



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Merja Autio & Suvi Talso

Kirurgisen potilaan vajaaravitsemuksen tunnistaminen

Kyselytutkimus kirurgisten osastojen hoitajille

Opinnäytetyö
Kevät 2022
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijät: Merja Autio & Suvi Talso

Työn nimi: Kirurgisen potilaan vajaaravitsemuksen tunnistaminen

Kyselytutkimus kirurgisten osastojen hoitajille

Ohjaaja: Tanja Hautala, TtM, lehtori & Riikka Halmesmäki, Ttm, lehtori

Vuosi: 2022

Sivumäärä: 58

Liitteiden lukumäärä: 2

Vajaaravitsemus on laaja-alainen ongelma, ja sitä esiintyy runsaasti sairaalapotilaiden keskuudessa. Vajaaravitsemuksella on monenlaisia seurauksia potilaalle. Potilaan elämänlaatu heikkenee, infektioalttius sekä komplikaatioiden mahdollisuus kasvaa, sairauksista toipuminen hidastuu ja sairaalassaolo tämän myötä pitkittyy. Sairaalassaoloajan pitkittyessä kustannukset yhteiskunnalle kasvavat. Vajaaravitsemusta esiintyy jokaisessa ikäryhmässä mutta, erityisesti ikäihmiset ovat vajaaravitsemukselle alttiita.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kyselytutkimuksen avulla Seinäjoen keskussairaalan kirurgisten osastojen hoitajien vajaaravitsemuksen tunnistamista hoitotyössä. Opinnäytetyö oli osana STEPPI 2 Terveyttä tuottava perushoito -verkostoa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Seinäjoen keskussairaalan kirurgisten osastojen hoitajien kykyä tunnistaa potilaiden vajaaravitsemustila osastohoidon aikana. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Miten vajaaravitsemusta tunnistetaan kirurgisilla osastoilla, mitä mahdollisia haasteita vajaaravitsemuksen tunnistamisessa on sekä millä tavoin kirurgisilla osastoilla vajaaravitsemuksen tunnistamista voitaisiin kehittää?

Opinnäytetyö toteutettiin suunnitelmallisena kyselytutkimuksena. Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol-ohjelmalla. Kysymykset sisälsivät sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä, ja niiden avulla oli tarkoitus saada vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Kyselytutkimuksen tuloksista ilmeni, että hoitajat tunnistivat melko hyvin vajaaravitsemuksen riskitekijät. Hoitajat vastasivat tunnistavansa vajaaravitsemusta havainnoimalla potilasta, seuraamalla potilaan painoa ja ruokailua sekä käyttämällä vajaaravitsemusseulontamenetelmiä. Haasteita vajaaravitsemuksen tunnistamisessa olivat seulontamenetelmien käytön satunnaisuus, potilaiden lyhyet hoitajaksot ja henkilöstöressurssit. Hoitajien mielestä vajaaravitsemusseulontaa tulisi tehdä jo perusterveydenhuollossa. Kyselyyn vastaajista suurin osa toivoi saavansa jossain vaiheessa koulutusta vajaaravitsemuksen tunnistamiseen.

¹ Asiasanat: vajaaravitsemus, tunnistaminen, seulontamenetelmä, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree Programme: Degree Programme in Nursing

Author/s: Merja Autio & Suvi Talso

Title of thesis: Identifying of Malnutrition in a Surgical Patient

Survey for Nurses in Surgical Departments

Supervisor(s): Tanja Hautala, MNSc, Senior Lecturer & Riikka Halmesmäki, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2022

Number of pages: 58

Number of appendices: 2

Malnutrition is a wide-ranging problem, and it occurs largely amidst hospital patients. Malnutrition has many consequences for the patient. Patients life quality weakens, infection susceptibility and risk of complications rise, recovery from diseases slows down and thus hospital treatment times become longer. As the hospital treatment time becomes longer, the costs for the society grow. Malnutrition occurs in every age group, but especially elderly people are susceptible.

The meaning for the thesis was to use a questionbased researching method to find out how the nurses working at surgical wards identify malnutrition. The thesis was part of STEPPI 2 Terveyttä tuottava perushoito – network. The objective of the thesis was to develop Seinäjoki special healthcare surgical wards nurses abilities to identify patients malnutrition state during the hospital treatment period. The questions of the thesis were: How is malnutrition being identified at the wards, what kind of challenges does identification of malnutrition have and how could surgical wards develop identifying malnutrition among patients?

The thesis was implemented as organized survey. The survey was done electronically with Webropol-program. The questions at survey included both quantitative and qualitative questions and based on those questions, was the thesis meant to answer the research questions. From the answers of the research survey, it occurred that the nurses identified the risk factors of malnutrition rather well. Nurses answered that they identify malnutrition by observing the patient, following the patients weight, eating habits and using malnutrition screening methods. Challenges of identifying malnutrition was the random use of screening methods, patients short treatment periods and the lack of human resources. Nurses thought that the malnutrition screening should be done already at the basic healthcare. Most of the survey respondents hoped to get more education about identifying malnutrition amount patients.

¹ Keywords: malnutrition, identifying, screening method, nursing

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo	6
1 JOHDANTO	7
2 RAVITSEMUS	9
2.1 Ravitsemussuositukset Suomessa	9
2.2 Ravintoaineet	9
2.2.1 Energiaravintoaineet	10
2.2.2 Vitamiinit ja kivennäisaineet	11
2.3 Energiankulutus ja perusaineenvaihdunta	11
3 VAJAARAVITSEMUS	13
3.1 Vajaaravitsemus eri ikäryhmillä	14
3.2 Vajaaravitsemusriskin seulonta ja tunnistaminen	16
3.3 Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmät ja ravitsemustilan arviointi	17
4 RAVITSEMUSHOITO	20
4.1 Ravitsemushoidon vaikutukset ja seuranta	20
4.2 Enteraalinen ravitsemus	23
4.3 Parenteraalinen ravitsemus	24
4.4 Refeeding-oireyhtymä	24
5 KIRURGINEN POTILAS	27
5.1 Kirurgisen potilaan ravitsemus leikkauksen jälkeen	28
5.2 Potilaan ravitsemuksen vaikutus leikkaushaavan paranemiseen	28
6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	30
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
7.1 Tutkimusprosessi	31
7.2 Kysely aineiston keruun menetelmänä	31
7.3 Kyselyaineiston analysointi	33
8 KYSELYN TULOKSET	36

8.1	Kyselyyn vastanneiden taustatiedot	36
8.2	Potilaan ravitsemustilan tarkkailu osastolla	36
8.3	Vajaaravitsemuksen seulontamenetelmien käyttö hoitotyössä.....	39
8.4	Vajaaravitsemuksen vaikutukset ja ravitsemustilan merkitys potilaalle	42
8.5	Vajaaravitsemuksen tunnistamiseen saatu koulutus ja koulutustarve	43
9	KYSELYN TULOSTEN TARKASTELO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	51
10	POHDINTA.....	54
10.1	Jatkotutkimukset ja kehittämissuhteet	55
10.2	Eettisyys ja luotettavuus	56
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	65

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Hoitajien keinot tarkkailla potilaan ravitsemustilaa.	37
Kuvio 2. Hoitajien kokemukset vajaaravitsemuksen riskitekijöiden tunnistamisesta.	37
Kuvio 3. Osastoilla käytettäviä seulontamenetelmiä.	38
Kuvio 4. Erilaisten vajaaravitsemuksen riskitekijöiden huomiointi potilaan hoidossa.	39
Kuvio 5. Hoitajien kokemukset vajaaravitsemusseulonnan tekemisestä hoitotyössä.	40
Kuvio 6. Seulonnan tekoon vaikuttavat positiiviset tekijät.	41
Kuvio 7. Seulonnan tekoon vaikuttavat negatiiviset tekijät.	42
Kuvio 8. Hoitajien arviot vajaaravitsemuksen vaikutuksista potilaalla.	43
Kuvio 9. Hoitajien saama koulutus vajaaravitsemuksen tunnistamiseen.	43
Kuvio 10. Hoitajien kokema tarve koulutukselle.	44
Kuvio 11. Hoitajien mielipide seulonnan tekemisestä jokaiselle potilaalle.	44
Taulukko 1. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen keinot.	46
Taulukko 2. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen haasteet.	48
Taulukko 3. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen kehittäminen.	50

1 JOHDANTO

Sairaalahoidossa olevien potilaiden vajaaravitsemus on laaja-alainen ongelma, sillä kansainvälisten tutkimusten mukaan keskimäärin 31 % potilaista on vajaaravittuja. Suomessa vajaaravitsemuksesta aiheutuu lisäkustannuksia yhteiskunnalle 650 miljoonaa euroa vuodessa. Lisäksi sairaalassa hoitoaika pitenee keskimäärin 3–5 vuorokautta vajaaravitsemuspotilaalla, ja vaikuttavina tekijöinä ovat suurentuneet komplikaatoriskit ja hitaampi toimintakyvyn palautuminen akuutin sairauden jälkeen. (Jämsen ym. 2020.)

Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan tilaa, jossa elimistö ei saa ravintoaineita tarpeeksi ja sen vuoksi elimistön toiminta heikkenee. Esimerkiksi lapsilla niukka ravinnonsaanti ilmenee kasvun hidastumisena ja aikuisilla vajaaravitsemuksesta voi seurata tahatonta painonlaskua tai se voi ilmetä selkeänä ravintoaineiden puutostilana. Vajaaravitsemustilan hoitoon tulisikin kiinnittää huomiota, sillä heikentynyt ravintoaineiden saanti pitkittää potilaan paranemista ja lisää sairastavuutta. (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 163.)

Ravitsemushoito on osa potilaan kokonaihoitoa hoitotyössä. Ravitsemustilan arviointi ja seuranta toimivat pohjana ravitsemushoidon suunnittelulle, toteutukselle ja hoidon onnistumisen arvioinnille. Tavoitteena on ylläpitää hyvää ravitsemustilaa, ehkäistä tai hoitaa vajaaravitsemusta tai muita ravitsemukseen liittyviä ongelmia. Vajaaravitsemus voi johtua erilaisista fyysisistä, psyykkisistä tai sosiaalisista tekijöistä ja ruokahaluun vaikuttavat usein sairaudet ja elämänmuutokset, jotka voivat altistaa vajaaravitsemukselle. (Sinisalo 2015, 101, 105.)

Opinnäytetyön aihe on Suomessa sekä maailmalla ajankohtainen, koska vajaaravitsemusta esiintyy yleisesti sairaalapotilailla. Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja hyvin suunniteltu ravitsemushoito kuuluvat osaksi potilaan hyvää perushoitoa. Vajaaravitsemus on yhtenä tärkeänä aihealueena valtakunnallisessa STEPPI kehittämis- ja tutkimushankkeessa, jossa potilaan ravitsemus kuului osaksi potilaan perushoitoa. STEPPI kehittämis- ja tutkimushankkeen tavoitteena oli yhtenäistää perushoidon laatua ja toimintatapoja Etelä-Pohjanmaan alueella vuosina 2017–2020. Hankkeen tavoitteena oli perushoidon hyvä laatu potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvioimana. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 8.4.2021].) STEPPI kehittämis- ja tutkimushanke päättyi vuonna 2020 ja jatkuu STEPPI 2 Terveyttä tuottava perushoito -verkostona vuosille 2021–2025 (Saarela 26.4.2021).

Opinnäytetyössä vajaaravitsemustilan arviointi, tunnistaminen ja hoito kirurgian osastoilla olivat työn keskeisiä tarkastelun kohteita. Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kyselytutkimuksen avulla Seinäjoen keskussairaalan kirurgisten osastojen hoitajien vajaaravitsemuksen tunnistamista hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kirurgisten osastojen hoitajien kykyä tunnistaa potilaiden vajaaravitsemustila osastohoidon aikana.

2 RAVITSEMUS

Ravitsemus tarkoittaa yhteisnimitystä ravinnon käyttöön liittyville toiminnoille, kuten ruoan valinnalle, ruoansulatukselle, ravintoaineiden imeytymiselle ja hyväksikäytölle elimistössä (Duodecim Sanakirjat: hakusana ravitsemus 2021). Ravitsemuksen laatuun on tärkeää kiinnittää huomiota, koska hyvällä ravitsemuksella voidaan edistää terveyttä ja ehkäistä elintamosairauksia. Terveellisen ruokavalion lisäksi riittävä uni ja päivittäinen liikunta vähentävät riskiä sairastua moniin eri sairauksiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: ravitsemus 2020.)

Monipuolinen ja hyvä ravinto sisältää sopivan määrän välttämättömiä ravintoaineita. Elimistö ei kykene ravintoaineita itse tuottamaan, ja siksi riittävän monipuolinen ruokavalio on tärkeää ravintoaineiden saannin kannalta. Elimistö tarvitsee riittävästi ravinteita solujen uusiutumiseen, kasvuun ja lisääntymiseen. Yhdenkin ravintoaineen niukka tai liiallinen saanti voi vaikuttaa muiden ravintoaineiden imeytymiseen tai tehoon, ja pitkittyessään heikentynyt ravinteiden saanti voi altistaa erilaisille sairauksille. (Voutilainen ym. 2015, 55–56.)

2.1 Ravitsemussuositukset Suomessa

Suomalaiset ravitsemussuositukset pohjautuvat pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin. Suomessa valtion ravitsemusneuvottelukunta antaa ohjeistuksia ravitsemussuosituksista terveyttä edistäviin ruokavalintoihin. Terveyttä edistävä ruokavalio on monipuolinen ja vaihteleva erilaisista ruoka-aineista koostuva kokonaisuus, jota havainnollistetaan ruokasuosituksissa usein ruokakolmiolla ja lautasmallilla. Ravitsemussuositusten tavoitteena on parantaa väestön terveyttä ravitsemuksen avulla ja suositukset on annettu eri-ikäisille ihmisryhmille tarpeiden mukaisesti. Suosituksissa on hyödynnetty laajaa tutkimustietoa ravintoaineiden vaikutuksesta sairauksien ehkäisyssä sekä terveyden edistämisessä, ja ravitsemussuositukset voivat muuttua elintapojen ja kansanterveystilanteen sekä uuden tutkimustiedon karttuessa. (Ruokavirasto 2021.)

2.2 Ravintoaineet

Ravintoaineeksi määritellään ravinnon sisältämät elimistölle tarpeelliset orgaaniset ja epäorgaaniset yhdisteet, kuten hiilihydraatit, proteiinit, rasvat, vitamiinit, kivennäisaineet ja vesi. Energiaravintoaineilla tarkoitetaan ravintoaineita, joiden pilkkoutuessa elimistössä

vapautuu energiaa käyttöön. Tällaisia energiaravintoaineita ovat hiilihydraatit, proteiinit ja rasvat. Vitamiinit ja kivennäisaineet ovat mikroravintoaineita, jotka eivät vapauta energiaa, mutta pieninä määrinä ovat tarpeellisia elimistön toiminnan kannalta. Suojaravintoaineiksi kutsutaan proteiineja, vitamiineja ja kivennäisaineita, koska ne suojaavat elimistöä erilaisilta puutostaudeilta. Peruselintoimintojen kannalta välttämättömiä ravintoaineita ovat aminohapot, kivennäisaineet ja vitamiinit. (Duodecim Sanakirjat: hakusana ravintoaine 2021.)

Monipuolisesta ruoasta elimistö saa tarvitsemansa välttämättömät ravintoaineet, joiden tehtävänä on toimia elimistön rakennus- ja säätelyaineina, energiana. Elimistö käyttää vitamiineja ja kivennäisaineita hyödyksi entsyymien toiminnassa, joka vaikuttaa lopulta myös elimistön aineenvaihduntaan. Hormonit ja hermosto säätelevät solujen energiansaantia ja tarvittaessa energiaa vapautuu elimistön omista varastoista, jolloin elimistön energiansaanti pysyy tasaisena. Ylimääräinen energia varastoituu glykogeeninä tai rasvana elimistöön. (Voutilainen ym. 2015, 80–81.)

Ruoansulatuskanavan tehtävä on ravinnon kuljetus elimistön läpi siten, että ravintoaineet ja vitamiinit imeytyvät elimistön käytettäväksi. Ruoansulatuskanavan osiin kuuluvat suu, ruokatorvi, mahalaukku, ohutsuoli ja paksusuoli. Ruoansulatuselimistöön kuuluvat haima, maksa ja sappirakko, jotka kykenevät erittämään ruoansulatusnesteitä ravintoaineiden pilkkoutumista varten. (Vatsatalo: rakenne ja toiminta 2019.)

2.2.1 Energiaravintoaineet

Elimistössä hiilihydraattien pääasiallinen tehtävä on toimia energianlähteenä. Glukoosin eli verensokerin tehtäviä ovat solujen ja aivojen energialähteenä toimiminen, ja glukoosi onkin aivojen ja punasolujen ainoa energianlähde normaalitilassa. (Freese, Mutanen & Voutilainen 2021.)

Proteiinit eli valkuaisaineet koostuvat 20 aminohaposta. Osa aminohapoista ovat välttämättömiä, koska elimistö ei kykene niitä itse tuottamaan. (Freese ym. 2021.) Elimistö tarvitsee proteiineista niiden rakennusaineita, aminohappoja, kudosten ja hormonien muodostamista varten. Lisäksi hermosto, suolisto ja elimistön puolustusmekanismit tarvitsevat yksittäisiä aminohappoja omiin tehtäviinsä, ja ylimääräiset aminohapot hyödynnetään energianlähteenä. Proteiinin päivittäinen tarpeellinen määrä on terveellä aikuisella 0,7–0,8 grammaa painokiloa kohden, mutta kasvuikäisillä lapsilla ja raskaana olevilla naisilla proteiinin

tarve on muita ihmisryhmiä suurempi. Jos elimistön proteiinin saanti vähenee alle tarvittavan määrän, seurauksena on kudosten uusiutumisen hidastuminen ja elimistön toiminnan heikkeneminen. (Voutilainen ym. 2015, 115–118.) Rasvahapot jaetaan tyydyttyneisiin, kertatyydyttymättömiin ja monityydyttymättömiin rasvahappoihin. Ne ovat myös keskeinen energianlähde elimistössä. Rasvahapoilla on tärkeitä rakenteellisia tehtäviä, kuten elimistön toiminnan säätely ja solunsisäisten signaalien välittäminen. (Freese ym. 2021.)

2.2.2 Vitamiinit ja kivennäisaineet

Vitamiinit jaetaan liukoisuutensa perusteella rasvaliukoisiin (A-, D-, E- ja K-vitamiinit) ja vesiliukoisiin (B-ryhmän vitamiinit ja C-vitamiini) vitamiineihin. Elimistö ei kykene muodostamaan vitamiineja riittävästi tai lainkaan, siksi vitamiineja on saatava ravinnosta tai lisäravinteena. Vitamiinien puutos tai liian vähäinen saanti johtaa elimistössä spesifisiin puutosoireisiin. (Freese ym. 2021.) Yleensä riittävän monipuolisella ravinnolla pystytään turvaamaan elimistön vitamiinintarve. Kuitenkin riittämätön tiamiinin, folaatin ja D-vitamiinin saanti on yleistä suomalaisilla. Alttiita riskiryhmiä vitamiinien puutostiloille ovat pienet lapset, huonosti syövät vanhukset, vakavista yleissairauksista kärsivät ihmiset, vegaanit ja alkoholistit. Mahdolliset puutostilat on syytä hoitaa aktiivisesti. (Tunturi 2020.)

Elimistön kokonaispainosta 4 % muodostuu kivennäisaineista, ja ne luokitellaan niiden elimistössä esiintyvien määrien ja päivittäisen tarpeen mukaisesti. Kivennäisaineisiin, joiden päivittäinen tarve on yli 100 mg vuorokaudessa, kuuluvat kalsium, fosfori, magnesium, natrium, kloridi ja kalium. Lisäksi hivenaineet, joiden päivittäinen tarve on <10 mg vuorokaudessa, kuuluvat kivennäisaineisiin. Tällaisia ovat rauta, jodi, sinkki, seleeni, kupari, mangaani ja molybdeeni. Muutamista kivennäisaineista voi seurata spesifisiä puutosoireita, kuten raudan tai jodin puutoksesta. Marginaalinen kivennäisaineiden saanti voi olla haitallista elimistölle ja kroonisten tautien riski lisääntyy. (Freese ym. 2021.)

2.3 Energiankulutus ja perusaineenvaihdunta

Normaalisti elimistössä on tasapaino energian saannin ja kulutuksen välillä. Monipuolisesta ruokavaliosta elimistö saa energiaa proteiinien, hiilihydraattien sekä rasvojen muodossa. Jos energiansaanti jää riittämättömäksi esimerkiksi sairauden vuoksi, elimistö voi hyödyntää omia energiavarastojaan. Energiaa tarvitaan ylläpitämään elimistön sisäistä tasapainoa ja

elinjärjestelmien toimintaa. Peruselintoimintojen ylläpidon lisäksi energiaa kuluu fyysiseen toimintaan ja aterioiden hyödyntämiseen. Perusaineenvaihdunnan osuus on noin 70 % kokonaisenergiankulutuksesta. Perusaineenvaihdunnan nopeuteen vaikuttavat useat fysiologiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, perintötekijät, kehon lämpötila, kehon pinta-ala sekä rasvattoman kehon paino. Suurimman osan energiasta kuluttavat maksa (25 %), aivot (20 %), munuaiset ja sydän (16 %) sekä suolisto. Aikuisella ihmisellä energian tarve on noin 20–25 kcal/kg vuorokaudessa, ja energian kulutusta voivat potilaalla lisätä metabolista stressiä aiheuttavat tilat, kuten iso leikkaus, infektio sekä trauma, enimmillään 50 % lähtöarvoon verrattuna. Vastaavasti vajaaravitsemus ja vähäkalorinen ruokavalio vähentävät perusaineenvaihdunnan nopeutta 15–20 %. (Bäcklund ym. 2020.)

3 VAJAARAVITSEMUS

Vajaaravitsemus tarkoittaa kehon häiriötilaa, joka aiheutuu energian tai ravintoaineiden heikosta saannista tai ravinnon heikentyneestä hyväksikäytöstä eli imeytymisestä. Tästä seuraa negatiivisia vaikutuksia kehon koostumukseen, psyykkiseen sekä fyysiseen toimintakykyyn. Lisäksi vajaaravitsemus heikentää sairauksista toipumista. (Jämsen ym. 2020.)

Vajaaravitsemuksen voi aiheuttaa sairaus, joka aiheuttaa elimistöön tulehdustilan. Sairaus voi olla akuutti tai krooninen. Myös vammaan voi liittyä vajaaravitsemus. Tulehdustila vaikuttaa ruokahaluun heikentävästi, jolloin paino laskee. Painonlasku aiheuttaa lihas- sekä rasvakudoksen menettämistä, ja tämä muuttaa kehon koostumusta negatiivisesti sekä vaikuttaa toimintakykyyn alentavasti. Vajaaravitsemukseen liittyvä käsite kakeksia tarkoittaa oireyhtymää, joka liittyy vaikeaan krooniseen sairauteen sekä sen aiheuttamaan elimistön tulehdustilaan. Kakeksia ilmenee jatkuvana laihtumisena sekä rasvakudoksen ja lihasmassan heikkenemisenä. Tila ei ole pysäytettävissä ravitsemushoidoilla. Kakeksiaa voi olla ikääntyneillä myös ilman vaikeaa sairautta. Vajaaravitsemus voi aiheuttaa lihaskatoa eli sarkopeniaa. Sarkopenia heikentää fyysistä suorituskykyä. Tällöin alttius kaatumiselle sekä murtumille lisääntyy ja toimintakyky heikkenee. (Jämsen ym. 2020.)

Lääketieteen määrittämänä vajaaravitsemus on pitkäaikaisesta ruoan puuttumisesta aiheutuva sairaaloinen tila. Tämä ilmenee painon laskuna sekä lapsilla kasvun hidastumisena. Vajaaravitsemus jaotellaan energia-, proteiini- ja energia- sekä proteiinivajaaravitsemukseen. Jako määräytyy sen mukaan, kärsiikö elimistö enemmän energian vai proteiinien puutteesta vai molemmista. (Duodecim Sanakirjat: hakusana vajaaravitsemus 2021.)

Vajaaravitsemuksen diagnoosin tekee asiaan perehtynyt lääkäri, joka arvioi potilaan ravitsemustilaa tutkimalla potilaan kehon koostumuksen kliinisellä tutkimuksella. Diagnoosin teossa huomioidaan potilaan painonlasku, energian riittämätön saanti, lihaskudoksen sekä ihonalaisen rasvakudoksen menettäminen, käden puristuksen voima sekä nesteiden kertyminen elimistöön. ICD-10-tautiluokitukselta löytyvät koodit aliravitsemukselle E40-46. Diagnoosikoodeista vajaaravitsemukseen soveltuvat E44.0: Kohtalainen proteiini-energia-aliravitsemus; E44.1: Lievä proteiini-energia-aliravitsemus sekä E43.0: Määrittämätön vaikea proteiini-energia-aliravitsemus. Tautiluokituskoodeit on tehty aliravitsemuksen diagnosointiin, ja niissä käytetään painon laskemista kriteerinä diagnoosin saamiseksi. Tämän vuoksi koodien

käyttö ei ole täysin selkeää sairauteen liittyvän vajaaravitsemuksen diagnosoinnissa. (THL:Tautiluokitus ICD-10 2011 , 217–218 ; Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014.)

The Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) suosittelee vajaaravitsemuksen diagnostisiksi kriteereiksi kolmea fenotyyppistä kriteeriä sekä kahta syitä koskevaa kriteeriä. Fenotyyppiset kriteerit ovat painonlasku, vähentynyt kehon massa sekä matala painoindexilukema BMI. Syykriteereitä ovat ruoan vähentynyt saanti sekä ruoan heikentynyt imeytyminen sekä sairaus tai tulehdustila. Vajaaravitsemusdiagnoosin toteamiseksi tulee ainakin yksi fenotyyppinen kriteeri sekä yksi syykriteeri esiintyä. Fenotyyppikriteerien perusteella vajaaravitsemuksen vakavuusluokitus määritellään kohtalainen tai vakava. (Cederholm ym. 2019.)

Vajaaravitsemuksella on seurauksia yksilö- sekä yhteiskuntatasolla. Vajaaravitsemus heikentää ihmisen elämänlaatua. Infektioalttius kasvaa huomattavasti. Ikääntyneiden kohdalla vajaaravitsemus heikentää lihasvoimaa sekä -koordinaatiota, jolloin kaatumisriski lisääntyy. (Saarnio & Laatikainen 2019, 1239.) Sairauksista paraneminen vaikeutuu sekä leikkauksista toipuminen hidastuu huomattavasti, jos potilaalla on vajaaravitsemusta. Myös erilaisten komplikaatioiden mahdollisuus sekä kuolleisuuden riski kasvavat. Hoitopäivät sairaalassa lisääntyvät, jolloin terveydenhuollon kustannukset kasvavat. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

3.1 Vajaaravitsemus eri ikäryhmillä

Pienten lasten ravitsemukseen vaikuttavat monet tekijät. Lapsen energian tarve sekä ruokahalu ovat yksilöllisiä ja riippuvat päivän aktiviteettien määrästä sekä muista tekijöistä. Lasten syömisen ongelmat voivat liittyä lapsen temperamenttiin, nirsoiluun tai aikaisempiin negatiivisiin syömiskokemuksiin. Valikoiva syöminen on tyypillistä leikki-ikäiselle. Syömisongelmien taustalla voivat olla perheen sisäiset vuorovaikutusongelmat. Lapset ovat vajaaravitsemukselle erityisen alttiita, koska lasten energia- sekä ravintoainevarastot ovat pieniä. Lapsen kasvu edellyttää näiden molempien saantia. Suun alueen motoriset sekä sensoriset tekijät voivat vaikuttaa syömiseen. Lasten vajaaravitsemuksen taustalla voi olla somaattinen sairaus. Vajaaravitsemus pienellä lapsella vaikuttaa myöhemmin heikentyneeseen kognitiiviseen sekä motoriseen kehitykseen. Lisäksi vajaaravitsemuksella on mahdollisia vaikutuksia oppimiseen. (THL 2019, 79; Jämsen ym. 2020.) Lapsen vajaaravitsemus näkyy lapsen painossa heikentymisenä sekä pituuden kehityksessä kasvun hidastumisena (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 29). Lapsipotilailla vajaaravitsemus

altistaa infektioille, vaikuttaa sairaudesta toipumiseen sekä vaikuttaa sairaalahoitajakson pituuteen (Vilo & Vanttinen 2021).

Kasvuikäisellä nuorella on tärkeää turvata hyvä ravitsemus. Nuoren normaalia kasvua ja painon kehitystä tukevat monipuolinen ravinto sekä säännöllinen syöminen. Huonot ruokailutottumukset vaikuttavat kasvuikäiseen nuoreen pitkällä aikavälillä läpi elämän sekä altistaa erilaisille sairauksille. Vajaaravitsemus kasvupyrähdysen aikana heikentää luustoa sekä saattaa lisätä myöhemmin elämässä osteoporoosin riskiä. Hormonaalisen kehittymisen tueksi ruoan tulee sisältää riittävästi pehmeitä rasvoja. Hormonihäiriöille altistavia tekijöitä ovat liian vähän proteiinia sekä kuituja sisältämä kasviruokavalio sekä raskas urheilu. Tuolloin on erityisen tärkeää, että ruokavalio sisältää tarpeeksi energiaa sekä tasapainoisesti ravintoaineita. Aikuisilla on vastuu nuorten ravitsemuksesta ja sen seurannasta, vaikka nuori olisi itsenäistymässä. Kavereiden merkitys kasvaa nuoren elämässä ja kavereiden vaikutus sekä heidän hyväksyntänsä on nuorelle ehdottoman tärkeää. Nuorilla saattaa esiintyä syömiseen liittyviä kokeiluja, esimerkiksi kouluruokailun väliin jättämistä tai kotiruoan välttelyä. Nuoren suhtautuminen erilaisiin vaikeuksiin elämässä voi heijastua syömiseen. Nuoren syömättömyys sekä erilaiset muutokset ruokailuissa voivat olla oire erilaisista syömishäiriöistä. (THL 2019, 91–92.)

Aikuisväestön ruokailutottumuksia on tutkittu Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen FinRavinto 2017 -ravitsemustutkimuksessa, jossa haastateltiin 18–74-vuotiaiden henkilöiden ruokailua 50 eri paikkakunnalla. Tutkimus toteutettiin eri puolilla Suomea tammi-toukokuussa 2017. Tutkimuksen mukaan Suomessa miehet suosivat pääasiassa eläinkunnan tuotteita, sen sijaan naiset valitsivat miehiä useammin maitovalmisteita, kasviksia, hedelmiä, marjoja, palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä. Miesten ruokavaliossa havaittiin enemmän alueellisia ja ikäryhmittäisiä eroja naisiin nähden. Koulutustaso näkyi rasvan laadussa, hiilihydraattien määrässä sekä vitamiinien saantimäärissä lihasta, maidosta ja kasviksista. Energiaravintoaineiden saanti oli suosituksia noudattavaa tyydyttymättömien rasvahappojen ja pääosin proteiinien osalta. Hiilihydraattien ja kuidun saanti oli riittämätöntä yli kahdella kolmasosalla väestöstä. Vitamiinien saanti ruoasta oli normaaliin tarpeeseen verrattuna riittämätöntä viidesosalla väestöstä A- ja D-vitamiinin sekä folaatin ja tiamiinin suhteen. (Valsta ym. 2017, 5, 18.)

Terveet ihmiset kestävät pitkäaikaista paastoamista noin 2–3 kuukautta elimistön metaboliamuutosten avulla, jos riittävästä nesteensaannista pidetään huolta. Kroonisesti

sairailla potilailla voi sen sijaan olla jo vajaaravitsemustila sairaalaan tullessaan, esimerkiksi syöpäpotilailla tai vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla, joilla esiintyy paitsi luuranko- myös sydänlihaskatoa eli kardiaalista kakeksiaa. Vajaaravitsemustila on yleistä myös COPD-potilailla, jotka ovat usein alipainoisia lisääntyneen energiankulutuksen, huonon ravinnon saannin ja heikentyneen ravinnon hyväksikäytön takia. Maksan tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla ilmenee tautiin ja sen hoitoihin liittyviä valkuaisaine- ja energia-aineenvaihdunnan häiriöitä. Akuutit tilanteet, joissa potilaalla on monivamma tai sepsis, voivat nostaa potilaan energiankulutusta 20–60 % ja vaikea palovamma jopa 100 %. (Bäcklund ym. 2020.)

Ikääntyneen ravinnontarpeeseen, ruokavalintoihin sekä syömiskäyttäytymiseen vaikuttavat monet fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset tekijät. Ikääntynyt ei välttämättä tunnista nälkää kuten nuorempana. Ruokahalu vähenee, kun maku- ja hajuaisti heikkenevät. Janon tunnetta ei välttämättä koeta. Ruoansulatuksen ongelmat lisääntyvät, jolloin usein esiintyy ummetusvaivaa. Syöminen voi olla haastavaa suun erilaisten ongelmien vuoksi: suun kuivuminen, syljenerityksen väheneminen, hampaattomuus, tulehdus suussa sekä nielemisongelmat. Ikääntyneillä voi esiintyä vapinaa tai liikkeiden hitautta, jolloin ruokailu hankaloituu. Puolison kuolema tai laitokseen muutto voivat vaikuttaa ruokavalioon negatiivisesti. Ruokavalinnat voivat olla hyvin yksipuolisia. Vajaaravitsemuksen riskiä lisäävät ikä, sairaudet, lääkitykset sekä huonokuntoisuus. Muistihäiriöt ovat myös suuri riskitekijä vajaaravitsemuksessa. Syöminen jää, kun muistisairas ei muista, onko syönyt vai ei. (Sinisalo 2015, 95–97.) Ikääntyneen heikko ravitsemustila voi näkyä ikääntyneellä painon laskuna, lihasvoiman heikentymisenä, masennuksen oireina, väsymyksenä sekä lisääntyneenä riskinä sairastua infektioille. (Puranen & Suominen 2012, 6).

3.2 Vajaaravitsemusriskin seulonta ja tunnistaminen

Vajaaravitsemuksella on laajat vaikutukset potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja toipumiseen. Tämän vuoksi on tärkeää sairaalassa tunnistaa vajaaravitsemuksen riskissä olevat potilaat. Suosituksena on, että vajaaravitsemusriskin seulonta toteutetaan sairaalan osastoilla viimeistään toisena hoitopäivänä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27.) Orell-Kotikankaan ym. (2014) mukaan joka kolmas potilas sairaalassa on vajaaravitsemuksen riskissä. Vajaaravitsemuksen riskin tunnistaminen ja seulonta varhaisessa vaiheessa mahdollistaa omakohtaisen ravitsemushoidon aikaisen aloituksen. Vajaaravitsemuksen

tunnistaminen kuuluu potilasturvallisuuteen ja on osa hyvää hoitokäytäntöä. (Orell-Kotikangas ym. 2014). Käytännöllinen seulontamenetelmä on tekijälle nopea ja helppo käyttää sekä sen tulee olla toistettavissa. Toimiva seulontamenetelmä havaitsee vajaaravitsemuksen riskissä olevat potilaat sekä poissulkee potilaat, jotka eivät kuulu vajaaravitsemuksen riskiin. Menetelmän tulee soveltua käytettäväksi päivittäiseen työhön eri ikäisten ihmisten kanssa. ESPEN-järjestö (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) suosittelee terveydenhuoltoon vajaaravitsemuksen riskin seulontaan sairaalaan NRS2002-menetelmää, yli 65-vuotiaille MNA-menetelmän seulontaosaa, avoterveydenhuollossa MUST-menetelmää ja lapsilla kasvukäyriä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27–28.)

3.3 Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmät ja ravitsemustilan arviointi

Vajaaravitsemusriskin seulonta suositellaan tehtäväksi viimeistään lapsen toisena sairaalahoitopäivänä. Esitietojen kerääminen on arvioinnin lähtökohta. Ravitsemustilaan mahdolliset vaikuttavat tekijät; sairaudet, lääkitykset, leikkaukset, ruokahalua muuttavat tekijät sekä toimintakyvyn muutokset ovat tärkeä selvittää. Lasten vajaaravitsemuksen seulontaan käytetään kasvukäyriä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27–30.) Lasten kasvua seurataan pituuden ja painon mittauksilla sekä painoindeksillä BMI. Lisäksi lapsen päänympäryksen kasvua seurataan. Lasten BMI vaihtelee kasvun sekä kehityksen mukaan, joten painoindeksi ei kerro vajaaravitsemusriskistä yksin. Lasten painoindeksi voidaan muuttaa ISO-BMI:ksi, joka tarkoittaa lapsen painoindeksiä aikuisena, jos lapsen painoindeksi kulkee samalla käyrällä lapsen ikääntyessä. (Lihavuus (lapset, nuoret, aikuiset) 2020; Niinikoski 2021.) Lasten vajaaravitsemuksen riskin seulontaan käytetään muun muassa STRONGKids-seulontatyökalua. Seulontatyökalu kartoittaa mahdolliset taustasairaudet, muutokset sekä häiriöt ravitsemuksessa ja painon muutokset. Seulonnan pisteytykset jakautuvat vähäisen, keskitason sekä suuren riskin ryhmiin. Lapsen ravitsemustilan arviointia sairaalassa toteutetaan kliinisillä tutkimuksilla sekä voidaan täydentää arviota laboratoriomittauksilla. (Vilo & Vanttinen 2021.)

Nutrition Risk Screening 2002 -menetelmää (NRS 2002) käytetään sairaaloissa. Seulontamenetelmä on yksinkertainen ja nopea mittari, jonka avulla arvioidaan potilaan ravitsemustilan, sairauden vakavuuden sekä iän perusteella vajaaravitsemuksen riskin mahdollisuutta. Potilaan pituus ja paino mitataan ja lasketaan painoindeksi (BMI). Painon tahaton lasku selvitetään kuluneelta 1–6 kuukaudelta. Seulonnassa kartoitetaan potilaan

syödyn ruoan määrää edeltävältä viikolta. NRS-menetelmän käyttö vie aikaa 3–10 minuuttia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28; Voutilainen ym. 2015, 165.)

Malnutrition Universal Screening Tool -menetelmä (MUST) on suunniteltu helpottamaan tunnistamaan vajaaravittuja aikuisia sekä vajaaravitsemuksen riskissä olevia sekä ylipainoisia. MUST-seulontamenetelmän on kehittänyt The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). BAPEN on moniammatillinen yhdistys ja rekisteröity hyväntekeväisyysjärjestö. MUST-seulontamenetelmää käytetään avoterveydenhuollon yksiköissä, hoivakodeissa mutta myös sairaalan poliklinikoilla sekä vuodeosastoilla. Menetelmän etuja ovat käytön helppous, toistettavuus ja yksinkertaisuus. (BAPEN 2011.)

Mini Nutritional Assessment MNA-testiä käytetään yli 65-vuotiailla seulomaan vajaaravitsemuksen riskiä. Testiä käytetään perusterveydenhuollossa sekä palveluasumisessa sekä kotihoidossa. Perusterveydenhuollon seurannassa potilaan MNA-testi tulisi suorittaa vuosittain ja säännöllisten palveluiden piirissä oleville seuranta tulisi tehdä 6 kuukauden välein. Ravitsemustilan arviointia olisi tärkeä suorittaa ennakoivasti eikä myöhemmin, kun ongelmia alkaa esiintyä. Tiedot ravitsemustilasta sekä testitulokset tulee kirjata potilaan tietoihin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28 ; THL 2020, 58, 67.) MNA-testissä on lyhyt seulontaosa sekä arviointiosa. Seulontaosassa selvitetään potilaan painoa sekä painonmuutoksia sekä ravinnonsaantia. Lisäksi arvioidaan potilaan henkistä hyvinvointia sekä fyysistä aktiivisuutta. Arviointiosassa selvitetään potilaan asuminen, ruokailuun ja ruokavalioon liittyviä asioita, lääkitystä, painehaavojen ilmenemistä. Lisäksi tiedustellaan potilaan omaa näkemystä terveyden- sekä ravitsemuksen tilasta. Olkavarren ja pohkeen ympäröimä mitataan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 216–221.)

Vajaaravitsemuksen riskin seulontamenetelmien lisäksi potilaan ravitsemustilan arviointi parantavat vajaaravitsemuksen tunnistamista. Potilaan esitietojen selvitys antaa taustan potilaan ravitsemustilan arvioinnille. Potilaan paino ja painonmuutokset ovat esitietojen perusta. Ravitsemustottumukset sekä ravitsemusta muuttavat mahdolliset tekijät tulee selvittää. Ravitsemustilaan voivat vaikuttaa potilaan sairaudet, hoidot sekä lääkitykset. Esitietoihin kuuluu myös selvitys potilaan fyysisestä suorituskyvystä sekä lihasvoimasta ja näissä tapahtuneista mahdollisista muutoksista. (Uusitupa, Fogelholm & Schwab 2021.)

Ravitsemustilan kliinisessä arvioinnissa tutkitaan potilaan elinten toiminta sekä kiinnitetään huomiota hiusten sekä kynsien kuntoon, ihon väriin sekä suun limakalvojen kuntoon.

Antropometriset mittaukset eli paino, pituus sekä muutokset painossa kertovat ravitsemustilan perustan. Laboratoriomittauksia voidaan käyttää määrittämään tiettyjä arvoja, esimerkiksi veren albumiiniarvoja, arvioitaessa ravitsemustilaa. Elimistössä ilmenee häiriötä, jos potilaalla esiintyy tahatonta painonlaskua ilman, että painoa pudotetaan tai liikkumista on lisätty. Painon selvittäminen tehdäänkin 3–6 kuukauden ajalta, ja mikäli paino on laskenut tuona aikana 5 %, puhutaan merkittävästä laskusta ja jos paino on laskenut 10 %, puhutaan erittäin merkittävästä painon laskusta. Ihopoimiumittauksia voidaan myös tehdä, mutta ne eivät anna tarkkaa arvioita ravitsemustilasta. Kehon koostumuksen selvittämiseen voidaan käyttää bioimpedanssimittausta eli kehonkoostumusmittausta, ja lisäksi potilaan lihasmäärä ja turvotukset on arvioitava. Lihasten toimintaa voidaan mitata helpolla kädenpuristusvoimamittauksella. Hengityslihasten voimaa voidaan myös mitata potilaalta. (Uusitupa ym. 2021.)

4 RAVITSEMUSHOITO

Ravitsemushoito tarkoittaa potilaan ravitsemushoitoa, jonka tarkoitus on hoitaa vajaaravitsemusta sekä tukea sairaudesta paranemista. Ravitsemushoitoa tarvitsevat potilaat ovat kroonisesti tai vakavasti sairaita. Ravitsemushoito kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon samalla tavoin kuin muukin lääketieteellinen hoito, ja siksi se on suunniteltava tarkasti. Jokainen ravitsemushoito suunnitellaan potilaskohtaisesti, ja sen lähtökohtaa ohjaa potilaan ravitsemustila. Vajaaravitsemusriskiseulonnan toteuttaa yleensä hoitohenkilökunta, ja vajaaravitsemusdiagnoosin voi tehdä ravitsemusterapeutti tai potilaan ravitsemushoidosta vastuussa oleva lääkäri. Ravitsemushoidon suunnitteluun osallistuu myös mahdollisesti ravitsemusterapeutti, jonka erityisosaamista ovat ravinnontarpeen arviointi sekä eri tilanteiden ravitsemushoidot. Lisäksi ravitsemusterapeutti tuntee erityisruokavalmisteet sekä kliiniset ravintovalmisteet. Potilaan ravitsemushoito on moniammatillista työtä. (Orell-Kotikangas ym. 2014.)

Ravitsemushoito parantaa potilaiden elämänlaatua sekä tukee toimintakykyä, jolloin myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset vähenevät. Jotta ravitsemushoitoa saadaan tehokkaasti hyödynnettyä potilaiden hoidossa, tarvitaan moniammatillista organisaatorajoja ylittävää yhteistyötä. Vajaaravitsemuksen seulontaan ja ravitsemushoidon toteutukseen tarvitaan johdon tukemia selkeitä toimintatapoja. Myös vajaaravitsemushoidon kirjaus, seuranta sekä tilastointi tulee huomioida toimintatapojen suunnitelmassa. Potilaan vajaaravitsemuksen hoidossa keskeistä on myös potilaan sekä hänen omaistensa osallistaminen hoitoon sekä heidän tukemisensa. (Alanne, Siljamäki-Ojansuu & Saarnio 2019, 1281.) Ravitsemustilan huomiointi on tärkeä osa potilaan kokonaisuhoitoa ja hyvän ravitsemustilan ylläpito tai vajaaravitsemuksen korjaaminen ovat edellytykset potilaan toipumisprosessille. Potilaan ravitsemushoito on aloitettava heti, kun havaitaan, että potilaan normaali ruokailu ja syöminen suun kautta eivät riitä turvaamaan ravintoaineiden saantia. (Bäcklund 2021.)

4.1 Ravitsemushoidon vaikutukset ja seuranta

Hyvä ravitsemushoito kuuluu merkittävänä ja olennaisena osana asiakkaiden ja potilaiden sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ravitsemushoidolla voidaan edistää potilaan elämänlaatua sekä vaikuttaa muiden hoitojen, kuten lääke- ja leikkaushoitojen onnistumiseen. Lisäksi ravitsemushoito toimii monien sairauksien keskeisenä hoitomuotona, ja hyvin toteutuessaan

muiden hoitotoimenpiteiden tarve vähenee. Potilaan elämänlaadun edistämisen lisäksi ravitsemushoito on kustannustehokasta ja vaikuttavaa hoitoa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2020, 13–14.)

Englannissa NICE (National Institute for Health and Care Excellence) on todennut aliravitsemuksen kustannuksiin liittyvässä raportissaan, että potilaiden ravitsemuksellinen tukeminen voi pidemmän ajan kuluessa vähentää vajaaravitsemusta sekä tuoda kustannushyötyjä, kun potilaiden sairaalahoitoajat lyhenevät ja terveydenhuollon resurssien tarve vähenee. Ikääntyvällä väestöllä aliravitsemuksen riski on suurentunut nuorempiin väestöryhmiin verrattuna, joten on tarpeellista tehdä pitkäkestoisia investointeja aliravitsemuksen torjumiseksi. Investointien lisäksi tulisi kuitenkin pyrkiä ehkäisemään ja hoitamaan aliravitsemusta jo varhaisessa vaiheessa, koska varhaisessa vaiheessa toteutettu ennaltaehkäisy ja hoito ovat kustannustehokkaita keinoja vajaaravitsemuksen torjumisessa. (Elia 2015, 59.)

Terveydenhuoltolain (L1326/2010, § 8) mukaan terveydenhuollon on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollossa toteutettavaan ravitsemushoitoon sovellettuna laatu ilmenee potilaiden tyytyväisyytenä palvelujen saatavuuteen, sisältöön ja toteutustapaan. Ravitsemushoidon vaikuttavuutta voidaan havaita esimerkiksi elintapojen, voinnin, elämänlaadun ja kehon koostumuksen kohentumisena sekä laboratoriomittauksissa arvojen paranemisena. Hyvä ravitsemushoito toimiikin terveyttä ja hyvinvointia edistävänä tekijänä ja hyvin toteutuneen ravitsemushoidon myötä myös potilaan laatupainotetut elinvuodet lisääntyvät. Lisäksi potilaan ravitsemushoidon kustannustehokkuus ilmenee vähentyneenä lääkkeiden tarpeena. Ravitsemushoito on yksilöllistä jokaisen potilaan kohdalla ja hoito toteutetaan potilaan elämäntilanteeseen sovitettuna. Hyvä ravitsemushoito on moniammatillista yhteistyötä, joka edellyttää lääkäreiden, hoito- ja sosiaalipalveluiden henkilökunnan tiivistä yhteistyötä. Ravitsemushoidon laadukkuus perustuu palveluiden oikea-aikaisuuteen, saatavuuteen ja vaikuttavuuteen sekä potilasnäkökulmasta yksilöllisyyteen ja jatkuvuuteen. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2020, 5,14,19.)

Potilaan ravitsemushoidossa riittävä ravinnonsaanti turvataan sopivalla ruokavaliolla tai kliinisten ravintovalmisteiden käytöllä. Potilaslähtöinen ravitsemushoito koostuu potilas- tai terveystietoisesta, yksilöllisistä ruokatottumuksista ja syömiskäyttäytymisen selvittämisestä, ravitsemustilan arvioinnista ja tavoitteiden asettamisesta ravitsemushoidon suhteen mielellään yhdessä potilaan kanssa. Lisäksi ravitsemusohjauksella ja seurannalla

sekä vaikuttavuuden ja laadun arvioinnilla voidaan seurata ravitsemushoidon tavoitteiden toteutumista potilaan hoidossa. Hoitokustannuksia säästyy huomattavasti, kun ravitsemusterveyteen kiinnitetään huomiota ja keskitytään ehkäisemään sairauksien ja vajaaravitsemuksen ilmenemistä, jolloin sairastavuus vähenee. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2020, 4–5, 14, 19.) Alanteen ym. (2019, 1281) mukaan resurssien kohdentaminen ravitsemushoidon tehostamiseen onkin kannattava investointi, ei menoerä.

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan käytännön ravitsemushoitoa on potilaan sairaalassa nauttima ruoka. Tavanomainen ruokavalio sopii kaikille potilaille, joilla ei ole vajaaravitsemuksen riskiä, mutta tehostettua ravitsemushoitoa suositellaan vajaaravitsemuksessa tai sen riskissä oleville potilaille. Tehostetun ravitsemushoidon tavoitteena on vajaaravitun potilaan riittävä energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saanti ja ravitsemushoitoa voidaan toteuttaa yksilöllisten tavoitteiden mukaisesti. Tehostamistapoina käytetään potilaan toiveruokia, -välipaloja, täydennysravintovalmisteita, tehostettua ruokavaliota ja letkuravitsemusta. Lisäksi suonensisäinen ravitsemushoito voi toimia muun ravitsemuksen lisänä tai yksistään. Tehostetulla ruokavaliolla tarkoitetaan runsaasti energiaa ja mahdollisesti myös runsaasti proteiinia sisältävää ruokaa. Ruoka-annokset ovat tavanomaista pienempiä, mutta sisältävät runsaasti energiaa, ja ruokavalio voidaan toteuttaa tarvittaessa erityisruokavaliona tai rakennemuunnettuna. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 35–37.)

Sairaalassa potilaan paino punnitaan hoitajakson alussa ja sen jälkeen kerran viikossa. Ravitsemuksen suhteen vajaaravitun potilaan tulisi syödä säännöllisesti ateria tai välipala noin 2–3 tunnin välein ja potilaan ilta- ja aamupalan ateriaväli tulisi olla enintään 10–11 tuntia. Nestetasapainon seuranta ja ruoansulatuskanavan toimintaa tulisi seurata potilaalla päivittäin. Vajaaravitsemuksen riskin arviointi voidaan toistaa viikon välein tai sovittujen käytäntöjen mukaisesti ja arvioinnin avulla on mahdollista muokata ravitsemushoitoa potilaan yksilöllistä tarvetta vastaavaksi. Vajaaravitsemuksen riskin arvioinnin lisäksi ravitsemushoidon seuranta voidaan toteuttaa ruoan käytön arviointilomakkeiden avulla. Hoitaja arvioi lomakkeiden avulla ruoka- ja nestemäärän riittävyys potilaalla sovittujen käytäntöjen mukaisesti ja arviointilomake voidaan toimittaa myös ravitsemusterapeutille. Potilaan ruokatilaukseen tai ravitsemushoitosuunnitelmaan voidaan tehdä myös muutoksia arvioinnin avulla, ja tarvittaessa voidaan tehdä yhteistyötä lääkärin kanssa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 36–37, 42, 53.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mukaan vajaaravitsemuksen hoito on pitkäaikaista ja siksi ravitsemushoidon tehostamista tarvitaan sairaalahoidon jälkeen. Potilaan jatkohoidon kannalta on tärkeää, että tieto vajaaravitsemuksesta tai sen riskistä sekä aloitetusta ravitsemushoidosta välittyy jatkohoitopaikkaan hoitohenkilökunnan, ravitsemusterapeutin ja lääkärin toimesta. Ravitsemushoidon eri vaiheiden kirjaaminen tulisi tehdä potilasasiakirjoihin, sillä ajantasainen kirjaaminen edesauttaa hoidon onnistumista ja jatkuvuutta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 42–43.) Ravitsemushoidon hyödyntäminen edellyttääkin systemaattista toimintaa, sujuvaa moniammatillista yhteistyötä ja ravitsemusterapeuttien asiantuntemusta. Tietojärjestelmiä tulisi kehittää niin, että niitä voitaisiin hyödyntää ravitsemushoidon päätöksenteossa, potilasturvallisuudessa ja hoidon arvioinnissa. Ravitsemushoidon tehostamisen käytäntöjen tulisi olla hallinnassa kaikkialla, mihin potilaat sairaalasta siirtyvät. (Oksa & Siljamäki-Ojansuu 2014, 2225–2227.)

4.2 Enteraalinen ravitsemus

Enteraalinen ravitsemus tarkoittaa täydennysravintovalmisteiden tai letkuruokinnan antoa maha-suolikanavaan joko suun kautta tai letkuravitsemuksena toteutettuna. Enteraalista ravitsemushoitoa pyritään toteuttamaan aina mahdollisuuksien mukaan, varsinkin jos potilaan ohutsuoli toimii normaalisti. Letkuravitsemuksessa potilaan ravitsemushoito voidaan toteuttaa joko laittamalla letku sierainten kautta tai suoraan vatsanpeitteiden läpi vietyinä maha-suolikanavaan. Letkuravitsemuksen avulla pyritään korjaamaan tai ehkäisemään vajaaravitsemusta sekä optimoida potilaan toipuminen. Lisäksi voidaan yhdistää parenteraalinen ravitsemus täydentämään ravitsemushoitoa. Tavanomaisimpia aiheita letkuravitsemuksen käytölle ovat joko neurologisesta tai mekaanisesta syystä johtuva nielemisvaikeus ja vasta-aiheita maha-suolikanavan akuutit ongelmat, kuten esimerkiksi suolitukos tai -puhkeama tai ennen korjaavaa toimenpidettä esiintyvä vatsaontelon paineoireyhtymä. Gastropareesissa, eli osittaisessa mahalaukun lamassa ravitsemus toteutuu paremmin, kun ravinto menee letkun avulla suoraan ohutsuoleen. Jos potilaan ravitsemushoitoa on toteutettava pidempiaikaisena, letkuruokintaa voidaan toteuttaa suoraan vatsanpeitteiden läpi maha-suolikanavaan endoskooppisesti viedyn letkun avulla (PEG, perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia). (Saarnio, Pohju & Ahtola 2014, 2239–2244.)

Leikkauspotilaalla voidaan nykyisin hyödyntää varhaista leikkauksenjälkeistä enteraalista ravitsemushoitoa (ERAS / fast track). Nopeutetun toipumisen mallin avulla varhainen

enteraalinen ravitseminen edistää suolisauhojen paranemista ja estää myös leikkauksenjälkeistä suolilamaa. Jos leikatulla potilaalla suoli toimii mutta suun kautta ei voida toteuttaa riittävää ravitsemusta, voidaan potilaalle asettaa yksilöllisesti valittu letku ravitsemusreitiksi. (Saarnio ym. 2014, 2239–2244.)

4.3 Parenteraalinen ravitseminen

Ravitsemuksen aihe parenteraaliselle, eli suoraan verenkiertoon toteutettavalle ravitsemukselle aloitetaan, jos potilaan energian ja ravintoaineiden saanti on riittämätöntä ruoansulatuskanavan kautta. Ravitsemushoidon suunnittelu aloitetaan arvioimalla potilaan nesteentarve vuorokauden kohden. Suunnittelussa arvioidaan myös energian ja ravintoaineiden tarve potilaalle. Energiantarpeen arvioimiseksi epäsuora kalorimetria olisi hyvä menetelmä, mutta käytännössä harvoin mahdollista käyttää. Epäsuoran kalorimetrian avulla voitaisiin arvioida energiantarvetta hapenkulutuksen ja hiilidioksidin tuotannon perusteella. Potilaan energiantarve on arvioitu olevan vuorokaudessa noin 20–35 kcal/kg, sairauden vaiheen mukaan ja toipumista kohti lisäten. Ääreislaskimoon annosteltavia tuotteita käytetään ensisijaisesti, kun parenteraalisesti toteutettava ravitsemushoidon kesto on lyhytaikainen. Keskuslaskimoon annosteltavia tuotteita käytetään, kun ravitsemushoito jatkuu pidempään ja parenteraalisesti annettava ravitseminen on potilaalle merkittävin ravinnonlähde. Katetri-infektioiden estämiseksi suositeltavin keskuslaskimokatetri on tunneloitu yksilumenkatetri, jota käytetään vain ravitsemushoidon toteuttamiseen. Keskuslaskimoon annostelu mahdollistaa väkevämpien liuosten käytön, jolloin energiaa ja ravintoaineita voidaan antaa pienemmässä nestemäärässä tehokkaammin. Nykyisin käytetään paljon monikammiopusseja, jotka sekoitetaan juuri ennen käyttöönottoa. Tällöin kaikki ravintoaineet annostellaan yhtä aikaa, mikä parantaa aminohappojen hyväksikäyttöä. Parenteraalista ravitsemusta voidaan antaa tarvittaessa potilaalle jopa vuosia, joten ajallisesti ravitsemushoidon kesto ei ole rajoitettu. Potilaalla tulee huomioida maksan ja munuaisten toiminta parenteraalisen ravitsemushoidon aloituksessa, mutta ikä ei ole este hoidon aloitukselle. (Bäcklund & Mäkisalo 2014, 2265–2270.)

4.4 Refeeding-oireyhtymä

Refeeding-oireyhtymä tarkoittaa nopeaan energian saantiin liittyviä elektrolyytti- ja nestetasapainohäiriöitä (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2236). Oireyhtymä ilmenee vaikean aliravitsemustilan potilailla, joilla yritetään korjata aliravitsemusta liian nopeasti. Oireyhtymän

potilailla esiintyy sydämen rytmihäiriöitä, elektrolyyttien tasapainohäiriöitä ja deliriumia. (Duodecim Sanakirjat: hakusana refeeding-oireyhtymä 2021.)

Refeeding-oireyhtymän vuoksi elimistössä ilmenee useita aineenvaihdunta- ja elektrolyyttimuutoksia, jotka johtuvat merkittävästi lisääntyneestä kalorimäärästä aikaisempaan energian saantiin verrattuna (Da Silva ym. 2020). Oireyhtymää esiintyy pitkään aliravitsemustilassa olevilla potilailla oraalisen, enteraalisen tai suonensisäisen lisäravitsemuksen aloituksen jälkeen. Glukoosista tulee uudelleen elimistön ensisijainen energianlähde, mikä edistää elimistön insuliinineritystä. Seurauksena on glukoosin, fosfaatin, kaliumin, magnesiumin ja veden siirtyminen solun sisään, jolloin elektrolyyttien osuus pienenee veressä. Tärkeää olisi havaita riskitapaukset ja hoitaa elektrolyyttihäiriöt, kuten hypokalemia, hypofosfatemia ja hypomagnesemia ennen kuin ravitsemuksen korjaamista aloitetaan. Aliravitsemustilaan tottunut elimistö ei kykene kestävänsä liian suurta energiamäärää liian nopeasti saatuna. (Ukkola 2007, 807, 809–810.)

Oireyhtymän riskitekijöitä ovat esimerkiksi alhainen magnesiumpitoisuus, yli 15 % painonlasku ja yli 10 vuorokautta kestänyt vähäinen ravinnonsaanti. Oireyhtymä on kuitenkin melko harvinainen, ja sitä tavataan 2 % potilaista. Altistava riskitekijä on esimerkiksi krooninen riittämätön ravinnonsaanti, kuten yli viikon ajan saatu alle 500 kcal:n päivittäinen kalorimäärä. Esimerkiksi postoperatiivisilla potilailla voi ilmetä riittämätöntä ravinnonsaantia. Ravintoaineiden menetys ja -imeytymishäiriöt altistavat myös oireyhtymän ilmenemiselle, esimerkiksi potilaan lihavuusleikkauksen jälkitilassa voi ilmetä ravintoaineiden menetyksestä ja imeytymishäiriöstä johtuvia oireyhtymälle altistavia riskitekijöitä. Lisäksi runsas laihtuminen ja päihteiden, kuten alkoholin ja huumeiden käyttö ovat myös riskitekijöitä oireyhtymän ilmenemiselle. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2236.) Riskiryhmään kuuluvia potilaita on tutkittu myös ASPENin artikkelissa, jonka mukaan oireyhtymää havaitaan pääasiassa syömishäiriöstä kärsivillä potilailla, kuten anorektikoilla, vakavasti sairailta aikuispotilailla, joilla on taustalla jokin sairaus sekä iäkkäillä potilailla, joilla on vähäinen ravitsemuksen saanti jatkunut pitkään (Da Silva ym. 2020).

Jokaisen vajaaravitsemusdiagnoosin saaneen potilaan refeeding-riski on selvitettävä, ennen kuin ravinnonsaantia aletaan tehostamaan. Lisäksi jokainen aliravittu potilas on myös mahdollinen riskipotilas (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2236). Ravitsemuksen korjaus tulisi aloittaa varovaisesti ja lisätä ravintomäärää asteittain (Ukkola 2007, 810). Energian tarvetta arvioidaan potilaan yksilöllisen tilanteen mukaisesti esimerkiksi epäsuoralla kalorimetrialla tai

sopivalla laskukaavalla. Energian saanti aloitetaan maltillisesti, korkeintaan 10 kcal/kg/vrk. Tarkoitus on lisätä energianmäärää seuraavan viikon aikana. On myös tärkeää huomioida, että refeeding-oireyhtymä voi ilmetä myös vasta 3–4 vuorokauden kuluttua ravitsemushoidon aloituksesta. Ravitsemushoitoa pyritään toteuttamaan tehostetun ruokavalion avulla sairaalassa ja ruokavaliota voidaan täydentää kliinisten ravintovalmisteiden avulla. Enteraalista ja parenteraalista ravitsemushoitoa voidaan hyödyntää ravitsemushoidon toteutuksessa, jos ravitsemushoitoa ei ole oraalisesti mahdollista toteuttaa. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2236–2237.)

5 KIRURGINEN POTILAS

Käsitteenä kirurgialla tarkoitetaan lääketieteen aluetta, jolla sairauksia hoidetaan leikkauksilla ja muilla kajoavilla hoitomenetelmillä (Duodecim Sanakirjat: hakusana kirurgia 2021). Terveyden ja hyvinvointilaitoksen tilastoraportin mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon suurin erikoisala oli kirurgia hoidettujen potilaiden määrällä mitattuna vuonna 2019. Raportin mukaan Suomessa kirurgisia potilaita hoidettiin 624 271 vuoden 2019 aikana. (Kyrölä & Järvelin 2020, 6.)

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien tekemää hoitotyötä (Karma ym. 2018). Perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää ajallisesti ja toiminnallisesti kolme vaihetta: Preoperatiivisen (leikkausta edeltävän), intraoperatiivisen (leikkauksen aikaisen) ja postoperatiivisen (leikkauksen jälkeisen) vaiheen. Tärkeitä asioita perioperatiivisessa hoitoprosessissa ovat potilaskeskeisyyden toteutuminen, potilaan yksilöllisyyden ja eheyden kunnioittaminen sekä turvallisen vuorovaikutussuhteen luominen. Toipuminen, hoidon ja tiedonkulun jatkuvuus sekä hoidon tulosten seuranta ovat tärkeä osa kirurgisen potilaan hoitoa. (Ahonen ym. 2019, 92.)

Elektiivisellä toimenpiteellä tarkoitetaan toimenpidettä, joka on jo suunniteltu etukäteen. Osa leikkauspotilaista tulee toimenpiteeseen suunnitellusti jonosta ajanvarauksella. Preoperatiivisen hoitotyön vaihe alkaa, kun potilaan kanssa on tehty leikkauspäätös, ja sen jälkeen potilas voi valmistautua leikkaukseen kotona, osastolla, päivystysosastolla tai poliklinikalla. Potilasta pyritään ottamaan mahdollisuuksien mukaan preoperatiivisen hoitotyön suunnitteluun, ja tavoitteena on saada potilaan yleiskunto ennen leikkausta mahdollisimman hyväksi. Huomiota kiinnitetään erityisesti potilaan fyysiseen suorituskyykyyn, yleiskuntoon, perussairauksiin, käytössä oleviin lääkkeisiin sekä suunniteltuun toimenpiteeseen. Leikkaukseen valmistellun hoidon avulla toimenpiteeseen liittyvien komplikaatioiden määrä vähenee ja myös toipuminen edistyy paremmin. (Ahonen ym. 2019, 92–93.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas otetaan vastaan leikkausosastolle ja päättyy, kun potilas siirretään anestesiavalvontaan (Karma ym. 2018). Postoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön. Vaihe päättyy, kun potilas toipuu tai kotiutuu leikkauksesta. Potilaan siirtyessä vuodeosastohoitoon hoitotyön tavoitteena on peruselintoimintojen vakauttaminen ensimmäisinä postoperatiivisinä päivinä sekä leikkauskomplikaatioiden ehkäisy. (Särkijärvi 2021.)

5.1 Kirurgisen potilaan ravitseminen leikkauksen jälkeen

Postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeen yksi tärkeimmistä asioista on potilaan ravitsemuksesta ja nestetasapainosta huolehtiminen. Potilaan yleistila voi huonontua nopeasti, jos nestetasapainossa esiintyy häiriötä. Muutoksia voi ilmetä eri elimien, kuten aivojen, munuaisten, maksan, sydämen ja keuhkojen toiminnassa. Potilaan mahdollinen kuivuminen eli dehydraatio tulee huomioida, jos oireina ovat jano, kouristukset, kuiva kieli, pienet virtsamäärät ja verenpaineen lasku. (Ahonen ym. 2019, 104–105.) Dehydraatio ja elektrolyyttihäiriöt ehkäistään aluksi suonensisäisellä nesteytyksellä. Nestetarve on 25–35 ml/kg vuorokaudessa potilaalla, jonka sydän ja munuaiset toimivat normaalisti. Ravitsemuksen suhteen pyritään siirtymään vähitellen nestemäiseen ja kevyeen ruokaan. (Särkijärvi 2021.)

Potilaan ravitsemustila vaikuttaa ravitsemushoidon suunnitteluun. Energian ja ravintoaineiden tarve suunnitellaan yksilöllisesti potilaalle ja suunnittelussa huomioidaan ruoansulatuskanavan toimintakyky ja nestetasapainoon vaikuttavat tekijät. Myös menetykset fisteiden ja dreerien kautta huomioidaan ravitsemushoidon suunnittelussa. Perussairaudesta tai -sairauksista johtuen ravintoaineiden tarve voi olla tavanomaista suurempi. Esimerkiksi vuodepotilaan energiantarve on 30 kcal ja proteiinin määrä on 1,2–1,5 g ihannepainokiloa (BMI) kohden. (Orell-Kotikangas ym. 2014, 2237.)

5.2 Potilaan ravitsemuksen vaikutus leikkaushaavan paranemiseen

Leikkausta edeltänyt vähäinen ravinnon saanti tai useita tunteja kestävä paasto hidastavat leikkaushaavojen paranemista. Leikkaushaavan ja haavainfektioiden paranemisen on todettu nopeutuvan ennen leikkausta potilaalle annettujen täydennysravintovalmisteiden avulla. Kirurgisen potilaan leikkaushaavan paranemiseen vaikuttavat useat tekijät, kuten haavasta johtuvat paikalliset tekijät, potilaasta johtuvat systeemiset tekijät ja psykososiaaliset tekijät sekä hoitohenkilöstö- ja ympäristö. Tärkeää on kiinnittää huomiota potilaan ravitsemukseen, koska leikkaushaavan paranemisen edellytyksenä on, että potilas saa ravinnostaan riittävästi ravintoaineita. Ravintoaineista hiilihydraatteja elimistö pilkkoo ja muuttaa glukoosiksi, jota solut käyttävät energianlähteenään, proteiinien aminohapot hyödynnetään uusien solujen ja uuden kudoksen sekä vasta-aineiden ja leukosyyttien muodostuksessa. Rasvoja elimistö käyttää energianlähteeksi ja solukalvojen ainesosaksi. Vitamiineista A-, B-, C-, ja E-vitamiinit vaikuttavat haavan paranemiseen ja kivennäisaineista sinkki parantaa kollageenin

vetolujuutta. Rauta osallistuu hapen kuljetukseen verenkierrrossa. (Ahonen ym. 2019, 113–116.)

6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa kyselytutkimuksen avulla Seinäjoen keskussairaalan kirurgisten osastojen hoitajien vajaaravitsemuksen tunnistamista hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kirurgisten osastojen hoitajien kykyä tunnistaa potilaiden vajaaravitsemustila osastohoidon aikana. Opinnäytetyössä vajaaravitsemustilan arviointi, tunnistaminen ja hoito kirurgian osastoilla olivat työn keskeisiä tarkastelun kohteita.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Miten vajaaravitsemusta tunnistetaan kirurgisilla osastoilla?
2. Mitä mahdollisia haasteita vajaaravitsemuksen tunnistamisessa on?
3. Millä tavoin kirurgisilla osastoilla vajaaravitsemuksen tunnistamista voitaisiin kehittää?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusprosessi

Opinnäytetyössä käytettiin pääasiassa kvantitatiivista tutkimusotetta ja aineiston keruun menetelmänä oli sähköinen kysely. Kysely muodostui kvantitatiivista tutkimusotetta mukailevista suljetuista kysymyksistä, ja kvalitatiivista tutkimusotetta käytettiin muutamassa avoimessa kysymyksessä. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen yhdistäminen tuo monipuolisemman ymmärryksen tutkimusongelmiin kuin vain yksittäistä tutkimusotetta käyttämällä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78). Tutkimusotteita valitessa on kiinnitettävä huomiota tutkittavaan ilmiöön ja siihen, mitä ilmiöstä halutaan tietää (Heikkilä 2014, 54). Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella voidaan tutkia saatuja tutkimustuloksia numeerisesti lukumäärinä sekä prosenttiosuuksina (Heikkilä 2014, 15). Kvantitatiivinen tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55). Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmillä saadaan kerättyä aineistoa ilmiöstä, josta ei löydy aikaisempaa teoriaa, tietoa, malleja tai tutkimusta. Menetelmien avulla voidaan selvittää, mistä ilmiössä on kyse, mistä tekijöistä ilmiö koostuu ja mitkä ovat tekijöiden väliset vaikutussuhteet. (Kananen 2017, 33–34.)

7.2 Kysely aineiston keruun menetelmänä

Tutkimusmenetelmät voidaan jakaa tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiin. Tiedonkeruumenetelmiin kuuluvat havainnointi, haastattelu, teemahaastattelu, kysely sekä erilaiset dokumentit, joilla voidaan kerätä tutkimusongelman ratkaisun kannalta tärkeää tietoa, josta aineisto muodostuu. Kerätyn aineiston analyysimenetelmäksi valitaan siihen sopiva menetelmä. (Kananen 2014, 48.) Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä aikaisemmin hankituista tilastoista tai kerätä tietoa itse. Sähköiset kyselyt ovat yleistyneet viime aikoina niiden nopeuden sekä helppouden vuoksi. Kyselytutkimukset suunnitellaan yleensä etukäteen ja tutkimuksen kysymykset kerätään lomakkeelle, jonka vastausten pohjalta aineisto kootaan. Suunnitelmallisen kyselytutkimuksen etuja ovat tehokkuus sekä taloudellisuus, kun tutkittavien määrä on runsas. (Heikkilä 2014, 16–18.) Tässä opinnäytetyössä kysely toteutettiin suunnitelmallisena kyselytutkimuksena, eli survey-tutkimuksena. Heikkilän (2014) mukaan kokonaistutkimus kannattaa tehdä, kun perusjoukko on pieni. Kvantitatiivinen

kyselytutkimuksen perusjoukko voi koostua jopa 200–300 vastaajasta, mutta varsinkin silloin kokonaistutkimus kannattaa tehdä, jos vastaajien eli perusjoukon määrä on alle 100. Tällöin on mahdollista välttää otantavirhe. (Heikkilä 2014, 31.)

Kysymysasettelu liittyy tutkittavaan ilmiöön sekä siihen, mitä tietoa ja teorioita ilmiöstä on jo olemassa. Olemassa olevat teoriat selittävät tutkittavaa ilmiötä ja teorioiden avulla voidaan tehdä yksityiskohtaisempia kysymyksiä tutkittavasta ilmiöstä. Kysymykset tuottavat tietoa sellaisessa muodossa, kuin ne esitetään. Esimerkiksi strukturoiduilla eli suljetuilla kysymyksillä saadaan vastausvaihtoehtojen määriä lukuina. Avointen kysymysten avulla saadaan vastaajilta tieto tekstinä, lauseina ja tarinoina, joista tutkijan on löydettävä ratkaisu tutkimusongelmalle. (Kananen 2014, 55.) Tieteellisesti hyvin toteutettu kysely edellyttää, että tutkija huomioi kyselyyn vastaamiseen käytetyn ajan, motivaation vastaamiseen ja kyvyt vastata kyselyyn. Lomakkeen huolellinen suunnittelu ja testaus vaikuttavat oleellisesti tutkimuksen onnistumiseen. (Kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien oppimisympäristö 2010.) Heikkilän (2014, 45) mukaan hyvän tutkimuksen perusedellytyksiin kuuluu, että kyselyyn valittu kohderyhmä on oikea ja kysymykset ovat sopivia. Kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää teoriaan tutustumista, tutkimusongelman tarkastelua ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Heikkilä toteaa, että suunnittelussa tulee myös huomioida se, miten aineistoa käsitellään. Tutkimuksen tavoite on oltava myös selvillä ennen kyselylomakkeen laadintaa, jotta tutkija tietää, millaista tietoa hän haluaa kysymyksillä kerätä. (Heikkilä 2014, 45–46.)

Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta. Tutkimuslupahakemus koostui opinnäytetyöaiheesta, tavoitteesta ja tarkoituksesta sekä aiheen ajankohtaisuudesta. Kyselylomaketta kokeiltiin muutamalla koehenkilöllä ennen varsinaista kyselyn lähettämistä, jotta tarvittavia muutoksia tai kyselyyn käytettävää aikaa voitiin vielä muuttaa. Lisäksi kysymysten laadintaan tiedusteltiin yhteyshenkilön mielipidettä sähköpostitse. Tutkimusluvan saamisen myötä kysely voitiin toteuttaa syksyllä 2021. Opinnäytetyön yhteyshenkilölle lähetettiin sähköpostitse saatekirje (Liite 1), jonka liitteenä oli linkki kyselyä varten. Lisäksi viesti saatekirjeestä ja kyselystä välitettiin eteenpäin kirurgisten osastojen osastonhoitajille, jotka väittivät viestin osastonsa henkilökunnalle. Kyselyn avulla kartoitettiin kattavampaa kokonaiskuvaa kirurgisten osastojen hoitajien tavoista tunnistaa potilaan vajaaravitsemustilaa tai sen riskiä. Opinnäytetyön kyselylomakkeen (Liite 2) kysymykset muodostuivat taustateoriasta nousseiden asioiden myötä. Vastausten avulla saatiin tietoa ravitsemustilan arvioinnin käytetyimmistä seulontamenetelmistä sekä muista

arviointiin hyödynnettävistä mittausmenetelmistä, joita hoitajat työssään enimmäkseen käyttävät. Aineiston avulla kartoitettiin hoitajien näkemyksiä ja näyttöön perustuvaa tietoa kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuskysymysten keinoin. Tutkimusmenetelmällä kartoitettiin ravitsemustilan arviointimenetelmien käyttöä sekä potilaiden vajaaravitsemustilan tunnistamisen kehittämistä tukevia tekijöitä.

Aineistonkeruumenetelmänä sähköiseen kyselyyn päädyttiin, koska se oli sujuvasti toteutettavissa ja hoitajat pystyivät vastata itselleen sopivana ajankohtana kyselyyn. Heikkilän (2014, 18) teoksessa on taulukoitu eri aineistonkeruumenetelmien ominaisuuksia ja sähköisestä kyselystä Heikkilä on koonnut seuraavasti tietoa hyvistä puolista: Esimerkiksi vastausten saanti on nopeaa ja vastata pystyy anonyymisti. Arkaluontoisten kysymysten ja oheismateriaalin käyttö toteutuvat hyvin sähköisessä kyselyssä. Heikkouksina mainittiin pitkän kyselyn vaikutus vastaukseen ja vastaamatta jättäminen avoimiin kysymyksiin. Lisäksi vastausten tarkkuus on kyseenalaista ja väärinkäsitysmahdollisuus on suuri. (Heikkilä 2014, 18.)

Kysely toteutettiin sähköisenä Webropol-kyselynä Seinäjoen keskussairaalan kirurgisten osastojen hoitajille 20.9.–10.10.2021. Kyselystä lähetettiin vielä muistutusviesti kahden viikon kuluttua kyselyn aloituksesta. Kysely sisälsi 22 kysymystä, joista suljettuja kysymyksiä oli 9 kappaletta, sekamuotoisia kysymyksiä eli avoimen tekstikentän sisältäviä oli 11 kappaletta ja avoimia kysymyksiä 2 kappaletta. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista, ja hoitajat vastasivat anonyymisti kyselyyn. Kysymykset muodostuivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä, joilla kartoitettiin hoitajien näkökulmaa vajaaravitsemuksen tunnistamisessa. Lopulta kyselyn avulla saatiin vastauksia 24 kappaletta.

7.3 Kyselyaineiston analysointi

Vastaukset analysoitiin tilastollisesti Webropol-ohjelman avulla. Kvantitatiivisen tutkimusaineiston kuvaamiseen käytetään numeroita sekä tilastoja. Ilmiöiden välisiä yhteyksiä, yleisyyttä, esiintymistä tai syy-seuraussuhteita pyritään selvittämään määrällisen analysoinnin avulla. Tavallisesti määrällinen analyysi voidaan toteuttaa tilastollisella kuvaavalla analyysillä, joka voi myös olla tutkimuksen tavoitteena. Aineistosta voidaan tehdä erilaisia luokitteluita ja aineiston kuvaaminen tilastoilla sekä graafisesti havainnollistamalla ovat tyypillisiä keinoja määrällisessä analyysissä. Tilastollisella analyysillä saadaan todettua tutkittavien ilmiöiden yleisyyttä, määriä, jakautumista ja jäsentymistä eri luokkiin ja tilastollisesti kuvaavilla

menetelmillä saadaan pohjustettua aineiston syvällisempää, selvittävää analyysiä esimerkiksi muuttujien riippuvuussuhteita tai yhteisvaihteluita tarkastelemalla. (Jyväskylän yliopisto, 2015.)

Opinnäytetyön kvalitatiivisen aineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia menetelmänä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tarkoituksena on muodostaa saadusta tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysissä korostuu aineistolähtöisyys, joka ei ole sidoksissa aikaisempaan havainnointiin, tietoon tai teoriaan tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.) Sisällönanalyysin tarkoitus on luoda selkeä kuvaus sanallisesti tutkittavasta ilmiöstä, ja analyysin avulla kootaan saatu tutkimusaineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon aineiston alkuperä huomioiden. Tutkimusaineistosta voidaan siten tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä sisällönanalyysin avulla. Laadullisessa aineistossa analysointia toteutetaan tutkimusprosessin eri vaiheissa. Aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto pilkotaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. (Hämäläinen 1987, Burns & Grove 1997, Strauss & Corbin 1998, Atkinson 2000, Tuomen ja Sarajärven 2018, 122 mukaan.)

Tuomen ja Sarajärven (2018, 127) tekstissä on kuvailtu, että aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa on tarkoitus edetä empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavan ilmiön suhteen. Tuomen ja Sarajärven (2018, 122) mukaan Miles ja Huberman (1994) kuvaavat aineistolähtöisen laadullisen sisällönanalyysin kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston pelkistämiseen eli redusointiin, 2) ryhmittelemiseen eli klusterointiin ja 3) teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin. Aineiston pelkistämisessä analysoitavasta aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Luokittelun myötä aineisto tiivistyy, kun alkuperäisilmauksista on muodostettu pelkistettyjä ilmauksia. Ryhmittelyn eli klusteroinnin avulla luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavat kuvaukset tutkittavalle ilmiölle. Yhteneväiset käsitteet ryhmitellään sekä nimetään kuvaavalla käsitteellä. Aineiston ryhmittelyssä alkuperäiset ilmaukset käydään läpi tarkasti ja yhtäläisyydet sekä eroavaisuudet selvitetään. Aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä erotetaan lopulta tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka pohjalta teoreettiset käsitteet muodostuvat. Abstrahoinnin avulla alkuperäisaineisto etenee teoreettisiksi käsitteiksi ja johtopäätöksiksi. (Miles & Huberman 1994, Tuomen & Sarajärven 2018, 123–127 mukaan.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Alkuperäisestä aineistosta haetaan vastauksia tutkimusongelman mukaisiin kysymyksiin ja tutkimuksen kannalta kiinnostavat ilmaisut tunnistetaan, minkä jälkeen nämä alkuperäiset ilmaukset pelkistetään yksittäisiksi ilmauksiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään samaan kategoriaan, jotka jaotellaan sen perusteella, miten aineistoa halutaan analyysissä tulkita. Analyysia jatketaan ala- ja yläkategorioihin saakka ja lopulta alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävien kategorioiden avulla kyetään vastaamaan tutkimusongelmiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 124–127.)

Opinnäytetyön laadullinen sisällönanalyysi toteutettiin luokittelemalla ja taulukoimalla kyselyn avulla saadut vastaukset avointen kysymysten sekä sekamuotoisten kysymysten avointen tekstikenttien kohdalla. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessien avulla saatiin muodostettua kyselyyn vastanneiden hoitajien vastauksista johtopäätöksiä, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysistä on koottu taulukoita (Taulukot 1, 2 ja 3), joissa näkyvät analyysin etenemisprosessin vaiheet saaduista vastauksista opinnäytetyön tutkimuskysymysten aiheisiin. Taulukot esitellään kyselyn tulosten yhteydessä. Vastaukset on koottu taulukon sarakkeisiin aihealueen sopivuuden mukaan, ei kysymysjärjestyksen perusteella. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kyselyn avulla saatujen vastausten alkuperäiset ilmaukset koottiin taulukoihin (Taulukot 1, 2 ja 3).

8 KYSELYN TULOKSET

8.1 Kyselyyn vastanneiden taustatiedot

Kyselyn alussa tiedusteltiin vastaajien taustatietoja. Ensimmäiseksi kysyttiin vastaajien koulutustaustasta, jossa vaihtoehtoina oli sairaanhoitajan, lähihoitajan ja perushoitajan koulutus. Lisäksi oli mahdollista vastata avoimeen tekstikenttään. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli sairaanhoitajia (n=21), lähihoitajia (n=2) ja perushoitajia (n=1). Seuraavaksi kartoitettiin vastaajien työvuosien pituutta hoitoalalla. Vastaajat (n=12) olivat työskennelleet hoitoalalla yli 12 vuotta, (n=2) 9–12 vuotta, (n=6) 5–8 vuotta, (n=3) 1–4 vuotta ja yksi vastaaja (n=1) alle yhden vuoden. Kyselyyn vastaajat (n=22) olivat vakituisia työntekijöitä nykyisessä työpaikassa ja muutama vastaaja (n=2) oli pitkäaikainen sijainen, joilla työsuhteen kesto oli ollut yli 3 kuukautta.

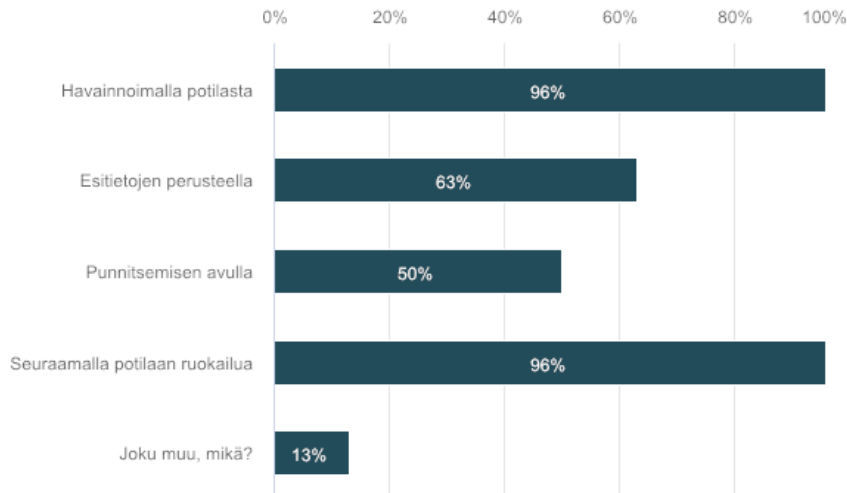
8.2 Potilaan ravitsemustilan tarkkailu osastolla

Taustatietojen kartoittamisen jälkeen kyselyssä tiedusteltiin hoitajilta potilaan ravitsemustilan tarkkailua (Kuvio 1). Kysymyksessä pystyi valitsemaan usean vaihtoehdon ja vastaamaan omalla tekstillä kohtaan ”Joku muu, mikä?”. Vastaajat vastasivat seuraavansa potilaan ravitsemustilaa erilaisin keinoin, esimerkiksi potilasta havainnoimalla (n=23), esitietojen perusteella (n=15), punnitsemisen avulla (n=12) ja seuraamalla potilaan ruokailua (n=23). Avoimeen tekstikenttään hoitajat (n=3) olivat vastanneet muita menetelmiä potilaan ravitsemustilan tarkkailun seuraamiseen.

Keskustelemalla potilaan/omaisten kanssa.

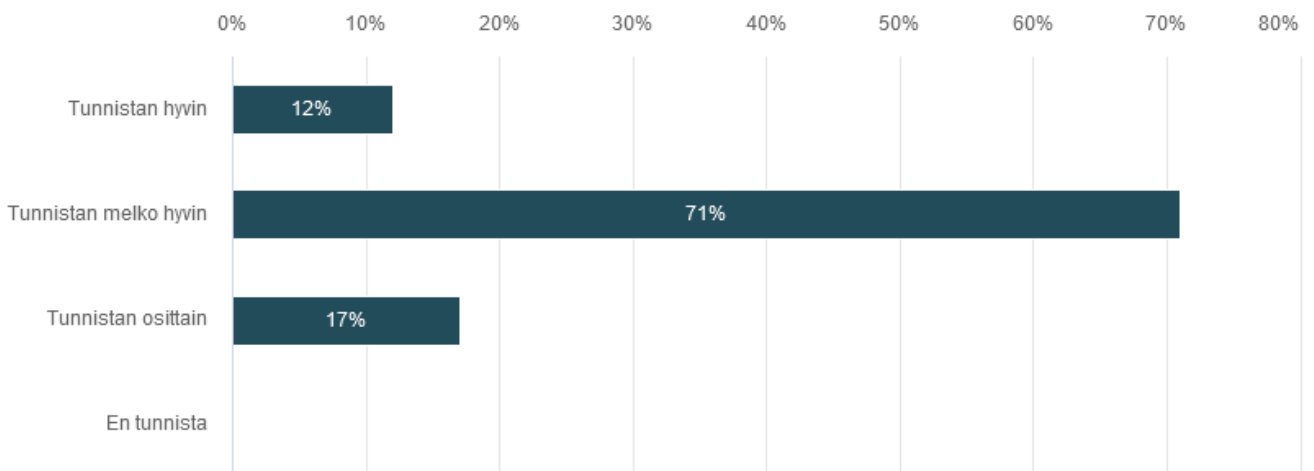
Vajaaravitsemusseula NRS.

NRS2002.



Kuvio 1. Hoitajien keinot tarkkailla potilaan ravitsemustilaa.

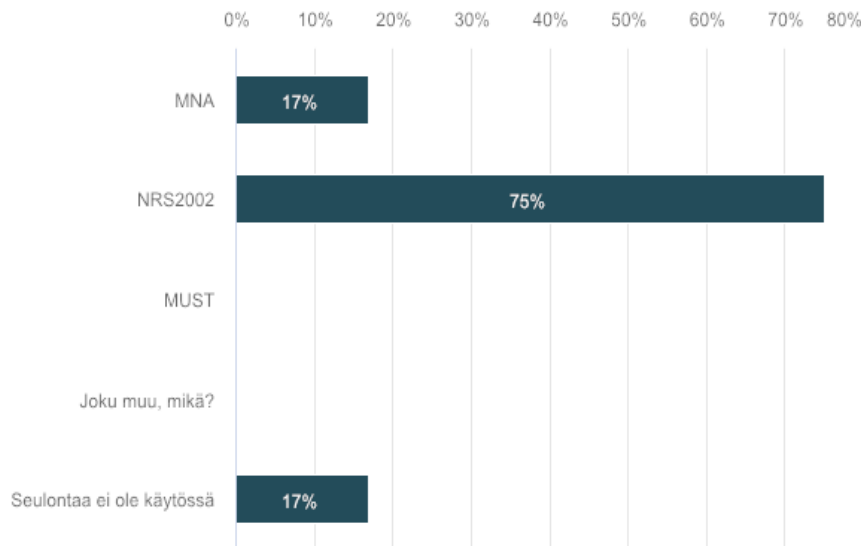
Seuraavaksi hoitajilta kysyttiin, miten hyvin he kokivat tunnistavansa potilaan vajaaravitsemuksen riskitekijät. Vastaajista osa (n=3) koki tunnistavansa hyvin riskitekijät. Suurin osa vastaajista (n=17) koki tunnistavansa melko hyvin. Vastaajista muutama koki tunnistavansa osittain (n=4) (Kuvio 2).



Kuvio 2. Hoitajien kokemukset vajaaravitsemuksen riskitekijöiden tunnistamisesta.

Kyselyssä tiedusteltiin hoitajilta, käytetäänkö osastolla potilaan vajaaravitsemustilan arvioinnissa seulontamenetelmää (esimerkiksi MNA, NRS2002). Vastaajista suurin osa (n=20) vastasi seulontamenetelmän olevan käytössä potilaan vajaaravitsemustilan arvioinnissa.

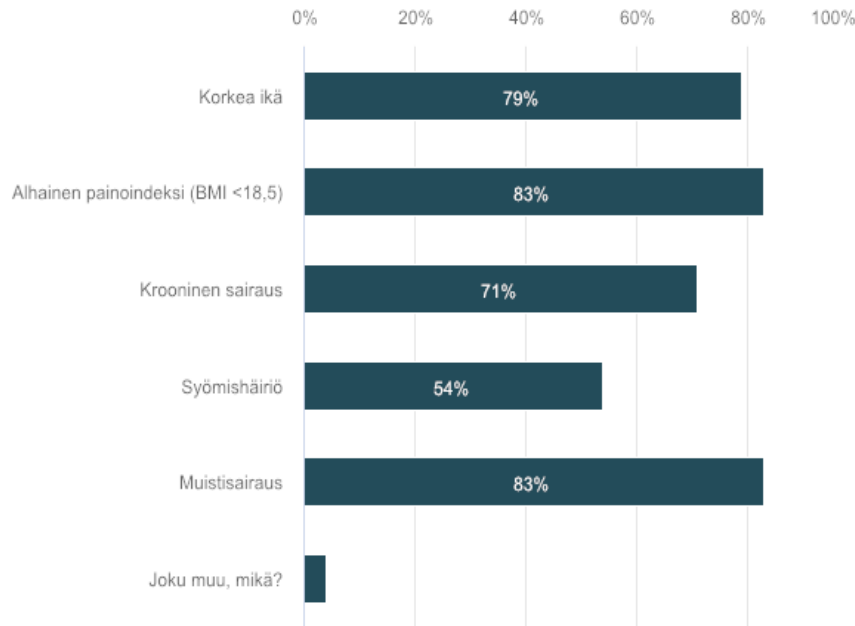
Muutama vastaajista (n=4) oli vastannut, ettei osastolla ollut käytössä seulontamenetelmää potilaan ravitsemustilan tarkkailemista varten. Kyselyssä haluttiin tarkempaa tietoa, mitä seulontamenetelmää osastolla käytetään (Kuvio 3). Yleisimpänä käytettiin NRS2002-seulontamenetelmää (n=18). MNA-menetelmä oli toiseksi yleisin vaihtoehto (n=4). Osa vastaajista (n=4) vastasi, ettei seulontaa ole käytössä.



Kuvio 3. Osastoilla käytettäviä seulontamenetelmiä.

Hoitajat käyttivät työssään enimmäkseen (n=18) NRS2002 -seulontamenetelmää. Osa vastaajista (n=2) käytti työssään MNA-menetelmää. Muutama vastaaja (n=4) oli vastannut, että seulontaa ei ollut käytössä. Kyselyssä tiedusteltiin hoitajilta myös, millaisiin vajaaravitsemuksen riskitekijöihin he kiinnittävät ensisijaisesti huomiota potilaan hoidossa (Kuvio 4). Vastaajat (n=19) huomioivat vajaaravitsemuksen riskitekijäksi potilaan korkean iän. Suurin osa vastaajista (n=20) kiinnitti huomiota potilaan alhaiseen painoindeksiin (BMI<18,5). Muita vajaaravitsemuksen riskitekijöitä olivat krooninen sairaus (n=17), syömishäiriö (n=13) ja muistisairaus (n=20). Avoimessa tekstikentässä oli yksi vastaus.

Potilaan paino pudonnut nopeasti.



Kuvio 4. Erilaisten vajaaravitsemuksen riskitekijöiden huomiointi potilaan hoidossa.

8.3 Vajaaravitsemuksen seulontamenetelmien käyttö hoitotyössä

Kyselyssä tiedusteltiin hoitajien mielipidettä, pitävätkö hoitajat vajaaravitsemuksen seulontaa tärkeänä. Vastaajat pitivät seulontaa erittäin tärkeänä (n=9), sekä melko tärkeänä (n=13). Muutama vastaaja (n=2) oli vastannut, ettei pidä seulontaa kovin tärkeänä. Kyselyssä haluttiin selvittää, miten hoitajat kokevat vajaaravitsemuksen seulonnan tekemisen hoitotyössä (Kuvio 5). Vastaajista puolet (n=12) vastasivat kokevansa seulonnan tekemisen helpoksi. Sen sijaan osa vastaajista (n=6) koki seulonnan tekemisen hankalaksi. Vastaajien (n=9) mielestä seulonnan tekeminen vie paljon aikaa. Osa vastaajista (n=2) ei pitänyt seulontaa kovin tärkeänä. Avoimessa tekstikentässä vastaajat toivat esiin muita tekijöitä, jotka vaikuttivat kokemukseen tehdä vajaaravitsemuksen seulontaa.

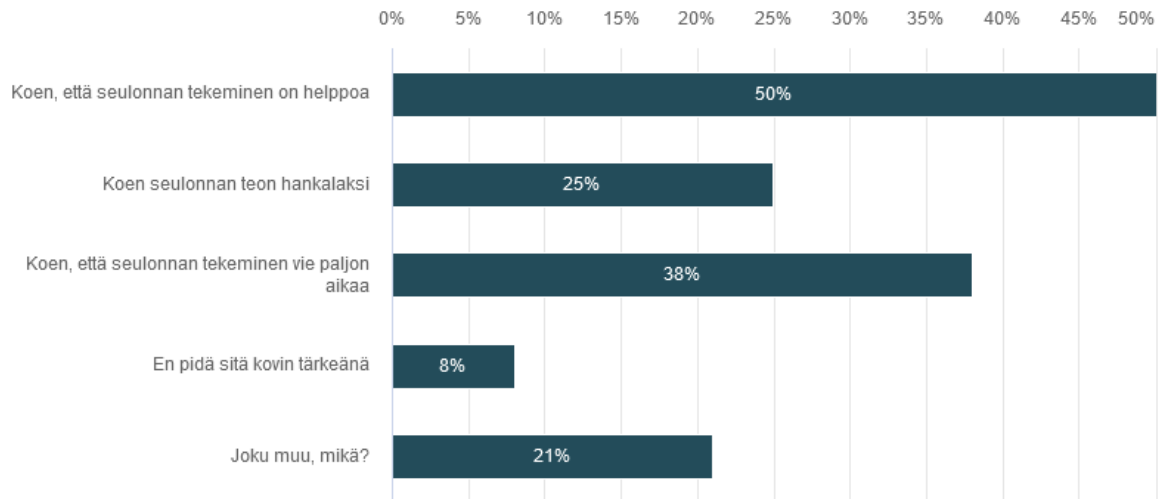
Ravitsemuksen jatkoseuranta on vajavaista, joten sen hyöty on niin ja näin.

Meillä ei seulontaa tehdä mittareilla vaan jokaisen potilaan kohdalla havainnoidaan ruokailua ja sen mahdollisia ongelmia muun hoitotyön ohella.

Potilaan vointia mitataan eri mittareilla. Työvuoro ei meinaa riittää monenlaiseen mittaamiseen.

Seulonta on sellainen asia, mitä ei oikein aina tahdo muistaa; siitä ei ole vielä tullut rutiinia.

Kun paljon töitä, ei ehdi aina tehdä.



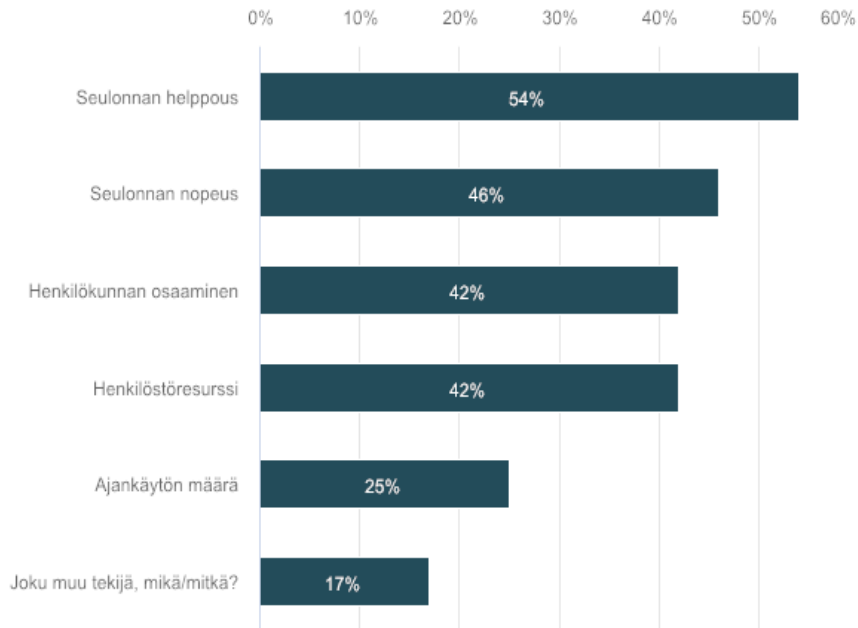
Kuvio 5. Hoitajien kokemukset vajaaravitsemusseulonnan tekemisestä hoitotyössä.

Vastaajilta selvitettiin seulonnan tekoon vaikuttavia positiivisia tekijöitä (Kuvio 6). Seulonnan teon helppous oli valittu positiivisimmaksi tekijäksi (n=13). Seulonnan teon nopeus koettiin positiiviseksi asiaksi (n=11). Henkilökunnan osaaminen (n=10) sekä henkilöstöressurit (n=10) koettiin myötävaikuttaviksi tekijöiksi seulonnan tekemisen kannalta. Ajankäytön määrä (n=6) oli yksi positiivisesti vaikuttava tekijä. Avoimeen tekstikenttään nousivat esille seuraavat asiat.

Jos tietäisi, että lääkäritkin olisivat kiinnostuneita arviointien tuloksista. Ettei ns. mitattaisi vain mittaamisen ilosta.

Potilaat eivät usein osaa kertoa painon muutoksista, esim. muistisairas.

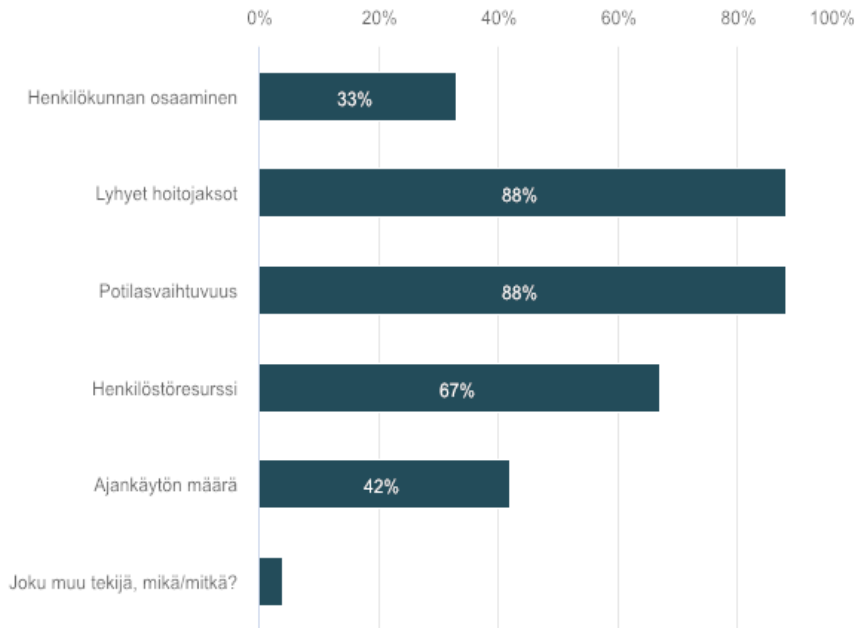
Kun potilaita vähemmän, ehtii seuloa.



Kuvio 6. Seulonnan tekoon vaikuttavat positiiviset tekijät.

Kyselyssä selvitettiin myös seulonnan tekemistä heikentävät tekijät (Kuvio 7). Vastaajat (n=8) kokivat henkilökunnan osaamisen heikentävänä tekijänä. Muita seulonnan tekemiseen vaikuttavia heikentäviä tekijöitä olivat potilaiden lyhyet hoitajaksot (n=21), potilasvaihtuvuus (n=21), henkilöstöresurssit (n=16) sekä ajan käytön määrä (n=10). Yksi vastaajista vastasi avoimeen tekstikenttään.

Ei muista, koska rutiinia ei ole.

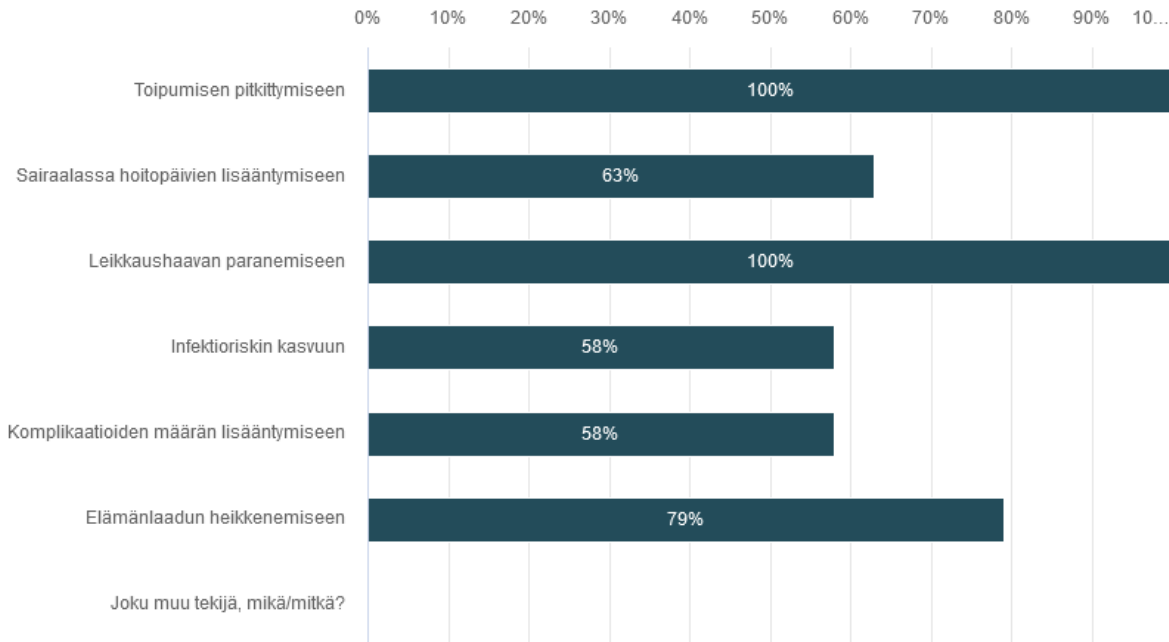


Kuvio 7. Seulonnan tekoon vaikuttavat negatiiviset tekijät.

8.4 Vajaaravitsemuksen vaikutukset ja ravitsemustilan merkitys potilaalle

Kyselyssä selvitettiin vastaajien arvioita siihen, mihin asioihin vajaaravitsemus vaikuttaa potilaalla (Kuvio 8). Kaikki vastaajat (n=24) olivat sitä mieltä, että vajaaravitsemus vaikuttaa potilaan toipumisen pitkittymiseen. Vastaajat (n=15) arvioivat sairaalassa hoitopäivien lisääntyvän. Jokaisen vastaajan (n=24) mielestä vajaaravitsemus vaikuttaa leikkaushaavan paranemiseen. Vajaaravitsemuksen arvioitiin vaikuttavan infektioriskin kasvuun (n=14) ja potilaan komplikaatioiden määrän lisääntymiseen (n=14). Vastaajat (n=19) arvioivat potilaan elämänlaadun heikkenevän vajaaravitsemuksen seurauksena. Kyselyssä vastaajia pyydettiin valitsemaan, mikä parhaiten kuvastaisi ravitsemustilan merkitystä potilaan toipumisen

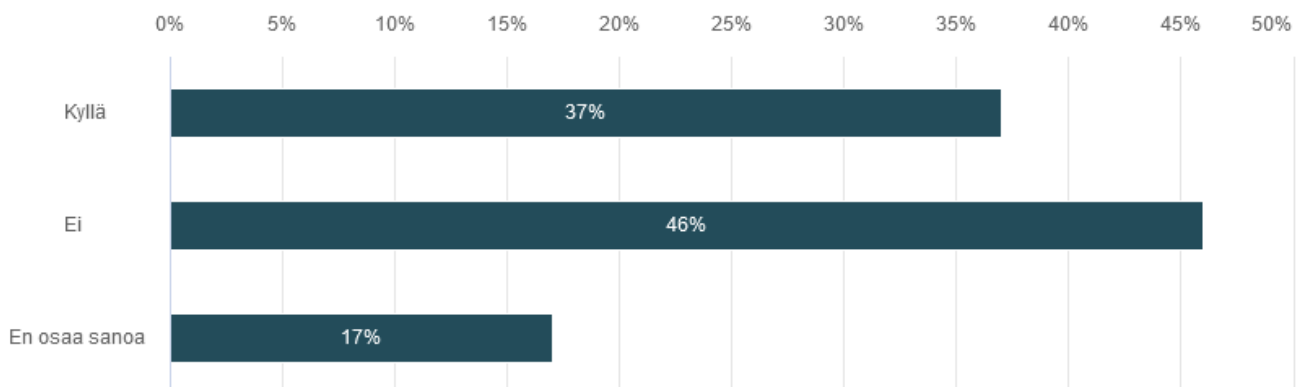
kannalta. Ravitsemustilan merkitystä piti hyvin tärkeänä (n=17), ja osa vastaajista (n=7) piti ravitsemustilan merkitystä melko tärkeänä.



Kuvio 8. Hoitajien arviot vajaaravitsemuksen vaikutuksista potilaalla.

8.5 Vajaaravitsemuksen tunnistamiseen saatu koulutus ja koulutustarve

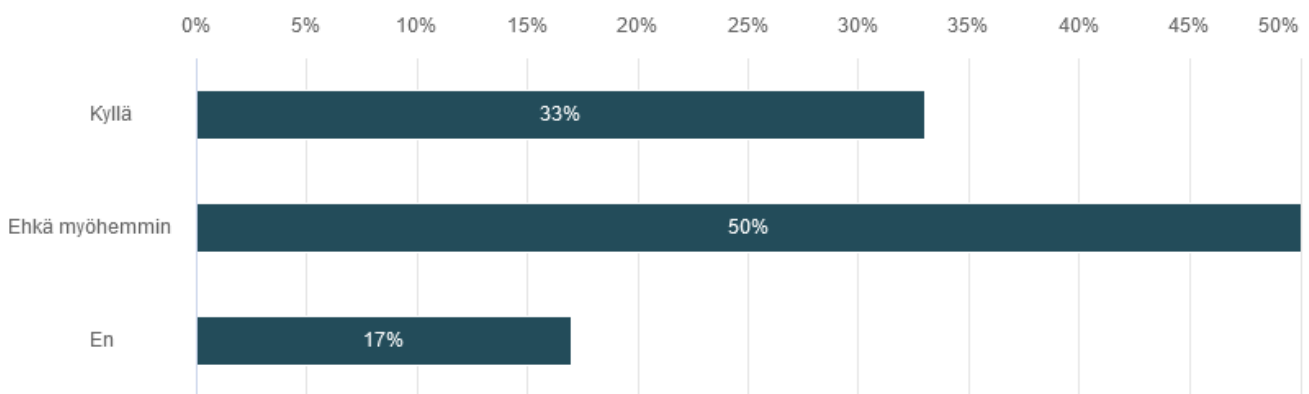
Kyselyssä selvitettiin, ovatko vastaajat saaneet koulutusta vajaaravitsemuksen tunnistamiseen (Kuvio 9). Osa vastaajista (n=9) oli saanut koulutusta. Alle puolet vastaajista (n=11) eivät olleet saaneet koulutusta. ”En osaa sanoa” vastasi muutama vastaaja (n=4).



Kuvio 9. Hoitajien saama koulutus vajaaravitsemuksen tunnistamiseen.

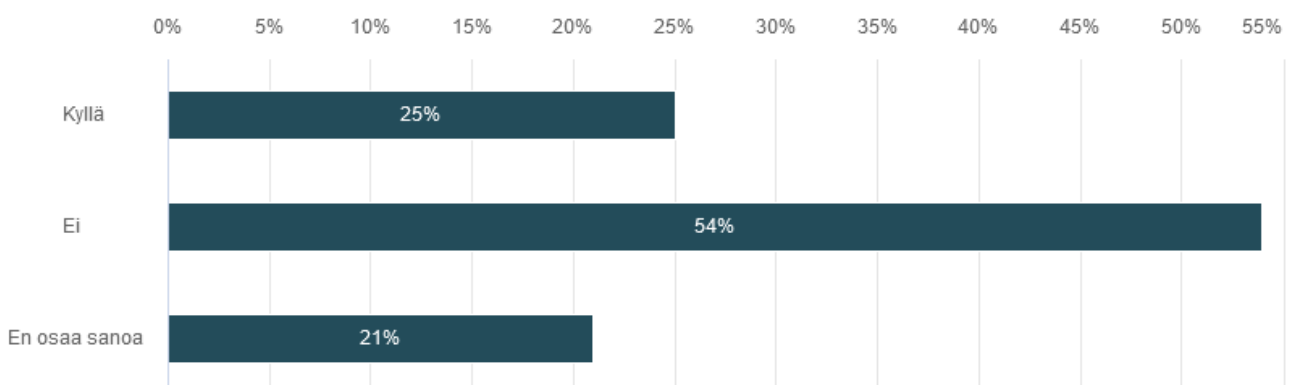
Vajaaravitsemuksen tunnistamiseen koulutusta saaneilta kysyttiin tarkentavana kysymyksenä, millaista koulutusta vastaajat ovat saaneet. Osa vastaajista (n=8) oli ollut vajaaravitsemuksen tunnistamisen luennolla. Muutama oli suorittanut verkkokurssin (n=4).

Kyselyssä selvitettiin vastaajien halukkuutta saada koulutusta vajaaravitsemuksen tunnistamisesta (Kuvio 10). Vastaajista alle puolet (n=8) toivoi saavansa koulutusta vajaaravitsemuksen tunnistamisesta. Puolet vastaajista (n=12) toivoi saavansa koulutusta myöhemmin. Osa vastaajista (n=4) ei halunnut koulutusta.



Kuvio 10. Hoitajien kokema tarve koulutukselle.

Koulutusmyönteisiltä vastaajilta kysyttiin, miten vastaajat toivoivat koulutuksen toteutuvan. Koulutusta toivottiin järjestettävänä asiantuntijaluentoina (n=11), osastotuntina aiheesta (n=11) ja verkkokursseina (n=7). Vastaajilta tiedusteltiin, voisiko jokaiselle kirurgiselle potilaalle tehdä vajaaravitsemusseulonnan (Kuvio 11). Osa vastaajista (n=6) oli sitä mieltä, että seulonnan voisi tehdä kaikille. Yli puolet vastaajista (n=13) oli sitä mieltä, että seulontaa ei voi tehdä kaikille kirurgisille potilaille. Muutama vastaajista (n=5) ei osannut sanoa.



Kuvio 11. Hoitajien mielipide seulonnan tekemisestä jokaiselle potilaalle.

Kyselyn lopussa oli 2 avointa kysymystä, joista ensimmäisessä kysymyksessä tiedusteltiin hoitajilta, mihin vajaaravitsemukseen liittyviin asioihin he toivoisivat lisää tietoa. Hoitajat olivat vastanneet kysymykseen seuraavasti:

Erityisesti vaikeasti sairaiden potilaiden ravitsemukseen liittyen, mitä pitäisi osastolla huomioida, esim. kuinka monta lisäravinnetta/pv potilaan tulisi saada. Millä muilla keinoin ravitsemustilaa voisi parantaa ja tukea.

Päivitystä runsasenergisistä ja proteiinipitoisista ruokavalioista varsinkin ikääntyneille. Lisäravinteiden hyödyistä.

Kyselyn viimeisessä kysymyksessä hoitajilta tiedusteltiin vielä, olisiko vielä jotain, mitä he haluaisivat kommentoida. Hoitajat olivat kirjoittaneet kysymykseen vastauksina:

Jokaiselle kirurgiselle potilaalle voitaisiin tehdä seulonta, mutta mielestäni sitä ei kannata rutiinisti tehdä esim. perusterveille ja normaali BMI sekä pieneen toimenpiteeseen tulevalle nuorelle asiakkaalle. Esim. poliklinikalla leikkaushoidon ohjaus jo itsessään sisältää paljon asiaa ja omaksumista, mutta ohjaukseen käytössä oleva aika on rajallinen, jolloin töitä täytyy priorisoida. Seulonnat pitäisi tehdä jo perusterveydenhuollossa, jotta mahdolliset korjaavat toimenpiteet ehdittäisiin tehdä hyvissä ajoin ennen leikkausta.

Miksi ottaa osastolla, jos siitä ei seuraa mitään.

Tärkeä aihe ja selkeä, helposti täytettävä kysely, kiitos :)

Ikääntyneistä suurin osa näin käytännön kokemuksesta tuntuu olevan vajaaravitsemuksen riskissä ja sairaalahoidon aikana ruokahalu yleensä heikkenee.

Kirurgisilla osastoilla hoitoajat ovat yleensä lyhyet, n. 1–3 vrk. Koen, että näin lyhyellä hoitajaksolla ei pystytä juurikaan puuttumaan vajaaravitsemukseen. Vajaaravitsemuksen seulonta ja ennaltaehkäiseminen tulisi keskittää perusterveydenhoitoon.

Toki pidemmällä hoitojaksoilla olisi hyvä tehdä vajaaravitsemuskyselyt. Lisäksi epäiltäessä vajaaravitsemusta, voitaisiin tieto tästä laittaa perusterveydenhoitoon.

Pelkistämisen avulla tiivistettiin alkuperäisten ilmausten sisältö aihealueet huomioiden. Taulukossa 1 on kysymyksen 4. ”Miten tarkkailet potilaan ravitsemustilaa?” avoimen tekstikentän saadut vastaukset: ”Keskustelemalla potilaan/omaisten kanssa”, ”Vajaaravitsemusseula NRS” ja ”NRS2002”, sekä kysymyksen 9. ”Seuraavaksi on lueteltu erilaisia vajaaravitsemukseen liittyviä riskitekijöitä potilaalla. Mihin riskitekijöihin kiinnität ensisijaisesti huomiota potilaan hoidossa?” saadut vastaukset: ”Potilaan paino pudonnut nopeasti” ja ”Meillä ei seulontaa tehdä mittareilla vaan jokaisen potilaan kohdalla havainnoidaan ruokailua ja sen mahdollisia ongelmia muun hoitotyön ohella.” Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin sanoilla ”Vajaaravitsemusseulonnan käyttö osastolla” ja ”Potilaan havainnointi osastolla”. Pelkistetyille alkuperäisille ilmauksille muodostettiin alaluokka, jossa kuvattiin saman aihealueen vastauksia tiivistäen muotoon ”Kliininen hoitotyö sekä seulonnan käyttö potilaan hoidossa.” Lopulta alkuperäisistä ilmauksista pelkistämällä ja luokittelemalla saatiin muodostettua yläluokaksi ”Vajaaravitsemuksen tunnistamisen keinot”, joka osaltaan vastaa opinnäytetyön ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Miten vajaaravitsemusta tunnistetaan kirurgisilla osastoilla?”. Yläluokka vajaaravitsemuksen tunnistamisen keinoista sisältää hoitajien käytännössä hyödyntämiä keinoja vajaaravitsemuspotilaan tunnistamisessa.

Taulukko 1. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen keinot.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
”Keskustelemalla potilaan/omaisten kanssa.” ”Vajaaravitsemusseula NRS.” ”NRS2002.” ”Potilaan paino pudonnut nopeasti.” ”Meillä ei seulontaa tehdä mittareilla vaan jokaisen potilaan kohdalla havainnoidaan ruokailua ja sen mahdollisia ongelmia muun hoitotyön ohella.”	Vajaaravitsemusseulonnan käyttö osastolla Potilaan havainnointi osastolla	Kliininen hoitotyö sekä seulonnan käyttö potilaan hoidossa	Vajaaravitsemuksen tunnistamisen keinot

Taulukossa 2 on kysymyksen 11 "Miten koet vajaaravitsemuksen seulonnan tekemisen hoitotyössä?" avoimen tekstikentän alkuperäiset ilmaisut seuraavasti: "Potilaan vointia mitataan eri mittareilla. Työvuoro ei meinaa riittää monenlaiseen mittaamiseen", "Ravitsemuksen jatkoseuranta on vajavaista, joten sen hyöty on niin ja näin", "Seulonta on sellainen asia, mitä ei oikein aina tahdo muistaa; siitä ei ole vielä tullut rutiinia", "Kun paljon töitä, ei ehdi aina tehdä." Lisäksi sekamuotoisen kysymyksen 12. "Valitse, mitkä tekijät vaikuttavat positiivisesti seulonnan tekemiseen?" avoimen tekstikentän vastaukset: "Jos tietäisi, että lääkäritkin olisivat kiinnostuneita arviointien tuloksista. Ettei ns. mitattaisi vain mittaamisen ilosta" ja "Potilaat eivät usein osaa kertoa painon muutoksista, esim. muistisairas." Taulukkoon 2 oli myös ryhmitelty avoimeen kysymykseen 22. "Olisiko vielä jotain, mitä haluaisit kommentoida?" tulleita vastauksia, jotka sopivat koottuun aihealueeseen: "Miksi ottaa osastolla, jos siitä ei seuraa mitään" ja "Ikääntyneistä suurin osa näin käytännön kokemuksesta tuntuu olevan vajaaravitsemuksen riskissä ja sairaalahoidon aikana ruokahalu yleensä heikkenee." Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin "Työajan riittämättömyydellä" ja "Ravitsemuksen jatkoseurannan vajavaisuudella ja iäkkäillä potilailla". Alaluokaksi tiivistettiin pelkistykset "Resurssien puute" ja "Ravitsemustilan seuranta ja tarkkailu potilaalla". Lopulta yläluokaksi muodostui "Vajaaravitsemuksen tunnistamisen haasteet", johon sisältyi hoitajien kuvaamia erilaisia käytännön kokemuksia vajaaravitsemuksen tunnistamisen haasteista.

Taulukko 2. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen haasteet.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Potilaan vointia mitataan eri mittareilla." "Työvuoro ei meinaa riittää monenlaiseen mittaamiseen."</p> <p>"Seulonta on sellainen asia, mitä ei oikein aina tahdo muistaa, siitä ei ole vielä tullut rutiinia."</p> <p>"Kun paljon töitä, ei ehdi aina tehdä."</p> <p>"Ravitsemuksen jatkoseuranta on vajavaista, joten sen hyöty on niin ja näin."</p> <p>"Jos tietäisi, että lääkäritkin olisivat kiinnostuneita arviointien tuloksista. Ettei ns. mitattaisi vain mittaamisen ilosta."</p> <p>"Miksi ottaa osastolla, jos siitä ei seuraa mitään."</p> <p>"Potilaat eivät usein osaa kertoa painon muutoksista, esim. muistisairas."</p> <p>"Ikääntyneistä suurin osa näin käytännön kokemuksesta tuntuu olevan vajaaravitsemuksen riskissä ja sairaalahoidon aikana ruokahalu yleensä heikkenee."</p>	<p>Työajan riittämättömyys</p> <p>Ravitsemuksen jatkoseurannan vajavaisuus</p> <p>lääkkäät potilaat</p>	<p>Resurssien puute</p> <p>Ravitsemustilan seuranta ja tarkkailu potilaalla</p>	<p>Vajaaravitsemuksen tunnistamisen haasteet</p>

Kolmanteen taulukkoon oli koottu avointen kysymysten 21 ja 22 vastauksia aihealueen mukaan. Kysymyksessä 21 tiedusteltiin hoitajilta, mihin vajaaravitsemukseen liittyviin asioihin he toivoisivat saavansa lisää tietoa. Vastauksia kysymykseen tuli seuraavasti: "Eryyisesti vaikeasti sairaiden potilaiden ravitsemukseen liittyen, mitä pitäisi osastolla huomioida, esim. kuinka monta lisäravinnetta/pv potilaan tulisi saada. Millä muilla keinoin ravitsemustilaa voisi parantaa ja tukea." ja "Päivitystä runsasenergisistä ja proteiinipitoisista ruokavalioista varsinkin ikääntyneille. Lisäravinteiden hyödyistä". Myös avoimen kysymyksen 22 alkuperäiset ilmaukset ryhmiteltiin taulukkoon 3. Hoitajilta tiedusteltiin avoimessa kysymyksessä, että "Olisiko vielä jotain, mitä haluaisit kommentoida?" hoitajat olivat vastanneet kysymykseen seuraavasti: "Jokaiselle kirurgiselle potilaalle voitaisiin tehdä seulonta, mutta mielestäni sitä ei kannata rutiinisti tehdä esim. perusterveille ja normaali BMI sekä pieneen toimenpiteeseen

tulevalle nuorelle asiakkaalle. Esimerkiksi poliklinikalla leikkaushoidon ohjaus jo itsessään sisältää paljon asiaa ja omaksumista, mutta ohjaukseen käytössä oleva aika on rajallinen, jolloin töitä täytyy priorisoida. Seulonnat pitäisi tehdä jo perusterveydenhuollossa, jotta mahdolliset korjaavat toimenpiteet ehdittäisiin tehdä hyvissä ajoin ennen leikkausta” ja ”Kirurgisilla osastoilla hoitoajat ovat yleensä lyhyet, n. 1–3 vrk. Koen, että näin lyhyellä hoitajaksoilla ei pystytä juurikaan puuttumaan vajaaravitsemukseen. Vajaaravitsemuksen seulonta ja ennaltaehkäiseminen tulisi keskittää perusterveydenhoitoon. Toki pidemmällä hoitajaksoilla olisi hyvä tehdä vajaaravitsemuskyselyt. Lisäksi epäiltäessä vajaaravitsemusta, voitaisiin tieto tästä laittaa perusterveydenhoitoon.” Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin tiivistämällä saadut vastaukset. Pelkistettyihin ilmauksiin vastaukset muodostettiin seuraavanlaisesti: ”Tiedonsaanti lisäravinteista sekä runsasenergisestä ja proteiinipitoisesta ravitsemuksesta”, ”Seulontojen tekeminen perusterveydenhuollossa” ja ”Vajaaravitsemuskysely pidemmällä hoitajaksoilla”. Pelkistystä tiivistettiin alaluokkaan, johon koottiin yleistämällä taulukon 3 vastausten aihealueet: ”Vajaaravitsemusseulonta perusterveydenhuollossa” ja ”Lisätiedonsaanti ravitsemuksesta sekä seulontojen teko potilaille pidemmällä hoitajaksoilla”. Yläluokaksi muodostettiin otsikko ”Vajaaravitsemuksen tunnistamisen kehittäminen”, jonka alle saadut alkuperäiset ilmaukset kuvasivat hoitajien vastauksia vajaaravitsemuksen tunnistamisen kehittämistä varten.

Taulukko 3. Vajaaravitsemuksen tunnistamisen kehittäminen.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>”Erityisesti vaikeasti sairaiden potilaiden ravitsemukseen liittyen, mitä pitäisi osastolla huomioida, esim. kuinka monta lisäravinnetta/pv potilaan tulisi saada. Millä muilla keinoin ravitsemustilaa voisi parantaa ja tukea.”</p> <p>”Päivitystä runsasenergisistä- ja proteiinipitoisista ruokavalioiden varsinkin ikääntyneille. Lisäravinteiden hyödyistä.”</p> <p>”Jokaiselle kirurgiselle potilaalle voitaisiin tehdä seulonta, mutta mielestäni sitä ei kannata rutiinisti tehdä esim. perusterveille ja normaali BMI sekä pieneen toimenpiteeseen tulevalle nuorelle asiakkaalle. Esim. poliklinikalla leikkaushoidon ohjaus jo itsessään sisältää paljon asiaa ja omaksumista, mutta ohjaukseen käytössä oleva aika on rajallinen, jolloin töitä täytyy priorisoida. Seulonnat pitäisi tehdä jo perusterveydenhuollossa, jotta mahdolliset korjaavat toimenpiteet ehdittäisiin tehdä hyvissä ajoin ennen leikkausta.”</p> <p>”Kirurgisilla osastoilla hoitajat ovat yleensä lyhyet, n. 1–3 vrk. Koen, että näin lyhyellä hoitajaksolla ei pystytä juurikaan puuttamaan vajaaravitsemukseen. Vajaaravitsemuksen seulonta ja ennaltaehkäiseminen tulisi keskittää perusterveydenhoitoon. Toki pidemmillä hoitajaksolla olisi hyvä tehdä vajaaravitsemuskyselyt. Lisäksi epäiltäessä vajaaravitsemusta, voitaisiin tieto tästä laittaa perusterveydenhoitoon.”</p>	<p>Tiedonsaanti lisäravinteista sekä runsasenergisestä ja proteiinipitoisesta ravitsemuksesta</p> <p>Seulontojen tekeminen perusterveydenhuollossa</p> <p>Vajaaravitsemuskysely pidemmillä hoitajaksolla</p>	<p>Vajaaravitsemusseulonta perusterveydenhuollossa</p> <p>Lisätiedonsaanti ravitsemuksesta sekä seulontojen teko potilaille pidemmillä hoitajaksolla</p>	<p>Vajaaravitsemuksen tunnistamisen kehittäminen</p>

9 KYSELYN TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli sairaanhoitajia. Loput vastaajat olivat lähi- ja perushoitajia. Hoitajista puolet oli työskennellyt alalla yli 12 vuotta. Hoitajien keinoja tarkkailla potilaan ravitsemustilaa oli seurata potilaan ruokailua sekä havainnoimalla potilasta. Potilaan esitietoihin kiinnitettiin huomiota, ja puolet vastaajista havainnollisti potilaan ravitsemustilaa punnitsemalla potilaan. Hoitajista suurin osa koki tunnistavansa melko hyvin vajaaravitsemuksen riskitekijät. Vajaaravitsemuksen riskitekijöitä on monenlaisia. Vastausten mukaan hoitajat kiinnittivät potilaan vajaaravitsemuksen mahdollisiin riskitekijöihin hoidossa huomiota. Huomiota kiinnitettiin korkeaan ikään, muistisairauteen, alhaiseen painoaindeksiin, potilaan kroonisiin sairauksiin sekä syömishäiriöön. Potilaan nopeasti pudonnut paino mainittiin myös riskitekijäksi.

Opinnäytetyön yhtenä tutkimuskysymyksenä oli, miten vajaaravitsemusta tunnistetaan kirurgisilla osastoilla? Tulosten perusteella suurimmalla osalla osastoja on käytössä ravitsemustilan arviointiin käytettävä seulontamenetelmä tai -menetelmät. Yleisimpänä vajaaravitsemusseulontamenetelmänä olivat käytössä NRS2002- sekä MNA-lomakkeet. Kyselyyn vastanneiden hoitajien asenne vajaaravitsemuksen seulonnan tekoon oli myönteinen. Kyselyn vastausten perusteella hoitajat pitivät vajaaravitsemuksen seulontaa erittäin tärkeänä tai melko tärkeänä. Vastausten perusteella puolet hoitajista koki vajaaravitsemuksen seulonnan tekemisen työssään helpoksi. Toisaalta seulonnan teko koettiin hankalaksi sekä paljon aikaa vieväksi. Neelemaat ym. (2011) tutkivat viittä eri vajaaravitsemusseulontamenetelmää tutkimuksessaan (muun muassa MUST, NRS2002 ja MNA-SF eli lyhyt versio). Heidän mukaansa seulontamenetelmät voidaan jakaa nopea ja helppo- menetelmiin sekä kattavampiin menetelmiin. Nopeat seulontatyökalut on kehitetty hoitajille ravitsemustilan nopeaan seulontaan. Seulonnan jälkeen ammattilaisen on vielä arvioitava potilaan ravitsemustila. Toistaiseksi vielä ei ole pääty yksimielisyyteen, mikä on paras seulontamenetelmä, jolla tunnistettaisiin parhaiten vajaaravitsemusriskissä olevat sairaalapotilaat. (Neelemaat ym. 2011, 2.)

Osa vastaajista ei kokenut seulonnan tekoa tärkeänä. Hoitajat vastasivat myös, että seulonnan tekemistä ei koeta tärkeäksi, koska potilaan ravitsemuksen jatkoseuranta on vajavaista. Hoitajat toivat vastauksissaan myös esille työajan riittämättömyyden sekä rutiinin puuttumisen

seulonnan tekoon. Vajaaravitsemusseulonnan tekoon positiivisesti vaikuttavia tekijöitä olivat tulosten mukaan seulonnan teon helppous sekä nopeus, henkilökunnan osaaminen ja henkilöstöresurssit. Seulonnan tekoa heikentäviksi tekijöiksi kyselyn vastausten perusteella nostettiin potilaiden lyhyet hoitajaksot, potilasvaihtuvuus sekä henkilöstöresurssimäärä. Kyselyn tuloksilla saatiin vastauksia opinnäytetyön toiseen tutkimuskysymykseen. Toinen tutkimuskysymys oli, mitä mahdollisia haasteita vajaaravitsemuksen tunnistamisessa on?

Noin puolet kyselyyn vastaajista oli saanut aikaisemmin koulutusta vajaaravitsemuksen tunnistamisen suhteen, mutta puolet oli vastannut, ettei koulutusta ole ollut. Vastaajat, jotka olivat saaneet aikaisemmin koulutusta, olivat saaneet sitä luentoina tai osastotunteina. Suurin osa vastaajista oli myönteisellä kannalla tai toivoivat saavansa myöhemmin koulutusta vajaaravitsemuksen tunnistamisesta. Kyselyyn vastanneet toivoivat koulutusta toteutettavaksi asiantuntijaluentoina tai osastotuntina aiheesta. Lisäksi verkkokurssit nousivat myös melko suosituksi vaihtoehdoksi koulutuksen toteutuksena. Koulutusehdotukset antoivat vastauksen kolmanteen tutkimuskysymykseen, millä tavoin kirurgisilla osastoilla vajaaravitsemuksen tunnistamista voitaisiin kehittää. Tanskalaisessa tutkimuksessa (Bjerrum, Tewes & Pedersen 2012, 81) selvitettiin sairaanhoitajien asennoitumista potilaan ravitsemushoittoon koulutuksen lisääntyessä. Tutkimus toteutettiin 12 kuukauden mittaisena interventiotutkimuksena ja se kohdistettiin sairaanhoitajille, jotka olivat erityisesti vastuussa potilaan ravitsemuksesta. Tuloksena ilmeni, että koulutusohjelmalla oli vaikutusta sairaanhoitajien tietämykseen ravitsemuksesta ja sen hoidosta. Koulutuksen myötä lisääntynyt tietomäärä lisäsi hoitajien kokemusta omasta osaamisestaan ja paransi tietoisuutta potilaan ravitsemustilan arvioinnista ja ravitsemushoidosta. Lisäksi tuloksista selvisi, että lyhytkestoinen ohjelma lisäsi sairaanhoitajien tietoisuutta ravitsemushoidosta, mutta se ei täysin riittänyt hoitajien kokemukseen ravitsemushoidon toteuttamisesta itsenäisesti. (Bjerrum ym. 2012, 81.)

Vajaaravitsemusta voidaan seuloa potilaalta erilaisten seulontalomakkeiden avulla. Seulonnan tekeminen on nopeaa sekä helppoa. Kuitenkin seulonnan tekemiseen ja sen tekemättä jättämiseen vaikuttavat monenlaiset syyt, kuten kyselytuloksista kävi ilmi. Hoitajien asenne myös vaikuttaa seulonnan tekemiseen sekä myönteisesti että kielteisesti. Seulonta jää tekemättä, jos hoitaja ei koe seulonnan tekoa tärkeäksi tai seulonnan tekeminen ei erityisesti aiheuta jatkoseurantaa. Neelemaat ym. (2011, 7) ovat sitä mieltä, että vajaaravitsemusseulontamenetelmän valinnalla ei ole merkitystä vaan tärkeää on, että seulonta tehdään kuin jätetään tekemättä. Heidän mielestään seulonta pitäisi olla osa potilaan

perushoitoa kuten verenpaineen tai lämmön mittaus. Seulonta tulisi suorittaa joka kerta, kun potilas saapuu terveydenhuoltoon potilaaksi. (Neelemaat ym. 2011, 7.)

Ravitsemushoidon merkitys korostuu potilaan hoidossa, sillä hyvin toteutetun ravitsemushoidon avulla voidaan ennaltaehkäistä tai hoitaa vajaaravitsemustilassa tai sen riskissä olevaa potilasta, jolloin potilaan toipumisprosessi sairaalassa edistyy paremmin. Ravitsemushoito suunnitellaan potilaalle yksilöllisesti ja hoito toteutuu moniammatillisesti lääkärin, ravitsemusterapeutin ja hoitohenkilökunnan avulla. Erityisesti ravitsemusterapeutin rooli korostuu ravitsemushoidon suunnittelussa. Ravitsemushoidolla on useita myönteisiä vaikutuksia potilaalle sekä myös terveydenhuollolle. Potilaan elämänlaatu paranee ja toimintakykyä saadaan tuettua, jonka vaikutuksesta hoitokustannukset vähenevät. Myös potilaan toipumisprosessi edistyy paremmin hyvin toteutetun ravitsemushoidon avulla. Lisäksi kustannushyödyt ilmenevät sairaalaoloaikojen lyhenemisenä ja terveydenhuollon resurssien tarpeen vähenemisenä. Vajaaravitsemuksen ennaltaehkäisy ja hoito ovat kustannustehokkaimpia tapoja hoitaa potilaan vajaaravitsemusriskiä tai sen tilaa. Ravitsemushoidon vaikuttavuutta on tutkittu Jyväkorven (2016, 9–10) väitöskirjassa, jossa tutkittiin kotona asuvien eri kuntoisten ja pitkäaikaishoidon ikääntyneiden ravitsemustilaa sekä siihen liittyviä tekijöitä. Yksilöllisesti toteutettujen ravitsemusinterventioiden avulla saatiin parannettua ruokavalion laatua ja ravintoaineiden saantia ikääntyneillä. Lisäksi muistisairaiden elämänlaatua saatiin kohennettua sekä kaatumisalttiutta vähennettyä. (Jyväkorpi 2016, 9–10.)

10 POHDINTA

Vajaaravitsemus on usein heikosti tunnistettu ongelma ja siksi myös heikosti hoidettu. Vajaaravitsemusriski on yleistä sairaalapotilailla, varsinkin iäkkäillä potilailla. Altistavia tekijöitä ovat alhainen BMI (<18,5), nopea painon putoaminen, krooniset sairaudet, syömishäiriöt, muistisairaudet sekä potilaan korkea ikä. Vajaaravitsemus heikentää potilaan elämänlaatua, ja lisäksi se pitkittää hoidon kestoa sairaalassa. Esimerkiksi komplikaatiot lisääntyvät, haavojen paraneminen heikkenee ja kuolemanriski kasvaa. Terveystieteille vajaaravitsemus aiheuttaa resurssien lisääntynyttä tarvetta potilaan hoidon suhteen sekä lisäkustannuksia, kun potilaan hoitoaika pitkittyy ja potilaan hoidon tarve lisääntyy. (Barker, Gout & Crowe, 2011; Dahl, Halvorsen & Almendingen, 2014, 696.)

Opinnäytetyön ajankohtaisuus ilmenee perushoidon laatua kehittävän ja tutkivan STEPPI-hankkeen myötä. Etelä-Pohjanmaalla toteutettiin STEPPI-hanke, joka ajoittui vuosille 2017–2020. STEPPI oli perushoidon laadun kehittämis- ja tutkimushanke, joka käynnistyi vuonna 2016 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja jatkuu hankkeen myötä STEPPI 2 Terveyttä tuottava perushoito -verkostona vuosille 2021–2025. Kehittämistyössä mukana ovat erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveyden- ja sosiaalihuollon toimijoita maakunnasta. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 8.4.2021].) Ravitsemuksen lisäksi kehittämis- ja tutkimushankkeen osa-alueisiin kuuluivat suun hoito, kivunhoito, liikkuminen ja asentohoito, ihon kunto ja hygienia, erittäminen sekä kaatumisten ehkäisy (Saarela 25.11.2021). Hanke oli kokonaisuudessaan erittäin hyödyllinen, koska hankkeen tarkoituksena oli yhtenäistää perushoidon laatua ja toimintatapoja sekä vahvistaa hyvien käytäntöjen leviämistä lähialueille maakuntaan sekä maanlaajuisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kyselytutkimuksen avulla Seinäjoen keskussairaalan kirurgisten osastojen hoitajien vajaaravitsemuksen tunnistamista hoitotyössä ja tavoitteena oli kehittää kirurgisten osastojen hoitajien kykyä tunnistaa potilaiden vajaaravitsemustila osastohoidon aikana. Opinnäytetyössä vajaaravitsemustilan arviointi, tunnistaminen ja hoito kirurgian osastoilla olivat työn keskeisiä tarkastelun kohteita. Tavoitteen ja tarkoituksen hahmotuksen myötä opinnäytetyölle asetettiin tutkimuskysymyksiä, jotka vastasivat työn kannalta keskeisimpiin aihealueisiin ja joista saatiin vastauksia vajaaravitsemuksen tunnistamiseen, sen haasteisiin ja vajaaravitsemuksen tunnistamisen kehittämiseen. Opinnäytetyön aiheesta hankitun teorian pohjalta ja kyselylomakkeella kerättyjen vastausten avulla saatiin tärkeää tietoa vajaaravitsemuksen tai sen riskin arvioinnista, tunnistamisesta ja

hoidosta. Erilaisista tutkimustuloksista kävi ilmi, että vajaaravitsemus on alitunnistettu ja –diagnooitu ongelma. Vajaaravitsemuksesta löytyy suppeasti materiaalia Suomesta, mutta aiheena vajaaravitsemus on terveydenhuollon yleinen ongelma sekä Suomessa että maailmalla. Vajaaravitsemuksesta aiheutuneet negatiiviset vaikutukset potilaalle, terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle tunnetaan, mutta systemaattista ravitsemustilan arviointia ei silti välttämättä sairaalaosastoilla toteuteta. Hyvin toteutuneesta ravitsemushoidosta hyötyisivät kuitenkin kaikki osapuolet, joten ravitsemustilan tarkkailun kehittäminen systemaattiseksi ja käytännölliseksi osana hyvää perushoitoa edistäisi potilaan ravitsemuksen yksilöllistä suunnittelua ja toteutusta. Toisaalta olisi hyvä, että vajaaravitsemusseulonta tehtäisiin jo perusterveydenhoidon puolesta, jotta potilaan vajaaravitsemustila tai vajaaravitsemusriski olisi jo tiedossa potilaan tullessa hoitoon osastolle erikoissairaanhoidon puolelle.

10.1 Jatkotutkimukset ja kehittämisehdotukset

Suomesta löytyy ainoastaan muutamia vajaaravitsemukseen liittyviä tutkimuksia. Aihe on tärkeä ja ongelma hyvin yleinen, joten sen lisätutkiminen olisi aiheellista. Olisi hyvä myös selvittää eri ikäryhmissä esiintyvää vajaaravitsemusta tai vajaaravitsemuksen riskissä olevia. Lapsista sekä vanhuksista löytyy jonkin verran tutkimustietoa, mutta esimerkiksi työikäisistä ei löydy vastaavaa tietoa. Vajaaravitsemuksesta aiheutuu runsaasti kustannuksia yhteiskunnalle, joita olisi hyvä selvittää tarkemmin tutkimusten avulla. Esimerkiksi lisääntyneet sairaalassaolopäivät ja terveydenhuollon resurssien käyttö sekä vajaaravitsemustilasta aiheutuvat mahdollisten komplikaatiot tuovat lisäkustannuksia terveydenhuollolle ja lopulta myös yhteiskunnalle.

Jo perusterveydenhuollossa olisi hyvä, jos potilaan vajaaravitsemukseen tai sen riskiin kiinnitettäisiin huomiota. Perusterveydenhuollon henkilöstön olisi tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaiden tai potilaiden ravitsemustilaan sekä ymmärtää ravitsemushoidon tärkeyttä. Lisäksi ravitsemushoidossa olisi hyvä, kun moniammatillinen hoitohenkilökunta osallistuisi ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä. Vuoropuhelua tulisi käydä tiiviisti lääkärin, ravitsemusterapeutin ja hoitajien välillä. Myös tiedonkulun tulisi olla saumatonta hoitoyksiköiden välillä. Hoitajien lisäkoulutuksella saataisiin lisättyä tietoutta vajaaravitsemuksen tunnistamisesta sekä hoidosta. Koulutuksen avulla ravitsemuksen erilaiset tehostamismenetelmät ja lisäravinteet tulisivat hoitajille tutuimmiksi ja potilaan saama

yksilöllisempi ravitsemushoito voisi toteutua paremmin, jolloin myös potilaan ravitsemustila saataisiin korjattua tehokkaammin.

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK ja suomalainen tiedeyhteisö ovat määrittäneet ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä sen loukkausepäilyjen käsittelystä Suomessa. Tieteellinen tutkimus tulee suorittaa HTK-ohjeiden mukaan eettisesti sekä luotettavasti. Nämä toteutuvat, jos tutkimus on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä toteuttaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.) Suomessa ammattikorkeakoulut noudattavat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohjetta. Opinnäytetyöntekijän tulee perehtyä ohjeisiin, että hän kykenee toimimaan hyvän tieteellisen käytännön mukaan opinnäytetyötä tehdessään, tuntee tieteellisen vastuun ja tuntee periaatteet ihmisiin kohdistuvasta tutkimuksesta. Lisäksi opiskelijan on tunnettava lähtökohdat eettiseen ennakoarviointiin, ennakoarviointimenettelyyn sekä tarpeellisuuteen. (Arene 2019, 3, 5.)

Hyvää tieteellistä käytäntöä on noudattaa tutkimuksessa rehellistä toimintaa. Tutkijan tulee olla työssään huolellinen sekä tarkka. Tutkimuksen tulosten käsittely, tallentaminen, arviointi sekä esittäminen tulee tehdä huolellisesti. Tiedonhankinta tulee tapahtua eettisesti kestäväällä menetelmällä, jotka tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa ja viittaukset heidän tekemiin töihin tulee tapahtua asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.) Tässä opinnäytetyössä taustateoriaa haettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun Tiedonhakuoppaan ohjeiden mukaan. Lähteet olivat laadukkaita ja sisälsivät tutkittua tietoa. Opinnäytetyön lähteinä käytettiin noin 10 vuotta vanhaa kirjallisuutta sekä tutkimuksia. Lähdeviittaukset tässä opinnäytetyössä tehtiin huolellisesti sekä alkuperäisen tekijän työtä kunnioittaen. Kyselyn vastauksia käsittelevät ainoastaan opinnäytetyöntekijät, ja saadut vastaukset tallennettiin sekä säilytyksestä huolehdittiin asianmukaisesti. Opinnäytetyön valmiiksi saattamisen jälkeen kyselyn vastaukset tuhottiin. Tämä opinnäytetyö tarkistettiin läpi plagiaatintunnistusohjelmalla opinnäytetyön suunnitelman valmistuessa sekä toisen kerran ennen valmiin opinnäytetyön palauttamista tarkastajalle. Opinnäytetöissä plagiaatintunnistusjärjestelmää käytetään alkuperäisten lähteiden tarkistamiseen sekä muun muassa lähdeviitteiden oikeanlaiseen käyttöön opiskelijaohjauksessa (Arene 2019, 7).

Ennen kyselyn tekoa haettiin tutkimuslupaa opinnäytetyön yhteistyötaholta. Tutkimuslupaa haettiin lomakkeella, ja siihen liitettiin opinnäytetyön suunnitelma sekä saatekirje. Kysely toteutettiin muutamilla satunnaisilla kyselyyn osallistumattomilla henkilöillä ennen varsinaista kyselyn tekoa, jotta selvisi kyselyn kysymysten soveltuvuus sekä vastaamiseen kuluva aika.

Ihmisiin kohdistuvista tutkimuksista on Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittänyt eettiset ohjeet. Ohjeissa määritellään tutkimukseen osallistuvan oikeus osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti, eikä kieltäytymisestä saa seurata mitään vastaajalle. Osallistujalla on myös oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Lisäksi osallistuja voi pyytää lisäselvitystä tutkimuksen tarkoituksesta, sen kulusta, aineiston keruusta ja aineiston säilytyksestä sekä jatkokäytöstä. (TENK 2019, 8–9.) Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkimusluvan liitteenä oli saatekirje, jossa oli opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten.

Kyselyn tietosuojasta huolehdittiin tarkoin, koska kysely toteutettiin internetin välityksellä eikä vastaajien henkilöllisyyttä ole mahdollista tunnistaa. Heikkilän (2014) mukaan hyvän tutkimuksen perusvaatimukseen kuuluu tietosuojan varmistus, jolloin tuloksista ei saa yksittäistä vastaajaa tunnistaa. Tämän opinnäytetyön kyselyn kysymykset valittiin siten, että henkilökohtaisia tunnistetietoja ei kysytä, jolloin anonymiteetti vastaamisessa varmistuu.

Hyvän tutkimuksen validiutta eli pätevyyttä mittaa, kuinka hyvin on mitattu sitä, mitä on tarkoitus selvittää. Onko tutkimuksen tekijä asettanut selkeät ja tarkat tavoitteet työlleen. Työn validiuden varmistamiseksi tulee suunnitelma tehdä huolellisesti sekä hankkia tietoa sopivalla keruumenetelmällä. Kyselyn kysymyksiin saadut vastaukset tulee vastata tutkimuskysymyksiin. Siksi kyselyn kysymykset tulee suunnitella huolellisesti. (Heikkilä 2014, 27.) Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset määritettiin aikaisemmasta teoriasta nousseiden asioiden perusteella. Kyselyn kysymykset muotoiltiin siten, että niihin saatavat vastaukset vastaavat opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen tutkimuskysymyksiin. Saaduista vastauksista oletettiin, että tutkittavat todennäköisesti pystyivät vastaamaan rehellisesti kysymyksiin. Kyselylomake ei sisältänyt arkaluontoisia kysymyksiä. Nämä asiat lisäsivät kyselyn luotettavuutta eli reliabiliteettia. Heikkilän (2014, 28) mukaan reliabiliteetilla tarkoitetaan saatujen tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen avulla saadut tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Sattumanvaraisuus ilmenee esimerkiksi kyselytutkimuksen otoskoon ollessa kovin pieni. Erityisesti kyselytutkimuksissa on syytä huomioida suureksi nouseva vastauskato, eli lomakkeen palauttamatta jättäneiden määrä. (Heikkilä 2014, 28.)

Reliabiliteettia arvioidaan ja tarkistetaan myös siten, että tutkimusaineisto on muokattu sellaiseen muotoon, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt voivat tarkastella saatuja tuloksia tutkimuksen jälkeen (Hiltunen 2009).

LÄHTEET

- Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M. Buure, T. Ekola, S. Partamies, S. & Sulosaari, V. 2019. Kliininen hoitotyö. 8. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Alanne, S., Siljamäki-Ojansuu, U. & Saarnio, J. 2019. Vajaaravitsemuksen kustannukset. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääkärilehti 20 (74): 1278–1281. [Viitattu 29.4.2021]. Saatavana Medic-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 14.5.2021]. Saatavana: <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Barker, L., Gout, B. & Crowe, T. 2011. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact patients and the healthcare system. [Verkkolehtiartikkeli]. International journal of environmental and research public health 8 (2), 514–527. [Viitattu 30.11.2021]. Saatavana PubMed-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Bjerrum, M., Tewes, M. & Pedersen, P. 2012. Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme. [Verkkolehtiartikkeli]. Scandinavian Journal of Caring Sciences 26, 81–89. [Viitattu 2.12.2021]. Saatavana Cinahl Complete –tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Bäcklund, M. 2021. Ravitsemustilan merkitys ja arviointi. Teoksessa: Ala-Kokko, T., Alahuhta, S., Hyppölä, H., Kaartinen, J. & Savolainen, T. (toim.). Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 477.
- Bäcklund, M. & Mäkisalo, H. 2014. Parenteraalinen ravitsemus – lyhytaikainen ja pysyvä hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 130 (21), 2265–2270. [Viitattu 6.5.2021]. Saatavana Medic-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Bäcklund, M., Pohjola, M., Saarnio, J. & Laurila, P. 3.12.2020. Teoksessa: Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 2.5.2021]. Saatavana Terveysportin tietokannoista. Vaatii käyttöoikeuden.
- Cederholm, T., Jensen, G.L., Correia, M.I.T.D., Gonzalez, M.C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A.J.S., Crivelli, A.N., Evans, D.C., Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K.M., Morley, J.E., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Pisprasert, V., de van der Schueren, M.A.E., Siltharm, S., Singer, P., Tappenden, K., Velasco, N., Waitzberg, D., Yamwong, P., Yu, J., Van Gossum, A., Compher, C. & GLIM Core Leadership Committee, GLIM Working Group. 2019. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Cachexia Sarcopenia Muscle 10 (1): 207–217. [Viitattu 28.4.2021]. Saatavana Pubmed-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Dahl, H., Halvorsen, K. & Almendingen, K. 2014. Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of clinical nursing 24: 696–706. [Viitattu 3.12.2021].
- Da Silva, J., Seres, D., Sabino, K., Adams, S., Berdahl, G., Citty, S., Cober, M., Evans, D., Greaves, J., Gura, K., Michalski, A., Plogsted, S., Sacks, G., Tucker, A., Worthington, P., Walker, R & Ayers, P. Parenteral Nutrition Safety and Clinical Practice Committees, American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2020. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, Nutrition in Clinical Practice 35 (3): 584–585. [Viitattu 26.11.2021]. Saatavana Pubmed-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Duodecim Sanakirjat: hakusana kirurgia 2021. [Verkkosivu]. Duodecim. Terveysportti. [Viitattu 5.12.2021]. Saatavana Duodecim Terveysportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Duodecim Sanakirjat: hakusana ravintoaine. 2021. [Verkkosivu]. Duodecim. Terveysportti. [Viitattu 24.4.2021]. Saatavana Duodecim Terveysportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Duodecim Sanakirjat: hakusana ravitseminen. 2021. [Verkkosivu]. Duodecim. Terveysportti. [Viitattu 5.12.2021]. Saatavana Duodecim Terveysportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Duodecim Sanakirjat: hakusana refeeding-oireyhtymä. 2021. [Verkkosivu]. Duodecim. Terveysportti. [Viitattu 26.11.2021]. Saatavana Duodecim Terveysportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Duodecim Sanakirjat: hakusana vajaaravitseminen. 2021. [Verkkosivu]. Duodecim. Terveysportti. [Viitattu 23.4.2021]. Saatavana Duodecim Terveysportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Elia, M. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (full report). 2015. Biomedical Research Centre. The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 10.11.2021]. Saatavana: <https://www.bapen.org.uk/pdfs/economic-report-full.pdf>
- Elia, M., Russell, C., Stratton, R., Todorovic, V., Evans, L. & Farrer, K. 2011. BAPEN. The 'MUST' Explanatory Booklet. A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 25.4.2021]. Saatavana: https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). Ei päiväystä. STEPPI-Terveyttä edistävä perushoito kehittämis- ja tutkimushanke. [Verkkosivu]. [Viitattu 8.4.2021]. Saatavana: https://www.epshp.fi/ammattilaiselle_ja_opiskelijalle/hoitoty/steppi_-_terveytta_edistava_perushoito
- Freese, R. Mutanen, M. & Voutilainen, E. 12.4.2021. Ravitsemustiede. [Verkkokirja]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 24.4.2021]. Saatavana Duodecim Oppiportti-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Edita Publishing Oy.
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. [Verkkajulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 15.5.2021.] Saatavana: http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf
- Jyväkorpi, S. 2016. Nutrition of older people and the affect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitösk. [Viitattu 2.12.2021]. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jyväskylän yliopisto. 10.4.2015. Aineiston analyysimenetelmät. [Verkkosivusto]. [Viitattu 26.5.2021]. Saatavana: [Aineiston analyysimenetelmät — Jyväskylän yliopiston Koppa \(jyu.fi\)](http://aineistonanalyysi.jyu.fi/)
- Jämsen, E., Nikander, P., Salminen, K., Siljamäki-Ojansuu, U., Tevaniemi, S., Tuokkola J. & Viitala, H. 27.3.2020. Tunnistatko vajaaravitsemuksen? [Verkkokurssi]. [Viitattu 3.5.2021]. Saatavana Duodecim Oppiportti Verkkokurssit tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 234.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Karma, A. Kinnunen, T. Palovaara, M. Perttunen, J. 2018. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.–2. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kvantitatiivisten tutkimusten oppimisympäristö. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. [Verkkosivu]. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu 11.5.2021.] Saatavana: <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
- Kyrölä, A. & Järvelin, J. 2020. Somaattinen erikoissairaanhoito 2019. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 27.4.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020112793437>
- Lihavuus (lapset, nuoret, aikuiset). Käypä hoito -suositus. 3.3.2020. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 11.4.2021]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50124>
- L. 30.12.2010/1326. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Neelemaat, F., Meijers, J., Kruizenga, H., van Ballegooijen, H. & van Bokhorst- de van der Schueren. 2011. Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital

inpatient sample. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of clinical nursing, 1–9. [Viitattu 1.12.2021].

Niinikoski, H. 12.4.2021. Lasten ravitsemustilan arviointi ja seuranta. Teoksessa: Ravitsemustiede. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 28.4.2021] Saatavana Duodecim Oppiportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Oksa, H. & Siljamäki-Ojansuu, U. 2014. Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim 130 (21): 2225–7. [Viitattu 10.11.2021]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11938>

Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. 2014. Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. [Verkkolehtiartikkeli]. Duodecim 130 (21): 2231–8. [Viitattu 10.4.2021]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11941>

Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitseminen – opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Suomen Muistiasiantuntijat ry.

Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2020. Hyvät ravitsemuskäytännöt – Ravitsemusterapeutit ja ravitsemusasiantuntijat osana terveyden edistämistä ja ravitsemushoitoa. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 10.11.2021]. Saatavana: <https://rty.fi/wp-content/uploads/2020/10/versio-2-lokakuu-hyvAt-ravitsemuskAytAnnOt-rty-2020.pdf>

Ruokavirasto. 8.4.2021. Ravitseminen- ja ruokasuositukset. [Verkkosivu]. [Viitattu 11.4.2021]. Saatavana: <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/>

Saarela, K. 26.4.2021. [Henkilökohtainen sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: Suvi Talso. [Viitattu 15.5.2021].

Saarela, K. 25.11.2021. STEPIn stepit ja verkostoituminen Etelä-Pohjanmaalla. [Ppt-tiedosto]. EPSHP Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 2.12.2021.] Saatavana: https://www.epshp.fi/files/12789/STEPPI_Symposium_Tyks_Katariina_Saarela_25.11.2021.pdf

Saarnio, J. & Laatikainen, T. 2019. Vajaaravitseminen on sekä yksilön että yhteiskunnan ongelma. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääkärilehti 20 vsk 74: 1239. [Viitattu 26.5.2021]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141640/SLL202019-1239.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarnio, J., Pohju, A & Ahtola, H. 2014. Enteraalisen ravitsemuksen aiheet ja toteuttaminen. [Verkkolehtiartikkeli]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 130(21), 2239–2244. [Viitattu 6.5.2021]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/duo11943>

Sinisalo, L. 2015. Ravitseminen hoitotyössä. 2. uud. p. Helsinki: Edita.

Särkijärvi, S. 2021. Postoperatiivinen hoito vuodeosastolla. Teoksessa: Sairaanhoitajan käsikirja. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 28.4.2021]. Saatavana Terveystieteen Sairaanhoitajan tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 1.7.2020. Ravitseminen. [Verkkosivu]. [Viitattu 21.12.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitseminen/ravitseminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011. Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 21.10.2021]. Saatavana: https://apta.fi/wp-content/uploads/2018/12/ICD-10_tautiluokitus.pdf
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2019. Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 28.4.2021]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137459/URN_ISBN_978-952-343-254-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Tunturi, S. 21.12.2020. Vitamiinit. Teoksessa: Lääkärin käsikirja. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 24.4.2021]. Saatavana Terveystieteen Lääkärin tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 14.5.2021]. Saatavana: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 14.5.2021]. Saatavana: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Ukkola, O. 2007. Refeeding-oireyhtymä: Salakavala yllättäjä aliravitsemuksen hoidossa. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 26.11.2021.] Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/duo/duo96407.pdf>
- Uusitupa, M., Fogelholm, M. & Schwab, U. 12.4.2021. Ravitsemuksen arviointi. Teoksessa: Ravitsemustiede. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 29.4.2021] Saatavana Duodecim Oppiportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Uusitupa, M., Fogelholm, M. & Schwab, U. 12.4.2021. Ravitsemuksen arviointi käytännön kliinisessä työssä. Teoksessa: Ravitsemustiede. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 29.4.2021] Saatavana Duodecim Oppiportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Valsta, L., Kaartinen, N., Tapanainen, H., Männistö, S & Sääksjärvi, K. (toim). Ravitseminen Suomessa –FinRavinto 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 12/2018. [Viitattu 6.5.2021]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-238-3>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito: Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 28.4.2021]. Saatavana: https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitseminen-ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf

- Vatsatalo: Rakenne ja toiminta. 20.9.2019. [Verkkosivu]. Terveyskylä. [Viitattu 24.4.2021].
Saatavana: <https://www.terveyskyla.fi/vatsatalo/rakenne-ja-toiminta>
- Vilo, S. & Vanttinen, O. 12.4.2021. Lapsen ravitsemustila ja sairaus. Teoksessa:
Ravitsemustiede. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 28.4.2021] Saatavana
Duodecim Oppiportti tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: Sanoma pro.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje kyselyyn

Liite 2. Kyselylomake

Liite 1. Saatekirje kyselyyn

Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme kaksi Seinäjoen ammattikorkeakoulun 3. vuoden opiskelijaa hoitotyön koulutusohjelmasta. Teemme opinnäytetyötä potilaan vajaaravitsemuksen tunnistamisesta. Tutkimusmenetelmänä käytämme kyselytutkimusta, joka toteutetaan Seinäjoen keskussairaalan kirurgisten osastojen hoitajille. Kyselytutkimus on osa STEPPI 2 Terveyttä tuottava perushoito –verkostoa. STEPPI 2 Terveyttä tuottava perushoito –verkosto ajoittuu vuosille 2021–2025.

Kysely toteutetaan sähköisenä kyselynä. Vastaukset käsitellään nimettöminä sekä ehdottoman luottamuksellisina. Kyselyyn saatujen vastausten avulla saamme arvokasta tietoa vajaaravitsemuksen tunnistamisesta kirurgisten osastojen hoitajien näkökulmasta ja tunnistamiseen liittyvistä mahdollista tekijöistä. Kaikki saadut vastaukset ovat opinnäytetyömme kannalta tärkeitä ja vaikuttavat opinnäytetyön onnistumiseen.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn 20.9–10.10.2021 välisenä aikana. Lähetämme myös muistutusviestin 4.10.2021 jälkeen varmistaaksemme, että kaikki halukkaat ehtivät kyselyyn vastaamaan. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan www.theseus.fi.

Kiitos vastauksistanne etukäteen!

Opinnäytetyötämme ohjaa Seinäjoen ammattikorkeakoulun lehtori Tanja Hautala.

Tanja.Hautala@seamk.fi

Yhteistyöterveisin:

Merja Autio Merja.s.Autio@seamk.fi

Suvi Talso Suvi.Talso@seamk.fi

Liite 2. Kyselylomake

Esitiedot

Koulutus

Sairaanhoitaja
Lähihoitaja
Perushoitaja
Joku muu, mikä?

Työvuosien pituus:

Alle vuosi
1–4 vuotta
5–8 vuotta
9–12 vuotta
Yli 12 vuotta

Työsuhde nykyisessä työpaikassa (vastaus ei pakollinen)

Vakituinen
Pitkäaikainen sijainen, työsuhteen kesto yli 3 kuukautta
Lyhytaikainen sijainen, työsuhteen kesto alle 3 kuukautta

Miten tarkkailet potilaan ravitsemustilaa (voit valita useamman vaihtoehdon)

Havainnoimalla potilasta
Esitietojen perusteella
Punnitsemisen avulla
Seuraamalla potilaan ruokailua
Joku muu, mikä?

Miten hyvin tunnistat mielestäsi potilaan vajaaravitsemuksen riskitekijät?

Tunnistan hyvin
Tunnistan melko hyvin
En tunnista

Käytetäänkö osastolla potilaan ravitsemustilan arvioinnissa seulontamenetelmää?
(Esimerkiksi MNA, NRS2002.)

Kyllä
Ei
En osaa sanoa

Millaisia seulontamenetelmiä osastolla käytetään vajaaravitsemuksen arviointiin?

MNA
NRS2002
MUST
Joku muu, mikä?
Seulontaa ei ole käytössä

Mitä vaihtoehtoa valituista seulontamenetelmistä käytetään ensisijaisesti osastollasi?

MNA
NRS2002
MUST
Joku muu, mikä?
Seulontaa ei ole käytössä

Seuraavaksi on lueteltu erilaisia vajaaravitsemukseen liittyviä riskitekijöitä potilaalla. Mihin riskitekijöihin kiinnität ensisijaisesti huomiota potilaan hoidossa? Valitse vaihtoehdot, jotka huomioit työssäsi.

Korkea ikä
Alhainen painoindeksi (BMI <18,5)
Krooninen sairaus
Syömishäiriö
Muistisairaus
Joku muu, mikä?

Pidätkö vajaaravitsemuksen seulontaa tärkeänä?

Pidän sitä erittäin tärkeänä
Pidän sitä melko tärkeänä
En pidä sitä kovin tärkeänä

Miten koet vajaaravitsemuksen seulonnan tekemisen hoitotyössä?

Koen, että seulonnan tekeminen on helppoa
Koen seulonnan teon hankalaksi
Koen, että seulonnan tekeminen vie paljon aikaa
En pidä sitä kovin tärkeänä
Joku muu, mikä?

Valitse, mitkä tekijät vaikuttavat positiivisesti seulonnan tekemiseen?

Seulonnan helppous
Seulonnan nopeus
Henkilökunnan osaaminen
Henkilöstöresurssi
Ajankäytön määrä
Joku muu tekijä, mikä/mitkä?

Mitkä tekijät vaikuttavat heikentävästi seulonnan tekemiseen?

Henkilökunnan osaaminen
Lyhyet hoitajaksot
Potilasvaihtuvuus
Henkilöstöresurssi
Ajankäytön määrä
Joku muu tekijä, mikä/mitkä?

**Mihin asioihin arvioit vajaaravitsemuksen vaikuttavan potilaalla?
(Voit valita useamman vaihtoehdon)**

Toipumisen pitkittymiseen
Sairaalassa hoitopäivien lisääntymiseen
Leikkaushaavan paranemiseen
Infektioriskin kasvuun
Komplikaatioiden määrän lisääntymiseen
Elämänlaadun heikkenemiseen
Joku muu mikä?

Valitse, mikä kuvastaisi parhaiten ravitsemustilan merkitystä potilaan toipumisen kannalta:

Hyvin tärkeää
Melko tärkeää
Ei lainkaan tärkeää

Oletko saanut koulutusta vajaaravitsemustilan tunnistamiseen?

Kyllä
Ei
En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä, millaista koulutusta olet vajaaravitsemuksen tunnistamiseen saanut?

Luennot
Verkkokurssit
Jotain muuta, mitä:

Haluaisitko saada koulutusta vajaaravitsemuksen tunnistamiseen?

Kyllä
Ehkä myöhemmin
En

Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, miten toivoisit koulutuksen toteutuvan:

Asiantuntijaluentoina
Osastotuntina aiheesta
Verkkokursseina
Jotenkin muuten, miten?

Voisiko mielestäsi jokaiselle kirurgiselle potilaalle tehdä vajaaravitsemusseulonnan?

Kyllä
Ei
En osaa sanoa

Mihin vajaaravitsemukseen liittyviin asioihin toivoisit lisää tietoa?

(Avoin kysymys)

Olisiko vielä jotain, mitä haluaisit kommentoida?