

Hertta Korppinen

# Ikääntyneiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan ravitsemusosaaminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

14.3.2017

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Hertta Korppinen Ikääntyneiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan ravitsemusosaaminen  29 sivua + 4 liitettä 14.3.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitotyö
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Reetta Saarnio Lehtori Terttu Huupponen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamista ikääntyneiden hoidossa. Opinnäytetyö oli osa Ravitsemus ja ruokailu seniori-ikäisten hoivapalveluissa –hanketta, joka toteutettiin yhdessä yksityisen hoivapalveluntuottajan kanssa. Hankkeen tavoitteena oli kehittää ja yksilöllistää seniori-ikäisten ravitsemushoitoa hoivakodeissa. Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä olivat ikäännytynyt, ravitsemus, ravitsemushoito, ravitsemussuositukset ikääntyneille ja hoivakoti.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla. Kysely toteutettiin kolmessa hoivapalveluntuottajan hoivakodissa. Kyselylomakkeen kysymykset jaennettiin aihepiireittäin. Aineiston analysointi tapahtui pääasiassa SPSS- ja Excel-ohjelmien avulla. Analysoinnissa hyödynnettiin kuvailevaa tilastotiedettä.</p> <p>Keskeisinä tutkimustuloksina oli, että etenkin hoitohenkilökunnan iällä sekä sillä, että ikääntyneiden parissa on työskennellyt yli viisi vuotta, on positiivinen vaikutus ravitsemusosaamiseen. Pääsääntöisesti vastaajat arvioivat oman ravitsemusosaamisensa olevan hyvää tai erinomaista. Valtaosa vastaajista on tietoisia ravitsemussuositusten sisällöstä ja saman verran vastaajista on hyödyntänyt ravitsemussuosituksia vuoden sisällä. Lisäkoulutuksen tarvetta ilmeni erityisesti täydennysravintovalmisteiden käytöstä sekä ruoan rikastamisesta. Myös tehostetun ravitsemushoidon tarpeen tunnistamisessa lisäkoulutuksesta olisi todennäköisesti hyötyä.</p>	
Avainsanat	ikäännytynyt, ravitsemus, ravitsemushoito, ravitsemussuositukset ikääntyneille, hoivakoti

Author(s) Title	Hertta Korppinen Nutritional Knowledge of Nursing Staff Working Amongst the Aged
Number of Pages Date	29 pages + 4 appendices 14 March 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Reetta Saarnio, Principal Lecturer Terttu Huupponen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to survey nutritional knowledge of nursing staff working amongst the aged. This thesis is part of the Ravitseemus ja ruokailu seniori-ikäisten hoivapalveluissa –project. It was implemented with private company that provides care services. The aim of this project was to improve and individualize the nutritional care of the elderly. The main concepts in this thesis are aged, nutrition, nutritional knowledge, nutritional recommendations for aged and nursing home.</p> <p>The research was conducted as a quantitative survey using a semi-structured questionnaire. The enquiry was executed in three nursing homes. The questions of the questionnaire were parsed by themes. Data analysis mainly occurred by using SPSS and Excel-programs. Descriptive statistics were used in the analysis.</p> <p>The central findings were that especially nursing staffs' age and over five years working experience amongst aged has positive effect on nutritional knowledge. Respondents mainly estimated that their nutritional knowledge was either good or excellent. Majority of the respondents are aware of the content of the nutritional recommendations for the aged. Equally large amount of the respondents has utilized them within a year. There appears to be a need for further education concerning especially usage of nutritional supplements and enrichment of food. Further education concerning identifying the need of intensified nutrition would probably be beneficial.</p>	
Keywords	aged, nutrition, nutritional knowledge nutritional recommendations for aged, nursing home

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Ikääntynyt ja ravitseminen	2
2.1	Ikääntymisen tuomat muutokset	2
2.2	Ravitsemussuositukset ikääntyneille	3
2.2.1	Ikääntyneen ravitsemushoito	5
2.2.2	Ruokavalion erityistarpeet	7
2.3	Ravitsemuksen arviointi	8
2.4	Aiemmat tutkimukset	10
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	12
3.1	Tarkoitus ja tavoite	12
3.2	Tutkimuskysymykset	12
4	Opinnäytetyön toteutus	12
4.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	12
4.2	Aineiston keruu	14
4.3	Aineiston analyysi	15
5	Tulokset	15
5.1	Taustatiedot	15
5.2	Ravitsemushoito	16
5.3	Oman ravitsemusosaamisen arviointi	19
5.4	Ravitsemuksen avoimet kysymykset	20
5.5	Ravitsemuksen toteutuminen	20
6	Johtopäätökset ja pohdinta	21
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua	21
6.2	Luotettavuus	24
6.3	Eettisyys	26
6.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotuksia	27
	Lähteet	28
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaun taulukko	
	Liite 2. Kyselylomake	

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Tutkimuslupa

## 1 Johdanto

Seniori-ikäisten ravitseminen hoivakodeissa on puhuttanut maassamme jo pidemmän aikaa. Sen laatua on arvioitu tiukoin sanakääntein ja sävy on ollut enimmäkseen negatiivinen. Ikääntyneen ravitsemushoidolla pyritään elämänlaadun parantamiseen, toimintakyvyn ylläpitoon ja ikääntymiseen liittyvien sairauksien etenemiseen. Monipuolisella ja tasapainoisella ruokavaliolla pystytään välttämään ikääntyneelle erityisen haitallinen tahaton laihtuminen. Ravitsemustilan heikentymisen riski lisääntyy ikääntyessä ja ravinnonsaannin heikentyminen kiihdyttää muun muassa lihaskatoa ja haurastumista. Ravitsemushoidon tärkeyden vuoksi vuonna 2010 julkaistiin valtakunnalliset ikääntyneiden ravitsemussuositukset, joiden tavoitteena on yhdenmukaistaa käytäntöjä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 5, 155.)

Ikääntyneiden ravitseminen on hoivakodeissa täysin hoitohenkilökunnan käsissä, joten opinnäytetyössäni haluan selvittää heidän tietämystään asiasta. Tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamista ikääntyneiden hoidossa. Tavoitteena on saada hoitajilta ajantasaista tietoa heidän ravitsemusosaamisestaan sekä ravitsemushoidon suunnittelusta ja arvioinnista. Opinnäytetyön tavoitteena on myös saada hoitajat pohtimaan omaa osaamistaan ja toimintaansa kriittisesti, jotta kehittämistä voi tapahtua myös yksilötasolla.

Opinnäytetyö kuuluu Ravitseminen ja ruokailu seniori-ikäisten hoivapalveluissa – hanketta, joka toteutetaan yhdessä yksityisen hoivapalveluntuottajan kanssa. Hankkeen tavoitteena on kehittää ja yksilöllistää seniori-ikäisten ravitsemushoitoa hoivakodeissa. Ruoan ja ravitsemuksen merkityksellisyyttä hoitomuotona halutaan korostaa niin hoitajille kuin omaisillekin. Työ toteutetaan määrällisenä tutkimuksena. Tavoitteena on löytää kyselyn avulla myös mahdollisia ongelmakohtia ja alueita, joilla hoitajien tiedot ovat puutteellisia, jotta niihin voidaan puuttua ja tämän myötä ravitsemushoitoa voidaan kehittää hoivakodeissa.

## 2 Ikääntynyt ja ravitsemus

Opinnäytetyössäni keskitytään ikääntyneiden ravitsemukseen hoivakodeissa. Ravitsemusneuvottelukunta on tehnyt ravitsemussuositukset (päivitetty 2014), jotka ovat suunnattu suomalaisille. Suomalaisten terveyden ja kansallisen ruokakulttuurin pohjalta tehdyt ravintoainesuositukset on laskettu vastaamaan terveen, kohtalaisesti liikkuvan väestön tarvetta. Vaikkei yksittäinen elintarvike tai ravintotekijä selvästi heikennä tai paranna ruokavalion ravitsemuksellista laatua, ruokatoron suositukset korostavat jokapäiväisten valintojen merkitystä. Ruokatoron säännöllisyydellä ja kokonaisvaltaisuuksella on merkitystä pitkähkällä aikavälillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta.)

### 2.1 Ikääntymisen tuomat muutokset

Ikääntyessä fyysiset muutokset ovat väistämättömiä ja esimerkiksi 30 ikävuoden jälkeen luusto alkaa heikentyä ja lihaskudoksen määrä vähentyy. Sarkopeniaa eli lihaskatoa esiintyy tutkimusten mukaan jopa puolella 50 vuotta täyttäneistä naisista. Miehillä on jo lähtökohtaisesti 30% enemmän lihaskudosta, joten tilanne heidän kohdallaan on jonkin verran parempi. (Puranen – Suominen 2012: 7.) Levossa ollessa lihakset voivat surkastua jopa 2%:n vuorokausivauhdilla, joten tähän tulee kiinnittää huomiota erityisesti vuodepotilaiden kohdalla (Tilvis 2010a: 24). Sarkopenialla on suora vaikutus toimintakykyyn ja jaksamiseen (Puranen – Suominen 2012: 7).

Liikkumisen vähentyessä, myös ruokahalu usein pienenee. Energiantarve ja –kulutus ovat suoraan yhteydessä liikkumiseen, ja näillä kaikilla on vaikutus toisiinsa. Kun ikääntyneen liikkuminen vähenee, siitä seuraa kehon hallinnan heikkenemistä, varovaisuutta ja kaatumisia. Nämä kiihdyttävä osteoporoosin etenemistä, mikä puolestaan lisää liikkumattomuutta. Lihaskunnan ja kehon hallinnan heikentyessä, riski kaatumisille ja murtumille kasvaa. Terveystilaan ja toimintakykyyn vaikuttaa suuresti ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti. Heikolla ravitsemustilalla on myös merkittävä yhteys ikääntyneen muuhun sairastamiseen, kuten masennukseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 14–15.)

Ravintoaineiden imeytymistä voivat heikentää niin sairaudet kuin niihin liittyvät lääkkitykset. Mahalaukku erittää ruoansulatusnesteitä, kuten suolahappoa, mutta

ikäntyessä näiden erityis vähenee. Bakteerien liikakasvu voi olla seurausta happosalpaajalääkkeistä, mikä heikentää myös ravintoaineiden imeytymistä. Nämä voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Lisäksi mahalaukku ei laajene yhtä lailla kuin nuorilla, joten kylläisyyden tunne tulee aiempaa nopeammin. Tavallista on, että maku- ja hajuaistissa tapahtuvien normaalien muutosten myötä suolaisen ja makean havaitseminen saattaa heiketä ja tästä johtuen ruoasta nauttiminen vähenee ja ruoka ei maistu entiseen tapaan. (Puranen – Suominen 2012: 7.)

Muistisairaudet ja akuutit sairaudet ovat tavallisesti yhteydessä vähentyneeseen ravinnonsaantiin sekä laihtumiseen. Vaikka iäkäs olisi normaali- tai ylipainoinen, voi hänen ravitsemustilansa olla heikentynyt tai huono. Tämä voi johtua esimerkiksi painonvaihtelusta, yksipuolisesta ruokavaliosta tai runsaasta alkoholinkäytöstä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 17.) Huono ravitsemustila voi altistaa myös infektiosairauksille. Hoitamattomana ja pitkittyessään ravitsemusongelmat aiheuttavat kierteen, jonka seurauksena sairauksista toipuminen on hidasta tai jopa estynyt. (Hakala 2015.)

## 2.2 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Ikääntyneille julkaistiin omat ravitsemussuositukset vuonna 2010. Yksilöllisen ikääntymisen tuomien muutosten vuoksi ikääntyneet on jaoteltu iän sijasta ryhmiin toimintakyvyn perusteella. Ikääntyneet ovat hyvin heterogeeninen joukko, joten samat ohjeet eivät sovellu kaikille. Ravitsemusohjauksen ja -hoidon tulisi aina perustua yksilölliseen arviointiin, jonka pohjalta tehdään toimintasuunnitelma. Ikääntyneiden ravitsemussuositukset pyrkivät selkeyttämään heidän ravitsemukseensa liittyviä keskeisiä eroja ja tavoitteita ravitsemushoidossa. Tavoitteena on myös lisätä tietoa ravitsemuksen erityispiirteistä sekä ohjata hoitohenkilökuntaa tunnistamaan heikentyvän ravitsemustilan. (Puranen – Suominen 2012: 8.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain ympärivuorokautisessa hoidossa olevan ikääntyneen ravitsemusta. Näin ollen neljä muuta ryhmää jäävät tämän ulkopuolelle, sillä eivät vaadi ulkopuolisen jatkuvaa apua.

Ympärivuorokautisessa hoidossa oleva ikääntynyt on usein muistisairas ja hän tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Virheravitsemuksen riski on kasvanut ja ravitsemustila saattaa olla huono. Etenkin jos ikääntynyt on vuodepotilas.



Virheravitsemuksella (malnutritio) tarkoitetaan sairaalloista tilaa, joka johtuu yhden tai useamman ravintoaineen suhteellisesta puutteesta tai ylimäärästä ruokavaliossa (Duodecim 2016). Jotta jäljellä olevaa toimintakykyä saadaan ylläpidettyä, tulee ikääntyneen energian- ja proteiinin saannista pitää erityistä huolta. Omatoimista ruokailua on tuettava. Ravintoaineiden tarve ja saanti eivät usein täsmää, sillä ikääntymisen myötä kerta-annokset pienenevät. Välipaloja tulee suosia, sillä ne kasvattavat kokonaisenergiansaantia. Esimerkiksi iltapäiväkahvi suositellaan nautittavaksi täysin erillisenä ateriana. Välipalat muiden aterioiden ohella auttaa ravinnonsaannin jakautumisen pitkin päivää. Etenkin heikosti syöville potilaille on tärkeää olla aina tarjolla välipaloja, myös yöllä. On todettu, että mikäli yöllinen paasto on 15 tuntia ja kaikki päivän ateriat tarjoillaan 10 tunnin sisään, jää energiansaanti pienemmäksi verrattaessa lyhyempään paastoon ja aterioiden jakamiseen pidemmälle aikavälille. Ruokailussa avustaminen ja tarvittaessa syöttäminen, turvaavat ravinnonsaantia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 27–28.)

Ikääntyneen ravitsemussuosituksiin kuuluu riittävästä ravinnonsaannista huolehtiminen. Tähän kuuluu tarvittaessa tehostettu ruokavalio. Avuntarve tulee arvioida ja tarvittaessa ikääntyntä autetaan esimerkiksi kehotuksin tai syöttäen. Ruokailutilannetta parannetaan kodinomaisuudella ja sillä, että hoitajat ruokailevat tai istuvat ruokapöydässä yhdessä ikääntyneiden kanssa. Suun terveydestä tulee huolehtia päivittäin puhdistamalla hampaat, proteesit ja suun limakalvot. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 27.)

Ikääntyneen energiankulutus vaikuttaa hänen energiantarpeeseensa ja se tulisikin arvioida yksilöllisesti jokaiselle. Energiensaannin ollessa vähintään 1500 kilokaloria (kcal) päivässä ja ruokavalion ollessa laadultaan hyvä, turvataan ikääntyneen useimpien ravintoaineiden saanti. Proteiinia ikääntynyt tarvitsee vuorokaudessa noin 1–1,2 grammaa (g) jokaista painokiloa kohti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 14.) Sairaudet ja liikkuminen lisäävät proteiinintarvetta. Tällöin proteiinia on hyvä saada 1,4 grammaa painokiloa kohti. Sarkopeniasta ja akuutista sairaudesta kärsivälle proteiinia suositellaan tätäkin enemmän, jopa 1,5–2 g/kg/vrk. Voidaan kuitenkin ajatella, että ikääntynyt tarvitsee vähintään 80–100 grammaa proteiinia päivässä. Hyviä proteiininlähteitä ovat esimerkiksi liha ja kala, maitotuotteet, leivät, kaurahiutaleet, pavut, herneet, pähkinät sekä siemenet. (Hakala 2015; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 14.) Ravitsemussuositusten mukaan 60 vuoden iästä lähtien tulisi käyttää D-vitamiinilisää (20 mikrogrammaa vuorokaudessa)

ympärivuotisesti monipuolisen ja ravitsevan ruoan lisäksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 9; Tilvis 2010b: 334.)

### 2.2.1 Ikääntyneen ravitsemushoito

Ruokailuja tulee olla päivän mittaa useita, sillä ikääntynyt ei yleensä jaksa syödä suuria annoksia kerrallaan. Ravitsemushoitoon kuuluu yksilöllisyys ja iäkkään tottumukset ja mieltymykset tulee ottaa huomioon ateriarhythmissä. Ikääntyneen ravinnonsaantia tulee seurata, jotta välipaloja osataan tarjota aina tarvittaessa. Ruoka-annosten ollessa pieniä ja välipalojen merkityksen korostuessa, tulee ikääntyneelle tarjota myöhäistä iltapalaa tai yöpalaa, jotta aamun ensimmäiseen ateriaan ei ole liian pitkä aika. Yöpaaston pitäisi pysyä alle 11 tunnissa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 34; Puranen – Suominen 2012: 32.) Hyvää ravitsemustilaa voidaan ylläpitää välipalojen avulla. Niiden tulisi sisältää proteiinia, sillä pieniä aterioita syöväällä proteiinin saanti jää helposti alle suositusten. Proteiinin saannin tulisi jakautua tasaisesti koko päivälle. Elimistö pystyy hyödyntämään proteiinia parhaiten, kun sitä saa aamupalalla, lounaalla ja päivällisellä noin 20–30 grammaa. Välipaloilla proteiinia riittää pienempi määrä. Välipaloiksi sopivat myös täydennysravintovalmisteet. (Hakala 2015; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 35.)

Joidenkin lääkkeiden sivuvaikutuksina saattaa esiintyä esimerkiksi suun kuivumista tai ruokahalun heikentymistä tai lisääntymistä. Myös syljen erityös voi vähentyä aiheuttaen suun kuivumista. Tämä johtaa suun kipeytymiseen ja syömisen vaikeutumiseen. (Puranen – Suominen 2012: 30.)

Ravitsemushoitoon kuuluu oleellisena osana myös suun hyvinvointi. Ravinnonsaantiin ja ruoasta nauttimiseen vaikuttaa suun terveydentila sekä hampaiden ja ikenien kunto. Monipuolisen syömisen mahdollistamiseksi pureskelukyvyyn ylläpito on tärkeää. Hampaiden lukumäärän sekä niiden kunnolla onkin todettu yhteys monipuoliseen syömiseen. Pureskelua vaativat ruoat, kuten hedelmät ja kasvikset jäävät helposti syömättä, mikäli hampaiden kunto on huono, eikä hampaita ole paljon. Myös kokoproteesi vaikeuttaa pureskelua, sillä omien hampaiden pureskeluvoima on suurempi kuin proteesin (Puranen – Suominen 2012: 38). Näin ollen ikääntyneillä, joilla suu on hyvässä kunnossa ja omia hampaita löytyy, on muita parempi ruokavalio sekä ravitsemustila. Ravitsemustilan heikkeneminen voi aiheuttaa muutoksia suun

kudoksissa. Syljeneritys heikkenee ja ikääntynyt voi tulla alttiimmaksi tulehduksille sekä sieni-infektioille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 45.)

Ikääntyneellä janon tunne saattaa olla heikentynyt. Ikääntyneille suositellaan nautittavaksi päivässä 1–1,5 litraa nestettä ruoasta saatavien nesteiden lisäksi. Tämä tarkoittaa viidestä kahdeksaan juotua nestelasillista päivässä. Veden lisäksi juotavaksi suositellaan vähärasvaisia maitoja sekä tuoremehua ottaen huomioon ikääntyneen hampaiden terveys. Kuivumisen vaaraa lisäävät useat elimistöstä nestettä poistavat lääkkeet. Riittävästä nesteensaannista tuleekin huolehtia tarkasti, sillä ikääntyneen nestevajaus voi kehittyä lyhyellä aikavälillä, johtuen veden alhaisemmasta määrästä ikääntyneen kehossa. Nesteen saanti on välttämätöntä aineenvaihdunnalle sekä fysiologisille toiminnoille. Jotta ruoansulatus toimii ja ravintoaineet imeytyvät, tarvitsee elimistö vettä. Nestevajaus ja kuivuminen aiheuttavat verenpaineen alenemista ja lisäävät alttiutta kaatua. (Hakala 2015; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 41–42.)

Ruokailutilanteella ja -ympäristöllä on merkittävä vaikutus ikääntyneen ravinnonsaantiin. Ruokailulle tulee olla varattuna riittävästi aikaa ja voimavaroja. Myös lääkehoidon toteuttamisella selkeästi esimerkiksi ennen ateriaa, on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia ikääntyneiden ravitsemustilaan. Myös elämänlaatu kohenee, kun ruokailutilanteet ovat ruokahalua herättäviä, miellyttäviä ja kodinomaisia. Tutut tuoksut voivat myös herättää ruokahalua, joten jos mahdollista, ikääntyneitä tulisi pyrkiä ottamaan mukaan ruoan valmistukseen. (Hakala 2015; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 33–34, 49.)

Mikäli ikääntyneen energian, proteiinin tai muiden ravintoaineiden saannissa on epäsuhda tarpeeseen nähden, eli hän saa niitä liikaa tai liian vähän ja tämä aiheuttaa haitallisia muutoksia, voidaan puhua vajaaravitsemuksesta. Haitalliset vaikutukset voivat olla muun muassa kehon kokoon, koostumukseen ja toimintakykyyn liittyviä muutoksia. Ikääntyneet ovat altis ikäryhmä vajaaravitsemukselle, sillä sairaudet sekä niiden hoito voivat edesauttaa sen kehittymistä. Vajaaravitsemuksesta kärsivä potilas on usein väsynyt ja voimaton. Myös ruokahaluttomuus on yleistä. Vajaaravitsemus heikentää toipumista ja altistaa infektioiden lisäksi painehaavoille sekä leikkausten jälkitaudeille. Lääkeaineiden teho voi muuttua, sillä vajaaravitsemus vaikuttaa niiden imeytymiseen ja jakautumiseen elimistössä. (Mikkonen ym. 2010: 24.) Kun sairauksia tulee lisää ja avuntarve lisääntyy, virheravitsemuksen riski kasvaa. Valitettavasti

ikäntyneen heikentyneen ravitsemustilan tunnistaminen on huonoa. (Muurinen – Pitkälä – Soini – Strandberg – Suominen 2012: 176.)

### 2.2.2 Ruokavalion erityistarpeet

Ikääntymisen myötä osana sairauksien hoitoa ovat erityisruokavaliot. Ikääntyneen ruokamieltymykset ja –tottumukset on otettava huomioon suunniteltaessa ruokavaliota. Mahdollisista rajoituksista huolimatta riittävän ravintoaineiden saannin tulee olla turvattu. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48.)

Tehostetussa ruokavaliossa ikääntynyt saa tavallista pienemmästä annoksesta vähintään yhtä paljon energiaa kuin tavallisesta ruokavaliosta. Proteiinia annoksissa on tavallista ruokavaliota enemmän. Energia- ja proteiinirunsaan ruoan määrää saadaan lisättyä tarjoamalla ikääntyneelle pienempiä annoksia jaettuna sopivasti yhdelle vuorokaudelle. Ateriakertoja tulisi olla vähintään kuusi, sisältäen päivässä kolme pääateriaa ja kolme välipalaa. Ateriaväli pyritään pitämään kahdesta kolmeen tunnissa. (Mikkonen ym. 2010: 37; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48.) Ruokavaliioon voidaan lisätä esimerkiksi maitovalmisteita, kananmunia ja pähkinöitä, jotta proteiinin lähteitä saadaan lisää. Muun muassa pähkinät voidaan jauhaa, jolloin niiden syöminen helpottuu. (Suominen 2014: 9).

Ruoan energiatihyteen on helppo vaikuttaa. Vaikka ruoka tulisi osaston ulkopuolelta, on hoitohenkilökunnalla keinoja, joilla vaikuttaa ruoan energia- ja proteiinipitoisuuteen. Maitovalmisteissa suositaan runsasrasvaisempaa vaihtoehtoa kevyen tai rasvattoman vaihtoehdon sijaan. Keittoihin, sosemaisiin ruokiin sekä puuroihin on helppo lisätä öljyä tai kermaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48.) Margariinia tulee laittaa tavallista runsaammin leivälle ja sokerittomia valmisteita vältetään (Suominen 2014: 9).

Esimerkiksi runsasproteiinisen tehostetun ruokavalion lisänä voidaan käyttää reilusti proteiinia sisältäviä täydennysravintovalmisteita. Esimerkiksi täydennysravintojuomia tulisikin hoivakodeissa olla tarjolla aina (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48). Erilaiset jauhemaiset valmisteet sekä täydennysravintojuomat ovat niin sanottuja kliinisiä ravintovalmisteita. Jauheiden ja juomien lisäksi markkinoilla on tarjolla rakenteeltaan erilaisia vaihtoehtoja, muun muassa lusikoitavia valmisteita. Proteiinin, rasvan ja hiilihydraatin määrä vaihtelee tuotteissa, jotta niistä voidaan valita ikääntyneelle yksilöllisesti sopiva vaihtoehto. (Mikkonen ym. 2010: 38.)

Mikäli ikääntyneellä on heikentynyt purentakyky, voi hänen ruokavalionsa koostua pehmeästä tai sosemaisesta ruoasta. Pehmeässä ruokavaliossa ruoan voi hienontaa lautasella haarukalla. Sosemainen ruokavalio koostuu karkeaksi hienonnetusta ruoasta, jonka ikääntynyt voi syödä sen pureskelematta. Ruokapalasten tulee olla hienonnettavissa. Tarvittaessa ruokia tulee mehevöittää esimerkiksi kastikkeella tai öljyllä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 50.) Ainoastaan sosemaisista ruoista koostuvaa ruokavaliota pyritään kuitenkin välttämään (Puranen – Suominen 2012: 30). Hienojakoinen ruokavalio sopii ikääntyneelle, jolla on nielemisvaikeuksia. Tällöin ruoka on jauhettu sileäksi ja koostumukseltaan se on vanukasmaista ja sakeaa. Ruoan tulee olla helposti nieltävää. Jos ikääntyneelle on suoritettu pään ja suun alueen tai ruoansulatuskanavaan kohdistunut leikkaus, suositellaan tällöin nestemäistä ruokavaliota. Ruoan tulee olla rakenteellisesti niin ohutta, että sen pystyy juomaan paksulla pillillä tai nokkamukista. Nielemishäiriöstä kärsivän ruokavaliossa voidaan käyttää erilaisia siivilöityjä keittoja tai ohuita kiisseleitä, joiden sakeutukseen on käytetty tärkkelystä. Ruokia ja juomia voidaan tarvittaessa myös sakeuttaa. Markkinoilla on tähän tarkoitukseen sopivia helppokäyttöisiä sakeuttamisjauheita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 50–52.)

Erityisruokavaliosta sekä rajoituksista huolimatta hyvillä ohjeilla ja asiantuntemuksella ruoasta voidaan saada kuitenkin nautittavaa ja ravitsevaa. Ruoan aistittavaan laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Tämä tarkoittaa, että ruoka näyttää, maistuu ja tuoksuu houkuttelevalta. Eri ruokalajit tulee tarjota selvästi erillään toisistaan, eikä niitä sekoiteta keskenään lautasella. Ruoka-annosten kokoa voidaan pienentää ja siihen voidaan lisätä suolaa sekä rasvaa. Näiden keinojen avulla houkuttelevuutta saadaan lisättyä, sillä ikääntynyt tuntee nopeammin kylläisyyden tunteen. (Puranen – Suominen: 2012: 30; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48–49.) Ihmisille myös maistuu paremmin ruoka, johon on lisätty sekä rasvaa että suolaa pelkän rasvan sijaan. (Bolhuis – Costanzo – Newman – Keast 2016: 840).

### 2.3 Ravitsemuksen arviointi

Ravitsemuksen arviointiin on olemassa useita helppoja tapoja. Niiden avulla voidaan tunnistaa erilaisia ravitsemusongelmia jo varhaisessakin vaiheessa, jolloin niihin on helpompi löytää ratkaisuja. (Puranen – Suominen 2012: 13.) Keskeisessä osassa ravitsemuksen arvioinnissa ja ravitsemushoidon suunnittelussa ovat ruokailun seuranta

sekä energian, proteiinin ja ravinnonsaannin arviointi. Näiden tulisi ohjata ikääntyneen ravitsemushoitoa hänelle sopivaan suuntaan. Alhainen painoindeksi, nopea painon aleneminen (kolmessa kuukaudessa yli kolme kilogrammaa), syömisen vähyys ja sosemainen tai nestemäinen ruokavalio ovat merkkejä siitä, että ikääntyneen ravinnonsaantiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 19, 31.)

Helppoin ja tutuin keino on säännöllinen painonseuranta. Tarkoituksena on punnita ikääntynyt kuukausittain ja tarvittaessa useammin. Tämä on myös osa terveydentilan selvitystä. Paino tulee kirjata aina ylös, jotta saadaan muodostettua trendi, jota seuraamalla voidaan havaita, jos paino on nousu- tai laskusuunnassa. Yksittäistä painon mittauksen tulosta tärkeämpää on seurata painonmuutosta. Nopea tahaton painon lasku aiheuttaa aina suurempaa riskiä ravitsemustilan huononemiselle. Ikääntyneille suositeltava painoindeksi on 24–29 välissä ja pienen ylipainon on havaittu olevan yhteydessä pidentyneeseen elinajanodotukseen sekä suojaavan ikääntyntä aliravitsemuksen lisäksi esimerkiksi lihaskadolta ja osteoporoosilta. Ikääntyneen painoindeksin ollessa alle 24, sairastuvuus ja ennenaikaisen kuoleman riskien on havaittu lisääntyvän. (Puranen – Suominen 2012: 13; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 30.)

Yli 65-vuotiaille kehitetty MNA-testi on nopea ja helppokäyttöinen ravitsemustilan arviointiin. Se mahdollistaa niiden ikääntyvien löytämisen, joilla on kasvanut virheravitsemuksen riski. (Puranen – Suominen 2012: 14.) Ikääntyneet jaetaan tulosten perusteella kolmeen ryhmään: virhe- tai aliravitsemuksesta kärsiviin, virheravitsemusriskissä oleviin ja ikääntyneisiin, joilla on hyvä ravitsemustila (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 31). MNA koostuu kahdesta osuudesta. Mikäli henkilö saa ensimmäisestä, eli seulontaosuudesta yli 12 pistettä, ei arviointia ole syytä jatkaa. Jos henkilö jää 12 pisteen alle, vastaa hän myös toiseen, eli arviointiosuuteen. (Strandberg 2013).

Energian ja proteiinin saannin arviointia voi helpottaa niin sanottu ruoankäyttölomake. Sen avulla saadaan tarkempaa tietoa ikääntyneen energian ja proteiinin saannin riittävydestä. Seuranta olisi hyvä tehdä yhdestä kolmeen päivään. Tuloksia tulisi verrata suosituksiin ja vertailun tulosten perusteella tehdä mahdollisesti muutoksia ravitsemushoidossa. Lomakkeeseen merkitään ateriat, ajat ja syödyt ruoat. Tärkeää on muistaa merkitä ylös kaikki ikääntyneen syömät ruoat ja juomat, sekä niiden määrät.

Mukana tulee valmis annostaulukko, jonka avulla voidaan laskea päivän aikana saadun proteiinin ja energian määrä. (Puranen – Suominen 2012: 14.)

Aliravitsemuksen vaaran keskeisiä merkkejä ovat esimerkiksi alhainen (alle 23 kg/m<sup>2</sup>) painoindeksi, nopea painon putoaminen, ikääntyneen huono ruokahalu, soseutetun ruoan tarve sekä toistuvat infektiot sekä painehaavat. Myös sairaudesta toipuminen tai sairaalajaksolta kotiutuminen ovat riskitekijöitä aliravitsemukselle. (Hakala 2015). Ravitsemustilan heikkenemisen seurauksia ovat muun muassa sairastuvuuden lisääntyminen, vastustuskyvyn heikkeneminen, väsyminen, heikentynyt lämmönsäätely ja hengitysilihasten käyttö sekä depressio (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 18).

#### 2.4 Aiemmat tutkimukset

Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan aliravitsemus on merkittävä ja jatkuva ongelma Euroopassa. Aliravitsemuksesta kärsii 23 % alle 65-vuotiaista ja 32 % yli 65-vuotiaista. Huomio on kiinnittynyt paljon ylipainon tuomiin terveysongelmiin, mutta ikääntyneiden aliravitsemus on todellinen huolenaihe. Iso-Britanniassa yli 65-vuotiaista hoivakodeissa asuvista 16 % on alipainoisia. Tutkimus kertoo, että yksityisen puolen hoivakodit saavuttavat epätodennäköisemmin ravitsemus- ja ruokailustandardit. Aliravitsemusta on tutkittu selvästi enemmän sairaalaloissa kuin hoivakodeissa, vaikka ikääntyneet kuuluvat riskiryhmään. On tärkeää ja suositeltavaa seuloa sekä arvioida hoivakotien asukkaiden ravitsemustilaa, jotta riskiryhmään kuuluvat tunnistetaan. Työkaluja seulontaan on kehitetty, mutta monia ei ole vielä arvioitu niiden kelpoisuuden tai luotettavuuden osalta. Viiden kohdan MUST-seulontaa (malnutrition universal screening tool) kuitenkin suositellaan laajalti. (Merrel – Philpin – Warring – Hobby – Gregory 2012: 208–209.)

Useissa tutkimuksissa on kehoitettu turvaamaan hoitohenkilöstölle mahdollisuus koulutuksiin, joiden aiheena on ravitsemuksen ja ravitsemushoidon tärkeys terveyden ylläpitäjänä. Niukoista tutkimuksista huolimatta, hoitohenkilöstön asenteilla ravitsemushoittoon, on huomattu olevan vaikutusta koulutukseen ja kouluttautumiseen sekä suoraan asukkaiden ravitsemustilaan. Vaikka ravitsemus hoivakodeissa herättääkin huolta ja siihen liittyen on tehty laajoja käytännön aloitteita ja kansallisia suosituksia, niiden toteutumisesta ollaan huolissaan. (Merrel ym. 2012: 209.)

Oslossa vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin ikääntyneen ravitsemustilaa ja kävikin ilmi, että ikääntyneiden riski aliravitsemukselle oli korkea. Ravitsemustilan arviointiin käytettiin aliravitsemusmittaria (MUST-seulonta), painonseurantaa usealta kuukaudelta ja painoindeksiä. Myös ojentajan ihopoimu paksuus, olkavarren ympärysmitta mitattiin sekä puristusvoimaa testattiin. Tutkimuksessa tutkittiin myös yöpaastoa. Norjassa on suositus, jonka mukaan yönyli kestävä paasto ei saisi ylittää 11 tuntia. Keskimäärin tutkimuksen osallistuneiden yöpaasto oli 15 tuntia ja lähes kaikilla paasto oli suositusta pidempi. Paaston ylittäessä suosituksen, kolmasosalla todettiin merkittävä riski aliravitsemukseen. (Aukner – Eide – Iversen 2013: 20.)

Linda Nazarkon artikkelissa ”Maintaining Good Nutrition in People with Dementia” tuotiin ilmi, että dementoituneet ikääntyneet ovat riskiryhmä aliravitsemukselle ja dementia lisää riskiä huonolle ravitsemukselle. Ammattitaitoisella hoidolla olisi kuitenkin mahdollista ennaltaehkäistä tilannetta, jotta ikääntyneiden ravitsemustila pysyisi hyvänä. Tällä olisi terveydelle ja hyvinvoinnille parantava vaikutus, mikä näkyisi positiivisesti myös elämänlaadussa. (Nazarko 2013: 590.)

Sonya Brownien artikkelissa ”Nutritional Wellbeing for Older People” todettiin, että ikääntyneet ovat suurin väestöryhmä, joilla on riski vajaa- ja aliravitsemukselle. Ikääntyneet ovat alttiita ravitsemuksellisille vajavaisuuksille kroonisten sairauksien, runsaan lääkityksen ja pitkien sairaalajaksojen vuoksi. Elintapoihin liittyvät tekijät, kuten liikkumattomuus, eristyneisyys ja fysiologiset tekijät, yhdistettynä ikääntymiseen, nostavat riskiä huonolle ravitsemukselle. Nämä vaikuttavat myös syötyjen ravintoaineiden imeytymiseen ja hyödyntämiseen. Ikääntyneiden ravitsemustila on tärkeä, määräävä tekijä kun kyseessä on elämänlaatu ja jopa kuolleisuus. (Brownie 2013: 141.)

Australiassa vuonna 2012 tehdyssä tutkimuksessa saatiin selville, että ikääntyneiden ravitsemushoito on maailmanlaajuinen ongelma, jota pitää käsitellä heti. Fysiologisten muutosten ymmärtäminen ja monien tekijöiden tunnistaminen ikääntyneiden vajaaravitsemuksen taustalla, on välttämätöntä. Ravitsemuksen käytäntöjen on vastattava kysyntää juuri tällä hetkellä. Ammattilaisten tulisi jakaa heidän tietojaan sekä osaamistaan ja uusista, onnistuneista suunnitelmista tulisi ottaa mallia ravitsemushoidon suunnitteluun. On suuri haaste saada kohennettua ravitsemusosaamista sekä ravitsemushoitoa, jotta ikääntyneiden elämänlaatu paranisi. (Chwang 2012: 205.)



Suomisen väitöskirjasta ”Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals” kävi ilmi, että hoitajat tunnistavat virheravitsemuksen huonosti. Vain yksi neljästä tapauksesta huomattiin. Ruokapäiväkirjan pitämisen ja analysoimisen sekä sen reflektoinnin ravitsemuksellisiin ongelmiin, todettiin olevan tehokas harjoituskeino ammattilaisille. Ammattilaisten ravitsemuskoulutuksella oli positiivinen vaikutus ikääntyneiden energian ja proteiinin saantiin, painoindeksiin sekä MNA-tuloksiin joillakin hoivakotien asukkailla. (Suominen 2007: 10.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset**

#### **3.1 Tarkoitus ja tavoite**

Tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamista ikääntyneiden hoidossa. Tavoitteena on saada hoitajilta ajantasaista tietoa heidän ravitsemusosaamisestaan sekä ravitsemushoidon suunnittelusta ja arvioinnista. Opinnäytetyön tavoitteena on myös saada hoitajat pohtimaan omaa osaamistaan ja toimintaansa kriittisesti, jotta kehittämistä voi tapahtua myös yksilötasolla.

#### **3.2 Tutkimuskysymykset**

1. Millaiseksi hoitohenkilökunta arvioi osaamisensa ikääntyneen ravitsemushoidosta?
2. Millainen yhteys taustamuuttujilla on hoitohenkilökunnan tämänhetkiseen ravitsemusosaamiseen?
3. Millä aihealueilla hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta?
4. Millainen on hoitohenkilökunnan tietämys ikääntyneen proteiinin ja energiansaannin suosituksista?

### **4 Opinnäytetyön toteutus**

#### **4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä**

Opinnäytetyö toteutetaan kvantitatiivisena, eli määrällisenä tutkimuksena, mikä edellyttää tarpeeksi suurta otosta, joka edustaa perusjoukkoa, tässä tapauksessa hoitohenkilökuntaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ilmiötä kuvataan numeerisen tiedon pohjalta ja se vastaa kysymyksiin mikä? Missä? Miksi? Paljonko? Kuinka usein? Tarkoituksena on selvittää eri asioiden välisiä riippuvuuksia, tai tutkittavan ilmiön sisällä tapahtuvia muutoksia. Määrällinen tutkimus kartoittaa olemassa olevan tilanteen, mutta ei anna sille syitä. (Heikkilä 2014.)

Määrällisen tutkimuksen taustalla on ajatus syyn ja seurauksen laista, sekä todellisuuden rakentumisesta todettavista tosiasioista. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskiössä ovat aiemmat tutkimukset ja niiden johtopäätökset, aiemmat teoriat ja käsitteiden määrittely. Myös tutkittavien henkilöiden eli otoksen valinta ja taulukkomuotoon saatetut tulokset ja niiden tilastollinen analyysi kuuluvat kvantitatiivisen tutkimuksen perusajatuksen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2008: 135–136.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön sekä tarkastelemaan muuttujien välisiä yhteyksiä. Tutkimuksessa muuttujat voivat olla riippumattomia, eli selittäviä, esimerkiksi vastaajien taustatiedot, tai riippuvia, eli selitettäviä, kuten esimerkiksi vastaajan tyytyväisyys hoitoon. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 55.)

Kvantitatiivinen tutkimus voidaan jakaa pitkittäis- ja poikittaistutkimukseen. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään useammin kuin kerran, kun taas poikittaistutkimuksessa aineistoa kerätään kerran, eikä ajallisella etenemisellä ole merkitystä tutkimusilmiöön. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 56.) Näin ollen tämä tutkimus on poikittaistutkimus.

Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty hoitotieteelle tyypillistä survey-tutkimusta, jossa on valmiiksi laadittu, puolistrukturoitu lomake kyselytutkimusta varten (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013:57). Survey-tutkimukseen kuuluu, että aineisto kerätään valitulla tavalla standardoidusti. Tämä tarkoittaa, että mikäli vastaajilta halutaan jokin taustatieto, on sitä kysyttävä kaikilta täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2014: 193.) Puolistrukturoidussa kyselyssä suurin osa kysymyksistä on

strukturoituja, mutta siihen kuuluu myös avoimia kysymyksiä (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 125).

#### 4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön paperinen kyselylomake (liite 2) luotiin itse käyttäen apuna Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksia ikääntyville. Kyselylomake on suunnattu ikääntyneiden parissa hoivakodeissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeen ohessa toimitettiin saatekirje (liite 3), jossa kerrottiin mitä tutkitaan ja miksi. Täytetyt lomakkeet palautettiin suljettuun kansioon, joka oli yksiköissä sovituissa paikoissa. Vastaajien määrä on rajattu, sillä tutkimukseen valittiin kolme hoivakotia sattumanvaraisesti. Tutkimuksen perusjoukko on kyseisen yksityisen hoivapalveluntuottajan koko hoitohenkilökunta, josta on poimittu otos, eli kolmen hoivakovin hoitohenkilökunta. Tutkimus perustuu otosaineistoon, jonka perusteella tehdään päätelmiä perusjoukosta. Otoksen vastaukset siis yleistetään. Kysely on sukupuolesta ja koulutuksesta riippumaton. (Hirsjärvi ym. 2014: 180.)

Tutkimuksen luotettavuuden maksimoimiseksi kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman selkeiksi, jotta ne vastaavat tarkoitettuja merkityksiä, eikä vastaaja voi helposti tulkita kysymystä tarkoitettusta tavasta poikkeavasti. Tutkimuslupaa (liite 4) haettiin jokaisen hoivakodin johtajalta sekä lisäksi aluevastaavalta. Ennen varsinaisten kyselylomakkeiden viemistä kohderyhmälle, suoritettiin esitestaus, jonka avulla arvioitiin mittarin toimivuutta. Testivastaajista kaksi oli lähihoitaja ja yksi sairaanhoitaja, ja he työskentelevät samankaltaisia palveluita tarjoavassa hoivakodissa, kuin kohderyhmä. Opinnäytetyön aineisto kerättiin vuoden 2017 helmikuussa ja vastausaikaa annettiin 8–10 päivää, riippuen hoivakotien johtajien kanssa sovituista aikatauluista. Paperiset kyselylomakkeet sekä saatekirjeet toimitettiin jokaiseen yksikköön itse. E-lomake hylättiin, sillä kaikilla yksikössä työskentelevillä ei ole työsähköpostia. Lomakkeiden toimittamisen yhteydessä paikalla olevaa hoitohenkilökuntaa informoitiin opinnäytetyöstä sekä tutkimuksesta. Paikalla olevia pyydettiin kertomaan tutkimuksesta myös muulle hoitohenkilökunnalle, myös sijaisille. Yhteensä kyselylomakkeita jaettiin 67 kappaletta. Vastauksia kyselyistä tuli 29 kappaletta, joista kaksi jouduttiin hylkäämään.

Kyselylomake jaettiin selkeyden vuoksi kuuteen osioon aihepiirien mukaan. Kyselylomakkeessa oli taustatietoa keräävät kysymykset pois lukien 13 Likert-asteikon

kaltaista kysymystä, neljä kysymystä, joihin oli määritelty vastausvaihtoehdot sekä kolme avointa kysymystä. Kysymykset 1–7 keräsivät taustatietoa, kysymykset 8–11 koskivat ikäänntyneen ravitsemushoitoa, kysymyksissä 12–17 vastaaja arvioi omaa ravitsemusosaamistaan, kysymykset 18–20 liittyivät ravitsemukseen ja kysymyksissä 21–27 vastaaja arvioi ravitsemuksen toteutumista. Kyselylomakkeen lopussa, kohdissa 28 ja 29, annettiin mahdollisuus kertoa toiveista lisäkoulutuksen suhteen ja kommentoida vapaasti muuta kyselyyn liittyvää.

#### 4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysissa hyödynnettiin kuvailevaa tilastotiedettä. Tulokset analysoitiin pääasiassa Excelin sekä Statistics data editor (SPSS) –ohjelman avulla. Ennen analysointia Excel-ohjelmalla, vastaukset määriteltiin frekvenssijakaumiksi, joista saatiin luotua kaavioita ja taulukoita Excelillä. Aineisto laadittiin taulukkomuotoihin, mikä on oleellinen osa kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tämä mahdollisti tulosten kuvaamisen ja vertailun. (Hirsjärvi ym. 1997: 140–142.) Tulosten tulkinnassa analyysin perusteella tuloksia pohditaan ja niistä luodaan yhteenvetoja.

## 5 Tulokset

### 5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 26 yksityisellä palveluntarjoajalla työskentelevää hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä. Vastausprosentti oli 38,8%. Vastaajat olivat iältään 21–55-vuotiaita. Naisia vastaajista oli 22 ja miehiä 4. Koulutukseltaan vastaajat olivat lähi- tai perushoitajia sekä sairaanhoitajia. Alla olevissa taulukoissa on havainnollistettu vastaajien ikä- ja koulutusjakaumat (taulukko 1 ja taulukko 2).

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden sukupuolijakauma.

Sukupuoli	Lukumäärä	%
<b>Nainen</b>	22	84,6
<b>Mies</b>	4	15,4

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden koulutusjakauma.

Koulutus	Lukumäärä	%
Lähi-/perushoitaja	24	92,3
Sairaanhoitaja	2	7,7

Vastaajista kaksi oli valmistunut ennen vuotta 2000. Ennen vuotta 2010 oli valmistunut seitsemän ja tämän jälkeen valmistuneita oli 16. Yksi vastaajista ei ole vielä valmistunut ammattiin. Ikääntyneiden parissa alle vuoden työskennelleitä oli viisi. Yhdestä viiteen vuotta ikääntyneiden parissa oli työskennellyt 14. Kuusi vastaajista oli työskennellyt ikääntyneiden parissa viidestä kymmeneen vuotta. Yksi vastaajista oli työskennellyt yli kymmenen vuotta ikääntyneiden parissa. Lisäkoulutusta vastanneista oli saanut viisi (taulukko 3). Yksi lisäkoulutusta saanut vastaaja oli käynyt palveluntuottajan sisäisessä ravitsemuskoulutuksessa. Neljä muuta lisäkoulutusta saanutta vastaajaa olivat saaneet sitä ulkopuoliselta taholta.

”Palveluntuottajan sisäinen ravitsemuskoulutus.”

”Tehy: vanhuksen ravitsemuksen tärkeys.”

Taulukko 3. Kyselyyn vastanneiden lisäkoulutuksen jakautuminen.

Lisäkoulutus	Lukumäärä	%
Kyllä	5	19,2
Ei	21	80,8

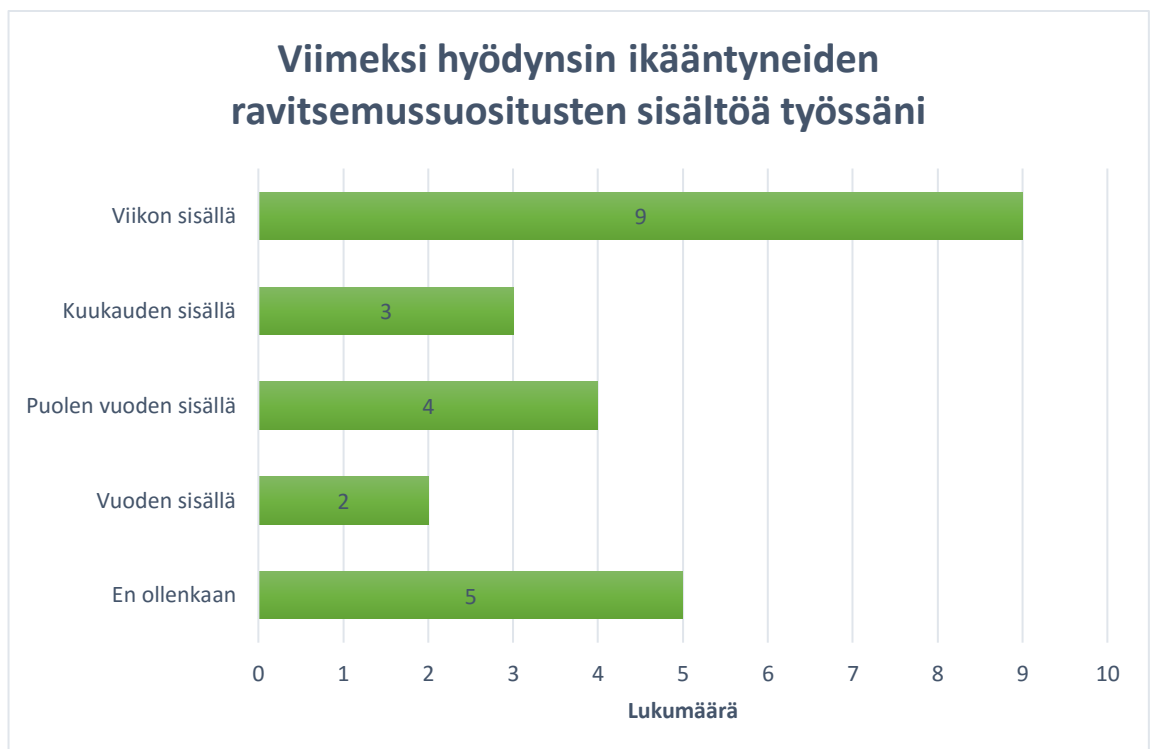
## 5.2 Ravitsemushoito

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten sisällöstä tietoisia oli 21 vastaajaa. Viisi vastasi kysymykseen kieltävästi. (Taulukko 4.) Vastaajista yhdeksän oli hyödyntänyt ravitsemussuosituksia viikon sisällä. Kuukauden sisällä suosituksia oli hyödyntänyt kolme ja puolen vuoden sisällä neljä vastaajaa. Kaksi vastaajista oli hyödyntänyt ravitsemussuosituksia vuoden sisällä. Viisi vastaaja vastasi, ettei ole hyödyntänyt

ravitsemussuosituksia ollenkaan. Kolme vastaajista ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 1.)

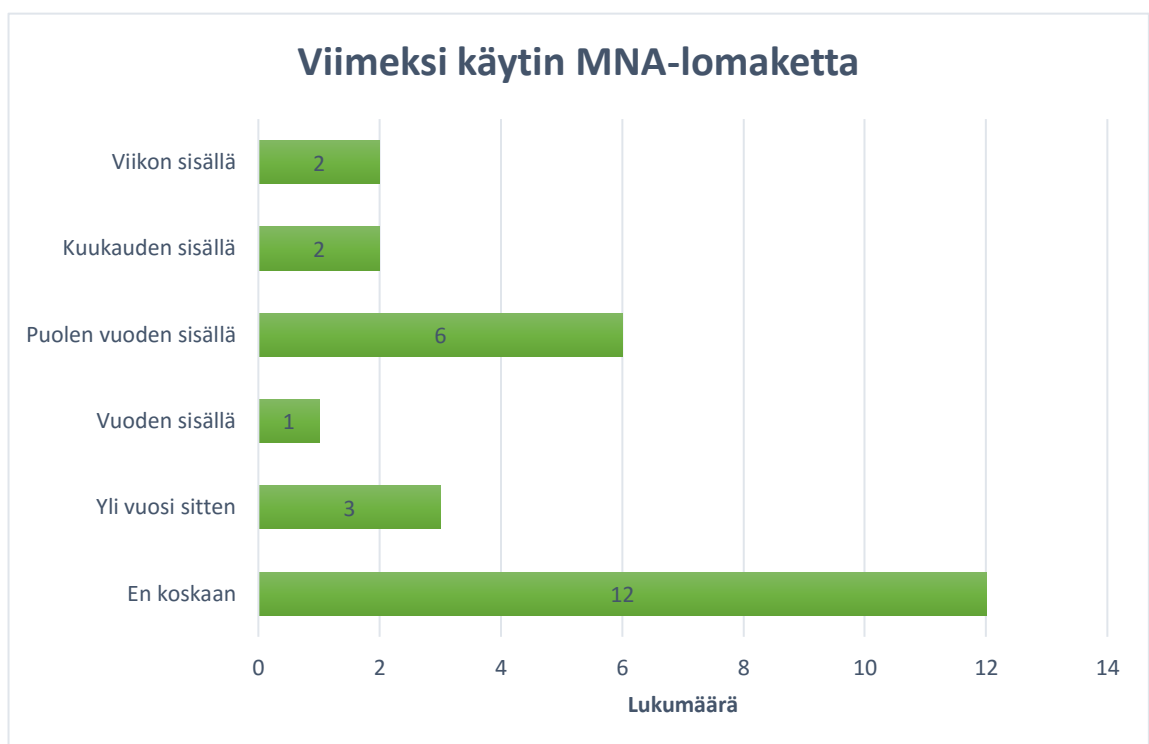
Taulukko 4. Kyselyyn vastanneiden tietoisuuden jakautuminen ravitsemussuositusten sisällöstä.

Olen tietoinen ikääntyneen ravitsemussuositusten (2010) sisällöstä	Lukumäärä	%
<b>Kyllä</b>	21	80,8
<b>Ei</b>	5	19,2



Kuvio 1. Ravitsemussuositusten hyödyntäminen (n=23).

Viikon sisällä MNA-lomaketta oli käyttänyt kaksi vastaajaa. Myös kuukauden sisällä vastaajista kaksi oli hyödyntänyt lomaketta. Puolen vuoden sisällä MNA-lomaketta oli käyttänyt kuusi vastaajaa. Yksi vastaaja oli käyttänyt lomaketta vuoden sisällä ja kolme vastaajaa yli vuosi sitten. Vastaajista 12 ei ollut käyttänyt MNA-lomaketta koskaan- (Kuvio 2.)



Kuvio 2. MNA-lomakkeen käyttö (n=26).

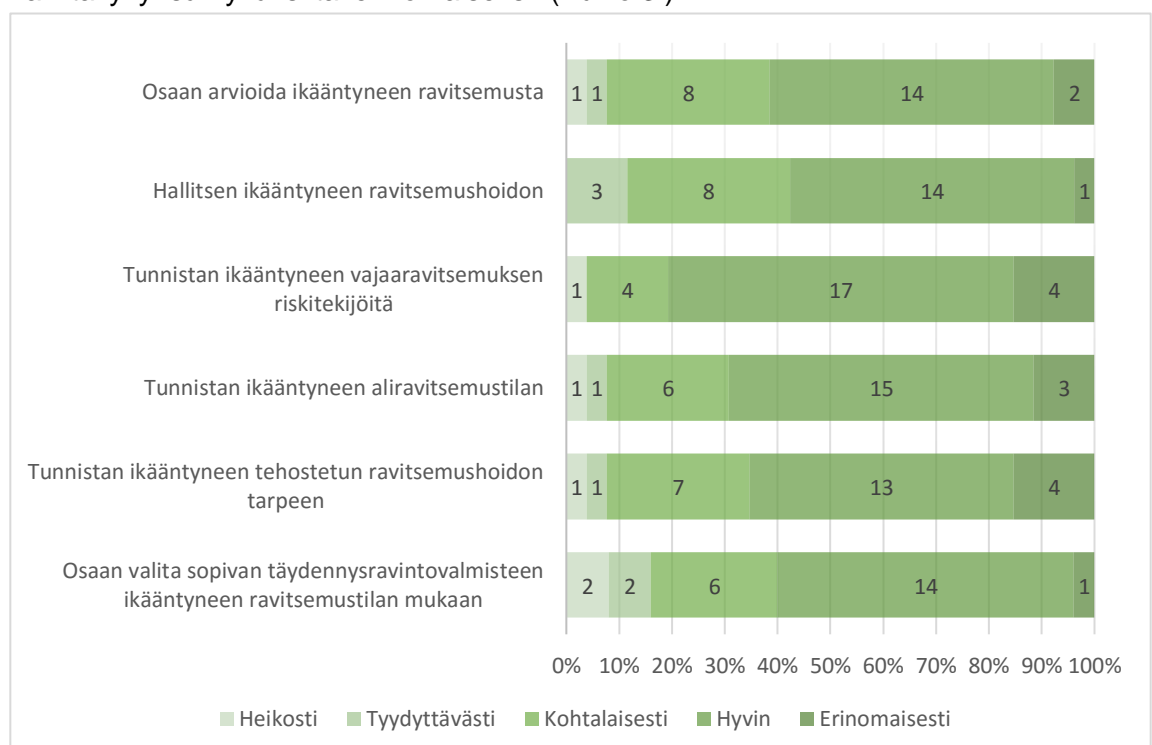
MNA-lomaketta käyttäneistä vastaajista valtaosa reagoisi tulokseen kirjaamalla tuloksen potilaan asiakirjoihin. Kirjaamisen lisäksi kahdeksan vastaajaa reagoisi tulokseen myös ottamalla yhteyttä sairaanhoitajaan tai lääkäriin, seuraamalla tilannetta tai arvioimalla tilanteen jälleen kolmen kuukauden kuluttua. Yksi vastaajista seuraisi tilannetta, arvioisi tilanteen jälleen kolmen kuukauden kuluttua tai ei reagoisi mitenkään.

### 5.3 Oman ravitsemusosaamisen arviointi

Vastaajista kaksi arvioi ikääntyneen ravitsemuksen arviointikykynsä heikoksi tai tyydyttäväksi. Kahdeksan arvioi osaamisensa olevan kohtalaista. Oman ravitsemuksen arvioinnin vastaajista arvioi 14 olevan hyvää tai erinomaista. Ikääntyneen ravitsemushoidon hallinnan tyydyttäväksi tai kohtalaiseksi arvioi 11 vastaajaa. Vastaajista 15 koki hallitsevansa ravitsemushoidon hyväksi tai erinomaiseksi.

Viisi vastaajista arvioi vajaaravitsemuksen riskitekijöiden tunnistamisensa heikoksi tai kohtalaiseksi. 21 vastaajaa kokee tunnistavansa vajaaravitsemuksen riskitekijöitä hyvin tai erinomaisesti. Ikääntyneen vajaaravitsemustilan tunnistamisen viisi vastaajista arvioi olevan heikkoa tai tyydyttävää. Kuusi vastaajaa arvioi tunnistavansa aliravitsemuksen kohtalaisesti. Vastaajista 18 arvioi tunnistavansa aliravitsemustilan hyvin tai erinomaisesti.

Tehostetun ravitsemushoidon tarpeen vastaajista kaksi tunnistaa heikosti tai tyydyttävästi. Seitsemän tunnistaa tarpeen kohtalaisesti. Vastaajista 17 arvioi tunnistavansa tehostetun ravitsemushoidon tarpeen hyvin tai erinomaisesti. Tarvetta vastaavan täydennysravintovalmisteen valitsemisen neljä vastaajista arvioi heikoksi tai tyydyttäväksi. Vastaajista kuusi arvioi osaavansa valita oikean täydennysravintovalmisteen. 15 vastaajaa arvioi täydennysravintovalmisteen valintakykynsä hyväksi tai erinomaiseksi. (Kuvio 3.)





Kuvio 3. Oman ravitsemusosaamisen arviointi (n=26).

#### 5.4 Ravitsemuksen avoimet kysymykset

14 vastaajaa vastasi ikääntyneen päivittäisen energiantarpeen olevan 1500 kilokaloria. Vastaajista kolme vastasi tarpeen olevan 1800 kilokaloria ja kaksi vastasi 1900 kilokaloria. Vastaajista yksi vastasi ikääntyneen energiansaannin olevan turvattu 2000 kilokalorilla. Kuusi vastaajaa ei vastannut kysymykseen. Vastaajista kahdeksan vastasi ikääntyneen tarvitsevan proteiinia 80–90 grammaa päivässä. Seitsemän vastasi proteiinintarpeen olevan alle 80 grammaa päivässä. Kaksi vastaajista vastasi ikääntyneen tarvitsevan proteiinia yhdestä kahteen grammaan kiloa kohti päivässä. Toinen näistä vastaajista tarkensi, että tarve nousee esimerkiksi infektioiden myötä. Yhdeksän ei vastannut kysymykseen. Viisi vastausta sisälsi kaksi lukemaa, joten näistä vastaukseksi laskettiin mainittujen lukujen keskiarvo.

Valtaosa vastaajista vastasi proteiinin lähteitä olevan muun muassa kananmuna, liha sekä kala ja maitotuotteet. Muita vastauksia olivat esimerkiksi pavut sekä palkokasvit, pähkinät ja täysjyväviljat. 20 vastaajista mainitsi enemmän kuin yhden proteiininlähteen. Viisi vastaajista ei vastannut kysymykseen.

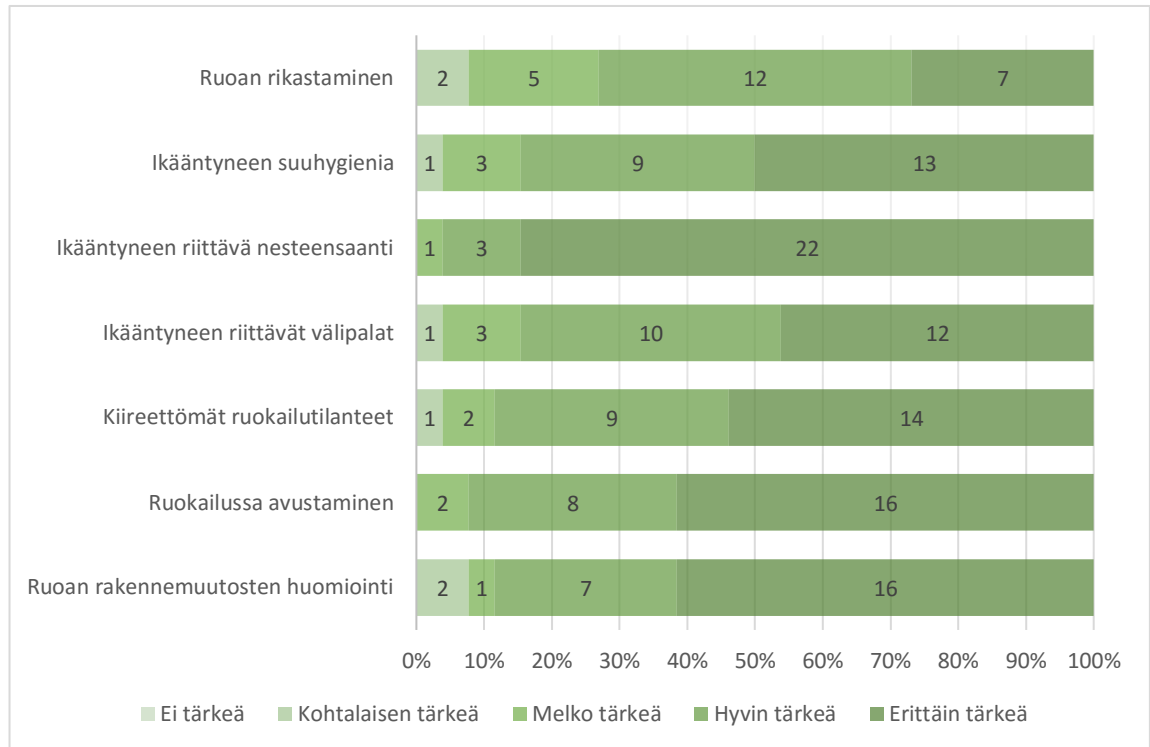
#### 5.5 Ravitsemuksen toteutuminen

Ruoan rikastamista kohtalaisen tai melko tärkeänä piti seitsemän vastaajaa. Vastaajista 19 vastasi ruoan rikastamisen olevan hyvin tai erittäin tärkeää. Ikääntyneen suuhygienian kohtalaisen tai melko tärkeäksi koki neljä vastaajaa. 22 vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”hyvin tärkeä” tai ”erittäin tärkeä”.

Vastaajista yksi piti ikääntyneen riittävää nesteensaantia melko tärkeänä. 25 vastaajaa piti nesteensaantia hyvin tai erittäin tärkeänä. Riittäviä välipaloja kohtalaisen tai melko tärkeänä piti neljä vastaajaa. Vastaajista 22 piti välipaloja hyvin tai erittäin tärkeänä.

Ruokailutilanteiden kiireettömyyttä piti kohtalaisen tai melko tärkeänä kolme vastaajaa. 23 vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”hyvin tärkeä” tai ”erittäin tärkeä”. Vastaajista kaksi piti ruokailussa avustamista melko tärkeänä. 24 vastaajaa piti ikääntyneen ruokailun

avustamista hyvin tai erittäin tärkeänä. Ruoan rakenteen huomiointia piti kohtalaisen tai melko tärkeänä kolme vastaajaa. 23:n vastaajan mielestä ruoan rakennemuutosten huomiointi oli hyvin tai erittäin tärkeää.



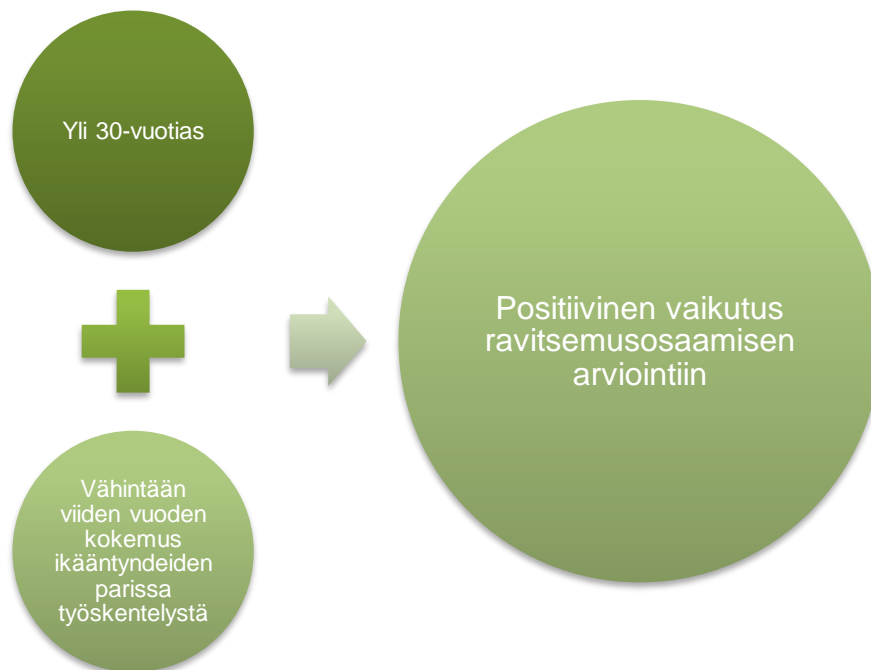
Kuvio 4. Ikääntyneen ravitsemuksen toteutumisen tärkeys (n=26).

## 6 Johtopäätökset ja pohdinta

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Omaan ravitsemusosaamisen arviointiin sukupuolella ei ollut juurikaan merkitystä. Jakaumaa vastauksissa oli niin miehillä kuin naisillakin. Suurin merkitys vaikutti olevan iällä. Yli 30–vuotiaat arvioivat oman ravitsemusosaamisen selvästi paremmaksi kuin alle 30–vuotiaat. Vain yksi yli 30–vuotiaista oli arvioinut joidenkin ravitsemusosaamisensa osa-alueista heikoksi tai tyydyttäväksi. Neljä alle 30–vuotiaista oli arvioinut joidenkin osa-alueiden osaamisensa olevan heikkoa tai tyydyttävää. Myös laajemmin vastauksia tarkasteltaessa oman osaamisen arvioinnissa, vanhemmat vastaaja arvoivat osaamisensa paremmaksi verrattaessa nuorempiin. Tästä voisi

päätellä, että vanhemmilla iän tuoma kokemus vaikuttaa todella positiivisesti osaamiseen. Kahdeksan yli 30-vuotiaista oli työskennellyt ikääntyneiden parissa yli viisi vuotta, kun taas seitsemän kokemuksella näyttäisi olevan vaikutusta ravitsemusosaamiseen. Alle 30-vuotiaista vain kaksi oli työskennellyt ikääntyneiden parissa yli viisi vuotta. Yhdeksän heistä oli työskennellyt alle viisi vuotta. Kaikista vastaajista kymmenen oli työskennellyt ikääntyneiden parissa yli viisi vuotta. He arvioivat järjestäen oman ravitsemusosaamisensa paremmaksi kuin vähemmän aikaa ikääntyneiden parissa työskennelleet. Johtopäätökseksi voidaan sanoa, että niin iän kuin työuran tuomalla kokemuksella on merkitystä ravitsemusosaamiseen nimenomaan positiivisessa mielessä (kuvio 5). Lisäkoulutuksen saaneet eivät arvioineet osaamistaan poikkeavaksi muista vastaajista.



Kuvio 5. Iän ja työkokemuksen vaikutus oman ravitsemusosaamisen arviointiin.

Vastaajan valmistumisvuodella ei näyttänyt olevan selvää yhteyttä tietoisuuteen ravitsemussuosituksen sisällöstä. Valtaosa vastaajista kertoi olevansa tietoinen ikääntyneen ravitsemussuosituksista ja yhtä moni oli hyödyntänyt sisältö työssään vuoden sisällä. Tästä voimme vetää johtopäätöksen, että hoitohenkilökunta on pääsääntöisesti tietoinen, että ikääntyneille on omat ravitsemussuositukset. Niiden sisällönkin voidaan olettaa olevan ainakin joiltain osin tuttu. Tämän kyselyn avulla ei

kuitenkaan selvinnyt, kuinka laajalti ravitsemussuositukset ovat tutut. Tieto saattaa olla myös pintapuolista tai tietoa saattaa olla vain tietyistä osa-alueista.

Oman osaamisen arvioinnissa jokaisessa kysymyksessä eniten vastattiin vaihtoehtoa ”hyvin”. Oman ravitsemusosaamisen arvioitiin olevan enemmän hyvää ja erinomaista, kuin heikkoa, tyydyttävää ja kohtalaista. Esimerkiksi ikääntyneen ravitsemuksen arvioinnin osaamisen hyväksi tai erinomaiseksi arvioi yhteensä 16 vastaajaa, kun taas kohtalaiseksi tai sitä heikommaksi tämän arvioi kymmenen vastaajaa. Jos tätä verrataan MNA-lomakkeen viimeaikaiseen käyttöön, peräti 12 vastaajaa ei ole hyödyntänyt MNA-lomaketta koskaan. Tässä esiintyykin jonkin asteista ristiriitaa, sillä MNA-lomakkeen käyttöä suositellaan laajalti. Samoin verrattaessa ravitsemuksen arviointia aliravitsemustilan tai tehostetun ravitsemushoidon tarpeen tunnistamiseen, ilmenee ristiriitaisuutta. Tehostetun ravitsemushoidon tarpeen tunnistamisen hyväksi tai erinomaiseksi arvioi 17 vastaajaa ja aliravitsemustilan tunnistaa hyvin tai erinomaisesti 18 vastaajaa. Näiden perusteella voidaan päätellä, että kokonaisuudessaan ikääntyneen ravitsemusta osataan arvioida, mutta tarkempia ravitsemuksen aihealueita ei hallita yhtä lailla. Vastaajista 15, eli yli puolet, kokee hallitsevansa ikääntyneen ravitsemushoidon hyvin tai erinomaisesti.

Ikääntyneen riittävän nesteensaannin koko erittäin tärkeäksi valtaosa vastaajista. Ravitsemuksen toteutumisen tärkeyteen liittyviin kysymyksiin vastattiin kokonaisuudessa pääsääntöisesti joko ”hyvin tärkeä” tai ”erittäin tärkeä”. Ruoan rakennemuutosten huomioinnin ja ruoan rikastamisen arvioitiin oleva valtaosin hyvin tai erittäin tärkeää. Kuitenkin vastaajista 10 vastasi, että osaa valita täydennysravintovalmisteita kohtalaisesti tai huonommin. Myös tehostetun ravitsemustarpeen tunnistamisen yhdeksän vastaajaa arvioi kohtalaiseksi tai huonommaksi. Tästä voikin tehdä päätelmän, että hoitohenkilökunta voisi hyötyä paljonkin täydennysravintovalmisteisiin, tehostettuun ravitsemustarpeeseen sekä ruoan rikastamiseen liittyvästä koulutuksesta.

Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitohenkilökunnan tietämys ikääntyneen energiansaannin suosituksesta on valtaosalla hyvällä tasolla. Ravitsemussuositusten mukaan ikääntyneen tulisi saada vähintään 1500 kilokaloria päivässä ja vastaajista 14 oli vastannut saman luvun. Kuusi vastausta, oli yli suositusten, mutta alle suositustenmukaista lukemaa ei vastannut kukaan. Kuitenkin kuusi henkilöä jätti

vastaamatta, joten voidaan olettaa, että he eivät tiedä kuinka paljon ikääntynyt tarvitsee energiaa päivässä.

Ikääntynyt tarvitsee päivässä vähintään 80 grammaa proteiinia. Tarve kasvaa terveydentilan muutosten, kuten infektioiden myötä. Kahdeksan henkilöä vastasi proteiinin tarpeen olevan 80–90 grammaa, joten heidän tietämystään voidaan pitää hyvänä. Samoin hyvänä voidaan pitää kahden vastaajan tietämystä, jotka laskivat proteiinin tarpeen ikääntyneen painon mukaan. Alle suositusten mukaisen grammamäärän vastasi seitsemän vastaajaa. Yhdeksän vastaajista ei vastannut kysymykseen ollenkaan. Tuloksista voidaan päätellä, että proteiinin saannin seuranta jää arjessakin vähemmälle, sillä alle puolet vastaajista olivat tietoisia suosituksesta. Tästä voidaankin tehdä johtopäätös, että ikääntyneiden proteiinin saanti saattaa jäädä päivässä alle suosituksen. Proteiinin lähteet tunnistettiin hyvin. Viisi vastaajaa jätti kysymyksen tyhjäksi, mutta tästä huolimatta voidaan tehdä päätelmä, että ikääntyneille osataan tarjota esimerkiksi proteiinipitoisia välipaloja.

Vastausten perusteella voidaan päätellä, että etenkin proteiinin suosituksista tietoisia on vähemmän, kuin heitä, jotka eivät ole tietoisia suosituksista. Energiatarpeesta tietoisia oli useampi vastaaja. Tähän voisi vaikuttaa myös se, että julkisuudessa ja esimerkiksi iltapäivälehdissä ravitsemuksesta puhuttaessa esillä ovat useammin kilokalorit kuin proteiini.

## 6.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan, sillä vaikka virheiden syntymistä vältetään, tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Hoitotieteen kehittymisen kannalta on erittäin tärkeää, että tutkimustulokset ovat luotettavia. Mittarilla on tärkeää saada tietoa juuri halutusta, eli tutkittavasta asiasta. Tässä tapauksessa mittarilla tarkoitetaan kyselylomaketta. Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin voidaan hyödyntää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Kriteereinä voidaan käyttää reliabiliteettia sekä validiteettia. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2014: 231; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 207.)

Reliaabelius tarkoittaa toistettavuutta, eli tutkimuksesta saadut tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Tämä voidaan todeta esimerkiksi, jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai samaa henkilöä tutkittaessa saadaan sama tulos eri

tutkimuskerroilla. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2014: 231.) Tätä kutsutaan myös mittarin pysyvyydeksi (stability). Mittarin vastaavuus (ekvivalenssi) on reliabiliteettimuoto, jota tarkastelemalla voidaan tarkastella sitä, saavatko eri arvioijat yksimielisiä tuloksia. Tämä mittaa siis mittaustulosten samanlaisuutta. Kolmas reliabiliteettimuoto on arvioida mittarin sisäistä johdonmukaisuutta (konsistenssi), eli mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 209–210).

Reliabiliteetin parantamiseksi pyritään myös minimoimaan kohteesta, eli vastaajasta johtuvat virhetekijät. Näitä voivat olla muun muassa kysymysten paljous sekä niiden ymmärrettävyys ja järjestys. Mittarin toistettavuutta voidaan parantaa eri keinoin, joista yksi on esitestaus pienellä joukolla. Myös hyvät ohjeet auttavat. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 210.) Näiden vuoksi ennen kyselylomakkeen viemistä varsinaisille kohderyhmille, suoritettiin esitestaus kolmella ikääntyneiden parissa työskentelevällä henkilöllä. Vastausten perusteella arvioitiin mittarin toimivuutta ja käytettävyyttä. Opinnäytetyön kyselyn kysymykset jäsennettiin aihepiireittäin ja kysymysten määrää rajattiin ottaen siis huomioon myös vastaajat.

Tutkimuksen validius tarkoittaa pätevyyttä, eli mittarin kykyä mitata tarkoitettua asiaa ja esitutkimuksella on merkittävä rooli mittarin validiteettia arvioidessa. Esimerkiksi juuri kyselylomakkeeseen vastaavat, voivat ymmärtää kysymykset toisin, kuin tutkija on ajatellut. Tutkijan käsitellessä tuloksia oman ajattelumallinsa mukaisesti, aiheuttaa mittari tuloksiin virheitä, eikä niitä siten voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2014: 232; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 207.)

Kyselytutkimuksen heikkouksina pidetään sitä, ettei ole mahdollista varmistua miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja ovatko he pyrkineet vastaamaan rehellisesti sekä huolellisesti. Väärinymmärryksiä kysymysten suhteen on vaikea kontrolloida, mutta esitestauksella pyritään minimoimaan niiden riskiä. Myös vastaamattomuus voi nousta joissain tapauksissa korkeaksi. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2014: 197).

Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikutti odotettukin vastaajakato. Vastausprosentin oli 38,8%. Yhteensä kyselyitä vietiin kolmeen hoivakotiin 67 kappaletta. Luotettavuutta heikentää se, että kyselyyn vastaamiseen ei annettu lisäaikaa, eikä vastaamisesta varsinaisesti muistutettu vastausaikana. Yksityisellä hoivapalveluntarjoajalla on useita

hoivakoteja, joten tuloksia ei voida yleistää. Tuloksia ei voida myöskään yleistää mukana olleisiin hoivakoteihin, sillä vastaajien yksikköä ei kysytty, eikä sitä näin ollen saada jälkikäteen selville. Vastauksia tuli hoivakodeista myös epäsuhtainen määrä toisiinsa verrattuna. Yleistettävyyteen vaikuttaa myös, että kyselyssä ei kysytty onko hän vakituinen työntekijä vai sijainen. Vastauksia ei voitu vertailla koulutuksen perusteella, sillä valtaosa vastaajista oli lähi- tai perushoitajia ja vain kaksi oli sairaanhoitajia. Luotettavuutta lisää, että vastuksissa oli havaittavissa yhdenmukaisuutta.

### 6.3 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys toimii kaiken tieteellisen toiminnan pohjana ja tutkimusetiikka voidaan jakaa kahteen osioon, tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla viitataan tässä tapauksessa hoitotieteen luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Tutkimuskohteen suhdetta tarkastellaan sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Perusvaatimuksena on esimerkiksi, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka käsittelee alan ulkopuolisten seikkojen vaikuttavuutta tutkimusaiheen valintaan ja sen tutkimiseen käytettyihin metodeihin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 211–212.)

Tutkimuksen lähtökohtana tulee aina olla ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2014: 25). Vastaajien itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava antamalla heille mahdollisuus itse päättää tutkimukseen osallistumisesta. Lähtökohtana on oltava vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa, jolloin osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. Osallistumisen on perustuttava tietoiseen suostumukseen. Mikäli tutkimukseen ei halua osallistua, sen ei tule aiheuttaa uhkia. Toisaalta osallistumisesta ei saa palkitakaan. Näiden tekijöiden vuoksi saatekirjeen tulee olla asiallinen ja neutraali. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 218–219.) Tässä tutkimuksessa kyselyyn vastaamista pidettiin samalla luvan antamisena sen käyttämiseen tutkimuksessa. Kyselyn liitteenä olleessa saatekirjeessä mainittiin vastaamisen oleva vapaaehtoista.

Otoksen tulee olla tasa-arvoinen, eikä se saa perustua tutkijan valta-asemaan. Etenkin otoksen ollessa tietyn henkilön valikoiman, tulee huomioida, että ei-toivottuja mahdollisia tutkittavia ei saa sulkea otoksen ulkopuolelle. Tutkimuksessa keskeistä on

anonymiteetti, eli tutkimustietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä vastauksista käy ilmi vastaajan henkilöllisyys. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen (2013: 221.) Tässä opinnäytetyössä otos oli valittu satunnaisesti, joten rajausta vastaajien sisällä ei voitu suorittaa, sillä kaikki vastaukset otettiin huomioon. Vastaukset kerättiin anonyymisti, eikä niitä voitu myöhemmin yhdistää vastaajiin. Saatekirjeessä mainittiin anonymiteetistä ja kerrottiin, että vastaukset säilytetään opinnäytetyön valmistumiseen asti. Vain tutkimusentekijä pääsi tarkastelemaan vastauksia.

Tutkimukseen tarvitaan aina tutkimuslupa, yleensä sitä haetaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Samalla varmistetaan saako kohdeorganisaation nimeä mainita tutkimusraportissa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 222.) Tähän tutkimukseen tutkimuslupa saatiin helmikuussa 2017 jokaisen hoivakodin johtajalta sekä hoivapalveluntarjoajan aluevastaavalta.

#### 6.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotuksia

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään hoitohenkilökunnan tietämystä ikääntyneen ravitsemuksesta. Hoitohenkilökunnalta haluttiin ajantasaista tietoa heidän ravitsemusosaamisestaan sekä ravitsemushoidon arvioinnista. Tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina kyseisen yksityisen palveluntarjoajan hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamisesta. Tulosten avulla löydettiin aihealueita, joiden kohdalla lisäkoulutus saattaisi olla tarpeellista. Hoitohenkilökunnan lisäkouluttautumisella ja tiedon lisäämisellä on suora hyöty hoivakodeissa asuville ikääntyneille, sillä heidän ravitsemushoitonsa on hoitajista riippuvaa. Kuten tuloksista kävi ilmi, lähes puolet vastaajista arvioi hallitsevansa ikääntyneen ravitsemushoidon tyydyttävästi tai kohtalaisesti.

Jatkotutkimuksen aiheena voisi tämän opinnäytetyön tulosten vertaaminen käytännössä tapahtuvaan ravitsemushoittoon. Käytännössä tapahtuvasta ravitsemushoidosta saisi tietoa esimerkiksi selvittämällä ikääntyneen ravitsemustilan tai havainnoimalla arkipäivän ravitsemukseen liittyviä toimia. Ravitsemushoidon tärkeä osa on sen suunnittelu ja yksilöllisyys. Myös näiden toteutumista tutkimalla voitaisiin saada tärkeää tietoa.



## Lähteet

Aukner, Carine – Eide, Helen Dahl – Iversen, Per Ole 2013. Nutritional status and duration of overnight fast among elderly residents in municipal nursing homes in Oslo. *Nordic Journal of Nursing Research* 33 (1). 20-24.

Bolhuis, D. P. – Costanzo, A. – Newman, L. P. – Keast, R. S. 2016. Salt Promotes Passive Overconsumption of Dietary Fat in Humans. *The Journal of nutrition* 146 (4). 838- 845.

Brownie, Sonya 2013. Nutritional Wellbeing of Older People. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society* 19 (3). 140-145.

Chwang, Leh-Chii 2012. Nutrition and dietetics in aged care. *Nutrition & Dietetics* 69. 203-207.

Hakala, Paula 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.7.2015.  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086)>. Luettu 7.3.2017.

Heikkilä, Tarja 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Verkkodokumentti.  
<<http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>>. Luettu 7.11.2015.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro.

Malnutritio 2016. Duodecim. Verkkodokumentti.

<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt02051](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02051)>. Luettu 1.2.2017.

Merrell, Joy – Philpin, Susan – Warring, Joanne – Hobby, Debra – Gregory, Vic 2012. Addressing the nutritional needs of older people in residential care homes. Health & social care in the community. 20 (2). 208-215.

Mikkonen, Ritva – Nuutinen, Outi – Peltola, Terttu – Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa – Silaste, Marja-Leena – Siljamäki-Ojansuu, Ulla – Uotila, Heini 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita.

Muurinen, Seija – Pitkälä, Kaisu – Soini, Helena – Strandberg, Timo – Suominen, Merja 2012. Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49. 170-179.

Nazarko, Linda 2013. Maintaining good nutrition in people with dementia. Nursing & Residential Care 15 (9). 590-595.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka Helsinki: WSOY.

Puranen, Taija – Suominen, Merja 2012. Ikääntyneen ravitsemus - opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Trinket Oy.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy.

Strandberg, Timo 2013. Ravitsemustilan arviointi MNA. Gernet. Verkkodokumentti. <<http://www.gernet.fi/artikkelit/44/ravitsemustilan-arviointi-mna>>. Luettu 1.2.2017.

Suominen, Merja 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Helsinki. Verkkodokumentti. <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20785/nutritio.pdf?sequence=1>>. Luettu 1.3.2017.

Suominen, Merja 2014. Ikääntyneen ravitsemusopas. Suomen Muistiasiantuntijat ry – Gerontologinen ravitsemus Gery ry. Verkkodokumentti. <<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/ikääntyneen%20ravitsemusopas%202014.pdf>>. Luettu 4.3.2017.

Tilvis, Reijo 2010a. v2 Vanhenemismuutokset. Teoksessa Pitkälä, Kaisu – Strandberg, Timo – Sulkava, Raimo – Viitanen, Matti (toim.): Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 20–61.

Tilvis, Reijo 2010b. 27 Kaatuileva vanhus. Teoksessa Pitkälä, Kaisu – Strandberg, Timo – Sulkava, Raimo – Viitanen, Matti (toim.): Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 330–334.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Verkkodokumentti.

<<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/suomalaiset+ravitsemussuositukset/>>. Luettu 29.10.2015.

## Tiedonhaun taulukko

Tietokanta ja hakusana(t)	Kaikki tulokset	Otsikon perusteella poistettu	Abstraktin perusteella poistettu	Koko tekstin perusteella poistettu	Hyväksytyt
<b>Cinahl</b>					
Gerontology AND nutrition	16	16	0	0	0
Geront* AND nutrition AND nurs*	135	99			
Nutritional needs AND aged (linked full text )	89	81	3	2	3
Nutrition AND aged AND nursing home (2013→)	104	98	1	1	3
<b>PubMed</b>					
Elderly AND Nursing homes (free full text, 2016→, humans)	120	100	15	5	0
<b>Medic</b>					
lääkä* AND ravit* AND hoitok*	2	2	0	0	0

## Kyselylomake

### Ikääntyneiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan ravitsemusosaaminen KYSELYLOMAKE

Täytähän taustietoa keräävistä kysymyksistä 1-7 tyhjät kohdat tai ympyröi sopiva vastausvaihtoehto.

1. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta
2. Sukupuoli:                      a) nainen                                      b) mies
3. Koulutus:                      a) lähi-/perushoitaja                      b) sairaanhoitaja                      c) geronomi  
d) muu, mikä \_\_\_\_\_
4. Valmistumisvuosi nykyiseen ammattiin \_\_\_\_\_
5. Olen työskennellyt ikääntyneiden parissa \_\_\_\_\_ vuotta.
6. Olen saanut lisäkoulutusta ikääntyneen ravitsemushoidosta viimeisen kahden vuoden aikana  
a) kyllä                      b) ei
7. Jos vastasit edelliseen kyllä, millaista? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kysymykset 8-11 koskevat ikääntyneen ravitsemushoitoa. Ympyröi sopiva vastausvaihtoehto.

8. Olen tietoinen ikääntyneen ravitsemussuosituksen (2010) sisällöstä                      a) kyllä                      b) ei
9. Viimeksi hyödynsin ikääntyneiden ravitsemussuosituksen sisältöä työssäni  
a) viikon sisällä                      b) kuukauden sisällä                      c) puolen vuoden sisällä                      d) vuoden sisällä  
e) yli vuosi sitten                      f) en ollenkaan
10. Viimeksi käytin MNA-lomaketta                      a) viikon sisällä                      b) kuukauden sisällä  
c) puolen vuoden sisällä                      d) vuoden sisällä                      e) yli vuosi sitten  
f) en koskaan
11. Reagoin MNA-lomakkeen tulokseen                      a) kirjaamalla sen asiakirjoihin  
b) ottamalla yhteyttä sairaanhoitajaan                      c) ottamalla yhteyttä lääkäriin  
d) seuraamalla tilannetta                      e) arvioimalla jälleen 3 kk kuluttua                      f) en mitenkään

Arvioi omaa ikääntyneen ravitsemusosaamistasi. Vastaa kohtiin 12-17 ympyröimällä sopiva numero.

1= heikosti 2= tyydyttävästi 3= kohtalaisesti 4= hyvin 5= erinomaisesti

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. Osaan arvioida ikääntyneen ravitsemusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Hallitsen ikääntyneen ravitsemushoidon.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Jatkuu kääntöpuolella →

2 (3)

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 14. Tunnistan ikääntyneen vajaaravitsemuksen riskitekijöitä.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Tunnistan ikääntyneen aliravitsemustilan.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Tunnistan ikääntyneen tehostetun ravitsemushoidon tarpeen.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Osaan valita sopivan täydennysravintovalmisteen ikääntyneen ravitsemustilan mukaan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Vastaa ikääntyneen ravitsemusta kysymyksiin 18-20 täyttämällä tyhjät kohdat**

18. Ikääntyneen energiansaanti on turvattu, kun hän saa vähintään \_\_\_\_\_ kilokaloria päivässä.
19. Ikääntynyt tarvitsee proteiinia \_\_\_\_\_ grammaa päivässä.
20. Proteiinin lähteitä ovat muunmuassa \_\_\_\_\_
- 

**Kohdat 21-27 liittyvät ikääntyneen ravitsemuksen toteutumiseen. Arvioi asteikolla 1-5 miten tärkeänä pidät mainittuja asioita omassa päivittäisessä hoitotyössäsi.**

**1= ei tärkeä 2= kohtalaisen tärkeä 3= melko tärkeä 4= hyvin tärkeä 5= erittäin tärkeä**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 21. Ruoan rikastaminen                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Ikääntyneen suuhygienia            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ikääntyneen riittävä nesteensaanti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Ikääntyneen riittävät välipalat    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Kiireettömät ruokailutilanteet     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Ruokailussa avustaminen            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Ruoan rakennemuutosten huomiointi  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Kerro toiveesi ikääntyneen ravitsemushoitoon liittyvästä koulutuksesta.**

28. Toivon lisäkoulutusta aiheesta
- 
- 

29. Muuta kommentoitavaa
- 
- 

**Kiitos vaivannäöstäsi!**

## Saatekirje

### **Ikääntyneiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan ravitsemusosaaminen**

Olen sairaanhoitajaopiskelija Metropolia Ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä yhteistyössä yksityisen hoivapalveluntuottajan kanssa ikääntyneiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan ravitsemusosaamisesta.

Opinnäytetyön kyselytutkimuksen tavoitteena on saada hoitajilta ajantasaista tietoa heidän ravitsemusosaamisestaan sekä ravitsemushoidon suunnittelusta ja arvioinnista.

Ohessa on kyselylomake, johon toivoisin Sinun vastaavan mahdollisimman todenmukaisesti. Vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista, eikä vastaajia voida tunnistaa raportissa. Vastaukset säilytetään opinnäytetyön valmistumiseen asti.

Mukana olevien hoivakotien johtajat ovat antaneet tutkimusluvan tähän kyselytutkimukseen.

Kiitos jo etukäteen panoksestasi.

Jos Sinulla on kysyttävää tai kaipaat lisätietoja, voit lähettää sähköpostia osoitteeseen

Ystävällisin terveisin,

Hertta Korppinen  
Sairaanhoitajaopiskelija, Metropolia AMK

## Tutkimuslupa

### Opinnäytetyön tutkimuslupa



28.2.2017

Hertta Korppinen

[\\$ Vastaa kaikille](#) | 

Hei,

Opinnäytetutkielman toteuttaminen on mahdollista yksikössämme.

Raportissa ei saa kuitenkaan mainita yrityksen nimeä eikä hoivakotien, henkilökunnan tai asukkaiden nimiä.

Hoivakodin johtaja /

vt. Aluejohtaja