

RAVITSEMUSHOIDON KEHITTÄMINEN KOTIHOIDOSSA

Marjut Lehtinen

Opinnäytetyö, syksy 2011

Diakonia ammattikorkeakoulu, Diak Itä

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Lehtinen Marjut

Ravitsemushoidon kehittäminen kotihoidossa. Pieksämäki, syksy 2011, 37 sivua, 2 liitettä.

Diakonia–ammattikorkeakoulu, Diak Itä Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Hyvinkään kaupungin toimeksiannon pohjalta. Hyvinkään kaupunki haluaa kehittää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoitoa ja opinnäytetyöni kyselytutkimuksen avulla on tarkoitus tuottaa tietoa kaupungin kotihoidon piiriin kuuluvien yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon toteutumisesta sekä kartoittaa kauppapalvelun ja ravitsemusohjauksen tarvetta.

Tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon kehittämisessä ja vaikuttaa sitä kautta myös elämänlaadun paranemiseen ja mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään.

Tutkimus on kvantitatiivinen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Kysely vietiin 60:lle kotihoidon asiakkaalle. Kyselylomakkeita palautettiin 34 kappaletta, vastausprosentti 56,7 %.

Kyselytutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että hyvään ravitsemukseen kiinnitetään huomiota sekä naisten että miesten keskuudessa. Tuloksissa nousee myös selkeästi esille kotihoidon asiakkaiden halu ja toive säilyttää fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky hyvänä, jotta voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Yhtenä kehittämisaiheena nousi ravitsemuksen ja lääkityksen yhteisvaikutusten tiedon lisääminen. Vastaajista 50 % ilmoitti epävarmuudestaan asian suhteen.

Asiasanat: ruokatottumukset, ravitsemushoito, toimintakyky, ikääntynyt, kaupassakäynti

ABSTRACT

Lehtinen Marjut

Development of nutritional care in home care. Pieksämäki, Autumn 2011. 37 pages, 2 appendices. Language: Finnish

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.

Degree: Bachelor of Nursing

The research was ordered by the city of Hyvinkää. The purpose of this study was to gain information for the development of nutritional care, shopping service and nutritional guidance in home care, Hyvinkää in the age group of over 75 year old citizens or for them who are receiving home care.

The study was a quantitative inquiry research. The data collection methods employed was a structured questionnaire. The questionnaire was taken to 60 home care customers and 34 (56,7 %) questionnaires were returned.

Based on the research questionnaire it can be said that men and women pay attention to good nutrition. Results of the questionnaire show also that homecare customers will and wish to maintain their physical, psychological and social functional ability so that they can live at home as long as possible. Questionnaire results show one development subject of knowledge in a nutrition and medical reactions. In the responses 50 % showed their hesitation within this answer.

Keywords: food habits, nutritional care, functional ability, aged, shopping

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	VANHUUS, TOIMINTAKYKY JA RAVITSEMUS	6
	2.1 Vanhuus	6
	2.2 Toimintakyky ja ravitseminen	6
	2.3 Ikääntyneen ravitseminen	8
	2.4 Ravitseminen ja lääkkeet	10
	2.5 Erityisruokavaliot	11
3	RAVITSEMUSHOITO JA –OHJAUS	12
	3.1 Ravitsemushoito	12
	3.2 Hoitajat ravitsemushoidon ohjaajina	13
4	KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN RAVITSEMUSTILA	14
	4.1 Aikaisempia tutkimuksia kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksesta	14
	4.2 Kotihoito Hyvinkäällä	15
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	16
	5.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	16
	5.2 Tutkimuksen kohderyhmä	17
	5.3 Aineiston keruu.....	17
	5.4 Aineiston analysointi	19
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	20
	6.1 Vastaajien taustatiedot.....	20
	6.2 Ruokatarvikkeiden ja aterian saanti.....	20
	6.3 Ravitsemuksen toteutuminen.....	21
	6.4 Ravitsemusohjauksen saaminen	22
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	23
	7.1 Validiteetti ja reliabiliteetti	23
	7.2 Eettisyys.....	25
8	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	27
9	POHDINTA	30
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	34
	Liite 1 kyselylomake	34
	Liite 2 saatekirje	37

1 JOHDANTO

Hyvä ravitsemustila on terveyden ja hyvinvoinnin edellytys kaikissa elämänkaaren vaiheissa. Ikääntyneillä ihmisillä hyvä ravitsemus ylläpitää terveyttä, toimintakykyä, nopeuttaa sairauksista toipumista sekä lisää elämänlaatua. Myös kotona asumisen mahdollisuudet pidempään ovat yleensä paremmat, mikäli ravitsemus on hyvä.

Kotihoidon piirissä on noin neljännes yli 75-vuotiaasta väestöstä. He saavat tarvitsemansa palvelut kotiinsa ja ovat riippuvaisia avusta myös ruoan hankinnassa, ruoan valmistuksessa ja ruokailuajankohdissa sekä ruokailussa. Kotona yksin tai iäkkään omaisen kanssa asuvia, lähes kaikissa perustoiminnoissa apua tarvitsevia, on yhä enemmän. Virheravitsemuksen riski kasvaa, jos apua tarvitaan kaupassa käyntiin ja ruoanlaittoon. Moni kotihoidon iäkäs asiakas on virheravitsemusriskissä sekä muutama prosentti on virheravittuja. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 22).

Hyvinkään kaupunki haluaa kehittää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoitoa ja opinnäytetyön tarkoituksena on löytää mahdollisia kehittämiskohteita. Opinnäytetyön kyselytutkimuksen avulla on tarkoitus tuottaa tietoa kaupungin kotihoidon piiriin kuuluvien yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon toteutumisesta sekä kartoittaa kauppapalvelun ja ravitsemusohjauksen tarvetta. Opinnäytetyön toimeksi antaja määritteli kysymykset, joiden pohjalta vastaajilta saatava tieto palvelisi parhaiten kotihoidon ravitsemushoidon kehittämistä tulevaisuudessa.

Tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon kehittämisessä ja vaikuttaa sitä kautta myös elämänlaadun paranemiseen ja kotona asumiseen mahdollisimman pitkään.

2 VANHUUS, TOIMINTAKYKY JA RAVITSEMUS

2.1 Vanhuus

Vanhuus on sarja erilaisia, eri tahtia eteneviä muutoksia, joita ei voi pysäyttää. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 11). Merja Tepposen (2009) mukaan yli 65-vuotiaita on kutsuttu ikääntyviksi, ikääntyneiksi, ikäihmisiksi, mutta myös vanhuksiksi ja vanhoiksi ihmisiksi. Aktiivisia ja hyväkuntoisia on kutsuttu seniorikansalaisiksi ja senioreiksi. Ihmisiä on ryhmitelty iän mukaan myös 1) nuoriin vanhoihin (65-74-vuotiaat), 2) vanhoihin (75-84-vuotiaat), 3) vanhoista vanhimpiin (yli 84-vuotiaat) ja 4) pitkäikäisiin, joita ovat yli 90-vuotiaat. (Tepponen 2009, 23).

Vanhuus on paljolti kokemuksellinen asia ja asennekysymys. Vanhenemisen uuden aikakauden taustalla vaikuttavat kolme tekijää: ihmisten pitkäikäisyys, vanhuuden moninaisuus ja vaihtelevuus (diverssiteetti) sekä eri sukupolvien vaatimukset. Pitkäikäisyyteen vaikuttavat ihmisen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemisprosessit, mistä aiheutuu muutospaineita vanhuspalvelujen kehittämiseksi. Vanhenemisessä ja vanhuudessa on alettu korostaa diverssiteettiä, joka merkitsee erilaisuutta, heterogeenisyyttä, monimutkaisuutta ja monikasvoisuutta. Esimerkiksi ikääntyneiden perherakenne on nykyisin aivan toinen kuin teollisen yhteiskunnan ydinperhemalli. Kolmas merkittävä seikka, joka vaikuttaa ”uuteen vanhenemiseen”, on se, mihin sukupolveen yksilö kuuluu, sillä eri sukupolvilla on erilaisia vaatimuksia. Sukupolvelle on siten ominaista siihen kuuluvan ryhmän kokema samanlaisuus jostakin yhteisestä ja toisaalta erilaisuus suhteessa johonkin toiseen ryhmään. (Koskinen ym. 1998.)

2.2 Toimintakyky ja ravitsemus

Toimintakyky on vanhenemisen ja vanhustenhoidon tärkein mittari, koska vanhenemismuutokset ja sairaudet näkyvät usein juuri toimintakyvyn heikentymisenä (Vallejo Medina ym. 2006, 57). Toimintakyvyn säilymisen tukena yksilöllinen ravitsemushoito, painonvaihteluiden ehkäisy ja lihaskunnon ylläpito ovat keskeisiä ikääntyneen hyvän ravitsemuksen tavoitteita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 12).

Ruokailu, ravitseminen ja hyvä ravitsemustila liittyvät kiinteästi ikääntyneen hyvinvointiin, toimintakykyyn, terveyteen ja sairauteen. Hyvän tasapainon säilyttäminen ravitsemustilassa on monimutkainen prosessi. Kuten tiedetään, niin vanhenemiseen liittyvät muutokset ovat hyvin yksilöllisiä. Iäkkäät ihmiset eivät ole homogeeninen joukko, vaan heidän tapansa, tottumuksensa sekä terveys- ja ravitsemustilansa vaihtelevat hyvin suuresti eikä erilaisuus liity kalenteri-ikään. Kaikkein vanhimmissa ikäryhmissä ongelmana on usein huono ruokahalu ja liian vähäinen energian saanti, josta seuraa painon lasku. Tämä heikentää nopeasti toimintakykyä ja riski laitoshoidosta kasvaa. (Soini 2009, 196–197.)

Toimintakyky vaihtelee ikääntymismuutosten, sairauksien ja henkilön kyvyllä ylläpitää toimintakykyään. Usein toimintakykyä arvioidaan henkilön kyvyllä selvitä arkirutiineista. Toimintakyky, tyytyväisyys elämään sekä itsearvostus ovat yhteydessä toisiinsa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimintakyvyllä tarkoitetaan tavallisesti arkirutiineista selviytymistä. Vanhuksen toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. (Vallejo Medina ym. 2006, 57.)

Ikääntymiseen liittyy monia muutoksia, jotka altistavat ravitseminen häiriöille ja vaikeuttavat niiden korjaantumista. Ikääntyvillä nälän ja janon tunne ovat usein vaimentuneet, lihaskatoa esiintyy, haju- ja makuaistissa tapahtuu muutoksia. Yleinen endofylaksian heikentyminen näyttäisi siis altistavan ravitsemushäiriöille sekä vaikeuttavan niiden korjaamista. (Suominen & Pitkälä 2010, 350351.) Riittämätön juominen johtaa matalaan verenpaineeseen, kaatumisriskiin ja erilaisten lääkkeiden kanssa munuaisten vajaatoimintariskiin. Riskiryhmiä ovat nielemisvaikeuksista kärsivät, ripulipotilaat ja kesäkuumalla kaikki ikääntyneet asukkaat. (Pitkälä 2002, 141.)

Aliravitsemustila aiheuttaa ikääntyneelle luukatoa, hidastumista haavojen paranemiseen, heikentynyttä lihastoimintaa sekä kaatumisriskiä, elimistön puolustusmekanismien heikentymistä ja erilaisia tulehduksia. Aliravitsemustilan seurauksena sairastuvuus lisääntyy. Heikentynyt ravitsemustila liittyy ikääntyneillä moniin sosiaalisiin ja psyykkisiin tekijöihin sekä sairauksiin, kuten masennukseen, dementiaan, kaatumisiin ja lonkkamurtumiin. Hyvä ravitsemustila auttaa ikääntyneitä pysymään omatoimisena ja siten nostaa hänen elämänlaatuaan, kun hän voi ottaa osaa sosiaaliseen elämään ja asua pidempään

omassa kodissaan. (Suominen & Pitkälä 2010, 351–352.) Ruoalla on sosiaalinen ja psykologinen merkitys ihmiselle. Myös kulttuurista ja uskonnosta johtuvat tavat ja rajoitukset vaikuttavat ruoan valintaan ja syömiseen. Näiden merkitysten ymmärtäminen on tärkeää jokaiselle ikääntyneiden kanssa työskentelevälle. (Suominen 2008, 20.)

Leena Putkonen (2011) jakaa iäkkäät kolmeen ryhmään aktiivisuuden mukaan. Ryhmät kuvaavat ikääntyneiden syömiseen ja ravinnontarpeeseen vaikuttavia tekijöitä:

GO GO, menossa mukana olevat, yleensä 60–75-vuotiaita, kotona asuvia, itse ruokansa laittavia.

GO SLOW, elämässä kiinni olevat, 75–85-vuotiaat, kotona tai palvelutalossa asuvat, ostokset lähikaupassa tekevät, yksinkertaista ruoanvalmistusta harrastavat, joilla on tilapäistä avuntarvetta.

NO GO, luopumisvaiheessa olevat, yli 85-vuotiaat, jotka astuvat jo vanhainkodissa, eivät tee enää itse ostoksia, eivätkä ruokaansa. (Putkonen 2011, 80).

2.3 Ikääntyneen ravitsemus

Ikääntyneen ihmisen hyvä ravitsemus ylläpitää terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Lisäksi hyvä ravitsemustila nopeuttaa sairauksista toipumista. Myös kotona asumisen mahdollisuudet pidempään ovat yleensä paremmat, mikäli ravitsemus on hyvä. (Valtion ravitsemussuositukset 2010, 8.)

Ikääntymiseen liittyy monia muutoksia, jotka vaikuttavat ravinnontarpeeseen, ruokavalioihin, ja syömiskäyttäytymiseen, nämä kaikki altistavat ravitsemushäiriöille. Iän myötä energian tarve vähenee, mutta suojaravinteiden tarve pysyy samana tai jopa lisääntyy sairauksien, lääkkeiden käytön tai heikon imeytymisen vuoksi. Lisäksi tulee muistaa, että mitä iäkkäämmästä henkilöstä on kyse, sitä suurempi on vajaa ravitsemuksen riski. Tämän vuoksi ruoissa tulisi suosia ravintoainetiheydeltään hyviä vaihtoehtoja, jotta proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden sekä välttämättömien rasvahappojen saanti olisi riittävää. (Putkonen 2011, 79–81.) Tutkimusten mukaan naiset, jotka valmistavat ruokaa itse, saavat enemmän energiaa ja ravintoaineita, kuin ateriapalvelun varassa olevat (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23).

Kun energian saanti on vähäinen, niin ikääntyneen on hyvä saada ravinnostaan vähintään 1,0-1,2g proteiinia vuorokaudessa painokiloa kohden. Tämä tarkoittaa noin 80–100 g proteiinia vuorokaudessa ja ruokavalion proteiinipitoisuus on usein huomattavasti pienempi. Myös vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve on aiempaa suurempi, joten terveelliseen ruokavalioon on syytä kiinnittää huomiota. Jossakin tapauksissa on perusteltua ottaa vitamiini- ja kivennäisaineita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23.)

Riskiryhmiä vajaaravitsemuksen saajiksi ovat muun muassa pitkäaikaissairaat, hiljattain puolisonsa menettäneet, yksinasuvat miehet, useita lääkkeitä käyttävät, sekä runsaasti alkoholia käyttävät ikäihmiset (Ihanainen ym. 2009, 85).

Mikäli yöllinen paasto on 15 h ja kaikki päivän ateriat tarjotaan 10 tunnin sisällä, jää potilaiden energiansaanti pienemmäksi kuin silloin, jos yöllinen paasto on lyhyempi ja ateriat tarjotaan pidemmän ajan kuluessa. Päivällinen ja iltapala tarjotaan valitettavan usein liian lähellä toisiaan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28.)

Ikääntymisen myötä myös suun limakalvo ohenee ja syljen erityks vähenee. Suusta tulee helposti haavoittuva ja tulehtuva, mikä puolestaan vaikeuttaa ruoan pureskelua. Niin ikään huonosti istuva irtoproteesi vaikeuttaa kovien ruoka-aineiden, kuten kasvisten käyttöä, jolloin kuidun, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti jää vähemmälle. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9.) Vesi ja sokerittomat juomat ovat suositeltavia suun hygienian kannalta. Aterioiden välillä voi imeskellä syljen eritystä stimuloivia tabletteja tai ksylitolipurukumia. Myös suun limakalvojen sivelyruokaöljyllä saattaa auttaa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 207.)

2.4 Ravitseminen ja lääkkeet

Ikääntyneille on tyypillistä liian vähäinen D-vitamiinin saanti. D-vitamiinin puutetta lisää vähäinen ulkoilu, jolloin auringon valon saanti jää vähäiseksi. Kaikille yli 60-vuotiaille suositellaan D-vitamiinin valmisteen päivittäistä käyttöä, annoksella 20 µg/vrk. D-vitamiinin lisäksi osteoporoosista tai osteopeniasta kärsivien tulee huolehtia riittävästä kalsiumin saannista. (Putkonen 2011, 79–81.)

Sekä lääkkeiden että ravinnon ja sen sisältämien aineiden vaikutukset elimistössä vaikuttavat useat eri tekijät, kuten metabolia ja imeytymisnopeus. Sen lisäksi perimä vaikuttaa siihen, miten lääkeaine toimii elimistössä. Ikääntyneiden kohdalla usein ilmenevät monisairastuvuus, useiden lääkeaineiden samanaikainen käyttö, vajaaravitseminen, heikentynyt aineenvaihdunta lisäävät sekä lääkeaineiden välisten yhteisvaikutusten että ravintoaineen ja lääkeaineen välisten merkittävien yhteisvaikutusten mahdollisuutta. Yhteisvaikutukset voivat muuttaa lääkkeen farmakokinetiikkaa tai farmakodynamiikkaa, mutta ne voivat myös monin tavoin vaikuttaa ravitsemustilaan. Lääkkeet voivat vaikuttaa syömiseen, sillä ne voivat muuttaa maku- tai hajuaistimuksia, voimistaa ruokahalua, ärsyttää vatsalaukkua, pahoinvointia tai ruokahaluttomuutta. (Arffman & Tiainen 2011, 228.)

Lääkeaineiden ja ravinnon sisältämän aineen väliset yhteisvaikutukset voidaan jakaa neljään tyyppiin. Ensimmäisen muodostavat biokemialliset tai fyysiset reaktiot, joiden yhteisvaikutuksena syntyy ravinto- ja lääkeaineiden hapettumisena, hydrolyysinä, neutraloitumisena tai kompleksin muodostumisena. Näitä yhteisvaikutuksia on erityisesti enteraalista tai parenteraalista ravintoa käytettäessä. Imeytymiseen vaikuttavat yhteisvaikutukset ovat yhteisvaikutuksista yleisimpiä. Ne lisäävät tai vähentävät lääkkeen biologista käytettävyyttä. Ne voivat välittyä entsyymien, biotransformaatioihin osallistuvien kuljetusmekanismien tai ruoansulatuskanavassa tapahtuvan imeytymistä vähentävän kompleksinmuodostuksen, sitoutumisen tai muiden toimintoja pysäyttävän mekanismin kautta. Yhteisvaikutus voi ilmetä myös ravinnon sisältämien aineiden ja lääkeaineiden jakautumisessa elimistön verenkiertoon pääsyn kautta. Neljäs vaihtoehto yhteisvaikutusten syntymiselle ovat muutokset lääke- ja ravintoaineiden eliminaatiossa ja puhdistumassa (antagonismi tai heikentynyt poistuminen munuaisten tai enterohepaattisen kierron kautta). (Arffman & Tiainen 2011, 228 -229.)

Ruokahalua heikentäviä ja aliravitsemusriskiä aiheuttavia lääkkeiden sivuvaikutuksia ovat suun kuivuminen (antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet, esimerkiksi trisykliset antidepressiivat, virtsanpidätyslääkkeet, antipsykootit, väsyttävät antihistamiinit ja parkinsonlääkkeet), pahoinvointi ja oksentelu (tulehduskipulääkkeet, serotiinin takaisinotonestäjät ja erytromysiini), ummetus (opioidit) ja kiihtynyt metabolia (tyroksiini). (Pitkälä 2002, 141.)

2.5 Erityisruokavaliot

Erityisruokavaliolla tarkoitetaan sairauden, fysiologisen tilan tai aineenvaihduntahäiriön hoidossa käytettävää ruokavaliota. Erityisruokavaliot tulee toteuttaa niin, etteivät ne heikennä ikääntyneen ravitsemusta tai elämän laatua, vaan ovat osana sairauden hoitoa. On kuitenkin todettu, että useampi kuin yksi erityisruokavalio rajoittaa jo huomattavasti ruokavalintoja. Tästä syystä ruokarajoitusten tarpeellisuutta on harkittava tarkkaan. Myös eri ruokarajoitusten noudattaminen voi olla vaikeaa, ellei mahdollista, mikäli ruokatottumuksia on muutettava paljonkin. Rajoitukset tulee purkaa heti tilanteen niin salliessa. (Ravitsemusterapeutin yhdistys ry, 2008, 76.)

Monissa tilanteissa, esimerkiksi laktoosi-intoleranssin ja keliakian hoidossa ruokavalio on ainoa hoitokeino. Aikuisiän diabeteksen hoidossa oikeat ruokavalinnat ovat olennaisen tärkeitä. Tällöin lääkehoito, jos sitä tarvitaan, tukee muuta hoitoa. Sopivalla ruokavaliolla on tärkeä merkitys myös muun muassa silloin, kun laihdutetaan tai kun pyritään pitämään verenpaine ja veren rasva-arvot kurissa. Erityisruokavalio on keskeinen osa myös muun muassa syövän, munuais- ja muiden elinsairauksien ja perinnöllisten aineenvaihduntasairauksien hoitoa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.)

3 RAVITSEMUSHOITO JA –OHJAUS

3.1 Ravitsemushoito

Hyvän ravitsemuksen turvaaminen edellyttää, että asiakkaalla itsellään, hänen läheisillään ja hoitohenkilökunnalla on tarvittavat tiedot ikääntymisen vaikutuksista ravinnon-tarpeeseen. Ravitsemusongelman tunnistamisessa ovat avainasemassa ne henkilöt, jotka ovat lähinnä asiakkaan jokapäiväistä arkea. Henkilöstö tarvitsee menetelmiä, joilla he voivat tunnistaa ja seurata asukkaiden ravitsemustilan muutoksia. Työntekijät voivat arvioida asukkaiden ravitsemustilaa esimerkiksi havainnoinnilla, täyttämällä ruokapäiväkirjaa, tai kyselylomakkeilla. (Suominen 2011, 26.)

Ravitsemushoidon tavoitteena on tukea asiakkaan terveyttä, estää vajaa- ja virheravitsemuksen syntyminen, korjata heikentynyt ravitsemustila, tukea elimistön vastuskykyä, hoitaa ja korjata sairaudesta johtuvia muutoksia elimistössä ravitsemusta muuttamalla, helpottaa asiakkaan pärjäämistä sairautensa kanssa, tukea asiakkaan toimintakykyä, elämänhallintaa ja kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestään (Haapa & Pölönen 2002, 17).

Tavanomainen ravitsemushoito, eli käytännön ravitsemushoito riittää kaikille niille asukkaille, joilla ei ole vajaaravitsemuksen riskiä. Käytännön ravitsemushoito toteutetaan yksilöllisesti perus- ja erityisruokavalion ja sopivan rakeisen ruoan avulla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 35.)

Toimivan ravitsemushoidon edellytys on, että ravitsemushoitopalvelut ovat tasarvoisesti ja oikea-aikaisesti kaikkien saatavilla. Toiminnassa kunnioitetaan asiakkaan omaa tahtoa, kulttuuria ja vakaumusta. Ravitsemushoito on vakuuttavaa, kun se pohjautuu ravitsemus- ja lääketieteeseen ja sitä toteutetaan yksilöllisesti kunkin asiakkaan kohdalla. Lisäksi ravitsemushoito on kiinteä osa asiakkaan kokonaisuhoitoa sekä vaikuttavuutta. (Haapa & Pölönen 2002,17.)

3.2 Hoitajat ravitsemushoidon ohjaajina

Ravitsemusohjauksen lähtökohtana on tukea asiakkaan kykyä ottaa vastuuta terveydestään ja sairautensa hoidosta sekä antaa tähän valmiuksia. Tilannekohtaisesti se voi käsitellä elintapojen, sairauden hoitoon suunnitellun ruokavalion ja ravitsemushoidon tehostamisen ohjauksen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 39.)

Ravitsemushoidon ja ohjauksen tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen. Ravitsemusohjauksessa korostuu asiakaslähtöisyys, ja tulee muistaa, että ruokatottumukset ovat usein syvään juurtuneita (Ihalainen ym. 2008,28.) Asiakkaalla on usein ratkaisut ravitsemusongelmiinsa, mutta työntekijän tavoitteena on auttaa asiakasta löytämään ne. Työntekijöiden tehtävänä on myös vahvistaa käyttökelpoisia ratkaisuja ja saada asiakas luopumaan toimimattomista malleista. (Ihanainen jne. 2008, 28.)

Yli 75-vuotiaiden kohdalla yksilökohtainen harkinta ravitsemussuosituksen ohjeistuksessa on tärkeää, koska terveyserot ovat suuria. Iäkkäämpien ryhmässä tulee turvata energian ja proteiinien saanti sekä ruokavalion monipuolisuus. Monilla ikääntyneillä saattaa olla samanaikaisesti käytössä useita lääkkeitä, jotka saattavat vaikuttaa ravitsemustilaan ja ravinnonsaantiin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009, 208.)

Asiakas saattaa tarvita apua aterian suunnittelussa, ostoslistan laadinnassa, kaupassa käynnissä ja ruoanvalmistuksessa. Jos ruoanvalmistus ei ole mahdollista, on tärkeää tukea asiakasta valmisruokien oikeaan käyttöön tai ohjata ateriapalvelun piiriin. Ruokatottumukset ovat usein syvään juurtuneita. Omatoimisuuden tukeminen ruokailussa ylläpitää asiakkaan toimintakykyä. (Ihanainen ym. 2008, 28.)

Ravitsemushoidossa ja -ohjauksessa korostuu lisäksi eri työntekijäryhmien yhteistyö. Vastuhenkilöinä ovat yleensä lääkäri, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, tarvittaessa apuna ovat myös esimerkiksi ravitsemusterapeutti ja suuhygienisti. Sosiaali- ja terveystieteiden työtehtävissä toimivalla tulee olla laajat tiedot tavanomaisista ravitsemukseen liittyvistä asioista. (Ihanainen ym. 2008, 29.)

4 KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN RAVITSEMUSTILA

4.1 Aikaisempia tutkimuksia kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksesta

Helena Soinin tutkimus ”Kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemus” ilmestyi vuonna 2004. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemustilasta, ravitsemukseen liittyvistä ongelmista sekä niiden hoidosta ja myös MNA-mittarin ominaisuuksista tässä väestössä. Lisäksi tutkittiin potilaiden suun terveydentilaa. (Soini 2004, 6.)

Perusjoukkona oli 470 kotisairaanhoidon yli 75-vuotiasta potilasta Etelä-Suomen kolmen kunnan alueelta. Tutkimukseen osallistui 178 potilasta. Ravitsemustila määriteltiin MNA-testin avulla. Strukturoidun kyselylomakkeen lisäksi osallistujille tehtiin suun tarkastus sekä syljen erityksen mittaus. Verinäytteistä tutkittiin lisäksi ravitsemukseen liittyviä arvoja. Tutkimukseen osallistuvista potilaista oli (n=178) puolella virheravitsemusriski ja kolme prosenttia virheravittuja. Monimuuttujamallin mukaan kotihoidon tai omaishoitajan apu ostoksien teossa, tai nielemisongelmat lisäsivät virheravitsemuksen riskiä merkitsevästi. Ateriapalvelujen käyttäjistä jätti 68 % ainakin osan ruoasta syötäväksi myöhemmin. Suun ja hampaiden terveys oli huono 51 potilaalla. (Soini 2004,6.)

Tulokset osoittavat, että noin puolella kotisairaanhoidon potilaista on vaikeuksia ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Ravitsemustilan arviointi on perustana ravitsemushoidolle, joka on osa potilaan kokonaishoitoa. Hoidon suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvät seikat, kuten ostosten teko, ruoanvalmistus, syöminen sekä suun terveys. (Soini 2004, 11–17.)

Merja Suominen tutkimuksessa vuodelta 2011, tutkittiin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa painoindeksin, painonpudotuksen, syödyn ruoan määrän, sairauksien ja syömiseen liittyvien ongelmien avulla. Lisäksi selvitettiin ravitsemushoidonkäytännöistä täydennysravintovalmisteiden käyttö. (Suominen 2011, 4.)

Tutkimukseen osallistui yhteensä 630 iäkästä kotihoidon asiakasta kuudesta eri kunnasta. Tutkittujen keski-ikä oli 80,3 vuotta ja naisia heistä oli 70 prosenttia. Suurin osa tut-

kituista asui yksin. Tutkittujen painoindeksin keskiarvo oli 27,1. Alipainoisia (BMI alle 21) heistä oli kymmenesosa, ja lievästi alhainen painoindeksi (21,0 -23,9) oli 16 %:lla. Vajaalla puolella (40 %) tutkituista painoindeksi oli 24,0–29,9. Ylipainoisia tutkituista oli runsas neljännes. Keskeisiä merkkejä siitä, että ikääntyneen ravinnonsaantiin on syytä kiinnittää erityistä huomiota:

- paino on alentunut nopeasti (yli 3 kg kolmessa kuukaudessa, punnitus suositeltavaa kerran kuussa)
- painoindeksi on alle 23 kg/m²
- syöminen on vähäistä
- ikääntynyt pystyy syömään pelkästään soseutettua tai nestemäistä ruokaa
- ikääntyneellä on toistuvia infektioita tai painehaavoja
- ikääntynyt odottaa leikkaukseen menoa tai on toipumassa sairaudesta

(Suominen 2011, 5.)

Suomessa ei ole tutkittu vajaaravitsemuksen yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia, mutta Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan ne edustavat jopa 10 prosenttia julkisista terveydenhuoltokustannuksista, eli vuonna v. 2003 olivat arviolta 7.3 miljardia puntaa. Vajaaravitsemus aikaistaa laitoshoidon tarvetta, pidentää sairaalassaolojaksoja, lisää lääkekustannuksia ja aiheuttaa esimerkiksi kaatumisia. (Suominen 2011, 4.)

4.2 Kotihoito Hyvinkäällä

Hyvinkäällä kotipalvelu ja kotihoito ovat yhdistyneet yhteiseksi kotihoidoksi vuonna 2001. Kotihoito on jaettu neljään kotihoitoalueeseen; pohjoiseen, itäiseen, läntiseen ja eteläiseen kotihoitoon, joiden yhteenlaskettu asiakasmäärä on noin 1000 asiakasta. Palvelujen käyttäjäasiakkaita ovat ikäihmiset, vammaiset/vammautuneet, pitkäaikaissairaat tai toipumassa olevat sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, joiden toimintakyky on heikentynyt eivätkä he kykene itsenäisesti tai avustettuna käyttämään avoterveydenhuollon vastaanoton palveluita ja /tai jotka tarvitsevat apua päivittäisissä henkilökohtaisissa perustoiminnoissaan useamman kerran viikossa. Kotihoidon palvelujen järjestämisen lähtökohtana on yksilöllisesti suunniteltujen palvelujen koordinoituyhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelun tuottajien kesken. (Hyvinkään kaupunki i.a.)

Kotihoito on henkilökohtaista hoivaa, huolenpitoa ja kotisairaanhoidoa sekä muita kotona selviytymisen tueksi tarjottavia tukipalveluja. Kotihoito tukee ja opastaa asiakasta selviytymään mahdollisimman omatoimisesti päivittäisistä toiminnoistaan. Palvelujen keskeisinä toimintaperiaatteina ovat toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä työote, omahoitajuus ja sujuva viestintä. Kotihoitoa toteutetaan yhdessä asiakkaan, omaisten ja eri yhteistyötahojen kanssa ja se perustuu kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kotihoidon palvelut järjestetään asiakkaan hoidon ja hoivan tarpeen perusteella. Palveluja on mahdollista saada seitsemänä päivänä viikossa. Mittareita hoidon laadulle ovat muun muassa dokumentoitu hoidon toteutus, asiakaspalautejärjestelmän käyttö ja seuranta, toimintakyvyn ja ravitsemustilan seuranta ja muutoksiin puuttuminen sekä Ravatietojen seuranta. (Hyvinkään kaupunki i.a.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Hyvinkään kaupungin kotihoidon piiriin kuuluvien yli 75-vuotiaiden kotona asuvien asiakkaiden ravitsemuksen toteutumista. Tarkoituksena on tuottaa tietoa kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon toteutumisesta sekä kartoittaa kauppapalvelun ja ravitsemusohjauksen tarvetta. Tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon kehittämisessä.

Kartoittavassa tutkimuksessa pyrittiin löytämään vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

Millaisena asiakkaat kokevat ravitsemuksensa toteutumisen?

1. Miten asiakkaat kokevat ravitsemushoidon saamisen?
2. Kuinka tärkeäksi asiakkaat kokevat kauppapalvelun saamisen?

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Hyvinkäällä kotihoito on jaettu neljään kotihoitoalueeseen: pohjoiseen, itäiseen, läntiseen ja eteläiseen kotihoitoon. Näistä alueista valittiin satunnaisesti kaksi kotihoitoaluetta (eteläinen ja läntinen), joiden asiakkaiden piirissä kyselytutkimus suoritettiin. Tutkimukseen osallistuvien joukko rajattiin toimeksiantajien pyynnöstä käsittämään säännöllisen kotihoidon piiriin kuuluvia yli 75-vuotiailta asiakkailta, jotka eivät kuuluneet ateriapalvelun piiriin ja joilla ei ollut diagnosoitua muistihäiriötä. Lisäksi asiakkaiden tuli pystyä vastaamaan kysymyksiin yksin, ilman lomakkeen täyttöapua. Tutkimusaineiston edustavuuden ja yleistettävyyden takaamiseksi otos kooksi tuli 60 henkilöä.

Perusjoukolla tarkoitetaan sitä havaintoyksiköiden joukkoa, josta halutaan tehdä johtopäätöksiä. Suuresta perusjoukosta luotettavuusnäkökulmat puolustavat otoksen poimimista. Otantatutkimuksessa laadunvalvonta on myös helpompaa, koska tulokäsittely saattaa olla helpompaa ja luotettavampaa. (Uusitalo 2001, 71.) Sopivalla otantamenetelmällä pyritään varmistamaan otoksen edustavuus. Parhaiten edustava otos saadaan satunnaisuutta apuna käyttäen. Edustavan otoksen avulla on mahdollista tehdä perusjoukkoa koskevia päätelmiä. (Jyväskylän yliopisto i.a.)

5.3 Aineiston keruu

Tutkimus on yleisluonteeltaan kvantitatiivinen. Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka oli kehitetty tätä opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön toimeksiantaja määritteli kysymykset, joiden pohjalta vastaajilta saatava tieto palvelisi parhaiten kotohoidon ravitsemushoidon kehittämistä tulevaisuudessa. Kyselylomake (Liite 1) sisälsi sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymyksissä vastaaja ympyröin haluamansa vastausvaihtoehdon. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset toivat tutkimukseen kvalitatiivisen piirteen. Tutkimuksessa haluttiin antaa vastaajille avointen kysymysten kautta mahdollisuus sekä kertoa millaisia esteitä heillä on oman ravitsemuksen toteuttamisessa että tuoda esille toivetaan ravitsemushoidon kehittämisen osalta. Taustatieto-osuudessa vastaajilta kysyttiin ikä, sukupuoli ja asumismuoto. Arvioinnin kohteena tulisi olla ohjeiden, kysymysten

selkeys, kysymyslomakkeen mitta ja lomakkeen täyttöön kuluneen ajan kohtuullisuus. (Vilka 2005, 88.)

Eteläisen ja läntisen kotihoidon esimiehiä ja hoitajia informoitiin tulevasta opinnäytetyöstä sekä siihen liittyvästä kyselytutkimuksesta koti- ja laitospalveluiden johtajan toimesta syyskuun alussa. Kyselylomakkeet lähetettiin kotihoitoalueille heti informoinnin jälkeen, opinnäytetyön tiukan aikataulutuksen vuoksi. Aineistonhankintamenetelmillä tarkoitetaan periaatteita ja tapoja, joilla tutkimuksen empiirinen aineisto kootaan tutkijan käyttöön. (Jyväskylän yliopisto i.a.)

Kysely voidaan toteuttaa monella tavalla: kyselyn toteuttamistapojen, kysymysten sisältöjen ja vastaajajoukon rajauksen valintaan vaikuttaa se, mitä tutkimuksessa halutaan saada selville. Kyselyn laatimiseen ja toteuttamiseen liittyy runsaasti tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa kyselyssä saataviin vastauksiin, vastausten informatiivisuuteen, kyselyn vastausprosenttiin ja kyselyn luotettavuuteen. Kyselyn toteuttaminen edellyttää sen ongelmakohtiin paneutumista etukäteen ja kyselyn pilotoimista ennen sen toteuttamista. (Jyväskylän yliopisto i.a.)

Hoitajat veivät 60:lle perusjoukosta satunnaisesti valikoidulle asiakkaalle kyselylomakkeet syyskuun toisella viikolla saatekirjeen (Liite 2) palautuskirjekuoren kanssa. Vastausaikaa lomakkeen viennistä palautukseen oli viikko. Koska kyselytutkimukseen osallistujat kuuluivat säännöllisen kotihoidon piiriin, oli hoitajien helppo kerätä täytetyt kyselylomakkeet palautuskirjekuorissa pois seuraavan kotihoitokäynnin yhteydessä. Hoitajat toimittivat asiakkaiden palautuskirjekuoret kotihoitoyksikköön, josta ne lähetettiin sisäisessä postissa opinnäytetyöntekijälle analysointia ja yhteenvedoa varten.

Kyselylomake tulee aina testata ennen käyttöön ottoa. Tässä tapauksessa kyselylomake testattiin ennen käyttöön ottoa pienellä joukolla ikääntyneitä (n=5). Kommenttien pohjalta pyrittiin kehittämään lomaketta edelleen. Testaus ei tarkoita vain, että joukko ihmisiä täyttää lomakkeen, vaan se tarkoittaa pikemminkin, että joukko arvioi kriittisesti lomaketta.

Kukaan hoitajista tai asiakkaista ei ottanut opinnäytetyön tekijään yhteyttä kyselytutkimuksen aikana. Kyselyt palautettiin sovitulla aikataululla 24.9.2011 mennessä.

5.4 Aineiston analysointi

Kun kyselylomakkeet palautettiin takaisin, tarkastettiin ja läpikäytiin saatu aineisto huolellisesti. Kyselylomakkeita palautettiin kaikkiaan 34/60, vastausprosentiksi saadaan 56,7 %, jota voidaan pitää hyvänä.

Seuraavaksi tarkastettiin vastausten täydellisyys, täsmällisyys ja yhteneväisyys. Kokonaan puutteellisia tai epäasiallisesti täytettyjä kyselylomakkeita ei ollut yhtään. Vastajat olivat noudattaneet kysymyslomakkeessa olevia ohjeita ja vastanneet pääsääntöisesti jokaiseen kysymykseen.

Aineistossa kiinnitetään huomiota muun muassa täydellisyyteen, täsmällisyyteen ja yhteneväisyyteen. Kun palautetut vastaukset on tarkistettu ja koodattu, jatketaan analyysiä erilaisin tilastollisin menetelmin. (Jyväskylä yliopisto i.a.)

Aineiston tarkastelussa käytettiin prosenttijakaumia ja keskiarvoja. Lisäksi ristiin taulukoinnin avulla tarkasteltiin sukupuolen vaikutusta vastauksiin. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä käyttäen deduktiivista eli teorialähtöistä sisällön analyysiä. Teorialähtöisessä sisällön analyysissä analyysiä voivat ohjata teemat, käsitekartta tai ajatuskokonaisuus. Tässä analyysitavassa sekä teoria että aiemmat tutkimukset aiheesta ohjaavat vahvasti käsitteiden ja luokitusten määrittelyä tutkimusaineistosta sekä analyysiä (Vilka 2005, 139145.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 34 kotihoidon asiakasta. Vastaajat olivat 69 ja 94 vuoden ikäisiä. Keski-ikäsi muodostui 85 vuotta. Vastaajakunta osoittautui varsin naisvoittoiseksi; vastaajista naisia oli 27 ja miehiä 7.

Asumismuodosta kysyttäessä (n=34), ilmoitti asuvansa yksin kaikista vastaajista 28 henkilöä, ja kahden tai useamman henkilön taloudessa asui vastaajista 6. Tuloksia tarkasteltaessa, voidaan todeta, että yksin asuvista henkilöistä oli suurin osa naisia, eli 23 henkilöä. Miehistä yksin asui 2 henkilöä.

6.2 Ruokatarvikkeiden ja aterian saanti

Kaikista kyselyyn vastanneista (n=34) ilmoitti valmistavansa ateriansa itse 16 henkilöä. Omainen valmisti ateriat viidelle vastaajalle, yksi ilmoitti käyvänsä ruokailemassa palvelutalossa, kahden ateriat valmisti kotihoito ja 10 vastaajaa lämmitti valmisruokia. Naisista 14 henkilöä ilmoitti tekevänsä ateriat itse, miehistä vain 2.

Ruokakaupassa kävi vastaajista (n=34) itse enää vain viisi. Vastaajista 11 ilmoitti pääsääntöisesti omaisen käyvän kaupassa ja vastaajista 13 ilmoitti kotihoidon käyvän kaupassa. Vastaajista kaksi ilmoitti saavansa kaupassa käyntiin apua ystävältä, kahdelle kävi omaisten lisäksi kaupassa kauppartio ja kahdelle vastaajista kävi kaupassa kotihoidon lisäksi kauppartio. Vastaajista kolme ilmoitti asiaa kysyttäessä kolme eri vaihtoehtoa; itse, omainen tai kotihoito.

Kysymykseen kuinka monta kertaa vastaajat (n=34) haluaisivat saada kaupassakäyntiä viikossa, niin kuusi vastaajaa ei halunnut apuja kaupassakäyntiin. Vastaajista 19 katsoi tarvitsevänsä apua kaupassakäyntiin kerran viikossa ja 9 vastaajaa kaksi kertaa viikossa.

6.3 Ravitsemuksen toteutuminen

Kun vastaajilta kysyttiin montako lämmintä ateriaan he syövät päivässä, mukaan laskien puurot ja vellit, niin vastaajista (n=34) jokainen ilmoitti syövänsä vähintään yhden lämpimän aterian päivässä. Kaksi lämmintä ateriaa söi kaikista vastaajista 16 henkilöä. Kolme tai useamman lämpimän aterian söi vastaajista 8. Päivässä kolme tai useamman lämpimän aterian syöjät olivat kaikki naisia. Erityisruokavalio (n=33) oli seitsemällä vastaajalla.

Hedelmiä ja vihanneksia söi päivittäin vastaajista 28 (n=34) henkilöä. Lähemmän tarkastelun pohjalta voidaan todeta, että naisista söi hedelmiä ja vihanneksia päivittäin suurin osa, eli 23/27. Naisista vain neljä ilmoitti ilmoitti, etteivät syö hedelmiä ja vihanneksia päivittäin. Miehistä 5/7 söi päivittäin hedelmiä ja vihanneksia.

Vastaajista 26:lla (n=32) oli hammasproteesi. Naisilla hammasproteesi oli 21 vastaajalla ja miehillä 5 vastaajalla. Niistä vastanneista, jotka ilmoittivat, että heillä on hammasproteesi, niin hammasproteesin kanssa oli vaikeuksia 10 vastaajalla, joista viidellä hieman vaikeuksia. Kolmella vastaajalla oli kyselyn mukaan jonkin verran vaikeuksia ja kahdella oli paljon hankaluuksia hammasproteesin kanssa. Kyselyyn vastanneista kuudella ei ollut lainkaan vaikeuksia proteesin käytössä.

Kysymykseen ilta- ja aamuruokailun tauon pituudesta, asiakkaiden vastausten hajonta oli varsin suuri. Erilaisia ilta- ja aamuruokailun tauon pituuksia ilmoitettiin 12, joista kahdeksalla vastaajalla tauon pituus oli 8-11 tuntia, 12 -13 tuntia 20 vastaajalla ja 14 -15 tuntia kuudella vastaajalla.

Oman ravitsemuksen toteuttamisen esteistä kommentoi 15 (n=20) vastaajaa. Näistä 10 vastaajaa koki, että heillä oli fyysisiä esteitä ravitsemuksen toteuttamisessa. Vastaajat ilmoittivat esteiksi muun muassa huonot jalat, ruoka pitää tehdä istuallaan, väsymyksen ja ettei jaksa seisoa ruokaa laittaessa. Muista esteistä vastauksissa mainittiin huonon proteesi, huono ruokahalu, vatsan toiminnan ongelmat sekä kaupassa käynnin ongelmat.

Kysyttäessä toiveista hyvän ravitsemuksen toteuttamiseen antoi vastauksen 12 (n=20) vastaajaa. Toimintakyvyn ylläpitäminen mahdollisimman pitkään, omatoimisuus sekä kotona asuminen nousivat tulksia tarkastellessa esille.

6.4 Ravitsemusohjauksen saaminen

Vastanneista 22 henkilöä (n=33) ei kyselyyn vastaamisen perusteella ollut saanut ravitsemusohjausta. 11 vastanneista oli saanut ravitsemusohjausta.

Ravitsemusohjausta saaneista 8 henkilöä oli saanut ravitsemusohjausta hoitohenkilökunnalta. Yksi vastaaja oli lisäksi saanut ohjausta lääkäriltä, neljä vastaajaa sairaanhoitajalta, yksi vastaaja lehdistä ja yksi ilmoitti olleensa alalla. Vastaajista 8 koki saaneensa riittävästi ravitsemusohjausta ja ei osaa sanoa ilmoitti kolme vastaajaa.

Kysymykseen lääkityksen vaikutuksesta ravitsemukseen (n=34), vastasi yksi tietävänsä paljon lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen, vastaajista 16 jonkin verran, en osaa sanoa 9 vastaajaa ja lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen ei tiennyt lainkaan 8 vastaajaa.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

7.1 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti ja reliabiliteetti ovat keskeisiä käsitteitä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa halutaan tutkia. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta, ei-sattumanvaraisuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 216.)

Satunnaisvirheitä voi syntyä monestakin syystä. Esimerkiksi vastaaja voi muistaa asian väärin, ymmärtää kysymyksen toisin kuin tutkija on ajatellut, tai vastaaja voi merkitä vastauksen väärin. Myös tutkijan tallentaessa analyysia, voi tapahtua virheitä. Vaikka tavoitteena onkin asetettu mahdollisimman reliabeli mittaustapa, puutteellinen reliabiliteetti ei välttämättä ole tutkimukselle tuhoisa. Käytettyjen mittarien reliabiliteetti on tärkeä arvioida. Siinä määrin kuin mittaaminen on reliabelia ja validia, tutkimusaineisto on sisäisesti luotettavaa. Aineiston ulkoinen luotettavuus toteutuu silloin, kun otos edustaa perusjoukkoa. Nämä molemmat luotettavuuden osatekijät yhdessä määrittävät tutkimuksen luotettavuuden. (Uusitalo 2001, 84.)

Tutkimukseen osallistuvien joukko on rajattu käsittämään asiakkaat, jotka eivät kuulu ateriapalvelun piiriin ja joilla ei ole yli diagnosoitua muistihäiriötä. Tarkoituksena oli, että asiakkailla oli kyky ymmärtää kysymykset ja vastata niihin itsenäisesti. Tutkimusaineiston edustavuuden ja yleistettävyyden takaamiseksi otos kooksi tuli 60 henkilöä. Kyselylomake vietiin henkilöstön toimesta 60:lle perusjoukosta satunnaisesti valitulle asiakkaalle. Näin taattiin tarpeeksi suuri otanta tutkimukselle, huolimatta siitä, etteivät kaikki asiakkaat palauttaisi kyselyä.

Otantatutkimus on halvempi kuin kokonaistutkimus ja tulokset saadaan nopeammin. On ehkä yllättävää, mutta otantatutkimuksen tulokset voivat olla myös luotettavampia kuin kokonaistutkimuksen. Otantatutkimuksessa voidaan panostaa enemmän huolelliseen ja tarkkaan mittaamiseen sekä valitun otoksen tavoittamiseen. (Virtuaaliammattikoulu i.a.) Määrällisessä tutkimuksessa puhutaan otoksesta, joka on jokin perusjoukon määriteltä osa. Suositellaan, että tilastoaineistoajaja varten aineiston koon tulisi olla 30 tai enem-

män. Muutoin aineiston edustavuus ja yleistettävyyys ovat ongelmallisia. (Tuomi 2007, 141.)

Mittarin luotettavuus on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita, sillä tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen. Mittarin herkkyyttä tarvitaan erottamaan käsitteestä eri tasoja ja kuvaamaan tutkittavaa käsitettä oikein. Mittarin luotettavuutta voidaan parantaa eri keinoilla. Hyvä kirjallinen ja suullinen ohjeistus auttaa välttämään vääринymmärryksiltä. Kyselylomake pyritään tekemään siten, että kysymykset ovat selkeästi ymmärrettävissä eikä kysymyksiä ole liikaa. Kyselylomakkeen esitestauksella varmistetaan, että kysymykset ovat valideja ja ymmärrettäviä sekä mittaavat sitä, mitä halutaan tutkia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206, 207.)

Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, jossa oli monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä ja sekamuotoisia kysymyksiä. Kyselylomake oli kehitetty tätä opinnäytetyötä varten ja testattu pienellä otosjoukolla (n=5). Kysymyslomakkeen kysymykset haluttiin pitää lyhyinä ja selkeinä, jotta ikäihmisten olisi ne helppo ymmärtää. Myös kysymysten määrää rajattiin ottamalla mukaan vain toimeksiantajan ehdottamia kysymyksiä, jottei kysymysten määrä olisi noussut liian suureksi. Kysymyslomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, joissa vastaaja sai tuoda esille omat ravitsemushoidon kehittämisehdotuksensa. Hoitajat veivät asiakkaille kyselylomakkeet saatekirjeen kanssa sekä palautuskirjekuoren. Tarkoitus oli, että asiakkaat pystyvät vastaamaan yksin kysymyksiin, ilman kysymyslomakkeen täyttöapua. Näin ulkopuolinen henkilö tai hoitaja ei pääse vaikuttamaan asiakkaan vastaukseen. Vastausaikaa lomakkeen viennistä palautukseen oli viikko.

Koska kysymyslomakkeessa oli mukana myös avoimia kysymyksiä, huomioin luotettavuuden arvioinnissa myös kvantitatiivisen luotettavuuden kriteerit. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on luotettava, kun tutkimuksen kohde ja tulkittu materiaali eivät ole yhteen sopimattomia. Viime kädessä luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. (Vilka 2005, 158.)

Kysymyksiä ei laadita pelkästään uteliaisuudesta, koska liian runsas kysymysten määrä pelkästään väsyttää vastaajia. Esitestauksen aikana kannattaa tarkistaa, kuinka pitkiin

kysymyssarjoihin vastaajat ovat motivoituneita vastaamaan. Jos kysymysten määrä ylittää 30, kannattaa jo ryhtyä kriittiseen määrän tarkasteluun. Lisäksi lopullinen kyselylomake kannattaa pitää niin lyhyenä, yksinkertaisena ja suoraviivaisena kuin mahdollista. Liian monimutkaiset, raskaat ja vaikeaselkoiset lomakkeet pelottavat monia vastaajia ja kasaavat tuloksia enemmän asiaan perehtyneisiin, enemmän koulutettuihin ja niihin, jotka voivat uhrata enemmän aikaa vastaamiseen. (Virtuaaliammattikorkeakoulu i.a.)

Työn ohella opinnäytetyön tekeminen on haastavaa ja aikataulutuksen opinnäytetyön tekemiseen tiukka. Kuitenkin haasteellisuudesta huolimatta panostettiin opinnäytetyön tekemisessä huolellisuuteen, aikataulutukseen ja tulosten analysointiin, näin työ kokonaisuudessaan eteni suunnitelmien mukaan. Työn joustavaan etenemiseen vaikutti positiivisesti ohjaajan nopea palautteenanto aina pyydettyä.

Erityisesti opinnäytetöiden aikataulujen suunnittelussa on tärkeää arvioida ohjaajien kanssa aikataulun realistisuutta, koska opinnäytetöitä tehdään usein muun työn ohessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 77).

7.2 Eettisyys

Tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen haettiin Hyvinkään Koti- ja laitoshoidon johtajaylilääkäriltä. Tutkimuslupaa myöntävä virkamies tarkastaa tutkimussuunnitelman sekä siihen liittyvät eettiset perusteet tarkasti ennen tutkimusluvun myöntämistä. Tutkimuslupa myönnetään, kun kaikki kohdat täyttyvät. Tässä kyselytutkimuksessa noudatettiin tarkoin eettisiä ohjeistuksia ja säännöksiä.

Vaikka tutkimuksen tekijä työskentelee itse koti- ja laitospalveluissa, se ei ole vaikuttanut tutkimusluvun myöntämiseen tai tutkimukseen millään tavoin. Organisaation tunteminen on ainoastaan mahdollistanut opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden etenemisen nopeassa aikataulussa.

Tutkimuksen tekijän rooli tutkittavan yhteisön jäsenenä puolueettomuusnäkökulmasta katsottuna tulee olla arvovapaata. Arvovapaaksi taas tutkimuksen tekee se, että tutki-

muksen tekijä pyrkii tekemään kaikki asiat mahdollisimman näkyviksi. (Vilka 2005 160.)

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen tutkimuksen ydin. Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla viitataan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Tällöin tarkistellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Perusvaatimus on, ettei tutkimusaineistoa luoda tyhjästä tai väärennetä. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten aihetta tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Hoitajille kerrottiin opinnäytetyöstä sekä siihen liittyvästä kyselytutkimuksesta, jotta myös he osasivat tarvittaessa kertoa asiakkaille tutkimuksesta. Asiakkaille kyselylomakkeen mukana mennessä saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksesta, siihen osallistumisesta sekä tietojen käsittelytavasta. Saatekirjeen lopussa oli tutkimuksen tekijän yhteystiedot, mahdollisia kyselyjä varten. Kukaan asiakkaista eikä hoitajista ottanut yhteyttä tutkimuksen tekijään. Kyselytutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja anonymiteetin säilymisen huomioin tarkasti, kyselylomakkeet olivat koodaamattomia. Asiakkaita ei pysty tunnistamaan aineistosta, koska tiedot käsiteltiin täysin luottamuksellisesti nimettöminä. Tutkimus toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, noudattaen eettisiä ohjeita.

Saatekirje antaa vastaajalle tarpeellisen tiedon tutkimuksen tarkoituksesta ja aineiston luottamuksellisesta käsittelystä. Tutkimusta varten kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti työn raportoinnin ja julkaisun jälkeen. (Tuomi 2007, 145 -146.)

Tutkimuksen teon eri vaiheet ja tulokset on pyritty raportoimaan rehellisesti sekä tuomaan esille myös tutkimuksen haasteelliset kohdat. Opinnäytetyön aikana saatu kritiikki ja kannustus on edistänyt oppimisprosessia.

8 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kokonaisuutena ottaen kyselytutkimus antoi hyvin samanlaisia tuloksia, kuin aikaisemmat tutkimukset kotihoidon tukipalvelujen ja iäkkäiden ravitsemuksen osalta (esimerkiksi Helena Soinin tutkimus vuodelta 2004 ja Merja Suomisen vuodelta 2011).

Sukupuolten välillä on havaittavissa eroja ruokatarvikkeiden käytössä. Naiset käyttivät enemmän vihanneksia ja hedelmiä kuin miehet. Lämpimien aterioiden määrä päivässä oli naisilla kahdesta kolmeen, kun taas miehistä suurin osa söi yhden lämpimän aterian. Kaksi lämmintä ateriaa ilmoitti syövänsä 16 kaikista vastaajista. Kaiken kaikkiaan naisten ruokavalio oli lähempänä suosituksia kuin miesten. Erikoisruokavalioiden määrä oli alhainen, kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa on tullut ilmi.

Tutkimusten mukaan naiset, jotka valmistavat ruokaa itse, saavat enemmän energiaa ja ravintoaineita, kuin ateriapalvelun varassa olevat (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23). Iäkkäiden ravitsemustutkimuksessa vuodelta 2009, kaksi lämmintä ateriaa söi 32 % tutkituista, yleisintä lämpimien aterioiden syöminen oli vanhimmissa ikäryhmissä ja naimisissa olevilla. Pieni osa miesleskistä ei syönyt yhtään lämmintä ateriaa

Asiakas saattaa tarvita apua aterian suunnittelussa, ostoslistan laadinnassa, kaupassa käynnissä ja ruoanvalmistuksessa. Jos ruoanvalmistus ei ole mahdollista, on tärkeää tukea asiakasta valmisruokien oikeaan käyttöön tai ohjata ateriapalvelun piiriin. Ruokattumukset ovat usein syvään juurtuneita. (Ihanainen ym. 2008, 28.)

Vastanneista, joilla oli ilmoituksensa mukaan hammasproteesi, oli hammasproteesin kanssa vaikeuksia 10:lla. Kaksi vastaajista ilmoitti, että heillä on paljon hankaluuksia hammasproteesin kanssa. Kun asiakkaat kertovat, että ruokailu on hankalaa huonon hammasproteesin vuoksi, niin tutkimuksessa ei selvinnyt, mistä syystä asiakkaiden tilanteeseen ei ole tullut korjausta.

Hoidon suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvät seikat, kuten ostosten teko, ruoanvalmistus, syöminen sekä suun terveys. Noin puolella kotisairaanhoidon potilaista on vaikeuksia ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Ravitsemus-

tilan arviointi on perustana ravitsemushoidolle, joka on osa potilaan kokonaishoitoa. (Soini 2004, 11 -17.)

Opinnäytetyön toisena tavoitteena oli selvittää kuinka tärkeäksi asiakkaat kokevat kauppapalvelun saamisen. Tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että asiakkaat ovat jokseenkin tyytyväisiä kauppapalveluiden nykyiseen saatavuuteen. Vastaajat (13) ilmoittivat pääsääntöisesti saavansa kotihoidon kautta tarvittavat ruokatarvikkeet, omaiset kävivät kaupassa 11 vastaajalle ja vain viisi vastaajista kävi enää yksin kaupassa. Vain kaksi vastaajaa toivoi saavansa lisää kauppapalveluja.

Hyvinkäällä kauppapalvelu myönnetään asiakkaalle, joka on kotihoidon säännöllisten palvelujen piirissä ja jonka fyysinen tai psyykinen toimintakyky rajoittaa kauppa-asioinneista selviytymistä ja jolla ei ole läheisiä avustamassa. Kotihoidon henkilöstö toimittaa kaupasta asiakkaan omaa viikoittaista tarvetta vastaavat kauppatavarat (enintään 2 ostoskassia / kerta). Jos asiakas ei tarvitse muuta kotihoidon palvelua, ohjataan hänet ostamaan kauppapalvelut yksityisesti. Niille säännöllisen kotihoidon palvelujen piirissä oleville henkilöille, joille on myönnetty asiointiin kuljetuspalvelua, ei pääsääntöisesti myönnetä kauppapalvelua. (Hyvinkään kaupunki i.a.)

Kysymykseen lääkityksen vaikutuksesta ravitsemukseen, vastasi yksi tietävänsä paljon lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen, 16 vastaajista jonkin verran, en osaa sanoa 9 ja lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen ei tiennyt lainkaan 8. Yllättävän huonosti vastaajat kertoivat tuntevansa lääkkeiden ja ravitsemuksen yhteisvaikutuksia. Avoimissa kysymyksissä tuli esille vastaajien tuntemuksia, kuten väsymystä ja voimattomuutta. Ovatko tuntemukset vain iän tuomia hankaluuksia vai voisivatko oireet johtua eri lääkkeiden yhteisvaikutuksista? Yhteisvaikutukset voivat muuttaa lääkkeen farmakokinetiikkaa tai farmakodynamiikkaa, mutta ne voivat vaikuttaa myös monin muin tavoin. Lääkkeet voivat vaikuttaa syömiseen, sillä ne voivat muuttaa maku- tai hajuaistimuksia, voimistaa ruokahalua, ärsyttää vatsalaukkua, pahoinvointia tai ruokahaluttomuutta. (Arffman & Tiainen 2011, 228.)

Kysymykseen ilta- ja aamuruokailun tauon pituudeksi ilmoitti 12 -13 tuntia 20 vastaajalla ja kuusi vastaajaa 14-15 tuntia. Ravitsemussuosittelujen mukaan tauko ei saisi olla 11 tuntia pidempi. Mikäli yöllinen paasto on 15 h ja kaikki päivän ateriat tarjotaan 10

tunnin sisällä, jää potilaiden energiansaanti pienemmäksi kuin silloin, jos yöllinen paasto on lyhyempi ja ateriat tarjotaan pidemmän ajan kuluessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28.)

Kaikkein tärkeimmäksi asiaksi nousi kyselytutkimuksen pohjalta asiakkaiden halu elää itsenäistä elämää, laittaa itse ruokansa, käydä kaupassa ja viettää toimintakykyistä elämää kotona mahdollisimman pitkään.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon toteutumisesta sekä kartoittaa kauppapalvelun ja ravitsemusohjauksen tarvetta.

Nämä toimeksiantajan tavoitteet kyselytutkimukselle saavutettiin ja tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kotihoidon kehittämiseen.

Jatkotutkimusaiheena lääkityksen ja ravitsemuksen yhteisvaikutusten osalta on lisätutkimukseen tarvetta. Kyselytutkimuksen perusteella puolet vastaajista ei tiennyt yhteisvaikutusten mahdollisuudesta paljoakaan tai ei lainkaan.

Suuri vaikutus ravitsemushoidon onnistumiseen on myös henkilökunnan osaamisella. Tästä syystä kotihoidon hoitajien ravitsemusosaamiseen osana hoitotyön ammattitaitoa tulee kiinnittää huomiota. Jatkotutkimusaiheena voisi olla hoitajien ravitsemusosaamisen eri osa-alueiden kartoittaminen, jotta saadaan esille mahdolliset kehittämisalueet ja sitä kautta täsmäkoulutusta valitulla alueella.

9 POHDINTA

Opinnäytetyö on toteutettu toimeksiannon pohjalta. Tutkimuksen tavoitteet ja kehittämistarpeet ovat kotihoidon tärkeiltä osa-alueilta ja varsin ajankohtaisia. Vanhusten ravitsemukseen ei osata kiinnittää tarpeeksi huomiota aina edes hoitohenkilöstön osalta, vaikka ravitseminen on tärkeä osa toimintakyvyn ylläpidossa.

Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon kehittämisessä ja muutamia selkeitä kehittämisalueita nousikin esille. Varsinkin lääkityksen ja ravitsemuksen yhteisvaikutusten tietämys on asiakkailla tämän tutkimuksen tulosten valossa vajavaista, kuten myös suun terveydenhuollon ongelmien hoito.

Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena, jossa oli mukana kaksi avointa kysymystä. Tutkimuksen tulokset olisivat voineet olla informatiivisemmat, mikäli olisi käytetty haastattelua kyselytutkimuksen sijaan. Vanhusten kyky vastata avoimiin kysymyksiin on selkeästi rajallinen.

Asiakkaiden mahdollisen virheravitsemuksen esiintyminen kyselytutkimuksen ohessa olisi ollut hyvä selvittää esimerkiksi MNA-tutkimuksen avulla. Näin tutkimuksesta saatua tietoa olisi ollut helpompi vertailla asiakkaiden antamiin vastauksiin oman ravitsemuksen toteutumisesta.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut rankka, vauhdikas, nopea ja erittäin haastava prosessi. Haastavuutta on lisännyt työelämän ja opinnäyteprosessin yhdistäminen. Kuitenkin prosessi on ollut erittäin mielenkiintoinen ja opettavainen.

Lopuksi haluan kiittää lämpimästi kaikkia, joiden kanssa olen opinnäytetyöni eri vaiheissa saanut tehdä yhteistyötä.

LÄHTEET

- Anttila, Pirkko i.a. Kyselyyn perustuvan tutkimuksen suorittaminen. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Viitattu 18.10.2011.
<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289345955/1194290010211.html>
- Arffman, Senja & Tiainen, Marja-Leena. 2011. Ravitsemus apteekkityössä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Haapa, Elina. & Pölönen, Auli. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:12. Helsinki. Viitattu 2.9.2011.
<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:jreDZnNsgIkJ:pre20031103.stm.fi/>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. Erityisruokavaliot. Viitattu 10.10.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,5544,5546,5561>
- Hiltunen, Heidi. & Luukkonen, Tanja 2007. Hyvinvointia oikealla ravitsemuksella- opaslehtinen ikääntyneelle. Opinnäytetyö. Viitattu 22.7.2011.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/5945/stadia-1179162498-6.pdf?sequence=1>.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Saajavaara, Paula 2006. Tutki ja Kirjoita. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jyväskylän yliopisto i.a. Määrällinen analyysi. Humanistisen tiedekunnan avoimia materiaaleja. Viitattu 18.10.2011.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>
- Hyvinkään kaupunki i.a. Kotihoito. Viitattu 1.10.2011.
<http://www.hyvinkaa.fi/Perhe--ja-sosiaalipalvelut/Ikaihmisten-palvelut/Kotona-asuminen-ja-palvelut/Kotihoito/>
- Ihanainen, Merja; Lehto, Marjaana; Lehtovaara, Armi & Toponen, Tiina 2008. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa.2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Koskinen, Simo; Aalto, Leena; Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva. 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri, 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Pitkälä, Kaisu 2002. Ikäihmisen ravitseminen. Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasovaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Finne-Soveri, Harriet (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Putkonen, Leena 2011. Ravitseminen eri ikäkausina. Teoksessa Arffman, Seija & Tiainen, Anna-Maija (toim.) Ravitseminen apteekkityössä. Helsinki, Edita.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Soini, Helena 2009. Ikääntyneen hyvä ravitseminen. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Soini, Helena 2004. Nutrition in patients receiving home care. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.
- Suominen, Merja 2011. NutriAction 2011 Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila.
- Suominen, Merja 2005. Ravitseminen vanhusten toimintakyvyn ylläpitäjänä. Vanhustyön keskusliiton raportti 2/2005. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Suominen, Merja 2008. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot - Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Vammala; Vammalan Kirjapaino Oy.
- Suominen, Merja & Pitkälä, Kaisu 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitseminen. Teoksessa Reijo Tilvis, Kaisu Pitkälä, Timo Strandberg, Reijo Sulkava ja Matti Viitanen (toim.) Geriatria. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. i.a. Iäkkäiden ravitseminen. 2009. Viitattu 10.10.2011. <http://www.ktl.fi/portal/2694>
- Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet, 171. Kuopio.
- Tilvis, Reijo 2001. Vanhusten ravitseminen. Teoksessa Reijo Tilvis, Antti Hervonen, Pirkko Jäntti, Aapo Lehtonen ja Raimo Sulkava (toim) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy-

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue: johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen.

Helsinki: Tammi.

Uusitalo, Hannu 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. 1.-7. painos. Juva: WSOY,

Vallejo Medina, Aila; Vehviläinen, Sirpa; Haukka, Ulla-Maija; Pyykkö, Virpi & Kivelä,

Sirkka-Liisa 2006. Vanhustenhoito. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Helsinki: Edita publishing

Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsin-

ki: Edita Publishing Oy.

Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen, Marita 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen

luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita & K. Vehviläinen-Julkunen,

Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2-painos. Juva: WSOY.

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja Kehitä. Helsinki: Tammi.

Virtuaaliammattikorkeakoulu i.a. Kvantitatiiviset tutkimusmenetelmät. Viitattu

19.10.2011.

<http://www2.amk.fi/mater/tutkimusmenetelmat/kvantitat/kuvailu/index.htm>

LIITTEET**Liite 1 kyselylomake****RAVITSEMUSHOIDON KEHITTÄMINEN HYVINKÄÄN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA -TUTKIMUS**

Ympyröikää mielestänne sopivin vastausvaihtoehto ja avoimeen kysymykseen kirjoittakaa vastaus.

A. Taustakysymyksiä:

1. Ikä_____vuotta

2. Sukupuoli

1. mies

2. nainen

3. Asumismuoto

1. yhden henkilön talous

2. kahden tai useamman henkilön talous

B. Tutkimuskysymykset:

4. Onko teillä lääkärin määräämää erityisruokavaliota?

1.Ei

2.Kyllä, mikä_____

5. Onko Teillä hammasproteesi?

1. Kyllä

2. Ei

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ”Ei”, siirtykää suoraan kysymykseen 7.

**6. Jos käytössäsi on proteesi, niin onko teillä proteesin vuoksi hankaluuksia pu-
reskella ruokaanne?**

1. ei lainkaan vaikeuksia
2. hieman vaikeuksia
3. ei vaikeuksia
4. jonkun verran vaikeuksia
5. paljon vaikeuksia

7. Kuka käy Teille ruokakaupassa?

1. Itse
2. Omaiset
3. Ystävä
4. Kotihoito
5. Muu, mikä _____

8. Montako kertaa viikossa haluaisitte kaupassakäyntiapua?

1. _____ kertaa

9. Kuka valmistaa aterianne?

1. Itse
2. Omainen
3. Ystävä
4. Muu, kuka _____

10. Montako lämmintä ateriala (sisältää puurot ja vellit) syötte päivittäin?

1. yhden aterian
2. kaksi
3. kolme tai useamman

11. Syöttekö hedelmiä ja/tai vihanneksia joka päivä?

1. Kyllä
2. En

12. Oletteko saanut ravitsemusohjausta?

1. Kyllä
2. En

13. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ”Kyllä”, niin keneltä olette saanut ohjausta? Mainitkaa kaikki käyttämäne ravitsemusohjausta antaneet tahot

1. kotihoitohenkilökunnalta
2. ravitsemusterapeutilta
3. lääkäriltä
4. muulta, keneltä? _____

14. Jos olette saanut ravitsemusohjausta, kuinka riittävää saamanne ravitsemusohjaus on ollut?

1. ei lainkaan riittävää
2. jonkin verran riittävää
3. en osaa sanoa
4. riittävää

15. Tiedän lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen?

1. paljon
2. jonkin verran
3. en osaa sanoa
4. en lainkaan

16. Kuinka pitkä tauko Teille jää iltapalan ja aamupalan nauttimisen väliin?

1. _____ tuntia.

17. Millaisia mahdollisia esteitä teillä on oman ravitsemuksenne toteuttamisessa?

18. Millaisia toiveita teillä on oman ravitsemuksenne toteuttamisessa?

_____ Kiitos vas-
tauksistanne!

Liite 2 saatekirje

Hyvä kyselyyn vastaaja !

Olen sairaanhoitajaopiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen yksiköstä. Teen opinnäytetyötä Hyvinkään kaupungin kotihoidolle.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Hyvinkään kaupungin kotihoidon piiriin kuuluvien yli 75-vuotiaiden kotona asuvien asiakkaiden ravitsemuksen toteutumista. Tutkimustulosten pohjalta voidaan kehittää kotihoidon asiakkaiden saamaa ravitsemushoitoa. Tutkimukseen osallistuu yhteensä 60 satunnaisesti valittua kotihoidon asiakasta.

Tutkimus suoritetaan oheisen kyselylomakkeen avulla, jonka kotihoidon henkilöstö on teille tuonut tuo teille. Vastattuanne kyselylomakkeeseen, voitte antaa sen suljetussa kirjekuoressa kotihoitohenkilöstölle, joka lähettää sen edelleen opinnäytetyön suorittajalle. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Teille ei aiheudu kustannuksia osallistumisesta. Henkilöllisyyttä ei tarvitse ilmoittaa missään vaiheessa, ja tutkimustiedot pidetään luottamuksellisina myös tutkimustuloksia raportoitaessa. Tutkimusaineisto hävitetään analysoinnin jälkeen.

Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn 16.9.2011 mennessä. Halutessanne saatte tutkimuksesta lisätietoja opinnäytetyön tekijältä.

Hyvinkäällä _____/____2011

Marjut Lehtinen
sairanhoitajaopiskelija
p. 040-563 4646