

Judith Antikainen ja Suvi Arjoranta

HOITAJIEN OSAAMINEN IKÄÄNTYNEIDEN RA-
VITSEMUKSEN SEURANNASSA JA ARVIOIN-
NISSA ETELÄ-KYMENLAAKSON KOTIHOI-
DOISSA

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Toukokuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Arjoranta, Suvi Antikainen, Judith	Sairaanhoitaja	Toukokuu 2016
Opinnäytetyön nimi		
Hoitajien osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa Etelä-Kymenlaakson kotihoidoissa		43 sivua 24 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kotkan kaupunki		
Ohjaaja		
Lehtori Sari Engelhardt		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön aiheena oli hoitajien osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa Etelä-Kymenlaakson kotihoidoissa. Kunnat, jotka osallistuivat tutkimukseen, olivat Kotka, Hamina, Virolahti sekä Miehikkälä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien osaamista ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa edellä mainittujen kuntien kotihoidoissa. Toteutimme tutkimuksen kyselyn avulla, joka lähetettiin yhteensä 247 hoitajalle. Kysely rakennettiin Webropol-ohjelmaan ja lähetettiin sähköisesti tutkimukseen osallistuville. Aikaa vastaukseen oli noin kaksi viikkoa. Kyselyyn saatiin yhteensä 61 vastausta.</p> <p>Tutkimuksen luotettavuuden mahdollistivat riittävä teoriatausta, kyselyn selkeät kysymykset ja kyselyn esitestaaminen. Lisäksi linkki kyselyyn lähetettiin ainoastaan kotihoitoon hoitohenkilökunnille, jolloin vastaajat olivat varmasti hoitotyön ammattilaisia.</p> <p>Tulosten mukaan kotihoitojen hoitajat hallitsivat ravitsemuksen seurannan keinot, mutta ravitsemuksen arvioinnissa oli puutteita. MNA-testi oli kaikkien tutkimukseen osallistuvien kuntien kotihoidoissa vähäisessä käytössä. Ravitsemusosaamista testasimme väittämällä ja parhaiten hallittiin aihealueet, jotka olivat lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen sekä ravitsemuksen seuranta ja arviointi. Eniten kehittämistarvetta todettiin osa-alueessa, joka koski ikääntyneiden ravitsemuksen haasteita. Lisäkoulutusta vastaajat kokivat tarvitsevansa eniten lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen ja toisena tuli dementoituneen ravitsemus.</p>		
Asiasanat		
ravitsemus, ikääntynyt, kotihoito		

<p>Author (authors) Arjoranta, Suvi Antikainen, Judith</p>	<p>Degree Bachelor of Health Care</p>	<p>Time May 2016</p>
<p>Thesis Title Nurses' Competence in Monitoring and Evaluating the Elderly's Nutrition in Home Care in Southern Kymenlaakso</p>		<p>43 pages 24 pages of appendices</p>
<p>Commissioned by The City of Kotka</p>		
<p>Supervisor Sari Engelhardt, Senior Lecturer</p>		
<p>Abstract</p> <p>The topic of this thesis is nurses' competence in monitoring and evaluating the elderly's nutrition in home care in Southern Kymenlaakso. The municipalities participating in the research were Kotka, Hamina, Virolahti and Miehikkälä.</p> <p>The goal for the research was to examine nurses' competence in monitoring and evaluating the elderly's nutrition in home care of the above-mentioned municipalities. The research was executed using a survey which was sent to 247 nurses. The survey was built to Webropol- software and was sent electronically to the participants. Response time was approximately two weeks. Altogether 61 responses were gathered.</p> <p>Adequate theoretical background, clear questions and the pretesting of the questionnaire enabled the reliability of the research. Furthermore, the link to the questionnaire was sent only to the nursing staff of home care, so that the respondents were surely nursing professionals.</p> <p>According to the results the nurses were able to manage the methods of monitoring the nutrition although there were deficiencies in the evaluation of the nutrition. Usage of the MNA-test was limited in home care of the municipalities participating in the research. Know-how of the nutrition was tested using assertion formulated questions. Participants were most knowledgeable about the effects of medication on nutrition, monitoring the nutrition and evaluating the nutrition. Lack of knowledge was largest in the challenges of the nutrition of the elderly. The respondents felt the most additional training was required in effects of medication on nutrition and secondly in the nutrition of demented patients.</p>		
<p>Keywords nutrition, elderly, home care</p>		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Ikääntynyt	7
2.2	Ravitsemus	7
2.3	Kotihoito	8
3	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS	8
3.1	Ravitsemussuositukset ikääntyneille	9
3.1.1	Energian tarve	10
3.1.2	Neste	11
3.1.3	Vitamiinit	12
3.1.4	Kalsium	13
3.2	Ikääntyneet ja alkoholi	13
3.3	Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	13
4	IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUksen HAASTEET	15
4.1	Ali- tai virheravitsemus	15
4.2	Dementoituneen ravitsemus	16
4.3	Erityisruokavaliot	17
5	RAVITSEMUksen SEURANTA JA ARVIOINTI	19
5.1	Painon seuranta	19
5.2	Ruokailun seuranta	19
5.3	MNA-testi	20
6	HOITAJIEN RAVITSEMUSOSAAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA	20
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
8.1	Tutkimusmenetelmä	22
8.2	Otanta	23
8.3	Kyselylomakkeen laadinta	23
8.4	Aineiston keruu	24
9	TULOKSET	24

9.1	Kotkan tulokset	25
9.2	Haminan tulokset	29
9.3	Kaakon kaksikon tulokset	32
10	POHDINTA	36
10.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	39
10.2	Kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita	40
	LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1. MNA-testi

Liite 2. Ruoankäyttölomake

Liite 3. Tutkimustaulukko

Liite 4. Muuttujataulukko

Liite 5. Kysely

Liite 6. Saatekirje

Liite 7. Sopimus opinnäytetyöstä

Liite 8. Tutkimusluvut

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrä ja osuus väestöstä on ollut kasvussa ja se kasvaa edelleen. Ikääntyneillä ravitsemushoito on tärkeänä osana hyvää hoitoa. Hyvällä ravitsemuksella tuetaan terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Ikääntyneille on tehty omat ravitsemussuositukset, jotka on julkaistu Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksina. Kotihoidossa suositusten tavoitteena on, että siellä työskentelevät ammattilaiset tunnistavat hoitotyössä heikentyvän ravitsemustilan ja osaavat toteuttaa ravitsemushoitoa. Suosituksilla selkeytetään myös ravitsemukseen liittyviä eroja, joita tulee esille ikääntyneiden eri elämänvaiheissa. Lisäksi yhdenmukaistetaan hyvät käytännöt ja annetaan lisää tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä. Suosituksia olisi tärkeää käyttää ikääntyneiden ravitsemuksen arvioinnissa ja ohjauksessa sekä käytännön hoitotyössä. Kotihoidossa suosituksia tulee toteuttaa ja kaikki ikääntyneiden parissa työskentelevät ovat vastuussa suositusten toimeenpanosta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5–6.) Suositusten lisäksi ikääntyneiden ravitsemustilaa on tärkeää arvioida säännöllisesti. Keinoja tähän ovat painon seuranta, MNA-testi ja ruokailun seuranta. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 24.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitajien osaamista ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa Kotkan, Haminan ja Kaakon kaksikon kotihoidoissa. Kaakon kaksikon kotihoitoon kuuluvat Miehikkälä sekä Virolahti. Kyseisillä kotihoidoilla on tarvetta selvittää hoitajien osaamista-soa ravitsemuksen seurannan ja arvioinnin osa-alueilla. Olemme myös itse kiinnostuneita ravitsemusaiheesta, koska se tulee esille hyvin useassa yhteydessä hoitotyössä. Aihe on ajankohtainen, sillä vanhustenhoidon laatu puhuttaa tällä hetkellä Suomessa. Laadimme kyselyn, jonka avulla hoitajien osaamista selvitetään. Kysely lähetetään edellä mainittujen kuntien kotihoitajien hoitajille. Työn tavoitteena on antaa kotihoidoille tietoa siitä, millaisissa asioissa hoitajat tarvitsevat mahdollisesti lisäkoulutusta ja mitkä asiat he jo taitavat.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Ikääntynyt

Ikääntyneiden määrä ja osuus väestöstä kasvaa jatkuvasti. Keskimääräinen elinikä on pidentynyt viimeisen sadan vuoden aikana lähes 30 vuotta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5.)

Gerontologiassa vanhukseksi määritellään yli 75-vuotias. Vanhaksi katsotaan ikäihminen, joka tarvitsee muiden apua eikä tule toimeen itsenäisesti. Vanhuden raja on häilyvä ja fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen ikääntyminen voivatkin tapahtua eri tahdissa. (Nurmiranta, Leppämäki & Horppu 2009, 114.) Suositeltavia nimityksiä vanhukselle ovat esimerkiksi ikääntynyt tai iäkäs ihminen, joita tässäkin työssä käytetään.

Ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat osaksi luonnollisia, ja ne tapahtuvat hitaasti. Niitä ilmenee kaikissa ihmisissä ja muutokset ovat palautumattomia. Vanhenemiseen liittyy ulkoisia tekijöitä eli ympäristötekijöitä sekä sisäisiä tekijöitä eli perintötekijöitä. Luonnolliset vanhenemismuutokset eivät kuitenkaan johdu ulkoisista tekijöistä. Toimintakyky heikkenee ikääntyneillä usein nopeasti. Sitä voidaan kuitenkin ylläpitää riittävällä ravitsemuksella ja erilaisten harjoitusten avulla sekä hoitamalla mahdolliset sairaudet. (Ravitsemusterapeutin yhdistys Ry 2008, 8.)

2.2 Ravitsemus

Ravitsemuksella tarkoitetaan kokonaisuutta, joka sisältää ravinnon käyttöön liittyviä toimintoja. Näitä toimintoja ovat ruuan valinta, ravinnon hyödynnettävyys sekä vaikutukset elimistöön ja terveyteen. (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 207.) Ravinto koostuu ruoka-aineista, joita ovat esimerkiksi liha, maito, leipä ja vihannekset. Ruoka-aineista koostetaan aterioita ja aterioista puolestaan muodostuu ruokavalio. Ruokavalioita on monenlaisia. Näitä ovat esimerkiksi kasvis- ja sekaruokavaliot sekä erityisruokavaliot, joita käytetään sairauksien hoitoon. (Sinisalo 2015, 10, 65.)

Ruoka-aineet sisältävät energian lisäksi erilaisia ravintoaineita, kuten hiilihydraatteja, rasvoja, vitamiineja, proteiineja ja kivennäisaineita. Lisäksi useimmat ruoka-aineet sisältävät myös vettä. Ruoka on ihmiselle tärkeää koko elämän ajan, niin fyysisesti, sosiaalisesti kuin psyykkisesti. Ravitsemuksessa on eri

ikäkausina erilaiset painopisteet, minkä vuoksi niitä varten on omat ravitsemussuositukset. Terveellinen ja suosituksiin perustuva ruokavalio on kuitenkin aina lähtökohtana kaikelle. Ravitsemussuosituksia onkin suunniteltu avuksi oikeanlaisen ruokavalion koostamiseen. (Sinisalo 2015, 10, 65.)

2.3 Kotihoito

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, johon kuuluu kotisairaanhoido, kotipalvelu ja omaishoidontuki. Kotihoidon tarkoituksena on auttaa muun muassa hoito- ja huolenpitotyön avulla eri-ikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on heikentynyt tilapäisesti tai pysyvästi sekä mahdollistaa turvallinen ja hyvä elämä omassa kodissa. Tavoitteena on tarjota asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvia palveluja, kuten päivittäisissä toiminnoissa auttamista niin, että asiakas pystyy selviytymään arjesta omassa kodissaan. Sairaus, vammaisuus, päihde- tai mielenterveysongelma sekä heikentynyt toimintakyky ovat perusteita kotihoitopalveluille. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–17.)

Kotihoito tarjoaa perushoivaa, terveyden edistämistä ja sairaanhoidoa, psykososiaalista tukea asiakkaalle ja omaisille sekä kuntouttavien toimintojen suunnittelua ja toteutusta muiden toimijoiden kanssa. Perushoivaan sisältyy esimerkiksi hygieniassa ja ruokailussa avustamista, kotiympäristön siistimistä ja vaatteiden huoltoon liittyviä tehtäviä. Terveyden edistämisessä huolehditaan esimerkiksi toimintakykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta, ennakkoivasta työstä sekä sairaanhoidollisista tehtävistä ja saattohoidosta. (Ikonen & Julkunen 2007, 14–17.)

3 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Ikääntyneen ravinnontarpeeseen, ruokavalintoihin ja syömiskäyttäytymiseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset. Ikääntymisen seurauksena ravinnontarve muuttuu. Suurin muutos on energiantarpeen vähentyminen. (Sinisalo 2015, 95–96.) Periaatteessa ikääntyneelle sopii samat ravitsemussuositukset kuin muullekin aikuisväestölle, mutta esimerkiksi sairauksiin liittyvien seikkojen vuoksi voidaan tarvita erityisruokavalioihin liittyvää tietoa. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 8.) Riittävään ravintoaineiden saantiin tulisi kui-

tenkin kiinnittää ikääntyneiden hoidossa erityistä huomiota ja ruokavalion laadun ylläpitäminen voikin olla haasteellista (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14). Ikääntyneiden hyvään hoitoon kuuluu ravitsemuksesta huolehtiminen ja ruokailuhetket toimivat päivän rytmittäjinä. Toimintakykyä ylläpidetään, ikääntymiseen liittyvien sairauksien pahenemista hidastetaan ja elämänlaatua parannetaan, kun huolehditaan hyvästä ravitsemustilasta. (Puranen & Suominen 2012, 5.)

Taija Puranen tutki pro gradussaan (2010) eläkeikäisten ravitsemusta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että naisilla oli paremmat ruokailutottumukset kuin miehillä ja molemmilla sekä koulutus että siviilisääty vaikuttivat ravitsemustottumuksiin. Energiansaanti oli naisilla 2318 kilokaloria vuorokaudessa ja miehillä 2418 kilokaloria. Naisten kasvisten ja hedelmien käyttö oli runsaampaa kuin miesten ja he saivat ravinnostaan enemmän monitydyttymättömiä rasvahappoja, A- ja C-vitamiineja, kuitua sekä folaattia. Suolan saanti oli suositukseen nähden runsasta molemmilla sukupuolilla, mutta miehillä vielä suurempaa. Miehillä oli myös enemmän alkoholin käyttöä. Korkeasti koulutettujen ja naimisissa tai avoliitossa olevien miesten ruokavalio sisälsi enemmän kasviksia ja C-vitamiinia. Lisäksi naimisissa ja avoliitossa olevat miehet saivat ravinnostaan enemmän proteiinia. Naisilla siviilisääty vaikutti ruuankäyttöön eri tavoin kuin miehillä. Naimattomat naiset söivät eniten hedelmiä, kuidun saanti oli muita runsaampaa ja C-vitamiinin saanti oli heillä sekä eronneilla suurinta. Myös naimisissa olevilla kuidun saanti oli muita suurempaa. Sen sijaan korkeasti koulutettujen ruokavalio sisälsi vähemmän tyydyttyneitä rasvoja.

3.1 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Ikääntyneille on julkaistu vuonna 2010 omat ravitsemussuositukset. Niiden tarkoituksena on tuoda esille ravitsemuksen merkitystä ikääntyneiden hyvinvointiin, toimintakyvyn säilymiseen ja elämänlaatuun. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 22.) Suosituksissa ikääntyneet on jaoteltu toimintakyvyn eikä iän mukaan, sillä samat ohjeet ravitsemuksen suhteen eivät sovi kaikille (Puranen & Suominen 2012, 8). Ikääntyneet on jaettu neljään ryhmään, jotka ovat kotona asuvat terveet ikääntyneet; kotona asuvat ikääntyneet, joilla on kroonisia sairauksia ja haurastumista; kotihoidon asiakkaat sekä laitoksissa asuvat ikääntyneet (Suominen & Jyväkorpi 2012, 22). Jokaiselle tehdään ravitsemusohjausta

ja -hoitoa varten yksilöllinen toimintasuunnitelma, joka perustuu arviointiin (Puranen & Suominen 2012, 8).

Ravitsemussuositusten keskeisiä asioita on neljä. Ikääntymisen eri vaiheissa on otettava huomioon ravitsemukselliset tarpeet, sairaudet, toimintakyky ja ikääntyneiden eri ryhmät. Lisäksi ravitsemusta arvioidaan säännöllisesti; paino mitataan vähintään kerran kuukaudessa ja MNA-testi tehdään vähintään kerran vuodessa. Ravitsemuksen arviointiin kuuluvat myös ruokavalion laadun ja ravinnonsaannin arviointi. Riittävä energian, proteiinin, kuidun, nesteen ja ravintoaineiden saanti turvataan ravitsemushoidon avulla. Ravitsemusongelmiin on tärkeää puuttua suunnitelmallisesti mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Jos paino on laskenut, ravitsemustila heikentynyt tai syödyn ruoan määrä on vähäinen, toteutetaan tehostettua ravitsemushoitoa. Viimeisenä on D-vitamiinin käyttö, joka varmistetaan yli 60-vuotiailta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9.)

3.1.1 Energian tarve

Ravintoaineita, jotka tuottavat energiaa ovat rasvat, hiilihydraatit, proteiinit ja alkoholi. Elimistö tarvitsee energiaa elämää ylläpitäviin toimintoihin, joita ovat hengittäminen, ruumiinlämmön ylläpitäminen sekä elinten ja hermoston toiminta. Elämää ylläpitävistä toiminnoista muodostuu perusaineenvaihdunta, johon kuluu energiaa päivittäisestä energiantarpeesta 60–70 %. Energiaa tarvitaan myös liikkumiseen sekä ruokailun jälkeiseen ruuansulatukseen. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 12.)

Energiantarve saattaa olla ikääntyneillä todella vähäinen, riippuen toimintakyvystä ja fyysisestä aktiivisuudesta. Perusaineenvaihdunnan tasoon vaikuttavat liikunta, lihaskudos sekä aineenvaihdunta. Jos ruokavalio on hyvin koostettu, voi jopa 1500 kilokaloria sisältävästä ruokavaliosta saada riittävästi ravintoaineita. Ruokavalion täydentämistä täydennysravintovalmisteilla tai ravintolisillä on mietittävä, jos energiamäärä jää toistuvasti alle tämän. (Puranen & Suominen 2012, 20.) 1500 kilokaloria toteutuu vaivattomasti syömällä päivittäin kolme ateriaa ja kahdesta kolmeen välipalaa (Hakala 2015).

Rasvat sisältävät rasvaliukoisia vitamiineja ja välttämättömiä rasvahappoja. Rasvat ovatkin elimistön tärkein energianlähde (Hartikainen & Lönnroos 2008, 217). Ruokavaliossa rasvoja tulisi olla 25–35 %, mutta ikääntyneillä määrä voi

olla suosituksia suurempikin (Puranen & Suominen 2012, 20). Rasvan määrää, ja näin ravinnon energiamäärää, voidaan kasvattaa, jos ikääntyneen ruokahalu ja energiansaanti on huonoa (Suominen & Jyväkorpi 2012, 21).

Hiilihydraattien osuus ravinnon kokonaisenergiasta tulisi olla n. 55–60 %. Niitä tarvitaan rasvojen hajottamisessa sekä nopeana energianlähteenä. Imeytymättömiä hiilihydraatteja kutsutaan ravintokuiduksi. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 216.) Kuidun saantisuositus on 25–30 grammaa vuorokaudessa. Hyviä lähteitä ovat täysjyväviljatuotteet, kasvikset, juurekset, marjat ja hedelmät. (Puranen & Suominen 2012, 22.) Kuitujen saanti on tärkeää erityisesti ikääntyneille, jotka kärsivät ummetuksesta. Runsaskuituinen ruokavalio sitoo kuitenkin paljon nesteitä, joten on myös hyvä muistaa juoda riittävästi. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 217.)

Elimistö tarvitsee proteiineja lihaskunnon ja voiman ylläpitämiseen sekä kudosten kasvuun ja uudistumiseen ja ne ovat elimistön rakennusaineita (Suominen & Jyväkorpi 2012, 13). Ikääntymisen myötä proteiinien hyödyntäminen elimistössä heikkenee. Yli 64-vuotiaille proteiinia suositellaankin 1,2–1,4 g painokiloa kohden vuorokaudessa. Lihaskadosta kärsiville suositus on jopa 1,5–2 g. Parhaita lähteitä ovat esimerkiksi maitotuotteet, liha, kala, kana, kananmuna, herneet, pavut ja pähkinät. (Hakala 2015.) Jos proteiinin saanti on liian vähäistä, se heikentää elimistön immuunipuolustusta, altistaa infektioille ja hidastaa niistä toipumista. Myös haavojen paraneminen hidastuu. Jos ravinnosta saatava proteiini ei riitä elimistön rakennusaineeksi, proteiininlähteenä alkavat toimia omat lihakset. Näin käynnistyy niin sanottu hajottava aineenvaihdunta eli katabolia. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 217–218.) Pahimmillaan liian niukka proteiinien saanti johtaa lihaskatoon eli sarkopeniaan (Puranen & Suominen 2012, 21).

3.1.2 Neste

Kun ikää tulee lisää, veden osuus kehossa vähenee. Ikääntyneellä veden osuus elimistöstä on enää 50–60 %. (Puranen & Suominen 2012, 23.) Nestettä menetetään virtsan välityksellä, ihon, keuhkojen sekä ruoansulatuskanavan kautta. Menetettyt nesteet korvataan juomalla ja janon tunne säätelee juomista. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2008, 45.) Ikääntyessä janon tunne heikkenee, minkä vuoksi voi kehittyä nestevajaus (Hakala 2015). Ikääntyneet kuuluvatkin kuivumisen suhteen riskiryhmään. Kuivumisesta aiheutuvia

haittoja ovat ummetus, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja sekavuus. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 218.) Suositeltava juotava nestemäärä on n. 1–1,5 litraa vuorokaudessa. Tavallisen veden lisäksi voidaan juoda myös tuoremejuja, vähärasvaisia maitoja sekä piimää, sillä ne sisältävät vitamiineja sekä kivennäisaineita. (Hakala 2015.)

3.1.3 Vitamiinit

D-vitamiini edesauttaa kalsiumin ja fosfaatin imeytymistä suolistosta ja näin luusto saa rakennusaineita (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 43). Sillä on osuutta myös immuunipuolustuksen toiminnassa (Puranen & Suominen 2012, 24). D-vitamiinin hyödyntäminen ja saanti ravinnosta vähenevät ikääntymisen seurauksena (Hakala 2015.) Lisäksi jotkut lääkkeet sekä sairaudet saattavat huonontaa sen imeytymistä (Puranen & Suominen 2012, 25). Yli 60-vuotiaille suositus ravinnosta saatavaan D-vitamiiniin on 10 µg vuorokaudessa, jonka lisäksi ravintolisänä 20 µg vuorokaudessa vuoden ympäri. Sen sijaan yli 75-vuotiaille suositus ravinnosta on 20 µg vuorokaudessa. (Gerontologinen ravitsemus Gery Ry 2015a.) Riittävällä D-vitamiinin saannilla ehkäistään luuston haurastumista ja kaatumisia. Hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat D-vitaminoidut maitotuotteet, kala ja rasvalevitteet. Lisäksi D-vitamiinia muodostuu auringonvalon vaikutuksesta. (Hakala 2015.)

C-vitamiini vahvistaa vastustuskykyä, tehostaa raudan imeytymistä sekä nopeuttaa haavojen paranemista. Se osallistuu myös elimistön tärkeiden välittäjäaineiden sekä hormonien muodostumiseen. Tärkeimpiä lähteitä C-vitamiinille ovat kasvikset, hedelmät ja marjat. Saantisuositus on 75 mg vuorokaudessa. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 14–15.) Yksipuolista ruokavaliota noudattavilla voi ilmetä lievää C-vitamiinin puutosta, jonka oireita ovat väsymys, heikkouden tunne, lihaskivut, hengenahdistus ja ruokahaluttomuus. Vakava puute on nykypäivänä harvinainen. (Puranen & Suominen 2012, 25.)

B12-vitamiini on osallisena elimistön puna- ja valkosolujen muodostumiseen sekä hermojärjestelmän ylläpitoon. Ainoita B12-vitamiinin lähteitä ovat eläinkunnantuotteet, maitotuotteet ja kananmuna. (Puranen & Suominen 2012, 27.) Yli 65-vuotiaista yhdellä kymmenesosalla on havaittu B12-vitamiinin puutetta ja sitä esiintyykin yleisimmin ikääntyneillä. Sen syynä on useimmiten imeytymisen häiriö. (Salonen 2015.) Puutos voi aiheuttaa muistiongelmia sekä lisätä

riskiä muistisairauksiin. Pitkäaikainen vaje voi aiheuttaa jopa pysyviä neurologisia vaurioita. B12-vitamiinilisistä ei ole Suomessa annettu suositusta. (Puranen & Suominen 2012, 27.)

3.1.4 Kalsium

Kalsium on luuston tärkeä mineraali (Puranen & Suominen 2012, 24). Se säätelee myös monia elintoimintoja, kuten lihasten, sydämen ja hermoston toimintaa. Ikä, sukupuoli ja koko vaikuttavat kalsiumin tarpeeseen (Suomen Luustoliitto Ry 2015). Riittävä kalsiumin saanti on ikääntyneelle tärkeää, sillä ikääntyessä luusto alkaa haurastua (Puranen & Suominen 2012, 24).

Kalsiumin imeytymistä säätelee D-vitamiini, joten myös sen riittävästä saannista on tärkeää huolehtia (Aro 2013). Kalsiumia suositellaan saatavaksi 800 mg vuorokaudessa. Kalsiumlisää ei tarvita, jos kalsiumia saa ravinnosta riittävästi, mutta osteoporoosia sairastaville lisästä on hyötyä 1500 mg:aan asti. Hyviä lähteitä kalsiumille ovat maitotuotteet ja kala. (Puranen & Suominen 2012, 24.)

3.2 Ikääntyneet ja alkoholi

Ikääntyneillä alkoholin määrän tulisi pysyä yhdessä annoksessa vuorokaudessa. Sen energiapitoisuus on suuri, mutta se ei sisällä laisinkaan ravintoaineita. Lisäksi useat alkoholijuomat sisältävät paljon sokeria. (Puranen & Suominen 2012, 27.)

Ikääntyneillä elimistön nestepitoisuus pienenee ja aineenvaihdunta hidastuu, joka johtaa alkoholin vaikutusten voimistumiseen. Alkoholin käyttö lisää kaatumisalttiutta ja häiritsee veren sokeritasapainoa. Lisäksi se voi kiihdyttää tai hidastaa lääkkeiden vaikutusta. (Hakala 2015.) Myös ruokahaluttomuus voi kasvaa entisestään ja syöminen jäädä yksipuoliseksi (Puranen & Suominen 2012, 27).

3.3 Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen

Ikääntyessä lääkkeiden vaikutukset elimistössä muuttuvat. Lääkkeiden jakautuminen, imeytyminen ja elimistöstä poistuminen tapahtuvat eri tavoin kuin nuorempana. Lisäksi elimistö reagoi lääkkeisiin toisin. (Ravitsemusterapeutien yhdistys ry 2008, 42.) Koska lääkkeet voivat vaikuttaa ruokahaluun ja ruoansulatuskanavan toimintaan, vaikuttavat ne silloin myös ravitsemustilaan

useilla tavoilla. Syljeneritys vähenee ikääntyessä, jonka lisäksi myös monet lääkkeet heikentävät syljeneritystä entisestään. Tästä on seurauksena kuiva suu, joka voi johtaa syömisen vähenemiseen, koska nielemisestä ja pureskelusta tulee hankalampaa. (Mursu & Jyrkkä 2013.) Lääkkeet voivat vaikuttaa myös haju- ja makuaistiin, jonka seurauksena ruokahalu muuttuu (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2008, 42). Lisäksi mahalaukun tai suoliston limakalvo voi ärsyntyä aiheuttaen vatsakipuja ja syömisen karttamista (Suominen 2013).

Lääkkeillä voi olla heikentävä vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen sekä lisäävä vaikutus niiden poistumiseen elimistöstä. Ravinnolla ja lääkkeillä on lääkkeiden tehoa lisääviä tai heikentäviä yhteisvaikutuksia. Esimerkiksi maidon juominen joidenkin antibioottien oton yhteydessä pienentää lääkkeen tehoa huomattavasti, kun taas karpalo ja mustaherukka vahvistavat joidenkin lääkkeiden tehoa. (Suominen 2013.) Ravitsemusta on suunniteltava huomioiden lääkkeiden vaikutukset, koska kotihoidon asiakkailta on käytössä monia erilaisia lääkkeitä. Asiakkaiden hoitoon osallistuvien on tärkeää tietää, miten ravitsemus ja lääkitys sovitetaan yhteen, sillä ne ovat molemmat tärkeitä asiakkaan hyvinvoinnille. (Koivula 2014, 55–56.)

Ruokailuajat on hyvä järjestää niin, että lääkkeet otetaan joko ennen tai jälkeen ruokailun. Tämä mahdollistaa lääkkeiden imeytymisen parhaalla mahdollisella tavalla. (Mursu & Jyrkkä 2013.) Ikääntyneille lääkkeiden nieleminen voi olla hankalaa. Tabletteja ja kapseleita ei kuitenkaan saisi hienontaa, koska hienontamisen seurauksena niiden vaikutus ja teho muuttuvat. Myös ruokaan sekoitettuna lääke menettää suuren osan tehostaan ja se pilaa ruoan maun. Jos ikääntyneellä on nielemisvaikeuksia, voidaan lääke antaa nestemäisessä muodossa. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2008, 44.)

Koivula selvitti YAMK:n opinnäytetyössään (2014) hoitajien ammatillisia valmiuksia asiakkaan ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa kotihoidossa kyselyn avulla. Kyselyyn osallistui 40 lähi- ja sairaanhoitajaa neljästä eri Sas-tamalan kotihoitotiimistä. Tutkimuksen mukaan tärkein kehittämiskohde Sastamalan kotihoitotiimin hoitajilla oli lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen ja suurin osa hoitajista koki tällä alueella ammatillisissa valmiuksissaan puutteita. Tästä aiheesta koettiin myös eniten koulutustarvetta.

4 IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN HAASTEET

Ruokavalinnat, ravinnontarve ja syömiskäyttäytyminen muuttuvat ikääntymiseen liittyvien fyysisten, sosiaalisten ja psyykkisten muutosten myötä. Ikääntyneen ruokahalu voi vähentyä psyykkisen tilan, lääkityksien sekä haju- ja makuaiestien heikkenemisen seurauksena. Usein ilmenee myös ruoansulatukseen liittyviä ongelmia, jotka johtuvat aineenvaihdunnan hidastumisesta. Yksi yleisistä ongelmista on ummetus. (Sinisalo 2015, 96.) Myös mahalaukun suolahapon määrä vähenee, mikä saattaa johtaa vatsavaivoihin, ripuliin ja imeytymisongelmiin (Hartikainen & Lönnroos 2008, 212–213). Jotkut sairaudet, kuten diabetes, kohonnut verenpaine, veren korkeat rasva-arvot, kihti, sappivaivat sekä laktoosi-intoleranssi, edellyttävät ruokavalion muutoksia (Ihanainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2008, 88).

Syömiseen ja ravitsemustilaan voivat vaikuttaa esimerkiksi yksinäisyys, taloudellinen tilanne ja asunnon vaihto. Myös toimintakyvyllä on suuri merkitys ravitsemukseen ja sen heiketessä tulee kodin ulkopuolella liikkumisesta haastavaa. Tämä taas vaikuttaa itsenäiseen ruoan hankintaan ja näin ollen myös sen valmistamiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 213–214.)

4.1 Ali- tai virheravitsemus

Yleensä aliravitsemuksen taustalla on jokin krooninen sairaus, josta voi aiheutua ruokahalun heikkenemistä tai katoamista. Nämä johtavat vähäisen energian ja proteiinin saantiin sekä laihtumiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 223.) Ruokahalun heikkenemiseen johtavia syitä ovat sairaudet, lääkkeiden sivuvaikutukset, maku- ja hajuaistimuutokset, suoliston toimintahäiriöt sekä masennus ja yksinäisyys. Pitkäaikaisen aliravitsemuksen merkkejä ovat laihtuminen, kuivuminen ja lihaskudoksen väheneminen. (Ihanainen ym. 2008, 89.)

Virheravitsemuksessa energiasta, proteiineista tai muista ravintoaineista on puutetta, niitä saadaan liikaa, tai niiden saanti on epätasapainossa (Hartikainen & Lönnroos 2008, 223). Virheravitsemuksen syntyyn vaikuttavat usein sairaudet ja niistä johtuva heikentynyt ruokahalu, lisääntynyt ravintoaineiden tarve ja huono ruokavalion laatu. Vähäinen syöminen voi johtaa anoreksiaan ja laihtumiseen, kun taas huonolaatuinen ruokavalio ei välttämättä aiheuta painonlaskua, jos energiaa saadaan riittävästi tai liikaa. (Suominen 2008.)

Ali- tai virheravitsemuksesta voi seurata ruokahaluttomuutta, lihasheikkoutta, mielialan laskua, muutoksia käyttäytymisessä, liikkumisen vähenemistä ja infektiokerkkyyden lisääntymistä. Lisäksi intensiivihoidon tarve kasvaa ja hoidon teho huononee. Ravitsemustilan heikkeneminen on tärkeää tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta sen kehittyminen voitaisiin pysäyttää. Ravitsemustilojen häiriöiden riskejä arvioidaan Mini Nutritional Assessment -testillä (MNA). (Ihanainen ym. 2008, 89.) Jos ikääntynyt kärsii ali- tai virheravitsemuksesta, on hänen saatava hyvää ravitsemushoitoa, jolla mm. hidastetaan laihtumista ja kohennetaan toimintakykyä. Riittävä energian sekä proteiinin saanti on varmistettava. Jos ruokahalu tai ravinnonsaanti on huonoa, voidaan sitä kohentaa huomioimalla ruoan maku ja sopiva rakenne, ikääntyneen omat makumieltymykset sekä ruokailuympäristö. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 224.) Ravitsemushäiriöiden hoidossa voidaan tarvita myös tehostettua ravitsemushoitoa, jossa käytetään ruuan lisäksi erilaisia täydennysravintovalmisteita. Ne sisältävät yhtä paljon energiaa kuin tavallinen ruoka, mutta enemmän proteiinia ja muita suojaravintoaineita. (Hakala 2015.) Ruokavaliota voidaan rikastaa myös lisäämällä aterioihin maitotaloustuotteita ja rasvaa (Hartikainen & Lönnroos 2008, 224).

4.2 Dementoituneen ravitsemus

Dementiasta voidaan puhua, kun selviytymistä rajoittaa henkisten toimintojen heikentyminen. Yleisin dementiaan johtava sairaus on Alzheimer, joka alkaa näkyä muistin toiminnanhäiriönä. Tautiin liittyvät häiriöt syömiskäyttäytymisessä, vaikeudet paikkojen löytämisessä sekä avun tarpeen lisääntyminen. Jo alkuvaiheessa useimmilla esiintyy laihtumista, joka johtuu todennäköisimmin syömisen unohtamisesta ja vaikeutumisesta. Taudinkuvaan kuuluu myös levottomuutta, jatkuvaa liikkumista sekä stressiä, jotka lisäävät energiantarvetta. (Ihanainen ym. 2008, 90.)

Laihtuminen heikentää nopeasti ravitsemustilaa ja johtaa lihaskatoon. Ravitsemus, etenkin tiettyjen vitamiinien riittävä saanti, suojelee keskushermostoa vaurioilta. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2008, 86.) Syömisen unohtamisen lisäksi dementikko ei välttämättä muista juuri syöneensä. Syöminen myös vaikeutuu, kun dementikko unohtaa, kuinka ruokailuvälineitä käytetään. Muistisairas tarvitseekin yhä enemmän apua ja tukea ruokailussa sairauden edetessä. (Ihanainen ym. 2008, 90.)

4.3 Erityisruokavaliot

Osana sairauksien hoitoa ovat erityisruokavaliot. Niiden noudattaminen voi olla hankalaa ja ruokarajoitusten sekä erityisruokavalioiden tarpeellisuutta on mietittävä tarkkaan. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 29.) Erityisruokavaliot eivät saa heikentää ikääntyneen ravitsemusta eivätkä huonontaa elämänlaatua. Imeytymis- ja aineenvaihduntahäiriöt vaativat erityisruokavaliota. Erityisruokavalioiden suunnittelussa täytyy ottaa huomioon asiakkaan ruokatottumukset ja -mieltymykset sekä huolehdittava siitä, että päivittäinen ruoka turvaa riittävän ravintoaineiden saannin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2008, 76.)

Rakennemuutettua ruokavaliota tarvitaan, jos ihmisellä on heikentynyt puremis- tai nielemiskyky. Tällöin ruokavalio voi olla pehmeä, sosemainen tai nestemäinen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 51.) Ruoan rakenne vaikuttaa ravintosisältöön ja rakennemuutettua ruokavaliota noudattavat laihtuvatkin helposti. Riittävä energiansaanti on yksi tämän ruokavaliota haasteista. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 29.)

Tehostetussa ruokavaliossa proteiinin määrä on normaalia suurempi ja sitä tarvitsevat useimmat ikääntyneet, joilla on sairauksia ja toimintakyky on heikentynyt. Jos ikääntyneen paino on alhainen tai hänellä on tahatonta painonlaskua, suositellaan käytettäväksi energialisää. Tärkeää on tarjota pieniä proteiini- ja energiatiheitä annoksia usein. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 32.)

Keliakia on elinikäinen suolistosairaus, jossa rukiin, ohran ja vehnän gluteeni vahingoittaa ohutsuolen limakalvoa. Tämän seurauksena ravintoaineiden imeytyminen heikentyy. (Puranen & Suominen 2012, 31.) Jos keliakiaa ei hoida, aiheuttaa se rasvaripulia, jonka seurauksena on aliravitsemus. Keliakikon ruokavalio sisältää luontaisesti gluteenittomia viljoja sekä gluteenittomia erityistuotteita. Suurin osa aikuiskeliakikoista voi kuitenkin syödä kauraa. Ikääntyneillä keliakia on usein diagnosoitu väärin esimerkiksi ärtyneen suolen oireyhtymäksi tai anemiaksi. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2008, 77–78.)

Laktoosi-intoleranssissa ihminen kärsii laktaasientsyymin puutteesta, joka johtaa laktoosin riittämättömään pilkkoutumiseen. Tyypillisiä oireita ovat ripuli, ilmavaivat, turvotus ja vatsakivut. (Puranen & Suominen 2012, 31.) Laktoosi-

intoleranssi ei ole allergia, vaan imeytymishäiriö. Suurin osa laktoosi-intolerantikoista voi nauttia pieniä määriä laktoosia (5–10 g) yhdessä muun ruoan kanssa. Tällöin hoitona käytetään vähälaktoosista ruokavaliota. Täysin laktoositon ruokavalio ei ole usein tarpeen. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2008, 78.)

Diabetes tarkoittaa aineenvaihdunnanhäiriötä, jossa veren glukoosipitoisuus kohoaa liian korkeaksi. Veren sokeripitoisuutta säätelee insuliinihormoni, mutta diabeetikolla insuliinin erityös on häiriintynyt tai loppunut kokonaan. Tyypillisiä oireita diabetekselle ovat jano, laihtuminen, väsymys ja lisääntynyt virtsaneritys. Diabeteksella on kaksi päämuotoa, tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes. Hoidossa keskeisiä asioita ovat säännöllinen liikunta, ruokavalio ja tarvittaessa lääkehoito. (Ihanainen ym. 2008, 116–118.) Suositeltava ruokavalio diabeetikolle on pääpiirteittäin samanlainen kuin muulle väestölle. Jos diabeetikko on ikääntynyt tai diabetes todetaan iäkkäällä, on riittävä ja monipuolinen ruokavalio ehdottomasti turvattava. (Käypä hoito 2013.)

Ummetus on hyvin yleinen vaiva ikääntyneillä. Syyinä on useimmiten liian vähäinen kuidun määrä. Lisäksi liikunnan vähäisyys, jotkut lääkkeet ja liian vähäinen juominen aiheuttavat ummetusta. Ummetuksen syy on aina tärkeää selvittää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 47.) Hoitona on runsaskuituinen ruokavalio. Lisäksi luumut vaikuttavat laksatiivisesti ja niiden käyttö onkin suosittua ikääntyneiden ummetuksen hoidossa. Myös riittävästä juomisesta on hyvä muistuttaa. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 35.)

Ärtyvän suolen oireyhtymästä kärsivällä henkilöllä suoli on herkempi supistelemaan ja se reagoi voimakkaammin ärsytyksille. Myös psyykkisillä tekijöillä on yhteys oireisiin. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 35.) Oireyhtymä voi olla ripuli-, ummetus- tai ilmavaivapainotteinen (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2008, 81). Oireita aiheuttavat ruoat vaihtelevat ja ihmisten välillä on eroja, joten ikääntyneeltä itseltään tai hänen omaisiltaan kannattaa tiedustella oireita aiheuttavista ruoka-aineista. Rajoitettujen ruokavalioiden pitkäkestoista käyttöä on syytä välttää, sillä niiden seurauksena ruoka-VALIO voi muuttua liian yksipuoliseksi. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 36.)

5 RAVITSEMUKSEN SEURANTA JA ARVIOINTI

Ravitsemustilan arviointi on oleellisessa asemassa terveydentilan seurannassa (Hartikainen & Lönnroos 2008, 219). Sairauksia voidaan ehkäistä, niiden puhkeamista siirtää sekä pahenemista hidastaa hyvän ravitsemustilan ylläpidolla (Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry 2008, 53). Ikääntyneen ravitsemustilaa olisikin tärkeää arvioida säännöllisesti. Keinoja arviointiin ovat painon seuranta, MNA-testi ja ruokailun seuranta. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 24.)

Koivulan YAMK:n opinnäytetyössä (2014) kävi ilmi, että hoitajat kokivat halukkuutta ja tarvetta saada ohjausta ja koulutusta asiakkaan ravitsemustilan arviointiin. MNA-testin tekeminen ja ravitsemusasioiden kirjaaminen ovat hoitajien käytössä, mutta niitä ei hyödynnetä riittävästi. Koulutustarvetta ja -halukkuutta ilmeni eniten ravitsemushoidosta, erityisryhmien tukemisesta sekä lääkkeiden vaikutuksista. Asiakkaan perushoitoon ja -hoivaan liittyvät taidot omattiin erityisen hyvin tutkimustulosten perusteella.

5.1 Painon seuranta

Yksinkertaisin tapa seurata ravitsemustilaa on painon seuranta. Kotihoidon piirissä painoa tulisi seurata säännöllisesti, mielellään kerran kuukaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30.)

Tärkeintä painon seurannassa on painonmuutoksien tarkkailu eikä yksittäinen painon mittaaminen tai normaalipainon selvittäminen. Suositeltava painoindeksi ikääntyneille on 24–29. (Gerontologinen ravitsemus Gery Ry 2015b.)

5.2 Ruokailun seuranta

Ruokailun seuranta käytetään, jos ikääntynyt on huomattavasti laihtunut, ruokahalu tai ruokavalion laatu on huono tai syödyn ruoan määrä on hyvin vähäinen. Tähän käytetään ruoankäyttölomaketta, johon kirjataan ylös syödyn ruoan määrä (liite 2). Seuranta tulisi tehdä 1–3 päivän ajan ja sen avulla saadaan laskettua sekä kirjattua, kuinka paljon ikääntynyt todellisuudessa syö. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 25.) Ruoankäyttölomakkeen täyttämisen helpottamiseksi on siihen merkitty valmiiksi ajat, ateriat ja tavallisimpia ruoka-aineita. Päivän lopuksi, valmista annostaulukkoa apuna käyttäen, lasketaan lomakkeesta energian ja proteiinien saanti. (Puranen & Suominen 2012, 14.)

5.3 MNA-testi

Yli 65-vuotiaille on kehitetty MNA-testi (Mini Nutritional Assessment), jota käytetään ravitsemustilan arviointiin (liite 1). MNA-testi voidaan toteuttaa nopeasti ja helposti lomakkeen avulla. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 25.) MNA-testi tulisi tehdä vähintään kerran vuodessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9).

MNA-testi sisältää perustietojen lisäksi arvion omasta ravitsemus- ja terveydentilasta, kysymyksiä ruoan käytöstä sekä antropometriä mittauksia, kuten pituus, paino sekä pohkeen ja säären ympärysmitta. Tuloksia tulkitaan summapistemäärän perusteella. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 221.) Testi jakaa tutkitut kolmeen ryhmään: virheravitsemuksen riskissä oleviin, virheravitsemuksesta kärsiviin ja niihin, joilla on hyvä ravitsemustila. Ravitsemusongelmista kärsivät ikääntyneet on mahdollista löytää jo aikaisessa vaiheessa testin avulla. (Gerontologinen ravitsemus Gery Ry 2015b.)

6 HOITAJIEN RAVITSEMUSOSAAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Hoitajilla tulee olla laaja tietämys tavanomaisista ravitsemukseen liittyvistä asioista. Ravitsemusohjauksen ja -hoidon tavoitteena on edistää hyvinvointia ja terveyttä sekä ylläpitää toimintakykyä. Asiakslähtöisyys on suuressa osassa ravitsemusohjausta ja hoitajan tehtävänä onkin auttaa asiakasta löytämään ratkaisuja ravitsemusongelmiin. (Ihanainen ym. 2008, 28–29.)

Hoitaja tarvitsee työssään tietoa sekä ravitsemussuosituksista että tavallisimmista erityisruokavalioista. Tietämystä on hyvä osata soveltaa huolehdittaessa erilaisten asiakkaiden ravitsemuksesta sekä tuettaessa ja ohjattaessa heitä huolehtimaan ruokailuistaan omatoimisesti. Hoitajalla tulee olla taitoa asiakkaan ruokatottumusten selvittämiseen sekä ravitsemustilan arviointiin ja siinä mahdollisesti tapahtuviin muutoksiin. Hoitajan täytyy omata myös elintarviketuntemusta, ruoanvalmistustaitoja ja tietoa syömisen apuvälineistä. (Ihanainen ym. 2008, 28–29.)

Toivola tutki pro gradussaan (2014) hoitajien ravitsemusosaamista ja ravitsemushoidon toteutusta ikääntyneiden palvelukeskuksessa. Siinä kävi ilmi, että hoitajilla on paljon tietoa ravitsemuksesta, mutta linja ei ole aina yhtenäinen.

Tutkimukseen osallistui yksilöhaastattelulla 14 lähihoitajaa tai vastaavan koulutuksen saanutta hoitajaa. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajien ravitsemukselliset tiedot ja taidot eivät riitä turvaamaan ravitsemushoidon onnistumista. Jotta ravitsemushoitoa voidaan kehittää ikääntyneiden tarpeita vastaavaksi, tarvitaan vielä lisätutkimusta ravitsemushoidon ongelmakohtista.

Myös Varjosen YAMK:n opinnäytetyössä (2010) tutkittiin ravitsemushoidon osaamista. Tutkimus tehtiin lähihoitajille niissä työyhteisöissä, jotka ovat toimineet Loimaan ammatti- ja aikuisopiston lähihoitajaopiskelijoiden työssäoppimispaikkoina vuonna 2008. Näitä työyhteisöjä edustivat kotihoito, päivähoito, terveys-keskus, palvelukeskus ja tehostettu palveluasuminen. Kyselyyn tuli 54 vastausta, joista yksi hylättiin. Vastauksista ilmeni, että jopa 78 % vastaajista tarvitsee ravitsemushoidon osaamista päivittäin. Tutkimukseen vastanneista lähihoitajista yli puolet (61 %) ilmoitti omaavansa riittävät tiedot ravitsemushoidosta, 12 % erittäin hyvät tiedot ja 20 % kohtalaiset tiedot.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Kotkan, Haminan sekä Kaakon kaksikon kotihoitojen hoitajien osaamista ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa. Toteutamme tutkimuksen kyselyn avulla, joka lähetetään edellä mainittujen kuntien kotihoitojen hoitajille. Tätä opinnäytetyötä varten on laadittu kolme tutkimusongelmaa, joiden pohjalta kyselyä lähdetään laatimaan. Tutkimusongelmia ovat:

1. Millaista on kotihoidon hoitohenkilökunnan ravitsemusosaaminen?
2. Miten ikääntyneiden ravitsemusta seurataan kotihoidon henkilökunnan toimesta?
3. Miten kotihoidon hoitohenkilökunta arvioi ikääntyneiden ravitsemusta?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin elokuussa 2015. Ensimmäisenä kerättiin tietoa erilaisista lähteistä ja tutustuttiin samasta aiheesta tehtyihin aiempiin tutkimuksiin. Tämän jälkeen laadittiin tutkimussuunnitelma ja kyselylomaketta

alettiin koota teorian tietojen pohjalta. Tutkimuslupia haettiin tutkimukseen valituilta kunnilta helmikuussa 2016 ja luvat saatiin saman kuun aikana. Kysely toteutettiin Webropol ohjelman kautta ja linkki kyselyyn lähetettiin tutkimukseen osallistuville sähköpostin välityksellä.

8.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Määrällinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä eroista ja suhteista. Kvantitatiivisessa menetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti, tulokset esitetään numeroina ja numerotiedot selitetään sanallisesti. (Vilkkä 2007, 13–14.) Se vastaa kysymyksiin mikä, missä, paljonko ja kuinka usein. Tietoa kvantitatiiviseen tutkimukseen voidaan hankkia erilaisista muiden keräämistä tilastoista, tietokannoista tai rekistereistä tai tiedot kerätään itse. Kun aineisto kerätään itse, on tutkimusongelman perusteella päätettävä, mikä tiedonkeruumenetelmä valitaan ja mikä on kohderyhmä. (Heikkilä 2010, 17–18.) Tässä tutkimuksessa kvantitatiivista tutkimusmenetelmää täydennettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, koska kyselyn avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kyselytutkimuksessa esitetään kysymyksiä vastaajille kyselylomakkeen avulla (Vehkalahti 2008, 11). Kyselyssä kysymykset on standardoitu eli vakioitu, mikä tarkoittaa sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään sama asiasisältö tismalleen samalla tavalla. Kysely soveltuu suurelle ja hajallaan olevalle ihmisjoukolle. (Vilkkä 2015, 94.) Valitsimme tutkimukseemme itse kerättävän aineiston ja toteutimme kyselyn Webropol-ohjelman kautta. Kun kysely oli rakennettu Webropol-ohjelmaan, yhteyshenkilömme Kotkan kotihoidosta lähetti sähköpostin kotihoitojen hoitohenkilökunnille. Sähköposti sisälsi saatekirjeen sekä linkin kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui anonyymisti. Saatua vastauksia käytettiin vain tämän tutkimuksen teossa, eikä vastaajien henkilöllisyys tullut missään vaiheessa ilmi. Vastausten käsittely oli luottamuksellista, ja tutkijoina hävitimme kaiken aineiston tutkimuksen valmistuttua. Kunnan käyttöön jäi kuitenkin yleiskoonti kaikista vastauksista sekä aineiston tiedostot. Vastaaminen kyselyyn kesti noin 10–20 minuuttia.

8.2 Otanta

Otanta tarkoittaa menetelmää, jossa jokin ryhmä valitaan perusjoukosta. Otos on sellainen tutkimuksen perusjoukon osa, jonka perusteella saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan perusjoukkoa. Otanta on mahdollista toteuttaa kokonaisotantana, yksinkertaisena satunnaisotanta, systemaattisena, ositetuna tai ryväotantana. Tämän opinnäytetyön otantamenetelmänä käytettiin kokonaisotantaa ja kohderyhmänä olivat kaikki tutkimukseen valittujen kotihoitajien hoitajat. Kokonaisotannassa koko perusjoukko valitaan mukaan tutkimukseen. Kokonaisotanta kannattaa valita silloin, kun otoskoko ylittää puolet perusjoukosta. (Vilkkä 2007, 52.)

Otoskoko on yksi tekijä, joka vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja siihen, miten tarkasti otos kuvaa perusjoukkoa (Vehkalahti 2008, 43). Otoskoko suunniteltaessa on otettava huomioon vastaamatta jättävät, joita voi kyselytutkimuksessa olla jopa yli 20 % (Vilkkä 2007, 59). Myös puutteellisesti täytetyt lomakkeet voidaan laskea mukaan ainoastaan asianmukaisesti vastatuista osuuksista. Kyselyyn vastanneiden määrästä syntyy toteutunut otos, jota on aina arvioitava suhteessa perusjoukkoon. Toteutuneen otoksen on oltava riittävä tutkimusongelman vastaamisen sekä tulosten yleistettävyyden kannalta. (Vilkkä 2015, 100–101.)

8.3 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomakkeen laatiminen edellyttää kirjallisuuteen perehtymistä (Heikkilä 2010, 47). Tämän tutkimuksen teoriatieto on peräisin kirjoista, internetistä ja erilaisista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista. Lisäksi lomakkeen tekeminen vaatii tutkimusongelman pohtimista ja täsmentämistä sekä käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. (Heikkilä 2010, 47.)

Ennen kuin kyselylomaketta aletaan laatia, täytyy tutkimuksen tavoite selvittää ja tutkijan tulee tietää, mihin kysymyksiin etsitään vastauksia (Heikkilä 2010, 47). Kysymykset voivat olla avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä (Vilkkä 2015, 106). Kun kyselylomakkeen kysymykset on laadittu, on varmistettava, että kysymyksillä saadaan selvitettyä tutkittava asia. Tiedonkeruun jälkeen ei kysymyksiä voi enää muuttaa. (Heikkilä 2010, 47.) Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin teoriaosuuden pohjalta ja tämä tarkistettiin muuttujataulukon (liite 4) avulla.

Hyvä kyselylomake on siisti, selkeä ja kysymykset on hyvin aseteltu. Perusedellytyksiä tutkimuksen onnistumiselle ovat hyvät kysymykset ja oikea kohderyhmä. (Heikkilä 2010, 48.) Lomakkeen suunnitteluun ja kysymysten muotoiluun kannattaa panostaa, koska ne ovat tärkeitä vaiheita kyselylomakkeen tekemisessä. Lomake kannattaa myös aina esitestata ennen varsinaisen aineiston keräämistä. (Vilka 2007, 78.) Esitetasimme kyselylomakkeen terveydenhoitajalla ja lähihoitajalla. Esitestaajat antoivat kritiikkiä ainoastaan kyselyn ulkoasusta, jota muutettiin vielä, kun kysely rakennettiin Webropol-ohjelmaan.

8.4 Aineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineistoa alettiin kerätä helmikuun viimeisellä viikolla ja aineiston kerääminen kesti yhteensä noin kaksi viikkoa. Kysely oli avoinna jokaisen tutkimukseen osallistuvien kuntien kotihoitojen hoitajille noin kahden viikon ajan. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisesti Webropol-ohjelman avulla, josta vastaukset saadaan tallennettua automaattisesti.

Kotkan kotihoidon yhteyshenkilömme toimesta saatekirje sekä kyselyyn johdava linkki lähetettiin jokaiselle Kotkan, Haminan sekä Kaakon kaksikon kotihoitojen hoitajille. Yhteensä sähköposteja lähetettiin 247 hoitajalle. Kaakon kaksikosta hoitajia oli 20, Kotkasta 150 ja Haminasta 77. Aineiston kerääminen suoritettiin 25.2.–13.3.2016. Puolessa välissä vastausaikaa lähetimme vielä sähköpostitse muistutusviestin kyselyyn osallistuville.

9 TULOKSET

Saimme kyselyymme yhteensä 61 vastausta. Vastausprosenttimme oli siis 25 %. Kotkasta vastaajia oli 23, Haminasta 27 ja Kaakon kaksikosta 11. Jaotelimme tulosten tarkastelun aihealueittain; taustatiedot, ravitsemuksen seuranta ja arviointi, ravitsemusosaaminen ja oma kokemus osaamisesta. Tulokset on eroteltu kunnittain.

Kyselymme sisälsi väittämiä, joiden avulla testasimme vastaajien ravitsemusosaamista. Väittämistä on koottu taulukoita, joista tulee esille oikeiden ja väärin vastausten määrä. Vastauksia on avattu tekstin muodossa taulukoiden alapuolelle.

9.1 Kotkan tulokset

Taustatiedoissa eli kysymyksissä 1–3, kysyimme kuntaa, työtehtävää sekä työkokemusta vuosina. Kotkan kotihoidon 23 vastaajasta sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia oli 7, lähihoitajia 15 ja kodinhoitajia tai kotiavustajia 1. Suurimmalla osalla työkokemusta oli kertynyt yli 10 vuotta (f=12) ja ainoastaan yhdellä vastaajalla alle yksi vuosi. Loput 10 vastaajaa jakaantuivat tasan 1–5 vuoden työkokemuksen ja 6–10 vuoden työkokemuksen välillä.

Ravitsemuksen seurannassa eli kysymyksissä neljä ja viisi, halusimme selvittää seuraako kotihoidon hoitohenkilökunta asiakkaiden ravitsemustilaa. Vain yksi vastaajista kertoi, ettei seuraa asiakkaiden ravitsemustilaa. Vastaajat, jotka kertoivat seuraavansa asiakkaiden ravitsemustilaa, saivat seuraavassa avoimessa kysymyksessä kertoa, mitä keinoja he käyttävät ravitsemustilan seurantaan. Vastauksia tuli yhteensä 21. Yli puolet vastaajista (f=14) mainitsi painon seurannan sekä syömisen ja ruoan menekin seurannan (f=13). Seuraavaksi yleisin vastaus oli yleisvoinnin seuranta (f=7). Hoitajat olivat kuvanneet käyttämiään keinoja muun muassa seuraavilla tavoilla:

”Painon seuranta, voinnin ja jaksamisen seuranta ja syömisten seuranta.”

”...Syömisen seuranta, painon seuranta. Yleistilan seuranta...”

”Jääkaapin sisältö, ruokailujen määrä ja laatu, paino, testit.”

Lisäksi muutamassa vastauksessa tuli esille verikokeiden ottaminen sekä ruoan laadun ja määrän seuranta. Yksittäisiä vastauksia olivat muun muassa ihon kunnon, mielialan ja vatsan toiminnan seuranta. Hoitajat kertoivat esimerkiksi seuraavia asioita:

”...Verikokeet lääkärin ohjeen mukaan.”

”..Riittävästi ruokaa, monipuolista.”

”Monipuolisuus, tarvittaessa erikoisruokavaliot, lisäravinteiden tms. tarve, proteiinin saannista huolehtiminen, terveellisyys.”

”...Ihon kunto, mieliala...”

Ravitsemuksen arviointiin liittyen kysyimme kysymyksissä kuusi ja seitsemän, käyttävätkö hoitajat MNA-testiä ravitsemuksen arviointiin ja jos käyttävät, niin kuinka usein. 23 vastaajasta ainoastaan kolme kertoi käyttävänsä MNA-testiä. Seuraavaan kysymykseen oli tarkoitus vastata, jos vastaaja oli kertonut käyttävänsä MNA-testiä. Kolmen vastaajan sijasta neljä hoitajaa oli vastannut tähän. Vastaukset jakaantuivat tasan kahden vaihtoehdon välillä, jotka olivat harvemmin kuin kerran vuodessa ja kerran vuodessa.

Ravitsemusosaamista testasimme kyselyssä väittämillä 8–38, jotka liittyivät ikääntyneiden ravitsemusasioihin. Väittämät oli jaoteltu neljään osa-alueeseen; ikääntyneiden ravitsemussuositukset, lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen, ikääntyneiden ravitsemuksen haasteet sekä ravitsemuksen seuranta ja arviointi. Käsittelemme tuloksia osa-alueittain taulukoiden avulla. Jokaisessa taulukossa sinisellä pohjustettu numero on oikea vastaus. Oikeat vastaukset ovat myös liitteessä 5.

Taulukko 1. Väittämät ikääntyneiden ravitsemussuosituksista

Ikääntyneiden ravitsemussuositukset	Oikein	Väärin
Ikääntyessä energiantarve vähenee.	12	11
Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ikääntyneet on jaoteltu iän mukaan.	8	15
Perusaineenvaihduntaan kuluu päivittäisestä energiantarpeesta 60-70%.	20	3
Ikääntynyt voi saada jopa 1500 kilokaloria sisältävästä ruokavaliosta riittävästi ravintoaineita.	17	6
Rasvan määrää voidaan kasvattaa, jos ikääntyneen ruokahalu ja energiansaanti on heikkoa.	18	5
Kuidun saantisuositus on 20-25g vuorokaudessa.	21	2
Liian vähäinen proteiinien saanti altistaa infektioille.	20	3
Nestevajauksesta johtuva kuivuminen voi aiheuttaa ihon kutinaa.	20	3
Hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat esimerkiksi kala ja rasvavitteet.	22	1
C-vitamiini edesauttaa kalsiumin imeytymistä.	13	10
C-vitamiinin puutoksen oireita ovat esimerkiksi hengenahdistus ja ruokahaluttomuus.	5	18
B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa immuunipuolustuksen heikentymistä.	19	4
Sukupuoli ei vaikuta kalsiumin tarpeeseen.	8	15
Ikääntyneillä alkoholin vaikutukset voimistuvat.	23	0

Taulukosta 1 nähdään, että ikääntyneiden ravitsemussuosituksien osa-alueessa eniten väärä vastaus nousi esille neljän väittämän kohdalta. Nämä

väittämät koskivat kuidun saantisuositusta, nestevajausta sekä C- ja B12-vitamiinien puutosten oireita. Ainoa väittäjä, johon kaikki vastaajat olivat vastanneet oikein, koski ikääntyneitä ja alkoholia.

Taulukko 2. Väittämät lääkehoidon vaikutuksista ravitsemukseen

Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	Oikein	Väärin
Lääkkeet eivät vaikuta ravitsemustilaan.	2	21
Mustaherukka heikentää joidenkin lääkkeiden tehoa.	8	15
Tabletteja ja kapseleita ei saa hienontaa.	9	14
Lääkkeillä voi olla heikentävä vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen.	22	1
Ruokaan sekoitettuna lääke imeytyy parhaalla mahdollisella tavalla.	1	22

Taulukko 2 kuvaa lääkehoidon väittämien tuloksia. Esiin ei noussut merkittäviä väittämiä, joissa olisi ollut eniten vääriä vastauksia. Väittämässä ”tabletteja ja kapseleita ei saa hienontaa” oli melko paljon hajontaa ja pienempi osa vastaajista oli vastannut väittämään oikein (f=9). Kaikissa muissa väittämässä oikeita vastauksia oli suurempi määrä kuin vääriä. Kahdessa viimeisessä väittämässä vain yksittäiset henkilöt olivat vastanneet väittämiin väärin.

Taulukko 3. Väittämät ikääntyneiden ravitsemuksen haasteista

Ikääntyneiden ravitsemuksen haasteet	Oikein	Väärin
Yksi virheravitsemukseen johtava tekijä on liiallinen energian, proteiinien ja ravintoaineiden saanti.	13	10
Täydennysravintovalmisteet sisältävät enemmän energiaa kuin tavallinen ruoka.	20	3
Alzheimerin oireet voivat lisätä energiantarvetta.	16	7
Ruoan rakenne vaikuttaa ravintosisältöön.	7	16
Tehostetussa ruokavaliossa energian määrä on normaalia suurempi.	21	2
Suurin osa keliaakikoista ei voi syödä kauraa.	9	14
Diabeetikolle suositeltava ruokavalio on pääpiirteittäin samanlainen kuin muulle väestölle.	18	5
Ummetuksen syynä on yleensä liian vähäinen kuidun määrä.	22	1
Ärtyvän suolen oireyhtymästä kärsivän henkilön kannattaa välttää oireita	12	11

Taulukko 3 käsittelee ikääntyneiden ravitsemuksen haasteita koskevia väittämiä, jossa esille nousi muutamia väittämiä, jotka olivat keränneet huomattavasti eniten vääriä vastauksia. Täydennysravintovalmisteita ja tehostettua ruokavaliota koskevat väittämät olivat jakautuneet niin, että täydennysravintovalmisteita koskevassa väittämässä oli vain kolme oikeaa vastausta ja tehostet-

tua ruokavaliota koskevassa vain kaksi. Ärtynyttä suolta koskevassa väittämässä vastaukset olivat jakaantuneet lähes tasan. Parhaiten vastaajat olivat tienneet ummetusta sekä diabeetikoita koskevat väittämät. Ummeuksesta koskevassa väittämässä väriä vastauksia oli ainoastaan yksi.

Taulukko 4. Väittämät ravitsemuksen seurannasta ja arvioinnista

Ravitsemuksen seuranta ja arviointi	Oikein	Väärin
Kotihoidon piirissä paino tulisi mitata mielellään kerran kuukaudessa.	23	0
Ruuankäyttölomakkeeseen kirjataan ylös syödyn ruuan määrä.	18	5
MNA-testi tulee tehdä asiakkaalle vähintään kerran vuodessa.	17	6

Viimeinen osa-alue sisälsi väittämiä ravitsemuksen seurannasta ja arvioinnista ja niitä kuvataan taulukossa 4. Tässä osa-alueessa kaikki vastaajat olivat vastanneet oikein painon mittaamista koskevaan väittämään. Myös kahdessa muussa väittämässä suurin osa vastaajista oli vastannut oikein. Eniten väriä vastauksia oli MNA-testiä koskevassa väittämässä (f=6).

Seuraavana kysymyksillä 39 ja 40, halusimme selvittää kotihoidon hoitohenkilökunnan omaa kokemusta ravitsemusosaamisestaan. Ensimmäisenä kysyimme ravitsemustilan seurannan osaamisesta. Vaihtoehtoina osaamiselle olivat; huonosti, tyydyttävästi, hyvin ja erinomaisesti. Tyydyttäväksi ravitsemusosaamisensa koki 13 vastaajaa ja hyväksi 10 vastaajaa. Kukaan vastaajista ei siis kokenut osaamistaan huonoksi, eikä myöskään erinomaiseksi.

Kysyimme myös hoitohenkilökunnan omaa kokemusta ravitsemustilan arvioinnin osaamisesta. Vastaukset jakautuivat myös tässä kysymyksessä kahteen vastausvaihtoehtoon, tyydyttävästi ja hyvin. Tyydyttävästi ravitsemustilan arvioinnin koki osaavansa 10 vastaajaa ja hyvin 13 vastaajaa. Myöskään tähän kysymykseen kukaan ei ollut vastannut vaihtoehdolla huonosti tai erinomaisesti.

Kyselyn viimeisen kysymyksen eli numeron 41 avulla selvitimme, kokeeko hoitohenkilökunta tarvitsevansa lisäkoulutusta ravitsemuksesta. Tässä kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Eniten lisäkoulutusta kaivattiin lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen (f=18) sekä dementoituneen ravitse-

muksesta (f=17). Seuraavaksi yleisimmät vastaukset olivat ali- ja virheravitsemus sekä ravitsemuksen seuranta ja arviointi. Ne keräsivät molemmat 12 vastausta. Lisäkoulutusta ravitsemussuosituksista ikääntyneille kaipasi yhdeksän vastaajaa ja erityisruokavalioista seitsemän vastaajaa. Tässä kysymyksessä oli myös mahdollisuus vastata omin sanoin, mistä kaipasi lisäkoulutusta. Ainoastaan yksi vastaajista oli vastannut tähän. Hänelle oli jäänyt epäselväksi, mikä MNA-testi on ja kaipasi siitä lisäkoulutusta.

9.2 Haminan tulokset

Haminan kotihoidon 27 vastaajasta suurin osa oli lähihoitajia (f=20), kodinhoitajia tai kotiavustajia oli neljä ja sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia oli kolme. Yli 10 vuoden työkokemuksen omaisi vastaajista 15 henkilöä, 1–5 vuotta työkokemusta oli seitsemällä, 6–10 vuotta kolmella ja alle yksi vuosi kahdella vastaajalla.

Kaikki vastaajat ilmoittivat seuraavansa asiakkaiden ravitsemustilaa. Myös Haminan kotihoidon vastaajista yli puolet (f=18) toi esille ravitsemuksen seurannan keinona painon seurannan. Vastaajista 20 mainitsi jollakin tavalla vastauksessaan seuraavansa asiakkaiden syömistä, ruoan menekkiä sekä sitä millaista ruokaa heidän kaapeissaan on. Uutena asiana Haminan vastauksissa (f=8) nousi esille ruokailusta kyseleminen asiakkailta. Hoitajat olivat maininneet esimerkiksi seuraavia asioita:

”Painon seuranta ja ruokavalion seuranta.”

”Häviääkö ruokaa kaapista, tulee ko ateriapalvelun ruoka syötyä, painon seuranta.”

”...Kyselen päivittäisistä syömisistä...”

Esille nousi myös se, että kiinnitetään yhdessä asiakkaan tai omaisen kanssa huomiota siihen, millaista ruokaa asiakkaalle hankitaan (f=5). Vastausten mukaan jotkut hoitajista keskustelevat asiakkaan kanssa ravitsemusasioista ja antavat heille neuvoja ja ohjeita (f=6). Yksittäisiä vastauksia olivat esimerkiksi vireystilan seuranta, vatsantoiminnan seuranta, ihon värin tarkkailu ja suun terveys. Hoitajat olivat kertoneet muun muassa alla olevia asioita:

”...Tekemällä kauppalistoja asiakkaan kanssa ja ehdottamalla vaihtoehtoja.”

”...Ohjeistan omaisia hankkimaan tarvittaessa monipuolisempaa ravintoa.”

”Kerron terveellisestä ja monipuolisesta ravinnosta...”

”...Vireystila, suun terveys...”

Myös Haminan tulosten mukaan MNA-testin käyttö ravitsemuksen arvioinnissa on hyvin vähäistä. Vain viisi hoitajista vastasi käyttävänsä sitä, ja loput 22 vastasi kieltävästi. Näistä viidestä kolme tekee MNA-testin asiakkaalle kerran vuodessa. Loput kaksi vastausta jakautuivat niin, että toinen käyttää testiä harvemmin kuin kerran vuodessa ja toinen useammin kuin kerran vuodessa.

Seuraava osio sisälsi väittämiä, joilla testasimme vastaajien ravitsemusosamista. Taulukoissa sinisellä pohjustetut numerot ovat oikeita vastauksia.

Taulukko 5. Väittämät ikääntyneiden ravitsemussuosituksista

Ikääntyneiden ravitsemussuosituksiset	Oikein	Väärin
Ikääntyessä energiantarve vähenee.	21	6
Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ikääntyneet on jaoteltu iän mukaan.	10	17
Perusaineenvaihduntaan kuluu päivittäisestä energiantarpeesta 60-70%.	24	3
Ikääntynyt voi saada jopa 1500 kilokaloria sisältävästä ruokavaliosta riittävästi ravintoaineita.	13	14
Rasvan määrää voidaan kasvattaa, jos ikääntyneen ruokahalu ja energiansaanti on heikkoa.	23	4
Kuidun saantisuositus on 20-25g vuorokaudessa.	19	8
Liian vähäinen proteiinien saanti altistaa infektioille.	23	4
Nestevajauksesta johtuva kuivuminen voi aiheuttaa ihon kutinaa.	21	6
Hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat esimerkiksi kala ja rasvavitteet.	25	2
C-vitamiini edesauttaa kalsiumin imeytymistä.	20	7
C-vitamiinin puutoksen oireita ovat esimerkiksi hengenahdistus ja ruokahaluttomuus.	7	20
B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa immuunipuolustuksen heikentymistä.	23	4
Sukupuoli ei vaikuta kalsiumin tarpeeseen.	10	17
Ikääntyneillä alkoholin vaikutukset voimistuvat.	24	3

Haminan tuloksissa ikääntyneiden ravitsemussuosituksia koskevissa väittämässä, jotka esiintyvät taulukossa 5, eniten vääriä vastauksia oli samoissa väittämässä kuin Kotkan vastaajilla. Nämä väittämät koskivat kuidun saantisuosituksista, nestevajauksesta sekä C- ja B12-vitamiinien puutosten oireita. Parhaiten väittämistä oli tiedetty perusaineenvaihduntaa, D-vitamiinin lähteitä sekä ikääntyneitä ja alkoholia koskevat väittämät.

Taulukko 6. Väittämät lääkehoidon vaikutuksista ravitsemukseen

Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	Oikein	Väärin
Lääkkeet eivät vaikuta ravitsemustilaan.	1	26
Mustaherukka heikentää joidenkin lääkkeiden tehoa.	11	16
Tabletteja ja kapseleita ei saa hienontaa.	16	11
Lääkkeillä voi olla heikentävä vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen.	26	1
Ruokaan sekoitettuna lääke imeytyy parhaalla mahdollisella tavalla.	1	26

Taulukosta 6 nähdään, että lääkehoitoa koskevissa väittämässä jokaisessa väittämässä suurin osa vastaajista oli vastannut oikein. Kolmessa väittämässä vastaukset olivat jakautuneet niin, että vain yksittäiset henkilöt olivat vastanneet väärin. Muissa kahdessa väittämässä, jotka koskivat mustaherukkaa sekä tablettien ja kapseleiden hienontamista vastaukset olivat jakaantuneet niin, että oikeita vastauksia oli 16 ja vääriä 11.

Taulukko 7. Väittämät ikääntyneiden ravitsemuksen haasteista

Ikääntyneiden ravitsemuksen haasteet	Oikein	Väärin
Yksi virheravitsemukseen johtava tekijä on liiallinen energian, proteiinien ja ravintoaineiden saanti.	9	18
Täydennysravintovalmisteet sisältävät enemmän energiaa kuin tavallinen ruoka.	18	9
Alzheimerin oireet voivat lisätä energiantarvetta.	20	7
Ruoan rakenne vaikuttaa ravintosisältöön.	5	22
Tehostetussa ruokavaliossa energian määrä on normaalia suurempi.	25	2
Suurin osa keliaakikoista ei voi syödä kauraa.	16	11
Diabeetikolle suositeltava ruokavalio on pääpiirteittäin samanlainen kuin muulle väestölle.	25	2
Ummetuksen syynä on yleensä liian vähäinen kuidun määrä.	26	1
Ärtyvän suolen oireyhtymästä kärsivän henkilön kannattaa välttää oireita	19	8

Myös ikääntyneiden ravitsemuksen haasteita koskevissa väittämässä, joita käsitellään taulukossa 7, oli eniten vääriä vastauksia samoissa väittämässä kuin Kotkan vastaajilla. Näitä väittämiä olivat täydennysravintovalmisteita, ruoan rakennetta sekä tehostettua ruokavaliota koskevat väittämät. Haminan tuloksissa myös virheravitsemusta ja ärtyvää suolta koskevissa väittämässä oli enemmän vääriä kuin oikeita vastauksia. Parhaiten Haminan kotihoidon vastaajat olivat tienneet samat väittämät kuin Kotkan vastaajat. Diabetesta koskevassa väittämässä vääriä vastauksia oli ainoastaan kaksi ja ummetusta koskevassa ainoastaan yksi.

Taulukko 8. Väittämät ravitsemuksen seurannasta ja arvioinnista

Ravitsemuksen seuranta ja arviointi	Oikein	Väärin
Kotihoidon piirissä paino tulisi mitata mielellään kerran kuukaudessa.	26	1
Ruuankäyttölomakkeeseen kirjataan ylös syödyn ruuan määrä.	25	2
MNA-testi tulee tehdä asiakkaalle vähintään kerran vuodessa.	25	2

Taulukko 8 käsittelee ravitsemuksen seurantaa ja arviointia koskevia väittämiä. Lähes kaikki Haminan vastaajat olivat vastanneet jokaiseen väittämään oikein. Painoa koskevassa väittämässä vääriä vastauksia oli ainoastaan yksi ja kahdessa muussa väittämässä vääriä vastauksia oli kaksi.

Kyselyn viimeisessä osiossa, jossa vastaajat saivat arvioida omaa osaamistaan, saimme Haminan kohdalla seuraavia vastauksia. Ravitsemustilan seurannan koki hoitohenkilökunnasta 14 osaavansa tyydyttävästi ja 12 hyvin. Ainoastaan yksi oli vastannut osaavansa seurannan huonosti. Kukaan ei kokenut osaamistaan erinomaiseksi.

Myös ravitsemustilan arvioinnissa suurin osa koki osaamisensa tyydyttäväksi (f=16). Hyväksi osaamisensa koki 11 vastaajaa. Kukaan ei ollut valinnut huonoa tai erinomaista kuvailemaan osaamistaan tässä alueessa.

Myös Haminan vastauksista ilmeni, että hoitohenkilökunta kaipaa eniten lisäkoulutusta lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen (f=22). Dementoituneen ravitsemuksesta ja ikääntyneiden ravitsemussuosituksista kaivattiin seuraavaksi eniten lisäkoulutusta. Molempiin tuli 15 vastausta. Loput kolme vastausvaihtoehtoa keräsivät vastauksia hyvin tasaisesti. Ravitsemuksen seurannasta ja arvioinnista sekä ali- tai virheravitsemuksesta kaipaa lisäkoulutusta 13 vastaajaa ja erityisruokavalioista 12 vastaajaa. Kukaan ei ollut vastannut kysymykseen omin sanoin.

9.3 Kaakon kaksikon tulokset

Kaakon kaksikosta saimme yhteensä 11 vastausta. Näistä vastaajista 10 oli lähihoitajia ja yksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Kodinhoitajia tai kotiavustajia ei ollut ollenkaan. Myös Kaakon kaksikossa vastaajilla oli eniten työkokemusta yli 10 vuoden ajalta (f=5). Lähes yhtä suurella määrällä (f=4) kokemusta oli 1–5 vuotta ja kahdella vastaajista 6–10 vuotta.

Asiakkaiden ravitsemustilaa ilmoitti seuraavansa vastaajista jokainen (f=11). Seuraavaan kysymykseen, jossa tiedustelimme hoitohenkilökunnan keinoja seurata asiakkaiden ravitsemustilaa, saimme vain 10 vastausta. Yksi vastaajista ei siis ole vastannut tähän. Kaakon kaksikon kotihoidossa, niin kuin myös Kotkan ja Haminan kotihoidoissa, yleisin vastaus oli painon seuranta (f=8). Vastaajista neljä oli maininnut kaappien tai jääkaappien sisällön tarkkailun ja neljä ruokailun seurannan. Täysin uutena asiana tuloksista ilmeni MNA-testin tekeminen tarvittaessa. Neljä vastaajista oli maininnut vastauksessaan sen käytön. Hoitajat kertoivat muun muassa seuraavia asioita:

”Painon säännöllinen mittaus, jääkaapin sisällön tarkistaminen, MNA-testi tarvittaessa.”

”Katson käynnillä, että syö. Tarkkaillen kaappeja. Punnitsen asiakkaan yhden kerran kuussa.”

Kaksi vastaajista kertoi seuraavansa asiakkaan roskakoria sinne mahdollisesti heitettyjen ruokien vuoksi. Yksittäisinä vastauksina nousivat esille esimerkiksi ihon värin, yleiskunnon ja juomisen seuranta. Hoitajat mainitsivat esimerkiksi alla olevia asioita:

”Ravinnon saanti, mitä syö ja juo.”

”...Tarkistan onko ruokaa roskiksessa.”

MNA-testin käyttö ravitsemuksen arvioinnissa jakautui hyvin tasaisesti. Viisi vastasi kieltävästi ja kuusi kertoi käyttävänsä sitä. Näistä kuudesta kaksi käyttää MNA-testiä yhtä asiakasta kohden harvemmin kuin kerran vuodessa, kaksi kerran vuodessa ja kaksi useammin kuin kerran vuodessa.

Seuraavassa osiossa testasimme vastaajien ravitsemusosaamista erilaisilla ikääntyneitä ja ravitsemusta koskevilla väittämillä. Taulukoissa sinisellä pohjustetut numerot ovat oikeita vastauksia.

Taulukko 9. Väittämät ikääntyneiden ravitsemussuosituksista

Ikääntyneiden ravitsemussuositukset	Oikein	Väärin
Ikääntyessä energiantarve vähenee.	4	7
Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ikääntyneet on jaoteltu iän mukaan.	7	4
Perusaineenvaihduntaan kuuluu päivittäisestä energiantarpeesta 60-70%.	8	3
Ikääntynyt voi saada jopa 1500 kilokaloria sisältävästä ruokavaliosta riittävästi ravintoaineita.	6	5
Rasvan määrää voidaan kasvattaa, jos ikääntyneen ruokahalu ja energiansaanti on heikkoa.	10	1
Kuidun saantisuositus on 20-25g vuorokaudessa.	9	2
Liian vähäinen proteiinien saanti altistaa infektioille.	10	1
Nestevajauksesta johtuva kuivuminen voi aiheuttaa ihon kutinaa.	11	0
Hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat esimerkiksi kala ja rasvalevitteet.	10	1
C-vitamiini edesauttaa kalsiumin imeytymistä.	9	2
C-vitamiinin puutoksen oireita ovat esimerkiksi hengenahdistus ja ruokahaluttomuus.	4	7
B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa immuunipuolustuksen heikentymistä.	8	3
Sukupuoli ei vaikuta kalsiumin tarpeeseen.	3	8
Ikääntyneillä alkoholin vaikutukset voimistuvat.	11	0

Ensimmäisessä osa-alueessa, jota kuvataan taulukossa 9, Kaakon kaksikon vastauksissa nousi esille kolme väittämää, joissa oli eniten vääriä vastauksia. Nämä kolme väittämää koskivat kuidun saantisuositusta, nestevajasta sekä B-12 vitamiinin puutosta. Nämä kolme eniten vääriä vastauksia keränneet väittämät tulivat esille jokaisen kunnan tuloksissa. Kaakon kaksikon vastaajista kaikki olivat vastanneet väärin nestevajasta koskevaan väittämään. Oikeita vastauksia eniten oli kerännyt ikääntyneitä ja alkoholia koskeva väittämä, tähän kaikki vastaajat olivat vastanneet oikein. Myös viides väittämä rasvan määrästä, seitsemäs väittämä proteiinin saannista sekä D-vitamiinin lähteet olivat hyvin tiedettyjä. Näihin vain yksittäiset henkilöt olivat vastanneet väärin.

Taulukko 10. Väittämät lääkehoidon vaikutuksista ravitsemukseen

Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	Oikein	Väärin
Lääkkeet eivät vaikuta ravitsemustilaan.	0	11
Mustaherukka heikentää joidenkin lääkkeiden tehoa.	6	5
Tabletteja ja kapseleita ei saa hienontaa.	7	4
Lääkkeillä voi olla heikentävä vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen.	11	0
Ruokaan sekoitettuna lääke imeytyy parhaalla mahdollisella tavalla.	0	11

Taulukossa 10 esiintyvät lääkehoitoa koskevat väittämät, joihin oli Kaakon kaksikossa vastattu pääosin oikein. Kolmessa väittämässä kaikki 11 vastaajaa

olivat vastanneet oikein. Kahdessa muussa väittämässä, jotka koskivat musta-herukkaa ja tablettien ja kapseleiden hienontamista vastaukset olivat jakaantuneet melko tasan oikeiden ja väärin vastauksien kesken. Samat väittämät olivat jakaneet mielipiteitä myös Kotkan ja Haminan vastauksissa.

Taulukko 11. Väittämät ikääntyneiden ravitsemuksen haasteista

Ikääntyneiden ravitsemuksen haasteet	Oikein	Väärin
Yksi virheravitsemukseen johtava tekijä on liiallinen energian, proteiinien ja ravintoaineiden saanti.	4	7
Täydennysravintovalmisteet sisältävät enemmän energiaa kuin	8	3
Alzheimerin oireet voivat lisätä energiantarvetta.	6	5
Ruoan rakenne vaikuttaa ravintosisältöön.	5	6
Tehostetussa ruokavaliossa energian määrä on normaalia suurempi.	11	0
Suurin osa keliaakikoista ei voi syödä kauraa.	7	4
Diabeetikolle suositeltava ruokavalio on pääpiirteittäin samanlainen kuin muulle väestölle.	8	3
Ummetuksen syynä on yleensä liian vähäinen kuidun määrä.	11	0
Ärtyvän suolen oireyhtymästä kärsivän henkilön kannattaa välttää oireita	7	4

Taulukko 11 käsittelee ikääntyneiden ravitsemuksen haasteisiin liittyviä väittämiä. Tässä osa-alueessa löytyi eniten vääriä vastauksia täydennysravintovalmisteita sekä tehostettua ruokavaliota koskevissa väittämässä. Nämä kaksi väittämää olivat esillä myös Kotkan ja Haminan tuloksissa. Tehostettua ruokavaliota koskevaan väittämään olivat kaikki vastaajat vastanneet väärin. Täydennysravintovalmisteita käsittelevässä väittämässä vääriä vastauksia oli kahdeksan. Ummetusta koskevaan väittämään kaikki vastaajat olivat vastanneet oikein. Toinen väittäjä, joka oli tuottanut eniten oikeita vastauksia koski diabeetikkoja. Myös nämä kaksi eniten oikeita vastauksia keränneet väittämät tulivat esille kaikkien kolmen kunnan vastauksissa.

Taulukko 12. Väittämät ravitsemuksen seurannasta ja arvioinnista

Ravitsemuksen seuranta ja arviointi	Oikein	Väärin
Kotihoidon piirissä paino tulisi mitata mielellään kerran kuukaudessa.	11	0
Ruuankäyttölomakkeeseen kirjataan ylös syödyn ruuan määrä.	10	1
MNA-testi tulee tehdä asiakkaalle vähintään kerran vuodessa.	11	0

Taulukosta 12 nähdään, että ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa oli kokonaisuudessaan Kaakon kaksikossa vain yksi väärä vastaus. Tämä vastaus oli väitteessä, joka koski ruoankäyttölomaketta. Siis vain yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki Kaakon kaksikon vastaajat olivat vastanneet oikein jokaiseen kolmeen väittämään koskien ravitsemuksen seuranta ja arviointia.

Kyselyn viimeisessä osiossa Kaakon kaksikon vastaukset omasta osaamisestaan olivat seuraavanlaisia. Ravitsemustilan seuraamisen osasi vastaajista seitsemän tyydyttävästi ja neljä hyvin. Vastausvaihtoehdot huonosti ja erinomaisesti eivät saaneet yhtään vastausta.

Vastaukset ravitsemustilan arvioinnin osaamisesta jakautuivat melko tasaisesti kahden vastausvaihtoehdon välillä. Tyydyttäväksi osaamisensa koki kuusi vastaajaa ja hyväksi viisi vastaajaa. Myöskään Kaakon kaksikon vastauksissa kukaan ei kokenut osaamistaan huonoksi tai erinomaiseksi.

Lisäkoulutusta koskevan kysymyksen vastaukset jakautuivat todella tasaisesti. Kaakon kaksikossa, niin kuin myös Kotkassa ja Haminassa, lisäkoulutusta kaivattiin eniten lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen ($f=8$). Saman verran vastauksia sai myös dementoituneen ravitsemus. Erityisruokavalioista lisäkoulutusta kaipasi seitsemän vastaajaa, ali- tai virheravitsemuksesta kuusi vastaajaa, ikääntyneiden ravitsemussuosituksista viisi vastaajaa ja ravitsemuksen seurannasta ja arvioinnista neljä vastaajaa. Kaakon kaksikossakaan kukaan ei ollut vastannut tähän kysymykseen omin sanoin.

10 POHDINTA

Saavutimme tutkimuksellamme tavoitteet, joita olimme asettaneet, ja saimme vastauksia tutkimusongelmiimme. Olisimme kuitenkin toivoneet hieman suurempaa vastausprosenttia, jolloin tutkimuksemme luotettavuus olisi kasvanut. Olimme tyytyväisiä kysymyksiin, joita olimme päättäneet kyselyssä kysyä, eikä jälkikäteen tullut mieleen asioita, joita olisi kyselyssä pitänyt tehdä toisin.

Vastausprosentiksi saimme loppujen lopuksi 25 %. Taustatietokysymysten kohdalla ei ollut mitään epäselvyyksiä. Vastauksista huomasimme, että suurin osa kyselyyn vastaajista olivat lähiohitajia ja suurimmalla osalla työkokemus-

takin oli kertynyt jo yli 10 vuotta. Monet vastaajista olivat siis kokeneita hoitotyön osajia. Tulokset saatuamme päätimme tarkastella niitä kunnittain, jotta jokainen tutkimukseen osallistunut kunta saisi mahdollisimman suuren hyödyn ja näkisivät millaisia tuloksia heidän oman kotihoitonsa osalta saimme.

Kaikkien kolmen kunnan vastauksissa huomasimme kuitenkin hyvin paljon yhtäläisyyksiä, toki myös joitakin eroja. Vastausten perusteella kotihoidon hoitajat seuraavat tiiviisti asiakkaidensa ravitsemustilaa. Jokaisessa kunnassa esille nousi useissa vastauksissa keinona painon seuranta. Harvoissa vastauksissa oli kuitenkaan mainintaa siitä, kuinka usein painoa seurataan. Painon seurannan tulisi olla säännöllistä, kotihoidon piirissä mielellään kerran kuussa tapahtuvaa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30). Painon seurannan kohdalla voisimme siis pohtia, onko kotihoidoissa painon seuranta riittävän säännöllistä, jotta mahdolliset muutokset huomataan ajoissa. Väittämien kohdalla huomasimme kuitenkin, että lähes kaikki kyselyyn vastanneet olivat vastanneet oikein väittämään ”kotihoiton piirissä paino tulisi mitata mielellään kerran kuukaudessa”. Tästä voimme siis päätellä, että kotihoidon hoitajat ainakin tietävät, kuinka usein painoa tulisi seurata. Avoimeksi jää se, toteutuuko tämä kotihoidossa. Kukaan ei ollut vastauksessaan maininnut käyttävänsä ruoankäyttölomaketta (liite 2). Tätä käytetään, jos ikääntynyt on huomattavasti laihtunut, ruokahalu tai ruokavalion laatu on huono tai syödyn ruoan määrä on vähäinen (Suominen & Jyväkorpi 2012, 25).

Jokaisessa kotihoidossa tuli esille vastauksia, jotka oli mainittu vain kyseisen kunnan vastauksissa. Kotkassa ravitsemustilan seurannan keinona oli mainittu verikokeiden ottaminen, Haminassa asiakkailta itseltä kysyminen ja Kaakon kaksikossa MNA-testit. On mahdollista, että moni vastaaja oli ajatellut MNA-testien kuuluvan ravitsemuksen arviointiin, niin kuin tässäkin työssä olimme ajatelleet. Siksi vastaajat olivat saattaneet jättää sen mainitsematta ravitsemustilan seurannan keinoja kysyttäessä

Kuitenkin Kaakon kaksikko, joka oli ainoana kuntana maininnut MNA-testit ravitsemustilan seurannan keinona, oli kunta, jossa eniten vastaajia oli kertonut käyttävänsä MNA-testiä ravitsemuksen arvioinnissa. Kotkassa testiä vastasi käyttävänsä 23 vastaajasta ainoastaan kolme ja Haminassa 27 vastaajasta neljä. Kaakon kaksikossa määrä oli suhteessa vastaajiin suurin, sillä 11 vas-

taajasta kuusi kertoi käyttävänsä testiä. Kyselyn vastauksissa huolestui kuitenkin eniten siitä, kuinka pieni määrä vastaajista käyttää MNA-testiä ravitsemuksen arvioinnissa. Suositusten mukaan se tulisi kuitenkin tehdä asiakkaalle vähintään kerran vuodessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9). Tässä kysymyksessä jäimmekin pohtimaan sitä, onko mahdollista, ettei kotihoidossa ole tarvetta käyttää MNA-testiä ja siksi niin moni oli vastannut kieltävästi. Kotihoidon asiakaskunta on kuitenkin suurelta osin vanhuksia, joiden ravitsemustilassa on varmasti puutteita, joten voisimme kuvitella, että testille olisi kyllä käyttöä. Ehkä testien tekemiselle ei ole aikaa tai hoitajilla ei ole riittävästi tietoa ja osaamista MNA-testin suhteen?

Väittämässä huomasimme yhtäläisyyksiä siinä, että lähes jokaisessa osa-alueessa oli kuntien kesken samoissa väittämässä eniten vääriä ja oikeita vastauksia. Ikääntyneiden ravitsemuksen haasteita koskevan osa-alueen väittämässä oli jokaisessa kunnassa suhteessa eniten vääriä vastauksia. Tässä aihealueessa hoitajilla olisi eniten kehittämistarvetta. Koko kyselyssä eniten vääriä vastauksia keräsivät väittämät, jotka koskivat täydennysravintovalmisteita, tehostettua ruokavaliota, kuidun saantisuositusta, nestevajasta sekä B12-vitamiinin puutosta. Näissä asioissa hoitajilla on siis selkeästi tiedonpuutetta. Sen sijaan eniten oikeita vastauksia keräsivät väittämät proteiinista, D-vitamiinista, perusaineenvaihdunnasta, ummetuksesta sekä diabeteksestä. Erityistä huomiota kiinnitimme siihen, miten hyvin ravitsemuksen seuranta ja arviointia sekä lääkehoitoa koskevien osa-alueiden väittämät oli tiedetty jokaisessa kunnassa. Hoitajilla on siis näistä asioista teoriatieto, mutta niin kuin edellä käy ilmi, he eivät kuitenkaan toteuta ravitsemuksen arviointia esimerkiksi tekemällä MNA-testiä suositusten mukaisesti. Ravitsemuksen seurannan osalta käytännön osaaminen vaikutti olevan parempaa. Tämä tulee ilmi avoimesta kysymyksestä, jossa vastaajat saivat kertoa kuinka he seuraavat asiakkaiden ravitsemustilaa. Monet vastaajista olivat maininneet oikeita asioita, kuten painon seuranta ja ruokailun seuranta.

Oman osaamisen arvioinnissa hoitajat olivat itse arvioineet osaamisensa tyydyttäväksi ja hyväksi sekä ravitsemustilan seurannassa että arvioinnissa. Näistä kahdesta vaihtoehdosta enemmän vastauksia keräsi molemmissa vaihtoehdoissa tyydyttävästi. Ainoastaan yksi oli arvioinut osaamisensa huonoksi. Hoitajat kokivat siis selvästi epävarmuutta näiden asioiden osaamisessa. Kyselyn

perusteella pohdimme sitä, että olivatko hoitajat aliarvioineet omaa osaamistaan ravitsemuksen seurannan suhteen, sillä avoimeen kysymykseen koskien ravitsemustilan seurannan keinoja, oli osattu vastata hyvin. Myös ravitsemuksen seuranta koskeviin väittämiin oli suurimmaksi osaksi vastattu oikein. Tulosten perusteella hoitajien osaaminen ravitsemustilan seurannassa on siis mielestämme hyvää. Ravitsemuksen arvioinnissa taas hoitajat olivat osanneet arvioida oman osaamisensa mielestämme paremmin, sillä MNA-testin käytössä heillä on isoja puutteita. Näiden tulosten perusteella hoitajien osaamista voisi siis sanoa tyydyttäväksi tällä osa-alueella.

Lisäkoulutusta vastaajat kaipasivat ylivoimaisesti eniten lääkkeiden vaikutuksesta ravitsemukseen (f=48). Myös Salon (2012) ja Koivulan (2014) tutkimusten mukaan yksi osa-alue, josta kaivattiin eniten koulutusta, oli lääkkeiden ja ruoan yhteen sopivuus. Tutkimuksessamme tämä vastaus yllätti meidät, sillä väittämät lääkehoidon vaikutuksista ravitsemukseen oli toinen parhaiten tiedetyistä osa-alueista. Mietimme, onko tässä kyse hoitajien epävarmuudesta vai mikä sai heidät toivomaan lisäkoulutusta tästä aiheesta. Tästä aiheesta voisi hyvin tehdä jatkotutkimusta. Toiseksi eniten koulutusta kaivattiin dementoituneen ravitsemuksesta (f=40). Loput vastauksista jakautuivat melko tasaisesti, mutta vähiten lisäkoulutusta kaivattiin erityisruokavalioista (f=26). Sen sijaan Salon (2012), Koivulan (2014) ja Varjosen (2010) tutkimuksissa tämä oli yksi osa-alue, josta toivottiin eniten lisäkoulutusta.

10.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kysely lähetettiin hoitajille vasta, kun olimme saaneet kaikki tutkimusluvut ja he saivat itse päättää, osallistuvatko kyselyyn. Lain huolellisuusveloitteen mukaan tutkittavien yksityisyyden suoja ei saa loukata (Luoto 2009). Kyselyyn vastaaminen tapahtui siis anonyymisti eikä vastaajien henkilöllisyys tullut missään vaiheessa ilmi. Kotihoitojen osastonhoitajat lähettivät kyselyn kotihoiton hoitohenkilökunnalle, joten tietoomme ei tullut mitään vastaajien yhteystietoja. Myös tutkimustekstit tulee kirjoittaa niin, ettei yksittäisiä tutkittavia pysty niistä tunnistamaan (Kuula 2011, 64). Avoimista kysymyksistä otetut suorat lainaukset muutimmekin yleiskielisiksi. Taustatiedoista kysyimme ainoastaan vastaajan työtehtävän, työkokemuksen vuosina sekä kunnan, jossa vastaaja työskentelee.

Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastellaan tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa ja tarkkuudella tarkoitetaan sitä, ettei tutkimuksessa ole satunnaisvirheitä. Tällöin arvioidaan muun muassa vastausprosenttia. (Vilkkä 2007, 149–150.) Kyselymme luotettavuus olisikin kasvanut, jos vastausprosenttimme olisi ollut suurempi. Kyselyllämme oli riittävä teoriatausta, ja kaikki kyselyn kysymykset pohjautuivat teoria osuuteen. Tämän varmistimme muuttujataulukon avulla (liite 4). Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, miten vastaajat ymmärtävät kyselylomakkeen ja sen kysymykset (Vilkkä 2007, 150). Kysymysten tulisi olla selkeitä, teknisesti yksinkertaisia ja niiden testaus on tärkeää, sillä siitä voi käydä ilmi kysymysten mahdolliset epäselvyydet. (Luoto 2009). Pyrimmekin tekemään kysymykset mahdollisimman selkeiksi ja esitestasimme kyselyn kahdella hoitoalan ammattilaisella. Jos verkkolomake on vapaasti saatavilla, tulee tutkimukselliseksi ongelmaksi muun muassa aineiston luotettavuuden arviointi (Kuula 2011, 174). Linkki kyselyyn lähetettiin ainoastaan kotihoitojen hoitohenkilökunnille, joten voimme olla varmoja siitä, että kaikki kyselyn vastaajat ovat hoitotyön ammattilaisia. Väittämässä on mahdollisuus siihen, että vastaajat ovat vastanneet väittämiin arvaamalla. Tämä voi siis vaikuttaa luotettavuuteen, koska osa oikeista vastauksista on saatettu saada arvaamalla.

10.2 Kehittämiskohteita ja jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksemme pohjalta kyselyyn osallistuneiden kotihoitojen kehittämiskohteina olisi erityisesti MNA-testi ja siihen liittyvät asiat. Hoitajille voitaisiin järjestää lisäkoulutusta MNA-testistä ja sen käytöstä. Suurin osa hoitajista kaipasi itse lisäkoulutusta lääkehoidon vaikutuksista ravitsemukseen, joten myös tästä aiheesta olisi todennäköisesti tarpeen järjestää koulutusta.

Tutkimuksestamme nousi esille muutama asia, joita voisi tutkia vielä lisää. Esimerkiksi MNA-testistä ja sen käytöstä voisi tehdä oman kyselynsä, joka keskittyisi vain tähän asiaan. Näin saisimme vielä tarkempaa tietoa siitä, miksi MNA-testi on tutkimuksessamme esiintyvissä kotihoidoissa niin vähän käytetty ja osataanko testiä käyttää oikein. Toinen jatkotutkimusaihe voisi käsitellä lääkehoitoa ja ravitsemusta, jotta saisimme vielä yksityiskohtaisempaa tietoa siitä, millaisissa asioissa hoitajilla on puutteita tässä aihealueessa. Kyselysämme ei tullut esille erityisiä puutteita lääkehoidon vaikutuksessa ravitsemukseen, mutta silti hoitajat kaipasivat tästä lisäkoulutusta. Jatkotutkimuksessa voisi tutkia syytä tähän.

LÄHTEET

- Aro, A. 2013. Kalsium. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00029 [viitattu 30.10.2015].
- Gerontologinen ravitseminen Gery Ry. 2015a. D-vitamiini. Saatavissa: <http://www.gery.fi/suosituksset/d-vitamiini/> [viitattu 30.10.2015].
- Gerontologien ravitseminen Gery Ry. 2015b. Ravitsemuksen arviointi. Saatavissa: <http://www.gery.fi/ravitsemuksen-arviointi/> [viitattu 30.10.2015].
- Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitseminen. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086 [viitattu 30.10.2015].
- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A. & Toponen, T. 2008. Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.
- Koivula, K. 2014. Kotihoitohenkilöstön ammatilliset valmiudet asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa. Opinnäytetyö ylempi AMK. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Kotkan kaupunki. Kotihoidon palvelualue. Saatavissa: <http://www.kotka.fi/asukkaalle/vanhuspalvelut/kotihoito> [viitattu 17.12.2015]
- Kotona kokonainen elämä. 2015. Saatavissa: <https://kotonakokonainenelama.wordpress.com/> [viitattu 17.12.2015]
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Osuuskunta vastapaino.
- Käypä hoito -suositus. 2013. Diabetes. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50056> [viitattu 30.10.2015].

- Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Duodecim. Saatavissa: http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66050/kyselytutkimuksen_suunnittelu_2009.pdf?sequence=1 [viitattu 7.4.2016].
- Mursu, J. & Jyrkkä, J. 2013. Hyvä ravitseminen tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Fimea. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/2_2013/hyva_ravitseminen_tukee_iakkaiden_laakehoidon_onnistumista [viitattu 30.10.2015].
- Nurmiranta, H., Leppämäki, P. & Horppu, S. 2009. Kehityopsykologiaa lapsuudesta vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.
- Puranen, T. 2010. Eläkeikäisten ravitseminen. Terveys 2000. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.
- Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitseminen –opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Trinket Oy.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry. 2008. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Salonen, J. 2015. B12-vitamiinin ja foolihapon puutos. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00788 [viitattu 30.10.2015].
- Sinisalo, L. 2015. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Suomen Luustoliitto Ry. 2015. Kalsium. Saatavissa: <http://www.luustoliitto.fi/omahoito/kalsium> [viitattu 30.10.2015].
- Suominen, M. 2008. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksien RAI-SEMINAARI. Saatavissa: http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Ikaantyneiden_ravitsemussuosituksien_23092008.pdf [viitattu 30.10.2015].
- Suominen, M. & Jyväkorpi, S. 2012. Ikääntyneen ravitseminen ja ruokapalvelut –suunnittelu ja toteutus. Trinket Oy.
- Suominen, M. 2013. Ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutukset – mitä pitää ottaa huomioon. Gerontologinen ravitseminen Gery Ry. Saatavissa: <http://gery-fibin.directo.fi/@Bin/d4f650145454c2d81afabd549576cf82/1444812348/application/pdf/175318/L%C3%A4%C3%A4kkeet%20ja%20ravitseminen,%20Merja%20Suominen.pdf> [viitattu 30.10.2015]

Toivola, L.-E. 2014. ”Tehdään se riittävä mitä voidaan, mutta ihmeitä ei voi tehdä.” Hoitajien ravitsemusosaaminen ja ravitsemushoidon toteutus ikääntyneiden palvelukeskuksessa. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima.

Varjonen, P. 2010. Myytti vai mahdollisuus – lähihoitajan ravitsemushoidon osaaminen. Opinnäytetyö ylempi AMK. Turun ammattikorkeakoulu.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.



Ravitsemustilan arviointi MNA

Mini Nutritional Assessment MNA™

Nimi: _____ Sukupuoli: _____ Ikä: _____ Päivämäärä: _____
 Paino (kg): _____ Pituus (cm): _____ Polvi-kantapää mitta, cm: _____

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän jatka loppuun asti.

Seulonta	
A Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia 0 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti 1 = kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman 2 = ei muutoksia	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma 1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus) ² kg/m ²) 0 = BMI on alle 19 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23 3 = BMI on 23 tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 pistettä tai enemmän	riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa
11 pistettä tai vähemmän	riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia

Arviointi	
G Asuuko haastatettava kotona 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
I Painehaavauksia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>

J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria	<input type="checkbox"/>
K Sisältääkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmistetta (maito, juusto, pöytä, viili) päivässä • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) • lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä 0,0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta 0,5 = jos 2 kyllä-vastausta 1,0 = jos 3 kyllä-vastausta	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia haldemiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi) 0,0 = alle 3 lasillista 0,5 = 3-5 lasillista 1,0 = enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samankäisiin 0,0 = ei yhtä hyvä 0,5 = ei tiedä 1,0 = yhtä hyvä 2,0 = parempi	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Q Olkavarren keskikohdan ympäröymitta (OVY cm) 0,0 = OVY on alle 21 cm 0,5 = OVY on 21-22 cm 1,0 = OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
R Pohkeiden ympäröymitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>

Arviointi (maksimi 16 pistettä) ,

Seulonta (maksimi 14 pistettä)

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä) ,

Asteikko

- yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila
- 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut
- alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Reviews in Gerontology*. Supplement 10: 15-28.
 Rubenstein LZ, Haber J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Skeltoned Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series: Clinical & Performance Programs, vol. 1. Karger, Biele, in press.

© 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

RUOANKÄYTTÖ - KIRJANPITOLOMAKE

**KÄYTÄ ERILLISTÄ TAULUKKOA ENERGIAN
JA PROTEIININ SAANNIN ARVIOINTIIN.
LASKE LOPUKSI KAIKKI YHTEEN.**

TAUSTATIEDOT		Osasto	
Nimi	Ikä	Päivämäärä	Viikkipäivä
Paino _____ kg	Pituus _____ cm		
Ruokavalio		Avun tarve ruokailussa	
<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Pehmeä <input type="checkbox"/> Karkea sosemainen <input type="checkbox"/> Sileä sosemainen <input type="checkbox"/> Nestemäinen		<input type="checkbox"/> Ei tarvitse apua <input type="checkbox"/> Tarvitsee tukea <input type="checkbox"/> Syötettävä	
Muita huomioita			

AAMUPALA klo _____	Ruokalaji (esim. ohrapuuro veteen, täysjyväleipä, margariini 60 %)	Syöty määrä (g, tl, rkl, dl, kpl, viipale)	Energia (kcal)	Proteiini (g)
Puuro / velli				
Mehukeitto				
Voisilmä / hillo				
Leipä				
Leivänpäälliset (%) esim. levite, juusto, leikkeleet				
Lisäke				
Juomat esim. vesi, maito (%), mehu (minkälainen?) kahvi, tee, kerma (%)				
Sokeri				
Muu ¹				
YHTEENSÄ			kcal	g

LOUNAS klo _____	Ruokalaji	Syöty määrä	Energia	Proteiini
Pääruoka				
Lisäke				
Salaatti				
Salaatinkastike				
Leipä				
Leivänpäälliset (%) esim. levite, juusto, leikkeleet				
Juomat esim. vesi, maito (%), mehu (minkälainen?) kahvi, tee, kerma (%)				
Jälkiruoka				
Muu				
YHTEENSÄ			kcal	g

¹ Merkitse esim. aterialla nautitut täydennysravintovalmisteet tähän kohtaan.

JATKUU LOMAKKEEN TOISELLA PUOLELLA →

PÄIVÄKAHVI klo _____	Ruokalaji	Syöty määrä (g, tl, rkl, dl, kpl, viipale)	Energia	Proteiini
Leipä / kahvileipä				
Lisukkeet esim. leivänpäälliset, kahvileivän lisukkeet (esim. hillo)				
Juomat esim. vesi, maito (%), mehu (minkälainen?) kahvi, tee, kerma (%)				
Muu				
YHTEENSÄ			kcal	g

PÄIVÄLLINEN klo _____	Ruokalaji	Syöty määrä	Energia	Proteiini
Pääruoka				
Lisäke				
Salaatti				
Salaatinkastike				
Leipä				
Leivänpäälliset (%) esim. levite, juusto, leikkeleet				
Juomat esim. vesi, maito (%), mehu (minkälainen?) kahvi, tee, kerma (%)				
Jälkiruoka				
Muu				
YHTEENSÄ			kcal	g

ILTAPALA klo _____	Ruokalaji	Syöty määrä	Energia	Proteiini
Leipä				
Leivänpäälliset (%) esim. levite, juusto, leikkeleet				
Viili, jogurtti				
Juomat esim. vesi, maito (%), mehu (minkälainen?) kahvi, tee, kerma (%)				
Muu				
YHTEENSÄ			kcal	g

PÄIVÄN ATERIAT YHTEENSÄ	ENERGIA (kcal)	PROTEIINI (g)

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tulokset/pohdinta
<p>Toivola Laura-Elina: "Tehdään se riittävä mikä voidaan, mutta ihmeitä ei voi tehdä." Hoitajien ravitsemusosaaminen ja ravitsemushoidon toteutus ikääntyneiden palvelukeskuksessa, 2014. Pro Gradu, Helsingin yliopisto</p>	<p>Lisätä ymmärrystä siitä, millaisten tietojen, taitojen ja asenteiden pohjalta hoitajat toteuttavat ravitsemushoitoa ja mitkä muut tekijät, kuten henkilöstöryhmien välinen yhteistyö, voivat määrittää hoidon toteutusta.</p>	<p>Puolistrukturoitu yksilöhaastattelu, analysoitiin aineistolähtöisellä sisälönanalyyysillä.</p>	<p>Neljätoista lähiohoitajaa tai vastaavan koulutuksen saanutta hoitajaa ikääntyneiden palvelukeskuksessa. 12 hoitajaa työskenteli ryhmäkodeissa ja kaksi palveluasumisen puolella.</p>	<p>Saatiin neljä pääluokkaa kuvaamaan ravitsemushoitoa: osaamisen muotoutuminen ja arviointi, ravitsemukselliset tiedot ja asenteet, ravitsemushoidon toteuttamisen ympäristö sekä ravitsemushoidon käytännön toteutus. Hoitajien osaaminen oli peräisin hyvin vaihtelevista lähteistä. Hoitajilla oli paljon tietoa ravitsemuksesta, mutta linja ei ollut aina yhtenäinen. Hoitajien ravitsemukselliset tiedot ja taidot eivät riittä turvaamaan ravitsemushoidon onnistumista. Olisi olennaista kehittää osaamista kaikille yhteisten kanavien kautta. Lisätutkimusta ravitsemushoidon ongelmakohdista tarvitaan, jotta ravitsemushoitoa voidaan edelleen kehittää ikääntyneiden tarpeita vastaavaksi.</p>

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tulokset/pohdinta
<p>Puranen Taija: Eläkeikäisten ravitsemus. Terveys 2000, 2010. Pro Gradu, Helsingin yliopisto</p>	<p>Selvittää kotona asuvien 65–84-vuotiaiden ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia. Tarkasteltavana olivat miesten ja naisten väliset erot sekä koulutuksen, siviilisäädyn, asumismuodon ja koetun terveydentilan yhteydet ruoankäyttöön ja ravintoaineiden saantiin.</p>	<p>Terveys 2000–tutkimuksen ravintokysely, joka oli toteutettu käyttäen validoitua frekvenssikyselylomaketta.</p>	<p>1195 henkilöä, jotka olivat iältään 64–85-vuotiaita. Miehiä oli 39% ja naisia 61%.</p>	<p>Naisilla oli paremmat ruokailutottumukset kuin miehillä ja he käyttivät enemmän kasviksia ja hedelmiä. Laskennallinen energiansaanti oli miehillä 2418 ja naisilla 2318 kcal vuorokaudessa. Sekä miehillä että naisilla suolan saanti oli runsasta suosituksiin nähden. Koulutus ja siviilisäätty vaikuttivat ravitsemustottumuksiin sekä miehillä että naisilla.</p>

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tulokset/pohdinta
<p>Vappu Salo: Kotipalvelun työntekijöiden koulutustarpeet ja ammatillisen kasvun tukeminen iäkkäiden ruokailuun ja ravitsemukseen liittyen, 2012. Väitöskirja, Turun yliopisto.</p>	<p>Selvittää koulutustarpeita, joita kotipalvelun työntekijöillä oli, jotta he pystyvät tukemaan tukipalvelu-aterioita nauttivien iäkkäiden ravitsemusta. Tuoda esiin niitä mahdollisuuksia, joilla voitiin käytännössä tukea työntekijöiden ammatillista kasvua.</p>	<p>Tutkimus oli kolmivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa etsittiin haastattelulla vastauksia kysymyksiin. Toisessa vaiheessa kysely lähetettiin saman kotipalvelualueen ravitsemusvastaville. Kolmannessa vaiheessa etsittiin tarpeiden pohjalta nousseita koulutusmahdollisuuksia.</p>	<p>Ensimmäisessä vaiheessa haastateltiin 19 kotipalvelun työntekijää. Toisessa vaiheessa kyselyyn vastasi 27 ravitsemusvastaavaa.</p>	<p>Eniten koulutusta kaivattiin ravitsemuksen erilaisiin osa-alueisiin, erityisruokavalioihin, lääkkeiden ja ruoan yhteen sopivuuteen sekä ruokailuun liittyviin käytännön toimiin. Suurimaksi toiveeksi nousi erityisruokavalioihin liittyvä koulutus. Työntekijöillä on halua ja kykyä uusiutua sekä kehittää itseään koulutautumalla.</p>

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tulokset/pohdinta
<p>Kaija Koivula: Kotihoitohenkilöstön ammatilliset valmiudet asiakkaiden ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa, 2014. Opinnäytetyö, ylempi AMK-tutkinto, Tampereen ammattikorkeakoulu</p>	<p>Selvittää hoitajien ammatillisia valmiuksia asiakkaan ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa kotihoidossa.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake</p>	<p>40 lähi- ja sairaanhoitajaa neljästä eri kotihoitotiimistä Sastamalan sosiaali- ja terveystalouksissa.</p>	<p>Erityisen hyvin hallittiin asiakkaan perushoitoon ja –hoivaan liittyvät valmiudet.</p> <p>Ravitsemuksen ja ruokailun tukemisessa valmiudet koettiin puutteelliseksi lääkkeiden vaikutusten, erityisryhmien ja oikeantyyppisen ravitsemuksen osaamisessa.</p> <p>Koulutustarvetta ja -halukkuutta koettiin eniten lääkkeiden vaikutusten, ravitsemushoidon ja erityisryhmien tukemisen osaamisessa.</p>

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusalue/otos	Tulokset/pohdinta
<p>Varjonen Päivi: Myytti vai mahdollisuus – lähihoitajan ravitsemushoidon osaaminen, 2010. Opinnäytetyö, ylempi AMK-tutkinto, Turun ammattikorkeakoulu</p>	<p>Selvittää lähihoitajien ravitsemushoidon osaamisista sekä osaamisen haasteita. Haettiin vastauksia siihen, mikä on lähihoitajien ravitsemushoidon osaaminen nyt, mitä ravitsemushoidon osa-alueita tulisi kehittää sekä miten osaamista tulisi kehittää, jotta ammattitaito vastaisi työelämän vaatimuksia.</p>	<p>Pehmeä systemianalyysi. Strukturoitu kysely lähihoitajille.</p>	<p>Lähihoitajat niissä työyhteisöissä, jotka ovat toimineet Loimaan ammatti- ja aikuisopiston lähihoitajaopiskelijoiden työssäoppimispaikkoina vuonna 2008.</p>	<p>Lähihoitajien osaamisen taso vaihtelee, kehitettävää riittää. Ravitsemukseen liittyviin koulutuksiin osallistuminen on ollut huonoa viime vuosina. Koulutustarvetta koettiin erityisruokavalioista ja yleisesti ravitsemushoidosta.</p>

Tutkimusongelma	Teoreettinen tarkastelu	Sivunumero	Kyselylomakkeen kysymykset ja väittämät
<p>2. Miten ikääntyneiden ravitsemusta seurataan kotihoidon henkilökunnan toimesta?</p> <p>3. Miten kotihoidon hoitohenkilökunta arvioi ikääntyneiden ravitsemusta?</p>	<p>Ravitsemuksen seuranta ja arviointi</p> <p>Ravitsemussuositukset ikääntyneille</p>	<p>19</p> <p>10</p>	<p>3. Seuraatko asiakkaiden ravitsemustilaa?</p> <p>4. Jos vastasit edelliseen kyllä, niin millä keinoin seuraat asiakkaiden ravitsemustilaa?</p> <p>38. Miten hyvin koet osaavasi ravitsemustilan seurannan?</p> <p>5. Käytätkö MNA-testiä ravitsemuksen arviointiin?</p> <p>6. Jos vastasit edelliseen kyllä, niin kuinka usein käytät MNA-testiä yhtä asiakasta kohden</p> <p>38. Miten hyvin koet osaavasi ravitsemustilan arvioinnin?</p>

1.Millaista on kotihoidon hoitohenkilökunnan ravitsemusosaaaminen?	Ikääntyneen ravitsemus	8	7. Ikääntyessä energiantarve vähenee.
	Ravitsemussuositukset ikääntyneille	9	8. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ikääntyneet on jaoteltu iän mukaan.
	Ravitsemussuositukset ikääntyneille	9	9. Perusaineenvaihduntaan kuluu energiaa päivittäisestä energiantarpeesta 60–70 %.
	Energian tarve	10	10. Ikääntynyt voi saada jopa 1500 kilokaloria sisältävästä ruokavaliosta riittävästi ravintoaineita.
	Energian tarve	10	11. Rasvan määrää voidaan kasvattaa, jos ikääntyneen ruokahalu ja energiansaanti on heikkoa.
	Energian tarve	10	12. Kuidun saantisuositus on 20-25g vuorokaudessa.
	Energian tarve	10	13. Liian vähäinen proteiinien saanti altistaa infektioille.
	Neste	11	14. Nestevajauksesta johtuva kuivuminen voi aiheuttaa ihon kutinaa.
	Vitamiinit	11	15. Hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat esimerkiksi kala ja rasvaviljat.
	Vitamiinit	12	16. C-vitamiini edesauttaa kalsiumin imeytymistä.
Vitamiinit	12	17. C-vitamiinin puutoksen oireita ovat esimerkiksi hengenahdistus ja ruokahaluttomuus.	

Vitamiinit	12	18. B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa immuunipuolustuksen heikentymistä.
Kalsium	12	19. Sukupuoli ei vaikuta kalsiumin tarpeeseen.
Ikääntyneet ja alkoholi	13	20. Ikääntyneillä alkoholin vaikutukset voimistuvat.
Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	14	21. Lääkkeet eivät vaikuta ravitsemustilaan.
Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	14	22. Mustaherukka heikentää joidenkin lääkkeiden tehoa.
Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	14	23. Tabletteja ja kapseleita ei saa hienontaa.
Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	14	24. Lääkkeillä voi olla heikentävä vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen.
Lääkehoidon vaikutukset ravitsemukseen	14	25. Ruokaan sekoitettuna lääke imeytyy parhaalla mahdollisella tavalla.
Ali- tai virheravitseminen	15	26. Yksi virheravitsemukseen johtava tekijä on liiallinen energian, proteiinien tai ravintoaineiden saanti.
Ali- tai virheravitseminen	16	27. Täydennysravintovalmisteet sisältävät enemmän energiaa kuin tavallinen ruoka.
Dementoituneen ravitsemus	16	28. Alzheimerin oireet voivat lisätä energiantarvetta.
Erityisruokavaliot	17	29. Ruoan rakenne vaikuttaa ravintosisältöön.

	Erityisruokavaliot	17	30. Tehostetussa ruokavaliossa energian määrä on normaalia suurempi.
	Erityisruokavaliot	17	31. Suurin osa keliaakoista ei voi syödä kauraa.
	Erityisruokavaliot	18	32. Diabeetikolle suositeltava ruokavalio on pääpiirteittäin samanlainen kuin muulle väestölle.
	Erityisruokavaliot	18	33. Ummetuksen syynä on useimmiten liian vähäinen kuidun määrä.
	Erityisruokavaliot	18	34. Ärtävän suolen oireyhtymästä kärsivän henkilön kannattaa välttää oireita aiheuttavia ruoka-aineita lopun ikäänsä.
	Painon seuranta	19	35. Kotihoidon piirissä paino tulisi mitata mielellään kerran kuukaudessa.
	Ruokailun seuranta	20	36. Ruoankäyttölomakkeeseen kirjataan ylös syödyn ruoan määrä.
	MNA-testi	19	37. MNA-testi tulee tehdä asiakkaalle vähintään kerran vuodessa.

KYSELY

Taustatiedot:

1. Työtehtävä:

A sairaanhoitaja / terveydenhoitaja

B lähihoitaja

C Kodinhoitaja / kotiavustaja

2. Työkokemus vuosina sosiaali- ja terveysalalla?

A alle 1 vuotta

B 1-5 vuotta

C 6-10 vuotta

D yli 10 vuotta

3. Kunta:

A Kotka

B Hamina

C Kaakon kaksikko

Ravitsemuksen seuranta ja arviointi

4. Seuraatko asiakkaiden ravitsemustilaa?

A kyllä

B ei

5. Jos vastasit edelliseen kyllä, niin millä keinoin seuraat asiakkaiden ravitsemustilaa?

6. Käytätkö MNA-testiä ravitsemuksen arviointiin?

A kyllä

B ei

7. Jos vastasit edelliseen kyllä, niin kuinka usein käytät MNA-testiä yhtä asiakasta kohden
- A harvemmin kuin kerran vuodessa
 - B kerran vuodessa
 - C useammin kuin kerran vuodessa

Onko väittämä mielestäsi oikein (=O) vai väärin (=V). Valitse oikea vaihtoehto. (Tummat väittämät oikein)

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUSSUOSITUKSET

8. Ikääntyessä energiantarve vähenee.

9. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ikääntyneet on jaoteltu iän mukaan.

10. Perusaineenvaihduntaan kuluu energiaa päivittäisestä energiantarpeesta 60–70 %.

11. Ikääntynyt voi saada jopa 1500 kilokaloria sisältävästä ruokavaliosta riittävästi ravintoaineita.

12. Rasvan määrää voidaan kasvattaa, jos ikääntyneen ruokahalu ja energiansaanti on heikkoa.

13. Kuidun saantisuositus on 20-25g vuorokaudessa.

14. Liian vähäinen proteiinien saanti altistaa infektioille.

15. Nestevajauksesta johtuva kuivuminen voi aiheuttaa ihon kutinaa.

16. Hyviä D-vitamiinin lähteitä ovat esimerkiksi kala ja rasvalevitteet.

17. C-vitamiini edesauttaa kalsiumin imeytymistä.

18. C-vitamiinin puutoksen oireita ovat esimerkiksi hengenahdistus ja ruokahaluttomuus.

19. B12-vitamiinin puutos voi aiheuttaa immuunipuolustuksen heikentymistä.

20. Sukupuoli ei vaikuta kalsiumin tarpeeseen.

21. Ikääntyneillä alkoholin vaikutukset voimistuvat.

LÄÄKEHOIDON VAIKUTUKSET RAVITSEMUKSEEN

22. Lääkkeet eivät vaikuta ravitsemustilaan.

23. Mustaherukka heikentää joidenkin lääkkeiden tehoa.

24. Tabletteja ja kapseleita ei saa hienontaa.

25. Lääkkeillä voi olla heikentävä vaikutus ravintoaineiden imeytymiseen.

26. Ruokaan sekoitettuna lääke imeytyy parhaalla mahdollisella tavalla.

IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUKSEN HAASTEET

27. Yksi virheravitsemukseen johtava tekijä on liiallinen energian, proteiinien tai ravintoaineiden saanti.

28. Täydennysravintovalmisteet sisältävät enemmän energiaa kuin tavallinen ruoka.

29. Alzheimerin oireet voivat lisätä energiantarvetta.

30. Ruoan rakenne vaikuttaa ravintosisältöön.

31. Tehostetussa ruokavaliossa energian määrä on normaalia suurempi.

32. Suurin osa keliakikoista ei voi syödä kauraa.

33. Diabeetikolle suositeltava ruokavalio on pääpiirteittäin samanlainen kuin muulle väestölle.

34. Ummetuksen syynä on useimmiten liian vähäinen kuidun määrä.

35. Ärtävän suolen oireyhtymästä kärsivän henkilön kannattaa välttää oireita aiheuttavia ruoka-aineita lopun ikäänsä.

RAVITSEMUKSEN SEURANTA JA ARVIOINTI

36. Kotihoidon piirissä paino tulisi mitata mielellään kerran kuukaudessa.

37. Ruoankäyttölomakkeeseen kirjataan ylös syödyn ruoan määrä.

38. MNA-testi tulee tehdä asiakkaalle vähintään kerran vuodessa.

Oma kokemus osaamisesta

39. Miten hyvin koet osaavasi ravitsemustilan seurannan?

A huonosti

B tyydyttävästi

C hyvin

D erinomaisesti

40. Miten hyvin koet osaavasi ravitsemustilan arvioinnin?

A huonosti

B tyydyttävästi

C hyvin

D erinomaisesti

41. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta ravitsemukseen liittyen? Voit valita useamman vaihtoehdon.

A erityisruokavaliot

B lääkkeiden vaikutukset ravitsemukseen

C ali- tai virheravitsemus

D dementoituneen ravitsemus

E ravitsemussuosituksien ikääntyneille

F ravitsemuksen seuranta ja arviointi

G jokin muu, mikä?

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Olemme Kymenlaakson ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoita ja valmistumme pian sairaanhoitajiksi. Teemme kyselytutkimusta kotihoidon hoitajien ravitsemusosaamisesta ikääntyneiden osalta Kotkan, Haminan, Miehikkälän ja Virolahden alueilla. Tutkimuksen on tilannut Kotkan kaupunki. Tutkimustulosten avulla saadaan selville mahdollisia kehittämiskohteita hoitajien ravitsemusosaamisessa.

Kysely on osa opinnäytetyötä ja toivoisimme teidän osallistuvan siihen. Kyselyyn vastaamiseen menee noin 10–20 minuuttia ja se tapahtuu internetissä. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonymisti. Kyselymme koostuu suljetuista ja avoimista kysymyksistä sekä ikääntyneen ravitsemukseen liittyvistä väittämistä. Saatuja vastauksia käytetään vain tämän tutkimuksen teossa, eikä vastaajien henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Vastausten käsittely on luottamuksellista ja tutkijoina hävitämme kaiken aineiston tutkimuksen valmistuttua. Kunnan käyttöön jää kuitenkin yleiskoonti kaikista vastauksista sekä aineiston tiedostot. Opinnäytetyö valmistuu huhtikuussa 2016 ja se julkaistaan osoitteessa www.theseus.fi.

Vastausaikaa kyselyyn teillä on kaksi viikkoa 25.2.–13.3.2016, toivoisimme vastauksia mahdollisimman pian. Jos teillä on kysyttävää tai haluatte jotakin lisätietoa, meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostitse.

Kiitos osallistumisesta!

Suvi Arjoranta

suvi.arjoranta@student.kyamk.fi

Judith Antikainen

judith.antikainen@student.kyamk.fi

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1300297	Viralliset etunimet Judith Anna Selina
Sukunimi Antikainen	
Lähiosoite Puutarhakatu 10 c 50	Postinumero ja -toimipaikka 48100 Kotka
Sähköposti judith.antikainen@student.kyamk.fi	Puhelin 0443054403
Toimipiste ja koulutusohjelma Kymenlaakson ammattikorkeakoulu/Kotka, sairaanhoitaja	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus HO13K	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Kotkan kaupunki	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Sara Haimi-Liikkanen
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti sara.haimi.liikkanen@kotka.fi	Puhelin 0406745357

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Sari Engelhardt
Sähköposti sari.engelhardt@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Sara Haimi-Liikkanen
Sähköposti sara.haimi-liikkanen@kotka.fi

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Hoitajien osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa Kotkan kotihoidossa	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Selvittää Kotkan kotihoidon hoitajien ravitsemusosaamista ikääntyneiden kohdalla ja tuoda esiin mahdollisia kehittämisalueita kotihoidon hoitajille ravitsemukseen liittyen.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kysely Kotkan kotihoidon hoitohenkilökunnalle. Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen tutkimus. Tulokset prosentteina ja frekvensseinä.	
Opinnäytetyön aloitus Elokuu 2015	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle Huhtikuu 2016
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	


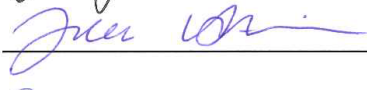
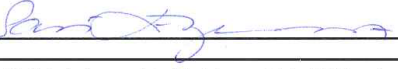
*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tk/ka.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön luvnomaiseen ohjaukseen.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaisissa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTA JAN ALLEKIRJOITUS	
Kotka	4 / 4 20 16 
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	
Kotka	7 / 4 20 16 
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	
Kotka	7 / 4 20 16 

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintiä varten.

OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1300298	Viralliset etunimet Suvi Helena
Sukunimi Arjoranta	
Lähiosoite Naakantie 2 C 6	Postinumero ja -toimipaikka 48230 Kotka
Sähköposti suvi.arjoranta@student.kyamk.fi	Puhelin 0408284220
Toimipiste ja koulutusohjelma Kymenlaakson ammattikorkeakoulu/Kotka, sairaanhoitaja	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus HO13K	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Kotkan kaupunki	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö Sara Haimi-Liikkanen
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti sara.haimi.liikkanen@kotka.fi	Puhelin 0406745357

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Sari Engelhardt
Sähköposti sari.engelhardt@kyamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Sara Haimi-Liikkanen
Sähköposti sara.haimi-liikkanen@kotka.fi

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Hoitajien osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa Kotkan kotihoidossa	
Kehittämisen- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Selvittää Kotkan kotihoidon hoitajien ravitsemusosaamista ikääntyneiden kohdalla ja tuoda esiin mahdollisia kehittämisalueita kotihoidon hoitajille ravitsemukseen liittyen.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Kysely Kotkan kotihoidon hoitohenkilökunnalle. Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen tutkimus. Tulokset prosentteina ja frekvensseinä.	
Opinnäytetyön aloitus Elokuu 2015	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle Huhtikuu 2016
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/til/tkce/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisevia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
---	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTA JAN ALLEKIRJOITUS Kotka 4, 4 20 16 <i>[Signature]</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS Kotka 7, 4 20 16 <i>[Signature]</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS Kotka 7, 4 20 16 <i>[Signature]</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintiä varten.

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelut Vanhustenhuollon vastuualue	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §	Sivu
Vanhustenhuollon johtaja	19.02.2016	28 1

Dnro D/689/13.00.00/2016

Tutkimuslupa, Suvi Arjoranta ja Judith Antikainen

Valmistelija: Johdon sihteeri Heidi Kivinen

Päätös: Kymenlaakson ammattikorkeakoulun opiskelijat Suvi Arjoranta ja Judith Antilainen ovat anoneet tutkimuslupaa opinnäytetyöhön; "Hoitajien osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa Kotkan kotihoiossa". Opinnäytetyön ohjaajana toimii Lehtori Sari Engelhardt. Kotkan kaupungin yhdyshenkilönä toimii kehittämiskoordinaattori Sara Haimi-Liikkanen.

Päätöksen liitteenä on tutkimuslupahakemus ja tutkimussuunnitelma.

Päätös: Päätän myöntää tutkimusluvan esitetyn mukaisena.

Vanhustenhuollon johtaja Rosqvist Liisa

Ote: Suvi Arjoranta ja Judith Antikainen
Sari Engelhardt
Sara Haimi-Liikkanen

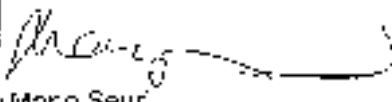
Oikaisuvaatimusohjeet

Tämä viranhaltijan päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä 1.3.2016 Kaupungintalon 4.kerros.

MIEHIKKÄLÄN KUNTA
Sosiaali- ja terveystoimi

Viranhaltijapäätös

Pvm 5
23.3.2016 1

Otsikko	Tutkimusluvan myöntäminen opinnäytetyötä varten / Suvi Arjoranta ja Judith Antikainen
Päätöksen tekijä	Sosiaali- ja terveysjohtaja
As.hallinnuus /Asiak	25.25C
Esittely	Kymenlaakson ammattikorkeakouussa sairaanhoitaja (AMK) tutkintoa opiskelevat Suvi Arjoranta ja Judith Antikainen anovat tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten. Tutkimuksen aiheena on "Hoitajien osaaminen iäkäntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvonnissa Etelä-Kymenlaakson kotihoidoissa". Tutkimus on kyselytutkimus Etelä-Kymenlaakson kotihoidon henkilökunnalle. Tutkimuksessa ei käsitellä asiakastietoja. Liitteenä tutkimussuunnitelma. Tutkimuksen aloittamiseen on myönnetty sähköpostilla lupa 25.2.16
Päätös ja sen perustelu	Myönnetään tutkimuslupa anomukseen raukaisesti
Nähtävillä oloaika ja -paikka	29.3.2016 Miehikkälän sosiaali- ja terveystoimisto
Allakirjoitus	 Marjo Seur sosiaali- ja terveysjohtaja

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Oikaisuvaatimus oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä sen, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeutten, velvolluuksien tai etujen päätös vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimusviranomainen	Oikaisuvaatimus tehdään Miehikkälän ja Virolahden sosiaali- ja terveyslautakunnalle Osoite: Keskustie 4 A, 45700 MIEHIKKÄLÄ
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksi-saannista . Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluessa kirjeen lähittämisestä. Saantitiedoksi-osoittamana aikana talvirilliseen tiedoksi-saantiloditukseen merkittyä aikaa. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi.
Tiedoksianto asianosaisille Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen	Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalak 95 §) Annettu postin kujalettavaksi 23.3.16 Oikaisuvaatimuksesta on käytävä läpi vastimus peruskirjallinen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusaajan päättymistä.
Jakelu:	Suvi Arjoranta, Judith Antikainen, avopalvelujohtaja



HAMINAN KAUPUNKI
Hyvinvointipalvelut

VIRANHALTIJANPÄÄTÖS

Päivämäärä 17.2.2016 § 6 Dnro 0/0

Va. ikäihmisten palveluiden päällikkö

Asia, jota päätös koskee TUTKIMUSLUPA


Asianosaiset Sairaanhoidon opiskelijat Suvi Arjoranta ja Judith Antikainen.

Selostus asiasta Sairaanhoidon opiskelijat Suvi Arjoranta ja Judith Antikainen ovat hakeneet tutkimuslupaa AMK -opinnäytetyölleen: Hoitajien osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa ja arvioinnissa Etelä-Kymenlaakson kotihoidossa.

Perustelut

Päätös Myönnetään tutkimusluvan sairaanhoidon opiskelijoille Suvi Arjoranta ja Judith Antikainen.

Allekirjoitus


Sanna Niskanen
Va. ikäihmisten palveluiden päällikkö

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Oikaisuvaatimusoikeus Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimusviranomainen Haminan kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta
PL 70, Raatihuoneentori 1
49400 HAMINA
kirjaamo@hamina.fi

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluessa kirjeeseen lähettämisestä. Käytettäessä tavallista sähköistä tiedoksiantoa katsotaan asianosaisen saaneen tiedon päätöksestä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä, jollei muuta näytetä. Käytettäessä todisteellista tiedoksiantotapaa, tiedoksianto katsotaan tapahtuneeksi saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville.

Tiedoksianto asianosaisille Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 139 §)

Annettu postin kuljetettavaksi, 17.2.2016

Oikaisuvaatimuksen sisältö ja toimittaminen Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.

Nähtävilläoloaika ja -paikka Tämä päätös pidetään yleisesti nähtävillä päätöspäivää seuraavana maanantaina, tai ellei silloin ole arkipäivä, sitä lähinnä seuraavana viraston aukiolopäivänä Raatihuoneella asianhallenginnassa, Raatihuoneentori 1, 49400 Hamina.

Tiedoksi

kaupunginhallitus ao. henkilöt lautakunta