasta. Kurouma estää ruoka-annoksen pääsyn
mahalaukkuun.

Kielen liikkeiden vajaavaisuutta voi ilmetä siten, että ruoan
hienontaminen jää puutteelliseksi.

6

Lähde:
Ketola, U., Warinowski, E-L., Luoto, E. & Niemi, E. 1996.
Helposti nieltävä, opas nielemishäiriöistä kärsiville. Suomen MS-liiton julkaisu

Keskiaukeamalla on taulukko helposti nieltävistä ruuista ja juomista.

Taulukon voi irrottaa julisteen tavoin.

Taulukosta on vaivatonta katsoa tarvittaessa minkälainen ruoan ja juoman koostumus on nielemisvaikeudesta kärsivälle henkilölle paras vaihtoehto.



Helposti nieltävä ruoka ja juoma

Nielemishäiriö	Haitta	Suosittelava ruoka
Huulten sulkua on heikentynyt	Neste valuu suupielestä	Sakea neste (nektari)
Pureskelu heikentynyt	Ruuan hienontaminen vaikeutuu	Kiinteä, tasainen ruoka helpottaa syömistä (sose)
Kielen lihastoiminta on heikentynyt	Tahmea ruoka juuttuu kielen päälle tai kitalakeen, ohut neste valahtaa ruokatorveen	Soseutettu ruoka, sakea neste
Suulaen lihastoiminta on heikentynyt	Ohut neste ja ruuan murut kulkeutuvat nenäonteloon	Sakea neste, sose. Murumainen ruoka ei sovi
Viivästynyt nielemisrefleksi	Erityisesti ohut neste kulkeutuu henkitorveen	Sakea neste ja ruoka. Ei ohutta liemiruokaa.
Kurkunpään sulkumekanismi on heikentynyt	Neste kulkeutuu henkitorveen	Sakea neste ja ruoka
Nielun lihastoiminta on heikentynyt	Tahmea ja murumainen ruoka juuttuu nieluun, josta nielemisen jälkeen saattaa kulkeutua henkitorveen	Tasalaatuinen ruoka, sose, sakea neste



Satakunnan ammattikorkeakoulu,
sosiaali- ja terveystieteiden
Kati Korpela
28500 PORI

SAATEKIRJE
11.04.2008

HYVÄ PALVELUKOTI VANAMON HOITOHENKILÖKUNTA!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Toteutan opintoihini kuuluvan opinnäytetyöni projektimaisena. Projektin tarkoituksena on tuottaa palvelukoti yksikköönne hoitajille opas nielemisvaikeuksista.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii THM, Tarja Henttonen
(tarja.henttonen@samk.fi)

OPPAAN ARVIOINTI

Pyydän kolmea hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä osallistumaan tämän projektin tuotoksen eli oppaan arviointiin.

Oppaan arviointi tapahtuu tutustumalla liitteenä oleviin, molempiin erilaisiin oppaisiin sekä vastaamalla liitteenä olevaan kyselylomakkeeseen.

Aikaa oppaiden tutustumiseen ja kyselylomakkeen täyttöön olen varannut yhden viikon. Täytetyt kyselylomakkeet voitte laittaa mukana antamaani kirjekuoreen. Tulen noutamaan kyselylomakkeet palvelukoti yksiköstänne 18.4. johon mennessä kyselylomakkeet tulisi olla täytettynä.

Kyselylomakkeen tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan oma näkemys oppaasta ja heidän tarpeistaan sekä arvioida projektityön tulosta. Vastauksien perusteella pystytään vielä muokkaamaan opasta hoitohenkilökunnan tarpeita vastaavaksi.

Liitteet

Opasmalli 1
Opasmalli 2
Kyselylomake

Yhteistyöterveisin

Kati Korpela
Sairaanhoitajaopiskelija, lähihoitaja
puh. 050 401 1778
sähköposti: kati.korpela@student.samk.fi

KYSELYLOMAKE Palvelukoti Vanamo hoitohenkilökunnalle

Oppaaseen tutustumisen jälkeen vastaa kyselylomakkeeseen. Vastaa 1 – 8 kohtaan merkitsemällä rasti vastausvaihtoehdon eteen. Kysymykset 9 – 14 ovat avoimia kysymyksiä, joihin toivon perusteltuja vastauksia. Viimeisessä kohdassa voitte antaa vapaata palautetta tai arviointia oppaasta.

1. Mielestäni parempi malli oppaista oli
- opasmalli 1
 - opasmalli 2

Arvostele valitsemaasi opasmallia

2. Ensivaikutelma oppaasta oli
- kohtalaisen hyvä
 - hyvä
 - kohtalaisen huono
 - huono

3. Oppaan tekstin koko on
- kohtalaisen hyvä
 - hyvä
 - kohtalaisen huono
 - huono

4. Oppaan luettavuus on
- kohtalaisen hyvä
 - hyvä
 - kohtalaisen huono
 - huono

5. Oppaan ymmärrettävyys on
- kohtalaisen hyvä
 - hyvä
 - kohtalaisen huono
 - huono

6. Kaipasitteko erillistä sisällysluetteloa oppaaseen?
- Kyllä
 - En

7. Antoiko kansilehti riittävän kuvauksen siitä, mitä oppaalta voisi odottaa?
- Kyllä
 - Ei

8. Ovatko otsikot riittävän kuvaavia?
- Kyllä
 - Ei

9. Mikä valitsemassanne oppaassa vaikutti valintaan?

10. Mitä mieltä olette oppaan kuvista ja piirroksista?

11. Mistä osiosta kaipaatte laajempaa tietoa?(Oppaan osiot ovat: Nielemisvaikeuksien esiintyminen, suunieluperäiset ja ruokatorvipерäiset nielemisvaikeudet, nielemisvaikeuksien diagnosointi, nielemisvaikeuksien tunnistaminen, elimistön kuivumisen oireita ovat, ruokailun helpottaminen, nielemisen helpottaminen, lääkehoidon huomioon ottaminen, ravitsemuksen turvaaminen, taulukko: helposti nieltävä ruoka ja juoma)

12. Minkälaista tietoa jätitte kaipaamaan?

13. Mihin osioon haluaisitte muutoksia oppaassa?

14. Minkä tiedon koette aiheettomaksi?

Onko teillä jotain muuta palautetta/arviointia annettavan oppaasta?

Kiitoksia osallistumisestanne!