

Satu Lempinen

Potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttaminen kirurgisella valvontaosastolla sairaanhoitajien kuvaamana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

19.11.2013

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Satu Lempinen Potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttaminen kirurgisella valvontaosastolla sairaanhoitajien kuvaamana 32 sivua + 4 liitettä 19.11.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaajat	Lehtori Maarit Kärkkäinen Lehtori Anu Leppänen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta ja siihen liittyvistä haasteista. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS:in operatiivisen tulosyksikön kanssa. Tutkimuskysymysten avulla selvitettiin, kuinka kirurgisella valvontaosastolla arvioidaan potilaan ravitsemustilaa, suunnitellaan, toteutetaan ja seurataan enteraalista ravitsemushoitoa sairaanhoitajien mukaan. Lisäksi selvitettiin minkälaisia haasteita ja kehittämistarpeita sairaanhoitajat kuvaavat enteraaliseen ravitsemushoitoon liittyen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaiden ravitsemushoidon kehittämisessä valvontaosastolla.</p> <p>Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla huhtikuussa 2013. Yksilöhaastatteluun osallistui viisi kirurgisella valvontaosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tulosten perusteella potilaan ravitsemustilan arviointi kirurgisella valvontaosastolla jää melko vähäiseksi. Sairaanhoitajien mukaan ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon suunnittelu ovat pääasiassa lääkärin vastuulla. Sairaanhoitajat kokivat oman roolinsa ja vastuunsa kaikkein tärkeimpänä ravitsemushoidon toteuttamisessa ja seurannassa. Enteraaliseen ravitsemukseen liittyviksi suurimmiksi haasteiksi koettiin letkuravitsemukseen liittyvät komplikaatiot, kuten pahoinvointi ja suolen veto-ongelmat. Myös potilaiden ruokahaluttomuus aiheuttaa haasteita ravitsemushoidossa.</p> <p>Tärkeimmät kehittämistarpeet liittyivät ruoan saatavuuteen ja ravitsemushoidon järjestämiseen. Enteraalisen ravitsemushoidon selkeämpään suunnitteluun, potilaiden yksilölliseen ravitsemushoitoon ja ruoan miellyttävyyteen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.</p>	
Avainsanat	enteraalinen ravitsemus, kirurginen potilas

Author Title Number of Pages Date	Satu Lempinen Enteral Nutrition Practice in a Surgical Intensive Care Unit: Nurses' point of View 32 pages + 4 appendices 19 November 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Maarit Kärkkäinen, Principal Lecturer Anu Leppänen, Principal Lecturer
<p>The main purpose of this study was to describe nurses' perceptions of realization of enteral feeding practice in the surgical intensive care unit. The purpose of this study was also to determine the challenges and the development proposals regarding enteral feeding practice from the nurses' point of view.</p> <p>The data was collected by interviewing nurses at the surgical intensive care unit of The Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) in April 2013. Altogether five nurses attended a themed interview. The interviews were carried out individually. The interview consisted of four themes: nutritional screening, nutritional care planning, implementation and monitoring. The interviews were analyzed by using the methods of inductive content analysis.</p> <p>The results showed that nurses felt that nutritional screening and nutritional care planning are mostly on the responsibility of the physician. The nurses brought out that there are not any systematic practices for nutritional screening. Nurses experienced that their major responsibility was related to implementation and monitoring of the enteral nutrition therapy. Nurses reported that the main challenges for enteral nutrition therapy are tube feeding related complications such as nausea, vomiting, ileus and other gastrointestinal complications. Also the loss of appetite caused challenges for nutritional therapy on surgical patients at the intensive care unit.</p> <p>The results lead to the conclusion that special attention should be paid to the systematic planning of patients' individual enteral nutritional program.</p>	
Keywords	enteral nutrition, surgical patient

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	2
2.1	Ravitsemushoito osana hoitotyötä	3
2.1.1	Enteraalinen ravitsemus ja enteraaliset ravintovalmisteet	4
2.1.2	Ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon suunnittelu	5
2.1.3	Enteraalisen letkuravitsemuksen toteuttaminen ja seuranta	6
2.1.4	Vajaaravitsemus ja vajaaravitsemukselle altistavat tekijät	8
2.2	Kirurgisen potilaan ravitsemus sairaalassa	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	11
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	11
4.1	Laadullinen tutkimus	11
4.2	Teemahaastattelu	12
4.3	Haastatteluun osallistujat	13
4.4	Aineiston keruu	14
4.5	Aineiston käsittely ja analysointi	14
5	Opinnäytetyön tulokset	17
5.1	Potilaan ravitsemustilan arviointi ja enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelu	17
5.2	Enteraalisen ravitsemushoidon toteutus ja seuranta	20
5.3	Enteraaliseen ravitsemushoitoon liittyvät haasteet ja kehittämistarpeet	23
6	Pohdinta	26
6.1	Tulosten pohdinta ja johtopäätökset	26
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	27
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	30
	Lähteet	31

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku

Liite 2. Haastattelun teemat ja apukysymykset

Liite 3. Saatekirje osastolle

Liite 4. Sairaanhoidajan suostumuslomake

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö käsittelee kirurgisella valvontaosastolla olevan potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamista sairaanhoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) operatiivisen tulosyksikön kanssa. Työn tarkoitus oli kuvata hoitajien näkemyksiä potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta ja siihen liittyvistä mahdollisista haasteista kirurgisella valvontaosastolla. Tavoitteena oli, että kerätyn tiedon avulla hoitohenkilökunta pystyy kehittämään potilaiden enteraalista ravitsemushoitoa.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä käytännön hoitotyön kannalta, koska riittävä ravitsemus edistää leikkauksen ja trauman jälkeistä toipumista sekä sairauksista toipumista. Ravitsemuksella on myös merkitystä haavan paranemisnopeuteen ja infektioiden ehkäisyyn. Riittämätön ravinnonsaanti on yhdistetty hitaaseen toipumiseen, sairaalajakson pitkään keston ja korkeampaan kuolleisuuteen. (Bruun – Boseaus, – Bergstad – Nygaard 1999: 141; Bloomfield – Pegram 2012: 53, 56.) Oikein toteutetulla ravitsemushoidolla ja vajaaravitsemuksen ehkäisyllä voidaan myös säästää hoitokustannuksia. Leikkaukset, ison luun murtuminen ja sairauden aiheuttama kudostuho lisäävät potilaan alttiutta vajaaravitsemukselle (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 17, 25).

Kansainvälisten tutkimusten mukaan jopa 40 % sairaalahoidossa olevista potilaista kärsii vajaaravitsemuksesta tai on sen vaarassa. Osa potilaista on vajaaravittuja jo sairaalahoitoon tullessaan. Lisäksi monien potilaiden ravitsemustila heikkenee edelleen sairaalahoidon aikana. (Bruun ym. 1999: 141; Kondrup – Allison – Elia – Vellas – Plauth 2003: 415 ; Pihlajamäki – Gylling – Schwab 2012:1733.) Etenkin suuren osan kirurgisista potilaista on arvioitu olevan vajaaravittuja (Bruun ym. 1999: 141). Suomessa kattavaa tutkimusta potilaiden ravitsemustilasta ei ole tehty, mutta on oletettavaa, että vajaaravitsemus on yleinen ongelma myös suomalaisilla sairaalapotilailla. Viime vuosina sairauteen liittyvään vajaaravitsemukseen on kuitenkin kiinnitetty yhä enemmän huomiota. (Pihlajamäki ym. 2012:1733.) Lääkärin tehtävänä on arvioida potilaan energiatarve ja suunnitella ravitsemusohjelma ja hoitohenkilökunnan vastuulla on huolehtia potilaan energiasuunnitelman toteutumisesta (Castrén 2001: 1234; Pihlajamäki ym. 2012: 1734).

2 Teoreettinen viitekehys

Aikaisempia tutkimuksia ja aineistoa tätä työtä varten haettiin Medic-, Cinahl-, MedLine- ja Cochrane- tietokannoista (liite 1). Lisäksi aineistoa etsittiin käsin haulla Hoitotiede, Tutkiva hoitotyö -lehdistä sekä Clinical Nutrition -lehestä. Medic- tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla ”potilas” ja ”ravitseemus”, ”potilas” ja ”ravitseemus” ja ”mittaus”, ”enteraalinen” ja ”ravitseemus” sekä näiden sanojen lyhenteillä. Hakuja suoritettiin myös sanoilla ”kirurginen” ja ”potilas” ja ”ravitseemus” sekä ”leikkaus” ja ”ravitseemus” sekä näiden sanojen lyhenteillä. Työhön sopivana valintakriteerinä käytettiin vuonna 2000 tai sen jälkeen ilmestyneitä tutkimuksia. Aineistoon sisällytettiin yksi vanhempi tutkimus, koska se tarjosi hyvän vertailukohdan. Tuloksista rajattiin pois lapsia ja vanhuksia koskevat tutkimukset. Cinahl tietokannasta aineistoa haettiin hakusanoilla ”enteral” ja ”nutrition” ja ”surgical” ja ”patient”. Tarkennetussa haussa etsittiin vuosien 2007 ja 2012 välillä ilmestyneitä tutkimusartikkeleita hakusanoilla ”surgical patient” ja ”nutrition” ja ”assessment”. Medline- ja Cochrane- tietokannoissa aineistoa haettiin hakutermillä ”enteral nutrition on surgical patient”. Hakutuloksista tarkastelin aluksi otsikoita. Otsikon perusteella valittiin työn kannalta mahdollisesti hyödynnettäviä tutkimuksia. Otsikoiden jälkeen käytiin läpi sopivien tutkimusten tiivistelmät ja luettiin koko artikkeli, mikäli tutkimus käsitteli tiivistelmän perusteella opinnäytetyön aihetta.

Suomalaisesta hoitotieteen artikkelitietokanta Medicistä tehdyt haut osoittavat, että potilaan ravitseemukseen ja ravitseemustilan arviointiin liittyviä lehtiartikkeleita löytyy lääketieteen ja hoitotyön ammattilehdistä. Suomenkielisiä tutkimuksia enteraalisesta ravitseemushoidosta näyttää olevan saatavilla niukasti. Hoitajien näkökulma aiheesta on myös vähän tutkittu aihe. Ulkomailla tehtyjä tutkimuksia sairaalahoidossa olevien potilaiden ravitseemustilasta ja ravitseemushoidon vaikutuksista erinäisten sairauksien hoitoon sen sijaan löytyy. Enteraalista ravitseemusta käsittelevistä tutkimuksista rajattiin tässä työssä pois ne tutkimukset, jotka keskittyivät enteraalisten immunonutrienttivalmisteiden käyttöön.

Keskeisiä käsitteitä tässä opinnäytetyössä ovat ravitseemushoito, enteraalinen ravitseemus ja kirurginen potilas.

2.1 Ravitsemushoito osana hoitotyötä

Ravitsemushoidolla on tärkeä rooli potilaan kokonaishoidossa. Riittävä ja tasapainoinen ravinnonsaanti edesauttaa potilaan paranemista ja kuntoutumista. Ravitsemushoidolla voidaan vaikuttaa paranemisen edistymiseen, vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja sen avulla voidaan korjata heikentyneitä ravitsemustilaa. Oikeanlainen ravitsemus myös parantaa vastustuskykyä, vähentää komplikaatiovaaraa, kohottaa mielialaa ja lisää potilaan omatoimisuutta. (Haglund – Huupponen – Ventola – Hakala-Lahtinen 2009:175–176; Pihlajamäki ym. 2012: 1733–1734.) Ravitsemushoitoon kuuluvat ravitsemustilan arviointi, ravitsemushoidon suunnittelu ja hoidon toteutus sekä seuranta (Haglund ym. 2009: 176).

Sairaus lisää potilaan ravinnontarvetta ja sairauden myötä energiantarve voi jopa kaksinkertaistua normaaliin verrattuna. Samanaikaisesti sairaus usein heikentää ruokahaluja ja syöminen voi olla vaikeaa esimerkiksi pahoinvoinnin, rikkoutuneiden limakalvojen tai suolistoleikkauksen jälkitilan vuoksi. (Pihlajamäki ym. 2012: 1733.) Onnistunut ravitsemushoito edellyttää potilaan, lääkärin ja hoitavan henkilökunnan hyvää yhteistyötä (Castrén 2001: 1238).

Eri tutkimuksissa on noussut esiin tarve tehostaa ravitsemushoidon seurantaa, kehittää uusia toimintatapoja ja kouluttaa henkilökuntaa, jotta ravitsemushoito toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä edellyttää henkilökunnan tietotason vahvistamista, parempaa tietämystä omista vastuista työntekijänä ja systemaattisen kirjaamisen kehittämistä. (Bruun ym. 1999: 146; Wenzel Persenius – Larsson – Hall-Lord 2006: 82.)

Ruotsalaistutkimuksen mukaan teho-osastolla työskentelevät sairaanhoitajat kokivat olevansa enteraalisen ravitsemushoidon prosessissa eniten vastuussa interventioiden suunnittelusta ja täytäntöönpanosta samoin kuin komplikaatioiden ehkäisystä. Vähiten sairaanhoitajat kokivat olevansa vastuussa ravitsemustilan arvioinnista. (Wenzel Persenius ym. 2006: 82, 86.)

2.1.1 Enteraalinen ravitseminen ja enteraaliset ravintovalmisteet

Enteraalisella ravitsemuksella tarkoitetaan ravinnon antamista ruoansulatuskanavan kautta. Se merkitsee täydennysravintovalmisteiden antamista suun kautta tai letkulla suoraan ruoansulatuskanavaan. Tehostetulla enteraalisella ravitsemuksella voidaan turvata niiden potilaiden ravinnonsaanti, jotka eivät pysty syömään riittävästi, jotta heidän ravitsemukselliset tarpeensa täytyisivät. Enteraalista reittiä tulisi käyttää ensisijaisena ravitsemusreittinä aina kun potilaan mahasuolikanava on edes osittain toimiva, koska se on fysiologisempi tapa ruokkia potilasta kuin esimerkiksi laskimon kautta toteutettava parenteraalinen ravitsemushoito. (Castrén 2007: 2257; Rautava-Nurmi – Sjövall – Vaula – Vuorisalo – Westergård 2010: 213–214, 224; Perttilä – Castrén 2012: 536–549.)

Kun potilas pystyy syömään suun kautta, mutta ravinnon saanti jää riittämättömäksi, voidaan ravinnonsaanti turvata käyttämällä täydennysravintovalmisteita. Valmisteet voivat sisältää yhtä tai kahta ravintoainetta: hiilihydraattia, proteiinia tai rasvaa. Useimpiin valmisteisiin on lisätty myös vitamiineja ja kivennäisaineita. Ravitsemuksellisesti täysipainoiset valmisteet voivat tarvittaessa toimia potilaan ainoana ravinnonlähteenä, kun niitä käytetään energiatarpeen mukaan. Ravintosisällöltään painotettuja runsaasti proteiinia tai energiaa sisältäviä valmisteita voidaan käyttää täydentämään kyseisten ravintoaineiden tarvetta ruokavaliassa. (Perttilä – Castrén 2012: 536–549.)

Enteraaliset ravintovalmisteet ovat kliinisiä valmisteita, joiden ravintosisältöä säätelee EU-direktiivi. Letkuravintovalmisteille asetettuihin yleisiin vaatimuksiin kuuluu, että valmisteiden ravintosisällön tulee olla hyvä ja riittävä, energian ja proteiinien suhteen tulee olla sopiva ja vesipitoisuuden tulee olla optimaalinen. Lisäksi vaatimuksena on valmisteiden matala osmolaalisuus, pieni laktoosipitoisuus sekä pieni viskositeetti. Valmisteiden tulee olla steriili ja pakattu helppokäyttöiseen pakkaukseen. Letkuravitsemusta varten on olemassa valmisteita erilaisiin käyttötarkoituksiin. Polymeeriset perusvalmisteet sopivat suurimmalle osalle potilaista, kun ruoansulatuskanavan toiminta on lähes normaalia. Perusvalmisteiden energiapitoisuus vaihtelee 0,5–1,5 kcal/ml:n välillä. Esidigeroidut eli ”pilkotut valmisteet” puolestaan sopivat esimerkiksi potilaille, joilla on vaikea rasvan imeytymishäiriö tai runsas imunesteen menetys. Näissä valmisteissa mm. rasvapitoisuus on pieni. Immunonutrienttivalmisteet ovat suunniteltu lisäämään potilaan vastustuskykyä. Nämä valmisteet sisältävät glutamiinia, arginiinia, omega-3-rasvahappoja tai nukleotidejä, joko yksittäin tai yhdistelminä. Saatavilla on myös eri-

tyisvalmisteita, jotka on suunniteltu vastaamaan tietyn potilasryhmän ravitsemustarpeita. Erityisvalmisteita löytyy mm. diabeetikoille, kroonista keuhkosairautta poteville potilaille, maksan tai munuaisten vajaatoiminnasta kärsiville potilaille ja painehaavaumapotilaille. (Perttilä – Castrén 2012: 536–549.)

ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) on julkaissut näyttöön perustuvat enteraalista ravitsemusta koskevat suositukset vuonna 2006. Suositukset toimivat ohjeistuksena siihen, milloin enteraalista ravitsemusta tarvitaan ja kuinka se vaikuttaa potilaan ravitsemustilaan, elämänlaatuun ja hoitoon. (Rautava-Nurmi ym. 2010: 213.) Suomessa Valtion ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut vuonna 2010 potilaita koskevan ravitsemushoitosuosituksen, joka on tarkoitettu erityisesti henkilökunnan käytettäväksi sairaaloissa, terveyskeskuksissa sekä hoito- ja palvelukodeissa. Suosituksessa esitetään ravitsemushoidon toteuttamismalli moniammatillisesta näkökulmasta, jossa kiinnitetään huomiota ravitsemusterapiaan, hoito- ja lääketieteen näkökulmiin sekä ruokapalvelun järjestämiseen. Suositusta voidaan käyttää apuna ravitsemushoidon kehittämisessä ja yhtenäistämässä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 14.)

2.1.2 Ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon suunnittelu

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksen mukaan potilaan vajaaravitsemusriski tulisi seuloa sairaalassa aina kahden ensimmäisen hoitopäivän aikana (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 27). Ravitsemustilan selvittämiseksi arvioinnin apuna voidaan käyttää ravintohaastattelua eli ravintoanamneesia, painoindeksin seuranta, painonmuutoksen ja muiden antropometrinen mittausten seuranta sekä tiettyjä laboratoriotutkimuksia ja erilaisia seulontamenetelmiä. (Haglund ym. 2009: 176.) Vajaaravitsemuksen seulontaan kehitetyistä menetelmistä tavallisimpia ovat MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), NRS (Nutritional Risk Screening) ja MNA (Mini nutritional Assessment). (Haglund ym. 2009: 178.) NRS-2002 menetelmä soveltuu sairaaloiden käyttöön. MUST puolestaan soveltuu perusterveydenhuollon käyttöön ja MNA-menetelmä on käyttökelpoinen yli 65-vuotiaiden vajaaravitsemuksen seulontaan koti- ja laitoshoidossa. (Arffman – Partanen – Pelttonen – Sinisalo 2009: 111.)

ESPEN:in mukaan sairaaloilla ja terveydenhuollon organisaatioilla tulisi olla selkeät menettelytavat vajaaravitsemusriskissä olevien potilaiden tunnistamiseen. Keskeinen menettelytapa tässä on seulonta, jonka perusteella voidaan tunnistaa vajaaravitsemus-

riskissä olevat potilaat ja arvioida, minkälaista ravitsemushoitoa potilas tarvitsee. (Kondrup ym. 2003: 416; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 27.) Seulonnan tuloksen perusteella nähdään, onko potilaalla vajaaravitsemuksen riskiä tai onko seulonta mahdollisesti tarpeen toistaa esimerkiksi viikoittain. Potilaalla saattaa olla selvä vajaaravitsemustila tai on vahva epäily vajaaravitsemuksesta, jolloin on syytä laatia yksilöllinen ravitsemussuunnitelma. Seulonnan jälkeen tehdään laajempi ravitsemustilan arviointi, jossa huomioidaan yksilöllisesti potilaan ravitsemustarpeet ja esimerkiksi mahdolliset toiminnalliset tai aineenvaihduntaan liittyvät ongelmat. Ravitsemushoidon suunnittelu ja toteutus tapahtuu potilaan vajaaravitsemuksen seulonnan ja ravitsemustilan arvioinnin pohjalta. (Kondrup ym. 2003: 416.)

NRS-2002 on nopea seulontamenetelmä, jonka avulla voidaan luotettavasti tunnistaa vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat. Aluksi tarvitaan tieto potilaan nykyisestä painosta sekä pituudesta, ja niiden perusteella lasketaan potilaan painoindeksi. Lisäksi tarvitaan tieto potilaan tahattomasta laihumisesta viimeisen kolmen kuukauden ajalta. Näiden ohella kartoitetaan arvio potilaan edellisellä viikolla syömästä ruokamäärästä. NRS-2002 -menetelmässä myös sairauden vaikeusaste ja potilaan ikä vaikuttavat kokonaispistemäärään, jonka perusteella vajaaravitsemusriskin suuruus määräytyy. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 27–29.)

NRS-seulan käyttö sairaaloissa on vielä satunnaista, vaikka hoitohenkilökuntaa on koulutettu ja asiaan on kiinnitetty huomiota aktiivisesti. Seulonta vie vain vähän henkilökunnan työaikaa, mutta esimerkiksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on havaittu, että kiireen vuoksi NRS-seulan käytöstä ei ole vielä tullut vakiintunutta toimintatapaa. (Pihlajamäki ym. 2012: 1733.)

2.1.3 Enteraalisen letkuravitsemuksen toteuttaminen ja seuranta

Letkuruokinnan toteuttamiseen on olemassa erilaisia syöttöletkuja. Nenä-mahaletku asetetaan nenän kautta potilaan mahalaukkuun. Nenän kautta asetettava syöttöletku voi ulottua myös pohjukaissuoleen tai ohutsuoleen. Vaihtoehtona nenän kautta asetettavalle syöttöletkulle on mahalaukkuun tai ohutsuoleen ulottuva PEG-letku, joka asetetaan paikalleen kirurgisena toimenpiteenä potilaan vatsanpeitteiden läpi. (Rautava-Nurmi ym. 2010: 218-219.) Letkuruokinta ei sovellu potilaille, joilla on ruoansulatuskanavan tukos, paralyttinen ileus tai ruoansulatuskanavan runsas verenvuoto. Suh-

teellisiä vasta-aiheita letkuruokinnalle ovat myös runsas oksentelu, voimakas ripuli, vatsaontelon tulehdukset ja suuri aspiraatiovaara. (Perttilä – Castrén 2012: 536–549.)

Letkuravitsemuksen toteuttaminen edellyttää samalla potilaan tarkkaa seuranta, jotta hoidon vaikuttavuuden seuranta sekä mahdollisten komplikaatioiden havaitseminen ja ehkäisy on mahdollista. Tiheä seuranta on tärkeää erityisesti letkuruokinnan aloitusvaiheessa, kun ravitseminen on jatkunut pitkään ilman komplikaatioita riittää joiltakin osin harvempi seuranta. Enteraalisen ravitsemuksen antaminen aloitetaan yleensä hitaalla nopeudella, nostaen annosta vähitellen potilaan ravinnonsietokyvyn mukaan 2 - 4 vuorokauden aikana, kunnes saavutetaan tavoiteltu vuorokausiannos. Seurantaan kuuluu ravintoaineen säännöllinen retention mittaaminen, jota seurataan alussa 6 -12 välein. Retentio mitataan aspiroimalla eli vetämällä ruiskuun varovasti potilaan mahalaukun tai ohutsuolen sisältöä syöttöletkun kautta. Mittauksen jälkeen retentioannos ruiskutetaan hitaasti takaisin. Mikäli retentioannos ylittää mahalaukusta 200 ml tai ohutsuolesta 50 ml, on letkuravitseminen syytä keskeyttää muutaman tunnin ajaksi. Annosnopeutta laskeetaan, mikäli retentio ylittää toistuvasti annetut raja-arvot. Lisäksi potilaan mahdollisen pahoinvoinnin, oksentelun ja ripulin seuraaminen ja niiden päivittäinen kirjaaminen on tärkeää. Letkuravitsemuksen aikana potilaan nestetasapainoa tulisi tarkkailla seuraamalla annettuja vesimääriä ja poistuneita nesteitä kuten virtsan määrää ja muuta erityistä. (Perttilä–Castrén 2012: 544 546–547.) Ravitsemushoidon seurannassa on tärkeää huomioida myös se, että potilaan vajaaravitsemusriskin seulontaa, ravitsemustilan arviointia ja ravitsemussuunnitelmaa koskevat tiedot välitetään eteenpäin samalla, kun potilas siirtyy toiselle osastolle tai muuhun jatkohoitopaikkaan (Kondrup ym. 2003: 416).

Letkuruokintaan liittyvät komplikaatiot voivat olla mekaanisia, kuten syöttöletkun tukkeutuminen, syöttöletkun väärä sijainti tai aspiraatio, joka on komplikaatioista vaarallisin. Muut komplikaatiot voivat olla maha-suolikanavan komplikaatioita, kuten ripuli, ummetus, oksentelu ja mahakouristukset tai aineenvaihdunnallisia komplikaatioita kuten hyperglykemia, elektrolyyttihäiriöt, nesteen kertyminen elimistöön ja turvotukset. Aspiraatiovaara vähenee, kun sängyn päätyä kohotetaan niin, että potilaan yläkeho on 30°–45° kohoasennossa ruokinnan aikana ja muutama tunti sen jälkeen. Syöttöletkun tukkeutumista puolestaan voidaan ehkäistä huuhtelemalla letku 30 ml:n annoksella steriiliä vettä aina ennen ja jälkeen ravintoliuoksen tai lääkkeen antamista. (Perttilä – Castrén 2012: 543–545.)

Engelin ym. mukaan kirurgisella tehovalvontaosastolla enteraalista letkuravitsemusta saaneista potilaista vain 35 %:lla vähintään 80 % energiatarpeesta täyttyi. Tutkimuksessa viitattiin yleisesti tunnettuihin tekijöihin, jotka voivat vaikuttaa enteraalisen ravitsemuksen riittämättömyyteen tai keskeytymiseen. Esiin nostettiin potilaaseen liittyvät tekijät (suuret residuaalimäärät, oksentaminen, aspiraatio, ripuli, ummetus) materiaalista johtuvat tekijät (ravitsemusletkun väärä sijainti tai tukkeutuminen) hoitotoimenpiteisiin liittyvät ja lääkkeisiin liittyvät tekijät. Tutkimuksen perusteella ruoansulatuskanavan komplikaatiot aiheuttivat puolet niistä tapauksista, joissa enteraalinen ravinnon saanti oli riittämätöntä, kun taas materiaalista ja hoidosta johtuvat syyt olivat selvästi vähäisempiä. Engelin ym. mukaan pelkän enteraalisen letkuravitsemuksen todettiin olevan riittämätön täyttämään kriittisesti sairaan potilaan ravitsemustarpeet kirurgisella tehovalvonta osastolla. Erityisen alttiita enteraalisen ravitsemukseen liittyville ongelmille ovat useimmiten vatsanalueen-, lantion- ja lannerangan traumaista kärsivät potilaat. (Engel ym. 2003: 187,190,191.)

2.1.4 Vajaaravitsemus ja vajaaravitsemukselle altistavat tekijät

Aliravitsemuksella tai vajaaravitsemuksella tarkoitetaan energian, proteiinien, ja muiden ravintoaineiden saannin puutetta. Kyseessä voi myös olla ravintoaineiden ylimäärä tai niiden epäsuhta tarpeeseen verrattuna. Nämä kaikki aiheuttavat haitallisia muutoksia kehon kokoon, koostumukseen, toimintakykyyn ja vaikuttavat haitallisesti myös hoitotulokseen. Erityisen alttiita vajaaravitsemukselle ovat lapset sekä vanhukset. Sairauksiin ja niiden hoitoon liittyy useita tekijöitä, jotka altistavat potilaan vajaaravitsemukselle. Sairauden aikana ruokamäärät saattavat vähentyä itse sairauden ja tutkimusten vuoksi tai kivun ja syömis- ja nielemisvaikeuksin myötä. Pahoinvointi, mielialan lasku, vähäinen fyysinen aktiivisuus ja lääkitys voivat myös aiheuttaa ruokahaluttomuutta. Leikkaukset ja kudostuho lisäävät potilaan alttiutta vajaaravitsemukselle. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 24–25.) Lisäksi palovammat, murtumat, tulehdukset ja kuume ovat vajaaravitsemukselle altistavia tekijöitä, koska niiden myötä energian ja muiden ravintoaineiden tarve kasvaa. Ruoasta saatujen ravintoaineiden hyväksikäyttö taas vähenee tiettyjen leikkausten kuten mahalaukun tai ohutsuolen poistoleikkauksen jälkeen tai sairauksissa, joihin liittyy imeytymishäiriö. (Arffman ym. 2009:110.) Vajaaravitsemuksesta kärsivä potilas altistuu infektioille ja painehaavoille sekä leikkauksen jälkitaudeille muita herkemmin. Vajaaravitsemuksen ehkäisyyn pyrkiminen on tärkeää, koska vajaaravitsemuksen ehkäisy on helpompaa kuin sen hoitaminen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 24.)

Tutkimusten mukaan potilaille määrätty energiamäärä on usein todellista tarvetta pienempi. Lisäksi tutkimukset viittaavat siihen, että potilaalle suunnitellun energiamäärän antaminen ei aina toteudu ja potilas saa todellisuudessa vain 70 - 80 % lääkärin määräämästä energiamäärästä. (Bruun ym. 1999; Engel ym. 2003: 190). Vajaaravitsemus voi olla merkittävä ongelma vatsaelinkirurgisilla ja ortopedisilla potilailla, joiden sairaalahoido kestää viikon tai sitä kauemmin. Vajaaravitsemuksesta kärsivistä potilaista 15 %:lla ei löydy lainkaan merkintöjä painosta ja ravitsemustilasta heidän potilaspaperistaan. (Bruun ym. 1999: 146.)

2.2 Kirurgisen potilaan ravitsemus sairaalassa

Sairaalassa potilaan ravinnontarve tulisi arvioida yksilöllisesti kansallisia ravitsemussuosituksia apuna käyttäen. Sopivan ruokavalion lisäksi riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi voidaan tarpeen mukaan käyttää täydennysravintovalmisteita, letkuravitsemusta tai suonensisäistä ravitsemusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 16,33.) Potilaan perusenergian kulutus on noin 25 kcal/kg/vrk. (Rautava-Nurmi ym. 2010: 224.)

ESPEN:in julkaisemien näyttöön perustuvien suositusten mukaan kirurgisen potilaan toipumista edistävät pitkän pre-operatiivisen paaston välttäminen ja leikkauksen jälkeen mahdollisimman nopea paluu suun kautta nautittavaan ravintoon. Suositusten mukaan kirurgisilla potilailla perinteisesti käytetty kahdentoista tunnin paasto ennen leikkausta on ESPEN:in mukaan useille potilaille tarpeettoman pitkä, samoin kuin keskeytys ravinnon otossa leikkauksen jälkeen. Mikäli potilaalla ei ole ilmeistä aspiraatioriskiä, kirkkaiden nesteiden juominen on sallittua kaksi tuntia ennen anestesiaa ja kiinteän ruoan nauttiminen sallittua kuusi tuntia ennen anestesiaa. Leikkausta edeltävän kahdentoista tunnin paaston sijasta suositellaan mieluummin pre-operatiivista hiilihydraattitankkausta kaksitoista tuntia ja kaksi tuntia ennen leikkausta. Hiilihydraattitankkauksen on todettu vähentävän leikkauksen jälkeistä insuliiniresistenssiä. (Weimann ym. 2006: 228, 229.)

ESPEN:in aineiston perusteella leikkauksen jälkeen mahdollisimman nopea paluu suun kautta otettavaan ravintoon, joko normaaliin ruokaan tai täydennysravintovalmisteisiin, on suositeltavaa. Keskeytys ravinnon otossa ei suosituksen mukaan ole yleensä tarpeellista. Paluu normaaliin suun kautta nautittuun ravintoon tai enteraalinen ravitsemus

ovat suositeltavia jo alle vuorokausi vatsaelinkirurgisen leikkauksen jälkeen, koska niiden on todettu vähentävän infektiokomplikaatioita ja lyhentävän sairaalahoidon kestoja. (Weimann ym. 2006: 229, 233.) Enteraalista ravitsemusta suositellaan myös potilaille, jotka eivät ole selkeästi aliravittuja, jos on todennäköistä, että potilas ei pysty syömään normaalisti yli seitsemään päivään tai nauttimaan yli 60 % suositellusta ravintomäärästä yli kymmeneen päivään. Näissä tapauksissa ravitsemushoito tulisi aloittaa viipymättä ja enteraalista reittiä käyttäen, jos vain mahdollista, koska riittämätön ravinnon saanti yli 14 päivän aikana on yhdistetty suurempaan kuolleisuuteen. (Weimann ym. 2006: 225, 229-230.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteena oleva osasto on leikkaus- ja anestesiaosaston yhteydessä toimiva heräämö, joka on tehostetun valvonnan osasto. Osastolla hoidetaan vatsaelinkirurgisia- ja suu- ja leukakirurgisia potilaita. Osastolla noudatetaan HUS:n tehohoidon ohjeistuksia enteraalisen ja parenteraalisen ravitsemuksen toteutuksessa. Ohjeistuksen mukaan enteraalinen ravitsemus on ensisijainen vaihtoehto kirurgisilla potilailla ja ravitsemus pyritään aloittamaan sitä tarvitseville alle 24 h:n kuluessa osastolle tulosta. Ravitsemusta lisätään asteittain. Vatsalaukkuun jäävää retentioita mitataan säännöllisesti kahdeksan tunnin välein, kunnes infuusionopeus todetaan hyvin siedetyksi. (Hynninen 2008, Lounamaa 2011.) Enteraalisen ravitsemuksen lisäksi aloitetaan parenteraalinen ravitsemus, mikäli ravinnonsaanti jää alle 60 % energiatarpeesta yli viikon ajan (Kuitunen 2008). Ravitsemusinfuusion aloitusnopeus ja ohjeistusnopeuden nostamiseen ilmenevät osastolla kirjallisesta ohjeistuksesta. Mikäli potilaalle esiintyy ripulia tai vatsakipua infuusionopeutta hidastetaan tai siirrytään kuitupitoiseen valmisteeseen. (Hynninen 2008.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Työn tarkoitus oli kuvata hoitajien näkemyksiä potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta ja siihen liittyvistä mahdollisista haasteista kirurgisella valvontaosastolla. Tavoitteena oli, että kerätyn tiedon avulla hoitohenkilökunta pystyy kehittämään potilaiden enteraalista ravitsemushoitoa.

Kysymykset, joihin tässä opinnäytetyössä haettiin vastausta olivat:

1. Kuinka kirurgisella valvontaosastolla arvioidaan potilaan ravitsemustilaa, suunnitellaan, toteutetaan ja seurataan enteraalista ravitsemushoitoa sairaanhoitajien mukaan?
2. Minkälaisia haasteita ja kehittämistarpeita sairaanhoitajat kuvaavat enteraaliseen ravitsemushoitoon liittyen?

Tutkimuskysymykset muotoiltiin aikaisemman tutkimustiedon ja kirjallisuuden pohjalta, jossa esiintyy tarve tehostaa ravitsemushoidon seurantaa, hoitajien koulutusta ja kehittää uusia toimintatapoja ravitsemushoidon toteuttamiseen (Bruun ym. 1999: 146; Wenzel Persenius – Larsson – Hall-Lord 2006: 82). Lisäksi HUS:n operatiivisen tulosityksikön klinisen asiantuntijan ja kirurgisen valvontaosaston toiveena oli selvittää potilaiden ravitsemustilaa, enteraalisen ravitsemushoidon toteutumista ja siihen liittyviä haasteita.

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä ymmärtämään tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmaa tutkittavasta ilmiöstä. Yleensä tutkimuksen pohjana toimivat mitä-, miksi- ja miten -kysymykset. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu, että osallistujia on usein vähän ja heidät valitaan tarkoituksenmukaisesti niin, että heillä on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä – Juvakka 2012: 23,26.) Tavoitteena laadullisen tutkimuksen aineistossa pidetään aineiston mahdollisimman laajaa sisältöä. Aineiston lukumäärämäärä ei kuitenkaan ole ratkaiseva (Vilka 2005: 109).

Laadulliset tutkimusmenetelmät soveltuvat käytettäviksi erityisesti silloin kun tutkimuksen aiheesta on vain vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Aineisto kerätään avoimilla menetelmillä. (Kylmä – Juvakka 2012: 30-31.) Aineistonkeruumenetelminä käytetään yleensä haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisia dokumentteja (Tuomi – Sarajärvi 2009: 71).

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteutumista laadullisesta näkökulmasta, koska tarkoituksena oli ymmärtää ja kuvata hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä enteraalisen ravitsemuksen toteutumisesta sekä toteutumiseen liittyvistä mahdollisista haasteista. Aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui yksilöhaastattelu, koska sen avulla voidaan saada esiin hoitajien omia näkemyksiä asiasta mahdollisimman monipuolisesti. Haastattelu mahdollisti myös tarkentavien kysymysten esittämisen paremmin kuin esimerkiksi kyselylomake.

4.2 Teemahaastattelu

Haastattelututkimus voidaan toteuttaa joko lomakehaastatteluna, teemahaastatteluna tai syvähaastatteluna sen mukaan, millä tavalla saadaan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu etenee etukäteen valittujen keskeisten teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Teemat pohjautuvat aiheeseen liittyvään aiempaan tutkimustietoon. (Tuomi – Sarajärvi 2009:74-75).

Tässä opinnäytetyössä aihetta lähestyttiin aluksi perehtymällä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin. Tämän pohjalta valittiin haastattelussa käsitellyt neljä teemaa. Teemat liittyivät ravitsemushoidon prosessiin ja koskivat potilaan ravitsemustilan arviointia, ravitsemushoidon suunnittelua, toteutusta ja seuranta. Lisäksi kysyttiin kysymyksiä yleisesti koko ravitsemushoidon prosessista. Kun teemat olivat selvillä, suunniteltiin niihin liittyvät apukysymykset, joiden mukaan haastattelu eteni. Kysymykset pyrittiin muotoilemaan avoimiksi, jotta sairaanhoitajien omat kokemukset ja näkemykset asioista tulisivat esille mahdollisimman hyvin. Sairaanhoitajien haastatteluja ja opinnäytetyön tekemistä varten anottiin aluksi tutkimuslupa, jonka myönsi HUS:in operatiivisen tulosyksikön johtava ylihoitaja.

4.3 Haastatteluun osallistujat

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujiksi valitaan henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 83). Tutkimukseen osallistujat olivat tässä opinnäytetyössä kirurgisella valvontaosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia, koska tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia. Osastolla työskentelee 22 sairaanhoitajaa. Työympäristönä heillä on leikkaus- ja anestesiosaston yhteydessä toimiva heräämövalvonta, joka on tehostetun valvonnan yksikkö. Tässä yksikössä hoidetaan pääasiassa leikkauksessa olleita vatsaelinkirurgisia sekä suu- ja leukakirurgisia potilaita. Yksikössä hoidetaan tarvittaessa myös sairaalan muita tehovalvontaa tarvitsevia potilaita. Tavoitteena oli haastatella viittä sairaanhoitajaa, jotta otos olisi riittävän suuri suhteessa osaston henkilökuntamäärään. Haastatteluun haluttiin osallistujiksi sairaanhoitajia, joilla oli työkokemusta kyseiseltä osastolta ja enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta. Työkokemuksen pituudella ei haastateltavien valinnassa ollut merkitystä, koska tarkoituksena oli kerätä tietoa mahdollisimman kattavasti eri näkökulmat huomioiden. Haastatteluihin osallistui tavoitteen mukaan viisi sairaanhoitajaa. He olivat iältään 39–59 -vuotiaita. Haastateltavien keski-ikä oli 48 vuotta. He olivat työskennelleet kyseisellä osastolla keskimäärin noin 17 vuotta.

Kirurgisen valvontaosaston apulaisosastonhoitaja toimi opinnäytetyön yhdyshenkilönä. Yhdyshenkilö auttoi haastattelun osallistujien valinnassa ja yhteyden saamisessa sairaanhoitajiin haastattelua varten. Osaston henkilökunnan nähtäväksi toimitettiin yhdyshenkilön kautta saatekirje (liite 3), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja työn toteutuksesta. Kirjeessä pyydettiin hoitajia osallistumaan haastatteluun, mutta kerrottiin osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista. Saatekirjeessä oli opinnäytetyön tekijän yhteystiedot, ja kirjeessä kerrottiin, että haastatteluun osallistuvilla oli halutesaan mahdollisuus ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijään lisätietojen saamiseksi ennen haastattelua. Yhdyshenkilö toimitti haastattelijalle halukkaiden osallistujien sähköpostiosoitteet ja haastatteluajat sovittiin henkilökohtaisesti jokaisen osallistujan kanssa sähköpostin välityksellä. Haastattelut toteutettiin sairaanhoitajien työvuoron aikana etukäteen sovittuna ajankohtana.

4.4 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä kirurgisella valvontaosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Teemahaastattelut toteutettiin haastattelemalla sairaanhoitajia yksitellen. Haastattelijana toimi opinnäytetyön tekijä, ja haastattelut toteutettiin huhtikuussa 2013. Haastattelutilat järjestyivät tutkimuksen kohteena olevalta osastolta. Haastattelut toteutettiin siihen varatussa, rauhallisessa tilassa, jossa ulkopuoliset eivät kuulleet haastattelussa käytävää keskustelua. Jokaiseen haastatteluun oli varattu aikaa puolesta tunnista yhteen tuntiin. Yksi haastattelu kesti keskimäärin puoli tuntia. Haastattelutilanteessa ennen haastattelun aloitusta haastateltavien vapaaehtoisuus ja suostumus haastatteluun sekä sen nauhoittamiseen varmistettiin kirjallisella suostumuslomakkeella (liite 4), jonka haastateltavat allekirjoittivat. Haastattelut etenivät etukäteen suunniteltujen teema-alueiden ja niihin liittyvien apukysymysten mukaan. Kaikille haastatteluun osallistuneille esitettiin pääasiassa samat suunnitellut kysymykset. Keskustelun edessä osallistujille esitettiin tarpeen mukaan myös tarkentavia lisäkysymyksiä yksilöllisesti. Haastattelun lopuksi jokaisella osallistujalla oli vielä mahdollisuus täydentää käytä keskustelua ja kertoa vapaasti, jos heillä oli mielessään vielä jotain aiheeseen liittyvää tietoa, jonka he halusivat haastattelussa tuoda esiin.

Haastattelut tallennettiin nauhurilla. Tämän jälkeen haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti tekstimuotoon tekstinkäsittelyohjelmalla (Vilka 2005: 115). Puhtaaksikirjoitettua haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 18 sivua. Haastattelumateriaali säilytettiin tekstitiedostona opinnäytetyön tekijän hallussa niin, etteivät ulkopuoliset päässeet siihen käsiksi.

4.5 Aineiston käsittely ja analysointi

Sisällönanalyysi on perusmenetelmä laadullisen tutkimusaineiston analysoinnissa. Sen avulla tutkimusaineistoa voidaan järjestellä ja kuvata systemaattisesti. Analyysin tavoitteena on kuvata tiivistetysti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Kylmä – Juvakka 2012: 112–113). Sisällön analyysi voi olla luonteeltaan induktiivista eli aineistosta lähtevää, deduktiivista eli teoriaan pohjautuvaa tai abduktiivista, jolloin päättelyn lähtökohdana on sekä teoria että kerätty aineisto (Kylmä – Juvakka 2012: 23).

Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin sisällön analyysillä induktiivisesti. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta etsitään vastausta tutkimuskysymyk-

siin. Aluksi tarkastellaan aineistoa yleisesti ja hahmotetaan yleiskuva kerätystä aineistosta. Sen jälkeen edetään kolmessa vaiheessa pelkistämisen, ryhmitellen ja abstrahoiden aineistoa. Vähitellen pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin perusteella on tarkoitus päätyä synteesiin, jonka avulla saadaan vastaus opinnäytetyön tarkoitukseen ja tehtävään. Näin pyritään esittämään haastatteluaineiston antama kuvaus tutkitusta ilmiöstä etenemällä yhden haastattelun tarjoamasta kuvauksesta laajempaan yleiskuvaukseen. (Kylmä – Juvakka 2012: 113, 117, 119.)

Ennen aineiston analysointia määritettiin analyysiyksikkö, joka tässä työssä oli lausuma. Analyysiyksikkö voi olla myös yksittäinen sana tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110.) Tässä haastatteluaineistossa yksittäinen sana ei olisi ollut riittävä oleellisten asiasisältöjen kuvaamiseen. Analysoinnin aluksi tekstimuotoon kirjoitettuun haastattelumateriaaliin tutustuttiin lukemalla sitä läpi useaan kertaan yleiskuvan hahmottamiseksi. Tässä työssä haastattelumateriaalista etsittiin ne ilmaukset, jotka kuvasivat hoitajien näkemyksiä potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteutumisesta ja siihen liittyvistä mahdollisista haasteista. Haastattelut merkittiin kirjain- ja numerotunnuksilla H1-H5. Tutkimuskysymyksiin liittyvien merkityksellisten ilmaisujen erottamisessa käytettiin apuna värillisiä alleviivauksyviä, saamaan kysymykseen liittyvät ilmaukset merkittiin tekstissä samalla värillä. Seuraavaksi kuhunkin kysymykseen liittyvät ilmaukset koottiin omaan taulukkoon tekstitiedostossa.

Opinnäytetyön ensimmäinen kysymys sisälsi jo itsessään neljä eri osa-aluetta: potilaan ravitsemustilan arvioinnin, enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelun, - toteutuksen ja - seurannan. Kysymyksen laajuuden vuoksi osa-alueet pilkottiin analysointivaiheessa osiin ja käsiteltiin erillään siten, että ravitsemustilan arviointi ja enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelu analysointiin yhtenä yhdistettynä aiheena. Samoin ravitsemushoidon toteutus ja - seuranta analysoitiin yhdessä omana aiheenaan, koska haastatteluaineiston perusteella nämä osa-alueet liittyivät tiiviisti toisiinsa.

Aluksi sisällönanalyysin pelkistämisvaiheessa merkitykselliset ilmaisut tiivistetään niin, että ilmausten olennainen sisältö säilyi. Seuraavaksi ilmauksia vertaillaan ja etsitään niistä samankaltaisuuksia. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään sisällön samankaltaisuuden perustella, jolloin sisällöltään samankaltaiset ilmaukset muodostavat oman ryhmänsä eli alaluokan. Yhdistämisen jälkeen ryhmät nimetään sopivalla otsikolla. Seuraavaksi samankaltaisesta sisällöstä muodostuvat alaluokat ryhmitellään edelleen yläluokiksi, jotka nimetään uudelleen. (Kylmä – Juvakka 2012: 117–119.)

Tässä opinnäytetyössä analyysi eteni merkityksellisten ilmausten pelkistämällä niin, että taulukossa alkuperäisen ilmaisun viereen kirjoitettiin pelkistetty muoto, jossa ilmauksen olennainen sisältö pyrittiin kuitenkin säilyttämään. Alkuperäiset sanonnat ja niitä vastaavat pelkistetyt ilmaisut numeroitiin vielä juoksevin numeroin, jotta nähtiin, mistä haastattelusta ja alkuperäisilmauksesta pelkistys oli peräisin. Tässä vaiheessa haastatteluaineiston muu materiaali jätettiin varsinaisen analyysin ulkopuolelle, kun tutkimuskysymysten kannalta oleelliset ilmaukset oli tunnistettu ja merkitty.

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
<p>”...ja limakalvojen kuivumiset ja kaikkii tämmösiä... Enemmän ehkä just nestetasapainoon liittyen, sit tämmösiä asioita. Et tietysti näkee ihan silmämääräisesti, jos on aliravitsemus...”</p>	<p>Ravitsemustilan arviointi ulkoisten merkkien perusteella</p>
<p>”...tuleeko maha kipeäksi, tuleeko pahoinvointia, kaikki tämmöset ... jos on nenämahaletku-ruokintaa, niin siinä on se retentio hirveän tärkeä kattoo säännöllisesti... että, mitä se tekee sille kropalle, se ruoka...”</p>	<p>Ravitsemuksen etenemisen ja potilaan voinnin seuranta</p>

Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia. Samansisältöiset ilmaukset yhdistettiin samaan luokkaan ja nimettiin luokkaa kuvaavalla nimellä. Näin aineisto tiivistyi ja muodostui alaluokkia. Seuraavassa vaiheessa muodostuneita alaluokkia vertailtiin keskenään ja samansisältöiset alaluokat yhdistettiin keskenään yläluokiksi ja nimettiin uudelleen, koko luokkaa kuvaavalla nimellä. Lopuksi nimettiin yhdistävä pääluokka, joka kattoi kaikki sen alla olevat ylä- ja alaluokat.

5 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta ja siihen liittyvistä mahdollisista haasteista kirurgisella valvontaosastolla. Haastattelun avulla saatiin selville, kuinka kirurgisella valvonta osastolla arvioidaan potilaan ravitsemustilaa, suunnitellaan, toteutetaan ja seurataan enteraalista ravitsemushoitoa. Lisäksi selvitettiin, minkälaisia haasteita ja kehittämistarpeita sairaanhoitajat kuvasivat enteraaliseen ravitsemushoitoon liittyen. Enteraalisella ravitsemushoidolla tarkoitettiin haastatteluissa letkuravitsemusta, suun kautta otettavia täydennysravintovalmisteita ja muuta suun kautta otettavaa ravintoa.

5.1 Potilaan ravitsemustilan arviointi ja enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelu

Sairaanhoitajien mukaan sekä ravitsemustilan arviointi että enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelu olivat pääasiassa lääkärin vastuulla. Sairaanhoitajien vastuu ja tehtävät keskittyvät näillä osa-alueilla hoitotyöhön, lääkärin ohjeiden perusteella. Lääkäri arvioi potilaan ravitsemustilaa, kun suunnitellaan potilaalle nestehoidon tavoitteita ja arvioidaan energiatarvetta. Haastateltavien mukaan potilaan ravitsemustilan arviointi kirurgisella valvontaosastolla on kaiken kaikkiaan melko vähäistä, eikä sitä varten ollut järjestelmällisiä käytäntöjä. Erityisen vähäiseksi arviointi saattoi jäädä potilailla, jotka pystyivät ottamaan ravintoa normaalisti suun kautta. Sairaanhoitajat kertoivat havainnoivansa potilaan ravitsemustilaa pääasiassa silmämääräisesti potilaan olemuksen perusteella, kuten tarkkailemalla ihon ja limakalvojen kuntoa, lihasjänteitä ja hemodynaamiikkaa. Potilaan taustatiedot, kuten sairaushistoria, hoitotulon syy ja laboratoriotulokset auttoivat myös sairaanhoitajia ravitsemustilan arvioinnissa.

Sairaanhoitajien mukaan päävastuu enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelusta oli lääkäreillä. Yleensä kirurgi oli se, joka antoi ohjeet, minkälaista ravitsemusta potilaalle annetaan ja kuinka pian leikkauksen jälkeen ravinnon anto aloitetaan. Käytössä oli myös tiettyjä etukäteen määriteltäviä skeemoja ravitsemuksen suhteen, eli tietyillä potilasryhmillä ravitsemushoito eteni ennakkoon tiedossa olevien ohjeiden mukaan. Sairaanhoitajat kokivat yleisesti oman roolinsa ravitsemushoidon suunnittelussa melko pieneksi. Pääpaino sairaanhoitajan työssä oli suunnitellun hoidon toteuttamisessa.

”...lääkäri määrää ne... me ei silleen hoitajina kauheesti olla siinä suunnittelussa mukana... me sitte toteutetaan se määräys...”

”...Se menee aika paljon tämmösen niin kun skeemojen mukaan sitten se enteraalisen ruokinnan aloitus...”

Haastatteluista kävi ilmi, että sairaanhoitajien tehtävä suunnittelussa keskittyi ravinnon tarjoamisen sopivaan rytmittämiseen ja valmisteluihin, jotka edeltävät ruokailua tai ravinnon tarjoamista. Sairaanhoitajat suunnittelivat ravitsemushoidon toteutusta niin, että potilaalle annettavat ravintovalmisteet tai ruoat tarjoillaan sopivin väliajoin ja samalla pyritään varmistamaan, että potilaalle määrätyt energiatavoitteet toteutuvat vuorokauden aikana. Suunnitteluun liittyivät myös käytännön asiat, kuten ruokien tilaaminen, lisäravinteiden tarjoaminen ja niiden parhaan maistuvuuden varmistaminen mm. viileässä säilyttämällä. Muutama sairaanhoitaja koki, että suunnitelmallisuus ravitsemushoidossa oli melko vähäistä.

”...voi suunnitella sit, et jos on potilas, joka voi ottaa suun kautta, niin miettii sen että, missä vaiheessa antaa, ja joillekin pitää mennä hirveen vähän kerrallaan, niin täytyy antaa usein, ja tämmöstä suunnittelua tietysti on...”

”... me sit tilataan potilaille ruokaa keittiöstä... ja toki meil on niitä Nutrdrinkkejä ja näitä lisäravinnevalmisteita... se suunnittelu menee nyt vähän ehkä sen mukaan, että mihin aikaan niitä ruokia tulee... millon se potilas sitte syö vai syökö...”

Taulukko 2. Potilaan ravitsemustilan arviointi ja enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelu sairaanhoitajien kuvaamana.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Vapaasti ruokailevilla ravitsemustilan arviointi vähäistä Ilman tarkempaa tutkimusta Ilman järjestelmällistä arviointia	Ravitsemustilan arvioinnin vähäisyys		
Tiedossa olleen vajaaravitsemuksen korjaus ennen leikkausta Osastonlääkäri laskee kaloritarpeet Lääkäri arvioi kaloritarpeen Lääkäri arvioi neste- ja ravitsemushoidon tarpeen	Lääkärin arvioima neste- ja ravitsemustarve	Lääkärin vastuu ravitsemushoidon suunnittelussa	
Kirurgi määrää minkälaista ravitsemusta Lääkäri määrää skeeman, jonka mukaan ravitsemushoito toteutetaan Lääkäri antaa ravitsemusohjeet	Lääkärin määräämä ravitsemushoito		Potilaan ravitsemustilan arviointi ja enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelu
Hoitajan silmämääräinen arviointi Potilaan olemuksen silmämääräinen arviointi Ravitsemustilan arviointi ulkoisten merkkien perusteella	Ravitsemustilan silmämääräinen arviointi	Sairaanhoitajan havaintoihin perustuva ravitsemustilan arviointi	
Potilaan taustatiedot Hoitoon tulon syy Laboratoriokokeiden tulokset	Potilaan taustatietojen hyödyntäminen ravitsemustilan arvioinnissa		
Ravintovalmisteiden tarpeellisuuden perustelu potilaalle Hoitaja tilaa ruoan keittiöstä ja tarjoaa lisäravinteita Ruoan maistuvuutta lisäävä valmistelu	Ravinnon tarjoamista edeltävä valmistelu	Sairaanhoitajan vastuu ravitsemushoidon suunnittelussa	
Hoitaja suunnittelee ruokailuvälit, jotta ravitsemusmääräykset toteutuvat Hoitaja tarjoaa ruokaa oman aktiivisuutensa mukaan	Ravinnon tarjoamisen rytmittäminen		

5.2 Enteraalisen ravitsemushoidon toteutus ja seuranta

Kirurgisella valvontaosastolla enteraalisen ravitsemushoidon toteutus ja seuranta ovat sairaanhoitajan vastuulla. Ravitsemushoidon toteutuksessa ja hoidon seurannassa sairaanhoitajat näkivät oman roolinsa ja vastuunsa kaikkein merkittävimpänä verrattuna ravitsemushoidon muihin osa-alueisiin. Ravitsemushoidon toteutukseen liittyviä menetelmiä olivat lääkärin antamien ravitsemusmääräysten toteuttaminen ja ruokailuun kannustaminen. Hoitajan tehtävänä oli lääkärin määräysten mukaan ravitsemusliuosten valmiiksi saattaminen ja letkuravitointifuusion antaminen potilaalla sopivalla nopeudella esimerkiksi nenämahaletkun tai peg-letkun kautta. Ruokailuun kannustaminen oli aiheellista yleensä potilailla, jotka saivat ottaa ravintoa jo vapaasti suun kautta. Tällöin korostui hoitajan aktiivinen rooli ravinnon tarjoamisessa ja suun kautta otettavien lisäravinteiden tarjoamisessa.

”...Suunnitelma tulee jo ennalta niinku diagnooseista ja leikkauksesta ja ohjeet tulee lääkäreiltä, mut sit se toteutus jätetään hoitajalle, et siinä on iso rooli.”

”... oon yrittäny panostaa siihen itse, että mä vähintäänkin niitä Nutridrinkkejä pyrin tarjoamaan ja just sitten pääasiassahan se on se nestemäinen ravitsemus mitä meillä potilaat saa...”

Enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamiseen liittyi tiiviisti myös ravitsemushoidon etenemisen ja vaikutuksen seuranta. Etenkin letkuravitsemusta saavilta potilailta hoitajat seuraavat potilaan vointia ja ravinnon annon onnistumista mittaamalla retentiota, ja seuraamalla pahoinvointia sekä mahdollisia suolen veto-ongelmia.

Ravitsemuksen onnistumisen lisäksi kirurgisella valvontaosastolla seurataan myös potilaan nestetasapainoa, potilaan saamien ja potilaasta poistuneiden nesteiden avulla. Nestetasapainon seurannan hoitajat kokivat tärkeäksi, koska suuri osa potilaan saamasta ravinnosta oli nestemäistä. Seurantaan liittyen osa hoitajista otti esiin myös potilaan painon ja vatsantoiminnan tarkkailun sekä syöttöletkujen auki pysymisen varmistamisen, koska samojen letkujen kautta potilaat saivat myös lääkkeitä.

”... et minä toteutan sen, mä laitan sen tippumaan sen ruoan määrättyllä nopeudella ja sitten katsotaan aina tietyin väliajoin, et onko se ruoka mennyt eteenpäin, et onko se toteutunut. Katsotaan, et onko retentiota jäänyt...”

Seurantaan liittyvänä vastuunaan sairaanhoitajat toivat esille lääkärille raportoinnin ja keskustelun lääkärin kanssa. Hoitajat raportoivat lääkärille yleisesti ravitsemushoidon etenemisestä sekä ravinnon annon onnistumisesta ja hoidon komplikaatioista kuten pahoinvoinnista ja vatsan toimintaan liittyvistä ongelmista. Raportointi oli tärkeä osa ravitsemushoidon seurantaa, jotta hoidon ongelmiin voitiin puuttua.

”... tosi tärkeä rooli siinä, koska meidän vastuulla se on, et se toteutuu... Ja myöskin meidän vastuulla se, että raportoidaan lääkärille, jossei se mee niin...”

Taulukko 3. Enteraalisen ravitsemushoidon toteutus ja seuranta sairaanhoitajien kuvaamana.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Hoitaja vastaa potilaalle suunnitellun hoidon toteutumisesta</p> <p>Letkuravinnon infusointi</p> <p>Lääkäri antaa ravitsemusohjeet suullisesti tai kirjallisesti</p> <p>Ravintovalmisteiden valmiiksi saattaminen ja ravitsemusmääräysten toteuttaminen</p> <p>Lääkäri antaa ohjeet diagnoosin ja toimenpiteen perusteella,hoitajalla suuri rooli toteuttamisessa</p>	Lääkärin antamien ravitsemusmääräysten toteuttaminen	Enteraalisen ravitsemuksen toteutusta tukevat menetelmät	Enteraalisen ravitsemushoidon toteutus ja seuranta
<p>Lisäravinteiden tarjoaminen</p> <p>Hoitaja kannustaa ruokailemaan</p> <p>Hoitajan aktiivinen rooli ravinnon tarjoamisessa, kun potilas saa itse syödä vapaasti</p>	Ruokailuun kannustaminen		
<p>Hoitaja seuraa pahoinvointia, suolen veto-ongelmia ja retentiota</p> <p>Nestetasapainon seuranta saatujen ja poistuneiden nestemäärien perusteella</p> <p>Ravinnon kulun seuranta</p> <p>Retention mittaus</p> <p>Retention mittaus ja ruoan etenemisen seuranta</p> <p>Ravinnon etenemisen ja potilaan voinnin seuranta</p> <p>Pahoinvoinnin ja kipukohtausten seuranta</p>	Enteraalisen ravitsemuksen etenemisen ja vaikutuksen seuranta	Enteraalisen ravitsemushoidon seuranta	
<p>Lääkärin informointi hoidon siedettävyydestä</p> <p>Raportointi lääkärille komplikaatioista tai muutoksista</p> <p>Lääkärille raportointi potilaan syömisistä, pahoinvoinnista ja vatsan toiminnasta</p>	Raportointi enteraalisen ravitsemushoidon etenemisestä		

5.3 Enteraaliseen ravitsemushoitoon liittyvät haasteet ja kehittämistarpeet

Sairaanhoitajien esiin tuomat haasteet enteraalisessa ravitsemushoidossa jakautuivat potilaan vointiin ja ravitsemushoidon järjestämiseen liittyviin tekijöihin. Potilaan vointiin vaikuttivat letkuravitsemukseen liittyvät komplikaatiot. Hoitajien kertoman mukaan pahoinvointi ja suolen veto-ongelmat aiheuttavat kaikkein eniten haasteita ja johtavat letkuravitsemuksen heikompaan onnistumiseen. Tällöin potilaalle ei myöskään saada annettua suunniteltua ravintomäärää. Leikkauksen jälkeinen suolilama myös rajoittaa ravinnon annostelua ja johtaa siihen, että syöttöletkun paikkaa joudutaan vaihtamaan. Yhtenä kehittämistarpeena mainittiin suolilaman ja suolen hidastumisen ennaltaehkäisyyn pyrkiminen. Potilas saattaa myös samanaikaisesti saada muuta hoitoa, joka lisää aspiraatoriskiä ja rajoittaa sen vuoksi letkuravinnon annostelua.

”...meiän osastolla varmaan pahoinvointi ja sitten sen jälkeen niin tota suolen veto-ongelmat...”

Suurin osa hoitajista koki lisäksi potilaiden ruokahaluttomuuden olevan merkittävä haaste ravitsemushoidossa. Sairaanhoitajien mukaan potilaiden näläntunteen puute tai pelkkä janon tunne ovat hyvin yleisiä kirurgisella valvontaosastolla. Potilaat saattavat kieltäytyä vaikka suun kautta otettavaa ravintoa tarjotaankin. Hoitajat arvelivat parenteraalisesti saatavien valmisteiden vaikuttavan osaltaan potilaiden ruokahaluun. Yhtenä syynä ruokahaluttomuuteen hoitajat nostivat esiin potilaan pahoinvoinnin. Toisinaan potilaan oloa saatiin hoidettua pahoinvointilääkkeillä, jonka jälkeen potilas pystyi ottamaan ravintoa suun kautta.

”..sattaa olla, et niillä ei välttämättä ole edes nälkä, kun menee parenteraalista ravintoa, niin se vie sen näläntunteen...”

”... et semmosta ei täällä mun mielestä ilmene, kun ruokahalu... et näläntunnetta potilaat tuntee harvoin...”

Ravitsemushoidon järjestämiseen liittyviä haasteita olivat ruoan ja ruokailutilanteen miellyttävyyden lisääminen sekä ravinnon saatavuuden ja ravitsemushoidon järjestäminen. Hoitajat kokivat etenkin pahoinvoivalle tai muuten sairaalle potilaalle maistuvan ruoan saamisen olevan haasteellista osastolla. Täydennysravintovalmisteiden maku tai koostumus ei miellytä kaikkia potilaita. Ruokailutilanteen miellyttävyyden ja ravinnon mahdollisimman hyvän maun lisääminen nousivat esiin haasteena. Yhtenä parannuskeinona mainittiin huomion kiinnittäminen ruoan houkuttelevampaan esillelaittoon.

”...mut et niistä sais jotenkin niin hyvän makuisia, kun mahdollista... jos on semmonen, joka on suht virkeä potilas, niin voi laittaa lautaselle... Siinä on jo eroa...”

Ruoan saatavuudessa ja ravitsemushoidon järjestämisessä ilmeni sairaanhoitajien mukaan haasteita, jotka vaikuttavat ravitsemushoidon toteutumiseen. Kehittämisehdotuksina nousi esiin joidenkin hoitajien näkemys siitä, että enteraalinen ravitsemushoito ei ole riittävän yksilöllistä, vaan usein kaavamaisesti toteutettua. Toisaalta ilmeni myös tarve potilaan ravitsemusohjelman ja sen jatkumon nykyistä selkeämmälle suunnittelulle. Valvontaosastolla potilaskontaktit, ravitsemishoito ja seuranta-ajat voivat jäädä lyhyiksi, koska potilaat siirtyvät voinnin parantuessa vuodeosastoille. Vatsan ja suoliston alueelle tehdyt kirurgiset toimenpiteet rajoittavat myös saatavan ravinnon määrää. Näiden asioiden koettiin vaikuttavan ravitsemushoidon suunnitelmallisuuteen ja kehittyneisyyteen. Hoitajien mukaan ravitsemushoidon merkityksen korostamiselle ja tiedon lisäämiselle olisi myös tarvetta.

”... jos siihen ois ehkä semmonen selkeempi suunnitelma kaiken kaikkiaan, niin se varmaan toteutuis... että sitten tota se jatkumo olis siinä ja sen muistais eri tavalla...”

”... nää on näitä gastro-enterologisia potilaita, niin siellä on saumoja ja kaikkea, niin eivät saakaan syödä... sen takia varmaan se ei oo niin hirveän kehittynyttä täällä, koska meillä on niin vähän sitä...”

”... meidän ravitsemushoito ja potilaskontaktit on hyvin lyhytaikasia, että tota ei tuu semmosta pitkäaikasta niin ku seuraamista...”

Haastatteluista ilmeni kehittämisehdotuksena myös tarve aloittaa ravitsemushoito nykyistä aikaisemmin joillakin potilasryhmillä. Avoimeksi jäi, mitä potilasryhmää tarve koski. Toisaalta kävi ilmi, että esimerkiksi suun alueen syöpää sairastavilla potilailla ravitsemustila saattaa olla heikko jo sairaalaan, leikkaukseen tullessa. Yksi haaste oli myös ravitsemushoidon viivästynyt aloitus, joka johtui lääkärin antamien ravitsemusmääräysten puuttumisesta, eikä ravinnonantoa voinut aloittaa ilman lääkärin lupaa. Ravitsemushoidon järjestämistä hankaloittavaksi asiaksi nimettiin myös ruoan vaikea saatavuus, mikä johtui siitä, että keittiö on kaukana ja normaalisti suun kautta ruokaa ottavalle potilaalle ruoka täytyy erikseen hakea. Tällöin potilaalle tarjotun ruoan määrä riippuu paljon hoitajan aktiivisuudesta asian suhteen.

Taulukko 4. Enteraalisen ravitsemushoitoon liittyvät haasteet ja kehittämistarpeet sairaanhoidtajien kuvaamana

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Pahoinvointi Suolen veto-ongelmat Suolilama Sopiva ravinnon syöttöreitti Ravitsemustavoitteista jääminen Syöttöletkusta johtuva kipu Muun hoidon aiheuttamat riskit	Letkuravitsemukseen liittyvät komplikaatiot	Potilaan vointiin liittyvät haasteet ravitsemushoidossa	
Ruokahaluttomuus Näläntunteen puute Ainoastaan janontunne Potilas kieltäytyy ruoasta	Potilaan ruokahaluttomuus		
Ruokailutilanteen miellyttäväksi saaminen Ruoan houkuttelevamman maun ja ulkonäön lisääminen Valmisteen maku tai koostumus ei miellytä Pahoinvoivalle potilaalle maistuvan ruoan saaminen	Ruoan ja ruokailutilanteen miellyttävyyden lisääminen	Ravitsemushoidon järjestämiseen liittyvät haasteet	Enteraaliseen ravitsemushoitoon liittyvät haasteet ja kehittämistarpeet
Ravitsemus harvoin yksilöllistä Ravitsemushoidon aloitus viivästyy ravitsemusmääräysten puuttuessa Suusyöpöpotilaiden heikko ravitsemustila sairaalaan tullessa Ympäri vuorokautinen ravintoinfuusio ilman lepoa Keittiö on kaukana Arvioinnin lisääminen Tiedon ja muistutuksen tarve Potilaskontaktit ja seuranta lyhytaikaisia Ravitsemusohjelman selkeämpi suunnitelma ja jatkumo	Ruoan saatavuuden ja ravitsemushoidon järjestäminen		

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Ravitsemustilan arviointi ja ravitsemushoidon suunnittelu ovat pääasiassa lääkärin vastuulla. Tulosten mukaan ravitsemustilan arviointi näytti keskittyvän potilaan energia- ja nestetarpeen arviointiin. Potilaan ravitsemustilaa ja vajaaravitsemusriskin arviointia ei haastatteluaineistossa juurikaan tullut esiin. Haastatteluista ilmeni, että potilaan ravitsemustilan arviointi kirurgisella valvontaosastolla ei ole kovin suunnitelmallista ja jää melko vähäiseksi. Sairaanhoitajat kokivat oman roolinsa ja vastuunsa kaikkein tärkeimpänä enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisessa ja seurannassa. Tämä on samansuuntainen tulos aiemman tutkimuksen (Wenzel Persenius ym. 2006) kanssa, josta ilmeni, että teho-osaston sairaanhoitajat kokivat olevansa eniten vastuussa ravitsemushoidon interventioiden suunnittelusta täytöntöönpanosta sekä komplikaatioiden ehkäisystä.

Sairaanhoitajat toteuttavat potilaiden enteraalista ravitsemushoitoa lääkärin antamien ravitsemusmääräysten mukaisesti. Hoitajat myös kannustavat potilaita ruokailemaan ja tarjoavat lisäravinteita tarpeen mukaan. Sairaanhoitajat seuraavat ravitsemushoidon etenemistä ja potilaan vointia sekä raportoivat niistä lääkärille.

Tutkimusten mukaan potilaille suunnitellut ravitsemusmääräykset eivät aina toteudu, jolloin vajaaravitsemuksen riski kasvaa (Bruun ym. 1999, Engel ym. 2003: 190). Myös tämän työn tulokset osoittavat enteraalisen ravitsemushoidon toteutukseen liittyvän haasteita. Suurimpina haasteina enteraalisessa ravitsemushoidossa kirurgisella valvontaosastolla ovat letkuravitsemukseen liittyvät komplikaatiot, kuten pahoinvointi ja suolen veto-ongelmat. Myös potilaiden ruokahaluttomuus aiheuttaa haasteita ravitsemushoidossa. Merkittävä esiin noussut haaste ja kehittämisaalue liittyy myös ruoan saatavuuteen ja ravitsemushoidon järjestämiseen. Hoitajien näkemyksen mukaan ravitsemushoidon selkeämpään suunnitteluun ja potilaiden yksilölliseen ravitsemushoitoon tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Tämä vahvistaa aiheeseen liittyviä aiempia tutkimustuloksia (Bruun ym. 1999; Wenzel Persenius ym. 2006), joista ilmeni tarve tehostaa ravitsemushoidon seurantaa, kehittää uusia toimintatapoja ja kouluttaa henkilökuntaa, jotta potilaan ravitsemushoito toteutuisi nykyistä paremmin.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää potilaan enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelussa opinnäytetyöhön osallistuneella osastolla ja mahdollisesti muilla vastaavilla osastoilla. Potilaan vointiin liittyvät haasteet, kuten pahoinvointi, suolen veto-ongelmat ja ruokahaluttomuus ovat yleisiä letkuravitsemukseen liittyviä haasteita (Engel ym. 2003: 187,190). Niihin voidaan kuitenkin yrittää vaikuttaa aluksi tiedostamalla haasteet, ja etsimällä hoitotyössä keinoja näiden haasteiden ennaltaehkäisyyn. Ravitsemushoito voi olla arkipäiväinen aihe, joka saattaa jäädä vähälle huomiolle muun hoitotyön varjoon. Siihen olisi kuitenkin hyvä kiinnittää riittävästi huomiota osana potilaan kokonaihoitoa. Ravitsemushoitoon ja erilaisiin ravintovalmisteisiin liittyvän tiedon sekä koulutusten tarjoaminen voisi edistää henkilökunnan valvetuneisuutta ja aktiivisuutta ravitsemushoidon suhteen.

Ravitsemushoidon järjestämiseen liittyvät haasteet, kuten ruoan ja ruokailutilanteen miellyttävyyden lisääminen sekä ruoan saatavuuden ja ravitsemushoidon järjestäminen ovat haasteita, joihin voidaan vaikuttaa toimintatapojen huolellisella suunnittelulla ja organisoinnilla. Toimintatavat voivat vaihdella eri osastojen välillä, joten haasteetkin ovat jonkin verran osastokohtaisia. Omalla työpanoksellaan sairaanhoitajat voivat edistää ruokailutilanteen miellyttävyyttä kiinnittämällä huomiota ruoan houkuttelevaan esiläiläyttöön, ja pyrkimällä valitsemaan potilaalle mahdollisimman maittavia ruokia. Aktiivinen ruoan tarjoaminen on myös tärkeää silloin, kun potilas pystyy ruokailemaan itsenäisesti. Lääkärit vastaavat pääasiassa ravitsemushoidon suunnittelusta ja hoitajat vastaavat hoidon toteutuksesta. Jotta potilaiden yksilöllisiin ravitsemustarpeisiin voidaan vastata, olisi ravitsemustilan järjestelmällisempi arviointi tarpeen. Enteraalisen ravitsemushoidon selkeämmän suunnittelun ja potilaan yksilöllisemmän ravitsemushoidon edistämiseksi tarvitaan eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä toimintatapojen suunnittelussa että niiden toteuttamisessa.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys liittyy jo aiheen valitsemisvaiheeseen. Aiheen tutkimiselle tulisi olla perustelut aikaisemman tiedon perusteella ja tutkimuksen tuottaman tiedon tulisi rakentaa edelleen aiheen tieteellistä tietoperustaa. Eettisyyteen kuuluu myös pohdinta aiheen sensitiivisyydestä, esimerkiksi aiheen arkaluotoisuudesta ja osallistujien haavoittuvuudesta. Haavoittuvia tutkimukseen osallistujia voivat olla lapset tai sairautensa vuoksi potilaat. Tutkimustulosten raportointi on olennainen osa tutkimusta ja myös tutkijan eettinen velvollisuus. Raportissa pyritään kuvaamaan tutkimuksen osallistujien ku-

vaus tutkitusta ilmiöstä mahdollisimman totuudenmukaisesti, mutta samalla haastateltavien henkilöllisyyttä suojellen. Osallistujien henkilöllisyyden suojeleminen on erityisen tärkeää silloin, kun osallistujia on vähän. (Kylmä – Juvakka 2012: 144–145, 154–155.) Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu, että tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja henkilön antamaan tietoiseen suostumukseen. Tutkimukseen osallistumisesta ei saa aiheutua henkilölle mitään uhkaa, mutta toisaalta osallistumisesta ei myöskään saa palkita. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 176–179.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi arvioimalla käytettyjen menetelmien soveltuvuutta aiheen tutkimiseen. Tutkimusprosessi tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti niin, että siitä selviää tutkijan tekemät ratkaisut tiedonantajien valinnassa, aineiston keruussa ja analysoinnissa. Myös tutkimustulosten raportoinnissa tulisi selkeästi näkyä, miten tutkimus on tehty ja kuinka päättely on edennyt. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140–141; Kylmä – Juvakka 2012: 129, 133.) Tutkimuksen luotettavuudessa yksi tekijä on uskottavuus, jota vahvistaa se, että tutkimustulokset todella kuvaavat haastateltavien henkilöiden käsityksiä tutkitusta aiheesta (Kylmä – Juvakka 2012: 128).

Tässä opinnäytetyössä oli tavoitteena tuottaa tietoa, jota tutkimuskohteena oleva osasto voi hyödyntää ravitsemushoidon kehittämisessä. Aiheeseen liittyviin aikaisempiin tutkimuksiin tutustuessa kävi ilmi, että enteraalisesta ravitsemushoidosta löytyi melko vähän laadullisia tutkimuksia. Hoitajien näkökulma oli myös vähän tutkittu aihe. Ravitsemushoito on osa potilaan kokonaishoitoa. Aiheena enteraalisen ravitsemushoidon toteuttaminen ei ollut erityisen arkaluontoinen. Opinnäytetyössä tarkasteltiin sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia valitusta aiheesta, näin osallistujat eivät myöskään olleet haavoittuvassa asemassa.

Tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajille tiedotettiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta saatekirjeessä, jossa oli myös opinnäytetyön tekijän yhteystiedot yhteydenottoa varten. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin, että haastatteluun osallistuminen oli sairaanhoitajille vapaaehtoista ja hoitajilla oli myös mahdollisuus kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta. Ennen haastattelua kukaan osallistujista ei ottanut yhteyttä haastattelijaan kysymään lisätietoja. Haastatteluajat sovittiin henkilökohtaisesti jokaisen osallistujan kanssa sähköpostin välityksellä. Haastateltavien vapaaehtoisuus varmistettiin haastattelutilanteessa ennen haastattelun aloitusta suostumuslomakkeella, jonka osallistujat allekirjoittivat. Haastatteluaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti siten, että ulkopuoliset

eivät päässeet kuulemaan haastattelunauhoja tai lukemaan tekstimuotoon kirjoitettua haastatteluaineistoa. Haastateltavien hoitajien henkilöllisyyden tunnistaminen tekstistä pyrittiin ehkäisemään, joten haastateltavien nimet eivät näy tekstissä. Analysointivaiheessa haastateltujen henkilöiden vastaukset koodattiin numero- ja kirjaintunnuksella, jotta voitiin erottaa, mikä osa vastauksista on saman henkilön antamaa. Tulosten luotettavuuden ja uskottavuuden varmistamiseksi, tulosten raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia vastaajien puheesta, vaikka osallistujamäärä olikin pieni. Vastaajien henkilöllisyyden paljastuminen on kuitenkin pyritty ehkäisemään käyttämällä mahdollisimman lyhyitä katkelmia. Haastattelunauhat ja tekstit hävitetään asianmukaisesti tulosten analysoinnin ja raportoinnin jälkeen.

Luotettavuuden lisäämiseksi tässä opinnäytetyössä käytetyt menetelmät, kuten haastatteluaineiston keruu ja analysointi on kuvattu mahdollisimman tarkasti. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetty teemahaastattelu osoittautui sopivaksi menetelmäksi selvittää enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamista ja siihen liittyviä haasteita, koska menetelmän avulla saatiin vastaus tutkimuskysymyksiin. Tässä työssä haastateltavien määrä oli pieni, suuremmalla otoksella olisi saatu kerättyä kattavampi aineisto. Toisaalta viiden haastattelun aineistossa tuli jo selkeästi esiin samojen teemojen toistuminen. Laadullisessa tutkimuksessa pieni osallistujamäärä on kuitenkin tyypillistä, joten se ei heikennä tutkimuksen luotettavuutta (Kylmä – Juvakka 2012:133,134). Aineiston analysointi perustuu opinnäytetyön tekijän haastatteluaineistosta tekemiin tulkintoihin. Haasteena luotettavuuden kannalta oli se, että tässä opinnäytetyössä analyysin tekemiseen osallistui ainoastaan yksi henkilö, jolloin erilaisten tulkintojen vertailu oli hankalaa. Tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että analyysin eri vaiheissa palattiin toistuvasti alkuperäisiin litteroituihin teksteihin, jotta sanottujen asioiden oikea asiayhteys voitiin varmistaa. Tulosten raportoinnissa on käytetty sanallisen kuvailun lisäksi taulukoita, joista näkyy analyysin eteneminen pelkistetyistä ilmauksista ylempiin luokkiin. Haastatteluaineiston tulosten sovellettavuutta hoitotyöhön ja ravitsemushoidon kehittämiseen on myös pohdittu.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä työssä tarkasteltiin enteraalisen ravitsemushoidon toteutusta ja siihen liittyviä haasteita kirurgisella valvontaosastolla, jossa potilaiden hoitoajat ovat melko lyhyitä. Jatkossa voisi selvittää samoja ravitsemushoitoon liittyviä asioita kirurgisella vuodeosastolla, jossa potilaat viipyvät pidemmän aikaa, ja tarkastella, minkälaisia haasteita ja kehittämisehdotuksia ravitsemushoidossa esiintyy vuodeosastoilla. Tämä opinnäytetyö keskittyi hoitajien näkemyksiin ja kokemuksiin enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta. Toisena enemmän resursseja vaativana jatkotutkimuksen aiheena olisi selvittää ja arvioida kirurgisella valvontaosastolla potilaiden todellista ravitsemustilaa ja vajaravitsemuksen riskiä, koska se voisi myös auttaa ravitsemushoidon yksilöllisessä suunnittelussa.

Lähteet

- Arffman, Senja – Partanen, Raija – Peltonen, Heidi – Sinisalo, Laura (toim.) 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Perttilä, Juha – Castrén, Maaret 2012. Enteraalinen ravitsemus. Teoksessa Aro, Antti – Mutanen, Marja – Uusitupa, Matti (toim.): Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim. 536–549.
- Bloomfield, Jacqueline – Pegram, Anne 2012. Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. *Nursing Standard* 26 (34). 52-56.
- Bruun, L. I. – Bosaeus, I. – Bergstad, I. – Nygaard, K. 1999. Prevalence of malnutrition in surgical patients: evaluation of nutritional support and documentation. *Clinical Nutrition* 18 (3). 141–147.
- Castrén, Maaret 2001. Miksi letkuruokinta ei onnistu? Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92320.pdf>>. Luettu 10.11.2012.
- Castrén, Maaret 2007. Enteraalisen ravitsemuksen suuntaviivat. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96763.pdf>>. Luettu 10.11.2012.
- Engel, J.M. – Mühling, J. – Junger, A. – Menges, T. – Kärcher, B. – Hempelmann, G. 2003. Enteral nutrition practice in a surgical intensive care unit: what proportion of energy expenditure is delivered enterally? *Clinical Nutrition* 22 (2). 187–192.
- Haglund, Berit – Huupponen, Terttu – Ventola, Anna-Liisa – Hakala-Lahtinen, Pirjo 2009. Ihmisen ravitsemus. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hynninen, Marja 2008. Enteraalisen ravitsemuksen toteutus. Kirjallinen ohje. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kondrup, J. – Allison, S.P. – Elia, M. – Vellas, B. – Plauth, M. 2003. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* 22 (4). 415–421.
- Kuitunen, Anne 2008: Peranteraalisen ravitsemuksen toteutus. Kirjallinen ohje. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lounamaa, P. 2011. Tehovalvonnan ravitsemus. Kirjallinen ohje. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.
- Pihlajamäki, Jussi – Gylling, Helena – Schwab, Ursula 2012. Vaikeasti sairaan ravitsemus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128 (17). 1733–1734.
- Rautava-Nurmi, Hanna – Sjövall, Sari – Vaula, Eija – Vuorisalo, Sailaritta – Westergård, Airi 2010. Neste- ja ravitsemushoito. Helsinki: WSOYpro Oy.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy. Luettavissa sähköisesti:
<<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuosituksset/erillisryhmat/ravitsemushoitosuositus/>>.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Weimann, A. – Braga, M.– Harsanyi, L.– Laviano, A. 2006. ESPEN Guidelines On Enteral Nutrition: Surgery including Organ Transplantation. Clinical Nutrition 25. 224–244.

Wentzel Persenius, Mona – Larsson, Bodil Wilde – Hall-Lord, Marie-Louise 2006. Enteral nutrition in intensive care Nurses` perceptions and bedside observations. Intensive and Critical Care Nursing 22. 82–94. Luettavissa sähköisesti:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339705001199#>>.

Tiedonhaku

Taulukko 5. Taulukko 1. Aineistohaut ja työhön sopivat tutkimukset.

Tietokanta	Hakusana	Kaikki osumat	Otsikon perusteella sopivat tutkimukset
Medic	potilas AND ravitseminen	45	2
	potilas AND ravitseminen AND mittaus	3	
	kirurginen AND potilas AND ravitseminen	0	0
	leikkaus AND ravitseminen	4	0
	enteraalinen AND ravitseminen	44	5
Cinahl	enteral AND nutrition AND surgical patient	90	4
	surgical patient AND nutrition AND assessment	102	6
Medline	enteral nutrition on surgical patient	4235	
	nurses perception enteral nutrition	3259	
Cochrane	evaluation of enteral nutrition in surgical patients	12	0
	enteral nutrition on surgical patient	6	2

Haastattelun teemat ja apukysymykset

1. Taustatiedot

1. Kuinka kauan olet työskennellyt tällä osastolla?
2. Ikä?
3. Sukupuoli?

2. Ravitsemustilan arviointi

1. Kuvaile, kuinka potilaan ravitsemustilaa arvioidaan tehovalvontaosastolla?
2. Onko osastolla käytössä potilaan ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä mittareita? Kuvaile, kuinka niitä hyödynnetään?
3. Kuvaile, minkälaisia keinoja sinulla on hoitajana arvioida potilaan ravitsemustilaa?

3. Enteraalisen ravitsemushoidon suunnittelu

1. Minkälaisia käytäntöjä teillä on yksikössänne potilaan ravitsemushoidon suunnittelussa?
2. Minkälainen rooli sinulla on hoitajana ravitsemushoidon suunnittelussa?

4. Enteraalisen ravitsemushoidon toteuttaminen

1. Kuvaile, minkälaisena näet oman roolisi sairaanhoitajana enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisessa?
2. Onko osastollasi enteraalisen ravitsemuksen toteutusta koskevaa kirjallista ohjeistusta? Jos on, kuvaile, kuinka hyödynnät sitä?
3. Miten kuvaillet hyvin toteutunutta enteraalista ravitsemushoitoa?

5. Ravitsemushoidon seuranta/arviointi

1. Kuvaile, minkälaisia keinoja sinulla on hoitajana arvioida/seurata potilaan ravitsemussuunnitelman toteutumista?
2. Minkälaisilla muilla tavoilla osastollasi seurataan enteraalisen ravitsemushoidon toteutumista?

6. Enteraalisen ravitsemushoidon koko prosessi

1. Ketä konsultoit enteraaliseen ravitsemushoittoon liittyvissä kysymyksissä?
2. Kuvaile, minkälaisissa tilanteissa konsultoit toista työntekijää enteraaliseen ravitsemukseen liittyvissä asioissa?
3. Kuvaile, minkälaiset asiat aiheuttavat mielestäsi eniten haasteita enteraalissa ravitsemushoidossa?

7. Mitä muuta haluaisit vielä kertoa?

Saatekirje osastolle

20.3.2013

Hyvä Sairaanhoitaja!

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi. Teen parhaillani opinnäytetyötä aiheesta ”Potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteutuminen kirurgisella valvontaosastolla”. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä HUS:in xxxxxxxxxx xxxxxxxxx valvontaosaston kanssa. Työn tarkoitus on kuvata hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta ja siihen liittyvistä mahdollisista haasteista kirurgisella valvontaosastolla. Tavoitteena on, että kerätyn tiedon avulla hoitohenkilökunta pystyy kehittämään enteraalista ravitsemushoitoa.

Sinua pyydetään osallistumaan haastatteluun, jossa haastatellaan yksitellen tehovalvontaosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia. Haastattelu on keskustelun omainen tilanne, jossa Sinä voit tuoda esiin kokemuksiäsi ja näkemyksiäsi enteraalisen ravitsemushoidon toteuttamisesta. Haastatteluaineistoa tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Yksittäisen hoitajan antamat vastaukset tai hoitajien henkilöllisyys eivät paljastu missään vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan tekstimuotoon. Haastatteluaineistoa tullaan käyttämään opinnäytetyöhön, jonka tulokset julkaistaan opinnäytetyön raportissa ja niistä tiedotetaan yhteistyössä olevalle osastolle. Aineiston analysoinnin ja tulosten raportoinnin jälkeen haastatteluaineisto hävitetään.

Haastatteluun osallistuminen on sairaanhoitajille vapaaehtoista ja hoitajilla on oikeus kieltäytyä haastattelusta missä vaiheessa tahansa. Ennen haastattelua kaikilta osallistujilta pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Oheinen suostumuslomake pyydetään palauttamaan apulaisosastonhoitajalle, joka toimittaa sen opinnäytetyön tekijälle haastatteluajankohdan sopimista varten.

Opinnäytetyötä ohjaa Metropolia Ammattikorkeakoulun lehtori Maarit Kärkkäinen.

Yhteistyöterveisin

xxxx xxxx
Sairaanhoitajaopiskelija
p. xxx-xxxxxxx
xxxx.xxxx@xxxxxxxxxxx.fi
Metropolia Ammattikorkeakoulu

xxxxxx xxxxxxxxxxxx
Lehtori, Sh, Ttm,
p. xxx-xxxxxxx
xxxxxx.xxxxxxxxxx@xxxxxxxxxxx.fi
Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajan suostumuslomake**SAIRAAHOITAJAN SUOSTUMUS POTILAAN ENTERAALISEN RAVITSEMUKSEN
TOTEUTUMISTA KOSKEVAAN HAASTATTELUUN**

Olen saanut tietoa haastattelun tarkoituksesta ja toteutuksesta.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää osallistuminen milloin tahansa.

Annan suostumukseni potilaan enteraalisen ravitsemushoidon toteutumista koskevaan haastatteluun ja sen käyttöön opinnäytetyössä. Ymmärrän, että antamani tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja henkilöllisyyteni ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta.

Paikka ja aika

Sairaanhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Suostumuksen vastaanottaja

Haastattelijan allekirjoitus ja nimenselvennys