

IKÄÄNTYNEIDEN ALIRAVITSEMUKSEN TUNNISTAMIS- JA
ARVIOINTILOMAKKEEN LUOTETTAVUUDEN TESTAUS

Husso Teija ja Koponen Tarja

Opinnäytetyö, kevät 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Husso Teija ja Koponen Tarja. Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuuden testaus. Oulu 2011. Opinnäytetyö. 39 sivua, 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Oulun toimipaikka. Sairaanhoitajan koulutusohjelma (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida aikaisemmin Diakonia-ammattikorkeakoulussa tuotetun ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa lomakkeen luotettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyön tutkimusyhteisöinä toimivat Haukiputaan ja Kempeleen terveyskeskussairaalan vuodeosastot. Aineisto kerättiin yhteensä 176 ateriakerralta henkilökunta- ja asiantuntijasairaanhoitaja- kyselynä keväällä 2011. Aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ohjelmaa käyttäen. Tulokset esitetään prosentteina ja kuvioina.

Opinnäytetyön tulosten mukaan, ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake on luotettava ja käyttökelpoinen. Lomakkeella voidaan arvioida ja tunnistaa helposti potilaan ravitsemustila ja tarvittaessa suunnata ennaltaehkäisevät hoitotoimenpiteet. Lomakkeeseen tuli lisätä perussairaudet, ateriakoko ja prosenttivaihtoehtoja.

Opinnäytetyön jatkotutkimushaasteena on viedä lomake käytäntöön ja arvioida sitä suuremmissa potilasryhmässä. Lomake koettiin luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi arvioimaan ikääntyneiden ravitsemustilaa. Lomake on käyttökelpoinen ja nopea väline käytännön hoitotyössä.

Avainsanat: hoitotyö, ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistaminen ja arviointi, mittarin validiteetti.

ABSTRACT

Husso Teija and Koponen Tarja. Identification and assessment of elderly people's malnutrition meter validity test. Oulu 2011. Thesis. 39 pages of 4 appendices. Diaconia University of Applied Sciences, Oulu unit. Degree programme in Nursing. Language: Finnish.

The purpose of this study was to assess if the form that can be used to identify the patients at risk of malnutrition was reliable. This form had been earlier produced in Diaconia University of Applied Sciences.

The thesis is based on a quantitative research method. The research communities were Haukipudas and Kempele Health Centre hospital wards. The research data was collected at 176 mealtimes from staff and professionals by a questionnaire in spring 2011. The material was analysed with SPSS (Statistical Package for Social Sciences). The results are presented as percentages and graphs.

The result of this study indicates that personnel experienced the identification and assessment in elderly people's malnutrition as reliable and useful in estimating the patient's food quantity and nutritional value. This form can estimate and identify easily the patient's nutrition if necessary and direct prevention measures in advance. This form did include basic diseases, meal sizes and percent alternatives.

Further studies should put the form into practice and assess it in a bigger patient group. The form was experienced as reliable and usable to assess elderly people's nutrition. The form is a usable and quick instrument in practical nursing.

Keywords: nursing, identification of elderly people's malnutrition, meter validity

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 IKÄÄNTYNEIDEN ALIRAVITSEMUKSEN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI HOITOTYÖSSÄ.....	6
2.1 Ikääntyneiden aliravitseminen.....	6
2.3 Ravitsemuksen arvioinnissa käytettyjen mittareiden luotettavuus	9
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	12
3.1 Mittarin validiteetti.....	13
3.2 Sisältövaliditeetti.....	13
3.2.1 Face-validity- asiantuntija-arvio	13
3.3 Mittarin reliabiliteetti	14
4 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI.....	15
4.1 Aineisto ja aineiston keruu.....	15
4.2 Aineiston analysointi.....	16
5 OPINNÄYTEYÖN TULOKSET.....	18
5.1 Vastaajien taustatiedot	18
5.2 Henkilökunnan näkemys lomakkeesta.....	20
6 POHDINTA	23
6.1 Johtopäätökset.....	24
6.2 Luotettavuus.....	25
6.3 Eettisyys	26
6.4 Jatkotutkimushaasteet	27
LÄHTEET.....	29

LIITE 1: Saatekirje henkilökunnalle

LIITE 2: Kyselylomake henkilökunnalle aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen käyttökelpoisuudesta

LIITE 3: Asiantuntijalausunto aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuudesta sairaanhoitajille

LIITE 4: Alkuperäinen ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake

LIITE 5: Muokattu alkuperäisestä ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden hyvä ravitseminen on elämänlaadun ja terveyden perusta. Monipuolinen ja laadukas ravinto on tärkeä osa ikääntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Ikääntyneiden hoidossa vajaaravitsemuksen hoito ja ennaltaehkäiseminen on tärkeää. Useimmat tutkimukset ovat osoittaneet, että edelleen vanhainkodeissa ja sairaaloissa, jopa lähes 60 prosenttia kärsii virhe tai aliravitsemuksesta ja 40–90 prosentilla oli kasvanut riski virheravitsemukselle. (Suominen 2007; Muurinen, Peiponen, Pitkälä, Soini, Suur-Uski 2003; Juntunen, Pitkälä ym., 2004.)

Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta on antanut suosituksen vuonna 2010, jossa kehoitetaan kaikkia ikääntyneiden hoitoon osallistuvia seuraamaan ikääntyneen ravitsemustilaa säännöllisesti, sekä tarvittaessa arvioimaan syödyn ruoan määrää, käyttäen apuna siihen kehiteltyjä mittareita. (Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva, Soini, Suominen 2010, 9.) Riittävän ajoissa luotettavan mittarin avulla voidaan tunnistaa ja arvioida ravitsemushäiriön uhkaa. Henkilökunta voi suunnata ennaltaehkäisevät toimenpiteet aliravitsemusvaarassa oleviin potilaisiin. Hoitotyössä vanhusten aliravitsemuksen ehkäiseminen on tärkeää, koska aliravitsemuksen korjaaminen on vaikeaa (Soini 2008,197).

Ikääntyneiden hyvällä ravitsemuksen arviointi- tai seulontamenetelmällä tunnistetaan vajaaravitsemusriskissä olevat potilaat. Hyvä arviointimenetelmä on työelämälähtöinen, helppo ja nopeakäyttöinen. Hyvä ravitsemuksen arviointimenetelmä sopii myös eri henkilöstöryhmien käyttöön. Useimmissa ikääntyneitä hoitavissa hoitolaitoksissa ei ole käytössä mittaria, jolla voitaisiin mitata ikääntyneiden potilaiden päivittäistä syödyn ruoan määrää.

Tämä opinnäytetyö on jatkoa Kauppilan ja Kukan opinnäytetyölle ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistaminen ja arviointi. Opinnäytetyönä he tekivät tuotteen, jonka avulla voidaan tunnistaa ja arvioida ikääntyneiden aliravitsemustilaa käytännön hoitotyössä.

Tässä opinnäytetyössä arvioidaan tuotetun mittarin ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta kahdessa terveyskeskussairaalassa.

2 IKÄÄNTYNEIDEN ALIRAVITSEMUKSEN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI HOITOTYÖSSÄ

2.1 Ikääntyneiden aliravitsemus

Aliravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa proteiinin ja energian saanti on riittämätöntä. Virheravitsemuksella tarkoitetaan riittämätöntä energian, proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia tai liiallista energian saantia, joka voi johtaa ravintoaineiden saannin epätasapainoon (Lönnroos, Tuovinen 2008, 223).

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan ikääntyneellä tarkoitetaan yli 75-vuotiaita. Iäkkään ihmisen energian kulutus, ravinnon saanti, sekä syöminen pienenevät tavallisesti noin 70–80 vuoden iässä. (Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva, Soini, Suominen 2010, 21.) Ikääntymisen myötä riski aliravitsemukselle lisääntyy. Vanhusväestössä tehty Seneca-tutkimus on pitkä 12 Euroopan maan ravitsemuksen seurantatutkimus. Siinä on todettu, että ikääntyneiden energian saanti vähenee 80 ikävuoteen mennessä muun muassa fysiologisten muutosten seurauksena. (Muurinen Pitkälä, Soini, Strandberg, Suominen 2005.)

Vanhenemiseen liittyy monia fysiologisia muutoksia sekä psykologisia ja sosiaalisia ongelmia, jotka voivat heikentää ravitsemustilaa. Fysiologisista muutoksista, perusaineenvaihdunta hidastuu lihasmassan ja lihassäikeiden lukumäärän vähenemisen vuoksi. Vastaavasti rasvakudoksen suhteellinen osuus kasvaa. Nämä muutokset johtavat lihasvoiman heikentymiseen ja fyysisen aktiivisuuden vähentymiseen. Rasvakudoksen lisääntyminen ja lihaskudoksen vähentyminen vaikuttavat insuliiniresistenssiin liittyvään glukoosiaineenvaihduntaan heikentäen sitä. (Pitkälä, Suominen 2010, 350.)

Ikääntyneillä myös elimistön vesipitoisuus ja solunsisäiset elektrolyyttivarastot vähenevät, mikä lisää taipumusta neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöille. Ikääntyminen muuttaa hypotalaamisten säätelykeskusten toimintaa altistaen ne herkästi häiriöille. Hypotalaamisten säätelykeskusten häiriö vaikuttaa nälän ja janon tunteen vaimenemiseen. Ruokahaluun vaikuttavat maku- ja hajuaistin muutokset, sekä suun kuivuminen ja hampaiston muutokset. (Pitkälä, Suominen 2010, 351).

Psykologisista tekijöistä masennus, dementia, harhaisuus ja alkoholismi vaikuttavat ikääntyvien heikentyneeseen ravitsemustilaan. Ravitsemustilan häiriöille altistavia sosiaalisia syitä, ovat esimerkiksi köyhyys, yksinäisyys, leskeytyminen, sosiaalinen eristäytyminen, riippuvuus muiden avusta, yksipuolinen ruokavalio, liikkumisvaikeudet sekä toimintakyvyn heikkeneminen. Sosiaaliset syyt vaikuttavat myös ruoan hankintaan. (Pitkälä, Suominen 2010, 352).

Ikääntyneillä yleisen terveydentilan heikkoudella tarkoitetaan hauraus- raihnausoireyhtymää. Heikkoa terveydentilaa ei pystytä suoraan liittämään tiettyyn sairauteen. Hauraus- raihnausoireyhtymän diagnosointi perustuu yhdysvaltalaisen The Women's Health and Aging Studyn kriteeristöön. Kriteeristöön kuuluu viisi osatekijää: 1. tahaton laihtuminen. 2. subjektiivinen uupumus. 3. vähäinen fyysinen aktiivisuus. 4. hitaus ja 5. heikkous. Kolmen edellä mainitun osatekijän toteutuminen merkitsee HRO:ta. Yhden tai kahden osatekijän toteutuminen merkitsee HRO:n esiastetta. (Pitkälä, Rantanen, Strandberg, Viitanen 2006, 1495, 1497.)

Ikääntyneillä aliravitsemuksesta seuraa ruokahalun heikkenemistä, ateriakoon pienenemistä ja mielialan laskua. Lihakset heikkenevät, mikä vaikuttaa sydämen ja keuhkojen toimintaa alentavasti. Liikkuminen vähenee johtuen lihaskadon kiihtymisen aiheuttamasta lihaskudoksen vähenemisestä. Aliravitsemus lisää infektioherkkyyttä, sekä tehostetun hoidon tarvetta. Aliravitsemus heikentää hoidon tehoa, mistä seuraa sairaalassaoloaikojen pitenemistä ja kustannusten kasvua. (Suominen 2007, 187.) Vajaaravitsemus voi lisäksi muuttaa lääkaineiden tehoa, vaikuttamalla niiden imeytymiseen ja jakautumiseen elimistössä. (Mikkonen, Nuutinen, Peltola, Sarlio-Lähteenkorva, Siljamäki-Ojansuu, Silaste, Uotila 2010, 24).

Ravitsemustilan arvioinnin perustana ovat esitiedot, joissa ilmenee sairaudet, ja niiden hoito, sekä syömiseen vaikuttavat tekijät. Ravitsemustilaan vaikuttavat lääkitykset, leikkaukset, sädehoito, sekä toimintakyky ja sen muutokset. Ravinnonsaantia heikentävät syömisongelmat, ruokahaluttomuus, oksentelu, ripuli, ja nielemisvaikeudet. (Mikkonen, ym. 2010, 30.)

2.2 Aliravitsemuksen tunnistaminen ja arviointi

Varhainen aliravitsemuksen tunnistaminen ja arviointi on tärkeää terveydenedistämisen näkökulmasta. Terveyttä edistävä toiminta ja hoitotyö edistävät iäkkään potilaan omaa elämänhallintaa, sekä lisäävät fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Vertio, 2003. 29.)

Ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvät erityispiirteet asettavat hoitotyön tarpeen määrittelylle erityisiä tavoitteita. Vanhusten ravitsemuksen tavoitteita ovat hyvä ravitsemustila, riittävät ravintoainevarastot, toimintakyvyn edistäminen ja ylläpito sekä hyvä elämänlaatu. Muutettaessa vanhusten ruokavaliota energian tarpeen mukaan tavoitteet jaetaan pieniksi osiksi, jotka ovat käytännöllisiä, selkeitä ja realistisia toteuttaa. Tavoitteista sovitaan yhdessä vanhuksen kanssa. Ateriakoko on tärkeää huomioida tavoitteita asettaessa. Vanhusten hoitotyön näkökulmasta ravintoainevarastot ovat tärkeitä stressi- ja sairaustilanteiden varalta, koska sairauksista toipuminen on nopeampaa. (Suominen, 2006, 50–51.)

Vanhusten aliravitsemuksen tunnistaminen on vaikeaa, koska ei ole yksittäistä herkästi tilaa toteavaa laboratoriotutkimusta. Aliravitsemustilan edetessä seerumin albumiini, veren hemoglobiini ja lymfosyyttien arvot pienenevät. Vanhuksilla antropometriset mittaukset eli pituus, paino ja painoindeksi, eivät anna tarkkaa kuvaa ravitsemustilasta. Triceps-ihopoimu mittauksen ja olkavarren ympärysmittauksen tulokset eivät ole aina luotettavia, koska vanhuksella saattaa olla runsaasta rasvakudoksesta huolimatta lihas-katoa ja aliravitsemustila. Vanhuksilla aliravitsemuksen merkki on aina pienipainoisuus, pieni painoindeksi, ja nopea laihtuminen. (Mäkelä, Pitkälä 2000.)

Painon seuranta, painoindeksi sekä olkavarsi- ja ihopoimumittaus ovat tapoja seurata ikääntyneiden ravitsemustilaa. Olkavarren ympärysmittauksen avulla voidaan lihasympärysmittauksen perusteella laskea lihaspinta-ala, joka kuvaa lihasmassaa. Ympärysmittauksista käytetään ravitsemustilan seurannassa ja arvioimisessa. Ympärysmittaukset voidaan tehdä lisäksi reidestä ja pohkeesta. (Fagelholm, Uusitupa 2005, 279.)

Lisäksi ravitsemustilaa tutkiessa kiinnitetään huomiota erityisesti ihoon, hiuksiin, kynsiin, limakalvoihin sekä elinten toimintaan. Kuiva ja hilseilevä iho, halkeilevat suupielet, sekä suun limakalvomutokset voivat olla oireita ravitsemuksen puutoksesta. (Fagelholm, Uusitupa 2005, 276, 292.)

Säännöllinen painon seuranta on yksinkertaisin tapa seurata ravitsemustilaa. Ravitsemustilan seurannassa painon muutokset ovat tärkeämpiä kuin yksittäiset painon mittaukset tai normaalipainon selvittäminen. Viimeisimpien tutkimusten mukaan ikääntyneille suositeltava painoindeksi on 24-29kg/m. (Finne-Soveri ym. 2010, 30.)

Ikääntyneillä energia määrän tarvetta voidaan arvioida seuraavasti. Perusaineenvaihdunta on 20 kcal painokiloa kohti. Vuodepotilas tarvitsee energiaa perusaineenvaihdunta + 30 prosenttia enemmän eli 26 kcal/paino kiloa kohti. Liikkeellä oleva, itse ruokaileva tarvitsee perusaineenvaihdunta + 50 prosenttia, joka on 30 kcal/paino kiloa kohti. Sairaudesta toipuva tai levoton, sekä paljon liikkuva tarvitsee energiaa 36 kcal/painokiloa kohti. (Finne-Soveri ym. 2010,18.) Aterioiden energiasisältömäärä jakautuu eri aterioilla seuraavasti: Aamupala on 15–20 prosenttia, lounas on 25–30 prosenttia, välipala 10–15 prosenttia, päivällinen 25–30 prosenttia ja iltapala 10–20 prosenttia päivän energiansaannista. (Mikkonen ym. 2010, 66.)

2.3 Ravitsemuksen arvioinnissa käytettyjen mittareiden luotettavuus

Hoitotyössä on keskeistä osata valita, käyttää ja soveltaa luotettavia mittareita ikääntyneiden ja vanhusten ravitsemushäiriöiden tunnistamiseen. Hyvän laadun perustana on tutkimustieto käytössä olevien ravitsemustilan arviointiin tarkoitettujen mittareiden vaikuttavuudesta (Autti-Räimö, Halila 2007, 116).

Arvioitaessa aikaisempia menetelmiä arvioidaan ensin tutkimuksen luotettavuus. Jos menetelmä on luotettava, katsotaan tulokset, tarkkuus sekä niiden merkitys potilaille. Lopuksi arvioidaan menetelmän soveltuvuutta omaan työympäristöön. (Kaila, Kuoppala, Mäkelä 2007, 64.)

Aikaisempia tutkimuksia ei löytynyt, jotka olisivat mitanneet ikääntyneiden potilaiden syödyn ruoan määrää päivittäin. Ravitsemustilaa arvioivat mittarit kuten MNA, NRS 2002 ja MUST, arvioivat potilaan syömää ruoka määrää hänen itsensä tai läheisen kertomana. Näillä mittareilla ravitsemustilan seuranta arviointi tehdään sovitusti potilaan ravitsemustilasta johtuen joko viikon tai kahden viikon kuluttua. Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake mittaa potilaan syödyn ruoan määrää jokaiselta ateriakerralta viikon ajan.

Aikaisempia ravitsemustilan arviointiin ja tunnistamiseen kehitettyjä mittareita ovat: Mini nutritional assessment (MNA), Nutritional risk screening (NRS 2002), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Ravitsemustilan arvioinnissa kaikissa edellä mainituissa menetelmissä tarvitaan potilaan nykypaino, pituus ja näistä laskettu painoindeksi. Lisäksi tarvitaan tietoa tahattomasta laihtumisesta edeltäneeltä yhden- kuuden kuukauden ajalta. Potilaan syömästä ruoka määrästä tarvitaan arvio NRS-2002 ja MUST- menetelmissä. NRS- 2002 menetelmässä arviointiin vaikuttavat lisäksi potilaan ikä ja sairauden vaikeusaste. (Mikkonen ym. 2010, 28–29.)

NRS-2002 mittari on nopea ja helppo käyttää. Arviointiin menee aikaa noin 3-10 minuuttia. MUST- mittari on myös nopea ja helppo käyttää. Ravitsemuksen arviointiin menee aikaa noin 3-10 minuuttia. MNA- menetelmään kuuluvat vajaaravitsemusriskin seulontaosio sekä ravitsemustilan arviointiosio. Seulontaosan täyttäminen vie aikaa muutaman minuutin ja arviointiin yhdistettynä suoritus kestää noin 10 minuuttia. (Mikkonen ym. 2010, 28–29.)

Kauppilan ja Kukan kehittämä ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake (LIITE 1/2) koostuu henkilötiedoista, seurannan perusteista, ateriakoosta, ateria kokonaisuuksista ja niistä laskettavista pisteistä sekä jatkohoito-ohjeista. Henkilötiedot koostuvat pituudesta, painosta ja niistä lasketusta painoindeksistä. Seurannan perusteet koostuvat syömiseen heikentävästi vaikuttavista sairauksista ja tekijöistä. Esitestauksessa hoitohenkilökunta koki tunnistamis- ja arviointilomakkeen helpoksi ja nopeaksi käyttää. (Kauppila, Kukka 2010.)

Tunnistamis- ja arviointilomakkeen kehittäminen vaiheessa tuotetta oli testattu useilla potilailla, joilla oli muun muassa infektioita, painon laskua enemmän kuin 10 prosenttia puolesta vuodesta, toimintakyvyn laskua tai makuuhaava. Lomakkeen pisteytystä oli kehitetty tuote prosessin aikana testausten pohjalta. Lomakkeen taustaksi oli haettu teoriatietaa, jolla oli vahva näyttö.(Kauppila, Kukka 2010.)

Ravitsemustilan arviointiin käytettävät mittarit. (TAULUKKO 1). Taulukossa on kuvattu mittarin tekijät ja mittarit sekä kohderyhmät joille mittari on suunnattu ja arvioinnin aikaväli. Arvioinnin aikavälillä tarkoitetaan kuinka usein arviointi toteutetaan. Taulukossa on kuvattu myös mittarin osiot joista arviointi koostuu sekä mittarin luotettavuuden testauksesta.

TAULUKKO 1. Ravitsemustilan arviointiin käytettävät mittarit

Tekijä ja mittari	Kohderyhmä /Arvioinnin aikaväli	Mittarin osiot	Mittarin validiteetin testaus
Vellas, B.J. MNA 1997	yli 65-vuotiaat Arvioi potilaan ravitsemustilaa pitkällä aikavälillä.	seulonta: paino- indeksi, syömis- muutos, painon menetys, liikkuminen, sairaus, stressi, neuropsykologiset ongelmat. Arviointi mm: reseptilääkkeiden määrä, painehaavat, lämpimien aterioiden määrä, olkavarren ja pohkeen ympäräysmitta.	Testattu kolmessa tutkimuksessa N=600. Tutkimus tehty iäkkäille potilaille. Tutkittavat olivat sairaalalla, vanhainkoti ja koti- hoitopotilaita.
Kondrup, Jens ym. NRS 2002	yli 18-vuotiaat Arvioi potilaan ravitsemustilaa pitkällä aikavälillä	arvio ravitsemustilasta, sairauden vaikeusaste ravitsemustilan kannalta, potilaan ikä, seulonnan tulos ja toimenpiteet.	N=128 Tutkittavat olivat akuuttisairaalapotilaita.
Elia, Marinos; Jackson, Alan A. ym. Baben järjestö 2006 MUST	yli 65-vuotiaille Arvioi potilaan ravitsemustilaa pitkällä aikavälillä.	painoindeksi, laihtuminen ja akuutin sairauden vaikutus, vaa- jaaravitsemuksen riskiarviointi ja jatko- toimenpiteet.	N=150 IKÄ=85 Tutkittavat olivat koti- kotihoito ja kahden vanhainkodin potilaita.
Kauppila, Anna- Liisa ja Kukka, Johanna. Ikään- tyneiden alira- vitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake. 2010.	yli 75-vuotiaille Arvioi potilaan ravitsemustilaa jokaisella ate- riakerralla vii- kon ajan.	Seurannan peruste- pituus, painoindeksi, syödyn ruoan seuran- ta, jatkotoimenpideoh- jeet.	Esitestattu Intiön- hoi- vakodissa N=10. Jatko- tutkimus kahdessa ter- veyskeskussairaalassa N=10. Tutkimus tehty iäkkäille potilaille

(Elia, Jackson, King, Stratton, Stroud 2006; Kauppila, Kukka 2009; Kondrup, Rasmus- sen, Hamberg, Stanga ja Hoc Espen työryhmä 2003; Guigoz, Vellas 1997.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa aikaisemmin Diakonia-ammattikorkeakoulussa toteutetun ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa mittarin luotettavuudesta ja käyttökelpoisuudesta.

Luotettavan mittarin avulla voidaan tunnistaa ja arvioida ravitsemushäiriön uhkaa ja suunnata ennaltaehkäisevät toimenpiteet aliravitsemus vaarassa oleviin potilaisiin. Tässä opinnäytetyössä arvioitiin miten hyvin lomakkeen avulla voitiin tunnistaa ja arvioida aliravitsemuksen riskipotilaat.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten käyttökelpoinen ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake on?
2. Miten ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen avulla voidaan tunnistaa syödyn ruuan määrä?

3.1 Mittarin validiteetti

Tässä opinnäytetyössä validiteetilla tarkoitetaan lomakkeen kykyä kuvailla ikääntyneiden aliravitsemusta. Mittarin validiteetti kuvaa lomakkeen tarkkuutta ja täsmällisyyttä. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen luotettavuutta eli pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. (Polit, Hungler 1987, 323.)

Tässä opinnäytetyössä validiteetilla tarkoitetaan, saadaanko ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeella todellista, luotettavaa tietoa ikääntyneiden potilaiden ravitsemustilasta.

3.2 Sisältövaliditeetti

Sisältövaliditeetti mittaa erityisesti asia sisältöä: ovatko sisältöasiat riittäviä, sopivia, asiaankuuluvia sekä päteviä. Sisällön validiteetti mittaa käsitteiden ja teorian ominaisuutta, konkreettista kuvaavaa tietoa ja käyttökelpoisuutta. Sisältö validiteetti mittaa mittarin mittaus kykyä. (Hungler, Polit 1987, 324.)

Tässä opinnäytetyössä sisältövaliditeetilla tarkoitetaan ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeessa olevia kaikkia sisältöosia. Sisältövaliditeetti koostuu potilaan henkilötiedoista, seurannan perusteista, aterian koosta, ateriakokonaisuudesta, pistemäärävaihteluista, sekä jatkohoito-ohjeista.

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan, miten luotettavasti mittarin avulla voidaan arvioida syödyn ruoan määrä prosentteina. Saadaanko ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeella tunnistettua ja ehkäistyä ikääntyneiden aliravitsemustilaa.

3.2.1 Face-validity- asiantuntija-arvio

Face- validiteetti mittaa tutkijan ja asiantuntijan subjektiivista arviota mittarin yhteenkuuluvuudesta, aiheenmukaisuudesta, hyödyllisyydestä, osuvuudesta, vastaavuudesta ja käyttökelpoisuudesta. (Hungler, Polit 1987, 324)

Tässä opinnäytetyössä face- validiteetilla tarkoitetaan asiantuntija sairaanhoitajien arviota ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen sisällön luotettavuudesta. Asiantuntijat arvioivat, voidaanko aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeella tunnistaa ja arvioida luotettavasti ikääntyneiden ravitsemustilaa. Ovatko aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeessa olevat asiasisällöt riittäviä ja käyttökelpoisia ikääntyneiden hoitotyössä.

3.3 Mittarin reliabiliteetti

Määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetti mittaa tutkimuksen sattumanvaraisuutta. Perimmältään reliabiliteetti tarkoittaa mittarin luotettavuutta, johdonmukaisuutta ja pysyvyyttä. Se mittaa aina kokonaisuudessaan samaa asiaa. Reliabiliteetilla on kyky antaa tarkkoja tuloksia mittarista. (Hungler, Polit 1987, 316.)

Tässä opinnäytetyössä reliabiliteetti mittaa opinnäytetyöstä saatujen tulosten sattumanvaraisuutta. Mittarin ollessa epästabiili siinä näkyvät olosuhteiden ja vastaajien mielialan tai muiden satunnaisvirheiden vaikutukset. Opinnäytetyössä ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuuden testauksessa käytetään tiedon keruuna hoitohenkilökunnalle suunnattua kyselykaavaketta. Haukiputaan ja Kempeleen terveystieteiden keskuslaitoksen hoitohenkilökunnalle käytetään samaa kyselykaavaketta. Asiantuntijasairaanhoitajilla käytetään samaa kyselykaavaketta. Näin mielialan ja satunnaisvirheiden mahdollisuus jää mahdollisimman pieneksi.

4 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

4.1 Aineisto ja aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake koostui potilaan henkilötiedoista, seurannan perusteista, ateriakoosta, eri ateriakerroista sekä jatkohoitotoimenpiteistä (LIITE 4). Henkilökunnan kyselylomake (LIITE 2) koostui monivalintakysymyksistä kysymyksistä, jotka koskivat lomakkeen ulkoasua, selkeyttä ja käyttökelpoisuutta. Asiantuntijoille suunnattu kyselylomake (LIITE 3) koostui työkokemus taustatiedoista, monivalintakysymyksistä ja avoimista jatkokysymyksistä lomakkeen luotettavuudesta. Kyselylomakkeet esitettiin kahdella lähihoitajalla ja kahdella sairaanhoitajalla. Kyselylomakkeet tarkasti myös tilastotieteilijä ja ohjaava opettaja.

Aineiston keruu tavaksi valittiin monivalintakysymykset joihin liittyi avoimet kysymykset, koska ne soveltuvat hyvin määrälliseen tutkimukseen. Monivalintakysymyksillä saadaan vastauksia, joita voidaan vertailla. Saatuja vastauksia on helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. Avoimilla kysymyksillä saadaan uutta näkökulmaa tutkimukseen jota tutkija ei ole ennalta ajatellut. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2008, 194–196.)

Opinnäytetyön aineiston keruun toteutti Kempeleen ja Haukiputaan terveyskeskussairaalan vuodeosastojen asiantuntijasairaanhoitajat ja henkilökunta. Henkilökunta valitsi kustakin terveyskeskussairaalan osastolta viisi potilasta, joilla oli mahdollisesti aliravitsemusriski. Henkilökunta täytti ja arvioi aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomaketta potilailla viikon ajan jokaisella potilaan ateriakerralla. Samanaikaisesti jokaisella ateriointikerralla henkilökunta täytti heille suunnatun kyselylomakkeen (N=176) (LIITE 2). Henkilökuntaan kuuluivat kaikki ne henkilöt, jotka osallistuivat potilaiden ruokailuun.

Asiantuntijalausunnon (LIITE3) antoi kolme sairaanhoitajaa kustakin terveyskeskussairaala yhteisesti. Asiantuntijahoitaja on kokenut sairaanhoitaja, jolla on pitkä työko-

kemus. Pitkä työkokemus antaa osaamista ja näkemystä kypsään ja harjaantuneeseen tietämykseen (Benner, Tanner, Chesla 1999,175).

Opinnäytetyö aineisto kerättiin kustakin terveyskeskussairaalarasta tammikuun 3-16.1.2011 välisenä aikana. Kyselyt toimitettiin suoraan osastoille. Kempeleen terveyskeskussairaalassa on 42 potilaspaikkaa ja Haukiputaan terveyskeskussairaalassa 56 potilaspaikkaa. Molemmissa sairaaloissa hoidetaan pitkäaikaispotilaita. Kempeleen sairaalan henkilökuntaan kuuluu 14 sairaanhoitajaa ja 14,5 lähihoitajaa. Haukiputaan sairaalan henkilökuntaan kuuluu 14 sairaanhoitajaa ja 25 lähihoitajaa. (Erja Romppainen henkilökohtainen tiedoksianto 10.2.2011).

4.2 Aineiston analysointi

Opinnäytetyössä aineiston analysointi aloitettiin tarkistamalla vastauslomakkeet (LIITE 2). Seuraavassa vaiheessa lomakkeet numeroitiin juoksevan numeroinnin mukaan. Numerointi oli tärkeää, jotta voitiin tarvittaessa tarkistaa yksittäiseltä vastaajalta saatuja tietoja. Jokaisen vastaajan kaikki tiedot kirjattiin ja tallennettiin taulukkoon.

Aineiston käsittely ja analysointi on lomakkeilla saadun aineiston tarkistamista ja syöttämistä. Aineistosta tarkistetaan, puuttuuko siitä tietoja ja sisältyykö siihen selviä virheellisyyksiä. Määrällisen tutkimuksen aineistosta muodostetaan muuttujia sekä aineisto koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti.(Hirsjärvi ym.2008, 216–217.)

Vastauslomakkeiden vastausvaihtoehdot muutettiin numeroiksi, jolloin ne voitiin siirtää Excel-tilukkuun. Vastauslomakkeista saatu tieto syötettiin Excel-tilukkuun, josta tieto siirrettiin SPSS-ohjelmaan. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin SPSS- ja Exell-ohjelmistojä käyttämällä. Jokainen muuttuja määriteltiin ensin Exell-tilukon pohjalle, josta muuttujat siirrettiin SPSS- ohjelmistoon. Aineiston analysointiin ohjausta Exell-ja SPSS-ohjelman käyttöön ohjeisti tilastotieteilijä.

SPSS-ohjelmisto on suunniteltu erityisesti määrällisesti kerätyn aineiston analysointiin. SPSS- ohjelmistoa käytettäessä on usein hyödyllistä ja aikaa säästävää tehdä aineiston tallentaminen jollain muulla tekstinkäsittelyohjelmalla, esimerkiksi Exell-ohjelmalla.

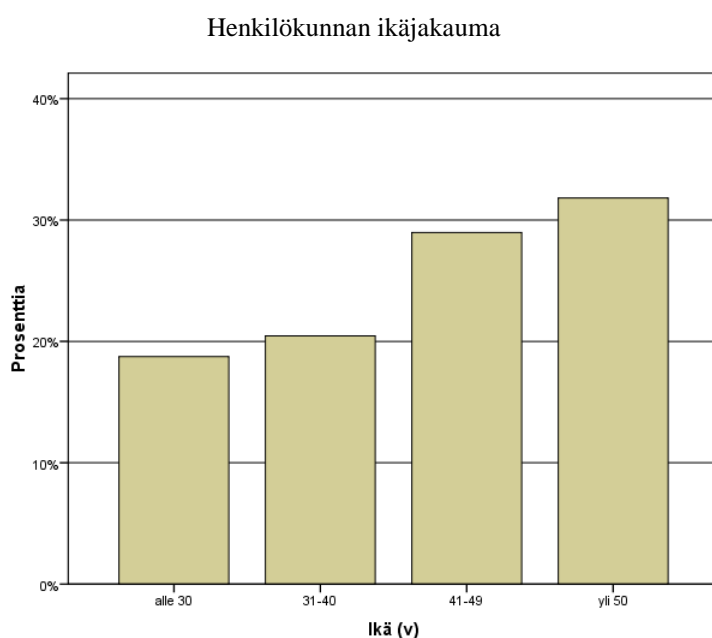
Aineisto voidaan tallentaa sellaisella koneella, jossa ei ole SPSS- ohjelmistoa. Data voidaan siirtää jälkikäteen SPSS- ohjelmistoon. (Metsämuuronen 2009, 462, 470.)

Sairaanhoidajille suunnatuissa kyselylomakkeiden (LIITE 3) analysoinnissa ei käytetty apuna analysointiohjelmistoja, koska kyselylomakkeita oli kaksi. Kyselylomakkeet analysoitiin käymällä huolellisesti läpi jokainen kysymys erikseen. Analysoinnin kaikissa vaiheissa noudatettiin määrällisen tutkimuksen mukaista tutkimusetiikkaa. Kaikkien vastaajien anonymius säilyi analyysin kaikissa vaiheissa.

5 OPINNÄYTEYÖN TULOKSET

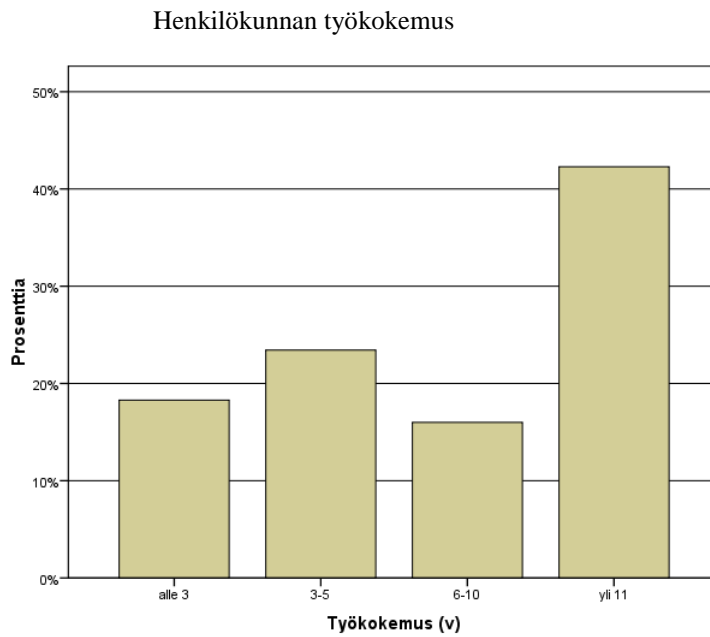
5.1 Vastaajien taustatiedot

Ikääntyneiden tunnistamis- ja arviointilomakkeita arvioitiin kymmenellä eri potilaalla yhteensä 176 kertaa eri ateriakokonaisuuksilla. Kempeleestä saatiin henkilökunnalle suunnattuun kyselylomakkeeseen 112 ja Haukiputaalta 63 vastausta. Vastaajista kaikki olivat naisia. Suurin osa henkilökunnasta oli yli 50-vuotiaita. Henkilökunnan ikäjakauma. (KUVIO 1.) Asiantuntijoille suunnattuun kyselylomakkeeseen vastasi viisi sairaanhoitajaa.



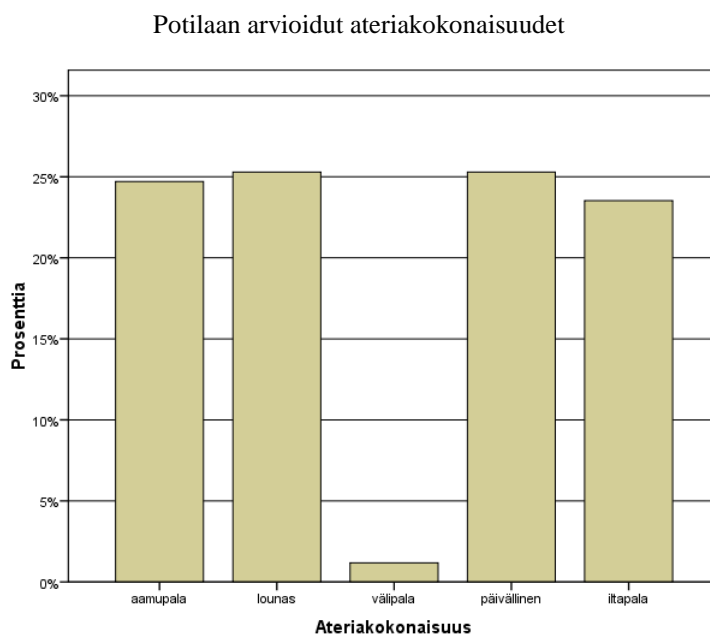
KUVIO1. Henkilökunnan ikäjakauma

Vastanneista yli puolet 67,6 % oli koulutukselta lähi- ja perushoitajia. Sairaanhoitajia oli vastanneista 21 %. Vastaajista 11,4 % oli lähi- ja sairaanhoitajaopiskelijoita, terveydenhoitajaopiskelijoita sekä vapaaehtoistyöntekijä. Henkilökunnasta suurimmalla osalla oli työkokemusta yli 11 vuotta. Henkilökunnan työkokemus. (KUVIO 2.)



KUVIO 2. Henkilökunnan työkokemus

Aineistossa oli yhteensä 176 ateria arviointikertaa. (KUVIO 3.)



KUVIO 3. Henkilökunnan arvioimat potilaan ateriakokonaisuudet

5.2 Henkilökunnan näkemys lomakkeesta

Tarjotusta annoskoon huomioimisesta vastaajista suurin osa 53.7 % piti erittäin tärkeänä huomioida potilaalle tarjottua ruoan annoskokoa. Potilaalle tarjotun annoskoon huomioimista tärkeänä piti 45.5 % vastaajista. Vastaajista 0.6 % ei pitänyt tärkeänä huomioida potilaalle tarjottua annoskokoa. Osassa kyselykaavakkeista nousi esille vastaajien kirjoittamana:

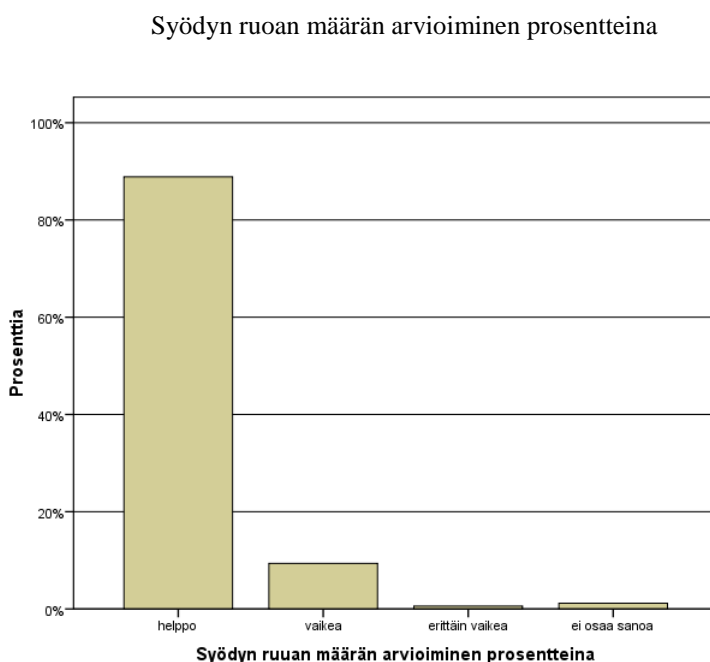
Miten aterian koko vaikuttaa pisteisiin?

Miten voidaan arvioida soseutetun ruoan kokoa normaaliin annokseen?

Syödyn ruoan määrän arvioimista prosentteina helppona piti suurin osa vastaajista 88.9 %. Vaikeana syödyn ruoan määrän arvioimista prosentteina piti 9.4 %. Erittäin vaikeana syödyn ruoan määrän arvioimista prosentteina piti 0.6 % ja 1.2% vastaajista ei ilmaissut mielipidettään. Osassa kyselykaavakkeista nousi esille vastaajien kirjoittamana seuraava muutosehdotus:

Prosenttijakauma voisi olla lisäksi 10 %, 20 %, 25 % ja 75 %.

Syödyn ruoan määrän arvioiminen prosentteina henkilökunnan kokemana. (KUVIO 4.)



KUVIO 4. Syödyn ruoan määrän arvioiminen prosentteina

Lomakkeen pisteytysvaihtoehtoja selkeinä piti vastaajista suurin osa eli 90.8 %. Vastaajista 7.5 % ei pitänyt pisteytys vaihtoehtoja selkeinä ja 1.7 % ei osannut kertoa mielihoidettään pisteytys vaihtoehtojen selkeydestä. Osassa kyselykaavakkeista nousi esille vastaajan kirjoittama kysymys:

Joku voi syödä vain muutaman lusikallisen, miten silloin arvioidaan?

Lomakkeen täyttämisoheistuksen riittävyys henkilökunnan arvioimana. (KUVIO 5.)



KUVIO 5. Lomakkeen täyttämisoheistuksen riittävyys prosentteina

Selkeänä lomakkeen ulkoasua piti 92 % vastaajista. Lomaketta ei pitänyt selkeänä 5.7 % ja 2.3 % ei osannut kertoa mielihoidettään lomakkeen ulkoasun selkeydestä.

Lomakkeen täyttäminen ei lisännyt työmäärää 81.6 % vastaajien mielestä. Vastaajista 14.4 % koki lisänneen työmäärää ja 4 % ei osannut sanoa, lisäkö lomakkeen täyttäminen työmäärää. Aikaa käytti lomakkeen täyttämiseen alle viisi minuuttia suurin osa 97.7 % vastaajista. Vastaajista 2.3 % käyttivät aikaa 6-10 minuuttia arviointilomakkeen täyttämiseen.

5.3 Asiantuntijasairaanhoitajien näkemys lomakkeesta

Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen sisällönvaliditeettia (LIITE 3) kartoitettiin kysyttäessä ensin vastaajien työkokemustietoja. Kokonaismääräksi saatiin (N=5) vastausta. Työkokemusta yli 16 vuotta oli vastaajista (N=3). Vastaajista (N=1) työkokemusta oli 11–15 vuotta. Vastaajista (N=1) oli työkokemusta 5-10 vuotta.

Riittävinä lomakkeessa olevia potilaan taustatietoja piti vastaajista (N=2). Vastaajista (N=3) arvioi, ettei lomakkeessa olevia taustatietoja voida pitää riittävinä. Avoimessa jatkokysymyksessä nousi esille seuraava huomio:

Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake sisältää liian suppeat taustatiedot potilaasta.

Seurannan perusteissa olevia vaihtoehtoja piti riittävinä suurin osa vastaajista (N=3). Vastaajista (N=2) ei pitänyt potilaan seurannan perusteissa olevia vaihtoehtoja riittävinä. Avoimessa jatkokysymyksessä tuli esille seuraavat ehdotukset vastaajien kirjoittamana:

Seurannan perusteissa olisi voinut olla enemmän vaihtoehtoja. Perussairaudet, diagnoosit.

Täyttämishjeistusta riittävinä pitivät vastaajista kaikki (N= 5). Lomakkeessa olevia prosenttivaihtoehtoja mittaamaan potilaan syödyn ruoan määrää piti riittävinä (N=3). Lomakkeessa olevia prosenttivaihtoehtoja ei pitänyt riittävinä (N=2). Avoimeen jatkokysymykseen oli ehdotettu seuraavaa:

Enemmän vaihtoehtoja syötyjä ruokia arvioitaessa (0 %, 25 %, 50 %, 75 %, 100 %)

Pistemäärävaihteluita riittävinä 0-3 pitivät kaikki (N=5) vastaajista. Pisteytystietoja luotettavina pitivät kaikki (N=5) vastaajista. Kaikki (N=5) pitivät riittävinä lomakkeessa olevia aterioiden arviointimääräkertoja. Lomakkeessa olevia jatkohoito-ohjeita piti käyttökelpoisina vastaajista (N=2). Vastaajista (N=3) ei osannut sanoa jatkohoito-ohjeiden käyttökelpoisuudesta.

Muuta palautetta ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeesta tuli esille ”selkeälukuisuus.” Henkilökunta oli kokenut arviointilomakkeen selkeälukuisiksi.

6 POHDINTA

Ikääntyneiden ravitsemustila on ajankohtainen aihe, josta on tehty tutkimuksia ja asia on ollut esillä mediassa. Ravitsemuksen arviointi mittareista MNA- mittari on suunnattu ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta on antanut suosituksen 2010 vanhus-ten ravitsemustilan seurannasta. MNA- mittaria tai vastaavaa muuta mittaria tulisi käyttää arvioitaessa ikääntyneiden ravitsemustilaa.

Aikaisemmasta Kauppilan ja Kukan opinnäytetyöstä ilmeni, että hoitohenkilökunta koki MNA- mittarin työlääksi täyttää. Johtuuko MNA- mittarin käytön vähyys työlääksi koe- tusta ja aikaa vievästä täyttämisestä. Tämän opinnäytetyön tuloksista nousi esille, että ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen täyttämiseen menee aikaa noin alle viisi minuuttia. Hoitohenkilökunta koki lomakkeen nopeaksi ja helpoksi käyttää. Olisiko tämä lomake käyttökelpoisempi apuväline käytännön hoitotyöhön? Tulosten mukaan lomakkeen täyttäminen ei lisännyt hoitohenkilökunnan työmäärää.

Aliravitsemuksen arviointilomake mittaa potilaan syödyn ruoan määrää jokaiselta ateriakerralta viikon ajan. Hoitajat voivat samalla arvioida saako ikääntynyt potilas riittävästi eri ravintoaineita suositusten mukaisesti. Lisääkö lomakkeen luotettavuutta viikon ravitsemuksen seurantajakso? Lomakkeella voidaan huomioida viikon ajalta satunnaisesti ruokahaluun vaikuttavat tekijät.

Ikääntyneiden terveydenedistäminen ja hyvinvoinnin lisääminen on sairaanhoitajan työssä entistä tärkeämpää. Luotettavilla mittareilla saadaan riittävän ajoissa tietoa ikääntyneiden ravitsemustilasta sekä voidaan tarvittaessa suunnata ennaltaehkäisevät toimenpiteet ravitsemustilan korjaamiseksi. Riittävä ravitsemus on erityisen tärkeää laitoksessa oleville ikääntyneille, koska se edistää sairauksien paranemista ja toipumista. Ikääntyneen riittävästä ravitsemuksesta huolehtiminen tulee yhteiskunnalle edullisemmaksi, kun potilaan hoitopäivät sairaalassa vähenevät ravitsemustilan parantuessa.

Hyvä luotettava mittari mahdollistaa ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamisen ja hoidon entistä varhaisemmin ja tehokkaammin. Toiveena olisi, että ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake otettaisiin käyttöön mukana olleissa terveyskeskussairaaloissa ikääntyneiden potilaiden hoitotyössä.

6.1 Johtopäätökset

Aikaisempien tutkimusten mukaan iäkkäiden ravitsemustilan arviointiin kehitetyt mittarit kuten MNA ja MUST ovat luotettavia arvioimaan potilaan ravitsemustilaa. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake on luotettava ja käyttökelpoinen arvioimaan potilaiden ravitsemustilaa.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen sisältöosiot koettiin pääsääntöisesti riittäväksi ja luotettavaksi. MNA, MUST ja ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen ravitsemustilan arviointi pohjautuu antropologisiin mittauksiin ja lisäksi mittareissa on huomioitu painon lasku. Painon laskun huomioiminen on tärkeää, koska vanhuksilla aliravitsemuksen merkki on aina pienipainoisuus, pieni painoindeksi tai nopea laihtuminen. (Mäkelä, Pitkälä 2000).

Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen avulla voidaan tunnistaa syödyn ruoan määrä ateriankoon sekä prosentuaalisen arvioinnin ja pisteytyksen perusteella. Lomakkeella arvioidaan potilaan syödyn ruoan määrää jokaiselta aterialta viikon ajan. Aikaisemmin kehitetyssä MUST- mittarissa ei ole syödyn ruoan määrän arviointia. MNA- mittarissa seulontaosiossa on kysymyksiä potilaan ruokailuun liittyvistä mahdollisista ongelmista. Seulontaosion riskipisteet määrittelevät jatketaanko ravitsemuksen arviointia arviointiosioon. Arviointiosiossa on kysymyksiä syötyyn ruokamäärään liittyen.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake on helppo, nopea ja käyttökelpoinen työväline käytännön hoitotyössä. Lomakkeella arvioidaan potilaan ravitsemustilaa päivittäin viikon ajan. Aikaa lomakkeen täyttämiseen meni alle viisi minuuttia. MNA- ja MUST- mittarissa ravitsemustilan arvioinnit tehdään pidemmällä aikavälillä. Arvioinnista saatujen tulosten mukaan seuraava arviointi voidaan tehdä esimerkiksi kahdenviikon tai kolmen kuukauden kuluttua. Ravitsemuksen arviointiin menee aikaa noin viidestä kymmeneen minuuttiin.

Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeessa olevat jatkohoito-ohjeet koettiin käyttökelpoiseksi. Jo esitestauksessa henkilöstö koki lomakkeessa olevat jatkohoito-ohjeet hyväksi, valmiiden ravitsemustilan korjausehdotusten vuoksi. Aikai-

semmassa testauksessa henkilökunta oli kokenut MNA- mittarin työlääksi täyttää. Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen täyttämisen he kokivat helpoksi ja nopeaksi. (Kauppila, Kukka 2010.)

Opinnäytetyön tulosten mukaan ja avoimista kysymyksistä nousseiden ehdotusten mukaan lomakkeeseen on tehty muutoksia. (LIITE 5) Henkilötiedot on muutettu taustatiedoiksi, koska henkilötieto-osio sisältää enemmän taustatietoja. Avoimesta jatkokysymyksestä nousi esille, että seurannan perustetiedot koettiin liian suppeaksi. Lomakkeeseen on lisätty seurannan perusteisiin perussairaus. Tuloksista nousi esille, että syödyn ruoan määrän arvioimista prosentteina helpottaisi prosenttivaihteluvälien lisääminen. Lomakkeen lisättiin prosenttivaihteluvälejä, jonka seurauksena pisteytys muuttui. Pisteytyksen vaihteluväli 0-3 pysyi samana. Lomakkeen tulosten maksimipistemäärä muuttui seitsemästäkymmenestä seitsemäänkymmeneenseitsemään. Jatkohoito-ohjeisiin lisättiin hyviä energianlähteitä voi, öljy ja kerma sekä proteiininlähteitä maitotaloustuotteista esimerkiksi rahka.

Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeessa (LIITE 5) olevat prosentti ja pistetiedot viittaavat valtion ravitsemusneuvottelukunnan antamiin suosituksiin aterioiden energiasisällöstä.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan tehdä yhteenveto, että ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake on selkeälukuinen ja käyttökelpoinen. Lomakkeen täyttäminen ei lisännyt henkilökunnan työmäärää. Tämän perusteella voidaan tulkita että, lomake soveltuu hyvin eri henkilöstöryhmien käyttöön. Lomake on helppo ja nopea apuväline ikääntyneiden potilaiden käytännön hoitotyössä.

6.2 Luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä kokonaisluotettavuuden muodostavat validius ja reliaabelius yhdessä. Opinnäytetyö on tehty määrällisen tieteellisen tutkimuksen mukaisesti. Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa säilyi vastaajien yksityisyys. Tulosten tulkinnessa luotettavuutta tukee, yhdistelevä, vertaileva sekä keskusteleva ote. Tutkija vertailee ja tulkitsee tuloksiaan alan perinteeseen, ammatti- ja tieteenalan teorioihin ja tutkimuksiin viitaten. (Vilka 2007, 152–154).

Tässä opinnäytetyössä ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta mitattiin kahden terveyskeskussairaalan henkilökunnalle ja asiantuntijasairaanhoidajille suunnatuilla kyselylomakkeilla. Aineistot yhdistettiin ja käsiteltiin yhtenä kokonaisuutena. Lomaketta verrattiin aikaisemmin kehitettyihin ravitsemustilan arviointi mittareihin. Opinnäytetyön tulos osoittaa aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen käyttökelpoisuuden myös muissa ikääntyneitä hoitavissa yksiköissä.

Tarkasteltaessa tutkimuksen reliabiliteettia arvioidaan mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Arvioitaessa tutkimuksen tarkkuutta katsotaan, että tutkimukseen ei sisälly satunnaisvirheitä. Arvioinnin kohteena ovat onnistunut otos eli perusjoukko, vastausprosentti, aineiston analysointi ja mittarin kyky mitata kattavasti tutkittavia asioita. (Vilka 2007, 149–150.)

Tässä opinnäytetyössä reliabiliteettia on voinut laskea otanta- joukon eli hoitohenkilökunnan epätarkka lukumäärä. Yli puolessa kyselylomakkeissa nimikirjaimet jäivät puutteelliseksi ja siksi vastaajien tarkkaa lukumäärää ja vastausprosenttia ei voinut laskea. Mahdollisesti hoitaja on voinut vastata useamman kerran hoitohenkilökunnalle suunnattuun kyselylomakkeeseen.

Kaikkiin kysymyslomakkeisiin ei saatu vastausta. Työvuorossa oleva hoitaja on voinut avustaa samaa potilasta ruokailussa eri aterioilla, ja mahdollisesti vastannut kyselylomakkeeseen vain kerran. Olisiko opinnäytetyön luotettavuutta lisännyt se, että hoitohenkilökunnalle olisi suunnattu kyselylomake, johon kaikki perus- ja lähihoitajat sekä sairaanhoitajat olisivat vastanneet kertakyselynä. Olisiko luotettavuutta lisännyt se, että sairaanhoitajille suunnatut kysymykset olisivat olleet avoimia kysymyksiä.

6.3 Eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen tekemisen kaikissa vaiheissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuksessa huomio kohdentuu tiedonhankintatapoihin ja koejärjestelyihin. Kun tutki-

muksen kohderyhmänä ovat ihmiset, on selvitettävä erityisesti, miten heidän suostumuksensa hankitaan, millaisia riskejä tutkimukseen osallistumiseen sisältyy, sekä millaista tietoa heille annetaan. Tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä edellytetään perehtyneisyyttä tutkimusasiaan ja annettuun tutkimus suostumukseen. Aineiston keräämisessä otetaan huomioon luottamuksellisuus, anonyymiuden takaaminen ja aineiston tallentaminen asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 23–25.)

Opinnäytetyön tutkimusluvut myönsi Haukiputaan kunnan perusturvanjohtaja ja Kempeleen johtava lääkäri. Opinnäytetyöhön osallistuvat saivat tietoa osastotunnilla ja kyselylomakkeiden mukana olevasta saatekirjeestä (LIITE 1). Saatekirjeessä oli lisäksi opinnäytetyön tekijöiden tiedot sekä ohjaavan opettajan yhteystiedot. Vastaaminen kyselylomakkeisiin oli vapaaehtoista.

Tässä opinnäytetyössä työ rajattiin molempien terveystieteiden henkilökuntaan, potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi. Opinnäytetyö kohdentui ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen sisällön luotettavuuden kartoittamiseen, ei yksittäisten potilaiden ravitsemuksen arvioimiseen. Potilailta tai heidän läheisiltään ei ollut tutkimukseen suostumusta.

Hyvä tieteellinen tapa edellyttää toisten työn kunnioittamista. Tässä opinnäytetyössä toisten töiden tietoja on käytetty asianmukaisesti eikä tuloksia ole vääristelty. Toisten töiden tietoja ei ole esitetty omana tietona. Tutkimus tulokset eivät ole harhaanjohtavia. (Hirsjärvi ym. 2008, 26–27.)

Tämän opinnäytetyön aineisto on säilytetty tekijöiden hallussa, mikä vaikuttaa luotettavuuteen. Opinnäytetyön aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua tuhoamalla aineisto salassapitovelvollisuus säädösten mukaan.

6.4 Jatkotutkimushaasteet

Ikääntyneiden hyvä ravitsemus on terveyden ja hyvän elämän perusta. Luotettavilla mittareilla voidaan tulevaisuudessa ennaltaehkäistä entistä paremmin ikääntyneiden

aliravitsemustila tunnistamalla se mahdollisimman varhain. Tämän tutkimuksen pohjalta jatkotutkimushaasteeksi nousi ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen käyttöön ottaminen myös muissa terveydenhuollon yksiköissä.

Erityisesti meitä kiinnostaisi tutkia, miten kehitetty ja testattu ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake soveltuisi kotisairaanhoidon asiakkaille ja omaishoitajille. Kotisairaanhoidon ympäristössä ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja aliravitsemuslomakkeen testaaminen ja käyttäminen voisi olla haasteellista.

LÄHTEET

- Autti-Räimö, Ilona & Halila, Ritva 2007. Eettiset, sosiaaliset ja juridiset näkökulmat. Teoksessa Kaila, Minna; Lampe, Kristian; Mäkelä, Marjukka; Teikari, Martti. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 116.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A; Chesla & Catherine A 1999. Asiantuntijuus hoidotyössä. Helsinki: WSOY.
- Elia, Marinos; Jackson, Alan; King, Claire; Stratton, Rebecca & Stroud, Mike 2006. Malnutrition universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. British journal of Nutrition 2006; 95, 325-330. Viitattu 10.10.2010. Saatavissa; http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FBJN%2FBJN95_02%2FS0007114506000432a.pdf&code=e3165d438219fea25367dab8427fc72
- Fagelholm, Mikael & Uusitupa, Matti 2005. Antropometriset mittaukset. Teoksessa Aro, Antti; Mutanen, Marja; Uusitupa, Matti (toim.) Ravitsemustiede. 2.painos, Duodecim, Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 279.
- Fagelholm, Mikael & Uusitupa, Matti 2005. Ravitsemustilan arviointi. Teoksessa Aro Antti; Mutanen, Marja, Uusitupa, Matti (toim.) Ravitsemustiede. 2.painos, Duodecim, Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 276, 292.
- Finne-Soveri, Harriet; Hakala, Paula; Hakala- Lahtinen, Pirjo; Männistö, Satu; Pitkälä, Kaisu; Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa; Soini, Helena & Suominen, Merja 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Guigoz, Yves & Vellas, Bruno 1997. Malnutrition in the elderly: The Mini Nutrition Assessment(MNA) Pubmed 1997, Umsch. Kesäkuu, 54(6): 345-50 Viitattu 10.10.2010. Saatavissa, <http://anna.diak.fi:2332/pubmed/9289873> <http://anna.diak.fi:2332/pubmed/9289873>
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hungler, Bernadette P; Polit & Denise F 1987. Nursing research- Principles and methods. 3 th ed. J.B Lippincott Company, Philadelphia.
- Kaila, Minna; Kuoppala, Jaana & Mäkelä, Marjukka 2007. Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Teoksessa Kaila, Minna; Lampe, Kristian; Mäkelä, Marjukka & Teikari, Martti. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 64.

- Kauppila, Anna-Liisa & Kukka, Johanna 2010. Aliravitsemuksen tunnistaminen ja arviointi ikääntyneillä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak PohjoinenOulu. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.
- Kondrup, Jeans; Hojgaard Rasmussen, Henrik; Stanga, Zeno and an ad Hoc Espen Working group. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials client Nutr 2003; 22: 321-336. Viitattu 20.10.2010. Saatavissa, http://endokrinologie.insel.ch/fileadmin/endokrinologie/endokrinologie_users/pdf/FME_0_NRS_2002_Screening_CN.pdf
- Lönroos, Eija & Tuovinen, Anne 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa Hartikainen, Sirpa & Lönroos, Eija (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 223.
- Metsämuuronen, Jari 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Mikkonen, Ritva; Nuutinen, Outi; Peltola, Terttu; Sarlio- Lähteenkorva, Sirpa; Siljamäki- Ojansuu, Ulla; Silaste, Marja-Leena & Uotila, Heini 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin, sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Muurinen, Seija; Peipponen, Arja; Pitkälä, Kaisu; Soini, Helena & Suur- Uski, Irmeli 2003. Vanhainkotien asukkaiden ravitsemustila. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia. Viitattu, 20.10.2010. Saatavissa, http://www.hel.fi/wps/wem/connect.../6_muurinen.pdf
- Juntunen, Sirpa; Pitkälä, Kaisa; Sandelin, Eeva; Soini, Helena; Suominen, Merja, Suur-Uski, Irmeli & Virtaniemi, Sirkka 2004. Pitkäaikaispotilaiden ravitsemustila. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tutkimuksia. Viitattu 20.10.2010. Saatavissa, www.hwl.fi/wps/wcm/connect.../6_muurinen.pdf
- Muurinen, Seija; Pitkälä, Kaisu; Soini, Helena; Strandberg, Timo & Suominen, Merja 2005. Vanhuksen aliravitseminen ja sen hoito. Suomen lääkäri-lehti. 51–52/ 2005. vsk 60. Saatavissa, <http://www.terveysportti.fi>
- Mäkelä, Matti & Pitkälä, Kaisu 2000. Vanhusten proteiinaliravitseminen ja lihaskato. Suomen lääkäri-lehti. 12/2000 vsk 55. 1348
- Pitkälä, Kaisu & Suominen, Merja 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus- Geriatria. Teoksessa Pitkälä, Kaisu; Strandberg, Timo; Sulkava, Raimo; Tilvis, Reijo & Viitanen, Matti (toim.) Geriatria 2 painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, Duodecim, 350-352.
- Pitkälä, Kaisu; Rantanen, Taina; Strandberg, Timo & Viitanen, Matti 2006. Vanhuksen hauraus- raihnaisuusoireyhtymä. Duodecim 122, 1495, 1497. Viitattu 01.03.2011. Tulosteet tekijän hallussa. Saatavissa, <http://www.terveysportti.fi>
- Soini, Helena 2008. Ikääntyneen hyvä ravitseminen. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Tikkanen, Pirjo & Voutilainen, Päivi (toim.) Helsinki: WSOY, 197.

- Suominen, Merja 2007. Ikääntyneiden ihmisten ravitseminen ja ravitsemushoito suomalaisissa vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Väitöskirja. Viitattu 24.03.2010. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-806-128-4>. Tuloste tekijän hallussa.
- Suominen, Merja 2007. Ravitseminen. Teoksessa Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aili & Tiikkainen, Pirjo (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tampere-Paino Oy, 187.
- Suominen, Merja 2006. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Vertio, Harri 2003. Terveysten edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 29
- Vilka Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITE 1 Saatekirje henkilökunnalle

Hyvä terveyskeskus sairaalan henkilökunta.

Olemme Teija Husso ja Tarja Koponen. Opiskelemme Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyömme teidän osastolla.

Opinnäytetyön tarkoitus on arvioida aikaisemman Diakonia-ammattikorkeakoulussa toteutetun ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointi mittarin luotettavuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada teiltä tietoa ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointi mittarin luotettavuudesta ja käytettävyydestä, sekä mittarin kehittämisestä.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti, tutkimuksen tuloksista teitä ei voida tunnistaa vastaajaksi. Tutkimusaineisto kerätään tähän tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen vastauslomakkeet hävitetään.

Kerättävä aineisto

1. Henkilökunnalta kerättävä tieto

Kyselylomaketta täytyy jokaiselta ateria kerralta. Kyselylomakkeeseen laitetaan nimikirjaimet, joiden avulla voidaan tutkimustuloksia analysoida. Nimikirjaimet eivät tule näkymään tutkimustuloksissa.

2. Asiantuntija sairaanhoitajilta kerättävä tieto

Sairaanhoitajille on yksi yhteinen kyselylomake, johon he vastaavat yhteisesti. Asiantuntijoita on kolme.

Tutkimusta koskeviin kysymyksiin vastaa Teija Husso puhelimitse 0400 364621 tai sähköpostitse, teija.husso@student.diak.fi

Tarja Koponen puhelimitse 040 8398639 tai sähköpostitse, tarja.koponen@student.diak.fi

Ohjaava opettaja, Anita Pyykkö puhelimitse 040-5781595, sähköpostiosoite, anita.pyykk@diak.fi

Ystävällisin terveisin, Teija Husso ja Tarja Koponen

LIITE 2

HENKILÖKUNNALLE KYSELYLOMAKE ALIRAVITSEMUKSEN TUNNISTAMIS- JA ARVIOINTILOMAKKEEN KÄYTTÖKELPOISUUDESTA

Nimikirjaimet

Rastita seuraavista kysymyksistä sopivin vaihtoehto.

1. Sukupuoli nainen mies
2. Ikä alle 30v 31-40v 41-49v yli50v
3. Koulutus laitoshuoltaja lähihoitaja/ perushoitaja
 sairaanhoitaja muu_____
4. Työkokemus alle 2v 3-5v 6-10v yli 11v
5. Oliko lomakkeen täyttämisohjeistus riittävä?
- kyllä ei en osaa sanoa
6. Miten tärkeää on huomioida potilaalle tarjottu annoskoko?
- ei tärkeää tärkeää erittäin tärkeää en osaa sanoa
7. Arvioitu potilaan ateriakokonaisuus
- aamupala lounas välipala päivällinen iltapala

8. Millaista syödyn ruuan määrän **arvioiminen prosentteina** oli?

helppoa vaikeaa erittäin vaikeaa en osaa sanoa

9. Olivatko lomakkeessa olevat pisteytys vaihtoehdot selkeät?

kyllä ei en osaa sanoa

10. Oliko lomakkeen ulkoasu selkeä?

kyllä ei en osaa sanoa

11. Lisäsikö arviointilomakkeen täyttäminen työmäärää?

kyllä ei en osaa sanoa

12. Arvioi lomakkeen täyttämiseen käytetty aika.

alle 5 min 6-10 min yli 10 min

Kiitos palautteesta ja ajasta!

Yhteistyöterveisin,

Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulun

sairaanhoitajaopiskelijat, Husso Teija ja Koponen Tarja

LIITE 3

ASiantuntijalausunto aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomakkeen luotettavuudesta sairaanhoitajalle

Rastita seuraavista kysymyksistä sopivin vaihtoehto.

1. Työkokemus hoitaja A 5-10v 11-15v yli 16v

hoitaja B 5-10v 11-15v yli 16v

hoitaja C 5-10v 1-15v yli 16v

2. Voidaanko lomakkeella saatuja potilaan henkilötietoja tietoa pitää riittävinä?

ei voida voidaan en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, millaisia muutoksia ehdotatte?

3. Oliko potilaan seurannan perusteissa riittävästi vaihtoehtoja?

kyllä ei en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, millaisia vaihtoehtoja ehdotatte?

4. Oliko lomakkeen täyttämisohjeistus riittävä?

kyllä ei en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, millaisia puutteita huomasitte?

5. Voidaanko lomakkeessa olevia ruoan **prosentti vaihtoehtoja** pitää riittävinä mittaamaan syödyn ravinnon määrää?

kyllä ei en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, millaisia muutoksia ehdotatte?

6. Ovatko mielestänne pistemäärä vaihtelut 0-3 riittävät?

kyllä ei en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, minkä vuoksi?

7. Voidaanko ravitsemuksesta saatuja pisteytystietoja pitää luotettavina?

kyllä ei en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, minkä vuoksi?

8. Olivatko aterioiden määrän arviointi kerrat lomakkeessa riittävät?

kyllä ei en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, mitä puutteita huomasitte?

9. Voidaanko lomakkeessa annettuja jatkohoito ohjeita pitää käyttökelpoisina?

kyllä ei en osaa sanoa

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kielteisesti, mitä jatkotoimenpiteitä ehdottaisitte?

10. Miten kehittäisitte ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis - ja arviointi- lomaketta?

11. Muuta palautetta aliravitsemuksen tunnistamis - ja arviointi lomakkeesta?

Kiitos vastauksesta ja ajasta!

Yhteistyöterveisin,

Oulun Diakonia-ammattikorkeakoulun

sairaanhoitajaopiskelijat,

Husso Teija ja Koponen Tarja

Hyvä ravitsemus on tärkeää osa ikääntyneiden kokonaisvaltaista hoitoa. Se parantaa elämänlaatua ja lievittää kärsimyksiä. Pelkkä painonnousu ei takaa hyvää ravitsemustilaa, vaan on tärkeää, että ruoan laatu on hyvää ja monipuolista. Ikääntynyt tarvitsee oikeassa suhteessa ravintoaineita, kuten proteiinia, hiilihydraatteja, hivenaineita ja energiaa eli rasvaa. Painon pysyminen tavoitellulla tasolla parantaa ikääntyneen toimintakykyä, lisää vireyttä ja vastustuskykyä sekä auttaa ehkäisemään infektioita ja makuuhaavoja

Monipuolinen ja vaihteleva ruokavalio turvaa parhaiten ravintoaineiden saannin. Lisäksi ikääntyneille suositellaan vitamiini- ja kivennäisainelisiä tai kliinisiä ravintovalmisteita. Ravintovalmisteet ovat sisällöltään erilaisia, tehojuomat sisältävät proteiinia, hiilihydraatteja, energiaa ja kivenaineita (esimerkiksi Nutridrink). On myös olemassa valmisteita, jotka sisältävät pelkästään rasvaa (esimerkiksi Calogen). Niiden käyttöä kannattaa harkita, etenkin jos itääntyneellä on infektiota, tahatonta painonlaskua, huonoa ruokahalua tai makuuhaavoja.



Aliravitsemuksen
tunnistamis- ja
arviointilomake
ikäntyneille

*Ohjeita ikääntyneen aliravitsemuksen
tunnistamiseen ja hoitamiseen.*

Anna-Liisa Kauppila,
Johanna Kukka, Diak
Pohjoinen ®

Lomakkeen avulla seurataan ravitsemusta viikon ajan. Sen jälkeen katsotaan ohjeista mitä jatkotoimenpiteitä ravitsemustila vaatii.

Henkilötiedot

Nimi _____

Paino _____ Pituus _____ BMI _____

Seurannan peruste

Infektio

Makuuhaava

Painonlasku

Huono ruokahalu

Ongelmia syömisessä

Heikentynyt toimintakyky

Muu, mikä?

Vastaa oheisiin kysymyksiin joka ruokailun jälkeen. Merkitse pisteet taulukkoon. Esim. MA aamupalalla potilas syönyt puolet ruoasta, saa 1 pistettä. Potilas syönyt lounaalla syönyt kaiken ruoan, saa 0 pistettä. Laske päivittäin pisteet. Viikon päätteeksi lasketaan kaikki pisteet yhteen.

1. Ateria koko

a) pieni b) normaali c) suuri

2. Paljonko potilas söi tarjottuista ruoasta?

Aamupala

a) 0% 2 pistettä

b) 50% 1 pistettä

c) 100% 0 pistettä

Päiväkahvi ja välipala

a) 0% 1 pistettä

b) 50% 0,5 pistettä

c) 100% 0 pistettä

Lounas ja päivällinen

a) 0% 3 pistettä

b) 50% 1,5 pistettä

c) 100% 0 pistettä

ATERIA	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
Aamupala							
Lounas							
Päiväkahvi							
Välipalat							
Päivällinen							
Iltapala							
Yhteensä							

Viikon päätteeksi laske kaikki pisteet yhteen ja katso alla olevista ohjeista jatkotoimenpiteet.

Mikäli saat tulokseksi:

0-10 pistettä= Noudata normaalia painonmukaista ravitsemusta.

10-30 pistettä= Anna potilaalle normaalin ravinnon lisäksi tehojuomaa (esim. Nutridrink) 200mlx3/vrk. tai

rasvaemulsiovalmistetta (esim. Calogen) 30ml x3. /vrk.

30-50 pistettä= Anna potilaalle tehojuomaa 200ml x 3 tai rasvaemulsiovalmistetta 30ml x 3. Jatka normaalia ravitsemusta. Ota lisäksi yhteys ravitsemusterapeuttiin.

50-70 pistettä= Ota yhteys lääkäriin.

Harkitaan nenämahaletkua, peg-ravitsemusta, parenteraalista ravintoa tms.

Riittävä ravintomäärä ikääntyneelle on 25-35 kcal/kg/vrk. Kun laitat annosta potilaalle, käytä avuksi normaalia lautasmallia. Huomioi että riittävään kalorimäärään on laskettu ruoan lisäksi myös leipäviipale. Jos potilas ei pysty syömään leipää, korvaa se jollain muulla.

Hyvä ravitsemus on tärkeää osa ikääntyneiden kokonaisvaltaista hoitoa. Se parantaa elämänlaatua ja lievittää kääntymistä. Pelkkä painonpönsö ei takaa hyvää ravitsemustilaa, vaan on tärkeää, että ruoan laatu on hyvä ja monipuolista. Ikääntynyt tarvitsee oikeassa suhteessa ravintoaineita, kuten proteiinia, hiilihydraatteja, hivenaineita ja energiaa eli rasvaa. Painon pysyminen tavoitellulla tasolla parantaa ikääntymisen toimintakykyä, lisää vireyttä ja vastustuskykyä sekä auttaa ehkäisemään infektioita ja makuuhaavoja.

Monipuolinen ja vaihteleva ruokavalio turvaa parhaiten ravintoaineiden saannin. Lisäksi ikääntyneille suositellaan vitamiini- ja kivennäisaineita tai kääntymisen ravintovalmisteita. Ravintovalmisteet ovat sisällyttäen erilaisia, tehojuomat sisältävät proteiinia, hiilihydraatteja, energiaa ja kivenaineita (esimerkiksi Nutridrink). On myös olemassa valmisteita, jotka sisältävät pelkästään rasvaa (esimerkiksi Calogen). Niiden käyttöä kannattaa harkita, etenkin jos ikääntyneellä on infektiota, tahaton painonlaskua, huonoa ruokahalua tai makuuhaavoja.



Ikääntyneiden aliravitsemuksen tunnistamis- ja arviointilomake

Diak Pohjoinen



Anna-Liisa Kauppila & Johanna Kukka

Muokattu alkuperäisestä Teija Husso & Tarja Koponen

Ohjeita ikääntyneen aliravitsemuksen tunnistamiseen ja hoitamiseen.

Lomakkeen avulla seurataan ravitsemusta viikon ajan. Sen jälkeen katsotaan ohjeista, mitä jatkotoimenpiteitä ravitsemustila vaatii.

Taustatiedot

Nimi _____

Paino _____Pituus _____BMI _____

PVM _____

Seurannan peruste

Perussairaudet

Infektio

Makuuhaava

Painonlasku

Huono ruokahalu

Ongelmia syömisessä

Heikentynyt toimintakyky

Muu, mikä? _____

Vastaa oheisiin kysymyksiin joka ruokailun jälkeen. Merkitse pisteet taulukkoon. Esim. MA aamupalalla potilas syönyt puolet ruoasta, saa 1 pistettä. Potilas syönyt lounaalla kaiken ruoan, saa 0 pistettä. Laske päivittäin pisteet. Viikon päätteeksi lasketaan kaikki pisteet yhteen.

1. Ateria koko

a) pieni b) normaali c) suuri

2. Paljonko potilas söi tarjotuista ruoasta?

Aamupala

a) 0-25 % 2 pistettä

b) 26- 50 % 1,5 pistettä

c) 51- 75 % 1 pistettä

d) 76-100% 0 pistettä

Päiväkahvi, välipala ja iltapala

a) 25 % 1 pistettä

b) 50 % 0,5 pistettä

c) 100 % 0 pistettä

Lounas ja päivällinen

a) 0-25 % 3 pistettä

b) 26-50% 1,5 pistettä

c) 51-75 % 1 pistettä

d) 76-100% 0 pistettä

ATERIA	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
Aamupala							
Lounas							
Päiväkahvi							
Välipalat							
Päivällinen							
Iltapala							
Yhteensä							

Viikon päätteeksi laske kaikki pisteet yhteen ja katso alla olevista ohjeista jatkotoimenpiteet.

Mikäli saat tulokset:

0-10 pistettä= Noudata normaalia painonmuutosta ravitsemusta.

11-30 pistettä= Anna potilaalle normaalin ravinnon lisäksi tehojuomaa (esim. Nutri-drink) 200mlx3/vrk. tai rasvaemulsiovalmistetta (esim. Calogen) 30ml x3. /vrk.

Ruokaan voi lisätä kermaa, voita tai öljyä. Hyviä proteiinin lähteitä ovat maitotaloustuotteet esimerkiksi rahka.

31-50 pistettä= Anna potilaalle tehojuomaa 200ml x 3 tai rasvaemulsiovalmistetta 30ml x 3. Jatka normaalia ravitsemusta. Ota lisäksi yhteys ravitsemusterapeuttiin.

51-77 pistettä= Ota yhteys lääkäriin. Harkitaan nenämahaletkua, peg-ravitsemusta, parenteraalista ravintoa tms.

Riittävä ravintomäärä ikääntyneelle on 25-35 kcal/kg/vrk. Kun laitat annosta potilaalle, käytä avuksi normaalia lautasmallia. Huomioi että riittävään kalorimäärään on laskettu ruoan lisäksi myös leipäviipale. Jos potilas ei pysty syömään leipää, korvaa se jollain muulla.