

Anna-Maija Lahtinen

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS
TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

Hoitotyön koulutusohjelma
2016

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

Lahtinen, Anna-Maija

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Maaliskuu 2016

Ohjaaja: Pirilä, Ritva

Sivumäärä: 55

Liitteitä: 9

Asiasanat: ikääntynyt, ravitseminen, ravitsemussuositukset, sairaalahoito, asiakastytyväisyys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden ravitsemussuositusten toteutuminen Rauman terveystieteiden keskuksen osastoilla T1 ja T2 toteutuneen ruokailun ja Steniuksen tuotantokeittiön ruokalistan mukaan. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutukseen terveystieteiden keskuksen sairaalassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ruokailun ja ravitsemuksen kehittämisessä terveystieteiden keskuksen osastoilla.

Tutkimus toteutettiin loka-marraskuussa 2015 kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimuksen kohteena olivat Rauman terveystieteiden keskuksen osastojen T1 ja T2 ikääntyneet potilaat. Tutkimukseen sisältyi ruokailun seuranta, jossa hoitajat havainnoivat potilaiden (N=28) toteutunutta ruokailua ja asiakastytyväisyyskysely, johon potilaat (N=37) vastasivat itse. Steniuksen tuotantokeittiöltä saatiin tiedot tutkimusviikoilla tarjottujen ruokien ravintosisällöistä. Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä.

Tulosten mukaan tuotantokeittiön ruoka vastasi ravintosisällöltään suurelta osin ravitsemussuosituksia, jos potilaat söivät tarjotut ateriat kokonaan. Rasvan ja hiilihydraattien osuus ruokalistan mukaisesta ruoasta vastasi suosituksia, mutta proteiinin osuus jäi hieman alle ikääntyneiden saantisuosituksen. Toteutuneen ruokailun mukaan potilaat saivat ravinnostaan proteiinia riittävästi, mutta hiilihydraatteja ja rasvaa liian vähän. Suolaa ruokalistan mukaisesta ruoasta sai suositeltua enemmän, mutta toteutunut ruokailu osoitti, että potilaiden keskimääräinen suolan saanti oli hyvin lähellä suositeltua suolan saannin ylärajaa. Toteutuneen ruokailun mukaan kuitua saatiin suositeltua vähemmän.

Asiakastytyväisyyskyselyn tulosten mukaan suurin osa potilaista oli tyytyväisiä ruokailun toteutukseen terveystieteiden keskuksen sairaalassa. Tyytyväisimpiä potilaat olivat jake-lusta vastaavan henkilökunnan palvelualltiuteen ja tyytymättömmimpiä päivän ruokalistasta tiedottamiseen. Suurin osa potilaista kertoi syövänsä tarjotuista ruokannoksista yli puolet tai koko annoksen. Suuri annoskoko ja ruokahalun puute nimettiin yleisimmiksi syiksi siihen, miksi osa annoksista jäi syömättä.

Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, mitä vaikutuksia keväällä 2016 käyttöön otettavalla tehostetulla ravitsemuksella on potilaiden toteutuneeseen ravinnonsaantiin. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, miten ikääntyneiden ravinnonsaanti toteutuu koti-hoidossa, koska siitä on vähän tutkittua tietoa.

NUTRITION OF THE ELDERLY PATIENTS IN HEALTH CARE HOSPITAL

Lahtinen, Anna-Maija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

March 2016

Supervisor: Pirilä, Ritva

Number of pages: 55

Appendices: 9

Keywords: elderly, nutrition, nutrition recommendations, hospitalization, customer satisfaction

The purpose of this thesis was to examine how nutritional recommendations of elderly actualize in Rauma health care hospital wards T1 and T2. The material was gathered from actual eating habits and menu planned by Stenius production kitchen. In addition, the purpose was to examine the customer satisfaction towards food and eating in health care hospital. The aim of this study was to produce information that can be utilized for developing food and nutrition in wards of the health care hospital.

The study was implemented in October and November 2015 by using quantitative research method. The target group consisted of the elderly patients in Rauma health care hospital wards T1 and T2. Research contained a follow up, where nurses observed patients (N=28) eating habits and a customer satisfaction questionnaire in which patients (N=37) answered by themselves. Stenius production kitchen gave the nutritional information about the food served on the weeks this research was made. The data were analyzed by using statistic methods.

The results show that the food met the national nutrition recommendations, if the patients ate all the food that was served to them. Quantity of fat and carbohydrate in the food were in levels recommended, but the quantity of protein was lower than recommended for elderly people. Actual food intake showed that protein intake was sufficient, however intake of carbohydrate and fat were too low. The amount of salt in the planned menu was too high, yet the actual salt intake was close to the upper limit of the recommendations. Dietary fiber level didn't reach recommended level.

As a result for customer satisfaction questionnaire, most of the patients were satisfied by the implementation of the food. The patients were most satisfied by the helpfulness and quality of the staff responsible for food serving and most dissatisfied by not being informed of the daily menu. According to the questionnaire, half or more than half of the portion were eaten by the majority of the patients. Too large portions and lack of appetite were the most common reasons why the patients could not finish their meal.

As a follow up for this research could be to examine how new optimized nutrition, which will take place on spring 2016, will effect on elderly patients nutrition. It also would be interesting to study how nutrition of elderly people actualizes in home care, as there are very little research based information about the subject.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS.....	6
2.1	Ikääntynyt	6
2.2	Ravitsemus.....	7
2.2.1	Ikääntymisen vaikutus ravitsemukseen	7
2.2.2	Aliravitsemus ja virheravitsemus	9
2.3	Ikääntyneiden tyytyväisyys ravitsemuspalveluihin	11
2.4	Ravitsemushoito.....	12
2.5	Ikääntyneiden ravitsemus sairaalahoidossa	13
3	RAVITSEMUSSUOSITUKSET.....	16
3.1	Ateriarytmi	17
3.2	Energiaravintoaineet	19
3.3	Vitamiinit ja kivennäisaineet	20
3.4	Ruokasuositukset	23
3.5	Nesteet.....	26
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	27
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	27
5.1	Kohdeorganisaatio	28
5.2	Tutkimusmenetelmä.....	29
5.3	Aineiston keruu	29
5.4	Aineiston analysointi	31
6	TULOKSET	34
6.1	Ikääntyneiden ravitsemussuosittelusten toteutuminen ruokailun mukaan	34
6.2	Ikääntyneiden potilaiden ravinnonsaanti terveystieteiden sairaalassa.....	37
6.3	Ikääntyneiden potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutukseen terveystieteiden sairaalassa.....	39
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	43
7.1	Tulosten tarkastelu	43
7.2	Tutkimuksen eettisyys	49
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	51
7.4	Oman ammatillisuuden kehittyminen	53
7.5	Kehittämisehdotukset.....	54
7.6	Jatkotutkimusehdotukset.....	54
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ravitsemussuositusten tavoitteena on väestön terveyden parantaminen ravitsemuksen avulla. Hyvästä ravitsemuksesta huolehtiminen on oleellinen osa ikääntyneiden hyvää hoitoa. Hyvä ravitsemus edistää terveyttä ja ylläpitää toimintakykyä. Ravitsemustilan ollessa hyvä, sairauksista toipuminen voi nopeutua ja riski sairastua lisäsaureuksiin on pienempi. Sairaalahoidossa oleva potilas on oikeutettu laadukkaaseen ravitsemushoittoon, ja sairaalaruoka on mallina terveyttä edistävästä tai sairauden hoitoon sopivasta ruokavaliosta. (Puranen & Suominen 2012, 5; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 5, 46, 155; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 8.)

Halusin toteuttaa opinnäytetyön organisaation esittämästä aiheesta, joten etsin aiheen Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpankista. Olen kiinnostunut ikääntyneiden hoitotyöstä, joten valitsin aiheen, jonka kohderyhmänä ovat ikääntyneet. Ravitsemus ja ruokailu vaikuttavat merkittävästi ikääntyneen hyvinvointiin, joten tutkimusaihe ravitsemussuositusten toteutumisesta on mielestäni tärkeä ja mielenkiintoinen.

Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaationa on Rauman terveystieteiden keskus sairaala. Tutkimus toteutetaan terveystieteiden keskus sairaalan osastoilla T1 ja T2. Tutkimuksen kohteena ovat osastojen 65 vuotta täyttäneet potilaat. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ikääntyneiden ravitsemussuositusten toteutuminen Rauman terveystieteiden keskus sairaalan osastoilla T1 ja T2 toteutuneen ruokailun ja Steniuksen tuotantokeittiön ruokailun mukaan. Tarkoituksena on lisäksi selvittää ikääntyneiden potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutukseen terveystieteiden keskus sairaalassa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ruokailun ja ravitsemuksen kehittämisessä terveystieteiden keskus sairaalan osastoilla.

2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Ikääntyneen tulee saada riittävästi laadukasta ja monipuolista ravintoa. Ikääntymisen aiheuttamat fyysiset muutokset ja sairaudet voivat vaikuttaa ravitsemustilaan. Laihtuminen, voimattomuus, väsymys, masentuneisuus ja infektioherkkyyden lisääntyminen saattavat olla oireita heikentyneestä ravitsemustilasta. Hyvästä ravitsemuksesta huolehtiminen on oleellinen osa ikääntyneiden hyvää hoitoa. Ikääntyminen tuo uusia haasteita ravitsemukseen. Energian tarve pienenee, mutta ravintoaineita tarvitaan edelleen vähintään saman verran kuin aikaisemmin. Normaali painoindeksi ei välttämättä takaa riittävää ravintoaineiden saantia. (Puranen & Suominen 2012, 5-6, 19.)

2.1 Ikääntynyt

Ikääntymisellä tarkoitetaan sellaisia fysiologisia muutoksia elimistössä, kudoksissa tai soluissa, jotka etenevät ajan kuluessa ja vaikuttavat sairauksien todennäköisyyteen sekä kuoleman läheisyyden kasvamiseen (Aldén-Nieminen ym. 2009, 11). Vanhuuden alkamisesta ei ole olemassa yhtä kaikkien hyväksymää määritelmää. Ikää voidaan tarkastella biologisena, fysiologisena, psykologisena, sosiaalisena tai subjektiivisena käsitteenä. Toimintakykyyn perustuva ikääntymiskäsitys määrittelee vanhuuden alkavaksi 75 vuoden iässä. (Kehitysvamma-alan verkkopalvelu Vernerin [www-sivut](#) 2014.) Suomessa tilastollisesti ikääntyneiksi luokitellaan 65 vuotta täyttäneet henkilöt. Tämän määritelmän mukaan vanhuus alkaa 65-vuotiaana lainsäädännön ja sitä mukailevan tilastoinnin perusteella. Tilastollinen määritelmä perustuu vanhuuseläkeiän alkamisikään. (Aldén-Nieminen ym. 2009, 12.) Tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistuvat ikääntyneet ovat vanhuuden tilastollisen alkamisiän mukaisesti 65 vuotta täyttäneitä.

Vuoden 2015 marraskuun lopussa Suomessa asui tilastokeskuksen ennakkotietojen mukaan 5 486 125 henkilöä. Vuoden 2014 lopussa 65 vuotiaita ja sitä iäkkäämpiä oli 1 091 388 henkilöä. Suurin ikäryhmä oli 65–69-vuotiaat, joiden osuus koko väestöstä oli 376 614 henkilöä. (Tilastokeskuksen [www-sivut](#) 2015.) Vuonna 2010 terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettiin 151 129 potilasta, joista 65–74 vuotiaita oli 31 266

(21 %) ja yli 75-vuotiaita 25 745 (17 %). Iäkkäimmällä väestöosalla oli eniten hoitopäiviä (77 %) kaikista hoitopäivistä. Yli 75-vuotiaiden keskimääräinen hoitoaika vuodeosastolla oli 30 päivää, mikä oli viisi päivää enemmän kuin kaikilla potilailla keskimäärin. Terveyskeskuksen vuodeosaston potilas oli keskimäärin 76-vuotias. (Pelanteri & Rautiainen 2012, 1-2.)

2.2 Ravitsemus

Hyvä ravitsemus edistää terveyttä, toimintakykyä sekä elämänlaatua, ehkäisee sairauksia, edistää toipumista ja vähentää vaaraa sairastua lisäsairauksiin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 5). Hyvässä ravitsemustilassa elimistön vaatima ravintoaineiden kulutus ja nautittu ravinto ovat tasapainossa. Tasapainoon vaikuttavat ravinnon määrä ja laatu, elimistön kyky toimia, sairaudet, lääkitykset sekä vanhenemisen aiheuttamat muutokset. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 196.)

Elimistön on saatava riittävästi suojaravintoaineita ja sopivasti energiaa pysyäkseen terveenä ja toimintakykyisenä. Paino pysyy vakiona, jos energiankulutus ja -saanti ovat tasapainossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](http://www.sivut) 2014.) Ruoan sisältämiä energiapitoisia ravintoaineita ovat hiilihydraatit, proteiinit ja rasvat. Ravintoaineiden tasapaino on edullinen, kun ravinnon energiasta noin puolet saadaan hiilihydraateista, vajaa kolmannes rasvoista ja loput proteiineista. (Aro 2013.)

2.2.1 Ikääntymisen vaikutus ravitsemukseen

Ravitsemus vaikuttaa ikääntyneiden terveyteen ja toimintakykyyn merkittävästi. Kun ravitsemustila on hyvä, sairauksista toipuminen nopeutuu, kotona asuminen mahdollistuu, vireystila paranee ja elämänlaatu kohenee. Aikuisille suunnattuja ravitsemussuosituksia voidaan soveltaa kaikille terveille ikääntyneille. Vanheneminen ja sairaudet voivat asettaa ruoalle erityisvaatimuksia. (Hakala 2012.) Ikääntymismuutokset ovat yksilöllisiä. Lihominen, ylipaino ja sydän- ja verisuonitauteihin liittyvät riskit saattavat olla nuorten eläkeläisten ongelma. Huono ruokahalu ja liian vähäisestä energian saannista aiheutuva painon lasku ovat tyypillisiä ongelmia kaikkein vanhimmissa ikäryhmissä. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 196-197.)

Ikääntyminen aiheuttaa fyysisiä muutoksia. Elimistön rappeutumisenopeuteen vaikuttavat aikaisemmat elämäntavat, sairaudet ja perimä. (Sinisalo 2015, 95.) Luuston heikkeneminen alkaa jo 30-vuotiaana. Lihaskudoksen määrä vähenee, mikä vaikuttaa toimintakykyyn ja jaksamiseen. (Puranen & Suominen 2012, 6.) Ikääntyessä liikkuminen vähenee, jolloin myös energian tarve pienenee. Veden suhteellinen osuus elimistössä vähenee ja janon tunne voi heikentyä, mikä voi johtaa kuivumisvaaraan. (Salonoja 2010.) Mahalaukun ruoansulatusnesteiden erittäminen vähenee. Happosalpaalälääkkeet voivat aiheuttaa ohutsuolessa bakteerien liikakasvua, mikä saattaa heikentää ravintoaineiden imeytymistä ja aiheuttaa ripulia. Sairaudet ja lääkkeet voivat aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja heikentää ravintoaineiden imeytymistä. (Puranen & Suominen 2012, 7.)

Ravitsemustilaan vaikuttavia sairauksia ovat esimerkiksi syövät, keuhkohtaumatauti, aivohalvaus, Parkinsonin tauti, masennus, muistisairaudet sekä suun ja nielun sairaudet. Muistisairaudet vaikuttavat ikääntyneen ravitsemukseen jo varhaisessa vaiheessa kognitiivisten toimintojen heikentyessä. Toimintakyvyn heikkeneminen voi vaikeuttaa ruokailua, koska ruoan vieminen suuhun tai pureminen ja nieleminen voivat vaikeutua. Maku- ja hajuaistin muutokset voivat heikentää ruokahalua. Ummetus on tyypillinen vaiva sairauksien, vähäisen liikunnan, vähäkuittuisen ravinnon ja riittämättömän nesteiden saannin vuoksi. Suuhun ja hampaisiin liittyvät ongelmat voivat aiheuttaa ongelmia ruokailussa, mikä vaikuttaa ravitsemustilaan. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 197.) Suun terveydentila, hampaiden ja ikenien kunto sekä pureskelukyky vaikuttavat ravinnonsaantiin merkittävästi. Hampaiden lukumäärä ja kunto ovat yhteydessä kykyyn syödä monipuolisesti. Ravitsemussuosittelujen mukaan ikääntyneen suun terveydestä tulee huolehtia päivittäin hampaiden, proteesien ja suun limakalvojen puhdistuksella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 27, 45.)

Äkillinen elämänmuutos, joka vaikuttaa sosiaalisen tilanteen muutokseen, saattaa olla riski hyvän ravitsemustilan ylläpitämiselle. Tällainen elämänmuutos voi olla esimerkiksi puolison kuolema, joka johtaa leskeksi jäämiseen ja yksinäisyyteen. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 197.) Muita heikentyneeseen ravitsemustilaan johtavia syitä voivat olla riippuvuus muiden avusta, heikko taloudellinen tilanne ja riittämätön tieto (Salonoja 2010).

Koska ruoan aistiminen muuttuu ikääntyessä ja monet sairaudet sekä lääkkeet heikentävät makuaistia, voidaan ikääntyneen ruokailua parantaa kiinnittämällä huomiota asiaan. Ikääntyessä mieltymykset suolaiseen ja makeaan kasvavat. Tarjolla on hyvä olla mieleistä ruokajuomaa ja levitetä leivän päälle sekä tarvittaessa suolaa tai soke-ria ruokaan lisättäväksi. Rasvan laadussa ja määrässä voidaan joustaa iäkkään elämänlaatu ja ikä huomioiden. Ikääntyvät tarvitsevat useita kohtuullisen kokoisia ateri-
oita päivässä, koska he tulevat kylläisiksi nopeammin kuin nuoret. Valtion ravitse-
musneuvottelukunnan suositusten mukaan ikääntyneelle tulee tarjota päivittäin aami-
ainen, lounas, välipala kahvin tai teen kera, päivällinen ja iltapala. (Valtion ravitse-
musneuvottelukunta 2010a, 155-156.)

Haurastumisen ja toiminnanvajeiden ehkäisy sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ovat ikääntyneen ravitsemuksen tärkeimpiä tavoitteita. Ravitsemussuositusten mukaan akuutisti sairaille ja ympärivuorokautisessa laitoshoidossa oleville ikääntyville tulee tehdä mahdolliseksi toimintakykyä ylläpitävä liikunta. (Valtion ravitsemusneuvotte-
lukunta 2010b, 26-27, 54.)

2.2.2 Aliravitseminen ja virheravitseminen

Ikääntyminen kasvattaa riskiä aliravitsemukselle ja virheravitsemukselle. Ikääntyvän väestön määrän kasvaessa jatkuvasti yhä useampi kuuluu tähän riskiryhmään. Alira-
vitseminen ja virheravitseminen ovat yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn. (Ah-
med & Haboubi 2010.) Liian vähäinen energian ja proteiinien saanti aiheuttavat laihi-
tusta ja aliravitsemusta. Virheravitsemuksessa energiaa saadaan sopivasti tai lii-
kaa, mutta suojaravintoaineita liian vähän. Ylipainoinen voi olla aliravittu. Erityisen
suurella vaaralla aliravitsemukselle ovat toisten avusta riippuvaiset henkilöt. Ikään-
tyneiden aliravitseminen on yleistä sairaalahoidossa ja laitoshoidossa. (Salonoja 2010.)

Aliravitseminen voi laskea mielialaa sekä vähentää ruokahalua ja liikkumista, jolloin
elämänlaatu laskee. Aliravitseminen lisää sairastavuutta ja sairaalahoidon tarvetta. Se
ennakoi lisäksi laitoshoidon tarvetta ja lisää kuolleisuutta. Aliravitsemuksen seurauk-
sena lihakset surkastuvat, mikä johtaa lihasvoiman ja toimintakyvyn heikkenemi-
seen. Proteiininivajaus pienentää lihasmassaa ja heikentää lihasten toimintaa. Alipai-

noinen ikääntynyt voi kaatua helposti, mikä kasvattaa lonkkamurtumariskiä. Tulehdusten riski kasvaa huonossa ravitsemustilassa. Ravitsemustilan ollessa huono immuniteetti heikentyy ja haavat paranevat huonosti. (Salonoja 2010.)

Asumis- ja hoitomuutokset lisäävät aliravitsemuksen vaaraa. Tällainen muutos voi olla esimerkiksi sairaalasta kotiutuminen. Merkkejä aliravitsemuksen vaarasta voivat olla ikääntyneen nopeasti alentunut paino ja erittäin niukka syöminen. Alle 23 kg/m² painoindeksi viittaa aliravitsemukseen. Toistuvat infektiot tai painehaavat voivat olla merkkejä aliravitsemuksesta. Aliravitsemuksen riski on suuri, jos ikääntynyt pystyy syömään vain nestemäistä tai soseutettua ruokaa. Ikääntyneen toimintakykyä voidaan parantaa ja laihtumista estää hyvän ravitsemushoidon avulla. (Hakala 2012.)

Helpoin tapa havaita muutokset ikääntyneen ravitsemustilassa on painon ja pituuden mittaaminen sekä BMI:n eli painoindeksin laskeminen. Saatuja tietoja verrataan aikaisempiin tietoihin, jos niitä on. Jos aikaisempia tietoja ei ole, voidaan käyttää erilaisia apukysymyksiä. Oleellista on havaita mahdollinen painon lasku, arvioida syyt laihtumiseen ja suunnitella toimenpiteitä painon nostamiseksi. Iäkkäälle ei suositella laihtumista ja tavoitteena on pitää paino vakaana. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 198.)

Vajaaravitsemuksen vaara kasvaa iän ja huonokuntoisuuden myötä, joten ikääntyneen painoa tulee seurata säännöllisesti. Turvotus on tavallista ikääntyneillä, joten munuaisten toiminta tulee selvittää tarvittaessa laboratoriotesteillä. (Sinisalo 2015, 97.) Ikääntynyt punnitaan painoseurannassa kerran kuukaudessa tai tarvittaessa useammin. Paino kirjataan ylös jokaisen punnituksen jälkeen. Pieni ylipaino voi jopa suojata ikääntynyttä aliravitsemukselta, lihaskadolta ja osteoporoosilta. Koko ikänsä hoikkana olleen ihmisen ei tarvitse yrittää lihottaa itseään, vaan pitää paino entisellään. Ylipainoisen iäkkään yksipuolinen ruokavalio on voinut aiheuttaa vitamiinien ja kivennäisaineiden puutteita, jotka voivat näyttäytyä esimerkiksi väsymyksenä, jatkuvana sairasteluna tai iho-ongelmina. (Puranen & Suominen 2012, 13.)

Päivittäisessä hoitotyössä ikääntyneen ravitsemusta voidaan arvioida havainnoimalla ruokailua. On hyvä selvittää tarjotaanko ikääntyneelle mieluisaa, rakenteeltaan sopivaa ruokaa ja syökö hän kaiken tarjotun ruoan. Ruoan tulee olla riittävän energia- ja

proteiinipitoista ja käytetyn rasvan laadultaan oikeanlaista. Ruokavalioon tulisi kuulua riittävästi kalaa, kasviöljyjä, pähkinöitä tai siemeniä sekä kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Ikääntyneen tulee lisäksi juoda riittävästi. (Puranen & Suominen 2012, 18.)

Yli 65-vuotiaiden virheravitsemuksen apuvälineenä voidaan käyttää MNA-ravitsemusarviomittaria (Mini Nutritional Assessment). Ravitsemusarvioon sisältyvät painon ja pituuden mittaus, ruokavalion arviointi, yleisen toimintakyvyn arviointi sekä henkilön oma arviointi ravitsemustilastaan ja terveydestään. Mittari on jaettu seulontaosaan ja arviointiosaan. Kysymyksistä saadun kokonaispistemäärän perusteella henkilöt jaotellaan virheravitsemuksesta kärsiviin, virheravitsemusriskissä oleviin ja hyvässä ravitsemustilassa oleviin henkilöihin. MNA-mittari on toimiva apuväline ravitsemusongelmien seulonnassa ja ennaltaehkäisyssä, koska sen on todettu tunnistavan hyvin erityisesti virheravitsemusriskissä olevat henkilöt. Ravitsemustilan seuranta etenee yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 198-199.)

2.3 Ikääntyneiden tyytyväisyys ravitsemuspalveluihin

Terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai niiden kohteena olevaa henkilöä kutsutaan potilaaksi tai asiakkaaksi. Terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen keskeisenä periaatteena on, että potilas/asiakas voi vaikuttaa terveyteensä tai sosiaaliseen pärjäämiseensä omilla valinnoillaan ja päätöksillään. Hän voi halutessaan tehdä valintoja ja vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Ammatillinen potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaaminen on asiakaskeskeisyyttä. Laadulla tarkoitetaan toiminnan ja tuloksen vastaavuutta tai tuotteen kykyä täyttää asiakkaan tarpeet. (Koivuranta-Vaara 2011, 6, 8.)

Asiakkaat arvioivat palvelun laatua luotettavuuden, vakuuttavuuden, konkreettisen ympäristön, empaattisuuden ja reagointialttiuden perusteella. Hyvän asiakaspalvelun perustana on asiakaspalvelutaitoinen henkilökunta. Asiakaskokemus on summa kohtaamisista, mielikuvista ja tunteista, jotka asiakas muodostaa yrityksen toiminnasta. Asiakaskokemusta voidaan mitata asiakkaiden kokemuksiin liittyvin mittauksin tai

mittaamalla asiakaskokemuksen johtamisen vaikutuksia. Terveysthuollon laatua tutkitaan usein selvittämällä potilastyytyväisyys. Asiakastyytymättömyys voidaan havaita ja siihen voidaan vaikuttaa, jos asiakkaat saadaan kertomaan tyytymättömyydestä. Asiakastyytyväisyyskysely on yksi käytetyimmistä asiakastyytyväisyyden mittareista. Asiakastyytyväisyyskysely on hyödyllinen, kun sen tulosten perusteella kehitetään toimintaa. (Kortesuo & Löytänä 2011, 11, 187, 194; Prakash 2010; Performance Research Associates 2006, 14; Reinboth 2008, 8, 103, 106.)

Kallio (2014, 16, 19, 25-26) tutki opinnäytetyössään potilaiden (N=52) tyytyväisyyttä ruokaan ja ruokailuun. Aineisto kerättiin asiakastyytyväisyyslomakkeilla Mikkelin terveyskeskuksessa ja Moisio sairaalassa helmikuussa 2013 yhden lounasruokailun yhteydessä. Tulosten mukaan suurin osa potilaista oli tyytyväisiä sairaalaruokaan ja ruokailun toteutukseen. Potilaat olivat tyytyväisimpiä ruokajuomavalikoimaan, ruokajuomien lämpötilaan ja jakelusta vastaavan henkilökunnan palveluolttiuteen. Tyytymättömiä potilaat olivat annoskokoihin, ruoan makuun, salaatteihin ja jälkiruokavalikoimaan.

Ripatti ja Trogen (2014, 10, 14-18) selvittivät opinnäytetyössään potilaiden (N=10) kokemuksia sairaalaruokailusta kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin huhtikuussa 2014. Tulosten mukaan potilaiden mielestä ruoassa oli liian vähän suolaa. Potilaat eivät olleet kysyneet hoitajilta mahdollisuutta maustaa itse ruokaansa eikä lisämausteita oltu tarjottu. Osa potilaista koki annoskojen olevan liian suuria ja ruokailuaikojen olevan liian tiheästi. Suurempi osa vastaajista piti ruokailuympäristön viihtyvyyttä huonona kuin hyvänä. Ruoka-annosten ulkonäkö ja ruokien lämpötila olivat potilaiden mielestä hyvät. Kaikki potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien rooleihin ja asenteisiin ruokailussa.

2.4 Ravitsemushoito

Ravitsemushoidolla tarkoitetaan terveyttä edistävää ravitsemusta sekä sairauden hoitoa tai ehkäisyä ruokavalion avulla. Ikääntyneiden ravitsemushoidossa keskeistä on elämänlaadun parantaminen, toimintakyvyn ylläpitäminen ja ikääntymiseen liittyvien sairauksien etenemisen hidastaminen. Miellyttävä, kodinomainen ruoka ja ruokailuti-

lanne tuottavat psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää, rytmittävät päivää ja lisäävät turvallisuuden tunnetta. Ikääntyneiden ruokavaliossa oleellista on ruoan riittävä määrä ja ruoka-aineiden monipuolisuus ja vaihtelevuus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 7, 155.)

Huonosti syövän henkilön ruokavalion energiapitoisuutta voidaan lisätä tarjoamalla lempiruokia ja ylimääräisiä välipaloja. Puutteellista ruokavaliota tulee monipuolistaa. Proteiinin saantia voidaan lisätä esimerkiksi keittämällä puuro maitoon tai laittamalla leivälle runsaasti leikkeleitä tai kananmunaa. Kala-aterioita tulee tarjota viikossa vähintään kaksi kertaa. Välipaloilla voidaan tarjota erilaisia pähkinöitä ja ruokiin lisätä siemeniä. Salaattiin voidaan lisätä öljypohjaista salaatinkastiketta. Kasviksia ja hedelmiä tulee olla tarjolla joka aterialla. (Puranen & Suominen 2012, 19.) Tehostetussa ravitsemushoidossa käytetään ruoan lisäksi täydennysravintoaineita. Pieni annos täydennysravintoainetta sisältää vähintään yhtä paljon energiaa kuin tavallinen ruoka, mutta proteiineja ja suojaravintoaineita on enemmän. (Hakala 2012.)

Muistisairautta sairastavalla voi olla vaikeuksia juoda lasista ja käyttää ruokailuvälineitä. Tarjottu ruoka tai juoma saattaa jäädä koskemattomaksi, josta voi saada käsitöksen, että ihminen ei halua syödä tarjottua ruokaa. Tilanne voi johtaa aliravitsemukseen ja kuivumiseen. Muistisairasta voi tarvittaessa ohjata laittamalla hänen käteensä ruokailuvälineet ja laittamalla ruokaa välineiden avulla lautaselta suuhun. Juomisessa voi avustaa ohjaamalla kädet lasin ympärille ja kannustamalla juomaan. Jos muistisairaahan koordinaatiokyky on heikko, voidaan hänelle tarjota sellaista ruokaa, jota voi syödä ilman ruokailuvälineitä. (Heath & Sturdy 2009, 11.)

2.5 Ikääntyneiden ravitsemus sairaalahoidossa

Hyväkuntoisesta ikääntyneestä voi sairastuessa kehittyä vajaaravitsemuksen riskipoltilas. Terveydellisesti sopiva painoindeksi iäkkäälle on 25–30 kg/m². Tahaton laihduttaminen sairauksien ja liikkumattomuuden yhteydessä on haitallista, koska lihaskudoksen määrä vähentyy heikentäen ravitsemustilaa. Jos ikääntyneellä ei ole vajaaravitsemuksen riskiä, hänelle tilataan perusravintovalio tai muu sopiva ja rakenteeltaan oikeanlainen ruokavalio. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 155-156.)

Ihmisen ravitsemustila vaikuttaa siihen, millainen ennuste hänellä on selvitä sairautensa aiheuttamista vaivoista. Hyvässä ravitsemustilassa oleva potilas kestää rankkoja hoitoja vajaanavittua paremmin. Huono ravitsemustila lisää huonon ennusteen todennäköisyyttä. (Sinisalo 2015, 99.) Käytännön ravitsemushoitoa on potilaan sairaalassa nauttima ruoka ja se riittää kaikille niille potilaille, joilla ei ole vajaanavitsemuksen riskiä. Vajaanavitut ja sen riskissä olevat potilaat tarvitsevat tehostettua ravitsemushoitoa. Potilas punnitaan sairaalaan tullessa ja sen jälkeen viikoittain. Vajaanavitsemustilan riskiä arvioidaan viikoittain tai muun sovituksen käytännön mukaisesti ja ravitsemushoitoa muutetaan tarvittaessa yksilöllistä tarvetta vastaavaksi. Ravitsemushoitoa voidaan tehostaa tarjoamalla toiveruokia, välipaloja ja täydennysravintovalmisteita, tehostamalla ruokavaliota ja antamalla letkuravitsemusta. Suonensisäistä ravitsemusta voidaan käyttää tarvittaessa ravitsemushoidon lisänä tai ainoana vaihtoehtona. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 35-37.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot toteuttivat kyselyn, jonka avulla selvitettiin yli 75-vuotiaiden ja sitä iäkkäämpien hoidon laatua terveyskeskusten vuodeosastoilla marraskuusta 2010 helmikuuhun 2011. Kyselylomakkeet toimitettiin sähköpostitse 182 terveyskeskukseen vastaaville lääkäreille, joita pyydettiin hankkimaan vastaukset kysymyksiin kaikilta vuodeosastoilta. Sähköpostikyselyyn vastasi 164 lääkäriä (90 %). Vastaukset koskivat 536 vuodeosastoa, joissa oli hoidossa 11 958 iäkästä potilasta. Ikääntyneet potilaat käyttivät 75 % kaikissa käytössä olleista paikoista. Tulosten mukaan itsenäisesti ruokailevien potilaiden osuus oli 60 % ja syömisessä apua tarvitsevien osuus 40 %. Syömisessä apua tarvitsevat tarvitsivat apua ruokailun aloittamisessa tai jatkuvaa valvontaa ruokailussa. (Valviran ja aluehallintovirastojen työryhmä & Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2011, 3, 9.)

Ravitsemusterapeutti Leppimäki toteutti ravitsemustilan arvioinnin MNA-mittaria käyttäen Rauman terveyskeskussairaalan osastoilla T1 ja T2 huhtikuussa 2015. Ravitsemustilan arviointi tehtiin osastojen kaikille potilaille (N=52). MNA-mittausten toteutuksen osallistui molemmilta osastoilta Leppimäen lisäksi yksi hoitaja. Suurin osa osastojen potilaista oli vajaanavitsemusriskissä tai vajaanavituttuja. Osaston T1 potilaista vajaanavitsemuksen riskissä oli 37 % ja osaston T2 potilaista 44 %. Osastolla

T1 vajaaravittuja oli 63 % ja osastolla T2 52 %. Suuri osa potilaista toipui leikkauksista ja heidän painonsa oli pudonnut jo edeltävästi. Osastojen potilaiden ikä oli keskimäärin korkea ja monella oli jonkinasteinen muistihäiriö, mikä vaikutti alentavasti testissä saataviin pisteisiin. (Leppimäki henkilökohtainen tiedonanto 24.6.2015.)

Järvinen ja Seppänen selvittivät opinnäytetyössään pitkäaikaispotilaiden ravitsemustilaa erään suomalaisen terveyskeskuksen vuodeosastolla joulukuussa 2009. Ravitsemustilan arvioinnissa käytettiin MNA-testiä soveltuvien osin ja mittaukset tehtiin kertamittauksena yhtenä päivänä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet (N=11) olivat vuodepotilaita. Potilaat olivat 63–103-vuotiaita ja suurin osa heistä söi soseutettua ruokaa syötettynä. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli ravitsemustilan häiriöitä. Virhe- tai aliravitsemuksesta kärsi 73 % ja 27 %:lla oli riski virheravitsemukselle kasvanut. (Järvinen & Seppänen 2010, 18, 22-23.)

Hiltunen ja Luukkonen (2006, 36) kartoittivat opinnäytetyössään ravitsemushoidon toteutumista Helsingin terveyskeskuksen akuuttisairaalan osastolla 2. Tutkimusmenetelminä käytettiin ruokailunseurantalomaketta ja strukturoitua haastattelulomaketta. Tutkimuksessa hoitajat havainnoivat kahden päivän ajan potilaiden (N=10) ruokailua ruokailunseurantalomakkeen avulla. Potilaat olivat keski-ikänsä 75-vuotiaita ja kaikilla oli normaali ruokavalio. Strukturoituun haastatteluun osallistui 18 potilasta, jotka olivat iältään 40–98-vuotiaita. Tutkimustulosten mukaan yli puolella potilaista oli alhainen BMI. Ruokailun seurannassa ilmeni, että potilaat söivät liian vähän viljatuotteita ja mahdollisesti liian vähän maitotuotteita. Kalkki- ja D-vitamiinivalmisteiden käyttö oli vähäistä. Osa potilaista koki, että ruoka ei ollut riittävän lämmintä tai suolaista. Ateriat olivat potilaiden mielestä annoskooltaan liian suuria. Suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että ruokalistasta ei tiedotettu etukäteen. Potilaat kokivat olevansa omatoimisia ruokailussa, eikä heillä ollut syömisvaikeuksia.

Pääatalo (2007, 38, 44) selvitti opinnäytetyössään Rantsilan kunnan keskuskeittiön kiertävän ruokalistan ravitsemuksellisen sisällön ja tutki Rantsilan vuodeosaston vanhusten ravinnonsaantia. Ruokalistan ravitsemuksellisen sisällön laskemisessa käytettiin Aterix-ravintolaskentaohjelmaa ja tuloksia verrattiin vanhusten ravitsemussuosituksiin. Vuodeosaston vanhusten ravinnonsaantia selvitettiin järjestämällä

ruokailun seuranta, jossa seurattiin potilaiden (N=10) toteutunutta ruokailua viikko. Seurantaan osallistuneista potilaista puolet söi kiinteää ruokaa ja puolet sosemaista ruokaa. Tutkimustulosten mukaan keskuskeittiön viiden viikon kiertävä ruokalista oli ravitsemuksellisesti hyvä, jos asiakkaat söivät annoskoon verran ruokaa. Tulosten perusteella energiansaanti jäi hieman alle saantisuosituksen. Kuitua ja proteiinia saatiin riittävästi ja hiilihydraatteja hieman alle suosituksen. Rasvan saantisuositus ylittyi vähän ja kovan rasvan saantisuositus erittäin paljon. Natriumia ruokavaliosta sai yli suosituksen ja D-vitamiinia reilusti alle suosituksen.

3 RAVITSEMUSSUOSITUKSET

Uusimmat suomalaiset ravitsemussuositukset on julkaistu vuonna 2014 ja ne perustuvat pohjoismaisiin ravitsemussuosituksiin. Ravitsemussuositusten tavoitteena on väestön terveyden parantaminen ravitsemuksen avulla. Ravitsemussuosituksia käytetään seurannassa, poliittisessa ohjauksessa, suunnittelussa ja viestinnässä. Väestön ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia verrataan seurannassa suosituksiin. Jos seurantatutkimuksessa havaitaan ravintoaineen vähäisen tai runsaan käytön aiheuttavan kielteisiä vaikutuksia väestön terveyteen, tietoa voidaan käyttää poliittiseen ohjaukseen. Ravitsemussuosituksia tarvitaan suunnittelun pohjaksi ruokalistojen laadinnassa erilaisissa ateriapalveluissa kuten sairaaloissa, päiväkodeissa, kouluissa, henkilöstöruokailuissa ja puolustusvoimissa. Ravitsemussuositukset ovat lisäksi elintarviketeollisuuden hyödynnettävissä uusia elintarvikkeita kehitettäessä. Ammattilaisille ja kuluttajille kohdistetulla viestinnällä pyritään vaikuttamaan väestön ruokailutottumuksiin. Tällaista viestintää on sanallisen viestinnän lisäksi esimerkiksi ruokien tarjonta ja esillepano joukkoruokailuissa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 8.)

Ravitsemussuosituksiin sisältyvät suositukset ruoasta ja ravintoaineista. Suositukset on tarkoitettu kaikille terveille ja kohtuullisesti liikkuville ihmisille. Esimerkiksi diabeetikoille ja sepelvaltimotautia sairastaville ne sopivat yleensä sellaisinaan. Ravitsemussuositukset eivät sovi henkilöille, joiden ravintoaineiden tarve on selvästi muuttunut. Ravitsemussuosituksissa ei huomioida laihduttamisen edellyttämää ener-

giansaannin rajoittamista. Ravintoainesuosituksiin kuuluvat energian, energiaravintoaineiden, kivennäisaineiden ja vitamiinien saantisuositukset. Koska yksilöiden ravintoaineiden tarve vaihtelee, jokaiselle ravintoaineelle on määritelty varmuusvara. Sen avulla turvataan ravintoaineiden riittävä saanti väestötasolla. Ruoka-aineiden sopivan käyttösuhteen havainnollistamiseksi on laadittu ruokakolmio ja lautasmalli. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 8-9.)

3.1 Ateriarytmi

Säännöllinen ateriarytmi tukee terveellistä ruokavaliota. Se pitää veren glukoosipitoisuuden tasaisena, hillitsee nälän tunnetta ja suojaa hampaita reikiintymiseltä. Säännöllinen ateriarytmi toimii apuna painonhallinnassa. Joka päivä tulisi syödä säännöllisin väliajoin terveellinen, kohtuullisen kokoinen ateria. Päivän ateriat voivat koostua esimerkiksi aamupalasta, lounaasta ja päivällisestä. Tarvittaessa voidaan syödä lisäksi 1-2 välipalaa. Säännöllinen ateriarytmi on tärkeää opetella jo lapsuudessa, koska silloin opitut tavat luovat pohjan tasapainoiselle syömiselle aikuisiässä. Ikääntyneiden tulisi ruokailla monta kertaa päivässä, koska he eivät yleensä jaksakaan syödä kerralla isoja aterioita. Yöpaaston kesto saisi olla enintään 11 tuntia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 24.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Finravinto-tutkimusten avulla seurataan suomalaisen aikuisväestön ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia. Ravintotutkimus on osa viiden vuoden välein toteutettavaa FINRISKI-tutkimusta, jossa selvitetään kroonisten tautien riskitekijöitä ja niiden muutoksia. Vuonna 2012 toteutettuun FINRISKI 2012-tutkimukseen valittiin satunnaisotannalla väestörekisteristä viideltä Suomen alueelta 9905 henkilöä, jotka kutsuttiin osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistui 59 % kutsutuista henkilöistä (N=5827). Finravinto-tutkimukseen kutsuttiin FINRISKI-tutkimuksen otoksesta 33 %, joista 53 % osallistui ravintohaastatteluun. Haastattelu toteutettiin Fineli-tietokannan elintarvikevalikoimaa ja kuvauksia käyttäen tietokoneavusteisesti. Tutkimuksen aineistona oli 1708 haastattelua. Osallistujat olivat 25–74-vuotiaita. Tutkimukseen osallistui 65–74-vuotiaiden ikäryhmästä yhteensä 413 miestä (N=210) ja naista (N=203). (Helldán ym. 2013, 3.)

Ruokailukerraksi tutkimuksessa laskettiin ateria, juoma tai välipala. Ikääntyvillä oli vähemmän ruokailukertoja päivässä kuin työikäisillä. Tutkimukseen osallistuneet 65–74-vuotiaat miehet söivät keskimäärin 5,9 ateriaa päivässä ja saman ikäryhmän naiset 6,1 ateriaa. Kahden haastattelupäivän aikana ikäryhmän miehistä 94 % ja naisista 98 % nautti aamupalan ainakin toisena päivänä. Lounasta vähintään toisena päivänä söi ikääntyneistä miehistä 79 % ja ikääntyneistä naisista 84 %. Ikäryhmän miehistä välipalan söi 92 % ja naisista 95 %. Iltapalan vähintään toisena päivänä söi miehistä 81 % ja naisista 85 %. Päivällistä ikäryhmän miehistä ja naisista söi 72 %. (Helldán ym. 2013, 25-26.)

Rajava (2014, 22, 30, 32) selvitti opinnäytetyössään, miten ravitsemussuositukset toteutuivat tehostetun asumisen palveluyksikössä Toivokodissa. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelemalla hoitajia (N=5) ja tekemällä asukkaille (N=24) MNA-testi. MNA-testien tulosten mukaan 21 %:lla asukkaista oli hyvä ravitsemustila, 58 %:lla oli riski virheravitsemukselle kasvanut ja 21 % kärsi virhe- tai aliravitsemuksesta. Muistisairaudet ja avun tarve syömisessä olivat yhteydessä virhe- ja aliravitsemukseen. Hoitajien mielestä ravitsemussuositukset toteutuivat monilta osin, vaikka puutteitakin ilmeni. Esimerkiksi yöpaaston pitäminen enintään 11 tunnissa koettiin haasteelliseksi toteuttaa, koska kaikki asukkaat eivät halunneet syödä iltapalaa ja hoitajien oli saatava asukkaat ajoissa nukkumaan, että iltavuorossa saatiin tehtyä kaikki työtehtävät. Asukkaiden painoa seurattiin kolmen kuukauden välein ja tarvittaessa useammin.

Valviran ja aluehallitovirastojen loppuvuoden 2010 ja alkuvuoden 2011 aikana toteuttamassa kyselyssä selvitettiin 75 vuotta täyttäneiden potilaiden ruokailujen välisen yötauon pituus suomalaisten terveystieteiden keskuksissa vuodeosastoilla. Ruokailujen välinen yötauko oli 11 tuntia tai sitä pidempi 422 osastolla (86 %) vuodeosastoista. Henkilöstömitoitus oli alle ikääntyneiden palvelujen laatusuosituksen vähimmäistason 22 %:lla kysymykseen vastanneista vuodeosastoista. Yötauko vanhusten ilta- ja aamuruokailujen välillä oli suositusta pidempi 90 %:lla niistä osastoista, joissa henkilöstömitoitus oli alle laatusuositusten minimivaatimusten. (Valviran ja aluehallintovirastojen työryhmä & Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2011, 10-11.)

3.2 Energiaravintoaineet

Energiansaannista on laadittu suositusten sijaan viitearvot. Ne kuvaavat sukupuoleen ja ikään sidottua perusaineenvaihduntaan perustuvaa normaalipainoa ylläpitävää saantitasoa. Energiansaannin viitearvot laaditaan laskemalla väestön paino pituuden mukaan vastaamaan normaalipainon painoindeksiä 23 kg/m^2 . Väestön todellisen painon mukaan laskettuna ne tukisivat ylipainon ja lihavuuden ylläpitoa. Viitearvo päivittäisestä energiansaannista lasketaan perusaineenvaihdunnan ja fyysisen aktiivisuuden kertoimen avulla. Arvo on käyttökelpoinen lähinnä ateriapalveluja suunniteltaessa. Väestön ravinnonsaannin seurannan luotettavuutta arvioitaessa arvoa voidaan käyttää tietyin varauksin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 25.) Päivittäisen energiansaannin ollessa vähintään 1500 kcal (6,5 MJ) ja ruokavalion laadun ollessa hyvä, on useimpien ravintoaineiden saanti todennäköisesti turvattu (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 14).

Energiaravintoaineinen saantisuosituksissa ei huomioida alkoholin osuutta, koska suositukset koskevat koko väestöä. Suositukset ilmaistaan vaihteluväleinä ja prosentteina energiansaannista (E%). Ruokapalvelujen ja muun ateriatarjonnan suunnitteluun on määritelty erilliset tavoitteet. Hiilihydraattien laadulla on enemmän merkitystä kuin määrällä. Tavoitteena on saada riittävästi kuitua ja välttää liiallista sokeria. Hiilihydraattien lähteenä tulisi suosia täysjyvävalmisteita, kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Laskennallinen hiilihydraattien saantisuositus on 45–60 E%. Kuituja tulisi saada päivässä vähintään 25–35 grammaa. Rasvojen saantisuosituksissa painottuu niiden laatu. Kokonaisrasvasta vähintään 2/3 tulisi saada tyydyttymättömistä rasvahapoista. Laskennallinen rasvojen saantisuositus on 25–40 E%. Suositus proteiinien saannista yleisesti on 10–20 E%, mutta ikääntyneiden saantisuositus on 15–20 E%. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 25-26.)

Finravinto 2012-tutkimuksessa laskettiin suomalaisten aikuisten ravintoaineiden saanti kahden edellisen päivän ruoankäyttöhaastattelun keskiarvona. Tutkimustulosten perusteella 65–74-vuotiaat miehet (N=210) saivat päivän aterioistaan energiaa 1954 kcal ja naiset (N=203) 1486 kcal. Ikäryhmän miehet saivat päivässä proteiinia 80 g ja naiset 62 g. Päivän kokonaisenergiasta proteiinin osuus oli miehillä 16,9 E% ja naisilla 17,3 E%. Hiilihydraatteja ikäryhmän miehet saivat päivässä 212 g ja naiset

166 g. Hiilihydraattien osuus oli miehillä 44,1 E% ja naisilla 46 E%. Miehet saivat ravinnostaan kuitua päivässä 24 g ja naiset 21 g. Kuidun osuus kokonaisenergiasta oli miehillä 2,5 E% ja naisilla 2,7 E%. Rasvaa miehet saivat päivittäin 77 g, mikä vastasi päivittäisestä energiansaannista 34,6 E%. Rasvan päivittäinen osuus ravinnosta oli naisilla 57 g vastaten 33,5 E%. (Helldán ym. 2013, 48-49.)

Grönman (2013, 16, 22) selvitti opinnäytetyössään ikääntyneiden ravitsemustilaa eräässä suomalaisessa ikääntyneiden hoitokodissa. Tutkimuksessa selvitettiin, miten laitoshoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemussuositukset hoitokodissa toteutuivat. Ravitsemustilan arviointi toteutettiin MNA-mittarin seulontaosuuden avulla. Ravitsemussuositusten toteutumista arvioitiin seuraamalla asukkaiden (N=5) ruokailua kolmen päivän ajan ja vertaamalla tuloksia suosituksiin. Tutkimukseen osallistuneet asukkaat olivat yli 85-vuotiaita. Tutkimustulosten mukaan asukkaat saivat ravinnostaan proteiinia keskimäärin 90 % laskennallisesta proteiinin tarpeesta ja energiaa 86 % laskennallisesta energiantarpeesta. Yhtä viidestä tutkimukseen osallistuneesta asukkaasta avustettiin ruokailuissa. MNA-mittarin seulontaosuuden perusteella kahdella asukkaalla oli normaali ravitsemustila ja kolmella kasvanut riski aliravitsemukselle.

3.3 Vitamiinit ja kivennäisaineet

Vitamiineja ja kivennäisaineita on tarpeellista saada suositusten mukainen määrä, sillä niitä tarvitaan välttämättömien elintoimintojen ylläpitämiseksi. Suosituksia ei tule ylittää, koska liiallisesta saannista ei ole terveydellistä hyötyä ja liian suurina määrinä valmisteet voivat olla haitallisia. Kivennäisaineiden ja vitamiinien tarve on yksilöllinen. Keskimääräinen riittävä saanti kattaa terveystavoitteen noin puolella väestöstä, joten suositukset ovat aina keskimääräistä saantisuositusta suuremmat, jolloin ne kattavat varmasti suurimman osan väestöstä. Todellinen tarve on tästä johtuen suurimmalla osalla väestöä pienempi kuin saantisuositus. Suomalaisiin ravitsemussuosituksiin sisältyvät muun muassa suositukset D-vitamiinin, folaatin, seleenin, raudan, natriumin ja jodin riittävän saannin turvaamiseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 26.)

D-vitamiinia muodostuu iholla maaliskuusta lokakuuhun. Tuotanto on suurinta kesän aikana, koska silloin osa D-vitamiinista muodostuu iholla auringon UV-säteilyn vaikutuksesta. Ihosta ja ravinnosta saatavan D-vitamiinin riittävänä määränä pidetään yli 50 nmol/l - pitoisuutta. D-vitamiinin puute voi johtaa aikuisilla osteomalasiaan ja lapsilla riisitautiin. D-vitamiini näyttäisi tutkitusti vaikuttavan myönteisesti kaatumisten ja luunmurtumien ehkäisyyn. Aikuinen voi päästä tavoitetasoon ilman vitamiinilisää käyttämällä päivittäin rasvaveitteitä ja D-vitaminoituja maitovalmisteita sekä syömällä kalaa 2-3 kertaa viikossa. Jos D-vitaminoituja tuotteita ei käytetä päivittäin, suositellaan 18–74-vuotiaille loka-maaliskuussa 10 mikrogramman D-vitamiinilisää. Hyvin vähän ulkoileville ja 75 vuotta täyttäneille suositus on 20 µg vuorokaudessa ympäri vuoden. Jos 75 vuotta täyttänyt käyttää säännöllisesti paljon vitaminoituja maitovalmisteita, rasvaveitteitä ja/tai kalaa, voidaan suositella 10 µg:n vuorokausiannosta. Yli 20 µg:n vuorokausiannosten ei ole todettu aiheuttavan lisähyötyä ja huomattavasti suuremmat valmistemäärät voivat olla pitkäaikaisesti käytettynä haitallisia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 27-28.)

Finravinto 2012-tutkimuksen mukaan 65–75-vuotiaista miehistä 37 % ja naisista 60 % käytti D-vitamiinilisää. D-vitamiinilisiä käyttävät ikääntyvät miehet (N=77) saivat ruoasta D-vitamiinia keskimäärin 11,2 µg vuorokaudessa ja naiset (N=122) 8,3 µg. D-vitamiinin saanti ruoasta ei eronnut merkittävästi D-vitamiinilisien käyttäjien ja niitä käyttämättömien välillä. Ikäryhmän D-vitamiinilisiä käyttämättömät miehet (N=133) saivat ruoasta D-vitamiinia vuorokaudessa 13,7 µg ja naiset (N=81) 9,2 µg. (Helldán ym. 2013, 106-109.)

Bischoff-Ferrari tutkimusryhmineen selvitti D-vitamiinin tehokkuutta ikääntyneiden kaatumisten ehkäisyssä hyödyntäen kahdeksan aikaisemman tutkimuksen aineistoa (N=2426). Aineiston kerääminen aloitettiin syksyllä 2008. Tulosten mukaan 17,5–25 µg D-vitamiinia päivittäin käytettynä ehkäisi kaatumisriskiä 19 %. Alle 17,5 mikrogramman päiväannoksella ei todettu olevan vaikutusta kaatumisten ehkäisyssä. (Bischoff-Ferrari ym. 2009.)

Folaatti kuuluu B-ryhmän vitamiineihin. Sen tehtävänä on kuljettaa hiiliatomia elimistössä. Vihreät kasvikset, palkokasvit ja maksa sisältävät eniten folaattia. Hyviä folaatin lähteitä ovat lisäksi täysjyväviljavalmisteet ja marjat. Folaatin puute voi joh-

taa megaloblastiseen anemiaan. Folaatin saantisuositus on naisille ja miehille 300 µg vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 28.) Finravinto 2012-tutkimustulosten mukaan 65–74-vuotiaat miehet (N=210) saivat folaattia päivässä keskimäärin 255 µg ja naiset (N=203) 219 µg (Helldán ym. 2013, 68).

Seleeni vaikuttaa erilaisten entsyymien ja muiden proteiinien toimintaan elimistössä. Seleenin puutos aiheuttaa sydänlihaksen rappeumaa ja se saattaa lisätä riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin sekä eräisiin syöpätyyppeihin. Seleeniä saadaan lihasta ja lihavalmisteista, maidosta ja maitovalmisteista sekä täysjyväviljasta. Saantisuositus on miehille 60 µg ja naisille 50 µg vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 28-29.) Finravinto 2012-tutkimustulosten mukaan 65–74-vuotiaat miehet saivat seleeniä päivittäin keskimäärin 68 µg ja naiset 51 µg (Helldán ym. 2013, 81).

Rauta edistää hapen kulkeutumista keuhkoista kudoksiin sitomalla punasolujen hemoglobiinin happea. Se sitoo happea myös lihasten myoglobiinissa. Lisäksi rautaa on eri puolilla elimistöä useiden eri entsyymien osana. Raudan puute aiheuttaa anemiaa. Ruoan raudasta imeytyy noin 15 %. Alkavassa raudanpuutteessa elimistö tehostaa raudan imeytymistä, jolloin anemian syntyminen voi estyä. Rautatasapaino voidaan selvittää veren hemoglobiinipitoisuudesta. Parhaita raudan lähteitä ovat maksa, liha ja lihavalmisteet sekä täysjyvävalmisteet. Miesten ja vaihdevuodet ohittaneiden naisten raudan saantisuositus on 9 mg vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 29.) Finravinto 2012-tutkimuksessa selvitettiin, että 65–74-vuotiaat miehet saivat rautaa päivittäin keskimäärin 11,8 mg ja naiset 9,4 mg (Helldán ym. 2013, 81).

Natriumia eli suolaa on luontaisesti lähes kaikissa elintarvikkeissa. Ruokasuola sisältää 40 % natriumia. Vähäinen suolan saanti suojaa sydän- ja verisuonisairauksilta, korkealta verenpaineelta ja mahasyövältä. Suolan saannin rajoittaminen voi laskea verenpainetta. Ruokavaliolla on verenpainetta laskeva vaikutus, jos suositaan tyydyttymätöntä rasvaa, kalaa, siipikarjaa sekä pähkinöitä ja ruokavaliioon sisältyy paljon kasviksia, hedelmiä, marjoja ja täysjyväviljaa. Ruokavaliossa tulisi lisäksi välttää punaista lihaa ja runsassokerisia tuotteita sekä vähentää suolan saantia. Natriumin riittävä minimisuositus on aikuisilla 1,5g vuorokaudessa. Väestötason suositus suolan saannin maksimitasosta on enintään 5 g vuorokaudessa vastaten 2 g natriumia.

(Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 29-30.) Finravinto-tutkimuksen tulosten mukaan 65–74-vuotiaat miehet saivat natriumia päivittäin keskimäärin 3,1 g ja naiset 2,2 g (Helldán ym. 2013, 81).

Jodi on osa kilpirauhashormoneja (tyroksiini ja trijodityrooni), jotka ovat tärkeitä keskushermoston normaalille kasvulle ja kehitykselle. Aikuisilla jodin puute aiheuttaa kilpirauhasen suurentumista ja struumaa. Jodia saadaan maidosta, maitovalmisteista ja ruokasuolasta, johon on lisätty jodia. Jodin päivittäinen suositus on 10-vuotiaille ja sitä vanhemmille 150 µg vuorokaudessa. Elintarviketeollisuus ei käytä jodioitua suolaa, joten suositusten mukaan suolaksi kannattaa valita jodia sisältävä suola. Merilevätuotteita ei suositella jodin lähteeksi, koska niiden jodipitoisuus voi olla haitallisen suuri. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 30, 50.) Ikääntyvät 65–74-vuotiaat miehet saivat jodia päivittäin keskimäärin 209 µg ja naiset 173 µg Finravinto 2012-tutkimustulosten mukaan (Helldán ym. 2013, 81).

3.4 Ruokasuositukset

Kasvikset, hedelmät ja marjat sisältävät paljon kuitua, vitamiineja, kivennäisaineita ja muita hyödyllisiä yhdisteitä. Päivässä tulisi nauttia vähintään 500 g vihanneksia, juureksia, marjoja, hedelmiä ja sieniä, mikä vastaa noin 5-6 annosta. Perunaa ei lasketa mukaan tähän suositukseen. Yksi annos on yksi keskikokoinen hedelmä, 1 dl marjoja tai 1,5 dl salaattia tai raastetta. Nautituista annoksista marjojen ja hedelmien osuuden tulisi olla noin puolet ja vihannesten ja juuresten osuuden puolet. Näistä osa on suositeltavaa nauttia kypsentämättömänä ja osa ruokien raaka-aineina. Pavut, linsit ja herneet sisältävät melko paljon proteiineja, joten niitä voidaan käyttää proteiinin lähteenä pelkästään tai eläinperäisen proteiinin lisäksi. Perunassa on kohtuullisesti hiilihydraatteja, paljon kivennäisaineita ja C-vitamiinia. Perunalla ei ole osoitettu olevan erityistä terveyttä edistävää tai heikentävää vaikutusta, joten sen käytön suositellaan pysyvän nykyisellä tasolla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 21.)

Kasvisruokavaliota noudattavan on pehmeiden rasvojen saannin varmistamiseksi käytettävä rasvaista kalaa ja/tai pähkinöitä ja siemeniä, kasviöljyä ja kasvipohjaisia rasvaveitteitä rasvojen käyttösuositusten mukaisesti. Maitovalmisteita ja kananmu-

naa sisältävät kasvisruokavaliot vastaavat monipuolisesti koostettuina ravintosisällöltään ravitsemussuositusten mukaista sekaruokavaliota. Kasvisruokavaliolla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Tyypin 2 diabetesta, lihavuutta ja sydän- ja verisuonisairauksia esiintyy vähemmän kasvissyöjillä kuin muulla länsimaiden väestöllä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 32.)

Finravinto 2012-tutkimuksen mukaan miehistä 80 % ja naisista 95 % söi kasviksia tai kasvisruokia. Perunaa pääruoan lisäksi käytti yli puolet tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Tuoreita kasviksia ja kasvissalaatteja 65–74-vuotiaat miehet käyttivät päivässä 120 g ja naiset 102 g. Hedelmiä, marjoja ja hedelmä- ja marjaruokia miehet käyttivät 301 g ja naiset 294 g päivässä. (Helldán ym. 2013, 33, 38.)

Lihasta, kalasta ja kananmunasta saa proteiinia. Kalasta saa lisäksi monitydyttämättömiä rasvoja ja D-vitamiinia. Liha sisältää runsaasti hyvin imeytyvää rautaa. Punaisen lihan tulisi suositusten mukaan olla mahdollisimman vähärasvaista. Lihavalmisteissa tulisi suosia mahdollisimman vähäsuolaisia vaihtoehtoja. Siipikarjan lihassa on vähän rasvaa, joka on laadullisesti parempaa kuin naudan ja lampaan lihassa. Kalaa suositellaan nautittavan 2-3 kertaa viikossa eri kalalajeja vaihdellen. Kananmunia voi syödä viikossa 2-3 kappaletta. Punaista lihaa ja lihavalmisteita tulisi käyttää viikossa enintään 500 grammaa. Yhden liha- tai kala-annoksen paino on kypsennettynä noin 100–150 grammaa. Ruokien kypsennysmenetelmät ja lämpötilat tulisi valita niin, että ruoka ei pala, koska silloin muodostuu haitallisia aineita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 22.)

Finravinto-tutkimuksen mukaan 65–74-vuotiaat miehet söivät liharuokia päivittäin enemmän kuin naiset. Miehet söivät liharuokia päivässä 234 g ja naiset 164 g. Kalaruokia ikäryhmän miehet söivät 128 g vuorokaudessa ja naiset 110 g. Kananmunaruokia miehet söivät vuorokaudessa 64 g ja naiset 45 g. (Helldán ym. 2013, 39.)

Naisten suositellaan käyttävän päivässä 6 ja miesten 9 annosta viljavalmisteita. Yksi annos viljavalmisteita on yksi leipäviipale, 1 dl keitettyä täysjyväpastaa, -ohraa, -riisiä tai muuta täysjyvälisäkettä. Puurolautasellinen on kaksi annosta. Käytetystä määrästä vähintään puolet tulisi olla täysjyväviljaa. Viljavalmisteista suositellaan käytettäväksi vähäsuolaisia vaihtoehtoja. Leivän kuitupitoisuuden tulisi olla vähin-

tään 6 g/100 g. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 21.) Finravinto-tutkimuksen mukaan 65–74-vuotiaiden ikäryhmän miehet söivät 348 g ja naiset 279 g viljavalmisteita vuorokaudessa. Ikääntyneet söivät puuroa, ruisleipää, pullaa ja munkkeja enemmän kuin työikäiset. (Helldán ym. 2013, 33, 38.)

Maitovalmisteista saa proteiinia, kalsiumia, jodia, D-vitamiinia ja monia muita vitamiineja. Elimistön kalsiumin tarpeen kattamiseksi riittää 5-6 dl nestemäisiä maitovalmisteita ja 2-3 viipaletta juustoa päivässä. Maitovalmisteista tulisi suosia rasvattomia ja vähärasvaisia vaihtoehtoja, koska rasvaiset maitotuotteet sisältävät paljon tyydyttyntä rasvaa. Juustoista paras vaihtoehto on vähäsuolainen ja enintään 17 % rasvaa sisältävä tuote. Kasvipärisillä kalsiumilla ja D-vitamiinilla täydennetyillä elintarvikkeilla voidaan tarvittaessa korvata nestemäiset maitovalmisteet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 22.) Ikääntyneet miehet käyttivät maitovalmisteita päivittäin keskimäärin 415 g ja naiset 367 g Finravinto-tutkimuksen mukaan (Helldán ym. 2013, 39).

Leipärasvaksi suositellaan kasviöljypohjaista rasvaveitettä, joka sisältää vähintään 60 % rasvaa. Ruoanvalmistusrasvana voidaan käyttää kasviöljyä, vähintään 60 % sisältävää kasviöljypohjaista rasvaveitettä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta. Salaa-tinkastikkeista tulisi valita kasviöljypohjainen vaihtoehto. Rypsiöljyä ja rapsiöljyä suositellaan käytettäväksi, koska ne sisältävät n-3-rasvahappoja. Kaikkien kasviöljyjen käyttö ei ole suositeltavaa. Kookosöljyn rasva on lähes kokonaan tyydyttyntä ja palmuöljyissä sekä palmuydinöljyissä on muihin kasviöljyihin verrattuna paljon tyydyttyntä rasvaa. Pähkinöistä ja siemenistä saa tyydyttymätöntä rasvaa ja niitä voi nauttia noin 30 g päivässä suolaamattomina, sokeroimattomina tai kuorruttamattomina lajeja vaihdellen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 22-23.)

Hyvän aterian koostamisessa voidaan käyttää apuna lautasmallia. Lautasmallissa puolet lautasesta täytetään kasviksilla, neljännes perunalla, täysjyväpastalla tai muulla täysjyvälisäkkeellä ja neljännes kalalla, lihalla, munalla tai palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä sisältävällä kasvisruoalla. Aterian lisänä on täysjyväleipä kasviöljypohjaisella rasvaveitteellä voideltuna ja jälkiruokana marjoja tai hedelmiä. Suositeltavana ruokajuomana on maitoa tai piimää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 20.)

3.5 Nesteet

Yksilöllinen nesteen tarve tulee useimmilla ihmisillä tyydytetyksi juomalla janon mukaisesti. Nesteen tarpeeseen vaikuttavat ikä, fyysinen aktiivisuus sekä ympäristön lämpötila. Ruoan sisältämän nesteen lisäksi päivässä tulisi juoda 1-1,5 litraa. Paras janojuoma on vesijohtovesi. Ruokajuomaksi suositeltuja vaihtoehtoja ovat rasvaton tai enintään 1 % rasvaa sisältävä maito tai piimä, vesi tai kivennäisvesi. Sokeroituja juomia ja sokeroimattomia happamia juomia ei suositella käytettäväksi säännöllisesti. Täysmehuja voi suositusten mukaan nauttia aterian yhteydessä yhden lasillisen päivässä. Kahviin ja teehen lisättäväksi maidoksi suositellaan rasvatonta, 1 % rasvaa sisältävää tai kevytmaitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 23.) Finravinto 2012-tutkimuksessa selvisi, että 64–75-vuotiaat miehet joivat päivässä nesteitä keskimäärin 1130 g ja naiset 1242 g. Veden osuus kaikista päivän aikana nautituista nesteistä oli miehillä 764 g ja naisilla 942 g. (Helldán ym. 2013, 39-40.)

Alkoholia ei lasketa mukaan nestesuositukseen. Alkoholin käyttöä tulisi rajoittaa eikä ikääntyneille suositella alkoholia lainkaan. Alkoholin aiheuttamat terveysriskit ovat ikääntyneille suuremmat kuin työikäisille. Alkoholia voi suositusten mukaan käyttää enintään yhden alkoholiannoksen päivässä tai seitsemän annosta viikossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 44.) Energiansaannista alkoholin osuus saisi olla enintään 5 E% (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 23).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ikääntyneiden ravitsemussuositusten toteutuminen Rauman terveystieteiden osastoilla T1 ja T2 toteutuneen ruokailun ja Steniuksen tuotantokeittiön ruokailun mukaan. Tarkoituksena on lisäksi selvittää ikääntyneiden potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutukseen terveystieteiden sairaalassa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ruokailun ja ravitsemuksen kehittämisessä terveystieteiden osastoilla.

Tutkimusongelmat:

1. Vastaako Steniuksen tuotantokeittiön ruoka ikääntyneiden ravitsemussuosituksia?
2. Toteutuuko ikääntyneiden potilaiden ravinnonsaanti terveystieteiden sairaalassa ravitsemussuositusten mukaisesti?
3. Ovatko terveystieteiden sairaalan ikääntyneet potilaat tyytyväisiä ruokailun toteutukseen?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus on luova prosessi, johon sisältyy aiheeseen perehtyminen, suunnitelman laadinta, tutkimuksen toteutus ja tutkimusraportin laadinta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 63). Tämä tutkimus toteutettiin syksyllä 2015 kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimuksessa käytettiin valmiita esitettuja lomakkeita. Tutkimukseen sisältyi ruokailun seuranta, jossa hoitajat havainnoivat potilaiden (N=28) toteutunutta ruokailua sekä asiakastyytyväisyyskysely, johon potilaat (N=37) vastasivat itse. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin Steniuksen tuotantokeittiön ruokailun mukaisten aterioiden ravintosisältö. Tutkimusviikkojen ruokailun ja potilaiden toteutunutta ravitsemusta verrattiin tutkimuksessa ikääntyneiden ravitsemussuosituksiin.

5.1 Kohdeorganisaatio

Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaationa on Rauman terveystieteiden keskus. Rauman terveystieteiden keskus on osa Rauman sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen ja se kuuluu Rauman aluesairaalan tulosalueeseen. Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen järjestämisestä vastaa Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskus, joka toimii sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnan alaisuudessa. Terveystieteiden keskuksessa toteutetaan perusterveydenhuoltotasosta sairaalahoitoa aikuisille potilaille. (Rauman kaupungin www-sivut 2015.) Tutkimus toteutettiin sairaalaoosastoilla T1 ja T2. Kohderyhmänä olivat osastojen ikääntyneet potilaat. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat vanhuuden tilastollisen alkamisikänsä mukaisesti 65 vuotta täyttäneitä.

Osastoilla on yhteensä 54 potilaspaikkaa aikuisille. Osastoilla hoidetaan muun muassa lyhytaikaista kuntouttavaa hoitoa saavia potilaita, erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon tulleita potilaita, aivovammapotilaita, käytösoireisia potilaita, psykogeriatrisia potilaita, monivammapotilaita, eristyspotilaita ja syöpäpotilaita. Toimintamalli osastoilla on akuutti, kuntouttava, potilasta aktivoiva ja hänen kokonaisyhyvinvointiaan lisäävä. Suurin osa potilaista tulee osastoille jatkohoitoon päivystyksestä ja erikoissairaanhoidosta. Keskimääräinen hoitoaika on kaksi viikkoa. Osastoilla toteutetaan muun hoidon lisäksi saattohoitoa. Potilaiden omaiset voivat osallistua hoidossa olevien läheistensä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. (Rauman kaupungin www-sivut 2015.) Osastojen ruokailuajat ovat päivittäin samoihin aikoihin. Aamupala tarjotaan kello 8, lounas kello 11.30, päiväkahvi kello 13, päivällinen kello 16 ja iltapala kello 19. Esimerkiksi diabeetikkojen on mahdollista saada tarvittaessa lisäksi myöhäisiltapala. (Rantalainen henkilökohtainen tiedonanto 18.1.2016.)

Terveystieteiden keskuksen ateriat valmistetaan Steniuksen tuotantoketjussa. Päiväkahvi- ja iltapalatarjoilut toteutetaan osastoilla. Hoitajat tekevät ateria- ja ruokailut osastoille Mysi-ohjelmaa käyttäen. Jokaiselle potilaalle tilataan hänen ruokavalionsa mukainen rakenteeltaan ja annoskooltaan sopiva ateria. Saatavilla olevat annoskoot ovat S, M, L ja XL. Aterioiden ja välipalojen tarjoilusta potilaille vastaavat pääasiassa osastoilla työskentelevät laitoshuoltajat. (Laihin henkilökohtainen tiedonanto 1.10.2015.) Tehostettua ravitsemusta energiavalikoidulla reseptillä alettiin kehit-

tää loppuvuodesta 2015 alkaen osastoilla toteutettujen ravitsemustilan arviointien jälkeen. Kehitystyössä toteutettu tehostettu ravitsemus otetaan käyttöön huhtikuussa 2016. (Leppimäki henkilökohtainen tiedonanto 26.1.2016.)

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä lähestymistapaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on muuttujien mittaaminen, tilastollisten menetelmien käyttäminen ja muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu. Kvantitatiiviselle tutkimukselle ominaista on strukturoitu tutkimusasetelma, perusjoukon ja otoksen määrittely, objektiivisuus, hypoteesien laatiminen sekä tulosten yleistettävyyden. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa teoreettiset käsitteet voidaan operationalisoida mitattaviksi muuttujiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55, 62.) Tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, jotta saataisiin riittävän suuri aineisto ja tutkimustulokset, jotka ovat yleistettävissä tutkimuksen perusjoukkoon eli kohdeorganisaation osastojen potilaisiin.

5.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteena olivat Rauman terveyskeskussairaalan potilaat. Rauman sosiaali- ja terveysviraston potilaita, henkilökuntaa, asiakirjoja, tietojärjestelmiä, rekistereitä tai muuta virastolle kuuluvaa resurssia tutkimuksessa hyödynnetäessä on oltava sosiaali- ja terveysviraston lupa tutkimukseen. Lupa haetaan tutkimuslupahakemuksella (Liite 1). (Rauman kaupungin www-sivut 2015.)

Tutkimussuunnitelmaa tarvitaan tutkimusluvan hakemiseen. Huolellisesti laadittu tutkimussuunnitelma auttaa tutkijaa hahmottamaan tutkimuksen kokonaisuuden ja tuo tavoitteellisuutta tutkimustyöskentelyyn. Opinnäytetyölle voi hakea tutkimuslupaa, kun ohjaaja on hyväksynyt suunnitelman. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85.) Tämän opinnäytetyön tutkimukseen anottiin tutkimuslupa Rauman sosiaali- ja terveysviraston tutkimuslupakäytännön mukaisesti, kun opinnäytetyön ohjaaja oli hyväksynyt tutkimussuunnitelman. Tutkimuslupa (Liite 2) myönnettiin syyskuussa 2015 ja tutkimusaineisto kerättiin loka-marraskuussa 2015.

Opinnäytetyöntekijä tapasi Steniuksen tuotantokeittiön tuotantopäällikön ennen tutkimuksen toteuttamista kertoakseen tutkimuksen toteuttamisesta ja saadakseen tietoa ruokailun toteutuksesta terveystieteiden keskuksissa. Steniuksen tuotantokeittiön tuotantopäällikkö toimitti tapaamisen jälkeen opinnäytetyöntekijälle tutkimusviikkojen ruokalistat sekä tiedot aterioiden ravintoarvoista viikkotasolla ja ruokalajikohtaisesti. Tuotantopäällikkö laski ruokien ravintoarvot Aromi-ruokatuotanto-ohjelmalla käyttäen. Laskennallisten annosten ruokajuomana oli 1 % rasvaa sisältävä maito ja leipärasvana 75 % rasvaa sisältävä Ingmariini-levite. Kahviannoksiin laskettiin mukaan kerma ja sokeri ja teeannoksiin sokeri. (Laihinen henkilökohtainen tiedonanto 6.11.2015.) Opinnäytetyöntekijä keräsi tiedot ravitsemussuosituksista ruokalistoista saatujen tietojen osalta, jotta ruokalistojen ravintoarvoja ja suosituksia voitiin verrata toisiinsa.

Tutkimuksessa käytettiin valmiita Ravitsemusneuvottelukunnan julkaisemia lomakkeita. Opinnäytetyöntekijä laati tutkimukseen osallistuville potilaille saatekirjeet asiakastytyväisyyskyselylomakkeen liitteeksi (Liite 4) ja ruoka- ja juomakirjanpitolomakkeen liitteeksi (Liite 6). Opinnäytetyöntekijä laati lisäksi osastojen henkilökunnalle saatekirjeen (Liite 7) ja ohjeet tutkimuksen toteuttamiseksi (Liite 8). Ennen tutkimuksen toteuttamista opinnäytetyöntekijä kävi kohdeorganisaation osastojen osastotunneilla kertomassa tutkimuksesta henkilökunnalle.

Tutkimuksessa seurattiin osastojen satunnaisesti valikoitujen 65 vuotta täyttäneiden potilaiden ruokailun toteutumista viikon ajan. Tutkimusaineisto jäi ensimmäisen tutkimusviikon jälkeen toivottua suppeammaksi, joten tutkimusta jatkettiin vielä toinen viikko. Tutkimus toteutettiin viikoilla 42 ja 45. Osastojen hoitajat täyttivät ruoka- ja juomakirjanpito-lomaketta (Liite 5) havainnoimalla potilaiden toteutunutta ruokailua. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden potilaiden ruokailusta aineistoa ei saatu kerättyä koko viikolta ja osa viikon ajalta kerätystä aineistosta oli täytetty puutteellisesti. Hyväksyttynä tutkimusaineistona oli tietoa potilaiden (N=28) toteutuneesta ravinnonsaannista 2–7 päivän ajalta.

Asiakastytyväisyyskysely on yksi käytetyimmistä asiakaspalvelun ja -tyytyväisyyden mittareista. Siinä asiakas valitsee väitteistä omia tuntemuksiaan vastaavan numeron ja voi yleensä lisäksi antaa palautetta ja kirjoittaa kommentteja omin

sanoin. Kokemuksen lisäksi tuloksiin saattavat vaikuttaa vastaajan tunnetila ja mieliala sekä ihmisten erilaiset kokemukset numeroista. (Reinboth 2008, 106-107.)

Asiakastyytyväisyyskysely toteutettiin käyttämällä kyselylomaketta, jonka osastojen satunnaisesti valikoidut 65 vuotta täyttäneet potilaat (N=37) täyttivät itsenäisesti tai tarvittaessa avustettuna. Tutkimusaineisto kerättiin viikoilla 42–45. Opinnäytetyöntekijä osallistui tutkimusaineiston keruuseen yhtenä päivänä avustaen osastojen potilaita (N=13) asiakastyytyväisyyskyselylomakkeiden täyttämässä. Asiakastyytyväisyyskyselyssä käytettiin Taimiojan pro gradu-tutkielmassaan vuonna 2009 laatimaa asiakastyytyväisyyslomaketta (Liite 3). Lomake kehitettiin kansainvälisten asiakastyytyväisyystutkimusten pohjalta hyödyntäen suomalaisissa sairaaloissa käytössä olevia tyytyväisyyslomakkeita. Potilaat (N=30) täyttivät kyselylomakkeen kuukauden välein. (Taimioja 2009.) Valtion ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen Ravitsemushoito-oppaassaan ja internetsivuillaan, joten sen käytölle ei tarvinnut hakea lupaa.

5.4 Aineiston analysointi

Määrällisellä analyysillä voidaan numeroiden ja tilastoiden avulla selvittää ilmiöiden välisiä yhteyksiä, yleisyyttä ja esiintymistä. Aineiston käsittely aloitetaan tarkistamalla tiedot. Kun tiedot on tarkistettu, voidaan aineistoa tarvittaessa täydentää esimerkiksi haastatteluin tai kyselyin. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analysointia varten. (Hirsjärvi ym. 2013, 221-222.) Aineistoa kuvaillaan usein prosenttiosuuksilla tai frekvensseillä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013).

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin Excel-tilukkolaskentaohjelmaa. Jokainen tutkimuksen osio, asiakastyytyväisyyskysely, ruokalistat ja ruokailun seuranta, analysoitiin erikseen. Ruoka- ja juomakirjanpito- ja asiakastyytyväisyyskyselylomakkeet numeroitiin potilaskohtaisesti ennen analysointia. Tulokset tallennettiin luokiteltujen muuttujien mukaisesti havaintomatriiseihin ja aineisto tarkistettiin. Tulokset havainnollistettiin kuvioina ja taulukkoina.

Kaikki asiakastyytyväisyyskyselylomakkeilla kerätty aineisto hyväksyttiin tutkimukseen. Asiakastyytyväisyyskyselyn aineistosta selvitettiin potilaiden taustatiedoista potilaiden keskimääräinen ikä ja hoitopäivät osastolla. Lomakkeen kysymysten vastausvaihtoehdot oli luokiteltu numeraalisesti Likert-asteikon mukaisesti ja vastaukset analysoitiin laskemalla kunkin vastauksen esiintyvyys jokaisessa kysymyksessä. Samallisesti täydennetyistä vastauksista kirjoitettiin tutkimustuloksiin yhteenveto.

Steniuksen tuotantokeittiöltä saatiin luotettavat tiedot ruokalistan mukaan tarjottujen ruokien ravintosisällöistä päivä- ja viikkokohtaisesti. Ravitsemussuosituksen toteutuminen ruokalistan mukaan selvitettiin vertaamalla tutkimusviikkojen ruokien ravintosisällöistä saatuja tietoja suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Tutkimusaineistosta saatiin tiedot tarjotuista aterioista sekä ruokalistojen mukaisten ruoka-annosten sisältämistä energiaravintoaineista, kokonaisenergiasta (kcal), vitamiineista ja kivennäisaineista.

Ruokailun seurannassa kerätyssä aineistossa oli puutteita. Ruoka- ja juomakirjanpitolomakkeilla oli tarkoitus kerätä tietoa potilaiden ravinnonsaannista viikon ajalta. Viikon ajalta kerätyssä aineistossa oli jätetty täyttämättä tiedot monen aterian osalta. Monen puutteellisesti täytetyn lomakkeen tietoja ei voitu ottaa mukaan analysointiin, koska potilaiden ravinnonsaanti olisi tulosten mukaan todennäköisesti ollut toteutunut heikompi. Tutkimukseen hyväksyttiin lomakkeet, joissa potilaiden ruokailua oli seurattu 2–7 päivää, koska niillä oli kerätty kattavasti tietoa. Lomakkeiden täyttämisen oli vienyt hoitajilta paljon aikaa ja opinnäytetyöntekijä halusi huomioida heidän työpanoksensa.

Tutkimusaineistosta hylättiin kuusi lomaketta, jotka eivät olleet yhdistettävissä oikeaan potilaaseen niiden puutteellisen täyttämisen vuoksi tai potilaan ruokailua oli seurattu enintään yksi päivä. Yksi potilas oli täyttänyt itse lomakkeita ohjeiden vastaisesti ja väärin, minkä vuoksi hänen täyttämänsä lomakkeet hylättiin tutkimusaineistosta. Tutkimusaineistosta yksittäinen lounas oli jätetty täyttämättä 16 lomakkeesta ja päivällinen 7 lomakkeesta. Aamupala oli jätetty täyttämättä kahdesta lomakkeesta, välipala 52 lomakkeesta ja iltapala 26 lomakkeesta. Potilaat olivat saattaneet jättää syömättä joillakin ruokailukerroilla, mutta täyttämättä jätettyjä aterioita oli puutteellisesti täytetyissä lomakkeissa usein peräkkäin enemmän kuin yksi, mikä viittasi sii-

hen, että lomakkeita ei oltu täytetty esimerkiksi kiireen tai unohduksen vuoksi. Kahdeksan lomakkeeseen oli kirjattu, että potilas oli ollut osastolla vain osan päivästä. Tutkimusaineistoista poistettiin 30 (18 %) puutteellisesti täytettyä yksittäistä ruokailupäivää vastaavaa lomaketta, koska niistä puuttuvat ateriat olisivat heikentäneet tutkimustulosten luotettavuutta merkittävästi.

Tutkimusaineistoksi hyväksyttiin lomakkeet, joissa kaikki lämpimät ateriat ja aamupala oli täytetty tai täyttämättä jätettyihin aterioihin oli asianmukaisesti merkitty, jos potilas ei syönyt tarjottua ateriaa. Tutkimusaineistoksi hyväksyttiin lisäksi lomakkeet, joissa täyttämättä oli jätetty ainoastaan tiedot välipalasta tai iltapalasta. Välipala- ja iltapalatarjoilujen osuudet päivittäisestä ravinnonsaannista olivat muita aterioita pienemmät ja monessa muuten asianmukaisesti täytetyssä lomakkeessa oli jätetty täyttämättä tiedot ainoastaan välipalan tai iltapalan osalta, mikä viittasi siihen, että potilas oli saattanut jättää tarjotun välipalan tai iltapalan syömättä. Tutkimusaineisto olisi pienentynyt huomattavasti, jos aineistosta olisi poistettu kaikki lomakkeet, joissa tiedot välipalasta tai iltapalasta oli jätetty täyttämättä.

Ruoka- ja juomakirjanpitolomakkeiden toteutuneiden aterioiden ravintosisällöt laskettiin käyttämällä Steniuksen tuotantokeittiöltä saatuja tietoja tutkimusviikoilla tarjottujen normaalin annoskoon mukaisten ruokien ja juomien ravintosisällöistä. Ruoka- ja juomakirjanpitolomakkeessa tarjottujen annosten toteutuneet ruokamäärät kuvattiin valitsemalla lomakkeesta sopivin vaihtoehto: kaikki, yli puolet, noin puolet, alle puolet, ei mitään tai ei tarjottu. Kokonaan syödyt/juodut aterian osat laskettiin ruokalistan mukaisesti (100 %). Tulosten analysoinnissa yli puolet syödyn aterian osan laskettiin olevan kokonaisannoksesta 75 %, noin puolet 50 % ja alle puolet 25 %. Pienen annoskoon kertoimena käytettiin pääaterioilla tarjottuihin ruokiin Steniuksen tuotantokeittiöltä saatujen tietojen mukaisesti kerrointa 0,8 (80 %) normaalista annoskoosta. Merkintä potilaalla käytössä olevasta annoskoosta puuttui yhdeksän potilaan tiedoista. Tulosten analysoinnissa päädyttiin näiden potilaiden annoskokona käyttämään yleisintä käytössä olevaa keskikokoista annoskokoa. Ylimääräisten välipalojen ravintosisällöt selvitettiin elintarvikkeiden koostumustietopankki Finelin ja täydennysravintovalmistaja Nutrician internetsivuilta.

Tutkimusaineistosta selvitettiin potilaiden toteutunut päivittäinen ravinnonsaanti energiaravintoaineiden, kuitujen, ruokasuolan ja päivässä saadun energian (kcal) osalta. Tutkimusaineistosta saatiin lisäksi tietoa potilaiden ruokavaliosta, annoskoosta, juoduista nesteistä, maito- ja viljavalmisteiden käytöstä, täydennysravintovalmisteiden käytöstä ja välipaloista. Kun jokaisen potilaan keskimääräinen päivittäinen ravinnonsaanti oli selvitetty, laskettiin tuloksista tutkimukseen osallistuneiden potilaiden keskimääräinen ravinnonsaanti. Tutkimuksessa saatuja tietoja verrattiin ravitsemussuosituksiin.

6 TULOKSET

Tutkimuksessa saatiin tietoa Steniuksen keskuskeittiön tarjoaman ruoan ravintosisällöstä sekä osastojen T1 ja T2 ikääntyneiden potilaiden (N=28) toteutuneesta ravinnonsaannista. Tutkimuksessa saatuja tietoja verrattiin ravitsemussuosituksiin. Asiakastytyväisyyskyselyllä selvitettiin, miten ruokailu terveyskeskussairaalassa potilaiden (N=37) näkökulmasta toteutui.

6.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositusten toteutuminen ruokalistan mukaan

Terveyskeskussairaalassa tarjottiin ravitsemussuositusten mukaisesti jokaiselle potilaalle päivän aikana aamupala, lounas, päiväkahvi tai tee ja välipala, päivällinen ja iltapala. Kalaruokia tarjottiin suositusten mukaisesti vähintään 2-3 kertaa viikossa. Viikolla 42 kalaruokia oli tarjolla kolme kertaa ja viikolla 45 neljä kertaa. Aterioihin sisältyi kasviksia, hedelmiä ja marjoja tuoreena, kypsennettynä tai ruoan raaka-aineena. Jokaisella aamupalalla, lounaalla ja päivällisellä tarjottiin kasviksia, hedelmiä tai marjoja jossain muodossa. Iltapalalla niitä tarjottiin viikon aikana kuusi kertaa. Viikon 42 ruokalistan mukainen ravinto sisälsi energiaa keskimäärin 1901 kcal potilasta kohden ja viikon 45 ruokalistan mukainen ravinto 1833 kcal.

Tutkimusviikkojen ruokalistojen mukaisesta ravinnosta sai suositusten mukaisesti kaliumia, magnesiumia sekä B1- ja B2 vitamiineja. Ruokalistan mukaisesta ruoasta

sai suolaa suositeltua enemmän ja ravintokuitua hieman liian vähän. Kalsiumia, B-6-vitamiinia, niasiinia, A-vitamiinia ja C-vitamiinia sai suositeltua enemmän, mutta niiden saati jäi reilusti alle turvallisen saannin ylärajan. D-vitamiinia ruokalistan mukaisesta ravinnosta sai suositeltua vähemmän, mutta koska ikääntyneille suositellaan D-vitamiinilisää, suositus saattoi toteutua niitä käyttävillä potilailla. Taulukoissa 1 ja 2 esitetään potilaiden keskimääräinen ravinnonsaanti tutkimusviikoilla ruokalistan mukaan ja ravitsemussuositukset ikääntyneille. Joidenkin suositusten vaihteluväliin vaikuttavat ikä ja sukupuoli.

Taulukko 1. Potilaiden keskimääräinen ravinnonsaanti viikolla 42 ruokalistan mukaan ja suositus vuorokaudessa

	Keskimääräinen saanti / potilas	Suositus ikääntyneille
Ravintokuitu	24,03 g	vähintään 25–35 g
Ruokasuola	6,25 g	enintään 5 g
B1-vitamiini	1,25 mg	1,0–1,3 mg
B2-vitamiini	1,54 mg	1,2–1,5 mg
Niasiiniekvivalentti	24,82 mg	13–17 mg
B6-vitamiini	1,96 mg	1,2–1,6 mg
Folaatti	248,33 µg	300 µg
D-vitamiini	6,94 µg	10–20 µg
C-vitamiini	113,89 mg	75 mg
A-vitamiini	1148,65 µg	700–900 µg
Natrium	2941,45 mg	1500–2000 mg
Kalium	3346,61 mg	3100–3500 mg
Kalsium	845,93 mg	800 mg
Magnesium	309,41 mg	280–350 mg
Rauta	8,48 mg	9 mg
Sinkki	6,87 mg	7–9 mg

Taulukko 2. Potilaiden keskimääräinen ravinnonsaanti viikolla 45 ruokalistan mukaan ja suositus vuorokaudessa

	Keskimääräinen saanti / potilas	Suositus ikääntyneille
Ravintokuitu	23,75 g	vähintään 25–35 g
Ruokasuola	5,87 g	enintään 5 g
B1-vitamiini	1,16 mg	1,0–1,3 mg
B2-vitamiini	1,55 mg	1,2–1,5 mg
Niasiiniekvivalentti	24,89 mg	13–17 mg
B6-vitamiini	1,91 mg	1,2–1,6 mg
Folaatti	232,15 µg	300 µg
D-vitamiini	6,95 µg	10–20 µg
C-vitamiini	106,04 mg	75 mg
A-vitamiini	999,76 µg	700–900 µg
Natrium	2661,78 mg	1500–2000 mg
Kalium	3383,60 mg	3100–3500 mg
Kalsium	899,70 mg	800 mg
Magnesium	310,34 mg	280–350 mg
Rauta	8,30 mg	9 mg
Sinkki	7,00 mg	7–9 mg

Tutkimusviikkojen ruokalistojen mukaisesta ravinnosta sai rasvaa ja hiilihydraatteja suositusten mukaisesti. Proteiinin saanti jäi vähän alle ikääntyneiden saantisuosituksen alarajan. Taulukoissa 3 ja 4 esitetään energiaravintoaineiden osuudet kokonaisenergiansaannista ruokalistan ja ravitsemussuosituksen mukaan.

Taulukko 3. Energiaravintoaineiden prosenttiosuus energiansaannista viikolla 42

Energiaravintoaineet	%-osuus energiansaannista	suositeltu %-osuus energiansaannista ikääntyneille
Proteiinit	14,31	15–20
Rasvat	35,69	25–40
Hiilihydraatit	50	45–60

Taulukko 4. Energiaravintoaineiden prosenttiosuus energiansaannista viikolla 45

Energiaravintoaineet	%-osuus energiansaannista	suositeltu %-osuus energiansaannista ikääntyneille
Proteiinit	14,37	15–20
Rasvat	35,12	25–40
Hiilihydraatit	50,5	45–60

6.2 Ikääntyneiden potilaiden ravinnonsaanti terveyskeskussairaalassa

Tutkimuksessa selvitettiin 65 vuotta täyttäneiden potilaiden (N=28) keskimääräinen toteutunut päivittäinen ravinnonsaanti. Potilaista 71 % (N=20) oli naisia ja 29 % (N=8) miehiä. Suurimalla osalla potilaista (68 %) oli perusruokavalio. Kahdella potilaalla oli sosemainen ruokavalio. Potilaiden käyttämät annoskoot olivat keskikokoinen (54 %) ja pieni (14 %). Seitsemän potilaan (25 %) ruokavaliota ja yhdeksän potilaan (32 %) annoskokoa ei ilmoitettu. Täydennysravintovalmistetta vähintään yhden tutkimuspäivän aikana käytti 39 % potilaista. Kaikki potilaat käyttivät maito- ja viljavalmisteita sekä kasviksia ainakin yhtenä tutkimuspäivänä. Kasviksia ainoastaan kypsennettynä söi potilaista 29 %.

Potilaat saivat ravinnostaan energiaa päivässä 721–1958 kilokaloria. Potilaiden keskimääräinen energiansaanti oli päivässä 1533 kilokaloria. Suurin osa potilaista (64 %) sai ravinnostaan energiaa yli 1400 kilokaloria. Miehet saivat energiaa päivässä keskimäärin vähän enemmän kuin naiset. Proteiinin osuus kokonaisenergiasta vastasi suositusta ikääntyneille. Hiilihydraattien osuus kokonaisenergiasta oli suositeltua suurempi ja rasvan suositeltua pienempi. Kaikki potilaat saivat ravinnostaan suositeltua vähemmän kuituja. Suurin osa potilaista (61 %) sai suolaa ravinnostaan suositeltua enemmän. Potilaista 39 % sai suolaa suositusten mukaisesti, mutta heistä 73 % sai energiaa ravinnostaan päivässä alle 1400 kilokaloria. Potilaat saivat suolaa päivässä keskimäärin 5,1 g, mikä on hyvin lähellä suositeltua suolan käytön ylärajaa. Ruokien sisältämien nesteiden lisäksi potilaat joivat päivässä noin 0,53–1,29 litraa nesteitä. Potilaista 25 % joi nesteitä suositusten mukaisesti 1–1,5 litraa päivässä. Po-

tilaat joivat päivässä keskimäärin noin 0,88 litraa nesteitä. Taulukossa 5 esitetään potilaiden keskimääräinen toteutunut ravinnonsaanti vuorokaudessa ja taulukossa 6 esitetään potilaiden keskimääräinen ravinnonsaanti potilasta kohti.

Taulukko 5. Potilaiden keskimääräinen ravinnonsaanti vuorokaudessa

	energia, kcal	proteiini, g	rasva, g	hiilihydraatti, g	kuitu, g	suola, g
1	1804	63,7	69,3	225,2	20,5	5,9
2	1788	64	69,5	220,5	19,1	5,5
3	1286	51,5	49,8	151,5	12	4,4
4	1920	77,6	67	247,1	14,9	6,8
5	1620	64,8	51,4	217,9	16,4	5,8
6	972	37,6	32,5	129,2	10,8	3,4
7	1833	66,2	68,8	231	20,7	6,5
8	1533	63,3	54,1	193,7	15,7	5,3
9	1151	39,6	37,9	157,9	12,4	3,8
10	1390	56,6	52,6	168,4	16,5	5,2
11	1496	57,7	57	183,7	19,5	5,2
12	1282	42,2	55,6	149,1	11,9	3,8
13	721	31,2	25,8	321,3	3,3	2,2
14	1812	69,1	69,6	221,1	20,4	6
15	1581	58,5	52,1	210,4	13,3	4,8
16	1725	64,3	56,4	227,9	15,8	5,8
17	1778	59,8	67,1	227,4	19,1	6,1
18	1754	65,1	64,5	221,8	21,4	6,2
19	1417	51,5	54	176,3	17,5	4
20	1371	52,3	41,9	191,2	15,7	4,7
21	1561	58,7	55,5	201	18,2	5,4
22	1320	38,8	56,4	159,5	12,6	4,3
23	1215	43,7	45,6	152	16,6	3,8
24	1439	54,2	54,3	178,4	17,3	5,3
25	1385	51	58,8	158,4	15,5	5,3
26	1958	80,6	69,9	246,9	21,4	6,6
27	1861	65	75,9	223,3	20,2	4,5
28	1947	82,4	70,2	241,7	22,2	6,1

	mies
	nainen

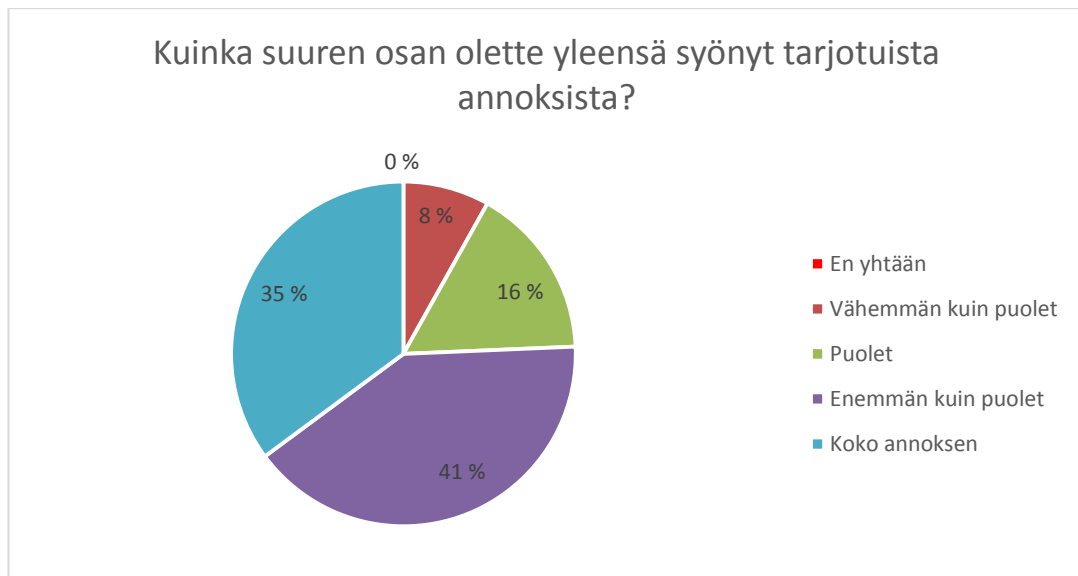
Taulukko 6. Potilaiden keskimääräinen ravinnonsaanti potilasta kohti

ravinnonsaanti /vrk	miehet (N=8)	naiset (N=22)	kaikki (N=28)	suositus
energia (kcal)	1591 kcal	1510 kcal	1533 kcal	
proteiini	58,9 g	57 g	57,5 g	
proteiinin osuus	18 E%	18 E%	18 E%	15-20 E%
hiilihydraatti	203,1 g	200,4 g	201,2 g	
hiilihydraatin osuus	64 E%	64 E%	64 E%	45-60 E%
rasva	57,2 g	56,3 g	56,5 g	
rasvan osuus	18 E%	18 E%	18 E%	25-40 E%
ravintokuitu	16,9 g	16,3 g	16,5 g	25-35 g
suola	5,1 g	5,1 g	5,1 g	5 g enintään
juomat	799,6 ml	916,1 ml	882,8 ml	1-1,5 l

6.3 Ikääntyneiden potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutukseen terveyskeskus-sairaalassa

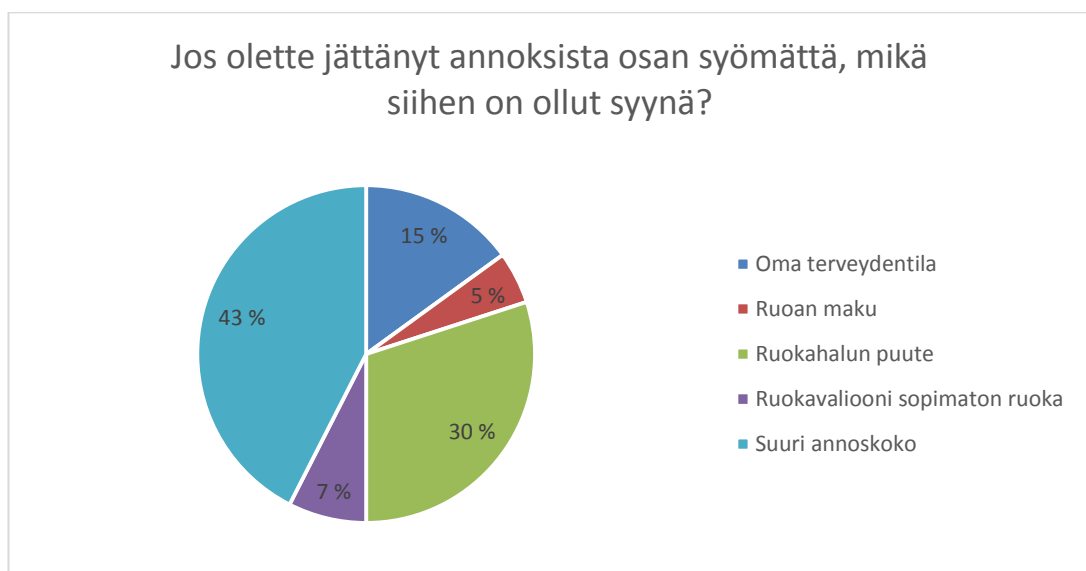
Asiakastyytyväisyyskysely toteutettiin syksyllä 2015 viikoilla 42–45. Asiakastyytyväisyyskyselyyn vastasi 37 osastojen satunnaisesti valikoitua 65–98-vuotiaasta potilasta (N=37). Yksi kyselyyn vastanneista ei ilmoittanut syntymävuottaan. Potilaat olivat keskimäärin 82,8-vuotiaita. Potilaista 83 % oli 80 vuotta täyttäneitä ja 17 % alle 80-vuotiaita. Kaksi vastaajista ei vastannut sukupuolta koskevaan kysymykseen. Sukupuolensa ilmoittaneista 80 % oli naisia ja 20 % miehiä. Potilaat olivat olleet osastolla asiakastyytyväisyyskyselyyn vastatessaan 2–105 päivää. Hoitopäiviä oli ollut keskimäärin 15,4. Potilaista 19 % ei muistanut hoitopäivien määrää tai oli jättänyt vastaamatta hoitopäivien määrää koskevaan kysymykseen.

Kaksi kyselyyn vastanneista potilaista ilmoitti noudattavansa sairaalassa erityisruokavaliota. Toinen potilaista vastasi rajoittavansa vihreiden kasvien syömistä Marevan-lääkityksen vuoksi, mutta muuten ruokavalion olevan normaali. Toinen vastaajista ilmoitti erikoisruokavalionsa syyksi laktoosin ja sokerin. Suurin osa kyselyyn vastanneista potilaista ilmoitti syövänsä tarjotuista ruoka-annoksista yleensä enemmän kuin puolet tai koko annoksen. Neljännes vastanneista potilaista söi tarjotuista annoksista puolet tai vähemmän kuin puolet. Kuviossa 1 esitetään syödyn ruoan osuus tarjotuista annoksista.



Kuvio 1. Syödyn ruoan osuus tarjotuista annoksista asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan

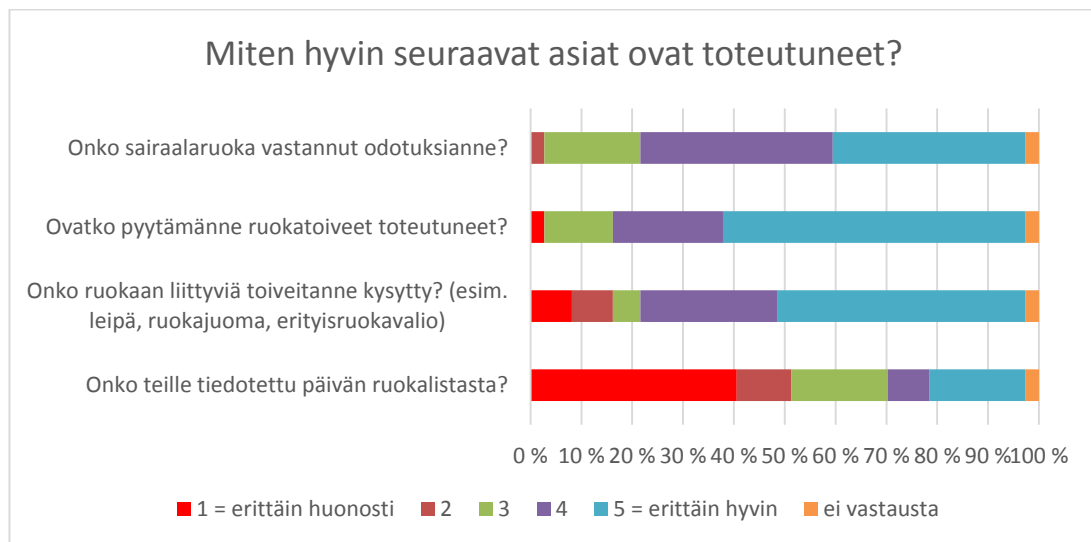
Potilaat nimesivät suuren annoskoon yleisimmäksi syyksi siihen, miksi osa annoksista jäi syömättä. Toiseksi yleisimmäksi syyksi potilaat ilmoittivat ruokahalun puutteen. Kuviossa 2 esitetään syyt ruoka-annosten syömättä jättämiselle.



Kuvio 2. Syyt ruoka-annosten syömättä jättämiselle asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan

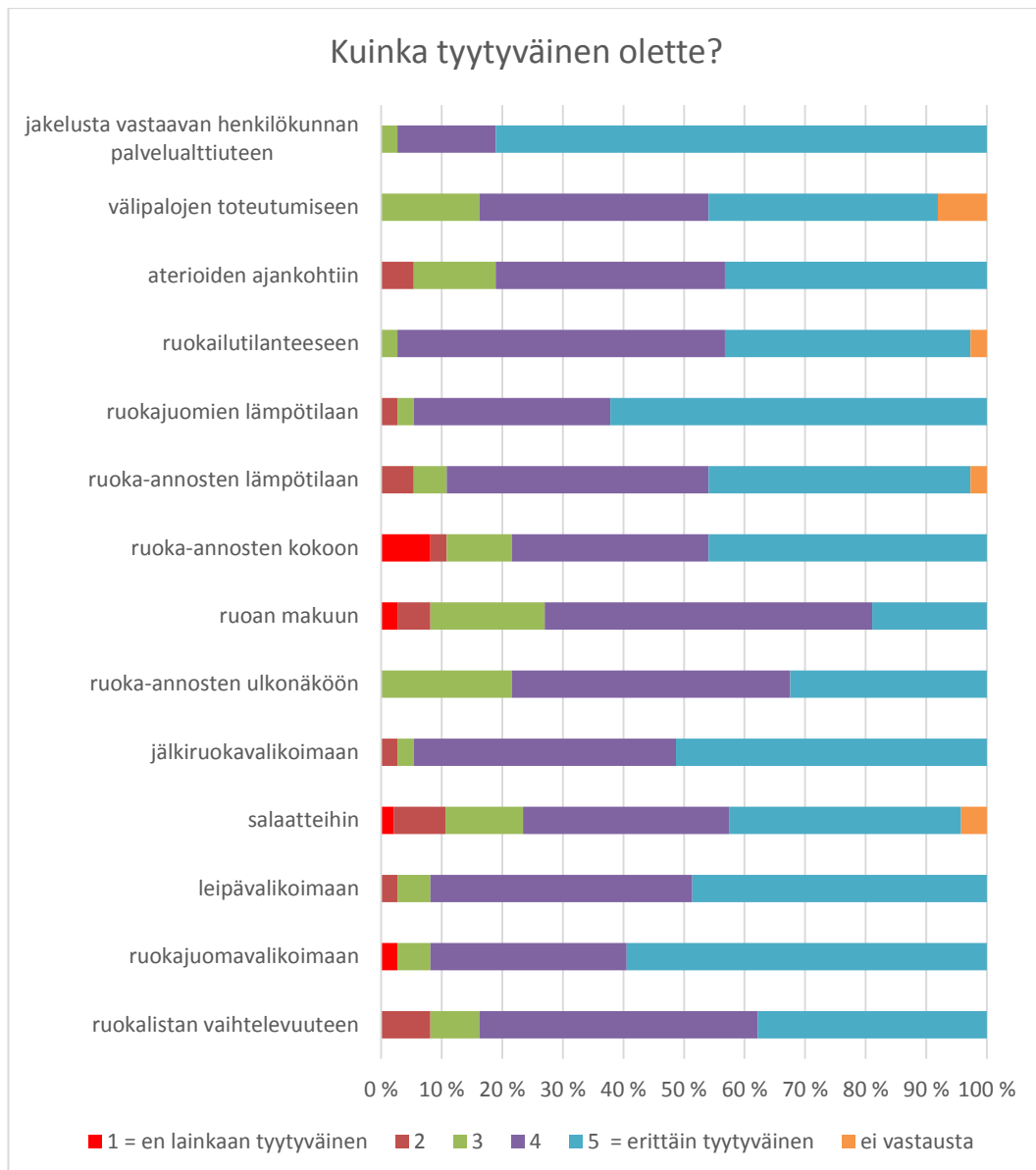
Sairaalaruoka vastasi kysymyksiin vastanneiden potilaiden odotuksia pääosin erittäin hyvin (39 %) ja melko hyvin (39 %). Enemmistö potilaista oli sitä mieltä, että heidän

ruokaan liittyviä toiveitaan oli kysytty. Suurin osa vastaajista koki, että heidän pyytämänsä ruokatoiveet toteutuivat erittäin hyvin (61 %). Suurin osa vastaajista koki, että päivän ruokalistasta tiedotettiin erittäin huonosti (42 %). Potilaista 20 % piti ruokalistasta tiedottamisesta keskinäisenä. Kuviossa 3 esitetään, miten potilaat kokivat heidän toiveensa huomioitavan ruokailun toteutuksessa.



Kuvio 3. Potilaiden toiveiden huomiointi ruokailun toteutuksessa

Asiakastyytyväisyyskyselyssä vastauksia sai täsmentää kirjoittamalla, mihin yksityiskohtaan on ollut tyytymätön. Sairaalaruoka ei vastannut yhden potilaan odotuksia, koska hänen mielestään ruoka oli ollut maistuvampaa, kun hän oli ollut sairaalassa viimeksi. Viisi potilasta oli tyytymättömiä siihen, että ruokalista sijaitsi päiväsalissa. Suurin osa potilaista vastasi ruokailun toteutusta koskeviin kysymyksiin olevansa erittäin tyytyväinen tai melko tyytyväinen. Erityisen tyytyväisiä (81 %) potilaat olivat jakelusta vastaavan henkilökunnan palveluolttiuteen. Kuviossa 4 esitetään potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutuksen osa-alueisiin.



Kuvio 4. Potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutukseen

Potilaille oli mahdollisuus täsmentää vastauksia kertomalla, mihin yksityiskohtaan kyseisessä asiassa on ollut tyytymätön. Vastauksia tarkennettiin leipävalikoiman, salaattien, ruoan maun, ruoka-annosten koon, ruokien ja juomien lämpötilan, aterioiden ajankohdan sekä välipalojen toteutumisen osalta. Kaikki 13 vastaajaa, jotka perustelivat tyytymättömyyttään ruoka-annosten kokoon, olivat sitä mieltä, että ruoka-annokset olivat liian isoja. Seitsemän potilasta oli sitä mieltä, että ruoassa oli liian vähän suolaa. Yhden potilaan mielestä ruoka oli välillä liian maustettua ja yhden potilaan mielestä erikoisen makuista. Yhden potilaan mielestä ruoassa oli liian vähän mausteita ja lihakeiton liha oli raakaa.

Viiden potilaan mielestä ruokaa tarjottiin liian usein, kun taas yksi olisi halunnut välipaloja enemmän ja useammin. Päiväkahvin tarjoiluajankohtaa olisi yhden potilaan mielestä voinut siirtää vähän myöhemmäksi. Ruuan lämpötila aiheutti tyytymättömyyttä. Kuuden vastaajan mielestä ruoka oli liian kylmää tai viileää ja yhden mielestä se oli joskus liian kuumaa. Yksi haastatelluista piti ruokajuomien lämpötilaa osin sopimattomana. Kahvi oli hänen mielestään välillä kuumaa, mutta maidon lämpötila oli sopiva. Ruoan laadusta salaateista saatiin eniten mielipiteitä. Kaksi vastaajista ei voinut syödä lainkaan tuoresalaatteja, kolme ei pitänyt salaateista ja yksi piti salaateista vain, jos niissä oli hedelmiä ja salaateinkastiketta. Yhden potilaan toiveena oli ruisleivän saaminen leipävalikoimaan.

Kyselyn lopussa potilaille annettiin mahdollisuus antaa vapaata palautetta sairaala-ruokailusta henkilökunnalle. Suurin osa potilaiden (n=11) antamasta avoimesta palautteesta henkilökunnalle oli positiivista. Yhdeksän vastaajista kiitti henkilökuntaa tai antoi palautetta hyvästä palvelusta tai ruoasta. Kaksi potilasta antoi palautetta koskien ruokien lämpötilaa. Toinen potilaista toivoi kuumempaa ruokaa ja toinen potilaista toivoi, että ruoka ei olisi liian kuumaa eikä mausteista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää ruokailun ja ravitsemuksen kehittämisessä terveystieteiden osastoilla. Tutkimuksessa saatiin kerättyä kattava aineisto ja tuloksia voidaan tarvittaessa hyödyntää terveystieteiden osastossa ruokailun suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tutkimustulokset vastasivat suurelta osin tuloksia aikaisemmista tutkimuksista, joissa on selvitetty ikääntyneiden toteutunutta ravitsemusta.

7.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää vastaako Steniuksen tuotantokeittiön ruoka ikääntyneiden ravitsemussuosituksia. Tulosten mukaan Steniuk-

sen tuotantokeittiön ruoka vastasi ravitsemussuosituksia suurelta osin, jos potilaat söivät tarjotut annokset kokonaan. Potilaille tarjottiin suositusten mukaiset ateriat ja välipalaa lukuun ottamatta lähes jokaiseen ateriaan sisältyi kasviksia, hedelmiä tai marjoja jossain muodossa. Kalaruokia tarjottiin suositusten mukaisesti. Proteiinia ja ravintokuitua ruokalistan mukaisesta ravinnosta sai liian vähän. Proteiinin saanti jäi alle ikääntyneiden ravitsemussuosituksien, mutta vastasi suositusta alle 65-vuotiaille aikuisille.

Rasvan ja hiilihydraattien saantisuosituksissa laadulla on enemmän merkitystä kuin määrällä. Ruokalistojen mukaan rasvan ja hiilihydraattien osuus energiansaannista oli suositusten mukaista, mutta ruoan valmistuksessa käytetyn rasvan laatu jäi tutkimusaineistosta saaduista tiedoista epäselväksi. Ravintokuitua tutkimusviikkojen ruoasta sai hieman suositeltua vähemmän, mutta ei merkittävästi liian vähän. Suolaa ja suolan sisältämää natriumia sai ruokalistan mukaisesta ravinnosta suositeltua enemmän. Tulokset rasvan ja kuidun saannista ovat hyvin samankaltaisia kuin Finravinto 2012-tutkimuksessa saadut tulokset. Molempien tutkimusten tulosten mukaan ikääntyneet saivat ravinnostaan natriumia suositeltua enemmän.

Rautaa ruokalistan mukaisesta ravinnosta sai suositeltua vähemmän, mutta suositukseen nähden ei merkittävästi liian vähän. Monia vitamiineja ruokalistan mukaisesta ravinnosta sai riittävästi. D-vitamiinia sai suositusta vähemmän, mutta sen saanti ruokalistasta ei ole suoraan vertailukelpoinen ravitsemussuositukseseen, koska ikääntyneille suositellaan D-vitamiinilisä. Finravinto-tutkimuksen tulosten mukaan ikääntyneet saivat enemmän rautaa ja D-vitamiinia ravinnostaan kuin tässä tutkimuksessa, mutta tuotantokeittiön ruokien ravintosisällössä ei huomioida potilailla mahdollisesti käytössä olevia lisä.

Pääatalo (2007) on saanut samansuuntaisia tuloksia sairaalaruoan sisällöstä ja ikääntyneiden ravitsemuksesta opinnäytetyössään kuin tässä tutkimuksessa selvittäessään Rantsilan kunnan keskuskeittiön ruokalistan ravitsemuksellisen sisällön ja vuodeosaston ikääntyneiden potilaiden ravinnonsaannin. Grönman (2013) sai opinnäytetyössään vastaavia tuloksia ikääntyneiden proteiinsaannista kuin tässä tutkimuksessa saatiin.

Toisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää, toteutuuko ikääntyneiden potilaiden ravinnonsaanti terveystieteiden sairaalassa ravitsemussuosituksen mukaisesti. Tutkimustulosten mukaan potilaiden oli mahdollista saavuttaa ravitsemussuositukset monelta osin, jos he söivät kaikki ruokalistan mukaan tarjotut ruoat. Keskimääräisen toteutuneen ravinnonsaannin perusteella voidaan todeta, että ravitsemussuositukset toteutuivat osittain, mutta puutteitakin ilmeni. Potilaiden välisessä ravinnonsaannissa oli eroja.

Tulosten mukaan potilaat saivat päivässä ravinnostaan energiaa 721–1958 kcal. Suurin osa potilaista (64 %) sai ravinnostaan energiaa yli 1400 kcal, mutta 36 % potilaista sai energiaa alle 1400 kcal, mikä on vähemmän kuin pienen annoskoon mukainen energiansaanti päivässä. Neljä potilasta sai ravinnostaan erittäin niukasti energiaa, mutta heistä vain yhdellä oli käytössään täydennysravintovalmiste. Niukkimmin energiaa (721 kcal) päivässä keskimäärin saaneen potilaan tietoihin oli kirjattu potilaan syövän melko paljon suklaata, mutta potilaan ruoka- ja juomakirjanpitolomakkeisiin ei oltu kertaakaan tutkimuspäivien aikana kirjattu hänen syöneen suklaata. Joidenkin potilaiden energiansaanti on saattanut olla aineistosta saatuja tietoja suurempi, jos potilaat ovat syöneet aterioiden välillä pieniä välipaloja, kun hoitajat eivät ole olleet paikalla seuraamassa ruokailua.

Useimpien ravintoaineiden saanti on todennäköisesti turvattu, kun päivittäinen energiansaanti on vähintään 1500 kcal ja ruokavalion laatu on hyvä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010b, 14). Tulosten mukaan potilaiden keskimääräinen energiansaanti päivässä oli 1533 kcal, mikä on vähemmän kuin heille keskimäärin ruokalistan mukaan tarjottiin. Tarjotusta ruoasta oli mahdollista saada monia ravintoaineita suositusten mukaisesti. Osa ikääntyneistä sai ravinnostaan todennäköisesti liian vähän energiaa. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Pääntalon (2007) ja Grönmanin (2013) opinnäytetöissään saamat tulokset.

Terveystieteiden sairaalan toteutuneen ruokailun mukaan miehet saivat energiaa päivässä keskimäärin vähän enemmän kuin naiset. Finravinto 2012-tutkimusten tulosten mukaan ikääntyneet saivat keskimäärin energiaa enemmän ja energiansaannissa oli huomattavasti enemmän eroa sukupuolten välillä. Terveystieteiden sairaalan ikääntyneiden potilaiden energiankulutus on saattanut olla pienempi, koska sairaalahoidossa

oleva vajaakuntoinen henkilö todennäköisesti liikkuu vähemmän, jolloin energiantarvekin on pienempi.

Potilaiden käyttämän leipärasvan ja ruoan valmistuksessa käytetyn rasvan laatu jäi käytettävissä olevasta tutkimusaineistosta epäselväksi, joten rasvojen osalta tutkimuksessa saatiin tietoa ainoastaan niiden määrästä. Rasvan osuus kokonaisenergiasta oli suositeltua pienempi ja hiilihydraattien osuus suositeltua suurempi. Potilaat ovat saattaneet saada toteutuneesta ruokavaliostaan määrällisesti enemmän rasvaa, jos he ovat käyttäneet rasvaisempia maitotuotteita kuin ruokalistan mukaan käytettiin. Proteiinin saannista saatiin hyviä tuloksia. Proteiinin osuus ravinnosta oli ruokailun seurannan tulosten mukaan suositusten mukaista, vaikka ruokalistojen mukaan proteiinia saatiin hieman liian vähän.

Tulosten mukaan kaikki potilaat saivat ravintokuitua suositeltua vähemmän. Potilaat saivat ravintokuitua toteutuneen ruokailun mukaan vähemmän kuin ruokalistan mukaan, koska he eivät syöneet kaikkea tarjottua ruokaa. Potilaat söivät vähemmän leipää kuin heille ruokalistan mukaan tarjottiin. Esimerkiksi aamupalalla tarjottiin sekä leipää että puuroa, mutta potilaat söivät usein joko leivän tai puuroa. Lämpimien aterioiden yhteydessä ei välttämättä syöty salaattia tai leipää, vaikka sitä olisi ollut tarjolla. On huomioitavaa, että 29 % potilaista söi kasviksia ainoastaan kypsennettynä. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että potilaat söivät päivittäin kasviksia ja viljatuotteita, mutta eivät välttämättä riittävästi. Hiltunen ja Luukkonen (2006) ovat saaneet opinnäytetyössään vastaavia tuloksia viljatuotteiden käytöstä ja Finravintotutkimus (2012) kasvien ja viljatuotteiden käytöstä.

Aterioista jätettiin usein osa syömättä ja iltapalalla syötiin usein ainoastaan velliä tai jogurttia. Välipala tai iltapala saatettiin jättää myös kokonaan syömättä. Monissa lomakkeissa tiedot välipalasta tai iltapalasta oli jätetty täyttämättä, mikä viittasi siihen, että aterioita jätettiin väliin. Tulosten mukaan suurin osa potilaista söi iltapalan ja välipalan kuten Finravinto-tutkimukseen (2012) osallistuneet ikääntyneetkin. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että yöpaasto oli liian pitkä niillä potilailla, jotka eivät syöneet iltapalaa. Yöpaaston pituus saattoi olla muillakin potilailla liian pitkä, jos he eivät syöneet myöhäisiltapalaa. Tulokset yöpaastosta ovat

vastaavia kuin Valviran ja aluehallintovirastojen (2011) tutkimuksessa ja Rajavan (2014) opinnäytetyössä.

Leppimäen (2015) toteuttamien ravitsemustilan arviointien perusteella suurin osa osastojen T1 ja T2 potilaista oli vajaaravitsemusriskissä tai vajaaravittuja. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat Leppimäen toteuttamia ravitsemustilan arviointeja. Joidenkin potilaiden ravinnonsaanti oli huomattavasti tulosten keskiarvoja heikompi ja tulosten perusteella voidaan päätellä, että osa potilasta sai ravinnostaan erittäin niukasti energiaa ja ravintoaineita, minkä seurauksena heidän ravitsemustilansa saattoi olla heikentynyt. Järvinen ja Seppänen (2010) saivat samansuuntaisia tuloksia opinnäytetyössään selvittäessään pitkäaikaispotilaiden ravitsemustilaa.

Steniuksen tuotantokeittiössä huomioitiin Leppimäen (2015) ikääntyneille potilaille toteuttamien ravitsemustilan arviointien tulokset ja yhteistyönä tehostettua ravitsemusta alettiin kehittää, mikä osoittaa, että terveyskeskussairaalassa ruokailua kehitetään potilaiden tarpeiden vaatimalla tavalla. Tehostettua ruokavaliota ei oltu otettu käyttöön vielä, kun tämä tutkimus toteutettiin, joten sen vaikutukset eivät näy tutkimustuloksissa.

Tulosten mukaan neljännes potilaista joi nesteitä suositusten mukaisesti, mutta keskimäärin nesteitä juotiin suositeltua vähemmän. Ruokien sisältämät nesteet eivät sisälly nesteidensaantisuositukseen. Tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellessa on syytä huomioida, että terveyskeskussairaalan potilaat söivät paljon nestepitoisia ruokia kuten keittoa, kiisseliä, velliä ja jogurttia, joista saatiin nesteitä. Kaikkia potilaiden juomia nesteitä ei välttämättä kirjattu lomakkeisiin, jos potilaat joivat aterioiden välillä, kun ruokailua ei seurattu.

Ruokailun seurannan tulosten mukaan suurin osa potilaista sai suolaa suositeltua enemmän. Suurin osa niistä potilaista, jotka saivat suolaa suositusten mukaisesti, sai päivittäisestä ravinnostaan niukasti energiaa. Johtopäätöksenä tästä voidaan todeta, että on haasteellista toteuttaa terveellistä ruokavaliota, joka sisältäisi samalla suositusten mukaisesti suolaa. Moni ruoka-aine sisältää pieniä määriä suolaa. Kun syö ruoka-aineita suositusten mukaisen määrän, saattaa saada suolaa suositeltua enemmän, vaikka ruoan valmistuksessa ei käytettäisi suolaa.

Kolmannen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää, ovatko terveystieteiden sairaalan ikääntyneet potilaat tyytyväisiä ruokailun toteutukseen. Asiakastyytyväisyyskyselyllä kerätty aineisto täydensi ruokailun seurannalla kerättyä aineistoa. Potilaat saivat kertoa oman mielipiteensä ruokailun toteutuksesta ja tutkimukseen saatiin perusteluja esimerkiksi siitä, miksi potilaat eivät syöneet kaikkea tarjottua ruokaa. Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset olivat suurimmaksi osaksi positiivisia. Sairaala-ruoka vastasi suurelta osin potilaiden odotuksia ja tarjottuun ruokaan oltiin enimmäkseen tyytyväisiä. Erityisen tyytyväisiä potilaat olivat palvelusta vastaavan henkilökunnan palvelualltiuteen. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että henkilökunta on asiakaspalvelutaitoista ja, että potilaat ovat tyytyväisiä henkilökunnan työskentelytapaan.

Tyytymättömmimpiä potilaat olivat siihen, että he eivät olleet saaneet tietoa päivän ruokalistasta. Suuri osa potilaista koki, että heille ei oltu tiedotettu päivän ruokalistasta. Ruokalistat olivat nähtävissä osastojen päiväsaaleissa, mutta kaikki potilaat eivät niitä olleet lukeneet. Tulosten mukaan potilaat eivät jääneet nälkäisiksi ruokailujen jälkeen. Suurin osa potilaista arvioi syövänsä tarjotuista ruoka-annoksista yleensä enemmän kuin puolet ja reilu kolmannes potilaista ilmoitti syövänsä yleensä koko annoksen. Suuri annoskoko nimettiin yleisimmäksi syyksi siihen, että osa tarjotusta ateriasta jäi syömättä. Osa potilaista koki, että aterioita tarjottiin liian usein. Tutkimustulosten mukaan kaikki potilaat eivät olleet tyytyväisiä ruokien lämpötilaan. Suurin osa lämpötilaan tyytymättömistä potilaista ei pitänyt ruokaa riittävän lämpimänä.

Tulosten mukaan osa potilaista koki ruoassa olevan liian vähän suolaa. Ruoan maku (5 %) oli vähiten vaikuttava syy siihen, että kaikkea tarjottua ruokaa ei syöty. Jos potilas on tottunut voimakassuolaiseen ruokavalioon, tottumus ei lyhyen sairaalajakson aikana välttämättä muutu. Kaikille potilaille tarjottavaan ruokaan ei ravitsemussuosituksia huomioiden voida lisätä suolaa. Ravitsemushoitosuosituksen mukaan ikääntyneen ravitsemusta ja ravitsemustilaa voidaan edistää tarjoamalla mahdollisuus maustaa ruokaa mieltymyksen mukaiseksi esimerkiksi suolalla, yrttimausteilla tai sokerilla (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010a, 158). Tutkimustuloksista ei käynyt ilmi, oliko potilailla mahdollisuus lisätä ruokaan mausteita halutessaan.

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Hiltunen & Luukkonen 2006; Ripatti & Trogen 2014) on saatu vastaavia tuloksia potilaiden kokemasta tyytyväisyydestä annoskokoihin, ruokien lämpötiloihin ja makuun sekä ruokalistasta tiedottamiseen ja hoitajien toimintaan ruokailussa. Kallion (2014) opinnäytetyönään toteuttaman asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset vastaavat monelta osin tämän opinnäytetyön tuloksia, mutta tämän opinnäytetyön tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisempiä ruoan makuun ja jälkiruokavalikoimaan kuin Kallion tutkimuksessa.

Potilaiden keskimääräinen hoitoaika osastoilla T1 ja T2 on kaksi viikkoa. Sairaala-henkilökunta vastaa potilaan hoidosta ja voi vaikuttaa käytännössä hänen toteutuneeseen ravitsemukseensa sairaalassaoloaikana. On huomioitavaa, että monen potilaan ravitsemustila on ollut huono jo ennen osastohoitoa ja sairaana ruokahalu on usein tavallista huonompi. Vastuu ikääntyneen ravitsemuksesta on pääasiassa siellä, missä hän asuu ja niillä tahoilla, jotka tekevät hänen ravitsemukseensa liittyvät päätökset arjessa. Ikääntynyt ihminen voi tehdä itse ravitsemustaan koskevia valintoja, jos on terveydentilaltaan siihen kykenevä. Ihmisen omaa tahtoa ja mieltymyksiä ei voida jättää huomioimatta. Yhtenä haasteena ikääntyneiden hoitotyössä ovat muistisairaudet. Muistisairauden ollessa sellaisella tasolla, että ihminen ei kykene itse päättämään asioistaan, on vastuu ruokailusta ja ruoan sisällöstä kokonaan hoitohenkilökunnalla ja ruokapalvelulla.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Lainsäädäntö ja eettiset ohjeet ohjaavat tutkimusta. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien on oltava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Ennen tutkimuksen toteutusta laaditaan tutkimussuunnitelma ja haetaan tutkimuslupa. (Hirsjärvi ym. 2013, 23; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214, 218, 221, 222; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2016.) Opinnäytetyöstä tehtiin sopimus ja ennen tutkimuksen toteuttamista laadittiin asianmukaisesti tutkimussuunnitelma ja haettiin tutkimuslupa.

Tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on tutkimuksen hyödyllisyys. Tutkittavan asian on oltava tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimusaihe ja tutkimusongelmat eivät saa loukata ketään tai sisältää väheksyviä oletuksia potilas- tai ihmisryhmistä. Tutkimuksen suunnittelussa on huomioitava, miten tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää tutkittavana olevan asian tai tutkittavien tilanteen parantamiseksi. Tutkimuksessa käytettävän lähdemateriaalin luotettavuutta on arvioitava kriittisesti. Lähdekritiikkiin sisältyy oleellisesti lähteen aitouden selvittäminen. Lähdemateriaalin luotettavuuden arvioinnissa on lisäksi kiinnitettävä huomiota lähteen riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen. (Hallamaa ym. 2006, 141; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 366, 368; Mäkinen 2006, 128.) Kohdeorganisaatio esitti aiheita opinnäytetyölle, joten tämän tutkimuksen lähtökohtana on tutkimuksen tarve ja sen hyödyllisyys. Tutkimuksella pyrittiin tuottamaan tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaiden ravitsemuksen ja ruokailun kehittämisessä.

Tutkimukseen osallistumisen lähtökohtana on itsemääräämisoikeus. Tutkittavalta tulee pyytää suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Jos tutkimukseen osallistuva aikuinen ei pysty antamaan tietoista suostumustaan tutkimukseen, on se pyydettävä hänen omaiseltaan tai edunvalvojaltaan. Jokaiselle tutkittavalle on kerrottava riittävän tarkasti tutkimuksesta ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkittavan yksityisyys on turvattava ja tutkimustietoja ei luovuteta tutkimusprosessin ulkopuolisille. Tutkimuksen raportoinnissa on huomioitava tulosten luotettavuus sekä mahdolliset seuraukset haastateltaville ja heitä koskeville ryhmille. Tutkimustulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä tulee tarkastella kriittisesti. Tutkimustuloksia ei saa keksiä tai kaunistella. Raportoinnin on oltava selkeää ja tutkimuksen mahdolliset puutteetkin on tuotava julki. (Hallamaa ym. 2006, 141; Hirsjärvi ym. 2013, 25-26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214, 218, 221, 222; Mäkinen 2006, 102.)

Ennen tutkimuksen toteuttamista opinnäytetyöntekijä kävi henkilökohtaisesti kertomassa tutkimuksesta osastojen hoitajille. Potilaille ja hoitajille laadittiin saatekirjeet tutkimukseen, jotta he saisivat riittävästi tietoa tutkimuksesta. Hoitajille laadittiin lisäksi kirjallinen ohje tutkimuksen toteutuksesta ja heidän saatekirjeessään oli opinnäytetyöntekijän yhteystiedot, jotta heillä oli mahdollisuus ottaa yhteyttä opinnäytetyöntekijään lisätietojen saamiseksi. Potilaille kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja heidän suostumuksensa osallistumiseen varmistettiin. Hoi-

tajia ohjeistettiin kysymään suostumus potilaan omaiselta, jos potilas ei itse ollut kykenevä päättämään omista asioistaan. Tutkimuksessa turvattiin potilaiden yksityisyys. Tutkimusaineistoa ei luovutettu tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille ja täytetyt tutkimuslomakkeet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen. Opinnäytetyössä lähdemateriaalia ja tuloksia tarkasteltiin kriittisesti. Opinnäytetyössä pyrittiin selkeään raportointiin ja raportissa tutkimustulokset esitetään sellaisena kuin ne ovat.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla eli pätevyydellä ilmaistaan, miten hyvin tutkimuksessa on mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla eli luotettavuudella viitataan tulosten pysyvyyteen. Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida sekä mittaamisen että tulosten luotettavuuden kannalta. Mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia voidaan arvioida esimerkiksi mittaamalla samalla mittarilla tutkimusilmiötä eri aineistossa. Tutkimuksessa suositellaan käytettäväksi olemassa olevia, testattuja ja standardoituja mittareita, jos ne ovat tutkimukseen sopivia. Tutkimustyyppistä riippumatta on arvioitava tutkittavien edustavuutta. Tutkimukseen osallistujien on edustettava riittävästi tutkimuksen tarkoitusta. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189-190, 195-196.)

Opinnäytetyön teoriaosuus kirjoitettiin lähes valmiiksi ennen tutkimuksen toteuttamista, koska opinnäytetyöntekijä halusi perehtyä tutkittavaan aiheeseen etukäteen. Tutkimuksessa käytettiin valmiita esitettuja lomakkeita, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Ruokalistojen ravintosisällöt laskettiin tarkoitukseen sopivalla luotettavalla ohjelmalla. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisempien ikäänntyneiden ravitsemusta tutkineiden tutkimusten tulokset, mikä osoittaa, että tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat toimivia. Tutkimuksen aineisto oli riittävän suuri, jotta tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen kohteena oleviin terveyskeskussairaalan osastojen ikäänntyneisiin potilaisiin.

Ruoka- ja juomakirjanpitolomakkeissa oli useita täyttämättä jätettyjä aiterioita, joissa ei ilmoitettu syytä täyttämättä jättämiselle. Lomakkeissa oli valmis vastausvaihtoehto-

to, jossa ilmoitetaan, jos potilas ei ole syönyt aterialla mitään. Puutteellisesti täytettyjen aterioiden vuoksi kerättyä aineistoa piti karsia, jotta tulokset olisivat luotettavia. Koska kaikkien potilaiden ruokailusta aineistoa ei saatu kerättyä viikon ajalta, laskettiin jokaisen potilaan keskimääräinen ravinnonsaanti päivässä, jotta tulokset olisivat vertailukelpoisia.

Terveyskeskussairaalassa potilaille tarjottiin jälkiruoka lounaan ja päivällisen yhteydessä. Ruoka- ja juomakirjanpitolomakkeessa on valmis vaihtoehto jälkiruoasta ainoastaan päivällisen kohdalla. Lounaalla syöty jälkiruoka tuli kirjoittaa lomakkeeseen itse. Moneen lomakkeeseen jälkiruoka oli kirjattu, mutta monesta lomakkeesta merkintä puuttui, jolloin oletuksena on, että potilas ei syönyt jälkiruokaa. Tutkimusaineistosta selvisi, että suurin osa potilaista söi jälkiruokaa päivällisellä ja jälkiruokannos syötiin yleensä kokonaan. On mahdollista, että kaikkia lounaalla syötyjä jälkiruokia ei merkitty lomakkeisiin.

Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2013, 233). Tutkimuksessa käytetyssä asiakastyytyväisyyskyselylomakkeessa on valmiita vastausvaihtoehtoja, joiden valintaa saa tarkentaa kirjoittamalla vastausvaihtoehdon viereen vapaasti, mihin yksityiskohtaan kyseessä olevassa asiassa on tyytymätön. Monivalintakysymykset mahdollistavat osallistujien vastaamisen kysymyksiin niin, että vastauksia voidaan vertailla. Avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin ja ne auttavat annettujen poikkeavien vastausten tulkinnessa. (Hirsjärvi ym. 2013, 201.)

Asiakastyytyväisyyskyselyn aineisto oli suunniteltu kerättäväksi 40 potilaasta, mutta tutkimuksen päätyttyä lomakkeita palautui opinnäytetyöntekijälle analysoitavaksi 37 kappaletta. Aineisto jäi hieman suunniteltua pienemmäksi, mutta kolmen lomakkeen puuttumisella ei luotettavuuden näkökulmasta todennäköisesti ole merkitystä. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista täytti lomakkeen hoitajan tai opinnäytetyöntekijän avustamana, mikä on voinut vaikuttaa siihen, että kysymyksiin ei uskallettu vastata täysin rehellisesti. Osalla tutkimukseen osallistuneista potilaista oli jonkinasteinen muistisairaus, mikä on voinut vaikuttaa joidenkin vastausten todenperäisyyteen. Asiakastyytyväisyyskyselyllä pyrittiin saamaan tietoa potilaiden mielipiteistä ja kokemuksista, joten kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai vääriä vastauksia.

7.4 Oman ammatillisuuden kehittyminen

Halusin toteuttaa tutkimuksen, joka olisi hyödyllinen, joten valitsin työlleni aiheen, jota organisaatio oli ehdottanut. Ikääntyneiden hoitotyö on kiinnostanut minua opintojeni alusta asti. Ravitsemus vaikuttaa merkittävästi ikääntyneen hyvinvointiin, joten hyvästä ravitsemuksesta huolehtiminen on oleellinen osa ikääntyneiden hoitotyötä. Perehdyin opinnäytetyötä tehdessäni ikääntyneiden ravitsemukseen ja ravitsemussuosituksiin, mistä on hyötyä tulevassa työelämässä. Kiinnostava ja tarpeellinen aihe motivoi huolelliseen työskentelyyn.

Opinnäytetyö on toteutettu joustavalla aikataululla opintojeni ohella. Sen tekeminen on vienyt paljon aikaa, joten olen oppinut pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä. Ikääntyneiden ravitsemuksesta löytyy paljon tietoa ja aiheeseen liittyviä tutkimuksia on tehty runsaasti. Tiedonhakutaitoni ovat kehittyneet opinnäytetyötä tehdessäni ja olen oppinut hakemaan tietoa luotettavista lähteistä. Sain ohjaavalta opettajalta ohjausta opinnäytetyön kaikissa vaiheissa ja hyödynsin saamaani palautetta kehittääkseni työtäni. Aineiston analyysiin sain ohjausta toiselta opettajalta, jolla on erityisosaamista tilastollisten menetelmien käyttämisestä. Pidin opinnäytetyöpäiväkirjaa koko opinnäytetyöprosessin ajan ja kirjoitin ylös kaikkien opinnäytetyöhön liittyvien tapaamisten ja seminaarien ajankohdat sekä niissä sovitut asiat, jotta tärkeät asiat eivät olisi pelkästään muistin varassa.

Halusin tutkimukseen sekä potilaiden että hoitajien näkökulman, joten ruokailun seurannan lisäksi tutkimuksessa selvitettiin potilaiden tyytyväisyys ruokailun toteutukseen. Tutkimusaineisto ilmeni analysointivaiheessa laajaksi. Halusin toteuttaa tutkimuksen sellaisenaan, koska kaikki tarvittavat valmistelut oli tehty ja opinnäytetyöstä oli tehty sopimus. Ruokailun seuranta olisi voitu toteuttaa pienemmälle ryhmälle potilaita tai seuranta-aika olisi voinut olla lyhempi. Hoitajilla olisi ollut enemmän aikaa täyttää kaikki lomakkeet huolellisesti, jos aineistoa ei yhden viikon aikana olisi tarvinnut kerätä monesta potilaasta. Aineiston analysointi olisi ollut helpompaa, jos lomakkeet olisi täytetty kaikilta osin. Vaikka opinnäytetyön tekeminen ei edennytkään aina suunnitelmien mukaisesti, opinnäytetyöprosessi oli opettavainen kokemus, joka kehitti ammatillista osaamistani.

7.5 Kehittämisehdotukset

Tutkimuksen tulosten mukaan ruokailun suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi jatkossa kiinnittää huomiota erityisesti riittävään kuitujen saantiin. Potilaiden rasvan saannin osuuden jäädessä suositeltua pienemmäksi, tulisi ruokavaliota tarvittaessa tehostaa välttämättömien rasvahappojen riittävän saannin turvaamiseksi. Iltapalan toteutukseen tulisi jatkossa kiinnittää huomioita, koska yöpaaston pituus jäi huomattavan pitkäksi niillä potilailla, jotka eivät syöneet iltapalaa. Iltapalan tarjoiluajankohtaa voisi siirtää myöhäisemmäksi tai kaikille potilaille voisi tarjota mahdollisuutta syödä myöhäisiltapala.

Asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten perusteella ruokailusta vastaava henkilökunta voisi selvittää, pääseekö ruoka jäähtymään liikaa jossain vaiheessa ketjua ja onko ruoka riittävän lämmintä tarjoiluvaiheessa. Ruokalistasta tiedottamista voidaan parantaa tiedottamalla siitä suullisesti ainakin niitä potilaita, jotka eivät omatoimisesti pääse liikkumaan ja/tai sairautensa vuoksi ruokailevat huoneessaan.

Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna potilaalle tilattavien aterioiden annoskoko voidaan pienentää, jos huomataan, että aterioista jää aina ruokaa syömättä. Potilaan ravitsemustilan ollessa huono, tulisi riittävä ravintoaineiden saanti turvata tehostamalla ravitsemusta. Potilaille voitaisiin tarvittaessa antaa suolaa tai muita mausteita valmiin ruoan lisämaustamiseksi, jotta ruoka vastaisi mieltymyksiä ja maistuisi paremmin.

7.6 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää potilaiden toteutunut ravinnonsaanti terveyskeskussairaalan osastoilla sen jälkeen, kun tehostettu ravitsemus on otettu käyttöön huhtikuussa 2016. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voitaisiin verrata tässä tutkimuksessa kerättyihin tietoihin potilaiden toteutuneesta ravinnonsaannista ja selvittää, miten tehostettu ravitsemus on vaikuttanut potilaiden ravinnonsaantiin.

Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää, miten ikääntyneiden ravitseminen toteutuu kotihoidossa, koska tutkittua tietoa siitä on vähän. Ruokailun seuranta voitaisiin toteuttaa sellaisille kotihoidon asiakkaille, jotka käyttävät ruokapalvelua ja joiden ruokailun toteutumiseen hoitajat osallistuvat.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa, kun toteutetaan vastaavia tutkimuksia, joissa selvitetään, miten ikääntyneiden ravitseminen toteutuu. Tutkimustuloksia voidaan verrata tämän opinnäytetyön tuloksiin.

LÄHTEET

- Ahmed, T. & Haboubi, N. 2010. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. Viitattu 15.1.2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920201/#b89-cia-5-207>
- Aldén-Nieminen, H., Laitalainen, E., Männistö, S., Prättälä, R., Raulio, S. & Suominen, M. 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi. Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.10.2014.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79979/5572b601-e49d-4196-aeaf-22b5b968a7eb.pdf?sequence=1>
- Aro, A. 2013. Ravintoaineet. Viitattu 3.6.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00001
- Bischoff-Ferrari, H., Dawson-Hughes, B., Egli, A., Henschowski, J., Kiel, D., Orav, J., Staehelin, H., Stuck, A., Theiler, R. & Wong, J. 2009. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomized controlled trials. Viitattu 14.1.2016. <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3692.full.pdf+html>
- Grönman, S. 2013. Laitoshoidossa olevan ikääntyneen ravitseminen eräässä Varsinais-Suomessa sijaitsevassa hoitokodissa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.12.2015.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/71947/saara_gronman.pdf.pdf?sequence=1
- Hakala, P. 2012. Ikääntyneiden ravitseminen. Viitattu 7.1.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086
- Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Heath, H. & Sturdy, D. 2009. Nutrition and older people. Nutrition essential guide. Department of Health: RCN Publishing Company. Viitattu 5.1.2016.
<http://journals.rcni.com/userimages/ContentEditor/1373368440289/Nutrition-and-older-people.pdf>
- Helldán, A., Kosola, M., Ovaskainen, M.-L., Raulio, S., Tapanainen, H. 2013. Finravinto 2012 -tutkimus. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Hiltunen, H. & Luukkonen, T. 2006. Ikääntyneen potilaan ravitseminen ja siihen vaikuttavien tekijöiden kartoitus akuuttiosastolla. AMK-opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Viitattu 15.12.2015.
http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6760/stadia_1163272945_3.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. uud. p. Helsinki: Tammi.

Järvinen, J. & Seppänen, T. 2010. Pitkäaikaispotilaiden ravitsemustila terveyskeskuksen vuodeosastolla. AMK-opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.12.2015. <http://www.theseus.fi/handle/10024/16353>

Kallio, T. 2014. Ruokapalveluiden asiakastyytyväisyyden mittaaminen. Case: Mikkelin terveyskeskus ja Moisio sairaala. AMK-opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.1. 2016.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/71358/Kallio_Tytti.pdf?sequence=1

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kehitysvamma-alan verkkopalvelu Vernerin www-sivut. 2014. Viitattu 20.10.2014. <http://verneri.net/yleis/>

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveysthuollon laatuopas. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 27.1.2016. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Kortesuo, K. & Löytänä, J. 2011. Asiakaskokemus palvelubisneksestä kokemusbisnekseen. Helsinki: Talentum.

Laihin, T. Ruokapalveluesimies, Steniuksen tuotantokeittiö. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 1.10.2015.

Laihin, T. Ruokapalveluesimies, Steniuksen tuotantokeittiö. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 6.11.2015.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Leppimäki, A. Ravitsemusterapeutti, Rauman kaupunki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 24.6.2015.

Leppimäki, A. Ravitsemusterapeutti, Rauman kaupunki. Rauma. Henkilökohtainen tiedonanto 26.1.2016.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Pelanteri, S. & Rautiainen, H. 2012. Terveyskeskusten vuodeosastohoito 2010. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.4.2015. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr02_12.pdf

Performance Research Associates. 2006. Huippupalvelua asiakkaille. Helsinki: Rastor Oy.

Prakash, B. 2010. Patient Satisfaction. Viitattu 18.2.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles / PMC3047732/>

Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus – opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoittoon. Helsinki: Trinket Oy.

- Päätaalo, S. 2007. Rantsilan kunnan keskuskeittiön ruokalistan ravintosisältö ja Rantsilan vuodeosaston vanhusten ravinnonsaannin seuranta. AMK-opinnäytetyö. Kajaa-nin ammattikorkeakoulu. 15.12.2015.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7702/mmp4psannap.pdf?sequence=1>
- Rajava, E. 2014. Asukkaiden ravitsemuksen toteutuminen Toivokodissa. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.1.2016.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/79796/Rajava_Elina.pdf?sequence=1
- Rauman kaupungin www-sivut. 2015. Viitattu 12.8.2015. <http://www.rauma.fi/>
- Reinboth, C. 2008. Johda ja kehitä asiakaspalvelua. Helsinki: Tammi.
- Ripatti, J. & Trogen, J. 2014. Potilaiden kokemuksia sairaalaruokailusta kirurgisella vuodeosastolla. AMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.1.2016.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/84640/Ripatti_Jenni_Trogen_Jasmin.pdf?sequence=1
- Salonoja, M. Ruista ranteisiin. Ravinnon / ravitsemustilan merkitys. Viitattu 7.1.2015. <https://moodle19.samk.fi/moodle19/mod/mplayer/view.php?id=36311>
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Taimioja, A. 2009. Sairaalaruokailun asiakastytyväisyyden mittaaminen. Viitattu 12.8.2015.
<http://www2.uef.fi/documents/1299922/1299977/Taimioja+Anu.+Sairaalaruokailun+asiakastytyv%C3%A4isyyden+mittaaminen.pdf/910eabb6-85a7-49d8-9cc7-b6530f81a06c>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut. 2014. Viitattu 7.1.2015.
<http://www.thl.fi/fi>
- Tiikkainen, P. & Voutilainen P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Tilastokeskuksen www-sivut. 2015. Viitattu 21.4.2015. <http://www.stat.fi/>
- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. 2016. Viitattu 29.2.2016.
<http://www.tenk.fi/>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010a. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 20.10.2014.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010b. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 7.1.2015.
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. 3. korj p. Tampere: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Valviran ja aluehallintovirastojen työryhmä & Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2011. Vanhusten hoidon laatu terveyskeskusten vuodeosastoilla. Vuoden 2010 kyselyn tulokset. Viitattu 12.6.2015.

http://www.valvira.fi/documents/14444/50159/Selvityksia_1_2011.pdf



RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystyövirasto

OPINNÄYTETYÖ-/
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1(2)

OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN TEKIJÄ	Sukunimi Lahtinen	Etunimet Anna-Maija
	Osoite	Postinumero ja postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Sukunimi (Muut tekijät)	Etunimi
	Tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö Satakunnan ammattikorkeakoulu	
	Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto Hoitotyön koulutusohjelma	

OPINNÄYTETYÖN/ TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) OPPILAITOKSESSA	Nimi Rirva Piriä	
	Toimipaikka ja osoite Satakunnan ammattikorkeakoulu	
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Oppiarvo ja ammatti	

OPINNÄYTETYÖ/ TUTKIMUS	Opinnäytetyön/ tutkimuksen nimi Ikääntyneiden ravitsemus terveyskeskussairaalassa
	Opinnäytetyön/ tutkimuksen taso <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> AMK –opinnäytetyö
	<input type="checkbox"/> Muu opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä
	<p>Lyhyt yhteenveto (Opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointitapa, tutkimuksen merkityksen arviointi, eettiset näkökohdat.)</p> <p>Tutkimuksen aiheena on ikääntyneiden ravitsemus terveyskeskussairaalassa. Tutkimus toteutetaan Rauman terveyskeskussairaalan osastoilla T1 ja T2. Kohderyhmänä ovat 65 vuotta täyttäneet potilaat. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ravitsemussuositusten toteutuminen Rauman terveyskeskussairaalan osastoilla T1 ja T2. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää ruokailun ja ravitsemuksen kehittämisessä terveyskeskussairaalan osastoilla.</p> <p>Tutkimus toteutetaan kvantitatiivisena tutkimuksena ja siinä käytetään valmiita esitetuttuja lomakkeita. Aineiston analyysissä käytetään luokittelua. Tutkimukseen sisältyy ruokailun seuranta, jossa hoitajat havainnoivat potilaiden toteutunutta ruokailua sekä tyytyväisyyskysely, johon potilaat vastaavat itse. Ennen tutkimuksen toteuttamista selvitetään Steniuksen keskuskeittiöstä tutkimusviikon ruokalista, annoskoot, käytössä olevat lisukkeet ja juomat ravintosisältöineen.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuudessa perehdytään ikääntyneiden ravitsemussuosituksiin ja ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteisiin.</p> <p>Tutkimuslomakkeet kopioidaan terveyskeskussairaalan kustantamana, jos mahdollista. Osastojen hoitajat täyttävät viikon ajan ruoka- ja juomakirjanpito-lomaketta havainnoimalla osastojen satunnaisesti valikoitujen ikääntyneiden potilaiden (N = 20–30) ruokailun toteutumista. Asiakastytyväisyyskyselyyn osallistuvat satunnaisesti valikoitut 65 vuotta täyttäneet potilaat (N = 40) täyttämällä lomakkeen itsenäisesti tai tarvittaessa avustettuna. Tutkimus toteutetaan eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan objektiivisesta näkökulmasta.</p>

SOSIAALI- JA TERVEYSTYÖVIRASTO, Kehittämispalvelut
Steniuksenkatu 2, PL 283, 26101 Rauma, Puhelin 02 834 11 tai 02 835 11, Faksi 02 835 2622, etunimi.sukunimi@rauma.fi

Jatkuu



YHTEYSHENKILÖ(T) SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA	Jotta opintäytetyö/tutkimuksen teko voidaan suorittaa mahdollisimman joustavasti ja ao. yksikön kannalta mielekkäästi, on tutkijan syytä ennen varsinaista luvanhakua ottaa yhteys tämän yksikön esimieheen tai muuhun vastaavaan henkilöön ja sopia alustavasti tutkimuslähtökohdat. Yhteyshenkilön nimi merkitään tähän	
	Nimi Marja Lehtimäki	Yksikkö
	Puhelin	Sähköposti

HAKEMUKSEN LIITTEET	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö-/tutkimussuunnitelma, josta ilmenevät opinnäytetyön/ tutkimuksen aihe, tarkoitus ja teoreettinen tausta, käytetty tutkimusaineisto, aineiston keruu- ja analysointi, tutkimuksen arviointi, eettiset näkökohdat.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Kyselylomake	
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä	
	Aineiston keruaika (alkaa/päättyy) 9-10/ 2015 - 11/ 2015	Opinnäytetyön/tutkimuksen arvioitu valmistumisaika 2 /2016

TUTKIJAN SITOUS JA ALLEKIRJOITUS	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä - Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaisissa edellytetyllä tavalla. - Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä. - Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan. - Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön.
	Sitoudun noudattamaan ehdotonta vaitiolovelvollisuutta ja luovuttamaan korvauksetta opinnäytetyöstä/tutkimuksesta sen valmistuttua kaksi kappaletta, kannellinen ja toinen ilman, Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolle. Mikäli opinnäytetyön/ tutkimuksen teko keskeytyy, tulen ilmoittamaan siitä Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysviraston kehittämisspalveluun.

ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	
	Rauma	24 / 8 2015
	Allekirjoitus ja nimen selvennys <i>Anna-Majja Lahtinen</i>	Anna-Majja Lahtinen

Hakemuksen ja valmistuneen opinnäytetyön/tutkimuksen palautus:

Rauman sosiaali- ja terveysvirasto
 Kehittämisspalvelut
 Steniuksenkatu 2
 26100 Rauma
 puhelinvaihte 02 834 11 tai 02 835 11

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
21.9.2015

138/2015

Muut asiat
/0//0

Opinnäyte-/tutkimuslupahakemus

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus:
Ikääntyneiden ravitseminen terveyskeskussairaalassa

Hakija: Anna-Maija Lahtinen
Eteläkatu 1 C 38
26100 RAUMA

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Liitteet Hakemus

Päätöksen allekirjoitus 
Antti Parpo
Sosiaali- ja terveysjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 30.9.2015

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto asianosaiselle Tämä päätös on lähetetty tiedoksi mainituille sähköpostitse Tämä päätös on annettu tiedoksi mainituille Päiväys 22.9.2015

Tiedoksiantaja

Terttu Grönvall

Otto-oikeus Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimus-ohjeet

Oikaisuvaatimusviranomainen
Sosiaali- ja terveyslautakunta
PL 283
26101 Rauma

HYVÄ ASIAKAS

Haluamme jatkuvasti kehittää ruokapalvelujamme vastaamaan Teidän tarpeitanne. Siksi mielipiteenne on meille tärkeä.

Asiakastytyväisyyskysely potilaille¹

Liite 15

Vastauspäivämäärä

pv

kk

vuosi

Olkaa hyvä ja kirjoittakaa vastaus merkittyytyn tilaan tai merkittävä rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle.

Osasto		
Kuinka monta päivää olette ollut sairaalassa (tämä päivä mukaan lukien)?	Mikä on syntymävuotenne?	Mikä on sukupuolenne? <input type="checkbox"/> 1 Mies <input type="checkbox"/> 2 Nainen

Noudatatteko sairaalassa erityisruokavaliota? Jos vastasitte kyllä, mitä? <input type="checkbox"/> 1 Kyllä <input type="checkbox"/> 2 En
Kuinka suuren osan olette yleensä syönyt tarjotuista annoksista? <input type="checkbox"/> 1 En yhtään <input type="checkbox"/> 2 Vähemmän kuin puolet <input type="checkbox"/> 3 Puolet <input type="checkbox"/> 4 Enemmän kuin puolet <input type="checkbox"/> 5 Koko annoksen
Jos olette jättänyt annoksista osan syömättä, mikä siihen on ollut syynä? Voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon. <input type="checkbox"/> 1 Oma terveydentila <input type="checkbox"/> 2 Ruonan maku <input type="checkbox"/> 3 Ruokahalun puute <input type="checkbox"/> 4 Ruokavaliointi sopimaton ruoka <input type="checkbox"/> 5 Suuri annoskoko <input type="checkbox"/> 6 Muu syy, mikä?
Oletteko jäänyt nälkäiseksi ruokailun jälkeen? <input type="checkbox"/> 1 En kertaakaan <input type="checkbox"/> 2 Joinakin kertoina <input type="checkbox"/> 3 Lähes jokaisen ruokailun jälkeen

Miten hyvin seuraavat asiat ovat toteutuneet? 1 = erittäin huonosti – 5 = erittäin hyvin		Mihin yksityiskohtaan ko. asiassa olette ollut tyytymätön?
Onko teille tiedotettu päivän ruokalistasta?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Onko ruokaan liittyviä toiveitanne kysytty? (esim. leipä, ruokajuoma, erityisruokavaliointi)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ovatko pyytämänne ruokatoiveet toteutuneet?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Onko sairaalaruoka vastannut odotuksianne?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Kuinka tyytyväinen olette? 1 = en lainkaan tyytyväinen – 5 = erittäin tyytyväinen		Mihin yksityiskohtaan ko. asiassa olette ollut tyytymätön?
Ruokalistan vaihtelevuuteen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ruokajuomavaliokomaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Leipävalikoimaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Salaatteihin	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Jälkiruokavaliokomaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ruoka-annosten ulkonäköön	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ruonan makuun	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ruoka-annosten kokoon	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ruoka-annosten lämpötilaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ruokajuomien lämpötilaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Ruokailutilanteeseen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Aterioiden ajankohtiin	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Välipalojen toteutumiseen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Jakelusta vastaavan henkilökunnan palvelualltiuteen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Mitä muuta haluatte viestittää sairaalaruokailusta henkilökunnalle?		

¹ Kysely ruokailusta, Taimioja A 2009

Kiitos vastauksestanne!

Hyvä asiakastyytyväisyyskyselyyn osallistuja

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja terveydenhoitajaksi. Teen opinnäytetyönäni tutkimuksen ikääntyneiden ravitsemuksen toteutumisesta yhteistyössä Rauman terveystieteiden keskuksen kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ravitsemussuositusten toteutuminen osastoilla T1 ja T2. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaiden ravitsemuksen ja ruokailun kehittämisessä terveystieteiden keskuksessa. Kohderyhmänä ovat osastojen 65 vuotta täyttäneet potilaat. Tutkimukseen sisältyy ruokailun seuranta, jossa hoitajat havainnoivat potilaiden toteutunutta ruokailua sekä tyytyväisyyskysely, johon potilaat vastaavat itse.

Tämä kysely on osa tutkimusta. Osallistuminen on vapaaehtoista. Jokainen vastaus on tärkeä, jotta ravitsemusta ja ruokailua terveystieteiden keskuksessa voidaan kehittää vastaamaan potilaiden tarpeita. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä eikä teidän henkilöllisyytenne tule ilmi missään vaiheessa. Käsitellen vastauksia luottamuksellisesti ja niitä käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Lomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Ystävällisin terveisin
Anna-Maija Lahtinen

Hyvä tutkimukseen osallistuja

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja terveydenhoitajaksi. Teen opinnäytetyönäni tutkimuksen ikääntyneiden ravitsemuksen toteutumisesta yhteistyössä Rauman terveyskeskussairaalan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ravitsemussuosituksen toteutuminen osastoilla T1 ja T2. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaiden ravitsemuksen ja ruokailun kehittämisessä terveyskeskussairaalassa. Kohderyhmänä ovat osastojen 65 vuotta täyttäneet potilaat. Tutkimukseen sisältyy ruokailun seuranta, jossa hoitajat havainnoivat potilaiden toteutunutta ruokailua sekä tyytyväisyyskysely, johon potilaat vastaavat itse.

Ruoka- ja juomakirjanpito-lomakkeen täyttäminen on osa tutkimusta. Osaston hoitajat täyttävät lomaketta havainnoimalla teidän toteutunutta ruokailuanne viikon ajan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Jokainen vastaus on tärkeä, jotta ravitsemusta ja ruokailua terveyskeskussairaalassa voidaan kehittää vastaamaan potilaiden tarpeita. Lomakkeeseen vastataan nimettömänä eikä teidän henkilöllisyytenne tule ilmi missään vaiheessa. Käsittelen vastauksia luottamuksellisesti ja niitä käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Lomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Ystävällisin terveisin
Anna-Maija Lahtinen

Hyvä osastojen T1 ja T2 henkilökunta

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja terveydenhoitajaksi. Teen opinnäytetyönäni tutkimuksen ikääntyneiden ravitsemuksen toteutumisesta yhteistyössä Rauman terveyskeskussairaalan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ravitsemussuosituksen toteutuminen osastoilla T1 ja T2. Tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaiden ravitsemuksen ja ruokailun kehittämisessä terveyskeskussairaalassa. Kohderyhmänä ovat osastojen 65 vuotta täyttäneet potilaat. Tutkimukseen sisältyy ruokailun seuranta, jossa hoitajat havainnoivat potilaiden toteutunutta ruokailua sekä tyytyväisyyskysely, johon potilaat vastaavat itse.

Tutkimukseen osallistuminen on potilaille vapaaehtoista. Jokainen vastaus on tärkeä, jotta ravitsemusta ja ruokailua terveyskeskussairaalassa voidaan kehittää vastaamaan potilaiden tarpeita. Lomakkeisiin vastataan nimettömänä eikä tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa. Käsittelen vastauksia luottamuksellisesti ja niitä käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Lomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin

Anna-Maija Lahtinen

anna-maija.lahtinen@student.samk.fi

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

Tutkimuksen toteuttaminen

RUOKA- JA JUOMAKIRJANPITO

Tutkimus toteutetaan viikolla 42. Ruokailun seurantaan valitaan satunnaisesti osastoilta T1 ja T2 yhteensä 20–30 potilasta, joiden ruokailun toteutumista seurataan viikko. Tutkimukseen osallistuvan potilaan tulee olla 65 vuotta täyttänyt. Potilaalle kerrotaan, että tutkimus on vapaaehtoinen ja varmistetaan suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Jos potilas ei ole kykenevä päättämään osallistumisestaan itse, varmistetaan suostumus omaiselta. Hoitajat täyttävät lomaketta havainnoimalla potilaan toteutunutta ruokailua jokaisen aterian jälkeen ja tarvittaessa useammin. Potilaan pöydälle viedään tyhjä lomake tutkimusviikon jokaisena aamuna ja sovitaan, kenen vastuulla lomakkeen täyttäminen on.

Potilaan nimi-sarakkeeseen kirjoitetaan tunnisteeksi potilaan vuodepaikan numero ja sukupuoli. Ruokavalio-sarakkeeseen kirjoitetaan potilaalla käytössä oleva ruokavalio (esimerkiksi normaali tai sosemainen). Annoskoko-sarakkeeseen merkitään rastilla potilaalla käytössä oleva annoskoko. Lomakkeesta rastitetaan sopivat vastausvaihtoehdot. Lomakkeen oikeanpuoliseen sarakkeeseen kirjoitetaan muut potilaan päivän aikana nauttimat ruoat, välipalat ja juomat. Juomamäärät merkitään tukkimiehen kirjjanpitoa käyttäen.

ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELY

Asiakastyytyväisyyskysely toteutetaan viikoilla 42–45. Asiakastyytyväisyyskyselyyn valitaan satunnaisesti molemmilta osastoilta yhteensä 40 potilasta. Asiakastyytyväisyyskyselyyn osallistuvan potilaan tulee olla 65 vuotta täyttänyt. Potilaalle kerrotaan, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kun suostumus kyselyyn vastaamiseen on varmistettu, lomake jätetään potilaan täytettäväksi. Hoitaja tai omainen voi auttaa tarvittaessa lomakkeen täyttämässä esittämällä kysymykset potilaalle ja täyttämällä lomakkeen potilaan puolesta tämän vastatessa kysymyksiin itse.

KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimuksen nimi, tekijä ja vuosi	Ketä on tutkittu? Kuinka monta tutkimukseen osallistui?	Mitä on tutkittu?	Millainen tutkimusasetelma on?	Missä tutkimus on tehty?	Keskeiset tulokset
Finravinto 2012 - tutkimus: Anni Helledän, Susanna Raulio, Mikko Kosola, Hei Tapanainen, Marja-Leena Ovaskainen & Suvi Virtanen, 2013	Tutkimukseen osallistui 25–74 vuotiaita suomalaisia viideltä eri alueelta: Helsingistä, Vantaalta, Turun ja Loimaan alueelta, Pohjois-Savon ja Pohjois-Karjalan maakunnissa sekä Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa. Osallistujia oli 1708.	Tutkimuksella seurattiin suomalaisen aikuisväestön ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia.	Ravintohaastatelu toteutettiin tietokoneavusteisesti käyttäen kansallisen Fineli-tietokannan elintarvikevalikoimaa ja kuvia.	Suomi, Tampere	Tutkimuksessa saatiin yksityiskohtaisia tietoja suomalaisten ruoankäytöstä ja ravinnonsaannista ikäryhmittäin ja sukupuolen mukaan. Esimerkiksi suomalaisten suolan saanti oli lisääntynyt aikaisemmasta tutkimuksesta ja oli kaukana suosituksista.
Vanhusten hoidon laatu terveyskeskusten vuodeosastoilla, Vuoden 2010 tulokset: Valvira, 2011	Kyselyyn osallistui 164 vastaavaa lääkärinä hankkimalla tiedot 536 vuodeosastolta, joissa oli hoidossa 11 958 iäkkästä potilaista.	Kyselyn avulla selvitettiin yli 75-vuotiaiden ja sitä iäkkäämpien vanhusten hoidon laatu terveyskeskusten vuodeosastoilla marraskuussa 2010 – helmikuussa 2011.	Valvira lähetti kaikille Suomen terveyskeskusten ja terveyskeskusyhtymien vastaaville lääkäreille osoitetun sähköpostikyselyn. Tarvittaessa vastaaville lääkäreille lähetettiin kahdesti uusimakehoitus vastata.	Suomi	Ravintomuksen liittyen keskeinen tulos oli, että illan viimeisen ja aamun ensimmäisen ruokailun väli oli liian pitkä (11 tuntia tai enemmän) 86 %:ssa (442) vuodeosastoista. Lisensaisesti ruokalevien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli 60 % ja syömisessä autettavien osuus oli 40 %.

Tutkimuksen nimi, tekijä ja vuosi	Ketä on tutkittu? Kuinka monta tutkimukseen osallistui?	Mitä on tutkittu?	Millainen tutkimusasetelma on?	Missä tutkimus on tehty?	Keskeiset tulokset
Ikäänymyenneen potilaan ravitsenus ja siihen liittyvien tekijöiden kartoitus akuutiosastolla: Heidi Hiltunen & Tanja Luukkonen, 2006	Ruokailun seurantaan osallistui 10 potilasta, joiden ruokailua hoitajat havainnoivat kahden päivän ajan. Strukturoitua haastattelua osallistui 18 potilasta. Nuorin potilaista oli 40-vuotias ja vanhin 98-vuotias.	Tutkimuksessa hoitajat havainnoivat yhden sairalaosaston 10 potilaan ruokailua. Lisäksi 18 potilasta osallistui strukturoitua haastattelua, jossa kysyttiin heidän ruokailuaan ja ravitsenustaan koskevia kysymyksiä.	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin ruokailun seurantalomaketta ja strukturoitua haastattelulomaketta.	Suomi, Helsinki	Ruokailun seurannan perusteella potilaat käyttivät vilja- ja maitotuotteita liian vähän. Aterioiden annoskoot olivat liian suurta. Haastatteluosuuden perusteella yli puolella potilaista oli alhainen BMI ja kaikki- ja D-vitamiinivalmisteiden käyttö oli vähäistä. Osa potilaista koki, että ruoka ei ollut riittävän lämmin tai suolaista. Kaikki potilaat kokivat olevansa onnatoimisia ruokailussa.
Pitkäaikaispotilaiden ravitsenusilla terveyskeskuksen vuodeosastolla: Jaana Järvinen & Tuula Seppänen, 2010	Tutkimus toteutettiin suomalaisen terveyskeskussairaalan osastolla. Tutkittavia pitkäaikaispotilaita oli 11.	Tutkimuksessa selvittiin terveyskeskussairaalan osaston pitkäaikaispotilaiden ravitsenustilaa. Tutkitavat olivat vuodepotilaita.	Tutkimusmenetelmänä käytettiin ravitsenustilan arviointiin MNA-testiä. Tutkimus toteutettiin kertamittauksena yhtenä päivänä. MNA-testistä käytettiin kaikkia kysymyksiä, jotka liittyvät ravitsenukseen. Opinnäytetyön tekijät tekivät MNA-testin. Testiin kuuluvissa mittauksissa heitä avusti työelämänohjaaja.	Suomi, Mikkeci	Tulosten mukaan terveyskeskuksen vuodeosaston pitkäaikaispotilaita kaikilla oli ravitsenustilan häiriöitä. Tutkimuksen kohteena olleista pitkäaikaispotilaita 27 %:lla oli kasvanut riski viherhavitsenukselle ja 73 % kärsi virhe- tai aliravitsenuksesta.

<p>Tutkimuksen nimi, tekijä ja vuosi</p>	<p>Ketä on tutkittu? Kuinka monta tutkimukseen osallistui?</p>	<p>Mitä on tutkittu?</p>	<p>Millainen tutkimusasetelma on?</p>	<p>Missä tutkimus on tehty?</p>	<p>Keskeiset tulokset</p>
<p>Rantsilan kunnan keskuskeittiön ruokailistan ravintosisältö ja Rantsilan vuodeosaston vanhusien ravinnonsaannin seuranta: Sanna Päätalo, 2007</p>	<p>Ruokailun seurantaan osallistui 10 Rantsilan vuodeosaston asiakasta. Lisäksi selvitettiin Rantsilan keskuskeittiön viiden viikon kiertävän ruokailistan ravintosisältö.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin vuodeosaston ikäänryneiden potilaiden ravitsemuksen toteutumisen ja kunnan keskuskeittiön ruokailistan ravintosisältö.</p>	<p>Ruokailistan ravitsemuksellisen sisältö laskettiin Aterix -ravintolaskentaohjelmalla ja tuloksia verrattiin ikäänryneiden ravitsemussuosituksiin. Ikäänryneiden ravinnon saantia selvitettiin järgestämällä vuodeosastolla ruokailun seuranta.</p>	<p>Suomi, Kajaani</p>	<p>Viiden viikon kiertävä ruokailista oli ravitsemuksellisesti hyvä, jos asiakkaat söivät annoskoon verran ruokaa. D-vitamiinin saanti ravinnosta jäi alhaiseksi. Ruokailun seurannan tulosten perusteella vanhuksset saivat hieman liian vähän energiaa ja ravintoainetta ravinnosta. Sosemaisen ruoan syöjien tulokset olivat paljon heikommat kuin kiinteän ruoan syöjien.</p>
<p>Auskkaiden ravitsemuksen toteutuminen Toivokodissa: Elina Rajava, 2014</p>	<p>Ravitsemustilan arviointi tehtiin Toivokodin kaikille 24 asukkaalle. Teemahaastattelun osallistui työryhmä, johon kuului sairaanhoitaja, kaksi lähihoitajaa ja laitoshuoltaja. Haastattelun osallistui lisäksi osastonhoitaja.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin Toivokodin asukkaiden ravitsemuksen toteutumista.</p>	<p>Opinnäytetyö tehtiin juurruttamisen menetelmällä käyttäen laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää. Laadullista tutkimusmenetelmää käytettiin teemahaastattelussa ja määrällistä tietoa saatiin MNA- testien avulla. Aineisto kerättiin teemahaastattelun ja MNA- testien avulla.</p>	<p>Suomi, Lohja</p>	<p>MNA-testien tulosten mukaan 58 %:lla asukkaista oli kasvanut riski vihheravitsemukselle, 21 % kärsi virhe- tai aliravitsemuksesta ja 21 %:lla oli hyvä ravitsemustila. Tulosten mukaan muistisairaudet ja asukkaan avuntarve syömisessä olivat yhteydessä virhe- ja aliravitsemukseen.</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja vuosi	Ketä on tutkittu? Kuinka monta tutkimukseen osallistui?	Mitä on tutkittu?	Millainen tutkimusasetelma on?	Missä tutkimus on tehty?	Keskeiset tulokset
Laitoshoidossa olevan ikääntyneen ravitsemus eräissä Varsinais-Suomessa sijaitsevassa hoitokodissa: Saara Grönman, 2013	Tutkimuksen kohteena oli viisi hoitokodin yli 85-vuotiaasta asukkaasta.	Tutkimuksessa seurattiin hoitokodin satunnaisesti valittujen asukkaiden energian- ja proteiinin saantia sekä ravitsemustilaa.	Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Aineisto kerättiin käyttämällä ruokailun seurantalomaketta, jota hoitajat täyttivät kolmen päivän ajan. Lisäksi käytettiin MNA-testiä. Ruokien energian- ja proteiinin saantilaskelmissa hyödynnettiin Fineli -palvelua.	Suomi	Ruokailun seurannassa yhdeellä asukkaalla viidestä päivittäinen energiantarve täytyi ja asukkaista kaksi sai tarpeeksi proteiinia ruokavaliostaan. MNA-mittarin seuloaosuudessa kahdella asukkaalla oli normaali ravitsemustila ja kolmella oli kasvanut riski aliravitsemukselle.