



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Eeva-Kaisa Marita Hannelin
**VANHUSTEN RAVITSEMUKSEN
ARVIONTI**

Sosiaali- ja terveysala
2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Eeva-Kaisa Hannelin
Opinnäytetyön nimi	Vanhusten ravitsemuksen arviointi
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	34 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Vaasan pääterveysaseman osastojen D ja H hoitohenkilökunnan tietoja vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista. Lisäksi tutkimuksen avulla selvitettiin miten hoitajat arvioivat vanhusten ravitsemusta työssään. Tutkimuksen tavoitteena oli, että saatujen tulosten avulla voidaan mahdollisesti kehittää hoitajien vanhusten ravitsemuksen arviointia ja tietoja siitä.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin vanhusten ravitsemusta, aliravitsemusta, erityisruokavalioita vanhuksilla ja ravitsemuksen arviointia. Tutkimusmenetelmänä käytettiin pääosin kvantitatiivista, mutta mukana oli myös lyhyt kvalitatiivinen osuus. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, joka sisälsi enimmäkseen strukturoituja kysymyksiä ja muutaman avoimen. Tutkimusaineisto kerättiin talvella 2011. Kyselylomakkeita vietiin osastoille yhteensä 29, joista 23 palautui. Kaksi kyselylomaketta jouduttiin hylkäämään puutteellisten vastausten takia. Näin ollen vastausprosentiksi tuli 72. Tutkimustulokset analysoitiin Excel 2007 -ohjelman ja sisällön analyysin avulla.

Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat iältään 22–63 -vuotiaita ja työkokemusta heillä oli 1–35 vuotta. Tutkimuksesta saaduista tuloksista selvisi, että hoitajilla on melko hyvä tietopohja vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista. Kuitenkin vain hieman yli puolet hoitajista (52,4 %) oli sitä mieltä, että heillä oli tarpeeksi tietoa vanhusten ravitsemuksen arvioinnista. Lisäksi tuloksista selvisi, että hoitajista vain 9,6 % (n=2) käytti työssään MNA-testiä vanhusten ravitsemustilan arviointiin. Vain muutaman hoitajan (9,6 %) mielestä MNA-testiä oli helppo käyttää. Tuloksista kävi ilmi myös, ettei työnantaja tarjonnut riittävästi koulutusta vanhusten ravitsemuksen arvioinnista. Alle puolet (38,1 %) vastaajista oli sitä mieltä, että osaston ruokailuhetket olivat rauhallisia ja vain pienen osan (14,3 %) mielestä vanhuksilla oli valinnan mahdollisuus pääaterioilla.

Tutkimuksen tuloksista voitiin tehdä useita johtopäätöksiä. Hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista. Etenkin MNA-testin käytöstä hoitajat tarvitsisivat koulutusta.

Avainsanat	vanhus, ravitsemus, ravitsemuksen arviointi, aliravitsemus
------------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Eeva-Kaisa Hannelin
Title	The Evaluation of the Nutrition of Elderly People
Year	2011
Language	Finnish
Pages	35+ 2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The purpose of this study was to find out what the nursing personnel in wards D and H at the city of Vaasa health centre knows about the nutrition of the elderly people and the evaluation of the nutrition. A further purpose was to find out how the nurses evaluate the nutritional state of the elderly people in their work. The aim was that the results could be used in developing the nurses' knowledge and skills in evaluating the elderly people's nutritional state.

The theoretical frame deals with the nutrition of the elderly people, malnutrition, elderly people's special diets and the evaluation of the nutritional state. Quantitative research method was mainly used but there was also a short qualitative part. The research material was collected with a questionnaire which included structured questions and some open ended questions. The research material was collected during winter 2011. Twenty-nine questionnaires were delivered to the wards and 23 were received back. Two questionnaires were rejected because of incomplete answers. The response rate was 72. The material was analyzed with Microsoft Excel 2007 –programme and by using inductive content analysis.

The nurses that participated in the study were between the ages 22-63 and had 1-35 years of work experience. The results of the study indicate that the nurses have quite good knowledge base about the nutrition of the elderly people and evaluating it. Still, only a little more than a half of the nurses (52,4 %) thought that they had enough knowledge about the nutrition of the elderly people. Further, the results show that only 9,6 % of the nurses used MNA-test for evaluating the nutritional state of elderly people. Only a few (9,6 %) nurses thought that MNA-test was easy to use. The results showed also that the employer didn't offer enough education about the evaluation of the nutritional state of elderly people. Less than a half of the respondents (38,1 %) thought that the meal times in the ward were calm and peaceful and only some respondents (14,3 %) thought that the elderly people have the possibility to choose what they have for lunch or dinner.

Many conclusions could be made based on the results. The nurses need more education about the nutrition of the elderly people and evaluating the nutritional state. More training was needed especially on how to use the MNA-test.

Keywords Elderly people, evaluation of nutrition, malnutrition

SISÄLLYS

JOHDANTO	7
1 TUTKIMUKSEN TAUSTA	8
2 VANHUKSEN RAVITSEMUS.....	10
2.1 Ikääntymisen aiheuttamia muutoksia.....	10
2.2 Ravintoaineiden tarve	11
2.3 Nestetasapaino	12
2.4 Riittämätön nesteensaanti	12
2.5 Suun terveys.....	13
2.6 Ruokailu.....	13
3 ALIRAVITSEMUS	15
3.1 Ruokahaluttomuus	15
3.2 Aliravitsemus ja sairaudet.....	15
3.3 Aliravitsemuksen vaikutukset.....	16
3.4 Virheravitsemus	17
3.5 Aliravitsemuksen hoito ja ehkäisy	17
3.6 Ravitsemus ja lääkitys.....	18
3.7 Ummetus	18
4 ERITYISRUOKAVALIOT VANHUKSELLA	19
5 RAVITSEMUKSEN ARVIOINTI.....	20
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT...	21
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
7.1 Tutkimuksen kohderyhmä	22
7.2 Tutkimus menetelmä.....	22
7.3 Aineiston keruu ja analysointi	22
8 TULOKSET	24
9 POHDINTA.....	31
9.1 Tulosten pohdinta.....	31
9.2 Tuloksen luotettavuus	32
9.3 Tulosten eettisyys.....	32
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	33

LÄHTEET	34
---------------	----

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Hoitajien (n=21) mielipide osaston ruuan oikeaoppisuudesta. (%)	25
Kuvio 2. Vanhus saa hänelle sopivan rakenteista ruokaa. (%)	25
Kuvio 3. Vanhukset saavat D-vitamiini valmistetta.	26
Kuvio 4. Hoitajien (n=21) aliravitun vanhuksen tunnistaminen. (%)	27
Kuvio 5. Hoitajien (n=20) MNA-testin käyttö työssä tarpeen mukaan.	28
Kuvio 6. Hoitajien (n=21) mielipide, että tarjoaako työnantaja riittävästi koulutusta. (%)	28
Kuvio 7. Hoitajien (n=20) mielipide heidän tiedostaan ravitsemuksen arvioinnista. (%)	29

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Kysymyslomake**LIITE 2.** Saatekirje

JOHDANTO

Vanhusten ravitsemuksesta vanhainkodeissa ja laitoksissa on puhuttu viime aikoina paljon julkisuudessa. On jopa väitetty, että vanhukset nälkiintyvät laitoksissa. On tehty paljon tutkimuksia, miten vanhukset voivat ympärivuorokautisessa hoidossa. Tutkimuksia juuri ravitsemuksen arvioinnista ja henkilökunnan ravitsemustietämyksestä ei löytynyt. Sen sijaan löytyi paljon tutkimuksia jonkun laitoksen tai vanhainkodin vanhusten ravitsemuksesta.

Vanhusten hyvä ravitsemustila on tärkeä sairauksien ehkäisy, toimintakyvyn ylläpitämisen ja ennenaikaisen kuoleman ehkäisijä. Ravitsemustilan arviointi on tärkeää ja vaatii tietoa asiasta. Hyvällä ravitsemuksen arvioinnilla voidaan vanhusten elämänlaatua parantaa paljon ja ehkäistä sairastumisia ja varsinkin turhia kaatumisia. Pitkäaikaisosastolla vanhusten ravitsemus ja sen arviointi on täysin hoitohenkilökunnan vastuulla.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan tietoa vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista pitkäaikaisosastolla. Tutkimus suoritettiin Vaasan pääterveysaseman osastoilla D ja H. Tutkimuksen kohdejoukkona oli osastojen hoitohenkilökunta. Osallistuminen oli vapaaehtoista.

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Pitkäaikaishoidossa olevilla vanhuksilla oikea ja riittävä ravitsemus on elintärkeää yleiskunnan ylläpitäjää. Paljon on pohdittu nälkiintyvätkö vanhukset vanhainkoteihin. Haluan tutkia miten pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten ravitsemusta arvioidaan. Tutkin huomaavatko hoitajat ravitsemukseen liittyvät ongelmat ajoissa. Aliravitsemus lisää vanhusten kuolleisuutta.

Aikaisempia tutkimuksia ei ollut helppo löytää. Nutrition and Nutritional Care on Finnish Nursing Homes and Hospitals on Merja Suomisen vuonna 2007 tekemä tutkimus, jossa selvitettiin Suomen vanhainkodeissa ja pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten ravitsemusta. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin kuinka hoitajat tunnistavat aliravitsemuksen sekä miten koulutus vaikuttaa hoitajien työhön. Tutkimuksesta selvisi, että vanhusten aliravitsemus on yleistä ja hoitajat tunnistivat sen huonosti. Hoitajien koulutuksella oli kuitenkin positiivisia vaikutuksia. (Suominen 2007: 10.)

Tutkin millaisia menetelmiä ravitsemuksen arvioinnissa käytetään, esimerkiksi MNA, BMI ja käsivarren ympäröymitta. Tutkin myös onko hoitajilla tarpeeksi koulutusta asiasta ja valmiuksia huomata puutteita vanhusten ravitsemuksessa.

Aihe on minulle ajankohtainen ja mielenkiintoinen, koska työskentelen koulun ohella vanhusten kanssa. Vanhusten asiat ovat minulle tärkeitä. Työssäni olen tutustunut ravitsemukseen ja sen arviointiin.

Ravitsemus on aiheena laaja ja olen rajannut käsittelyn nimenomaan sen arviointiin ja menetelmiin. Tutkin kuinka hyvin vanhusten ravitsemustilaa arvioidaan erilaisilla menetelmillä ja miten siihen vaikuttavat eri seikat otetaan huomioon. Näistä erityisesti mainittakoon esimerkiksi hampaiden ja suun kunto, lääkitys ja muut sairaudet.

Olen hakenut aiheesta materiaalia koulun kirjastosta, tietokannoista ja www-sivuilta. Jotta aineisto olisi luotettavaa, olen ottanut mukaan alle kymmenen vuotta vanhat materiaalit, jotka ovat luotettavista lähteistä. Aineistoa juuri

vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista oli vaikea löytää, koska siitä on tehty vain muutama hyvä teos.

2 VANHUKSEN RAVITSEMUS

2.1 Ikääntymisen aiheuttamia muutoksia

Ihmisen vanhetessa perusaineenvaihdunta hidastuu ja liikkuminen vähenee, joiden ansiosta energiantarve pienenee. Yksilöllisiä eroja on kuitenkin. Esimerkiksi sekava vanhus saattaa liikkua paljon ja samalla kuluttaa enemmän kuin vähän liikkuva nuori. Liikkumattomuus vähentää lihasmassaa ja samalla energiankulutusta. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y. 2006: 13).

Vanhuksen energiasaannin tulee vastata kulutusta. Hyvä ravitsemus on tärkeä esimerkiksi sairastumisen kannalta. Se auttaa toipumaan nopeammin. Sairastamisen aikana energian tarve lisääntyy. Tähän on kiinnitettävä huomiota, koska usein ruokahalu on huono silloin. Ravintoaineiden tarve ei kuitenkaan vähene, siksi on tärkeää huolehtia ravinnon laadusta. Vanhus tarvitsee runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja proteiineja. Elimistön muutokset vanhetessa saattavat huonontaa ravinnon imeytymistä ja lisätä ravintoaineiden hukkaan menemistä. Monipuolinen ruokavalio on tärkeä. Runsas energian saanti ja normaali painoindeksi eivät takaa hyvää ravitsemustilaa, jos ruokavalio on yksipuolinen. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 13.)

Ikääntyminen vaikuttaa myös ruuansulatuskanavaan. Sen limakalvot ja lihakset surkastuvat iän myötä. Mahalaukku tyhjenee hitaammin iän myötä. Runsaasti rasvaa sisältävä ateria sulaa hitaasti tai ei sula kokonaan. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 11.)

Vanhuksilla ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn. Heikentynyt ravitsemustila usein vanhuksilla liittyy vahvasti muuhun sairastamiseen ja heikentyneeseen toimintakykyyn. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 16.)

2.2 Ravintoaineiden tarve

Energian tarve riippuu liikunnan määrästä ja perusaineenvaihdunnasta. Sairaudet, lääkitys ja lihasmassan määrä vaikuttavat perusaineenvaihduntaan. Energian tarpeen arvioinnissa on otettava huomioon monia seikkoja, ei pelkästään ikää. (Hartikainen & Lönroos 2008: 215.)

PAV:lla tarkoitetaan perusaineenvaihduntaa. Vanhetessa ihmisen rasvakudoksen määrä lisääntyy, joka alentaa PAV:a noin 2 % vuotta kohti. Yli 60-vuotiaiden PAV on 20,5 kcal/kg/vrk Pohjoismaisen suosituksen mukaan. Vanhuksen energian perustarve voidaan arvioida: vuodepotilaat 1,2xPAV, istuskelevat 1,4xPAV ja normaalisti liikkuvat 1,5–1,6xPA. Jos yritetään korjata aliravitsemusta, lisätään kertoimeen 0,3. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2010: 315.)

Hiilihydraatit ovat tärkeitä. Kokonaisenergiassa hiilihydraattien osuus on 55–60 %. Hiilihydraatteja saa esimerkiksi kasviksista, hedelmistä, perunoista, marjoista ja sokerista. Hiilihydraatit ovat nopean energian lähteitä. (Hartikainen & Lönroos 2008: 216.)

Rasvaa tarvitaan myös kohtuullisesti päivittäin. Rasvan osuus ruokavaliossa pitäisi olla 25–35 %. Vanhuksilla rasvojen osuus voi olla hieman suurempikin. Proteiinin tarve pysyy ennallaan vanhetessa. Proteiinin osuus tulisi olla 15–20 % kokonaisenergiasta eli noin 1–1,2 grammaa paino kilo kohti. Sairaudet ja stressitilanteet voivat lisätä proteiinitarpeen jopa kaksinkertaiseksi. Proteiinin puute aiheuttaa infektioherkkyyttä ja hidastaa niistä toipumista. Jos vanhus ei saa tarpeeksi ravinnosta proteiinia, alkaa elimistö ottaa proteiinia lihaksista. Näissä tilanteissa kudospuutokset ja haavat paranevat hitaammin, lihasvoima vähenee ja syntyy alttius painehaavoille. Riittävän proteiinin saannin voi varmistaa määrittämällä seerumin tai plasman albumiinipitoisuus. (Hartikainen & Lönroos 2008: 216–218.)

Kaikkien vanhusten riittävästä D-vitamiinin saannista tulee huolehtia. D-vitamiinin anto suositus yli 60-vuotiaille on 20 mikrogrammaa vuorokaudessa ympärivuoden. D-vitamiinin puute saattaa aiheuttaa osteoporoosia. D-vitamiinin

puute johtaa myös lihaskatoon, mikä lisää vanhuksilla kaatumisia. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 27.)

2.3 Nestetasapaino

Ikääntyneen kehossa on vettä 50–60 % kun taas vastasyntyneellä on 80 %. Vanhuksilla nestevajaus saattaa olla paljon vakavampaa kuin nuoremmilla, koska heillä on vähemmän kehossa vettä. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 46.)

Nestetasapainoa säätelee janon tunne. Munuaiset säätelevät veden eritystä virtsan avulla. Nestettä poistuu myös keuhkojen, ruuansulatuskanavan ja ihon kautta. Juomalla korvataan menetetty neste. Nestettä saa myös ruuista. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 46.)

Ikääntyneillä nesteen saantia ja menetystä on usein tarpeen seurata. Nesteentasapainoa voi seurata mittaamalla saadut nesteet ja virtsan mukana poistuvat. Nestetarve on noin 30ml vuorokaudessa painokiloa kohden. Nesteentarve voidaan myös arvioida ruuasta saatua energiayksikköä kohden kuten 1ml/1kcl. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 47.)

2.4 Riittämätön nesteensaanti

Riittämättömään nesteensaantiin voi olla monia syitä. Kuume, ripuli, oksentelu ja verenvuoto lisäävät nesteentarvetta. Nesteenpoistolääkitys ja ulostuslääkkeet saattavat aiheuttaa, ettei saatu neste riittä. Juomisvaikeuksia aiheuttavat sekavuus, dementia, liikkumattomuus ja keskushermostonhäiriöt. Usein virtsanpidätyshäiriöt saattavat ikääntyneen välttämään juomista. Ikääntyneen janontunne heikentyy eikä elimistö pysty enää ilmaisemaan nesteentarvetta. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 47.)

Kuivumisen tunnusmerkkejä ovat huulten ja limakalvojen kuivuus, kielen sameus ja turpoaminen ja painuneet silmät. Kohonnut lämpö, alentunut verenpaine, virtsanerityksen vähentyminen, ummetus, sekavuus ja pahoinvointi voivat olla

myös kuivumisen merkkejä. Hoitajan on tärkeä tunnistaa kuivumisen merkit ajoissa. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 47.)

Vanhuksia tulee muistuttaa juomisesta. Jos vanhus ei pysty itse juomaan, tulee hoitajan huolehtia siitä. Nesteen ei tarvitse olla aina vettä. Ikääntyneelle tulee tarjota mieluista juotavaa. Päivän aikana juotava neste ei tule pelkästään olla sokeripitoista. Kahvia suositellaan 2-3 kuppia päivässä. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 49.)

2.5 Suun terveys

Suussa tapahtuu muutoksia ikääntymisen vuoksi, jotka vaikuttavat syömiseen ja nielemiseen. Verenkierron heikkenemisen takia syljen erityys vähenee ja suun limakalvojen kunto heikkenee. Sairaudet ja lääkkeet heikentävät syljeneritystä. Ravitsemushäiriöt voivat johtaa suun kudosten muutoksiin. Kudosten muutokset lisäävät tulehdusalttiutta ja sieni-infektioita. Syljenerityksen häiriön takia kieli tarttuu kitalakeen ja suupielet tulehtuvat. Makuelämykset saattavat muuttua myös. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 41.)

2.6 Ruokailu

Erilaisten sairauksien takia vanhus ei ehkä pysty itse enää syömään, jolloin hoitajan tehtävä on syöttää. Sänkyyn syöttämistä tulee välttää niin kauan kuin mahdollista, koska omatoiminen syöminen pitää yllä toimintakykyä. Omatoimista syömistä voidaan tukea eri tavoilla. Hyvä istumisasento on tärkeä. Tuoli ja pöytä tulee olla oikean korkuisia. Nieleminen on helpointa, jos istuu vähän etukumarassa tai suorassa. Ateriointiin tulee varata riittävästi aikaa. Vanhuksella saattaa kulua syömiseen jopa yksi tunti. Tarvittaessa vanhusta autetaan ruuan ottamisessa, paloittelussa ja syömisessä. Vanhuksen tulee antaa mahdollisimman paljon itse päättää mitä syö. Tarvittaessa myös muistutetaan vanhusta syömisestä. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 39.)

Vanhusta syötettäessä tulee muistaa muutama muistisääntö. Syöttämiseen tulee varata riittävästi aikaa. Syöttäjän tulee istua niin, että on katsekontakti vanhukseen. Vanhukselle tulee kertoa, mitä suuhun viedään. Vanhukselle

syötetään pieniä paloja vaihdellen ruokaa ja juomaa. Ruokia ei saa sekoittaa lautasella yhteen. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 40.)

3 ALITAVITSEMUS

3.1 Ruokahaluttomuus

Ruokahaluttomuuteen voi olla monta syytä kuten sairaus, lääkitys, psyykkiset syyt, suun huono hygienia tai ruoka ei sovellu vanhukselle. Ruokahaluttomuuden syyt on selvitettävä ja puututtava niihin, jos mahdollista. Vanhukselle tulee tarjota ruokia ja juomia, joita hän pystyy nauttimaan. Ruoka on oleellinen osa hoitoa. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 33.)

Jos vanhus ei pysty syömään, on huolehdittava riittävästä ravinnonsaannista jollain muulla tavalla. Runsaasti energiaa sisältävät ruuat, täydennysravinnevalmisteet tai välipalajuomat ovat hyvä vaihtoehto. Ravinnonsaannin voi turvata myös enteraalisesti tai parentaalisesti. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 33.)

Ruokahaluttomuus voi johtua myös ruokailutilanteesta. Ruokailutilanne voi olla kiireinen tai jos ruoka on kylmää, heikentää vanhuksen ruokahalua. On tärkeää, että ympäristö on mieluinen, syöminen tapahtuu vanhuksen tahtiin ja ruokailuajankohdat ovat sopivat. Ruuan tulee olla miellyttävän näköistä ja oikein valmistettua. Vanhuksella tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa ruokaansa. Ruokahalua tulisi herätellä makuilla ja tuoksuilla. Ruuan tulee tuottaa mielihyvää vanhukselle. Mieliruokia kyselemällä ja tarjoamalla säilytetään vanhuksen mielenkiinto ruokaan. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 34.)

3.2 Aliravitsemus ja sairaudet

Aliravitsemus ja sen riski lisääntyvät yli 80-vuoden iän jälkeen. Suomessa iäkkäiden aliravitsemusta on 3–85 %. Sairaaloissa aliravitsemusta on huomattavasti enemmän kuin kotona asuvilla vanhuksilla. (Hartikainen & Lönnroos 2008: 223.)

Aliravitsemuksessa ravintoaineiden tai energian saanti on liian vähäistä (Heikkinen & Rantanen 2003: 383). Vanhusten aliravitsemus johtuu yleensä monesta syystä (Aro ym. 2010: 323). Aliravitsemuksen syynä on myös usein

krooninen sairaus. Muita tekijöitä ovat ruokahalun heikkeneminen tai katoaminen ja näistä johtuva liian vähäinen energian ja proteiinin saanti. Erityisesti vanhuksilla, jotka tarvitsevat apua päivittäisistä perustoiminnoista selviytymiseen, on vaara aliravitsemukseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008: 223.)

Suun ja hampaiden ongelmat, liikkumisen väheneminen ja psykologiset ongelmat vaikuttavat ravitsemustilaan heikentävästi. Lukuisat sairaudet kuten aivohalvaus ja Parkinsonin tauti sekä suun ja nielun taudit saattavat heikentää pureskelua ja nielemistä. Ruuan käsittely lautasella ja suuhun vieminen voivat myös vaikeutua. Ongelmat suun terveydessä, hampaattomuus, sopimaton proteesi sekä kuiva suu tekevät syömisen hankalaksi. Depressio heikentää ruokahalua samoin kuin dementia. (Soini, Juntunen, Routasalo, Sandelin, Savikko, Suominen, Suur-Uski & Pitkälä 2003: 5.)

3.3 Aliravitsemuksen vaikutukset

Vanhusten aliravitseminen johtaa lihaskatoon, joka heikentää liikunta- ja toimintakykyä, mikä lisää lonkkamurtumia. Proteiinaliravitseminen heikentää immunitettia, jolloin vanhusten valkosolutuotanto heikkenee. Infektioherkkyys kasvaa ja haavat parantuvat huonommin. Aliravitseminen on myös suuri riski saada painehaavoja. Aliravitseminen lisää sairastuvuutta, kuolleisuutta sekä komplikaatioita. (Soini ym. 2003: 5–6.)

Aliravitseminen vaikuttaa heikentämällä hengityselinten käyttöä, mikä aiheuttaa vaikeutta hengittää ja yskimistä. Aliravitseminen heikentää myös vanhuksen lämmönsäätelyä, jolloin paleleminen lisääntyy. Ravitsemuksen heikentymisen seurauksia ovat myös apatia, depressio ja itsensä laiminlyönti. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 18.)

Keskeisimpiä merkkejä, joihin tulee kiinnittää huomiota vanhuksen ravitsemustilassa:

- painoindeksi on alle 23
- paino on alentunut nopeasti (yli 3 kg kolmessa kuukaudessa)
- vanhus syö erittäin vähän

- vanhus pystyy syömään ainoastaan soseutettua tai nestemäistä ruokaa
- vanhuksella on toistuvia painehaavoja tai tulehduksia
- vanhus on toipumassa sairaudesta tai odottaa leikkaukseen menoa

Ruokailu on tärkeä tekijä tervehtymisessä ja kuntoutumisessa. Useimmiten ravitsemustilan hoidon tärkeyttä ei tiedosteta riittävän hyvin. Yleensä vanhuksen ravitsemustila heikkeneekin sairaalassa. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 18–19.)

3.4 Virheravitsemus

Virheravitsemuksella tarkoitetaan ravitsemusta, jossa on puutetta energiasta, vitamiineista, proteiineista ja ravintoaineista tai sitten niitä saadaan liikaa. Aliravitsemus on yksi virheravitsemuksen muoto. (Hartikainen & Lönnroos 2008: 223.)

3.5 Aliravitsemuksen hoito ja ehkäisy

Aliravitsemuksen hoito- ja ehkäisy liittyvät syihin, jotka ovat aiheuttaneet aliravitsemuksen. Erityisesti kroonisesti sairaiden ja laitoksissa asuvien vanhusten aliravitsemusta ei pystytä korjaamaan ravinnon määrää lisäämällä. Monesti aliravitsemus johtuu ruuan laadusta tai henkilökunnasta. Aliravitsemusta hoidettaessa on ruuan lisäksi otettava huomioon ruokailuun liittyvän tradition välittämiä sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä sekä monenlaisia esteettisiä arvoja. (Aro ym. 2010: 323.)

Aliravitsemuksen hoidon perusasioita:

- ruokavalio monipuoliseksi
- makutottumusten kunnioitus
- riittävästi aikaa ruokailuun
- tarvittava apu ruokailuun
- lisäravinteet
- aliravitsemuksen varhainen toteaminen (Aro ym. 2010: 323.)

3.6 Ravitseminen ja lääkitys

Vanhukset käyttävät usein paljon lääkkeitä. Eniten käytetään sydän- ja verisuonilääkkeitä ja toiseksi eniten särkylääkkeitä. Vanhuksilla on alentunut lääkkeiden sietokyky mikä aiheuttaa ongelmia, kuten myös useiden lääkkeiden yhtäaikaista käyttöä sekä niiden aiheuttamat haittavaikutukset. Vanhusten elimistössä lääkkeet imeytyvät ja poistuvat hitaammin kuin nuoremmilla. Vanhusten elimistö reagoi eri tavalla kuin nuoremman elimistö lääkkeisiin. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 42.)

Lääkkeillä on vaikutusta myös ravitsemukseen. Vanhuksen haju- ja makuaisti saattaa muuttua ja vaikuttaa ruokahaluun. Lääkkeet saattavat ärsyttää suoliston- ja mahalaukunlimakalvoa, mikä estää ravintoaineiden imeytymistä. Vanhuksen syljeneritys voi vähentyä lääkkeiden vuoksi mikä vaikuttaa pureskeluun, nielemiseen ja ruuansulatukseen. (Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y 2006: 42.)

3.7 Ummetus

Ummetus on yleinen vaiva vanhuksilla. Ummetuksen yleisin syy on ravinnosta saatu liian vähäinen kuidun määrä. Liikunnan vähäisyys ja riittämätön nesteensaanti aiheuttavat ummetusta. Monet lääkkeet aiheuttavat myös ummetusta. Ummetuksen syy tulee aina selvittää. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 47.)

Ravintokuitu ehkäisee ummetusta, koska se sitoo vettä, lisää ulostemassaa ja tekee ulosteen pehmeäksi. Ravintokuidun avulla voidaan hoitaa ummetusta. Lisäksi on tärkeää riittävä nesteiden saanti. Ummetuksen hoidossa on myös tärkeää säännöllinen ruokailu ja wc:ssä käynti. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 47.)

4 ERITYISRUOKAVALIOT VANHUKSILLA

Tehostetun ruokavalion tarve arvioidaan aina kokonaistilanteen mukaan. Tehostetun ruokavalion pienemmistä annoksista saadaan saman verran energiaa ja jopa enemmän proteiinia kuin tavallisen ruokavalion. Energia- ja proteiinitiheän ruuan määrää saadaan lisättyä tarjoamalla useita ruokalajeja sisältäviä pieniä aterioita vuorokauden eri aikoina. Aterioita on vähintään kuusi päivän aikana eli kolme pääateriaa ja kolme välipalaa. Erityisesti ruokavaliota suunniteltaessa kiinnitetään huomiota ruuan makuun, tuoksuun, väriin ja rakenteeseen. Täydennysravintojuomia ja välipaloja tulee olla tarjolla. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48.)

Ruuan energiatiheyttä lisätään muutamilla valinnoilla. Maitovalmisteista valitaan rasvaisempi vaihtoehto ja kevyttuotteita vältetään. Ruuan voi tehdä houkuttelevammaksi pienentämällä annoskokoja ja käyttämällä ruoanvalmistuksessa enemmän rasvaa ja suolaa. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 48–49.)

Kun harkitaan tehostettua ruokavaliota, tulee ottaa seuraavia asioita huomioon:

- paino on laskenut tahattomasti yli 3 kg viimeisen kolmen kuukauden aikana
- ravitsemustila on heikentynyt
- BMI alle 23
- lonkkamurtuma
- sydämen vajaatoimintapotilas
- keuhkohtaumapotilas
- syöpäpotilas
- vanhuksella on syömis- tai nielemisvaikeuksia
- vanhuksella on erittäin huono ruokahalu

(Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 49.)

5 RAVITSEMUKSEN ARVIOINTI

Vanhusten ravitsemuksen arviointi on hankalaa, eikä siihen ole yhtä oikeaa keinoa. Ravitsemustilaa voidaan arvioida erilaisilla mittauksilla kuten paino, pituus, BMI ja olkavarren ympärysmitta. Erilaisilla laboratoriotutkimuksilla kuten hemoglobiini, albumiini ja lymfosyytit voidaan myös arvioida ravitsemustilaa. Näitä menetelmiä on hyvä käyttää yhdessä, koska yksistään ne eivät pysty kertomaan aliravitsemuksesta. Ravinnonsaantia tulee myös arvioida. Ravinnonsaannin arvioinnin avulla saadaan selville, että saako vanhus riittävästi oikeanlaista ruokaa, että toimintakyky säilyisi. (Soini ym. 2003: 8.)

Ravitsemustilaa voidaan arvioida myös Mini Nutritional Assessment- mittarin avulla. MNA-mittari on kehitetty erityisesti vanhusten aliravitsemuksen tunnistamiseen. Mittaria voidaan käyttää laitoksissa, sairaaloissa sekä kotona asuvien vanhusten ravitsemuksen arviointiin. MNA-mittari sisältää tavallisia mittauksia, ruokavalion arvioinnin, henkilön oman arvioinnin ravitsemustilastaan ja toimintakyvyn arvioinnin. Mittarista saatu kokonaispistemäärä kertoo vanhuksen ravitsemustilan. Tuloksen perusteella voidaan määritellä mihin ryhmään vanhus kuuluu kuten kärsiikö vanhus virheravitsemuksesta, onko riski virheravitsemukseen vai onko ravitsemustila hyvä. (Soini ym. 2003: 9.)

Suosittelaa, että vanhus punnittaisiin säännöllisesti, kerran kuukaudessa. Painonmuutokset ovat tärkeimpiä huomata. Mitä nopeammin vanhus laihtuu tahattomasti, sitä suurempi syy on epäillä ravitsemustilan heikkenemistä. Vanhuksille suositeltava painoindeksi on 24–29. Kun painoindeksi on alle 24, on vanhuksella suurempi riski sairastua tai kuolla ennenaikaisesti. (Ravitsemusneuvottelukunta 2010: 30.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE ja TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vanhusten ravitsemuksen arviointia hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Vaasan pääterveysaseman osastot D ja H. Tutkimukseen osallistuvat olivat lähihoitajia, perushoitajia ja sairaanhoitajia. Mukaan otettiin sekä sijaiset että vakituiset hoitajat.

Tutkimuksen tavoite oli selvittää mahdollisimman monipuolisesti vanhusten ravitsemuksen arviointia hoitajien näkökulmasta sekä heidän teoretietoaan vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista. Tutkimuksessa selvitettiin minkälaisia ravitsemuksen arviointikeinoja hoitajat työssään käyttivät ja kuinka usein.

Tutkimuksen avulla haettiin myös tietoa millaista koulutusta vanhusten ravitsemuksesta hoitajilla oli ja tarvitsisivatko he omasta mielestään lisää koulutusta. Tutkimuksen tavoitteena oli, että saatujen tulosten avulla voidaan mahdollisesti kehittää hoitajien vanhusten ravitsemuksen arviointia ja tietoa siitä.

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten vanhusten ravitsemusta arvioitiin?
2. Oliko henkilökunnalla riittävästi koulutusta arvioida vanhusten ravitsemusta?
3. Millä keinoilla vanhusten ravitsemusongelmat tunnistettiin pitkäaikaisosastolla?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmä oli Vaasan kaupungin pääterveysaseman osastojen D ja H hoitohenkilökunta. Tutkimukseen osallistuivat sairaanhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat. Vakituisen henkilökunnan lisäksi tutkimukseen saivat osallistua sijaiset. Tutkimukseen osallistui 23 hoitajaa, joista 2 karsiutui puutteellisesti vastattujen kyselylomakkeiden takia.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytettiin pääosin määrällistä eli kvantitatiivista menetelmää, mutta tutkimuksessa oli myös kvalitatiivinen osuus. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen lähestymistapa ovat toisiaan täydentäviä ja niitä voidaan käyttää rinnakkain (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 136–137). Kyselylomakkeiden mukana oli saatekirje (liite 2), jossa oli ohjeita vastaamiseen ja jossa kerrottiin kuka tekee tutkimusta ja sähköpostiosoite, johon sai laittaa viestiä, jos tulisi kysymyksiä koskien kyselyä. Kyselylomakkeessa oli väittämiä, joihin tuli vastata seuraavasti: täysin samaa mieltä, samaa mieltä, en osaa sanoa, eri mieltä ja täysin eri mieltä. Kyselylomakkeen lopussa oli myös avoimia kysymyksiä, joihin vastaajat saivat vastata omin sanoin. Kyselylomakkeen alussa kysymykset 1–7 koskivat taustatietoja. Kysymykset 8–35 olivat väittämiä. Lomakkeen lopussa kysymykset 36–40 olivat avoimia.

Kvalitatiivisen osuuden kysymykset olivat avoimia ja ne analysoitiin sisällön analyysin avulla.

7.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen (liite 1) avulla. Osastoille vietiin kyselylomakkeita, joihin henkilökunta sai vastata ja palauttaa palautuskuoreen. Osastonhoitaja jakoi henkilökunnalle lomakkeet osastoilla. Osastoilla oli kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Osasto H:lle vietiin 17 kyselylomaketta, joista 12

palautui. Osasto D:lle vietiin 12 kyselylomaketta, joista 11 palautui. Yhteensä osallistujia oli 23. Tutkimusaineisto kerättiin 2011 helmi-maaliskuun aikana.

Tutkimustulokset analysoitiin Excel 2007 -ohjelman avulla. Tuloksista laskettiin frekvenssejä ja prosentteja sekä tehtiin myös erilaisia kuvioita havainnoidakseen tuloksia paremmin. Sisällönanalyysin avulla yritettiin ymmärtää avoimien kysymyksien vastausten merkitystä. Kvalitatiivisessa osuudessa oli strukturoituja väittämiä. Niiden kysymysten avulla saatiin määrällistä tietoa, jotka analysoitiin tilastoinnin avulla. Avoimiin kysymyksiin vastattiin niukasti. Osa jätti joihinkin kysymyksiin vastaamatta kokonaan.

8 TULOKSET

Kahdelle osastolle vietiin yhteensä 29 lomaketta ja 23 palautui täytettynä. Kaksi lomaketta jouduttiin hylkäämään puutteellisen vastaamisen vuoksi. Vastausprosentiksi tuli 72.

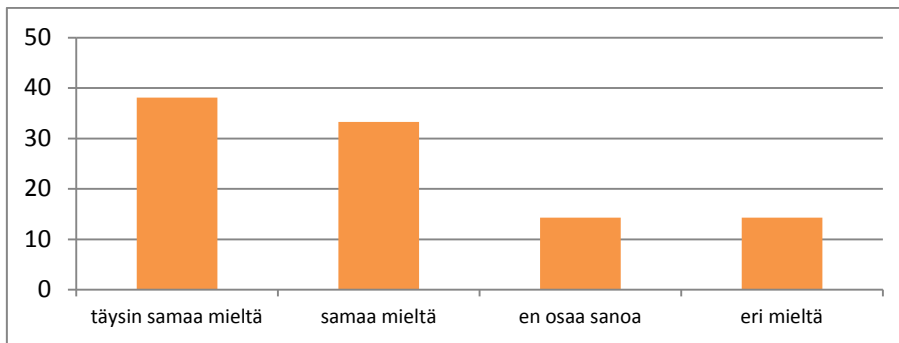
Kyselylomakkeen alussa kartoitettiin taustatietoja. Kaikki vastaajat olivat naisia ja iältään 22–63 -vuotiaita. Vastaajista 71,4 % on vakituisia ja 28,6 % sijaisia. Vastaajista lähihoitajia oli 8, sairaanhoitajia 7, terveydenhoitajia 1 ja perushoitajia 5. Vastaajien työkokemus vaihteli 1–35 vuoden välillä. Molemmilla osastoilla oli oma ruokailutila. Vanhukset söivät molemmilla osastoilla päivässä neljä ateriaa ja päiväkahvit.

Toisessa osiossa oli väittämiä, joihin oli vastausvaihtoehdot; 1 = täysin samaa mieltä, 2 = samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = eri mieltä ja 5 = täysin eri mieltä. Väittämillä selvitettiin vastaajien tietoja vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista.

Vastaajista täysin samaa mieltä oli 71,4 % siitä, että vanhusten ravitsemuksen arviointi on osa työtä. Samaa mieltä oli 23,8 % vastaajista ja eri mieltä oli vain 4,8 %. 42,9 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että huomioi pienetkin muutokset vanhuksen ravitsemuksessa ja samaa mieltä oli 47,6 % vastaajista. 4,8 % ei osannut sanoa ja 4,8 % oli eri mieltä siitä.

Täysin samaa mieltä oli 38,1 % vastaajista ja samaa mieltä 38,1 % vastaajista, että osaa arvioida vanhuksen tarvitseman ruokamäärän vuorokaudessa. 14,3 % ei osannut sanoa ja 9,5 % oli eri mieltä. Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä (52,4 %) tai täysin samaa mieltä (33,3 %) siitä, että osaston ruoka on hyvää. Vastaajista 14,3 % ei osannut sanoa, että onko osaston ruoka hyvää. Vastaajista 95,3 % oli sitä mieltä, että osaston ruoka on aina lämmintä ja vain 4,7 % eri mieltä.

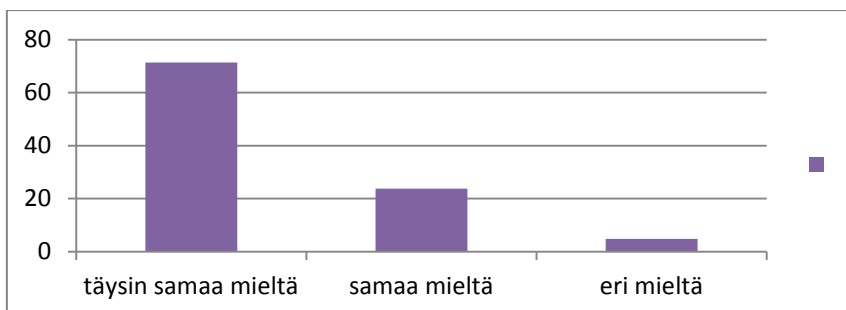
Täysin samaa mieltä tai samaa mieltä oli suurin osa vastaajista siitä, että osaston ruoka on ravitsemuksellisesti oikeaoppista, mutta 14,3 % (n=3) ei osannut sanoa ja 14,3 % (n=3) oli eri mieltä (Kuvio 1).



Kuvio 1. Hoitajien (n=21) mielipide osaston ruuan oikeaoppisuudesta. (%)

Hoitajista vain alle puolet (38,1 %) oli sitä mieltä, että osaston ruokailuhetket ovat rauhallisia ja kiireettömiä. Suurin osa hoitajista vastasi olevansa eri mieltä (33,3 %) ruokailuhetkistä ja loput eivät osanneet sanoa (28,6 %).

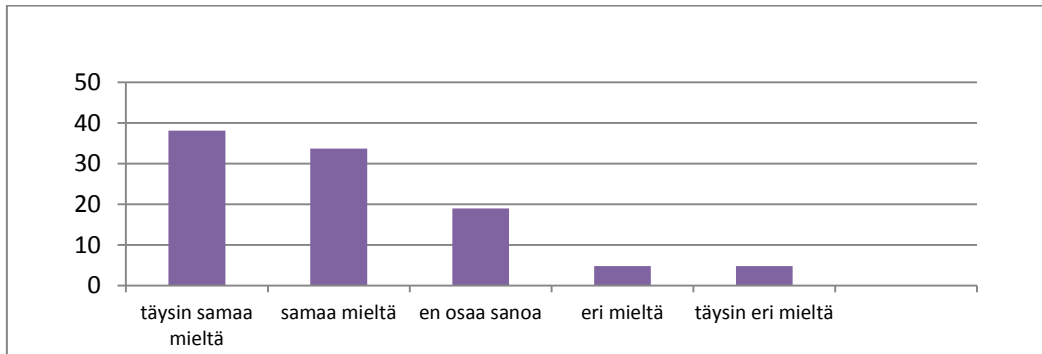
Vaihtoehtokysymyksissä mitattiin muun muassa kohderyhmän tietoja ravitsemuksesta ja sen arvioinnista. Melkein kaikki hoitajat (n=20) vastasivat, että vanhus saa hänelle sopivan rakenteista ruokaa. Ainoastaan yksi oli asiasta eri mieltä. (Kuvio 2)



Kuvio 2. Vanhus saa hänelle sopivan rakenteista ruokaa (nestemäinen, sosemainen jne.) (%)

Melkein kaikki hoitajista (90,5 %) kertoivat käyttävänsä sakeuttamisainetta nielemisongelmaisilla potilailla, ainoastaan kaksi oli asiasta eri mieltä (9,5 %). Suurin osa (95,3 %) käytti myös vanhuksilla täydennysravintovalmisteita ja vain yksi (4,7 %) oli asiasta eri mieltä. Vanhuksilla käytetään tarvittaessa kalkkivalmisteita yhteensä 81 % vastanneiden mielestä ja 14,3 % ei osannut sanoa sekä 4,8 % oli eri mieltä.

Vanhukset saivat D-vitamiinivalmisteita suurimman osan hoitajien (n=15) mielestä, joista 8 oli täysin samaa mieltä ja 7 samaa mieltä. Vain 1 oli eri mieltä ja 1 täysin eri mieltä. (Kuvio 3)



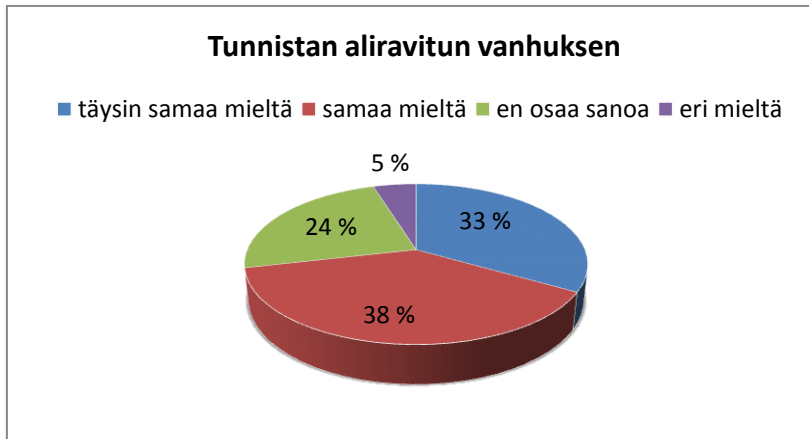
Kuvio 3. Vanhukset saavat D-vitamiinivalmisteita. (%)

Vastaajista 85,7 % oli täysin samaa mieltä ja samaa mieltä oli 9,5 % siitä, että vanhusten vatsantoiminta kirjataan. Ainoastaan täysin eri mieltä oli 4,8 % (n=1). Huomion kiinnittämisestä vanhusten nesteen saantiin oli täysin samaa mieltä 66,7 % tai samaa mieltä 28,6 %. 4,8 % oli eri mieltä asiasta (n=1).

Hoitajista oli täysin samaa mieltä 47,9 % ja samaa mieltä 38,1 % siitä, että hän hoitajana huolehtii vanhuksen suun kunnosta päivittäin. Pieni osa (9,5 %) oli eri mieltä ja saman verran ei osannut sanoa. Virheravitsemuksesta kärsivän vanhuksen tunnisti hoitajista suurin osa eli samaa mieltä oli 66,7 % (n=14), täysin samaa mieltä 9,5 % (n=2) ja 19 % (n=4) ei osannut sanoa. Yksi vastaajista oli jättänyt tämän kysymyksen tyhjäksi kokonaan (4,8 %).

Suurin osa (76,2 %) vastasi oikein kysymykseen, ettei potilaan lääkitys vaikutta ravitsemukseen. Eri mieltä oli 52,4 % (n=11) ja täysin eri mieltä oli 23,8 % (n=5). Vastausta eivät osanneet sanoa 9,5 % (n=2). Väärin vastasivat ainoastaan muutama hoitaja olemalla täysin samaa mieltä 4,8 % (n=1) ja samaa mieltä 9,5 % (n=2) asiasta.

Aliravitun vanhuksen tunnisti mielestään suurin osa hoitajista, vastaamalla täysin samaa mieltä 33,3 % (n=7) tai samaa mieltä 38,1 % (n=8). 23,8 % ei osannut sanoa ja ainoastaan 4,8 % (n=1) oli eri mieltä. (kuvio 4)

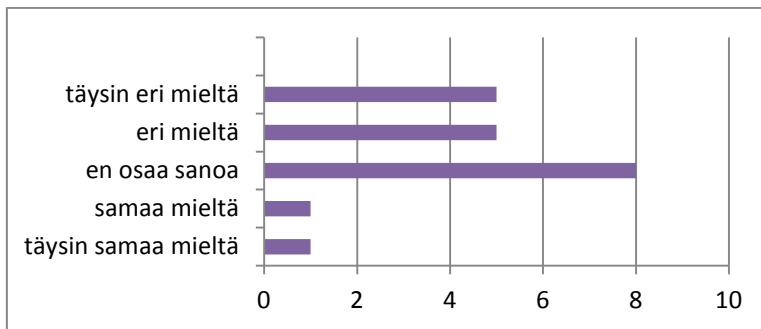


Kuvio 4. Hoitajien (n=21) aliravitun vanhuksen tunnistaminen. (%)

Hoitajista melkein kaikki (85,7 %) vastasivat oikein väittämään, ettei dementia vaikuta vanhusten ravitsemukseen. Eri mieltä olivat 28,6 % (n=6) ja täysin eri mieltä 57,1 % (n=12). Väärin vastasivat ainoastaan 14,3 % (n=3) olemalla asiasta samaa mieltä. Väittämään, että laboratoriokokeiden (Hb, albumiini ja lymfosyytit) tuloksista näkee muutokset ravitsemuksessa vastasi vähän yli puolet hoitajista oikein olemalla täysin samaa mieltä (23,8 %) ja samaa mieltä (28,6 %). 33,3 % ei osannut sanoa ja eri mieltä oli 14,3 %.

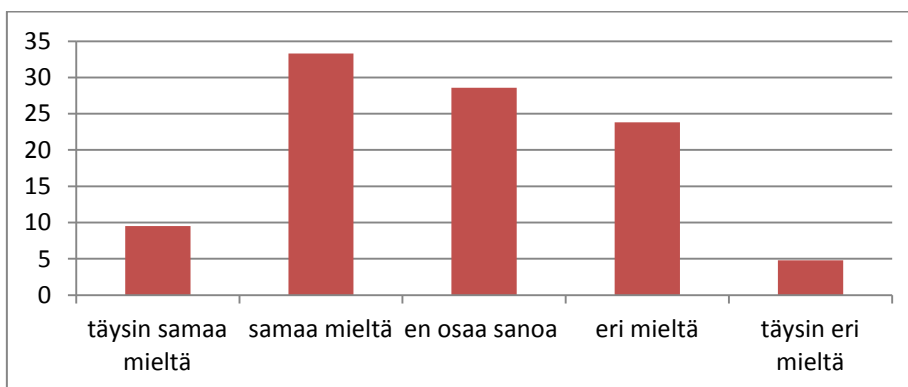
Painehaavat voivat johtua aliravitsemuksesta väittämään suurin osa vastasivat oikein olemalla täysin samaa mieltä 42,9 % (n=9) tai 47,6 % (n=10) samaa mieltä. Ainoastaan yksi vastaaja ei osannut sanoa ja yksi oli eri mieltä. Suurin osa hoitajista (85,7 %) ei käyttänyt työssään tarpeen mukaan MNA-testiä. Väittämä oli, että käytän MNA-testiä työssäni tarpeen mukaan. Asiasta eri mieltä oli 23,8 % (n=5) tai täysin eri mieltä 23,8 % (n=5). 38,1 % ei osannut sanoa. Vain 9,6 % vastasi täysin samaa mieltä (n=1) tai samaa mieltä (n=1). Yksi hoitaja jätti vastaamatta kysymykseen kokonaan. (Kuvio 5)

Vain muutama hoitaja oli täysin samaa mieltä 4,8 % (n=1) tai samaa mieltä 4,8 % (n=1) siitä, että MNA-testiä on helppo käyttää. Suurin osa 66,7 % (n=14) vastasi, ettei osaa sanoa. Eri mieltä oli 9,5 % (n=2) ja täysin eri mieltä saman verran. Jälleen yksi hoitaja jätti vastaamatta kysymykseen.



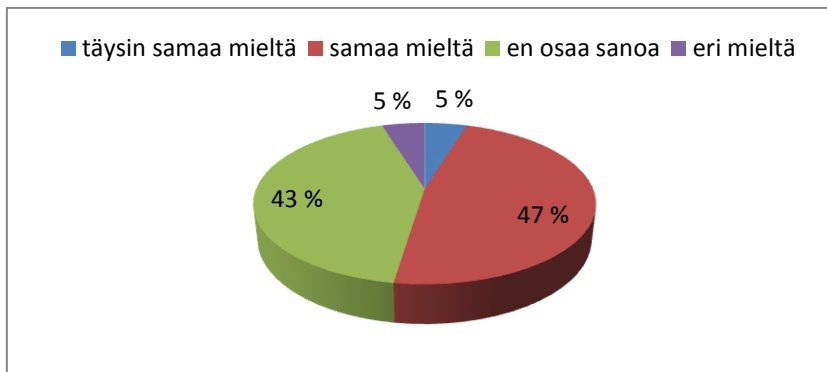
Kuvio 5. Hoitajien (n=20) MNA-testin käyttö työssä tarpeen mukaan.

Vanhuksen ravitsemuksen otti huomioon kirjaamisessa 57,1 % (n=12) vastaamalla täysin samaa mieltä tai samaa mieltä 33,3 % (n=7). 4,8 % (n=1) ei osannut sanoa ja saman verran oli asiasta eri mieltä. Täysin samaa mieltä 9,5 % (n=2) tai samaa mieltä 33,3 % (n=7) oltiin siitä, että työnantaja tarjoaa riittävästi koulutusta ravitsemuksesta. 28,6 % (n=6) ei osannut sanoa ja eri mieltä oli 23,8 % (n=5). Ainoastaan 4,8 % (n=1) oli täysin eri mieltä.



Kuvio 6. Hoitajien (n=21) mielipide siitä, että työnantaja tarjoaa riittävästi koulutusta. (%)

Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä (47,6 %) tai ei osannut sanoa (38,1 %), että onko heillä riittävästi tietoa ravitsemuksesta. Asiasta oli täysin samaa mieltä vain yksi vastaaja (4,8 %) ja samoin täysin eri mieltä yksi vastaaja. Yksi hoitaja oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. (kuvio 7) Melkein kaikki hoitajat punnitsivat vanhuksen säännöllisesti. Täysin samaa mieltä asiasta oli 9,5 % ja samaa mieltä 52,4 %. Kysymykseen ei osannut sanoa 23,8 % ja 14,3 % oli asiasta eri mieltä.



Kuvio 7. Hoitajien (n=20) mielipide, että oliko heillä tarpeeksi tietoa ravitsemuksen arvioinnista. (%)

Täysin samaa mieltä oli 4,8 % (n=1) tai samaa mieltä vain 9,5 % (n=2) hoitajista, että vanhuksilla oli valinnan mahdollisuus pääaterioilla. Asiasta eri mieltä oli 57,1 % (n=12) ja täysin eri mieltä 28,6 % (n=6).

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin miten toimitaan, jos vanhus ei suostu syömään. Kaikki (n=21) hoitajat vastasivat kysymykseen. 47,6 % kertoi antavansa vaihtoehtoja vanhukselle ja käyttävänsä suostuttelua. Noin neljäsosa 28,6 % vastasi, että tärkeää on ruokailutilanteen rauhallisuus ja uudelleen yrittäminen. Monet hoitajat (51 %) painottivat ettei vanhusta saa pakottaa syömään. 23,8 % hoitajista mainitsi myös kirjaamisen tärkeyden.

”Yritän myöhemmin uudestaan, en pakota. Yritän rauhoittaa ruokailutilanteen.”

”Yritän houkutella häntä syömään edes osan, mutta ketään ei voi pakottaa.”

Toisessa avoimessa kysymyksessä tiedusteltiin mitä menetelmiä hoitohenkilökunta käyttää osastolla ravitsemuksen arvioinnissa. Viisi hoitajista jätti vastaamatta kysymykseen. Suurin osa (62,5 %) mainitsi punnituksen. Muita esille nousseita keinoja olivat verikokeet, nestelista, oma arviointi ja kirjaaminen.

”Potilasraportti, vaaka ja silmämääräisesti.”

”Paino, yleisilme, labrat ja nestelista”

Seuraavaksi kysyttiin kuinka monessa ravitsemusta koskevassa koulutuksessa vastaaja oli ollut vuoden 2010 aikana ja mitä uutta hän oppi koulutuksessa. Yhdeksän hoitajaa jätti vastaamatta kysymykseen. Viisi vastasi, ettei ole ollut yhdessäkään koulutuksessa. Yhdessä koulutuksessa oli ollut kuusi vastaajaa. Ainoastaan yksi vastaaja oli ollut kahdessa ravitsemuskoulutuksessa. Neljä vastaajaa mainitsi oppineensa jotain uutta.

”Kerran, en oppinut mitään uutta.”

”Kerran. MNA-testin käytöstä ja lisäravinteiden annosta.”

Kolme muuta vastaajaa oli ollut myös lisäravinteita koskevassa koulutuksessa. Ainoastaan kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen siitä, että mitkä oireet tai piirteet vanhuksessa kertovat aliravitsemuksesta. Vastauksissa nousi paljon eri merkkejä vanhuksessa, jotka kertovat aliravitsemuksesta kuten kalpeus, väsymys, laihtuminen, vatsavaivat, laboratoriontulokset, painehaavat ja yleistilan lasku.

”Laihtuminen, heikentynyt vointi ja kasvopiirteet terävöityvät.”

”Väsymys, kalpeus, heikotus ja laihtuminen”

Viimeisessä kysymyksessä vastaajilta kartoitettiin, että mistä muualta he olivat saaneet tietoa vanhusten ravitsemuksesta. Viisi kertoi saaneensa tietoa ravitsemusterapeutilta, kuusi lehdistä, kolme Internetistä ja kolme koulutuksesta. Neljä jätti vastaamatta tähän avoimeen kysymykseen.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten pohdinta

Tutkimustuloksista selvisi, että suurimmalla osalla hoitajista oli tarpeeksi tietoa vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista, koska he vastasivat oikein väittämiin. Kuitenkin kun kysyttiin onko heillä omasta mielestään tarpeeksi tietoa vanhusten ravitsemuksen arvioinnista, melkein kaikki olivat eri mieltä. Kun on kyse niin tärkeästä asiasta kuin vanhusten ravitsemus ja sen arviointi, ei riitä, että suurimmalla osalla on tarpeeksi tietoa vaan se pitäisi olla kaikilla hoitajilla.

Tuloksista kävi ilmi myös, että osastojen ruokailuhetket eivät ole rauhallisia. Tähän pitäisi saada muutos, koska ruokailuhetken kiireellisyys vaikuttaa paljon vanhuksiin ja heidän ruokahaluihinsa, varsinkin kun moni vanhus vaatii paljon aikaa syödessään. Samoin selvisi tuloksista, että suurimman osan mielestä vanhuksilla ei ole valinnan mahdollisuutta pääaterioilla. Vanhuksilla tulisi olla mahdollisuus valita. Useimmilla muillakaan osastoilla ei varmasti ole tätä mahdollisuutta ole, mutta siinä on kehittämisen aihetta.

MNA-testiä käytti työssään tarpeen mukaan vain kaksi hoitajaa ja sen käyttö oli vierasta suurimmalle osalle. Kaikkien hoitajien tulisi käyttää MNA-testiä säännöllisesti työssään, koska se on tärkeä osa vanhusten ravitsemuksen arviointia. Pelkkä punnitus säännöllisesti ei riitä arvioimaan vanhusten ravitsemusta, koska se ei kerro kaikkea vanhuksen ravitsemuksellisesta tilanteesta.

Tutkimustuloksista selvisi myös, että suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että työnantaja ei tarjoa tarpeeksi koulutusta ravitsemuksen arvioinnista. Työntekijöiden koulutus on työnantajan vastuulla. Etenkin MNA-testiä koskeva koulutus olisi aiheellinen. Peruskoulutuksessa käydään ainakin ammattikorkeakoulussa todella vähän läpi vanhusten ravitsemusta ja sen arviointia. Tutkija tutustui itse MNA-testiin vasta tätä tutkimusta tehdessään. Lisää tietoa tarvitaan siis työnantajan kautta. Koulutkin voisivat toki panostaa lisää tähän asiaan ja vaikka järjestää kokonaisen opintokokonaisuuden vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista.

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta varten oli haettu tarvittavat luvat. Kyselylomakkeisiin vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen tapahtui nimettömänä eikä vastaajan henkilöllisyyttä saanut selville missään vaiheessa. Kyselylomakkeet palautettiin osastolla olevaan kirjekuoreen. Tutkimusaineistoa on käsitelty luottamuksellisesti. Kyselylomakkeet tuhottiin heti vastausten analysoinnin jälkeen.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimukseen otettiin mukaan Vaasan pääterveysaseman 2 osastoa. Jos olisi otettu esimerkiksi jonkun muun kaupungin terveysaseman osastoja mukaan lisäksi, olisi saatu laajempaa tietoa vanhusten ravitsemuksen arvioinnista. Tämä olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuslomakkeet esitettiin neljällä hoitajalla ennen osastoille vientiä. Esitestauksesta ei tullut korjausehdotuksia. Vastausprosentiksi tuli 72, joten tutkimusta voidaan pitää luotettavana. Hiukan kuitenkin luotettavuutta heikentää, että avoimien kysymysten vastaukset olivat niukkoja. Lisäksi luotettavuutta heikentää tutkijan kokemattomuus tutkimuksen teossa ja tulosten analysoinnissa.

Tutkimuksen teoriaa varten lähteitä haettiin tietokannoista ja kirjastoista. Lähteinä käytettiin vain alle 10 vuotta vanhoja kirjoja tai tutkimuksia, mikä lisää luotettavuutta.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tutkimustuloksista voidaan tehdä useita johtopäätöksiä. Hoitajat tarvitsevat lisää koulutusta vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista. Varsinkin lisää koulutusta tarvittaisiin MNA-testin käytöstä vanhusten ravitsemuksen arvioinnissa. Tuloksista voidaan tehdä myös johtopäätös, että vanhuksilla ei ole valinnan mahdollisuutta pääaterioilla eivätkä ruokailuhetket ole rauhallisia.

Jatkotutkimuksena voisi tehdä osastoille vanhusten ravitsemuksesta ja sen arvioinnista oppaan, joka olisi tiivis tietopaketti. Se olisi aina hoitajien tukena ja siitä voisi tarkistaa ongelmien ilmetessä asiat.

Lisäksi jatkotutkimuksen voisi tehdä vanhusten ravitsemuksen arvioinnista avopuolella: kuinka kotisairaanhoidajat ja kotipalvelunhenkilökunta arvioivat vanhusten ravitsemusta ja millainen tietopohja heillä on siitä. Olisi mielenkiintoista verrata niitä tuloksia tämän tutkimuksen tuloksiin.

LÄHTEET

Aro Antti & Mutanen Marja & Uusitupa Matti (2010). 2.-4. painos. Ravitsemustiede. Porvoo. WS Bookwell Oy

Hartikainen Sirpa & Lönnroos Eija (2008). Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki. Edita.

Heikkinen Eino & Rantanen Taina (2003) Gerontologia. Tampere. Duodecim.

Hirsjärvi Sirkka & Remes Pirkko & Sajavaara Paula (2009). 15. painos. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Tammi.

Ravitsemusterapeutin yhdistys r.y. (2006). Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot, opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Ravitsemusterapeutin yhdistys.

Soini Helena & Juntunen Sirpa & Routasalo Pirkko & Sandelin Eeva & Savikko Niina & Suominen Merja & Suur-Uski Irmeli & Virtaniemi Sirkka & Pitkälä Kaisu (2003). Pitkäaikaispotilaiden ravitsemustila.

Suominen Merja (2007). Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. (Siteerattu 23.03.2011) . Saatavana internetistä:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20785/nutritio.pdf?sequence=1>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010). Ravitsemussuosituksen ikääntyneille. Helsinki. Edita oy.

KYSYMYSLOMAKE**Taustakysymykset**

1. Ikä: -----vuotta
2. Sukupuoli: -----
3. Koulutus: -----
4. Työkokemus: -----vuotta
5. Työsuhde: -----
6. Kuinka monta ateriaa vanhukset syövät päivässä?

7. Osastolla on oma ruokailutila.

1. kyllä
2. ei

Vanhusten ravitsemus:

Ympyröi seuraavissa väittämissä mielestäsi oikea vaihtoehto.

	täysin mieltä	samaa mieltä	en osaa sanoa	eri mieltä	täysin eri mieltä
8. Vanhusten ravitsemuksen arviointi on osa työtäni.	1	2	3	4	5
9. Huomioin pienetkin muutokset potilaan ravitsemustilassa.	1	2	3	4	5
10. Osaan arvioida potilaan tarvitseman ruokamäärän vuorokaudessa.	1	2	3	4	5
11. Osaston ruoka on hyvää.	1	2	3	4	5
12. Ruoka on aina lämmintä.	1	2	3	4	5
13. Ruoka on ravitsemuksellisesti oikeaoppista.	1	2	3	4	5

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	en osaa sanoa	eri mieltä	täysin eri mieltä
14. Ruokailuhetket osastolla ovat rauhallisia ja kiireettömiä.	1	2	3	4	5
15. Vanhus saa hänelle sopivan rakenteista ruokaa (nestemäinen, sosemainen jne.)	1	2	3	4	5
16. Käytän sakeuttamisainetta nielemisongelmaisilla potilailla muuttaakseni ruuan rakennetta.	1	2	3	4	5
17. Vanhuksilla käytetään tarvittaessa täydennysravintovalmisteita (Nutrison, Semper jne.)	1	2	3	4	5
18. Vanhukset saavat tarvittaessa kalkkivalmisteita.	1	2	3	4	5
19. Vanhukset saavat D-vitamiini-valmisteita.	1	2	3	4	5
20. Vanhusten vatsantoiminta kirjataan.	1	2	3	4	5
21. Kiinnitän huomiota vanhuksen nesteen saantiin.	1	2	3	4	5

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	en osaa sanoa	eri mieltä	täysin eri mieltä
	1	2	3	4	5
22. Huolehdin vanhuksen suun kunnosta päivittäin.	1	2	3	4	5
23. Tunnistan potilaan, joka kärsii virheravitsemuksesta	1	2	3	4	5
24. Potilaan lääkitys ei vaikuta ravitsemukseen.	1	2	3	4	5
25. Tunnistan aliravitun vanhuksen.	1	2	3	4	5
26. Dementia ei vaikuta ravitsemukseen.	1	2	3	4	5
27. Laboratoriokokeiden tuloksista kuten Hb, albumiini ja lymfosyytit näkee muutokset ravitsemuksessa.	1	2	3	4	5
28. Painehaavat voivat johtua aliravitsemuksesta.	1	2	3	4	5
29. Käytän MNA- testiä tarpeen mukaan työssäni.	1	2	3	4	5
30. MNA-testiä on helppo käyttää.	1	2	3	4	5
31. Otan tarpeen mukaan vanhuksen ravitsemuksen huomioon kirjaamisessa.	1	2	3	4	5

37. Mitä menetelmiä käytät osastolla ravitsemuksen arvioinnissa?

38. Kuinka monessa ravitsemusta koskevassa koulutuksessa olet ollut vuonna 2010? Mitä uutta opit?

39. Mitkä oireet tai piirteet vanhuksessa kertovat aliravitsemuksesta?

40. Mistä muualta olet saanut tietoa vanhusten ravitsemuksesta?

Kiitos osallistumisesta!

Hei.

Olen Eeva-Kaisa Hannelin ja opiskelen neljättä vuotta terveydenhoitajaksi Vaasan ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyön vanhusten ravitsemustilan arvioinnista. Haluan tutkia miten pitkäaikaissairaanhoidossa olevien vanhusten ravitsemustilaa arvioidaan ja hoidetaan.

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat pitkäaikaissairaanhoidonhoitajat. Kysymyslomakkeet ovat nimettömiä, eikä niistä selviä täyttäjän henkilöllisyys. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Vastaa kysymyslomakkeisiin omaa työtäsi ajatellen. Kirjoita vastaus sille annettuun tilaan tai ympyröi sinua parhaiten kuvaava vaihtoehto. Minulle voi soittaa tai laittaa tekstiviestin, jos tulee kysymyksiä liittyen kyselyyn. Täytetyt kyselyt palautetaan osastolla olevaan palautuskuoreen kahden viikon kuluessa.

Kiittäen!

Eeva-Kaisa Hannelin