

POTILAAN RUOKAILUTILANTEET SAIRAALASSA

Kirurgisen aikuispotilaan toimintakyvyn tukeminen ruokailutilanteissa



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja

syksy 2022

Eliisa Raninen

Seija Skyttä

Laura Virtanen

Sairaanhoitaja		Tiivistelmä
Tekijä	Eliisa Raninen, Seija Skyttä & Laura Virtanen	Vuosi 2022
Työn nimi	Potilaan ruokailutilanteet sairaalassa. Kirurgisen aikuispotilaan toimintakyvyn tukeminen ruokailutilanteissa	
Ohjaaja	Kaisa Seppälä	

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten potilaan toimintakykyä ja ravinnon saantia voisi edistää ruokailutilanteissa sairaalaympäristössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea sairaalan hoitohenkilökuntaa sekä potilaita onnistuneisiin ruokailutilanteisiin kirurgian vuodeosastoilla. Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeista.

Opinnäytetyöhön kerättiin tietoa ravitsemuksesta, ravitsemustilan seurannasta ja vajaaravitsemuksesta. Lisäksi koottiin tietoa ruokailutilanteisiin vaikuttavista tekijöistä potilaan toimintakykyä edistävästä näkökulmasta. Työssä käytiin läpi, miten monipuolinen ruokavalio sekä onnistunut ruokailutilanne vaikuttavat kokonaisvaltaisesti potilaan hyvinvointiin sekä hoidon tarpeeseen sairaaloissa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi teorian pohjalta posterit, jonka tavoitteena oli tukea erityisesti potilaita, mutta myös henkilökuntaa onnistuneisiin ruokailutilanteisiin kirurgisilla vuodeosastoilla. Työn tilaajana toimi Kanta-Hämeen keskussairaala.

Avainsanat Ravitsemus, ravitsemustilan seuranta, ruokailutilanne, toimintakyky, sairaalaruokailu

Sivut 36 sivua ja liitteitä 2 sivua

Degree Programme in Nursing

Abstract

Authors Eliisa Raninen, Seija Skyttä & Laura Virtanen

Year 2022

Subject Patient's Dining in a Hospital. Supporting an Adult Surgical Patient's Dining in a Hospital

Supervisor Kaisa Seppälä

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine how to promote patients' ability to function and nourishment during dining in a hospital. The aim of this thesis was to create material to support patients dining in a hospital.

The background of this thesis consists of information related to nutrition, observation of nutritional status and different elements which have a positive effect to patients' ability to function during dining in a hospital. The thesis discusses how a versatile diet and successful dining practices affect in many ways to patients' well-being and need for care in the hospital.

The thesis was implemented as a practice-based thesis. The thesis was commissioned by Kanta-Häme central hospital. The product of this thesis is a poster. The goal of the poster is to support especially patients and nursing staff and help them to reach a successful dining experience in surgical bed ward.

Keywords Nutrition, nutritional status, functional capacity, hospital dining

Pages 36 pages and appendices 2 pages

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet, tilaajaorganisaatio ja tiedonhaku.....	2
3	Aikuisten ravitseminen ja ravitsemussuositukset	4
4	Kirurginen potilas ja perioperatiivinen hoitotyö	6
5	Kirurgisen potilaan ravitseminen.....	8
5.1	Kirurgisen potilaan ravitsemushoito.....	8
5.2	Ravitseminen ennen ja jälkeen leikkauksen.....	9
5.3	Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ravitsemuksessa.....	10
6	Ravitsemustilan seuranta ja vajaaravitseminen	11
6.1	Ravitsemustilan seuranta.....	12
6.2	Vajaaravitseminen sairaalapotilailla.....	12
7	Toimintakyvyn edistäminen ruokailutilanteissa.....	14
7.1	Toimintakyky ja kuntouttava työote	15
7.2	Potilaan ruokailuasento	16
7.3	Sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät tekijät ruokailutilanteessa.....	16
8	Ruokailuympäristöön liittyvät tekijät ja rauhoitetut ruokailuajat	17
9	Opinnäytetyön toteutus ja eettisyys	19
9.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	19
9.2	Posterin suunnittelu, toteutus ja tilaajatahon palaute.....	20
9.3	Eettisyys ja luotettavuus	22
10	Pohdinta	24
	Lähteet.....	27

Kuva 1 Ruokakolmio (Terveyskirjasto, 2020).5

Kuva 2 Lautasmalli (Terveyskirjasto, 2008).6

Liitteet

Liite 1 Potilaan ruokailutilanteet sairaalassa -posterit

Liite 2 Kanta-Hämeen keskussairaalan NRS 2002 -seula

1 Johdanto

Monipuolinen ravitseminen auttaa edistämään ja ylläpitämään ihmisten toimintakykyä sekä terveyttä. Ravinto on myös osana kansansairauksiemme hoidossa ja ehkäisyssä.

Oikeanlaisella ravitsemuksella voidaan siis ehkäistä, hoitaa ja ylläpitää terveyttä. (Mutanen ym., 2021, s. 7; Ruokavirasto, 2021)

Puutokset ravitsemuksessa altistavat vajaaravitsemukselle. Suomessa vuosittain noin puoli miljoonaa sairaalapotilasta kärsii vajaaravitsemuksesta. Terveystieteiden tutkimuksissa potilaan vajaaravitseminen lisää huomattavasti kustannuksia ja terveydenhuollon resurssien käyttöä. Mahdollinen vajaaravitsemustila siirtää kirurgisen potilaan leikkausta 2–3 viikolla, mikäli se on lääketieteellisesti mahdollista. (Orell-Kotikangas ym., 2014, ss. 2231, 2237)

Vajaaravitseminen aiheuttaa kirurgiselle potilaalle lisääntyneen riskin infektioille, painehaavoille ja leikkauksen jälkeisille jälkitaudeille (Ruokavirasto, 2022b, s. 8). Hyvin toteutetulla ravitsemushoidolla voidaan edistää kirurgisen potilaan toipumista ja vähentää infektioiden ja komplikaatioiden riskiä postoperatiivisesti (Orell-Kotikangas ym., 2014, s. 2237).

Sairaanhoitajan tehtävä kirurgisen potilaan ruokailutilanteissa on potilaan oman toimintakyvyn tukeminen ja kannustaminen itsenäiseen ruokailuun (Rautava-Nurmi ym., 2015, s. 164). Hoitajan tulisi tukea potilasta ruokailutilanteissa ja huolehtia muun muassa oikean ruokailuasennon toteutumisesta. Potilaan toimintakykyä ruokailutilanteissa edistäviä tekijöitä ovat rauhoitetut ruokailuajat, ravitsemustilan seuranta ja ruokailuympäristöön liittyvät tekijät, kuten ruokailu omassa huoneessa tai ruokasalissa ja ympäristön siisteys. Muita toimintakykyä edistäviä tekijöitä ovat yksilöllisyyden huomioiminen ja sosiaalisen kanssakäymiseen liittyvät tekijät, kuten potilaan ruokailu yksin tai yhdessä sekä ruokailussa auttaminen esimerkiksi syöttämällä. Näitä tekijöitä huomioimalla hoitajat edesauttavat potilaan ruokailutilanteiden onnistumista toimintakykyä tukien. (Koivunen ym., 2017a, s. 189)

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet, tilaajaorganisaatio ja tiedonhaku

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota tietoa niistä tekijöistä, joiden avulla sairaalapotilaiden ravinnon saaminen sekä ruokailuun liittyvä toimintakyky paranisivat. Opinnäytetyön tavoitteena on tukea henkilökuntaa ja potilaita onnistuneisiin ruokailutilanteisiin toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta kirurgisilla vuodeosastoilla. Opinnäytetyön näkökulma kohdistuu sairaalan kirurgisien vuodeosastojen aikuispotilaisiin. Opinnäytetyön tuloksena syntyy posterit, jotka ohjeistaa erityisesti potilaita sekä henkilökuntaa ruokailutilanteissa. Posterit toteutetaan yhteistyössä tilaajaorganisaation kanssa.

Opinnäytetyön edistymistä ohjaavat tutkimuskysymykset, joihin on tarkoitus vastata opinnäytetyön avulla. Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan hyödyntää toimintatutkimuksen piirteitä, kuten esimerkiksi työn kehittäminen yhteistyönä työntekijöiden ja mahdollisen asiakkaan kanssa jo suunnitteluvaiheessa. (Salonen ym., 2017, s. 40) Tämän opinnäytetyön ohjaavat kysymykset ovat

- Kuinka sairaanhoitaja voi edistää kirurgisen aikuispotilaan toimintakykyä ruokailutilanteissa?
- Mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen ruokailutilanteeseen?
- Miten sairaanhoitaja voi tukea kirurgisen potilaan ravitsemusta?

Opinnäytetyön tilaajana toimii Kanta-Hämeen keskussairaala. Työ on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena syntynyt posterit on suunnattu keskussairaalan kirurgian vuodeosastoille. Kanta-Hämeen keskussairaalassa on kaksi kirurgista vuodeosastoa 5A ja 5B. Kanta-Hämeen keskussairaala tuottaa erikoissairaanhoidon palveluita. Sairaalan keskeisin tavoite on tuottaa laadukasta hoitoa potilasasiakkaille. Terveystieteiden laatu ohjaavat seuraavat komponentit: turvallisuus, asiakaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, tasa-arvo, palvelujen integraatio, tehokkuus ja vaikuttavuus. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin organisaation toiminta on jaettu neljään tulosalueeseen: konservatiiviseen, operatiiviseen, psykiatrisiin ja tukipalveluihin. (Kanta-Hämeen keskussairaala, 2022) Keskussairaalassa on 194 vuodeosastopaikkaa kuudella somatiikan vuodeosastolla. Keskussairaalassa toimivat

lisäksi psykiatrian vuodeosastot ja synnytysosastotoiminnot, joita johdetaan omina kokonaisuuksina. (Kanta-Hämeen keskussairaala, n.d.)

Opinnäytetyön tiedonhaku pohjautuu ohjaaviin tutkimuskysymyksiin sekä opinnäytetyön otsikoiden mukaisiin aiheisiin. Opinnäytetyön tiedonhakuun on käytetty erilaisia tiedonhakupalveluita sekä kirjallisuutta. Tietokantana käytettiin Medic-tietokantaa. Muita tiedonhakupalveluita olivat Google Scholar sekä Finna. Lisäksi Googlen ja HAMK Finnan avulla on etsitty aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja kirjallisuutta. Tiedonhaussa on käytetty myös hoitoalan ja ravitsemustieteen oppikirjoja ja muuta kirjallisuutta. Tiedonhaussa on käytetty sanoja ravitseminen, ravitsemustilan seuranta, sairaalaruokailu, toimintakyky ja ruokailutilanne. Englanninkielisiä lähteitä on käytetty myös opinnäytetyön lähteinä. Hakusanoina on ollut esimerkiksi postoperative feeding (leikkauksen jälkeinen ruokinta), postoperative nutrition (leikkauksen jälkeinen ravitseminen) sekä erilaiset sanayhdistelmät kuten hospital ja feeding. Lisäksi olemme saaneet ohjaavalta opettajalta apua lähteiden etsimisessä.

Opinnäytetyössä käytetyt kuvat ovat lainattu Kustannus Oy Duodecimilta ja sen Terveyskirjasto-tietokannasta. Työssä kuvia ei ole rajattu tai muokattu millään tavoin. Kustannus Oy Duodecimin kuvia saa käyttää julkisesti, kunhan lähde mainitaan kuvien yhteydessä. (Terveyskirjasto, 2021)

Opinnäytetyöhön käytettäviä lähteitä olemme rajanneet siten, että työssä käytetään alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Kaikki lähteenä olevat teokset on julkaistu vuonna 2012 tai sen jälkeen. Lähteet valittiin lähdekriittisesti siten, että ne sopisivat laadullisesti ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön hyödynnettäviksi.

Lähteissä on hyödynnetty Ravitsemushoito-teosta, joka on yli kymmenen (10) vuotta vanha. Ruokaviraston julkaisema teos Ravitsemushoito (2010) on juuri päivittymässä ja uuden painoksen ilmestymisajankohta ei ole vielä tiedossa. Ohjaavan opettajan ja viestinnän opettajan ohjeistuksella työssä hyödynnetään uuden painoksen luonnoksia, jotka ovat olleet julkisesti esillä ja kommentoitavana Ruokaviraston sivuilla.

3 Aikuisten ravitsemus ja ravitsemussuositukset

Ravitsemus on kokonaisuus. Pysyäkseen terveenä ja toimintakykyisenä, ihmisen elimistö tarvitsee riittävästi suojaravintoaineita ja energiaa. (THL, 2021) Ravinto on keskeinen tekijä yleisten kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Näitä ovat esimerkiksi tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes, verenpainetauti, veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, sydän- ja verisuonisairaudet sekä lihavuus. Oikeanlainen ravitsemus on joissakin sairauksissa ainoa hoitomuoto. (Mutanen ym., 2021, s. 7)

Ravinnosta saadut ravintoaineet jaetaan välttämättömiin ja ei-välttämättömiin. Välttämättömiä ravintoaineita ei ihmisen elimistö pysty aina itse tuottamaan tai tuottaminen on vähäistä, tällöin ravintoaineet tulee saada ravinnosta. Ihminen tarvitsee kehitykseen, kasvuun, kudosten ylläpitoon ja uusiutumiseen sekä lisääntymiseen välttämättömiä ravintoaineita. Välttämättömiä ravintoaineita ovat hiilihydraatit, rasvat, proteiini, vesi, aminohapot, monityydyttymättömät rasvahapot vitamiinit ja kivennäisaineet. Välttämättömien ravintoaineiden puutteellinen saanti ovat yhteydessä kasvuhäiriöihin ja yleisempiin puuteisoreisiin. Ei-välttämättömiä ravintoaineita syntyy elimistössä silloin, kun saadusta ravinnosta saadaan tarpeeksi lähtöaineita ja energiaa. (Voutilainen ym., 2021, ss. 42–43)

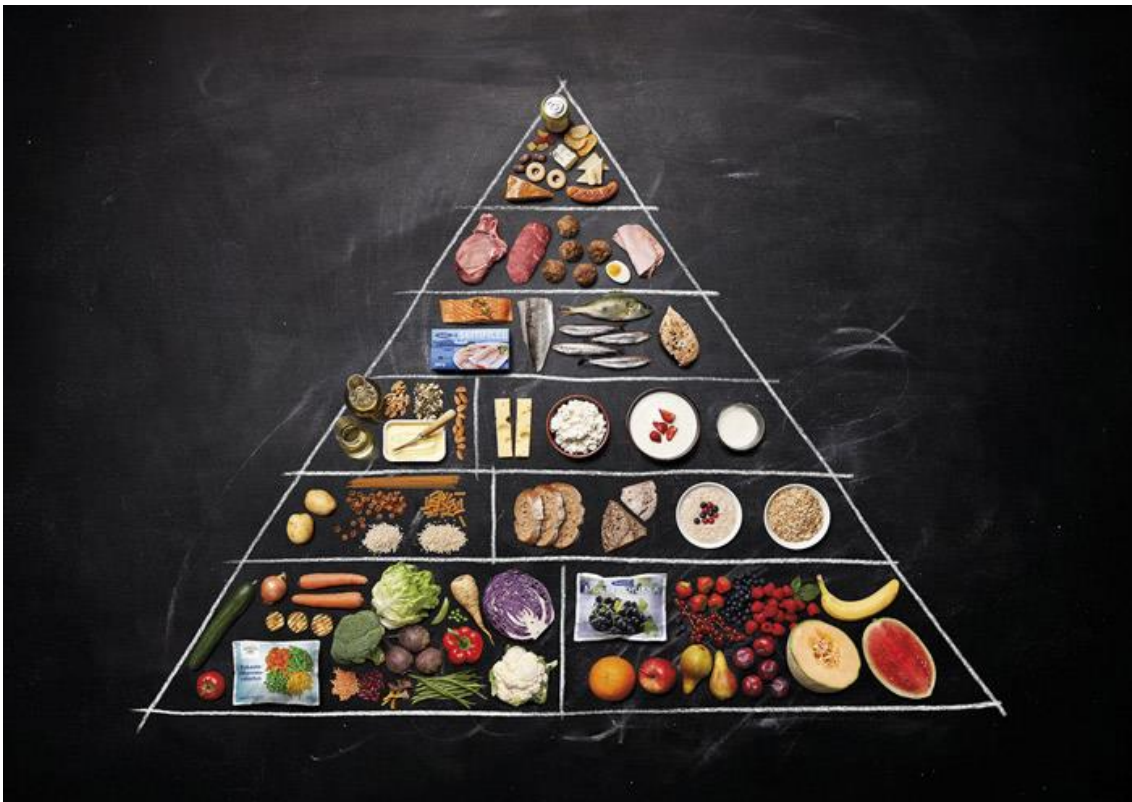
Aikuisten ravitsemus koostuu monipuolisesta ravinnosta ja säännöllisestä ateriaritmistä. Säännöllinen ateriaritmi pitää pidempään kylläisenä ja ehkäisee napostelua sekä edesauttaa painonhallintaa. Päivän aikana aikuisen tulisi syödä aamupala, lounas, päivällinen ja iltapala sekä lisäksi tarvittaessa 1–2 välipalaa. (Ruokavirasto, 2021)

Monipuolinen ruoka koostuu hiilihydraateista, proteiineista ja rasvoista. Kasviksia, hedelmiä ja marjoja tulisi saada joka aterialla. Viljatuotteista olisi hyvä suosia täysjyväviljoja. Proteiinin lähteenä olisi hyvä suosia kalaa, siipikarjaa ja palkokasveja. Punaista lihaa voi käyttää kohtuudella. Rasvoista kannattaisi suosia kasviöljyjä sekä pehmeitä leipärasvoja. Nesteytyksen tarve on yksilöllinen, johon vaikuttavat yksilön ikä ja fyysiset tekijät. Nesteitä tulisi kuitenkin saada vähintään 1–1,5 litraa vuorokaudessa. (Terveyskirjasto, 2020a)

Ravitsemussuosituksia laaditaan maailmanlaajuisella ja kansallisella tasolla. Ravitsemussuositukset perustuvat aina tutkimuksiin, jotka pohjautuvat ihmisten ravintoaineiden tarpeista koko elinkaaren aikana. Tutkimustiedoissa on huomioitu ravintoaineiden vaikutus sairauksien ehkäisemisessä sekä terveyden edistämisessä. (Ruokavirasto, 2021) Ravitsemussuositusten tavoitteena on ohjata väestöä toteuttamaan tasapainoista ja terveyttä edistävää ruokavaliota. Ravitsemussuositukset kuvastavat väestöjen ja ihmisryhmien energian ja ravintoaineiden suositeltavaa saantia sekä niiden tarvetta. Ravitsemussuositusten alkuperäinen tarkoitus on ollut puutostilojen ehkäisy ravitsemuksessa. Nykyisin niiden tarkoituksena ovat elintoimintojen optimointi ja hyvä terveys koko elämän ajaksi. (Rautavirta ym., 2021, s. 16)

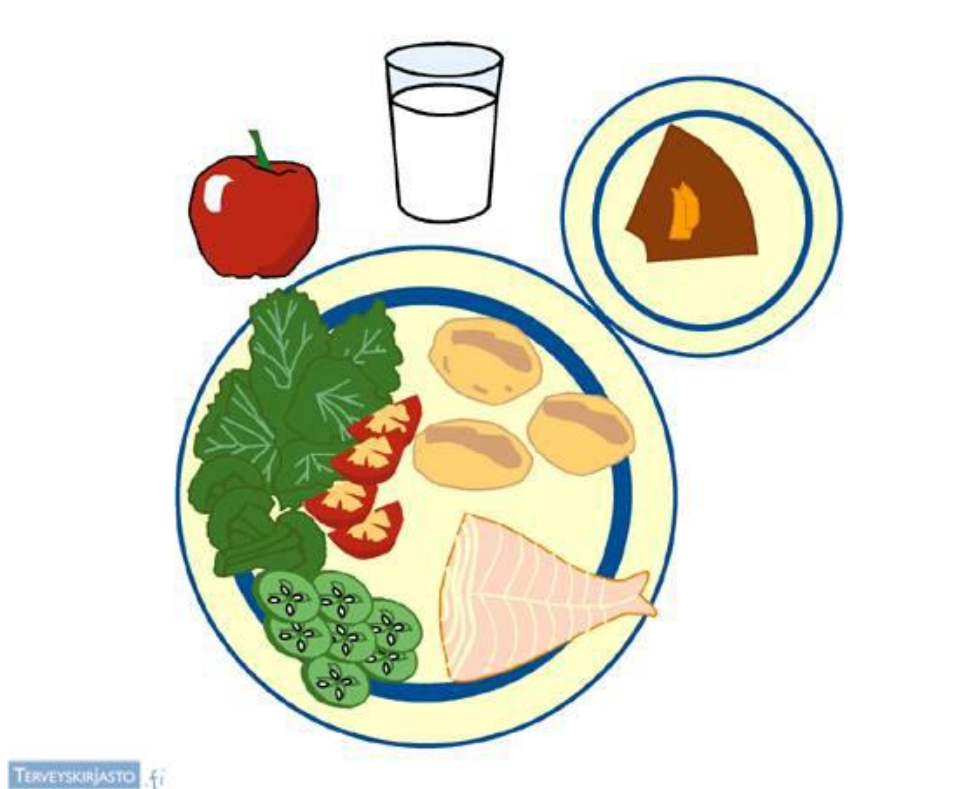
Monipuolisen ruokavalion tukena on ruokakolmio (Kuva 1), joka ryhmittelee ruoka-aineet ravintosisällön ja suositeltavan käyttötiheyden ja määrien mukaan. Kolmion pohjalla ja keskellä olevia ruoka-aineita suositellaan päivittäisissä ruokavalinnoissa eniten, kun taas yläosassa olevia ruoka-aineita tulisi käyttää kohtuullisia määriä. Kolmion huipulla olevia tulisi käyttää aterialainnoissa harvemmin ja kohtuudella. (Terveyskirjasto, 2020b)

Kuva 1 Ruokakolmio (Terveyskirjasto, 2020).



Lautasmalli (Kuva 2) auttaa monipuolisen ja suositusten mukaisen aterian kokoamisessa (Terveyskirjasto, 2020). Lautasesta puolet täytetään kasviksilla. Neljännes lautasesta täytetään perunalla, pastalla tai riisillä. Lautasen viimeinen neljännes kuuluu täyttää kala-, liha- tai munaruoaalla. Ruokajuomana tulisi suosia rasvatonta maitoa, piimää tai vettä. (Rautavirta ym., 2021, s. 22)

Kuva 2 Lautasmalli (Terveyskirjasto, 2008).



4 Kirurginen potilas ja perioperatiivinen hoitotyö

Lääketiede jaetaan viiteen erikoisalaan, jotka ovat konservatiivinen, operatiivinen, diagnostinen, psykiatrinen ja muut alat. Sisätautiset alat muodostavat oman ryhmän osana konservatiivisia aloja ja kirurgian alat oman ryhmänsä operatiivisten alojen sisällä. Kirurgian aloihin kuuluu gastroenterologinen-, käsi-, lasten-, neuro-, plastiikka-, suu- ja leuka-, sydän- ja rintaelin- ja verisuonikirurgia. Lisäksi kirurgian aloihin kuuluu ortopedia, traumatologia ja urologia. (Lääkäriliitto, n.d.)

Kirurgisella potilaalla tarkoitetaan potilasta, jonka terveydentilaa yritetään parantaa kirurgisella hoidolla. Usein syynä on elimistön sisäpuolella oleva vika, mutta ongelmakohta voi myös olla elimistön ulkopuolella, esimerkiksi ihokudoksen palovammat. Tällöin potilaan hoitoon kuuluu kirurginen operaatio eli leikkaus. Leikkauksen tarkoituksena on esimerkiksi poistaa huonoa kudosta tai korjata vaurioitunutta kudosta ompelemalla. Leikkaukset voivat kohdistua ihmisen eri ruumiinosiin sekä eri kudostyyppeihin. (Laine ym., 2017)

Kirurgiset leikkaukset voidaan karkeasti jakaa päivystyksellisiin ja elektiivisiin leikkauksiin. Päivystyksellisillä leikkauksilla tarkoitetaan niitä leikkauksia, joita ei ole suunniteltu etukäteen, esimerkiksi äkilliset ja hätätoimenpiteinä tehtävät leikkaukset. Elektiivisillä leikkauksilla tarkoitetaan suunniteltuja operaatioita, joiden ajankohdan potilas ja hoitohenkilökunta tietävät jo entuudestaan. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 8)

Kirurgisen potilaan hoitotyötä kutsutaan perioperatiiviseksi hoitotyöksi. Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkauksen ympärillä tapahtuvaa hoitotyötä. Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan kolmeen vaiheeseen: preoperatiiviseen eli leikkausta edeltävään vaiheeseen, intraoperatiiviseen eli leikkauksen aikana tapahtuvaan vaiheeseen ja postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen vaiheeseen. (Aura & Kinnunen, 2022, ss. 6–15)

Preoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä hetkestä lähtien, kun potilas on saanut päätöksen leikkauksesta ja päättyy siihen, kun leikkaussalin sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan. Preoperatiivisessa vaiheessa sairaanhoitajan lisäksi tarvittaessa lääkäri huolehtii, että potilas saa riittävää tietoa ja ohjausta tulevasta toimenpiteestä, siihen valmistautumisesta sekä jälkihoidosta. Leikkausta edeltävästi selvitetään potilaan leikkaus- ja anestesiakelpoisuus. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 6) Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas on vastaanotettu leikkaussaliin ja päättyy toimenpiteen jälkeen potilaan siirtyessä heräämään, anestesiavalvontaan tai teho-osastolle. Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirtyessä postoperatiiviseen valvontayksikköön ja päättyy, kun potilas ei enää tarvitse leikkaushoitoon liittyvää hoitotyötä. Postoperatiivisessa vaiheessa sairaanhoitajan keskeisin tavoite on saada potilaan elintoiminnot samalle tasolle, kun mitä ne ovat olleet ennen leikkausta. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 14)

5 Kirurgisen potilaan ravitsemus

Ravitsemus on tärkeä osa kirurgisen potilaan hoitoa sairaalassa. Ravitsemuksella on suuri vaikutus potilaan leikkauskelpoisuuden arvioimisessa, jatkohoidon pituudessa sekä kotiutumisen ajankohdassa. Potilaat, joilla on vajaaravitsemustila tai sen riski tulisi saada hyvissä ajoin ohjausta ravitsemuksen suhteen ennen leikkausta. Tällöin ravitsemustila korjaantuisi ennen toimenpidettä ja mahdollistaisi leikkauksen toteutuvan suunnitellusti. (Ruokavirasto, 2022b, s. 142)

5.1 Kirurgisen potilaan ravitsemushoito

Ravitsemushoidolla tarkoitetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ravitsemuksen avulla sekä jo sairastuneiden ravitsemushoitoa. Oikeanlainen ja riittävä ravinnonsaanti tulee turvata sopivalla ruokavaliolla. Ravitsemushoitoon kuuluu tutustuminen potilaan terveystietomukseen, ravitsemustilan arviointi, ravitsemusohjaus sekä seuranta. Ravitsemushoito on myös potilaslähtöistä eli on tärkeää selvittää yhdessä potilaan kanssa hänen ruokatottumuksensa, syömiskäyttäytyminen sekä asettaa tavoitteet ravitsemushoidolle. Suureen leikkaukseen meneville potilaille tulee tehdä ravitsemushoitosuunnitelma. (Ruokavirasto, 2022b, ss. 6, 142)

Perioperatiivisesta ravitsemushoidosta hyötyvät potilaat, joille on suunniteltu elektiivinen leikkaus (Orell-Kotikangas ym., 2014, s. 2237). Ravitsemushoitoon kuuluu vajaaravitsemusriskin seulonta, joka tapahtuu perusterveydenhuollossa ja pisteytys kirjataan potilaan tietoihin sekä lähetteeseen. Erikoissairaanhoidossa potilaan ravitsemustilan arviointi on tärkeä osa leikkauskelpoisuutta arvioitaessa. Vajaaravitsemus tai riski vajaaravitsemukseen tulee huomioida ja viiveettä aloittaa potilaan ohjaus ravitsemustilan kohentamiseen. (Ruokavirasto, 2022b, s. 142) Ravitsemustilaa kohentaessa ravitsemushoitoa tehostetaan, hiilihydraattimäärää nostetaan ja elimistön omaa immuunijärjestelmää tukevaa ravitsemusta hyödynnetään. Hiilihydraattimäärän nostaminen suojaa leikkauksen jälkeiseltä lihaskadolta sekä edistää toipumista, kun taas immuunijärjestelmää tukeva ruokavalio vähentää leikkauksen jälkeistä infektio- ja komplikaatoriskiä. (Orell-Kotikangas ym., 2014, s. 2237)

Sairaalassa ravitsemushoidolla voidaan edistää potilaan toimintakykyä. Tällöin tulisi huomioida potilaalle sopiva ruokavalio ja riittävä ravinnonsaanti, potilaskohtaisesti huomioitua ruokailukäytänteitä sekä yksilöllinen ravitsemusohjaus. Ruokailutilanteita hyödyntämällä pystytään edistämään potilaan niin fyysistä kuin myös sosiaalista toimintakykyä. (Koivunen ym., 2017a, s. 181)

5.2 Ravitsemus ennen ja jälkeen leikkauksen

Potilaalla useita tunteja kestänyt paasto tai leikkausta edeltävien päivien vähäinen ravinnon saanti hidastavat leikkaushaavan paranemista. Ravitsemuksella on suuri vaikutus leikkaushaavan paranemiseen. Edellytyksenä haavan paranemiselle on, että potilas saa ravinnosta riittävästi ravintoaineita kuten hiilihydraatteja, proteiineja, rasvoja, sinkkiä, rautaa sekä A-, B-, C- ja E-vitamiineja. Hiilihydraatteja solut käyttävät energian lähteinä. Proteiineja tarvitaan uusien solujen ja uuden kudoksen sekä vasta-aineiden muodostamisessa. Rasvoja elimistö tarvitsee energianlähteeksi ja solukalvojen ainesosiksi. Sinkki parantaa muun muassa kollageenin vetolujuutta lisäten kudosten mekaanista kestävyyttä, rauta on hemoglobiinin ainesosa, joka osallistuu hapen kuljetukseen verenkierrössä ja A-, B-, C- ja E-vitamiinit vaikuttavan haavojen paranemiseen. (Ahonen ym. 2019, s. 115)

Leikkauksen jälkeen nestetasapainosta ja ravitsemuksesta huolehtiminen on yksi tärkeimmistä asioista potilaan hoidossa. Nestetasapainon häiriöt voivat johtaa potilaan yleistilan äkilliseen heikkenemiseen sekä aiheuttaa muutoksia sisäelinten toiminnassa, kuten munuaisissa, maksassa, sydämessä, keuhkoissa ja aivoissa. Sairaanhoidajan tulisi tarkkailla potilaan vointia ja havaita kuivumisen eli dehydraation merkkejä. Näitä ovat jano, kuiva kieli, vähäinen virtsanmäärä, verenpaineen lasku ja kouristukset. Leikkauksen jälkeen nestetasapainon eli balanssin seuranta ja laskeminen ovat tärkeitä, etenkin isojen leikkauksien jälkeen. Potilaalle annettavan nestehoidon tavoitteena on ylläpitää elimistön normaalia neste- ja elektrolyyttitasapainoa sekä kudosten aineenvaihduntaa. Potilaan ravitsemukseen suun kautta pyritään mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen, kuitenkin huomioiden potilaan yleisvointi ja tehty leikkaus. (Ahonen ym., 2019, ss. 104–105)

Kim ym. (2018) tutkivat elektiivisesti leikattujen lonkkaproteesi potilaiden (n=140) postoperatiivista ruokailua. Tutkimuksessa vertailtiin soveltuvuutta ja potilaiden sietokykyä aikaistettuun ruokailuun neljän (4) tunnin kuluttua leikkauksesta (EPF, early postoperative feeding) sekä myöhäisempään ruokailuun kahdeksan (8) tunnin kuluttua leikkauksesta (LPF, late postoperative feeding). Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei aikaistetun ja myöhemmän ruokailun välillä ollut eroja pahoinvoinnin, suolen toiminnan paluun ja hoidon pituuden suhteen. Molemmat tutkimusryhmät sietivät yhtä lailla ruokailun ensimmäisenä ja toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Kim ym., 2018, ss. 31–33)

Aikaistettua ruokailua leikkauksen jälkeen on tutkittu myös muissa tutkimuksissa. Perä- ja paksusuolen alueen leikkauksissa aikaistettu ruokailu lyhensi sairaalahoidon pituutta ja vähensi leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden riskiä. Aikaistetun ja myöhemmän ruokailun välillä ei kuitenkaan ollut eroja haavan auki repeämisen, keuhkokuumeen saamisen, haavan infektoitumisen, oksentamisen, nenämahaletkun uudelleen asentamisen tai kuolleisuuden suhteen. (Zhaung ym., 2013, ss. 228–231) Sopiva ajankohta leikkauksen jälkeiselle ruokailun aloittamiselle vaihtelee kuitenkin toimenpiteiden välillä ja keskustelua aiheesta käydään jatkuvasti (Canzan ym., 2022, s. 3).

5.3 Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ravitsemuksessa

Hoitojakson alussa hoitajan tulisi yhdessä potilaan kanssa kartoittaa mahdolliset toiveet ruokavaliosta, ruuan rakenteesta sekä annoskoosta. Keskustelussa olisi hyvä saada selville erityisruokavaliot, ruokatoiveet, suun ja hampaiden kunto, sopiva ruuan rakenne ja annoskoko, ruokailunavun tarve, apuvälineiden tarve ruokaillessa, ravintolisien käyttö tai muut ruokavalioon vaikuttavat tekijät. (Ruokavirasto, 2022b, ss. 41–42)

Ravitsemuksen aloitukseen vaikuttaa potilaalle tehty toimenpide. Kirurgisia toimenpiteitä on useita, joten myös ravinnon koostumuksen, määrän ja ruokailun aloituksen suhteen on vaihtelua. Postoperatiivisen ruokailun aloittamisessa on kiinnitettävä huomiota erityisesti yläruuansulatuskanavaan kohdistuvien sekä haimaleikattujen potilaiden kohdalla. Huomiota on kiinnitettävä, jotta voitaisiin välttää leikkauksen jälkeisessä ruokailussa dumping-oireet. Näitä ovat pahoinvointi, ripuli, hikoilu ja sydämen tykyttely. Lisäksi iäkkäiden potilaiden

kohdalla on kiinnitettävä huomiota ravitsemuksen aloituksessa. (Ruokavirasto, 2022b, ss. 142–143, 148)

Potilaat, joilta on poistettu mahalaukkua leikkauksessa saavat ravintoa leikkauksen jälkeen ensin parenteraalisesti eli suoraan verenkiertoon suoniyhteiden kautta. Ennen enteraalisen eli suoraan ruuansulatuskanavaan kohdistuvan ravitsemuksen aloitusta potilaan leikkausalue kuvataan, jolloin varmistetaan leikkaussaumojen tila. Kun saumat on varmistettu, voidaan aloittaa enteraalinen ravitsemus. Potilas saa ensin vain nesteitä pieninä määrinä. Vähitellen hän saa nestemäisiä ruokia, joista siirrytään varovasti kiinteämpiä ruokia kohti. Potilaan tulee syödä usein, mutta pieniä annoksia ja pureskella hyvin, jotta leikkausalueelle ei synny tukosvaaraa. (Ahonen ym., 2019, s. 521)

Avanneleikkauksien jälkeen potilaiden ravinto on ensin parenteraalista. Tällä tavoin vältetään pahoinvointia, oksentamista ja annetaan juuri leikatun suoliston levätä. Enteraaliseen ravitsemukseen siirrytään lääkärin ohjeen ja potilaan voinnin mukaan. Alkuun potilaan ravinto koostuu pienistä määristä mehua, vettä ja kasvislientä. Vähitellen potilas saa juoda nesteitä vapaasti ja jos potilaalla ei ilmene vaivoja, saa hän nestemäistä ruokaa seuraavaksi. Kun nestemäinen ruokailu onnistuu ilman ongelmia, saa potilas ruokaa, joka on sopivaa vatsan alueen leikkauksen jälkeen. Niin sanotussa ”maharuuassa” ei ole kaasuja muodostavia ruoka-aineita, voimakkaita mausteita, siemeniä, sitrushedelmien kalvoja tai raakaraasteita isoina annoksina. (Ahonen ym., 2019, s. 533)

6 Ravitsemustilan seuranta ja vajaaravitsemus

Ravitsemustila on fysiologinen tila, joka kertoo ravinnonsaannin ja ravinnontarpeen välisestä suhteesta. Lisäksi se kertoo elimistön kyvystä hyväksi käyttää ja pilkkoa ravintoaineita. Vajaaravitsemuksella tarkoitetaan energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin puutetta tai epätasapainoa elimistössä. (Ruokavirasto, 2022b, s. 6)

6.1 Ravitsemustilan seuranta

Potilaan ravitsemustilan arviointia ei voida toteuttaa yksittäisellä tekijällä tai laboratoriotutkimuksella. Ravitsemustilaa arvioidessa hoitajan tulee pyrkiä selvittämään potilaan kehon koostumus eli lihasmassan ja rasvakudoksen määrä. Ravitsemustilan diagnosoinnin keskeisempiä osia ovat tahaton painonlasku, energian saannin riittämättömyys sekä rasva- ja lihaskudokseen menetys. Riittämätön tai virheellinen ravinnonsaanti lisäävät aina vajaaravitsemuksen riskiä. (Orell-Kotikangas ym., 2014, s. 2232)

Sairaalahoidossa olevien riskipotilaiden ravitsemusta ja syömistä tulee seurata. Tällöin voidaan selvittää varmuudella, onko ravitsemushoito oikeanlainen vai pitääkö tehostaa potilaan energian ja proteiinin saantia. Kriittisesti sairailta potilailla painonmuutos ei anna täysin luotettavaa kuvaa ravitsemustilasta, sillä nestetasapaino voi vaihdella. Kroonisesti sairailta potilailla painomuutokset kertovat paremmin ravitsemustilasta, mutta painonmuutos ei itsessään kerro onko potilas menettänyt rasva- vai lihaskudosta. Bioimpedanssilla (kehonkoostumusmittaus, BMI) ja antropometrisillä (kehon koostumuksen ja kasvun mittaus) mittauksilla voidaan tutkia kehon koostumusta. Potentiaalisiksi ravitsemustilan sekä lihastentoimintakyvyn mittaamiseksi on noussut käden puristusvoiman mittaus. Tutkimukset ovat osoittaneet, että puristusvoima kertoo ravitsemustilasta sekä lihasmassasta. Lisäksi mittaaminen on helppoa, eikä siihen tarvitse tietoa potilaan painohistoriasta. (Orell-Kotikangas ym., 2014, s. 2233)

Osastopotilaiden hoitoon kuuluu ravitsemustilan ja ravinnonsaannin kirjaaminen. Potilaan tietoihin tulee kirjata esitiedot potilaasta sekä nykytilasta, ravitsemushoitosuunnitelmasta ja ravitsemushoidosta. Suunnitelmallinen ja systemaattinen kirjaaminen potilastietojärjestelmiin edistävät tiedon kulkua hoitohenkilökunnan välillä sekä tiedon välittämisen mahdolliseen jatkohoitopaikkaan. (Ruokavirasto, 2022b, ss. 39–40)

6.2 Vajaaravitseminen sairaalapotilailla

Vajaaravitseminen on iso ongelma sairaalapotilailla kansainvälisesti (Porter ym., 2016, s. 63). Vuosittain Suomessa noin puoli miljoonaa sairaalapotilasta kärsii vajaaravitsemuksesta.

Vajaaravitsemus nostaa terveydenhuollon kustannuksia huomattavasti sekä lisää terveydenhuollonresurssien käyttöä. Vaikka kunnollinen ravitsemushoito on jokaisen potilaan oikeus, niin vain noin 50 % potilaista syö kokonaan sairaalassa tarjottavat ruoka-annokset. Osittain syödyt annokset vähentävät potilaiden energian sekä ravintoaineiden saantia, mikä lisää vajaaravitsemuksen riskiä. (Orell-Kotikangas ym., 2014, s. 2231)

Vajaaravitsemus voi aiheuttaa haitallisia muutoksia koko kehoon, koostumukseen, toimintakykyyn ja hoitotulokseen. Vajaaravitsemukselle altistaa ruokamäärän väheneminen, joka voi johtua esimerkiksi sairastumisesta, lääkkehoidosta, ruuansulatuskanavan ongelmista, tutkimuksista, syömis- ja nielemisvaikeuksista tai kivusta. Myös aineenvaihdunnan muutokset ja sairauden aiheuttamat kudosuutokset kuten vammat ja haavat altistavat vajaaravitsemukselle. Lisäksi erilaiset imeytymishäiriöt lisäävät vajaaravitsemuksen riskiä. Vajaaravitsemus lisää riskiä infektioille, painehaavoille ja leikkauksen jälkitaudeille. Lisäksi potilaan toipuminen, toimintakyky ja elämänlaatu heikentyvät. Vajaaravitsemus voi myös vaikuttaa lääkaineiden metaboliaan muuttamalla niiden imeytymistä ja jakautumista elimistössä. Potilaat, joilla huomataan korkea vajaaravitsemuksen riski ennen leikkausta, tulee saada tehostettua ravitsemushoitoa 7–14 vuorokauden ajan. Tämä saattaa siirtää leikkauksen ajankohtaa, mutta tehostetun ravitsemushoidon tavoitteena on optimoida aineenvaihdunnantila sekä ehkäistä postoperatiivisia komplikaatioita. Tehostettu ravitsemushoito ei kuitenkaan korjaa näin lyhyenä ajanjaksona vajaaravitsemustilaa. (Ruokavirasto, 2022b, ss. 7–8, 143)

Vajaaravitsemustilan toteaa lääkäri tai ravitsemusterapeutti. Lääkärit ovat vastuussa ainoana ammattikuntana potilaan kokonaishoidosta, minkä lisäksi ainoastaan lääkärit voivat tehdä vajaaravitsemusdiagnoosin. Ravitsemusterapeutti pääsääntöisesti arvioi ravinnontarpeen, erityisruokavaliot, ravintolisät sekä eri tilanteiden ravitsemushoidon.

Vajaaravitsemusriskiseulonnan toteuttaa useimmiten hoitohenkilökunta.

Hoitohenkilökunnan tehtävään kuuluu myös potilaan ravitsemustilan arviointi sekä ravinnonsaannin ja ruokailun seuranta. (Orell-Kotikangas ym., 2014, ss. 2233, 2236)

Ruokaviraston 2010 ilmestyneen ravitsemushoitosuosituksen sekä 2022 ilmestyneen ravitsemushoitosuosituksen luonnoksen mukaan jokaiselle sairaalapotilaalle tulee toisena

hoitopäivänä tehdä vajaaravitsemusriski seulonta NRS-2002-menetelmällä (Ruokavirasto, 2022b, s. 16; Ruokavirasto, 2010, s. 27). Menetelmä on kansainvälinen ja käytössä myös Suomessa. NRS-2002 on luotettava ja helppokäyttöinen ja se soveltuu iäkkäille ja kirurgisille potilaille vajaaravitsemusseulonnan menetelmäksi. (Orell-Kotikangas ym., 2014, s. 2234).

Sairaanhoitopiireillä on oma Ruokaviraston menetelmän pohjalta muokattu seulontamenetelmä. Monien muiden sairaanhoitopiirien mukaisesti Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin NRS-2002 seulan (Liite 2) menetelmä jaotellaan kahteen eri osioon alkuseulontaan ja varsinaiseen seulontaan. Alkuseulonnan tarkoituksena on havaita ne potilaat, joille tehdään varsinainen seulonta. Varsinainen seulonta kostuu kolmesta eri kohdasta: ravitsemustilasta, sairauden vaikutuksesta ravinnontarpeeseen sekä yli 70 vuoden iästä. (Ruokavirasto, 2022b ss. 16–17)

Ensimmäisenä ravitsemustila arvioidaan kehon koostumus, painon- ja ravinnonsaanninmuutoksen avulla. Potilas tulee punnita ja lisäksi sen hetkistä ruokailua sekä ravinnonsaantia verrata tavanomaiseen syömiseen. Toisena arvioidaan sairauden vaikutusta ravinnontarpeeseen, perustana on arvioida aineenvaihdunnan muutokset proteiinin sekä energiantarpeeseen. NRS-2002 seulonnan pistemäärä kertoo, onko potilaalla vähäinen riski, kohtalainen riski vai vakava riski vajaaravitsemukseen. Vajaaravitsemuksen riskipotilaiden ravinnonsaannin tehostaminen sekä turvaaminen tulee aloittaa viipymättä. (Ruokavirasto, 2022b ss. 16–17) Vajaaravitsemusriskin seulonta tulisi tehdä vähintään kerran viikossa, jos potilaalla on todettu vajaaravitsemus sekä arvioida kerran vuorokaudessa ruokavalion ja annoskoon sopivuus (Ruokavirasto, 2022b s. 41).

7 Toimintakyvyn edistäminen ruokailutilanteissa

Toimintakyvyn määrä vaikuttaa kokonaisvaltaisesti yksilön arkeen. Potilaan toimintakyvyn heiketessä tulee sairaanhoitajan kannustaa ja edistää omalla toiminnallaan sairaalapotilaiden toimintakykyä. Kuntouttavalla työotteella voidaan edistää potilaan toimintakykyä ja potilaan kuntoutumista. (Rautava-Nurmi ym., 2015, ss. 254, 410)

7.1 Toimintakyky ja kuntouttava työote

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista sekä kognitiivista kykyä toimia arkeen liittyvissä päivittäisissä toiminnoissa. Tällaisia toimintoja ovat esimerkiksi opiskelu, työ, vapaa-aika, itsestään ja muista huolehtiminen sekä harrastukset. Toimintakyky on yksilöllistä ja sitä voi parantaa tarvittaessa erityyppisillä palveluilla, muiden ihmisten tarjoamalla tuella sekä tekijöillä, jotka liittyvät yksilön asuin- sekä elinympäristöön. (THL, 2022) Toimintakyvyllä voidaan myös tarkoittaa ihmisen selviytymistä hänen silloisessa elämäntilanteessaan tai -vaiheessaan. Lisäksi toimintakyky on selviytymistä omista asetetuista tavoitteista ja toiveista. Toimintakykyä voisikin kuvailla vaakalaudaksi, jossa tasapainotellaan kykyjen, toiminta- ja elinympäristön sekä yksilön omien tavoitteiden välillä. Toimintakyvystä harvoin puhutaan sen ollessa normaali. Kun toimintakyky heikkenee, aletaan siihen kiinnittämään huomiota enemmän. Toimintakyvyn heikkenemistä voi aiheuttaa jaksamattomuus, fyysisen suorituskyvyn heikkeneminen tai motivaation puute. (Rautava-Nurmi ym., 2015, s. 410)

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan työskentelyä, jossa hoitaja tukee potilaan itsenäistä selviytymistä erilaisissa toiminnoissa (Rautava-Nurmi ym., 2015, s. 164). Ruokailutilanteissa tapahtuva kuntouttava työote tarkoittaa tilannetta, jossa potilaan annetaan itse syödä ja juoda. Ruokailu voi tällöin tapahtua hitaasti potilaan omaan tahtiin ja samalla voi syntyä enemmän sotkua. Potilasta tulee kannustaa syömään itse, vaikka ruokailutilanne kestäisikin kauemmin kuin syötettynä. Hoitohenkilökunnan tulee kuitenkin varmistaa, että potilas saa tarpeeksi syötyä. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulee auttaa potilasta, jos hän tarvitsee apua ruokailussa. (Rautava-Nurmi ym., 2015, s. 254)

Koivunen ym. (2017a) ovat koonneet integratiivisen kirjallisuuskatsauksen liittyen sairaaloiden vuodeosastojen ruokailukäytäntöihin potilaiden toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämiseksi. Katsaukseen valittiin 15 tutkimusta (n=15) analysoitavaksi. Kirjallisuuskatsauksessa potilaan toimintakykyä ruokailutilanteissa edistävästä tekijöistä muodostettiin viisi yläkategoriaa. Näitä ovat rauhoitetut ruokailuajat, ruokailuympäristöön liittyvät tekijät, yksilöllisyyden huomioiminen, sosiaalisen kanssakäymiseen liittyvät tekijät ja ravitsemustilan seuranta. (Koivunen ym., 2017a, ss. 181, 189)

7.2 Potilaan ruokailuasento

Paras asento ruokailla olisi istuma-asento tuolilla pöydän ääressä. Tuolin ja pöydän tulisi olla sopivan korkuiset, jotta potilaan jalat ylettyisivät maahan ja kädet pöydälle. Tällä tavoin ruokailuasento on tukevampi, eikä potilaan tarvitse jännittää vartaloaan. Asento voi olla hieman etukumara, jolloin nieleminen helpottuu. (Kunvik & Järnsted, 2017, s. 20)

Aina potilaan ei ole mahdollista ruokailla tuolissa pöydän äärellä tai sairaalasängyn reunalla istuen. Tällöin potilas autetaan istuma-asentoon sängyssä kohottamalla sängynpäätä ylemmäs. Yläasennossa oleva sängynpäätä vähentää aspiraation eli ruuan vetämistä henkitorveen riskiä ruokaillessa. Jos potilas ei pysty olemaan istuma-asennossa ollenkaan, tulee hänet auttaa kylkiasentoon ruokailun ajaksi. Jos potilaan tila sen sallii, voi sängyn päätä tällöinkin nostaa. Kyljellään ollessa potilaan toimivampi käsi tulee jättää päällimmäiseksi, jotta potilas voi käyttää sitä ruokaillessa. Kylkiasentoa tulee tukea tarvittaessa vielä tyynyillä. (Rautava-Nurmi ym., 2015, s. 253)

Potilaita tulee aina avustaa ruokailutilanteissa. Sopivan ruokailuasennon lisäksi potilaat saattavat tarvita apuvälineitä onnistuneen ruokailun takaamiseksi. Apuvälineitä voivat olla esimerkiksi erikoistuolit tai vuoderuokailuun sopivia pöytätasoja. Henkilökohtaisia apuvälineitä voidaan potilaalle suunnitella toimintaterapeutin kanssa. Tällaisia apuvälineitä voivat olla esimerkiksi paksumpivartiset aterimet, liukuasteiset lautaset ja kulhot sekä kannelliset ja kahvalliset juomalasit. (Rautava-Nurmi ym., 2015, s. 253) Uuden apuvälineen käyttö voi aluksi olla haastavaa potilaille. Vaikka apuväline olisi suunniteltu potilaalle, saattaa vanhat liikeradat aluksi hankaloittaa uuden apuvälineen käyttöä. Sujuva apuvälineen käyttö vaatii harjoitusta ja toistoja. Apuvälineiden käytöllä voidaan tukea ja ylläpitää potilaiden itsenäistä kykyä ruokailla. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta, 2022)

7.3 Sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät tekijät ruokailutilanteessa

Koivunen ym. (2017b, ss. 12–15) laativat tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli kuvata sairaalahoidossa olevien potilaiden omia näkemyksiä ja kokemuksia sairaalan ruokailukäytänteistä. Tutkimukseen osallistui erikoissairaanhoidossa yhden konservatiivisen

osaston potilaita (n=10) joulukuussa 2015. Tutkimuksen aineisto kerättiin potilaita haastatteleamalla. Tutkimuksessa todettiin ruokailutilanteissa liittyvien kontaktien lisäävän potilaiden sosiaalista toimintakykyä. Sairaalaruokailujen käytänteissä on tärkeää huomioida potilaan valintojen mahdollistamisen niin ravinnon laadun kuin ruokailutilanteeseen liittyvien sosiaalisten kontaktien suhteen. Tutkimukset osoittavat, että potilaan sosiaalista hyvinvointia edistävät ryhmäruokailut. (Koivunen ym., 2017b, ss. 12–15)

Jos potilas ei itse pysty ruokailemaan tulee hoitohenkilökunnan varmistaa, että potilas saa riittävästi ravintoa. Tällöin hoitohenkilökunnan tulee syöttää potilasta. Itsenäisyyden menettäminen syömisen osalta voi olla joillekin potilaille hyvin herkkä aihe, jolloin syöttäjältä vaaditaan hienotunteisuutta. Ruokailutilanne tulee rauhoittaa ja hoitajan tulee keskittyä syötettävään, jotta tilanne olisi mahdollisimman miellyttävä. (Kunvik & Järnsted, 2017, s. 24)

Kummankin osapuolen olisi hyvä olla samalla tasolla, jolloin sosiaalista vuorovaikutusta ja katsekontaktia on helpompi ylläpitää. Tarjolla olevia ruokia ei saa sekoittaa lautasella ja potilaalle on hyvä kertoa, mitä ruokaa hänelle tarjoillaan. Näin potilaan on helpompi maistella ja erotella erilaiset maut toisistaan. Ruokailutilanteessa tulee kuitenkin välttää liiallista keskustelua, jotta syötettävä saa syötyä. (Kunvik & Järnsted, 2017, s. 24; Valtion Ravitsemusneuvottelukunta, 2022)

Syötettäessä tulisi mukailla mahdollisimman paljon syötettävän omaa ruokailurytmiä. Syötettävälle tulee antaa aikaa maistella, pureskella ja nielaista ruoka ennen seuraavaa suullista. Ruokaa ja juomaa tulee tarjota vaihtelevassa järjestyksessä. Syöttäminen tulee pitää kiireettömänä. Potilas aistii kiireen, jolloin tilanteesta tulee helposti kiusallinen. Lisäksi kiireessä syöttäminen lisää ruuan tuputtamista, joka voi aiheuttaa aspiraatoriskin (Kunvik & Järnsted, 2017, s. 24; Valtion Ravitsemusneuvottelukunta, 2022)

8 Ruokailuympäristöön liittyvät tekijät ja rauhoitetut ruokailuajat

Hoitohenkilökunta pystyy omalla toiminnallaan lisäämään potilaiden ruokailuiden miellyttävyyttä huomioimalla ruokailuympäristöön liittyviä tekijöitä sekä huolehtimalla

rauhoitetuista ruokailuajoista. Ruokailuympäristön siistiminen ja rauhoittaminen vaikuttavat potilaan kokemukseen ruokailutilanteesta. Ruokailuympäristöön ja rauhoitettuihin ruokailuajoihin liittyen on myös tehty tutkimuksia. (Ruokavirasto, 2022b, s. 46)

Ruokailun aikana tulisi välttää erilaisia hoitotoimenpiteitä sekä wc-käyntejä. Useamman hengen huoneissa tulee ottaa myös huonetoverit huomioon. Erilaiset haavahoidot tulisi ajoittaa siten, ettei avonaista ja eritteistä haavaa jätetä auki ruokailun ajaksi. Myös vaipat, dreelit ja avanteet tulee hoitaa ennen tai jälkeen ruokailun. Tällä tavoin vältetään epämiellyttävät hajuhaitat. (Ruokavirasto, 2022b, s. 46)

Koivusen ym. (2017b, ss. 12–15) tutkimuksessa selvisi potilaiden kokevan ruokapöydän ääressä tuolilla istuen ruokailun tukevan ruokailuasentoa. Ruokailu tuolilla pöydän ääressä myös koettiin miellyttävämmäksi fysiologisesti, näin nieleminen onnistuu paremmin. Potilashuoneessa pöydän ääressä tai osaston päiväsalissa tapahtuva ruokailu koettiin mahdollistavan mahdollisimman normaalin ja kotoisan ruokailutilanteen. Tutkimuksessa osa potilaista kuitenkin piti päiväsalissa ruokailua rauhattomana ja hälyisänä.

Rauhoitetut ruokailuajat on laadittu vajaaravitsemuksen riskin pienentämiseksi. Erityisesti sairaalassa olevilla potilailla riski vajaaravitsemukseen on suuri. Rauhoitettujen ruokailuajojen tavoitteena on lisätä potilaiden ravinnon saantia ja parantaa mahdollisuutta syödä ruoka-annokset loppuun. (Porter ym., 2016, s. 62)

Waltonin ym. (2013, s. 6) tekemän tutkimuksen mukaan ruokailun keskeytyminen häiritsi potilaita. Tutkimuksessa seurattiin kahden päivän aikana 30:a aikuispotilasta kolmessa eri sairaalassa Australiassa. Keskeytyksen syitä olivat esimerkiksi lääkkeiden jako, röntgentutkimukset sekä henkilökunnan vierailut potilaiden luona. Osastojen päivittäiset rutiinit saattoivat osua juuri ruokailuiden yhteyteen, mikä häiritsi potilaita. Erityisesti lääkkeiden jako keskeytti potilaiden mielestä ruokailun. Lääkkeet olisikin hyvä jakaa selvästi ennen tai jälkeen ruokailun.

Ruokailua rauhoittaa myös television ja radion sulkeminen, jolloin potilas ei keskity niihin. Potilaiden ruokailuun tulee varaa riittävästi aikaa, jotta potilaat ehtivät rauhassa syödä. Ruokatarjotinta ei myöskään pidä hakea pois, ennen kuin potilas on lopettanut ruokailun.

Tarvittaessa potilaalta voi varmistaa, onko hän jo syönyt vai jatkaako hän vielä ruokailua. (Ruokavirasto, 2022b, s. 46)

9 Opinnäytetyön toteutus ja eettisyys

Tässä luvussa käydään läpi toiminnallisen opinnäytetyön tekoprosessia, eettisyyttä ja luotettavuutta sekä opinnäytetyön tuotoksena syntyvää posteria. Luvussa kerrotaan posterin suunnittelun ja toteutuksen lisäksi tilaajatahon arviointia valmiista tuotoksesta.

9.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö on ammattikorkeakoulujen lopputyö. Opinnäytetyö voidaan toteuttaa eri menetelmin, joista toiminnallinen opinnäytetyö on yksi. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa teoreettista ja toiminnallista materiaalia, painottaen tutkivaa ja kehittävää työtettä. Opinnäytetyön aihe nousee työelämän tarpeista ja usein opinnäytetyö voidaan tilata jonkin organisaation toimesta. Opinnäytetyötä varten määritellään ja laaditaan tutkimusongelmat ja kysymykset, joihin pyritään vastaamaan. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu johdannosta, kehittämistyön tietoperustasta, kehittämistyön tavoitteista ja tarkoituksesta, tuotoksen tai projektin suunnittelusta ja toteutuksesta sekä johtopäätöksistä ja pohdinnasta. Opinnäytetyön teoreettisen materiaalin lisäksi syntyy tuotos, esimerkiksi posterit, opas, sähköinen aineisto tai tapahtuman suunnittelu. (HAMK, 2020, ss. 17–19)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyy kehittävä työote ja kehittämistyö.

Kehittämistoiminnalla tarkoitetaan sitä, että on käsitys kehittämisen kohteesta ja sen perusteluista sekä aiheen rajauksesta. Kehittämistoiminnassa tulee huomioida mikä on kehittämisen tavoite, millä menetelmin tai välinein kehityskohteen asiat voidaan ratkaista, miten työtä arvioidaan ja miten tuotoksen tulokset jaetaan. Kehittämistoiminta vaatii yhteistyötä siihen osallistuvilta tahoilta. Avoin vuorovaikutus helpottaa yhteistyötä ja yhteistä käsitystä syntyvästä tuotoksesta. (Salonen ym., 2017, s. 29)

9.2 Posterin suunnittelu, toteutus ja tilaajatahon palaute

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotokseksi valittiin posterit (Liite 1). Aluksi ajatuksena oli tuottaa ohjevihko henkilökunnalle, joka sijaitisi hoitajien kansliassa. Ohjaavan opettajan ehdotuksesta päädyttiin kuitenkin posteriin. Posterin saisi esille osaston yleisiin tiloihin, jolloin sen näkisivät henkilökunta, potilaat sekä heidän omaisensa. Tieteelliset posterit ovat nykyaikainen tapa viestiä ihmisryhmille ja ne voivat toimia esimerkiksi tiedotuksina tai esittelytauluina (Silén, 2012, s. 2). Posterista haluttiin luoda näyttävän esittelytaulun, joka kuitenkin toimisi tiedonjakajana. Posteriin haluttiin tuoda tiivistetysti tärkeitä huomioita opinnäytetyön teoriaosuudesta. Tuotokseen haluttiin koota niin potilaille kuin myös hoitohenkilökunnalle suunnattuja huomioita ruokatilanteiden suhteen.

Posterin teko on hyvä aloittaa suunnitteluvaiheella, jolloin hyvä suunnittelu ja materiaalien koostaminen helpottaa posterin aloittamista. Materiaalien keräämisen ja suunnittelun jälkeen kootaan aineisto ja pohditaan posterin visuaalista ilmettä. Posterin tarkoituksena on tiivistelmän luominen aiheesta. Työ on hyvä aloittaa kirjoittamalla ensin kaikki, mitä aiheesta haluaa kertoa ja karsia tekstiä siten, että lopputulokseen jää vain olennaisin tieto. (Jyväskylän yliopisto, n.d.)

Tekstiä kirjoittaessa on huomioitava fontin ja värin yhtenäisyys. Työskennellessä kannattaa muistaa kolmijakoisuus eli kolme pääväriä sekä kolme fonttilajia. Kolmea useampi väri tai fontti tekee kokonaisuudesta helposti sekavan ja levottoman. Posteriin on kuitenkin hyvä valita yksi pääväri, joka hallitsee yleisilmettä. Posteria katsoessa ensimmäisenä huomio kiinnittyy otsikkoon, joten se voi olla huomiota herättävä. Posterin tekstiosuuden tyyli ja fontti on hyvä pitää selkeänä ja helposti luettavana. Tekstin valinnassa on huomioitava myös se, että tekstiä luetaan kauempaa. (Jyväskylän yliopisto, n.d.)

Posterissa käytettyjen värien tarkoituksena ei ole pelkästään esteettisyys, vaan niiden tarkoitus on myös edesauttaa ja parantaa tekstin ymmärtävyyttä. Värien avulla voi myös jäsentellä, järjestellä, korostaa ja osoittaa erilaisia asioita sekä helpottaa lukijaa erottamaan tekstikappaleita toisistaan. Posterissa kuvat herättävät huomiota ja elävöittävät posterin ilmettä. Kuvia valitessa on huomioitava niiden sopivuus sisältöön, kuvien tulee olla teknisesti

ja laadullisesti hyviä. Ennen kuvan käyttöä on huomioita tekijänoikeudet, jos kuvat eivät ole omia. (Jyväskylän yliopisto, n.d.)

Posteri luotiin Canva-ohjelmalla, joka on ilmainen suunnittelutyökalu internetissä. Ohjelma valittiin sen helppokäyttöisyyden ja monipuolisuuden vuoksi. Canvasta löytyy erilaisia elementtejä, esimerkiksi kuvia, tekstejä, grafiikkaa ja tarroja. Niiden avulla pystyi helposti lisäämään posterin kiinnostavuutta ja erottelemaan tekstipalstoja. (Canva, 2022) Canva oli tullut tutuksi jo opiskeluaikoina, joten sen käyttö oli valmiiksi tuttua.

Posteria suunniteltiin yhdessä tilaajaorganisaation kanssa ja heiltä kysyttiin mielipidettä ja ajatuksia posteriin liittyen. Posteriin toivottiin potilaita kannustavaan omatoimisuuteen liittyvää tekstiä. Lisäksi toivottiin kuvia, jotta posterin herättäisi huomiota ja olisi kiinnostava. Tilaaajaorganisaation kanssa keskusteltiin heidän logonsa käyttämisestä posterissa ja siihen saatiin lupa kehittämissylihoitajalta.

Posterin varten oli kertynyt ideoita jo ennen luonnostelua. Posterin alustavaksi kooksi päätettiin A3. Posteriin liittyneet ideat ja kysymykset koottiin yhteen ja lähetettiin tilaajaorganisaatiolle kommentoitavaksi. Samalla lähetettiin ensimmäinen luonnos posterista. Keskustelua tilaajaorganisaation kanssa käytiin sähköpostin välityksellä. Sähköposti lähetettiin kirurgian osastojen osastonhoitajalle, apulaisosastonhoitajalle sekä sairaalan kehittämissylihoitajalle.

Saatujen kommenttien perusteella posterin kooksi vaihtui A2. Posterin isompi koko mahdollistaa paremmin tekstien ja kuvien asettelun posteriin ilman, että se näyttäisi ahtaalta. Isompaa kokoa vahvisti myös se, että posterin tulisi olla luettavissa noin 1,5 metrin etäisyydestä. (Silén, 2012, ss. 3, 11) Posteriin haluttiin kuvia tukemaan ja havainnollistamaan tekstin sisältöä sekä visualisoimaan posterin yleisilmettä. Posterin kaikki kuvat ovat valikoituneet Canvasta. Kommenttien perusteella myös posterin taustaväri vaihdettiin vaaleammaksi. Vaaleampi taustaväri toi paremmin tekstin ja kuvat esille sekä selkeytti yleisilmettä. Posterin fontiksi valittiin selkeä ja helposti luettava fontti. Posteriin lisättiin kehittämissylihoitajan luvalla Kanta-Hämeen keskussairaalan logo posterin alareunaan.

Posteriin liittyvät oikeudet on sovittu yhdessä tilaajaorganisaation kanssa. Kanta-Hämeen keskussairaalan kanssa sovittiin, että heillä on oikeudet esittää posteria tiloissaan. Posterit on toimitettu sähköisenä PDF-tiedostona, joka mahdollistaa posterin tulostamisen tilaajaorganisaatiolle. Tilaajaorganisaation kanssa on sovittu, että heillä ei ole oikeuksia muokata posteria. Tämä sopimus on tehty yhdessä Kanta-Hämeen keskussairaalan kehittämisylivoitajan kanssa.

Valmis posterit on esitetty kirurgian osastonhoitajalle ja henkilökunnalle loppuseminaarissa, joka järjestettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan tiloissa. Samalla on esitetty opinnäytetyön kirjallinen tuotos. Loppuseminaarissa tilaajaorganisaatio on antanut palautetta opinnäytetyöstä.

Positiivista palautetta osastonhoitaja ja henkilökunta on antanut loppuseminaarissa esityksestä ja posterista. Osastonhoitaja koki, että heidän tarpeitaan posterin suhteen on otettu huomioon posterin toteutuksessa. Osastonhoitaja kehui esityksen napakkuutta sekä sen avaavan opinnäytetyön tavoitteet. Esityksen jälkeen heräsi hyvää keskustelua aiheen ympärille esittäjien ja kuuntelijoiden kesken. Loppuseminaarissa palaute saatiin suullisena sekä myöhemmin kirjallisena sähköpostiin.

Kanta-Hämeen keskussairaalan kehittämisylivoitaja toimi opinnäytetyöprosessin aikana vastuuhenkilönä yhteydenpidossa. Opinnäytetyöprosessista ja valmiista opinnäytetyöstä saatiin kirjallinen palaute sähköpostitse. Positiivista palautetta saatiin teoriaosuudesta ja tiedonhausta, jotka kehittämisylivoitaja näki opinnäytetyön vahvuutena. Palautteessa kehittämisylivoitaja koki yhteydenpidon vähäisenä ja sähköpostitse kommunikoinnin fokuoituneen osastonhoitajien kanssa keskusteluun. Kehittämisylivoitaja toivoi, että kirurgian vuodeosastot hyödyntävät tulevaisuudessa opinnäytetyön teoriaosuutta ja posteria.

9.3 Eettisyys ja luotettavuus

Kaikkea tutkimus- ja kehittämistoimintaa ohjaavat eettiset ja luotettavuuteen liittyvät tekijät. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) ja suomalainen tiedeyhteisö ovat yhdessä

laatineet ohjeet hyvistä tieteellisistä käytännöistä sekä loukkausepäilyjen asiallisesta käsittelemisestä. Ohjeiden tarkoituksena on tukea hyvää tieteellistä käytäntöä ja estää tieteellisen vilpin käyttöä. Suomen kaikki ammattikorkeakoulut ovat hyväksyneet ja sitoutuneet työskentelemään ohjeita noudattaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012)

Hyvät tieteelliset käytännöt koostuvat rehellisyydestä ja huolellisuudesta. Opinnäytetyötä tehdessä lähdemerkintöjen ja viitteiden tarkka oikeaoppinen merkitseminen on tärkeää. Luotettava, eettisesti hyväksyttävä ja uskottavat tutkimustulokset vaativat, että tieteellinen tutkimus on laadittu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavoilla. Eri tutkimusorganisaatioiden laatujärjestelmästä kertoo, jos hyvä tieteellinen käytäntö on osana järjestelmää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012) Tähän opinnäytetyöhön on valittu lähteitä, jotka vastaavat ammattikorkeakoulun opinnäytetyön luotettavuuden kriteereitä. Lähteet on merkitty tekstiviitteisiin sekä lähdeluetteloon Hämeen ammattikorkeakoulun vuoden 2022 ohjeiden mukaan.

Opinnäytetyötä tehdessä tekijät sitoutuvat eettiseen pohdintaan, joka valmentaa ammatissa eettiseen toimintaan (Kettunen ym., 2018). Tekijöiden tulee noudattaa tutkimusta tehdessään tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näitä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus koko työprosessin ajan. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja kriteerin täyttäviä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012)

Opinnäytetyö toteutettiin Hämeen ammattikorkeakoulun ja Kanta-Hämeen keskussairaalan yhteistyönä. Opinnäytetyöstä tehtiin sopimus sekä tutkimuslupa, jotka allekirjoitettiin ammattikorkeakoulun, tilaajaorganisaation ja työn tekijöiden puolesta. Opinnäytetyön tekoprosessissa otettiin huomioon tilaajaorganisaation toiveita ja huomioita liittyen kirjalliseen tuotokseen sekä posteriin. Tilaajaorganisaation toiveiden sekä palautteen pohjalta tehtiin tarvittavia muutoksia teoriaosion tietoperustaan ja posteriin. Koko opinnäytetyö prosessin aikana on noudatettu eettisiä periaatteita. Työn teoriatiedon aiheiden valitseminen sekä tiedonhaku on toteutettu eettisyyden näkökulmasta.

10 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe valikoitui Hämeen Ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankista. Aihetta valitessa huomioitiin, että aihe olisi riittävän laaja kolmelle henkilölle ja että aihe kelpaisi toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Tärkeäksi koettiin, että tehty työ vastaisi työelämästä nouseviin tarpeisiin ja toisi apua potilaan hoidon sekä ohjauksen näkökulmasta. Opinnäytetyöhön kerättävän teorian pohjalta tehtiin posterit, jotka tiivistetysti tuo esille huomioitavia asioita ja tekijöitä potilaiden ruokailutilanteisiin sairaalassa.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin alkukevällä 2022. Aiheen valinta hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla kirjallisella aiheen kuvauksella ja opinnäytetyön aikataululla Wihi-järjestelmässä helmikuussa. Aiheen hyväksymisen jälkeen pidettiin suunnitteluseminaari opinnäytetyön ohjauspiirissä. Opinnäytetyön prosessin alusta alkaen oltiin yhteydessä tilaajaorganisaation yhteyshenkilönä toimivan kehittämissylihoitajan kanssa sähköpostilla ja hänet tavattiin kasvotusten kirjoittaessa opinnäytetyön sopimuksia. Opinnäytetyön teorian haku jaettiin kolmelle tasapuolisesti. Teoriatietoa hakiessa on huomioitu tiedon riittävyys siten, että se vastaa kolmen henkilön työpanosta. Teoriatietoa haettiin laajasti, jotta opinnäytetyöstä tulisi kattava kokonaisuus, joka vastaisi posterin sisältöön.

Tarkoituksena oli koota kattavasti teoriatietoa erilaisista tekijöistä, joita hyödyntämällä kirurgisten sairaalapotilaiden ravinnon saanti sekä ruokailuun liittyvä toimintakyky paranisivat. Teoriatietoa näistä tekijöistä löytyi hyvin vaihtelevasti. Rauhoitetuista ruokailuajoista sekä leikkauksen jälkeisen ruokailun aloittamisesta löytyi enemmän englannin kielellä teoriatietoa. Suomalaisia tutkimuksia ruokailutilanteisiin liittyen ei juurikaan vielä toistaiseksi ole tehty. Opinnäytetyössä hyödynnettiin kuitenkin Koivusen ym. (2017a) tekemää integratiivista kirjallisuuskatsausta liittyen ruokailutilanteisiin. Opinnäytetyöhön saatiin kuitenkin koottua laajasti tietoa, jota voidaan hyödyntää sairaalan vuodeosastoilla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa sairaalan henkilökunnalle sekä potilaille, jotta onnistuneet ruokailutilanteet sairaalassa yleistyisivät. Lisäksi työllä haluttiin tukea toimintakyvyn edistämistä ruokailutilanteissa. Työhön saatiin kerättyä teoriatietoa, jota sekä

sairaalan henkilökunta että potilaat voivat hyödyntää sairaalassa. Kerättyjen tietojen toivotaan antavan tukea osastoilla tapahtuviin ruokailutilanteisiin.

Opinnäytetyön tekoprosessia ohjasivat tutkimuskysymykset, joihin pyrittiin vastaamaan opinnäytetyön kirjallisessa osuudessa. Tutkimuskysymykset koostuivat kirurgisen aikuispotilaan toimintakyvyn edistämisestä ruokailutilanteessa, ruokailutilanteiden onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä ja kirurgisen potilaan ravitsemuksen tukemisesta. Tutkimuskysymykset ohjasivat opinnäytetyössä käytettävien lähteiden etsimisessä sekä teoreettisen sisällön tuottamisessa.

Kirurgisen aikuispotilaan toimintakyvyn edistämistä voidaan tukea ruokailutilanteissa eri tavoin. Potilaan omatoimisuuteen ja itsenäiseen ruokailuun kannustaminen ovat tärkeä osa sairaanhoitajan työtä. Potilaiden avustaminen hyvän ruokailuasennon saamiseksi sekä ruokailussa edistää potilaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Mahdollisuuksien mukaan potilaat voivat valita ruokailuympäristön, jolloin esimerkiksi muiden kanssa ruokailu edistää sosiaalista kanssakäymistä.

Onnistuneisiin ruokailutilanteisiin vaikuttaa potilaiden ruokailuympäristö. Raikas sisäilma, rauhallinen tila ja keskeyttämätön ruokailu varmistavat onnistuneen ruokailutilanteen. Ravitsemuksen tukemisessa sairaanhoitaja auttaa potilaan ruokailutottumusten selvittämisessä sekä ravinnon saamisessa. Sairanhoitajan tulee huolehtia, että potilaalla on hänelle sopivaa ravintoa riittävästi, tarpeeksi aikaa ruokailla sekä tarvittaessa avustaa potilasta ruokailussa. Tällä tavoin voidaan varmistaa ravitsemuksen tukeminen.

Opinnäytetyön tekoprosessin aikana oltiin tiiviisti yhteydessä sekä tilaajaorganisaation edustajiin että ammattikorkeakoulun ohjaavaan opettajaan. Tilaajaorganisaation kanssa yhteyttä pidettiin sähköpostin avulla, joka helpotti nopeaa vuorovaikutusta. Tilaajaorganisaation edustajia olivat kehittämyslihoitaja, kirurgian osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja, jotka kaikki kuuluivat sähköpostiketjuun. Näin taattiin, että kaikki yhteyshenkilöt saivat samat tiedot yhtäaikaaisesti. Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa yhteydenpito tapahtui pääsääntöisesti osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa. Sähköpostin avulla kysyttiin mielipiteitä ja toiveita opinnäytetyön sisältöön, posteriin ja

niiden kehittämiseen. Sähköpostiviesteissä ehdotettiin tapaamista kasvotusten sairaalassa, jolloin työn etenemisestä olisi voinut keskustella helpommin, mutta aikataulullisista syistä tapaaminen ei onnistunut. Ammattikorkeakoulun opettajan kanssa yhteydenpito tapahtui sähköpostin ja Zoom-sovelluksen avulla. Viestittely molempien tahojen kanssa sujui pääsääntöisesti hyvin.

Opinnäytetyön tekeminen vahvisti kaikkien tekijöiden tiedonhakutaitoja, lähteiden arvioimista sekä tutkimuksien tulkitsemista. Työn tekeminen ja aiheiden valitseminen sekä jakaminen onnistui hyvin kolmen ihmisen kesken. Tiedonhakua ja kirjoittamista tehtiin niin yksin kuin myös ryhmässä. Yhteistyö onnistui erinomaisesti ja kaikilla tekijöillä oli samat ajatukset ja suunnitelmat työtä varten.

Opinnäytetyön sisältö oli osittain jo tuttua opinnoista sekä työelämän kokemuksista. Tekoprosessissa kuitenkin aiheen tuntemus kehittyi ja antoi uusia oivalluksia potilaiden ruokailutilanteisiin liittyen. Opinnäytetyön yhteydessä opitut uudet asiat ja oivallukset auttavat kehittämään tämän työn tekijöiden sairaanhoitajan ammatti-identiteettiä sekä omalta osaltaan edistämään potilaiden ruokailua sairaalaympäristössä. Ruokailutilanteiden tärkeyttä ei välttämättä ymmärrä, ennen kuin aiheeseen perehtyy tarkemmin. Toivottavasti jatkossa opinnäytetyön sekä aiheeseen liittyvien tutkimusten avulla voitaisiin korostaa ruokailutilanteiden merkityksellisyyttä potilaiden toimintakyvyn kannalta.

Lähteet

- Aalto, A-M., Aro, E., Arvio, M., Autti-Räimö, I., Castaneda, A. E., Erkkilä, J., Hakala, P., Heinonen, A., Heinonen E., Hiekkala, S., Hietala, O., Hupli, M., Hurme, P., Huttula, K., Häkkinen, A., Hämäläinen, P., Hämäläinen, T., Härkäpää, K. & Jeglinsky, I. (2016). *Kuntoutuminen*. Kustannus Oy Duodecim.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S. & Sulosaari, V. (2019). *Klininen hoitotyö*. Sanoma Pro.
- Aura, S. & Kinnunen, T. (2022). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Sanoma Pro Oy.
- Canva. (2022). *Canva*. https://www.canva.com/fi_fi/
- Canzan, F., Caliaro, A., Cavada, M., L., Mezzalira, E., Paiella, S. & Ambrosi, E. (2022). The effect of early oral postoperative feeding on the recovery of intestinal motility after gastrointestinal surgery: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 17(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273085>
- HAMK. (2020). *Opinnäytetyöopas* [opas]. <https://www.hamk.fi/wp-content/uploads/2021/11/HAMK-Opinnaytetyoopas-2.pdf>
- Hoppu, S., Ahonen, T. & Kuitunen, A. (2013). Parenteraalinen ravitseminen vuodeosastolla. *Lääkärilehti*, 68(15), 1097–1101. <https://www.laakarilehti.fi>
- Jäntti, M. (2019). Aikuispotilaan vajaaravitsemusriskin seulonta ja ravitsemustilan seuranta. *Lääkärilehti*, 74(20), 1257–1267. <https://www.laakarilehti.fi>
- Järvikoski, A. (2013). *Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>
- Jyväskylän yliopisto. (n.d.). *Tieteellisen posterin peruseriaatteita*.
<http://www.arthis.jyu.fi/digicult/posteri/posteri/index.html>
- Kanta-Hämeen keskussairaala. (n.d.). *Osastot*. <https://www.khshp.fi/palvelut/osastot/>
- Kanta-Hämeen keskussairaala. (2022). *Strategia 2022*. https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2022/03/strategia_2022_150293.pdf

- Kim, J-W., Park, Y-G., Kim, J-H., Jang, E-C. & Ha, Y-C. (2018). The Optimal Time of Postoperative Feeding After Total Hip Arthroplasty: A Prospective, Randomized, Controlled Trial. *Digestive Surgery*, 30(3), 31–36.
- Koivunen, M., Suominen, S. & Asikainen, P. (2017a). Sairaalan vuodeosaston ruokailukäytännöt potilaan toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämässä – Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 29(3), 180–194. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-2499135>
- Koivunen, M., Suominen, S. & Asikainen, P. (2017b). Sairaalan vuodeosaston ruokailukäytännöt - potilaiden näkökulma. *Tutkiva hoitotiede*, 15(3), 12–14. <https://tuhto-emagz-fi.ezproxy.hamk.fi/reader/issue/10228/177297/12>
- Kunvik, S. & Järnsted, P. (2017). *Omainen hoitajana: syömällä hyvää mieltä ja vireyttä*. Omainen Hoitajana -opassarja. <https://proofer.faktor.fi/epaper/OmainenHoitajana1Ruoka/#24>
- Laine, A., Lahtinen, K. & Mäkäräinen, J. (juontajat). (2017). *Ajantasa: Mitä kirurgia on? Moni potilas on toimenpiteiden aikana unessa*. [audiopodcast]. YLE. <https://areena.yle.fi/podcastit/1-4311983>
- Lääkärikirja Duodecim. (2020). *Terveyttä edistävä ruokavalio*. [kuva] <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00935>
- Lääkärikirja Duodecim. (2008). *Lautasmalli*. [kuva] <https://www.terveyskirjasto.fi/ldk00320>
- Lääkäriliitto. (n.d.). *Kaikki erikoisalajat ryhmittäin*. <https://erikoisalani.fi/artikkelit/kaikki-alat>
- Mutanen, M., Niinikoski, H., Schwab, U. & Uusitupa, M. (2021). *Ravitsemustiede*. Kustannus Oy Duodecim.
- Oksa, H. & Siljamäki-Ojansuu, U. (2014). Hyödynnä ravitsemushoidon mahdollisuudet. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 130(21), 2225–2227. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11938> 8
- Orell-Kotikangas, H., Antikainen, A. & Pihlajamäki, J. (2014). Sairaalapotilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 130(21), 2231–2238. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11941>
- Porter, J., Ottrey, E. & Huggings, C. (2016). Protected Mealtimes in hospitals and nutritional intake: Systematic review and meta-analyses. *International Journal of Nursing Studies* 65(1), 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.002>

- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2015). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Sanoma Pro Oy.
- Rautavirta, K., Schwab, U., Valsta, L., Laatikainen, T., Kurppa, S. (2021). *Ravitsemustiede*. Kustannus Oy Duodecim.
- Ruokavirasto. (2010). *Ravitsemushoito*. Edita Prima Oy.
- Ruokavirasto. (2021). *Ravitsemus- ja ruokasuositukset*. <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus--ja-ruokasuositukset/>
- Ruokavirasto. (2022a). *Ravitsemuksen edistämisen johtaminen kunnissa ja alueilla*. Haettu 9.6.2022 osoitteesta <https://www.ruokavirasto.fi/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemuksella-hyvinvointia/kunta/>
- Ruokavirasto. (2022b). *Ravitsemushoito*. Ravitsemushoitosuositus [luonnos, osa 1]. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemus-ja-ruokasuositukset/ravitsemushoito/ravitsemushoitosuositus_osa-i-julkinen-komentointi.11.3.2022.pdf
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. (2017). *Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa*. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>
- Silén, S. (23.8.2012). *Tieteelliset posterit viestinnän välineenä*. <https://docplayer.fi/192002-Tieteelliset-posterit-viestinnan-valineena.html>
- STM. (n.d.). *Kuntoutus*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>
- Terveyskirjasto. (2020a). *Terveyttä edistävä ruokavalio*. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00935>
- Terveyskirjasto. (2020b). *Ruokakolmio*. <https://www.terveyskirjasto.fi/ldk00759>
- Terveyskirjasto (2021). *Käyttöehdot*. <https://www.terveyskirjasto.fi/info/kayttoehdot>
- Terveyskylä. (2021). *Ruokahaluttomuus*. Palliatiivinen talo. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/ruokahaluttomuus>
- THL. (9.3.2021). *Terveellinen ruokavalio*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/terveellinen-ruokavalio>
- THL. (7.3.2022). *Mitä on toimintakyky?* Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. (17.3.2022). *Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositukset käytäntöön koulutus* [webinaari]. Videonet. <https://videonet.fi/vrn/20220317/>

Voutilainen, E., Freese, R. & Mutanen, M. (2021). *Ravitsemustiede*. Kustannus Oy Duodecim.

Zhaung, C-L., Ye, X-Z., Zhang, C-J., Dong, Q-T., Chen, B-C. & Yu, Z. (2013). Early versus Traditional Postoperative Oral Feeding in Patients Undergoing Elective Colorectal Surgery: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Digestive Surgery*, 30(3), 225–232.

Liite 1: Potilaan ruokailutilanteet sairaalassa -posteri

Potilaan ruokailutilanteet sairaalassa

Ravitsemustilan seuranta



- Kerro ruokavaliostasi ja mieltymyksistäsi etukäteen hoitajalle
 - Annoskoko ja allergiat
- Ravitsemustasi ja sen riittävyyttä seurataan aktiivisesti toimenpiteesi jälkeen



Toimintakyvyn tukeminen ruokailutilanteissa



Ruokailuympäristö

- Ruokailla voit sängyssä tai pöydän ääressä
 - Mahdollisuus ruokailla yksin tai yhdessä
- Rauhoitetut ruokailuajat
 - Hoitotoimenpiteiden ajoittaminen
 - Riittävästi aikaa syödä annoksesi loppuun
- Huomioidaan yhdessä muut potilaat ruokailujen aikana



- Potilaslähtöinen ruokailu
 - Hoitaja avustaa sinua oikeaan ruokailuasentoon huomioiden mahdollisen leikkaushaavasi
 - Tuemme sinua itsenäisessä ruokailussa ja kannustamme omatoimisuuteen
 - Kerro hoitohenkilökunnalle mahdollisten apuvälineiden tarve ruokailuissa



Kanta-Hämeen keskussairaala
erikoissairaanhoidon ja asiakaspalvelun osaamiskeskus

Tekijät:
Eliisa Raninen,
Seija Skyttä &
Laura Virtanen

Liite 2: Kanta-Hämeen keskussairaalan NRS 2002 -seula

7

NRS 2002 -seula

Potilaan nimi		Hetu		Päiväys
Pituus cm	Nykypaino kg punnittu <input type="checkbox"/> ilmoitettu <input type="checkbox"/>	BMI	Paino (1-) 3 kk sitten noin kg	
1. Arvio ravitsemustilasta			Painonmuutos kg %	
A. BMI		B. Painonlasku viimeisen 3 kuukauden aikana		C. Ruoan määrä viimeisen viikon aikana
<input type="checkbox"/> Yli 20,5 = 0 p. <input type="checkbox"/> 18,5–20,5 = 2 p. <input type="checkbox"/> Alle 18,5 = 3 p.		<input type="checkbox"/> Ei ole laihtunut tai ei tietoa = 0 p. <input type="checkbox"/> 5-10 % = 1 p. <input type="checkbox"/> 10-15 % (TAI yli 5 % / 2kk) = 2 p. <input type="checkbox"/> Yli 15 % (TAI yli 5 % / 1kk) = 3 p.		<input type="checkbox"/> Syönyt normaalin määrän = 0 p. <input type="checkbox"/> Syönyt yli puolet = 1 p. <input type="checkbox"/> Syönyt noin puolet tai alle = 2 p. <input type="checkbox"/> Syönyt erittäin vähän = 3 p.
Suurin pistemäärä kohdista A, B tai C				
2. Sairauden vaikeusaste ravitsemustilanteen kannalta				
Normaali tilanne	Lievä Esim. - vakaa tai kohtuullisen vakaa kroonisen sairauden vaihe - lievästi ravinnontarvetta lisäävä akuutti tai vasta todettu krooninen sairaus - kroonisen sairauden lievä pahenemisvaihe - kevyt kirurgia (tulossa lähiaikoina tai vastikään tehty)	Kohtalainen Esim. - useita vaikeita kroonisia sairauksia - sairaalahoitoa vaativa kroonisen sairauden pahenemisvaihe - akuutti vaikea tulehdussairaus - laaja leikkaus (tulossa lähiaikoina tai vastikään tehty, n. 1 kk)	Vakava Esim. - vaikeahoitoinen kroonisen sairauden pahenemisvaihe - hyvin vaikea tulehdus - hyvin laaja leikkaus (tulossa lähiaikoina tai akuutti postoperatiivinen vaihe, n. 1 kk). - tehohoitopotilas	
0	1	2	3	
3. Jos ikä on 70 vuotta tai yli, lisää 1 piste <input type="checkbox"/>				
Seulontapistees yhteensä				