

IKÄÄNTYNEEN RIITTÄVÄ RAVITSEMUS

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Asta Tujula

Opinnäytetyö, kevät 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Tujula, Asta. Ikääntyneen riittävä ravitseminen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Helsinki, kevät 2016, 38 sivua, 2 liitettä. Diakonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää suomalaisten ikääntyneiden ravitsemussuositukset ja niiden toteutuminen kotihoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata erilaisia mahdollisuuksia ravitsemuksen parempaan toteutumiseen kotihoidossa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin seitsemää eri julkaisua. Tiedonhaku tapahtui sähköisistä tietokannoista Medic, Melinda ja Google Scholar.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella heikentynyt ravitsemustila tunnustetaan huonosti. Ikääntyneen ravitsemushoidon tulisi aina perustua yksilölliseen ravitsemushoidon suunnitelmaan, ravitsemushoidon toteuttamiseen ja arviointiin sekä seurantaan. Heikentynyttä ravitsemustilaa lisäsivät tutkimusten perusteella sosiaaliset ja psyykkiset tekijät. Sosiaalisista tekijöistä yksinäisyys ja keskustelukumppanin puute sekä psyykkisistä tekijöistä turvattomuuden kokeminen ja masennus lisäsivät heikentyneen ravitsemustilan riskiä.

Haasteena riittävän ravitsemuksen toteutumiseen kotihoidossa ovat ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden ruokailutottumukset, työntekijöiden vähäinen ravitsemuskoulutus ja yksilöllisen ravitsemushoidon suunnitelman puute. Haasteena ovat lisäksi säännöllisen ravitsemustilan riittävän toteuttamisen, seurannan ja arvioinnin puute. Kokonaisvaltainen riittävä ravitsemuksen toteuttaminen vaatii kotihoidossa moniammatillista yhteistyötä.

Asiasanat: ikääntyneet, kotihoito, ravitsemussuositukset, ravitsemushoito.

ABSTRACT

Asta Tujula. Adequate nutrition of the elderly. A literature review. Helsinki, spring 2016, 38 pages, 2 appendixes. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to examine the nutritional recommendations of Finnish elderly people and the implementation of their in home care. The aim was to describe different possibilities to better nutritional implementation in home care.

As research method descriptive literature review was used. Seven different publications were used in the literature review. The search of information was done from the electronic databases Medic, Melinda and Google Scholar.

The results of the literature review, that malnutrition is poorly recognized. The nutrition treatment of elderly people should always be based on individual nutritional care plans, realization of nutritional treatment, evaluation and monitoring. Malnutrition was increased by social and psychological factors. Loneliness, lack of conversation partners, and the feeling of insecurity and depression of the psychological factors, increased the risk of malnutrition.

The challenge for the implementation of adequate nutrition in home care is the eating habits of home care customers, little nutritional education of employees and lack of individual nutritional treatment plan. The challenge is also the lack of realization, monitoring and evaluation of nutrition status. Realization of comprehensive nutrition in home care demands multi-professional co-operation.

Keywords: older people, homecare, nutrition recommendations, nutritional care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 IKÄÄNTYNYT KOTIHOIDON ASIAKKAANA	6
3 RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTTAMINEN, ARVIOINTI JA SEURANTA	8
3.1 Ikääntyneen ravitsemussuositukset	8
3.2 Ruokailutottumukset	9
3.3 Ruokailun toteuttaminen	9
3.4 Ruokailun ja painon seuranta	11
4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN ERITYISPIIRTEET	13
4.1 Ravitsemusongelmat	13
4.2 Erityisruokavaliot ikääntyneillä	16
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
6.1 Aineiston keruu ja analysointi	21
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	22
7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	23
7.1 Ravitsemustilan merkitys ikääntyneiden terveydentilaan	23
7.2 Hoitotyön menetelmät hyvän ravitsemustilan saavuttamiseksi	25
8 POHDINTA	26
LÄHTEET	29
LIITE 1. OPINNÄYTETYÖHÖN VALIKOITUNEET TUTKIMUKSET	31
LIITE 2. MNA-testi	38

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden ravitsemukselliset ongelmat, aliravitsemus sekä niistä johtuvat liitännäissairaudet ovat viime aikoina olleet suuren kansainvälisen kiinnostuksen kohteena. Myös Suomessa ravitsemustietouden lisääminen ja ravitsemussuositusten päivittäminen osoittivat erityisesti ikääntyneillä selviä oikeanlaisen toteuttamisen puutteita. Lisäksi oma kokemusperäinen tieto ikääntyneiden ravitsemustottumuksista, tyydyttävän ravitsemuksellisen tilan saavuttamisen haasteellisuudesta sekä lisätietouden tarpeen esilletuomisesta erityisesti kotihoidon piirissä olevien ihmisten kohdalla herätti oman mielenkiintoni aiheetta kohtaan.

Ravitsemuksella on tärkeä merkitys ikääntyneen elämässä. Ikääntyneen riittävän ravitsemuksen tavoitteena on hyvä ravitsemustila ja toimintakyky. Riittävällä ravitsemuksella voidaan säilyttää hyvä fyysinen terveys ja toimintakyky, parantaa elämänlaatua sekä ehkäistä ja hidastaa sairauksien puhkeamista.

Ravitsemushoito kotihoidossa käsittää ruokailun ja ravitsemistilan arvioinnin, ravitsemispalveluiden järjestämisen, ruokailun toteuttamisen, tarvittaessa ravitsemushoidon tehostamisen ja ohjauksen sekä ravitsemushoidon seurannan. Ravitsemustilaan vaikuttavat monet tekijät, kuten asiakkaan yleiskunto, ruokahuu, sairaudet, lääkitys, erityisruokavaliot, hampaiden kunto ja nielemiskyky.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla suomalaisten ikääntyneiden ravitsemussuositukset, ravitsemukselliset ongelmat, riittämättömän ravitsemuksen ja sen mukana tuomien liitännäissairauksien syyt sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn merkityksen koettuun terveyteen sekä niiden edistämisen riittävän ravitsemuksen avulla. Lisäksi työn tarkoituksena on kuvata ja tuoda esille erilaisia keinoja ja työtapoja kotihoidon työntekijöille ikääntyneiden ravitsemuksen edistämiseksi.

2 IKÄÄNTYNYT KOTIHOIDON ASIAKKAANA

Kotihoidon asiakkaat koostuvat pääasiassa ikääntyneistä, monisairaista ja fyysisen toimintakyvyn vajeen omaavista asiakkaista. Säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli vuonna 2007 Uudellamaalla 10,5 % vastaavanikäisestä väestöstä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015). Vuoden 2007 lopussa kotihoidon säännöllisten palveluiden piirissä oli 75 vuotta täyttäneistä noin neljännes eli reilut 100 000 ihmistä. 75 vuotta täyttäneillä säännöllisen avun tarve alkaa kasvaa ja kotihoidon suurin asiakasryhmä onkin 75–84-vuotiaat, joita on noin puolet kotihoidon asiakkaista. Kotihoidon yli 85 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä on lisääntynyt 2000-luvulla. Kotihoidon asiakaina on enemmän naisia kuin miehiä. (Luoma & Kattainen, 2007, 18–20.)

Kotihoidon palveluiden tehtävänä on tukea kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse suoriudu. Kotihoidon tehtävänä on ikääntyneiden, yli 18-vuotiaiden vammaisten, toipilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoito ja palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista myös toimintakyvyn heikentyessä. Kotihoito huolehtii hoivasta ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä, lääkkeistä ja perushoidosta. Kotihoidon lisäksi kotiin saatavia tukipalveluita ovat ateria- ja kauppapalvelu, turvapuhelinpalvelu sekä muut toimintakyvyn ja liikkumisen apuvälineet. (Sanerma 2009, 42–44.)

Kotihoidon tavoitteena on asiakkaiden elämänlaadun ylläpitäminen sekä sen edistäminen itsenäisyyttä tukien. Hoidon lähtökohtana ovat kotona selviytymisen turvaaminen sekä yksilölliset fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden määrittämä moniammatillinen hoito. Kotihoito toteuttaa preventiivistä, arvioivaa ja suunnittelevaa hoitotyötä samalla jatkuvasti asiakkaan toimintakykyä hoitotyön näkökulmasta arvioiden. (Sanerma 2009, 42–44.)

Ikääntyessä toimintakyvyn heikkenemisen seurauksena liikunnan määrä vähenee ja energiankulutus sekä ravinnonsaanti pienenevät. Liikkumattomuuden

seurauksena keuhonhallinta heikkenee ja kaatumisriski nousee. Energian- sekä proteiininsaannin heikkeneminen kiihdyttävät lihaskadon kehittymistä sekä vaikeuttavat täten osaltaan päivittäisiä toimintoja. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14.)

3 RAVITSEMUSHOIDON TOTEUTTAMINEN, ARVIOINTI JA SEURANTA

Ikääntyessä fyysinen aktiivisuus laskee, mikä johtaa energiantarpeen vähene-
miseen. Fyysisen aktiivisuuden laskiessa kehon rasvattoman massan eli lihas-
ten määrä pienenee ja kehon suhteellisen rasvakudoksen määrä lisääntyy. Ra-
vintoaineiden tarve pysyy kuitenkin ennallaan fysiologisten muutosten ohessa ja
proteiinisynteesin heiketessä proteiiniintarve ikääntyneillä lisääntyy. Erityisesti
liikunnan vähentyessä usein myös ruokahalu heikkenee, jonka seurauksena
esiintyy laihtumista ja alipainoa. Energian- ja proteiininsaannin väheneminen
lisäävät tulehdusriskiä ja lihaskatoa. Proteiinien, kivennäisaineiden ja vitamiini-
en saanti voi jäädä tarvetta pienemmäksi, sillä syödyn ruoan määrä vähenee.
Kulutuksen tulisi vastata päivittäistä energiansaantia ja välttämättömien ravinto-
aineiden saanti tulisi turvata monipuolisella ja täysipainoisella ruoalla. Oikein
suunnitellulla ruokavaliolla voidaan hidastaa sekä lievittää vanhemmalla iällä
ilmaantuvien sairauksien oireita, joiden syy on osittain elämänaikaisissa yksi-
puolisissa ja huonoissa ruokailutottumuksissa. (Suominen 2011.)

3.1 Ikääntyneen ravitsemussuositukset

lääkäiden ihmisten eri elämänvaiheiden ravitsemukseen liittyvien erojen ja ravit-
semushoidon tavoitteiden selkeyttämiseksi Valtion ravitsemusneuvottelukunta
julkaisi vuonna 2010 ikääntyneiden ravitsemussuositukset. Ravitsemussuositus-
ten mukaan kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoidon toteuttamisen tärkeim-
miksi osa-alueiksi katsotaan tahattoman painonlaskun ja painonvaihtelun vält-
täminen, riittävä proteiinin ja D-vitamiininsaanti, asiakkaan omien toiveiden sekä
todellisen avuntarpeen riittävä huomiointi ruokailun toteutumisen onnistumisek-
si, hyvä ravitsemushoidon suunnittelu ja toteutus omaisten tukemana, ruokailun
psykososiaalisten tekijöiden riittävä huomioiminen sekä liikunnan yhdistäminen
asiakkaan arkeen. 20 mikrogramman (800 IU) D-vitamiinilisää tulisi käyttää kai-
killa kotihoidon asiakkailta ympäri vuoden ja proteiininsaanti tulisi olla kaikilla
kotihoitoasiakkailta 1-1,2 grammaa kehon painokiloa kohden vuorokaudessa.

Lihaskatoa (sarkopenia) sairastavilla proteiinin tarve on muita ryhmiä suurempi ja proteiinia tulisi saada 1-1,5 grammaa kehon painokiloa kohden vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 20–25.)

3.2 Ruokailutottumukset

Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden ruokailutottumuksia voi arvioida ravintokyselyllä. Ravintokyselyllä saadaan selville kotihoidon asiakkaan ruokavalion laatu ja ravinnonsaanti. Ravintokyselyllä selvitetään ateriarytmi, aterioiden määrä vuorokaudessa, pehmeän rasvan käyttö, D-vitamiinin saanti, maitotaloustuotteiden määrä päivässä ja täysjyvävilja-annokset päivässä. Kyselyllä selvitetään myös kuinka monta liha, kana, kala ja kananmuna annosta asiakas syö päivässä, nautitun päivittäisen nesteen määrä sekä syötyjen kasvien, marjojen ja hedelmien määrä päivässä. Ruokamieltymykset voivat olla yksipuolisen syömissen taustalla. Kotihoidon työntekijät voivat kannustaa asiakkaita monipuolistamaan ruokavaliota perustelemalla eri ruoka-aineryhmien tärkeyttä ruokavaliossa toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Puranen & Suominen 2012, 20–24.)

3.3 Ruokailun toteuttaminen

Ravitsemushoidon toteuttamiseen kuuluvat ruokalistan suunnittelu ja välipalat yhdessä asiakkaan kanssa sekä ruokahuollon järjestäminen. Suunnittelussa olisi hyvä ottaa huomioon ikääntyneen toiveet, tottumukset ja taloudelliset seikat. Kun ikääntynyt saa valita ruokansa, syödyn ruoan määrä lisääntyy. Ravitsemushoidon toteutuksessa voi hyödyntää kotihoidon asiakkaan ateriointimahdollisuutta aterioita tarjoavassa palvelutalossa. Ravitsemustilaan ja syödyn ruoan määrään voivat vaikuttaa syöminen toisten kanssa. Kotihoidon asiakkaiden hyvää ravitsemustilaa voi ylläpitää ateriapalvelulla tai Menu-mat-ruoka-automaatilla, lisäksi tarvitaan kauppapalvelu. Kauppapalvelusta voi tilata leipää, levitettä, maitoa/piimää ja salaattia sekä tuorepaloja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 22–23.)

Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan ravitsemustilaa voidaan edistää ruokailuympäristöön ja ateriointiin liittyvillä keinoilla. Ruokailuympäristö voi vaikuttaa syödyn ruoan määrään. Ateriapalvelun ateriat tarjotaan kauniisti posliinilautasilta, juomat lasista ja käytetään sopivia aterimia. Aterioilla kerrotaan mitä tarjotaan. Kotihoidon käynnit sovitetaan yhteen ruokailuajankohdan ja ruokailuseuran järjestämiseksi. Ruokia maustetaan asiakkaan mieltymysten mukaan esimerkiksi yrteillä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 29.)

Kotihoidon asiakkailla voi olla hyvä ruokahalu. Heille tulee ateriapalvelusta ruoka tai kotona voi olla Menu-mat-ruoka-automaatti. Syödyn ruoan määrä voi olla kuitenkin vähäinen. Ruokavalion tulisi kuitenkin sisältää riittävästi energiaa, proteiinia ja pehmeää rasvaa tarpeeseen nähden, niin että paino pysyy vakaana. Asiakkaan tulisi saada D-vitamiinilisää suosituksen mukaan. Kotihoidon asiakkaan tulisi syödä vähintään kolme lämmintä ateriaa päivässä, aamupala, lounas ja päivällinen sekä, 2-3 välipalaa. Ravitsemushoito suunnitellaan yksilöllisesti. Laihtuminen ja alipaino tulee ehkäistä. Kotihoidon asiakkailla olisi hyvä olla kotona pieni ruokavarasto, jolla selviää muutamia päiviä ilman kaupassakäyntiä. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 10–11.)

Kliiniset ravintovalmisteet täydentävät ruokavaliota ja niitä käytetään tehostamaan riittämätöntä ravinnonsaantia ja lisääntyneitä energiantarvetta. Kliiniset ravintovalmisteet jaetaan perusvalmisteisiin, runsasproteiinisiin, runsasenergiisiin, mehumaisiin, vanukkaisiin, suolaisiin keittoihin ja erityisryhmille tarkoitettuihin valmisteisiin. Perusvalmisteet sopivat useimmille. Runsaasti proteiinia sisältävät valmisteet sopivat asiakkaille, joilla on lisääntynyt proteiinin tarve (haavapotilaat). Runsaasti energiaa sisältävät valmisteet sopivat huonon ruokahalun ja suuren energiantarpeen asiakkaille. Mehumaiset valmisteet sopivat, kun asiakkaalla on kuiva tai kipeä suu. Suolaiset keitot sopivat lisääntyneeseen energiantarpeeseen. Vanukkaat sopivat asiakkaille, joilla on nielemisvaikeuksia. Erityisryhmille tarkoitettuja valmisteita on haavapotilaille ja maitoallergisille. (Nutricia.)

3.4 Ruokailun ja painon seuranta

Ravitsemushoidon toteuttaminen, seuranta ja arviointi tarvitsevat ravitsemussuunnitelman. Ravitsemussuunnitelma sisältää arvioinnin ikääntyneen kotihoidon asiakkaan ravitsemustilasta. Arvioinnissa selvitetään asiakkaan asumismuoto, lääkkeiden määrä, lämpimien syötyjen aterioiden määrä vuorokaudessa ja niiden sisältö. Ravitsemustilaa voidaan seurata pitämällä ruokapäiväkirjaa ja ruokailutottumuksia. Ruokapäiväkirjassa seurataan aamupalalla, lounaalla, päiväkahvilla, päivällisellä ja iltapalalla syötyjen ruokien määriä sekä energian ja proteiinien määrää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30–31.)

Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden olisi tärkeää ruokailla tasaisin väliajoin monta kertaa päivässä. Aterioiden tulisi olla kooltaan pieniä. Ateria-aikojen suunnittelussa tulisi huomioida ikääntyneen kotihoidon asiakkaan oma ruokailurytmi. Tarjottavien aterioiden tulisi olla ikääntyneiden suosimaa kotiruokaa, muun muassa perinneruokia. Aterioiden tulee olla pieninä paloina, pehmeää ja kypsää ruokaa. Kotihoidon tulee huolehtia myös ruokailuun tarvittavien apuvälineiden valinnasta ja hankinnasta. Ruokailun apuvälineitä ovat lautanen, lasi ja aterimet. Lautasen alle voi hankkia liukuesteen ja lautanen voi olla korkeareunainen tai lämpölautanen. Kahvalliset lasit helpottavat juomista. Aterimia on erikätisille ja varsipaksunnoksilla, jotka helpottavat aterimiin tarttumista ja kiinnipitämistä. Lusikoita on syväkuppisena, pienipesäisenä ja erikätisille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 28–29.)

Säännöllinen painonseuranta on yksinkertaisin väline ravitsemustilan arviointiin. Painoa tulee seurata vähintään kuukausittain. Painonmuutokset kertovat ravitsemustilasta enemmän kuin yksittäiset mittaukset. Säännöllisellä painonmittauksella huomataan tahaton painonlasku. Tärkeintä on pitää paino vakaana. Laihtuessa paino lähtee usein lihaskudoksesta. Lihaskudoksen vähenemisen seurauksena liikkumiskyky voi huonontua ja vastustuskyky heikentyä. Ikääntyneen painoindeksin (BMI) tulisi olla 24-29kg/m², jotta aliravitsemukselta, lihaskadolta ja osteoporoosilta vältyttäisiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30.)

Ravitsemustilan toinen arvioinnin väline on MNA-testi eli Mini Nutritional Assessment (Liite 2). MNA-testin avulla voidaan löytää ikääntyneet kotihoidon asiakkaat, joilla on ravitsemusongelmia. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan ravitsemustilaa tulisi arvioida MNA-testillä asiakkuuden alkaessa ja puolivuositain sekä asiakkaan tilanteen muuttuessa. MNA-testi selvittää asiakkaan syömisen muutokset, painonpudotuksen, liikkumisen, psyykkisen stressin ja ongelmat sekä painoindeksin. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31.)

4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN ERITYISPIIRTEET

län, sairauksien ja vähäisen liikkumisen seurauksena kehon koostumus muuttuu. Lihaskudoksen määrä vähenee ja rasvakudoksen suhteellinen osuus lisääntyy. Ruoansulatuksen kannalta tärkeissä elimissä tapahtuu muutoksia ikääntymisen myötä, vaikka niillä ei varsinaisesti ole suoraa vaikutusta ravitsemustilaan. Suun alueella ja suussa tapahtuu muutoksia ikääntymisen myötä, ne vaikuttavat nielemiseen ja syömiseen. Ikääntyneen ruokahalu voi olla huono ja paino laskee helposti. Tahaton laihtuminen lisää kuoleman riskiä. Ikääntyneen ruokailutottumukset voivat olla epäterveelliset ja ikääntyneellä voi olla ylipainoa. Erityisesti vyötärölihavuus lisää sairauksien vaaraa. Rungas lääkitys voi aiheuttaa ummetusta ja ruokahaluttomuutta. Ikääntyneillä esiintyy usein vatsavaivoja. Ärtävän suolen oireyhtymästä kärsivien suoli on herkempi supistelemaan ja reagoi ärsytyksille. Huono ruokahalu, riittämätön ravintoaineiden saanti ja heikko toimintakyky altistavat painehaavoille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 12–13.)

4.1 Ravitsemusongelmat

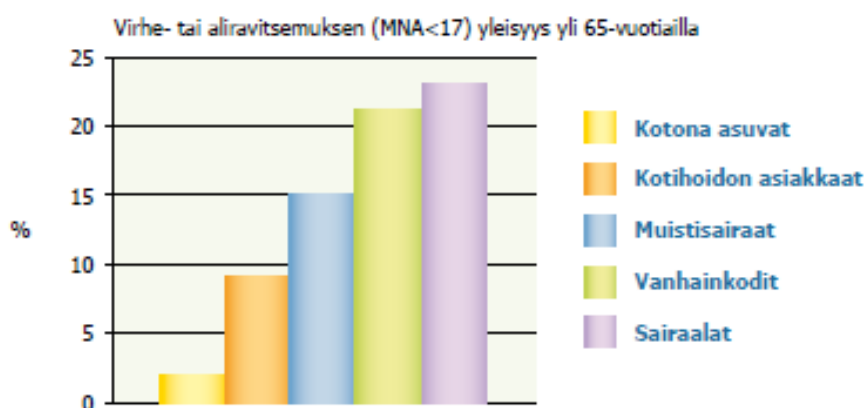
Ikääntyneillä ruokahaluttomuus on yleistä. Ruokahaluttomuuteen vaikuttavat kehon fysiologiset muutokset, mutta taustalla on usein sairaus, lääkitys, suun-terveyden ongelmat, ruoan sopimaton rakenne tai psyykkiset syyt. Ruokahaluttomuuteen vaikuttavat myös viihtyvyystekijät, ruokailutilanne ja ruokailutila. Ruokahaluttomuuden syy on selvitettävä ja pyrittävä vaikuttamaan siihen. Asiakkaan ruokahaluttomuuteen on suhtauduttava ymmärtäväisesti. Ruokahalua voi herätellä mieliruuilla ja kehottamalla asiakasta syömään usein, pieniä määriä kerrallaan. Kotihoidon asiakasta voi motivoida kertomalla, että ruoka on osa terveyttä. (Arffman 2009, 120–121.)

Syömis- ja nielemisongelmia voivat aiheuttaa sopimattomat hammasproteesit tai kipeä suu. Kotihoidon asiakkaiden tulisi käydä säännöllisesti suun terveys

tarkastuksissa. Kuivan suun ravitsemushoidossa huomioidaan riittävä veden juominen, sillä veden juonti edistää nestetasapainoa. Ruoan huolellinen pureskelu edistää syljeneritystä. Helposti syötävää on pehmeä ja kostea ruoka. Tarvittaessa voidaan suun limakalvoja kostuttaa esimerkiksi oliiviöljyllä tai keinosyljellä. Aran suun tai nielun ravitsemushoidossa pehmeä ruokavalio, kylmät ja haaleat ruoat ovat paremmin siedettäviä. Nielemisvaikeuksissa asiakas tietää itse parhaiten, mitä pystyy syömään. Nielemisvaikeus voi ohimenevä tai pitkäaikainen. Sakeita nesteitä on helpompi niellä. Nielemistä edistävät kylmät juomat ja ruoat. (Arffman 2009, 189–193.)

Laihtuessa paino lähtee usein lihaskudoksesta ja tämän seurauksena liikkumiskyky huononee. Tahaton laihtuminen voi johtua liikkumisen vähenemisestä tai yksinäisyydestä. Painonlaskun syyt voivat olla fysiologisia, psykologisia, sosiaalisia tai lääketieteellisiä. Fysiologisia syitä ovat muutokset maku- ja hajuaistissa, muutokset mahasuolikanavassa ja suolistohormonien pitoisuuksien muutokset. Psykologisia syitä ovat depressio, dementia, puolison kuolema, väsymys ja alkoholismi. Sosiaalisia syitä ovat köyhyys, sosiaalinen eristyneisyys ja yksinäisyys. Lääketieteellisiä syitä ovat sairaudet, infektiot, painehaavat, imeytymishäiriöt, huonot hampaat, kivut suussa, nielemisvaikeudet ja erityisruokavaliot. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 37–38.)

Aliravitsemukselle altistavia tekijöitä kotihoidon asiakkailta ovat monilääkitys, muistisairaus, masennus, yksinäisyys, aistivajeet, kipu ja toimintakyvyn vaje. Ravitsemustilan ja ravinnonsaannin heikkeneminen sekä niiden yhteys tahattomaan laihtumiseen ja sairastuvuuden lisääntymiseen on havaittu useissa tutkimuksissa. Varsinainen virhe- tai aliravitsemustila ei ole kovin yleistä, mutta riski ravitsemustilan heikkenemiselle sen sijaan on. Ravitsemustilan arviointi on tärkeää, jotta ravitsemustilan heikkeneminen huomataan ajoissa. Kotihoidon asiakas on virheravitsemusriskissä ja muutama prosentti on virheravittuja. Heikko ravitsemustila liittyy usein kroonisiin sairauksiin, heikentyneeseen toimintakykyyn, monilääkitykseen, masentuneisuuteen ja muistin ongelmiin. Toimintakyvyn heiketessä suun puhtaudesta huolehtiminen vaikeutuu. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta, 2010, 16–17.)



Kuva 1. Virheravitsemuksen yleisyys ikääntyneiden eri ryhmissä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010)

Lihavuus johtuu kehon liian suuresta rasvamäärästä. Painonhallinnan suunnitteleminen on ajankohtaista, kun BMI on liian suuri (yli 30). Liikalihavuus lisää sairauksien vaaraa. Painonhallintaan auttaa ruokavalion muuttaminen vähäenergisempään. Ikääntyneillä lihavuuden hoito on perusteltua, jos laihtumisella on myönteinen vaikutus terveyteen ja toimintakykyyn. Laihduttaminen vaatii elintapojen muuttamista. Tahaton laihtuminen ja laihduttaminen saattavat olla haitallisia. Seurauksena voi olla sarkopenia eli lihaskato ja osteoporoosin nopeutuminen. Laihduttamisella on kuitenkin vältettävä terveysriskejä, lihaskudoksen menetystä ja luukatoa. Lievä ylipaino ei ole haitallinen ikääntyneelle. (Ihanainen, Lehto, Lehtovaara & Toponen 2010, 94–99.)

Ikääntyneillä ummetus on yleinen vaiva. Ummetuksen syy on aina selvitettävä. Ummetuksen syitä voivat olla ruokavalion vähäinen kuidun määrä, juomisen vähäisyys, liikunnan vähäisyys, lääkkeiden sivuvaikutukset tai toiminnallisen vatsavaivan oire. Ummetuksen hoidon ensisijaiset hoitomuodot ovat runsaskuituinen ruokavalio, riittävä nesteensaanti, riittävä liikunta sekä säännöllinen ruokailu ja wc:ssä käynti. Ummetuksen hoidossa lääkkeet ovat toissijaisia hoitomuotoja. Ravintokuidun suositeltava määrä on vähintään 25-35g/vrk. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2011, 271–273.)

Ummetuksen hoidossa säännöllinen syöminen on osa hoitoa. Kuidun lähteitä ruokavaliossa ovat täysjyvävilja, kasvikset, marjat ja hedelmät. Kasviksia, mar-

joja ja hedelmiä tulisi syödä puoli kiloa päivässä. Kuidun lisääminen ruokavalioon lisää myös nesteen saantia. Ikääntynyt tarvitsee nestettä vähintään 1-1,5 litraa, ruoasta saatavan nesteen lisäksi. Runsaskuituinen ruokavalio voi aiheuttaa ilmavaivoja. Suolen toimintaa voivat hidastaa runsaasti käytettyinä banaani, mustikka, vaaleat pastat, juusto ja musta kahvi. Maito ja sokeripitoiset juomat voivat lisätä ummetusta runsaasti käytettynä. Liikuntaa tulisi harrastaa toimintakyvyn mukaan. (Haglund ym. 2011, 271–273.)

Ravitsemus voi hidastaa, lisätä tai vähentää lääkeaineiden imeytymistä. Useat lääkkeet myös heikentävät ruokahalua ja aiheuttavat ummetusta. Ummetusta aiheuttavat erityisesti psyykelääkkeet ja antikolienergiset lääkkeet. (Pitkälä 2009, 158.) Lisäksi useilla ikääntyneillä on käytössä verenohennuslääkitys. Eri-tyisesti varfariinilääkitys edellyttää hyvää perusruokavaliota, jossa K-vitamiinin saanti on tasaista ja riittävää. K- vitamiinin suuret vaihtelut voivat aiheuttaa heitelyä hoitotasapainossa. Varfariinihoitoa käytettäessä tulee paljon K-vitamiinia sisältäviä kasviksia ja hedelmiä kuten herneitä, kaalia ja pinaattia syödä kerralla kohtuudella. Lisäksi greippi ja karpalo voivat tehostaa varfariinin vaikutusta, joten niiden käyttöä ei suositella. (Suomen Sydänliitto ry.)

4.2 Erityisruokavaliot ikääntyneillä

Normaalissa ravitsemustilassa ravinnonsaanti vastaa kulutusta ja nautitusta ruoasta saadaan riittävästi ravintoaineita elimistön peruselintoimintoihin, kudosten uusiutumiseen sekä elimistön varastoihin. Normaalissa ravitsemustilassa BMI on yli 23,5. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 18–19.) Tavallinen ravitsemussuosituksen mukainen perusruokavalio sopii monelle ikääntyneelle kotihoidon asiakkaalle. Perusruokavaliota sovelletaan yksilöllisesti diabeetikoille, kihti- ja sappipotilaille, sydän- ja verisuonisairauksia sairastaville sekä muistisairaille poistamalla ruokavaliosta sopimattomat ruoka-aineet. (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 47.) Erityisruokavaliolla tarkoitetaan laktoositonta, maidotonta ja/tai gluteenitonta ruokavaliota ja ruoka-aineallergioita. Laktoosi-intoleranssia sairastaville noudatetaan laktoositonta ruokavaliota. Laktoosi-intoleranssi johtuu

laktaasi-entsyymien puutoksesta. Laktoosi-intoleranssissa maidon laktoosi ei pilkkoudu eikä imeydy suolistosta ja aiheuttaa ilmavaivoja, ripulia, turvotusta ja vatsakipua. Maidottomassa ruokavaliossa poistetaan kaikki maitotaloustuotteet. Gluteenitonta ruokavaliota noudattavat keliakiaa sairastavat. Lääkäri antaa keliakia diagnoosin. Keliakian tyypillisiä oireita ovat ripuli, ylävatsan turvotus, ilma-vaivat ja painonlasku. Gluteeniton ruokavalio ei sisällä vehnää, ruista tai ohraa. (Ihanainen ym. 2010, 136–147.)

Tehostetulla ruokavaliolla tarkoitetaan energialla rikastettua tai energialla ja proteiinilla rikastettua ruokaa (voi, rasvaiset maitovalmisteet, liha). Tehostetussa ruokavaliossa annokset ovat pienempiä, mutta sisältävät energiaa ja proteiinia runsaammin. Tehostettua ruokavaliota tarvitaan mm. aliravitsemustilassa, toipilasvaiheessa, korkeassa kuumeessa, infektiossa. (Haglund ym. 2011, 192–193.)

Tehostettua ravitsemushoitoa tarvitaan, kun asiakkaan paino on laskenut yli 3 kiloa lyhyessä ajassa sekä asiakkailla, joilla on suurentunut energiantarve tai huono ruokahalu. Tehostetun ravitsemushoidon keinoja ovat ruoan rikastaminen, välipalat, mieliruoat ja kliiniset ravintovalmisteet. Tehostetussa ruokavaliossa ruoka-annokset sisältävät runsaasti energiaa ja proteiinia pienessä määrässä. Kotona ruokaa voi rikastaa lisäämällä ruokaan öljyä tai voita. Maitovalmisteissa käytetään runsasrasvaisia tuotteita tai maitojauhetta. Jälkiruokaan voi lisätä hunajaa tai sokeria. (Puranen ym. 2012, 32.) Tehostetussa ruokavaliossa rasvan määrä on suurempi kuin perusruokavaliossa. Rasva lisää ruoan energiatihelyttä. Proteiinin suositeltava saanti on 1-1,2 g painokiloa kohti eli 60–80 g vuorokaudessa. Proteiini vähentää lihas- ja kudostuhoa. Ruoan annoskokoa pienentää pienempi hiilihydraattien energiamäärä. Tarjottujen ruoka-annosten tulee olla pieniä, runsaasti energiaa ja proteiinia sisältäviä. Välipaloja tulee nauttia usein, eikä yöpaasto saisi olla 11 tuntia pitempi. (Puranen ym. 2012, 32.)

Rakennemuunnellulla ruokavaliolla tarkoitetaan karkeaa tai pehmeää, sosemaista, sileää tai nestemäistä ruokaa. Rakennemuunnettua ruokavaliota voivat tarvita muistisairaat sekä asiakkaat, joilla on puremis- ja nielemisvaikeuksia tai neurologisia sairauksia. Karkea/pehmeä ruoka sopii purentaongelmalliselle asiakkaalle ja on hienonnettavissa haarukalla. Sosemainen ruoka sopii asiakkaille, joilla on huonot hampaat, sopimattomat hammasproteesit tai purentaongelmia. Sosemainen ruoka on hienonnettua, ei tasarakenteista. Sosemainen ruoka ei sovi nielemishäiriöisille. Sileä ruoka sopii neurologisista sairauksista johtuville nielemishäiriöisille asiakkaille. Sileä ruoka on sakeaa, täysin sileää ja helposti nieltävää. Nestemäinen ruokavalio on ohutta ja voidaan tarvittaessa juoda nokkamukista. Sosemaista, sileää ja nestemäistä ruokavaliota täydennetään rasva- ja täydennysravintovalmisteilla. (Haglund ym. 2011, 188–190.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla ikääntyneiden suomalaisten ikääntyneiden ravitsemussuositukset ja ikääntyneen väestön ravitsemukselliset ongelmakohdat. Kirjallisuuskatsauksen avulla haen vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- 1.) Kuinka riittämätön ravitsemustila heijastuu ikääntyneiden kokonaisvaltaiseen terveydentilaan?
- 2.) Millaisia ovat haasteet riittävän ja hyvän ravitsemustilan mahdollistamisessa?
- 3.) Kuinka riittävä ja tyydyttävä ravitsemustila on mahdollista saavuttaa kotihoidossa?

Opinnäytetyöni henkilökohtaisena tavoitteena on lisäksi kerätä lisää tietoutta ravitsemuksen aiheuttamista haitoista sekä keinoista riittävän ja hyvän ravitsemuksellisen tilan saavuttamiseksi. Työn tarkoituksena on lisäksi tarjota toimintamalleja ja -vaihtoehtoja arjessa ilmenevien haasteiden sekä ongelmatilanteiden ratkaisuun.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jossa tutkitaan tehdystä tutkimuksesta tutkimusta ja kootaan tuloksia uusille tutkimustuloksille. Menetelmän tavoitteena on koota ja arvioida aikaisempaa tutkimustietoa sekä rakentaa uutta teoriaa aiemmista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksella pyritään tunnistamaan ongelmia, kuvata teorian kehitystä ja saada aikaan kokonaiskuva tutkittavasta asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin, kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja meta-analyysiin. Kirjallisuuskatsaus tyyppi määritellään metodikirjallisuuden perusteella. (Salminen 2011, 1–6.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta kuvataan yleiskatsaukseksi, jota eivät sido tiukat ja tarkat säännöt. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti ja luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tarjoaa uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan erottaa narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. (Salminen 2011, 6.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella korotetaan keskustelua ja seulotaan esiin tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. Meta-analyysi jaetaan kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen meta-analyysiin. Kvalitatiivinen meta-analyysi sisältää kaksi orientaatiota, tulkitsevämmän ja kuvailevämmän metasynteesin sekä matemaattisemman ja määrällisemmän metayhteenvedon. (Salminen 2011, 9.)

Opinnäytetyön tutkimusaineisto muodostuu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus suoritetaan 5-10 kirjallisuusartikkelia hyödyntäen ja

sen tarkoituksena on tiivistää jo aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksen analyysin muotona toimii kuvaileva synteesi, jonka yhteenveto tapahtuu ydinkohdat huomioiden, lyhyesti sekä ytimekkäästi. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineisto ei käy läpi erityistä systemaattista seulaa, mutta sen avulla voidaan kuitenkin tehdä johtopäätöksiä, jotka ovat tyypillisiä kirjallisuuskatsaukselle. (Salminen 2011, 6.)

6.1 Aineiston keruu ja analysointi

Tämän opinnäytetyön aineiston keräsin aiheeseen liittyvistä tutkimuksista ja artikkeleista. Aineiston hakuprosessissa sain apua Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikolta. Aineiston hakemiseen käytin sähköisiä tietokantoja Medic, Melinda ja Google Scholar. Hakusanoina käytin sanoja ikääntyneet, kotihoito, ravitsemussuositukset ja ravitsemushoito.

Aineiston haun kriteereinä käytin seuraavia asioita: tieteellinen tutkimus tai artikkeli, julkaistu vuosien 2006-2015 välillä, suomenkielinen aineisto, tutkimus toteutettu yli 75-vuotiailla ikääntyneillä, tutkimustulos on positiivinen. Hakurajaukset tein otsikon perusteella. Otsikon tuli vastata hakusanoihin ja opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Valikoin artikkelit otsikon perusteella tarkasteluun. Perehdyin tutkimustuloksiin abstraktin kautta.

TAULUKKO 1. AINEISTON HAKUKRITEERIT

HYVÄKSYMISKRITEERIT	ULOSJÄTTÖKRITEERIT
Tieteellinen tutkimus tai artikkeli	Ei tieteellinen tutkimus tai artikkeli
Julkaistu 2006–2015	Julkaistu ennen vuotta 2006
Suomenkielinen aineisto	Muun kielinen aineisto
Tutkimus toteutettu yli 75-vuotiailla	Tutkimus toteutettu alle 75-vuotiailla
Tutkimuksen tulos positiivinen	Tutkimustuloksesta ei näyttöä

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat analysoitavan aineiston ikä, ainetieteellinen perusta sekä tutkimuksen oikeanlainen analysointitapa. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi tutkimuksen toistettavuus ja tutkimustulosten oikeellisuus. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2014, 206–207.)

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Ravitseminen ylläpitää terveyttä ja hyvinvointia. Terveyden ja toimintakyvyn perusedellytys on hyvä ravitsemustila. Maittavan ja monipuolisen ruoan merkitys hyvinvoinnille ja terveydelle jatkuu läpi elämän. Riittävä, monipuolinen ja terveellinen ruoka edistää terveyttä. Oikeat ravintotottumukset ehkäisevät aliravitsemuksesta johtuvia liitännäissairauksia. Monipuolinen ravitsemus sisältää riittävästi ihmisen tarvitsemia ravintoaineita, vitamiineja ja kivennäisaineita. Valtion ravitsemusneuvottelukunta antaa Suomessa väestölle ravitsemussuosituksia. (Haglund ym. 2011, 10–11.)

7.1 Ravitsemustilan merkitys ikääntyneiden terveydentilaan

Kirjallisuuskatsauksen mukaan ikääntyneiden virhe- ja aliravitsemustila on yleinen ilmiö erityisesti vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Tutkituista 57 prosentilla oli virhe- tai aliravitsemustila, 89 prosentilla riski virheravitsemukselle oli suurentunut ja vain 16 prosentilla ravitsemustila oli todetusti hyvä ja tyydyttävällä tasolla. Tutkimuksen mukaan sairaudet ja heikentynyt toimintakyky selittivät pääasiassa huonoa ravitsemustilaa vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairaloissa, mutta myös hoitajien aliravitsemuksen tunnistaminen oli huonoa ja ravitsemushoidon mahdollisuuksia käytettiin vain vähän. Kaikkiaan vain 27 prosenttia aliravitsemustiloista tunnistettiin. (Suominen 2007.)

Ikääntyneen tulisi saada päivittäin 1500 kcal vastaava määrä energiaa, jotta useimpien ravintoaineiden saanti tulisi turvattua. Proteiinin saantisuositus energian saantiin suhteutettuna on 10- 15 prosenttia kokonaisenergian saannista eli yhteensä n. 60- 80 g vuorokaudessa. Pitkäaikaissairaudet ja lääkitykset voivat lisäksi vaikuttaa lisääntyneeseen ravintoaineiden tarpeeseen, ruoansulatukseen, ravintoaineiden imeytymiseen sekä niiden metaboliaan kehossa. Sairastamisen myötä ravintoainevarastojen kulutus lisääntyy ja mikroravintoaineiden sekä proteiinin tarve osaltaan suurenevat. (Sulander 2009.) Energian, proteiinin,

suojaravintoaineista kuidun, C-vitamiinin, E-vitamiinin ja B-vitamiinin saannin todettiin olevan sarkopenisillä ei-sarkopenisiä pienempää ja proteiininsaanti oli merkitsevästi suurempaa heraproteiinipitoista tutkimusvalmistetta käyttäneillä (Sormunen 2013).

Heikentynyt ravitsemustila on juuri eläkeiän saavuttaneilla harvinaista, mutta virheravitsemuksen riski kasvaa sairauksien ja avuntarpeen myötä. Suomalaisilla ikääntyneillä kotihoidon asiakkaila pienen painoindeksin ja heikentyneen ravitsemustilan välillä on todettu yhteys naissukupuoleen, vähäiseen syömiseen, nielemisvaikeuksiin, toimintakyvyn heikentymiseen, muistisairauteen, ummetukseen ja monilääkitykseen. (Suominen, Soini, Muurinen, Strandberg & Pitkälä 2012.) Näiden lisäksi ruokahalun heikentymisen syitä ovat, suun haavaumat, epäsopivat ja huonot hampaat, perussairaudet, ruoanlaiton sekä kaupassäkäynnin hankaloituminen itsenäisesti, valmisruokien tai kotiin kuljetettujen aterioiden vieraat ruokalajit sekä elintarvikevalikoiman kaventuminen. Ruokatottumusten vaikutuksista fyysisen toimintakyvyn tasoon ei ole juurikaan tieteellistä näyttöä, mutta terveellisten ruokatottumusten nopea lisääntyminen väestötasolla on vaikuttanut sydän- ja verisuonitautien vähenemiseen. (Kuha 2010.)

Keskeisiä toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat biologiset, taloudelliset, sosiaaliset, ympäristölliset, useat sairaudet, elämäntavat sekä hoivaan liittyvät tekijät. Psykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä elämään tyytymättömyys, yksinäisyys ja turvattomuuden kokeminen toimivat yli 70 prosentissa tapauksista heikentyneen ravitsemustilan todennäköisyyttä lisäävänä tekijänä ja näiden merkitys tulisi ottaa huomioon ikääntyneen ravitsemustilaa arvioitaessa. Kognition ja ravitsemustilan välillä ei tutkimuksen mukaan puolestaan ilmennyt suoranaista yhteyttä. (Kunvik 2015.) Tutkimuksen mukaan tärkein ruoan valintaan vaikuttava tekijä on yksilö itse. Maku, ruoan terveellisyys ja terveyshakuisuus, hinta, tuotteen tuttuus ja käyttömukavuus sekä tuotteen ympäristönäkökulmat koettiin tärkeiksi tekijöiksi valintaa koskien. Tutkimuksen mukaan ruoka koettiin hyväksi ja tyydyttäväksi silloin, kun ikääntynyt itse oli osallistunut sen valitsemiseen, valmistamiseen ja koki valikoituneen ruoan itselleen miellyttäväksi. (Alakärppä & Saartoala 2013.)

Sairauksien lisääntyessä ja toimintakyvyn heikentyessä ravitsemushoidossa ja -ohjauksessa tärkeimpiä tekijöitä ovat painonlaskun ehkäiseminen sekä riittävä proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin turvaaminen. Ruokapäiväkirjojen pitäminen, niiden analysointi ja ravitsemusasioista keskustelu koettiin hoitajien keskuudessa tehokkaiksi oppimistavoiksi ravitsemuskoulutuksen toteuttamisessa. MNA- testin käyttö ravitsemustilan arviointivälineenä todettiin olevan lisäksi toimiva ja luotettava. Vuonna 2010 julkaistu ravitsemussuositukset ikääntyneille toimit hyvänä ja kattavana ohjeistuksena ikääntyneiden kanssa työskenteleville henkilöille. Lisäksi hoitajien sekä ruokapalveluhenkilökunnan ravitsemuskoulutuksella todettiin olevan myönteinen vaikutus dementiaosastoilla ja tämän myötä osalla asukkaista energian ja proteiinin saanti, painoindeksi ja MNA- testien tulokset paranivat. Vaikka viime vuosina ikääntyneiden ravitsemukseen on kiinnitetty paljon huomiota ja tutkimuksia virheravitsemuksesta on julkaistu, tarvitaan yhä lisää kontrolloituja interventiotutkimuksia ravitsemushoidon hyödyistä ja toteuttamistavoista. (Suominen ym. 2012.)

7.2 Hoitotyön menetelmät hyvän ravitsemustilan saavuttamiseksi

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten tavoitteena on käytännön hoitotyön ammattilaisten tukeminen tunnistettaessa heikkenevää ravitsemustilaa ja antaa neuvoja ravitsemustilan toteuttamiseen. Ravitsemussuositukset selkeyttävät iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen liittyviä keskinaisia eroja ja ravitsemushoidon toteuttamista. Hyvällä ravitsemuksella on vaikutus ihmisten terveyteen, hyvinvointiin ja toimintakykyyn. Ikääntyminen ei heikennä ravitsemustilaa, mutta ikääntymisen mukana tuomat sairaudet vähentävät syömistä ja heikentävät ravinnonsaantia. Ravinnonsaamisen seurauksena ikääntynyt laihtuu ja toipumiseen tarvittavia ravintoainevarastoja menetetään. (Valtion Ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5.)

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää suomalaisten ikääntyneiden ravitsemussuositukset kirjallisuuden avulla. Suomalaisia tutkimuksia ja kirjallisuutta löytyi odotettu määrä opinnäytetyön toteuttamiseen. Opinnäytetyön toteuttamisen aikataulu vaati organisointikykyä ja ajan käytön hallintaa. Opin luotettavan tutkitun tiedonhaun menetelmiä ja tulkitsemaan tutkimuksia. Tiedonhakuprosessin koen vahvistaneen tietämystäni ikääntyneen ravitsemuksesta ja yksilöllisen ravitsemushoidon toteuttamisesta sekä miten ruokailutottumuksilla voidaan ylläpitää terveyttä ja toimintakykyä.

Kirjallisuuskatsauksessa selvisi, kuinka riittämätön ravitsemustila heijastuu ikääntyneiden terveydentilaan. Ravitsemustilan kohentamisella on suuri vaikutus kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä efektiivisemmän terveydentilan kohentamisen osalta. Tuloksien mukaan ikääntyneiden virhe- ja aliravitsemustila on yleinen ilmiö erityisesti vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Vain 16 prosentilla ravitsemustila oli todetusti hyvä ja tyydyttävällä tasolla. Tutkimuksen mukaan sairaudet ja heikentynyt toimintakyky selittivät pääasiassa huonoa ravitsemustilaa vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairaaloissa, mutta myös hoitajien aliravitsemuksen tunnistaminen oli huonoa ja ravitsemushoidon mahdollisuuksia käytettiin vain vähän.

Tutkimustulosten perusteella suomalaisilla ikääntyneillä kotihoidon asiakkaila pienen painoindeksin ja heikentyneen ravitsemustilan välillä on todettu yhteys naissukupuoleen, vähäiseen syömiseen, nielemisvaikeuksiin, toimintakyvyn heikentymiseen, muistisairauteen, ummetukseen ja monilääkitykseen. Näiden lisäksi ruokahalun heikentymisen syitä ovat, suun haavaumat, epäsopivat ja huonot hampaat, perussairaudet, ruoanlaiton sekä kaupassakäynnin hankaloituminen itsenäisesti, valmisruokien tai kotiin kuljetettujen aterioiden vieraat ruokalajit sekä elintarvikevalikoiman kaventuminen. Ruokatottumusten vaikutuksista fyysisen toimintakyvyn tasoon ei ole juurikaan tieteellistä näyttöä, mutta ter-

veellisten ruokatottumusten nopea lisääntyminen väestötasolla on vaikuttanut sydän- ja verisuonitautien vähenemiseen.

Hoitotyön osa-alueista juuri ravitsemukselliset tekijät ovat keskeisessä roolissa sairaanhoitajan työssä kotihoidossa, sillä niiden merkitys heijastuu osaltaan kaikkiin muihinkin hoitotyön toimintojen onnistumiseen sekä yleisellä tasolla myös tyytyväisyyteen, omaan koettuun elämään ja sen laatuun. Tulevana sairaanhoitajana kotihoidossa on tärkeää perehtyä ikääntyneiden ravitsemussuosituksiin ja niiden toteutumiseen. Kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemushoidon järjestäminen on moniammatillista tiimityötä. Omaisten mukaan ottaminen ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen olisi tärkeä osa riittävän ravitsemustilan saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi.

Sairaanhoitajan koulutuksessa ravitsemushoidon osuuden tulisi olla suurempi. Ravitsemushoitoa käsitellään koulutuksessa liian suppeasti. Ravitsemushoidolla on kuitenkin suuri merkitys ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn. Uusimpiin ravitsemussuosituksiin ja – tutkimuksiin perehtyminen kehittäisi sairaanhoitajan ammattitaitoa ja uuden ajanmukaisen tiedon kartuttamista osana hoitotyötä. Sairaanhoitajana joudun hankkimaan jatkuvasti uutta tutkittua tietoa ja kehittymään moniammatillisessa hoitotyössä.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston perusteella ravitsemushoidon toteuttamisessa on selkeät ohjeistukset ja suositukset. Ravitsemushoidon toteuttamisessa puuttuu kuitenkin suunnitelmallisuus. Ikääntyneen paino mitataan kotihoidon asiakkuuden alkaessa ja RAI-arviota tehdessä puolivuositain. Ravitsemuksesta johtuvat puutteet, kuten huonot ruokatottumukset sekä virhe- ja aliravitsemus olisi ehkäistävissä huolellisella ravitsemushoidon suunnittelulla ja toteuttamisella sekä seurannalla. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan ravitsemushoidon yksilöllisen suunnittelun toteutuminen vaatisi moniammatillista tiimityötä (ravitsemusterapeutti, suuhygienisti, puheterapeutti). Säännölliset suuhygienistillä ja puheterapeutilla käynnit ehkäisisivät ikääntyneen ruokahalun heikentymisen syitä, kuten suun haavaumia, epäsopivia ja huonoja hampaita sekä kuivan suun ongelmia.

Opinnäytetyön avulla ymmärsin ravitsemushoidon tärkeyden hoitotyössä ja toteuttamisen potilaslähtöisempänä, sillä ravitsemushoito on joidenkin sairauksien hoitomuoto (keliakia) ja tukee lääkehoitoa. Ravitsemushoidon onnistuminen vaatii riittävästi resursseja, selkeää työnjakoa ja sujuvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa.

Opinnäytetyöprosessin aikana huomasin, että kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoitoa on tutkittu vähän. Tulevaisuudessa olisikin hyvä saada tutkimuksia ikääntyneiden ravitsemuksesta, kotihoidon näkökulmasta. Tulevaisuudessa jatkotutkimusaiheina voisi haastatella kotihoidon asiakkaita ja heidän omaisiaan sekä selvittää, miten omaiset kokevat ravitsemustilan

LÄHTEET

- Arffman, Senja 2009. Ruokahaluttomuuden hoito. Teoksessa Senja Arffman, Raija Partanen, Heidi Peltonen & Laura Sinisalo (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki:Edita Prima Oy, 120-121.
- Arffman, Senja 2009. Ruoansulatuskanavan häiriöt ja sairaudet. Teoksessa Senja Arffman, Raija Partanen, Heidi Peltonen & Laura Sinisalo (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki:Edita Prima Oy, 189-193.
- Haglund, Berit; Huupponen, Terttu; Ventola, Anna-Liisa & Hakala-Lahtinen, Pirjo 2011. Ihmisen ravitseminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Helsinki:Tammi.
- Ihanainen, Merja; Lehto, Marjaana; Lehtovaara, Armi & Toponen, Tiina 2009. Ravitsemustieto-osaksi ammattitaitoa. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Luoma, Minna-Liisa & Kattainen, Eija 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 18–20.
- Nutricia. Ravintovalmisteet aikuisille ja iäkkäille.
<http://www.nutricia.fi/tuotevalikoima/ravintovalmisteet-aikuisille-ja-iaekkaeille/tuotevalikoima/nutridrink>. Viitattu 4.12.2015.
- Pitkälä, Kaisu 2010. Turvallinen lääkehoito. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 158-169.
- Puranen, Taija & Suominen, Merja 2012. Ikääntyneen ravitseminen. Helsinki: Suomen Muistiasiantuntijat ry.
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa; Vaasan yliopisto. Viitattu 12.5.2015. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sanerma, Päivi 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Tampereen Yliopisto.

Suomen Sydänliitto. Marevan hoito.

<http://verkkojulkaisu.viivamedia.fi/sydanliitto/marevanhoito/32>. Viitattu 12.5.2015.

Suominen, Merja 2011. Ravitsemussuositukset ikääntyneille.

https://www.thl.fi/documents/10531/103715/KTpaivat_Suominen_Ravitsemussuositukset_2011_01_14.pdf. Viitattu 21.2.2016.

Terveysten – ja hyvinvoinnin laitos 2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita> Viitattu 12.5.2015

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>. Viitattu 13.5.2015.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Suomalaiset ravitsemussuositukset.

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuosituks_2014_fi_web.pdf. Viitattu 12.5.2015.

Voutilainen, Eeva; Fogelholm, Mikael & Mutanen, Marja 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

LIITE 1. OPINNÄYTETYÖHÖN VALIKOITUNEET TUTKIMUKSET

JULKAISU, TEKIJÄT, VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	TUTKIMUSMENETELMÄ	KESKEISET TULOKSET JA HAVAINNOT
<p>Ikääntyminen ja sarkopeniayli 75-vuotiaiden porvoolaisten ravitsemustila ja ravinnonsaanti</p> <p>Laura Sormunen</p> <p>2013</p> <p>Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää, eroaako sarkopenisten ja ei-sarkopenisten tutkimushenkilöiden ravinnonsaanti ja ravitsemustila toisistaan.</p> <p>Toisena päätavoitteena oli selvittää runsaasti proteiinia sisältäneen tutkimusvalmisteen vaikutusta ravinnonsaantiin.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin osana Porvoon lihaskato- ja ravitsemustutkimusta. Tutkimus toteutettiin satunnaisesti, lumekontrolloidusti ja kaksois-sokkoutetusti kolmen rinnakkaisen ryhmän tutkimuksena.</p> <p>Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta keski-ikältään 84- vuotialta tutkimushenkilöiltä (n=160)kerättiin ruokapäiväkirjadataa, jonka avulla tarkasteltiin sarkopenisten ja ei- sarkopenisten henkilöiden ravinnonsaantieroja.</p> <p>Sarkopeniset(n=97) tutkimushenkilöt satunnaistettiin kolmeen hoitokoeryhmään, joista kontrolliryhmä sai liikunta- ja ravitsemusneuvontaa ja kaksi muuta ryhmää sai nautittavaksi runsaasti heraproteiinia sisältävää tutkimusvalmistetta tai verrokkivalmistetta.</p>	<p>Energian, proteiinin ja suojaravintoaineista kuidun, C-vitamiinin, E-vitamiinin ja B-vitamiinin saanti oli sarkopenisillä ei-sarkopenisiä pienempää.</p> <p>Ravitsemustilassa ei ollut merkitseviä eroja tutkimusryhmien välillä.</p> <p>Proteiininsaanti oli merkitsevästi suurempaa heraproteiinipitoista tutkimusvalmistetta käytäneillä.</p> <p>Tutkimuksen alkutilanteessa ei-sarkopenisten ja sarkopenisten tutkimushenkilöiden ravinnonsaanti erosi toisistaan, joka saattaa kuvata hauraiden ikääntyneiden heikompaa ravinnonsaantia.</p> <p>Tutkimuksen mukaan heraproteiinia sisältänyt tutkimusvalmiste lisäsi proteiinin ja energiansaantia, muttei heikentänyt muuta ravinnonsaantia.</p>

<p>Ikääntyneiden ravitsemustila ja sen yhteys kognitioon sekä psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.</p> <p>Susanna Kuvik,</p> <p>2015</p> <p>Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia kotona asuvien, viimeisen vuoden aikana kaatuneiden, ikääntyneiden ravitsemustilaa ja sen yhteyttä kognitioon sekä sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin.</p> <p>Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kaatumistaustan yhteyttä tutkittavien ravitsemustilaan.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena, joka koostui Porissa vuosina 2003-2005 välisenä aika toteutetun Pysy Pystys- tutkimuksen kotona asuneista ikääntyneistä (n=554).</p> <p>Tutkimuksessa tutkittiin kuluneen 12 kuukauden aikana kaatuneiden, 65- vuotta täyttäneiden porilaisten kaatumisten vaaratekijöitä.</p> <p>Tutkimuksessa tutkittiin ravitsemustilaa, kognitiivisia taitoja sekä psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä MNA-, MMSE- ja GDS-testin sekä strukturoidun kyselylomakkeen avulla.</p> <p>Tutkittavien tekijöiden yhteyksiä tutkittiin normaalissa ja heikentyneessä ravitsemustilassa olevien ryhmien välisinä eroina Khiin neliotes- tillä sekä Mann- Whitney U-testillä ja logistisella regressioanalyysillä etsittiin tekijöitä, jotka olivat yhteydessä heikentyneen ravitsemustilan todennäköisyyteen.</p>	<p>Tutkittavien keski-ikä oli 73- vuotta, 83 prosenttia oli naisia. Heikentyneessä ravitsemustilassa tutkittavista oli 10,8 prosenttia.</p> <p>Heikentyneessä ravitsemustilassa olleet olivat kaatuneet useammin kuin normaalissa ravitsemustilassa olevat.</p> <p>Psyykkisistä tekijöistä masennus, elämään tyytymättömyys ja turvattomuuden kokeminen lisäsivät heikentyneen ravitsemustilan todennäköisyyttä.</p> <p>Sosiaalisista tekijöistä yksinäisyys, keskustelukumppanin puute ja vähäinen muiden ihmisten luona vieraileminen lisäsivät heikentyneen ravitsemustilan todennäköisyyttä.</p> <p>Kognition ja ravitsemustilan välillä ei ollut todettua yhteyttä.</p> <p>Elämään tyytymättömyys, yksinäisyys ja turvattomuuden kokeminen toimivat yli 70 prosentissa tapauksista heikentyneen ravitsemustilan todennäköisyyttä lisäävänä tekijänä ja näiden merkitys tulisi ottaa huomioon ikääntyneen ravitsemustilaa arvioitaessa.</p>
---	--	--	---

<p>Ikääntyneiden ihmisten ravitseminen ja ravitsemushoito suomalaisissa vanhainkodeissa ja sairaaloissa.</p> <p>Merja Suominen,</p> <p>2007.</p> <p>Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vanhainkodeissa ja sairaaloissa asuvien ikääntyneiden ihmisten ravitsemustilaa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä Suomessa.</p>	<p>Tutkimus tehtiin viitenä osatutkimuksena, joista neljä oli poikkileikkaustutkimuksia ja yksi interventiotutkimus.</p> <p>Tutkimukseen osallistui 2114 vanhainkoti-asukasta ja 1043 sairaalapotilasta, joiden ravitsemustilaa arvioitiin MNA- testillä ja ravitsemukseen liittyvistä päivärutiineista kerättiin tietoa erillisen kyselylomakkeen avulla.</p> <p>Dementiakotien asukkaille (n=23 ja n=21) tehtiin lisäksi omat tutkimukset, joissa energian ja ravintoaineiden saantia arvioitiin kolmen päivän ruokapäiväkirjan avulla. Hoitajille ja ruokapalveluhenkilöstölle (n=28) annettiin konstruktiviseen oppimisteoriaan pohjautuvaa ravitsemuskoulutusta ja oppimista arvioitiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan virhe- ja aliravitsemus oli yleistä vanhainkodeissa ja sairaaloissa.</p> <p>Tehtyjen MNA- testien mukaan 57 prosentilla tutkituista virhe- tai aliravitsemustila ja 89 prosentilla tutkituista riski virheravitsemukselle oli suurentunut. Vain 16 prosentilla ravitsemustila oli hyvä.</p> <p>Dementia, heikentynyt toimintakyky, nielemisvaikeudet sekä ummetus toimivat pääasiallisena aliravitsemuksen selityksenä, mutta myös ravitsemushoitoon liittyvät tekijät, kuten syöminen vain puolet tai vähemmän tarjotusta ruoka-annoksesta ja välipalojen syömättömyys olivat yhteydessä virhe- ja aliravitsemukseen.</p> <p>Hoitajat tunnistivat aliravitsemuksen huonosti ja vain 27 prosenttia aliravitsemustapauksista tunnistettiin.</p>
---	---	--	--

<p>Ikääntyneiden ruokavalinnat ja kestävä ravitsemus,</p> <p>Mirjami Alakärppä ja Susanna Saartoala</p> <p>2013,</p> <p>Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli perehtyä ikäihmisen ravitsemuksen erityispiirteisiin, ruoan valintaan vaikuttaviin tekijöihin ja laatia kaupapalvelua käyttävien Itä-Savon sairaanhoitopiirin kotihoidon asiakkaille ravitsemusta ohjaava kansio.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja siinä tarkasteltiin ikääntyneiden ruoka- ja ravitsemussuosituksia kestävästä ravitsemuksesta näkökannasta.</p> <p>Teoreettinen viitekehys ja tutkimusasetelma on johdettu Shepherdin ruokavaliokaaviosta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin monimenetelmällisenä kehittämistutkimuksena, jossa mieltymystestien ja teemahaastattelujen avulla kartoitettiin ikääntyneiden ruoan valintaan vaikuttavia tekijöitä. Mieltymystestit toteutettiin ikääntyneiden päivätoimintakeskuksessa ja palvelukodissa vuonna 2012 ja tutkittavien ryhmä (n=23) muodostui kotihoidon asiakkaista.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan tärkein ruoan valintaan vaikuttava tekijä on yksilö itse. Maku, ruoan terveellisyys ja terveystietoisuus, hinta, tuotteen tuttuus ja käyttömukavuus sekä tuotteen ympäristönäkökulmat koettiin tärkeiksi tekijöiksi valintaa koskien.</p> <p>Ruoan kestävä valinta, elintarvikepakkausten hävittäminen sekä kierrättäminen olivat tutkitaville tärkeitä tekijöitä. Lämpimiksi aterioiksi valikoitui tutkittavien mukaan usein keittoruokia.</p> <p>Suomessa puolivalmiita ruokia käyttävät erityisesti kotihoidon asiakkaat. Einesruokien kanssa tulisi nauttia salaattia ja kasviksia ja aterian tulisi tämän osalta täydentyä lautasmallin mukaisesti.</p> <p>Tutkimuksen mukaan ruoka koettiin hyväksi ja tyydyttäväksi silloin, kun ikääntynyt itse oli osallistunut sen valitsemiseen, valmistamiseen ja koki valikoituneen ruoan itselleen miellyttäväksi.</p>
--	--	--	--

<p>Riittävästi proteiineja ikääntyneille,</p> <p>Kuha Suvi,</p> <p>2010</p> <p>Terveystieteiden tutkimuskeskus</p>	<p>Artikkelin tarkoituksena on riittävän energian ja proteiinin saannin merkityksen selvittäminen sekä ravitsemuksen, lääkkeiden ja muistisairausten merkitys riittämättömän proteiinin saannin osalta.</p>	<p>Artikkeli on vapaamuotoinen kirjoitus Suomen terveydenhoitajaliiton lehteen.</p> <p>Artikkelin yhteyteen on liitetty vuoden 2010 Valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimat ikääntyneiden ravitsemussuositukset.</p>	<p>Ikääntyneen ravitsemustila heikkenee iän sekä sairauksien myötä</p> <p>Ravinnonsaannin pienentymiseen vaikuttavat heikentynyt ruokahalu sekä liikkumisen ja vanhenemisen synnyttämä energiantarpeen väheneminen</p> <p>Ruokahalun heikentymisen syitä ovat esimerkiksi lääkkeet, suun haavaumat, epäsopivat ja huonot hampaat, nielemisvaikeudet, perussairaudet, ruoanlaiton sekä kaupassakäynnin hankaloituminen itsenäisesti, valmisruokien tai kotiin kuljetettujen aterioiden vieraat ruokalajit sekä elintarvikevalikoiman kaventuminen</p> <p>Energiansaanti 1500 kcal/vrk, iäkkään henkilön proteiinin saantisuositus n. 80 g/vrk</p> <p>Riittävän proteiinin saannin varmistamiseksi tärkeää tunnistaa tärkeimmät proteiininlähteet ja huolehtia niiden saamisesta jokaisella aterialla</p>
--	---	--	---

<p>Ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn kohentamiseen vaikuttavat useat eri tekijät,</p> <p>Sulander Tommi,</p> <p>2009</p> <p>Suomen lääkärilehti 25/2009</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää ja tuoda esille ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn kohentamiseen vaikuttavat tekijät.</p>	<p>Artikkeli on tuotettu Suomen lääkärilehdelle kirjallisuuskatsauksena ja se perustuu laajaan lääketieteelliseen lähdeaineistoon sekä Sulanderin ym. lääkärilehden vuonna 2005 julkaistamaan tutkimukseen "Associations of functional ability with health-related behavior and body mass index among the elderly"</p>	<p>Keskeisiä toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat biologiset, taloudelliset, sosiaaliset, ympäristölliset, useat sairaudet, elämäntavat sekä hoivaan liittyvät tekijät.</p> <p>Terveellisillä elintavoilla voidaan ehkäistä toiminnanvajausten kehittymistä</p> <p>Riittäväällä energian ja ravintoaineiden saannilla on merkitystä toimintavajauksien ehkäisyn kannalta</p> <p>Proteiinin saantisuositus energian saantiin suhteutettuna on 10-15 prosenttia kokonaisenergian saannista eli 1,0-1,2 g kehon painokiloa kohden. Ikääntynyt tarvitsee n. 60-80 g proteiinia vuorokaudessa.</p> <p>Ruokatottumuksilla on vaikutus terveyteen yleisesti sekä tämän osalta oletettavasti myös fyysiseen toimintakykyyn.</p>
--	---	--	--

<p>Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa,</p> <p>Merja Suominen, Helena Soini, Seija Muuri- nen, Timo Strandberg ja Kaisu Pitkälä,</p> <p>Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49/2012, s. 170 -179</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa tietoa suomalaisten ruokatottumuksista, ravinnonsaannista ja ravitsemustilasta suomalaisten tutkimusten valossa.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena.</p>	<p>Ikääntyneiden ravinnonsaanti, ravitsemustila ja ruokailu ovat yhteydessä terveydentilaan ja toimintakykyyn.</p> <p>Heikentynyt ravitsemustila on juuri eläkeiän saavuttaneilla harvinaista, mutta virheravitsemuksen riski kasvaa sairauksien ja avuntarpeen myötä.</p> <p>Sairauksien lisääntyessä ja toimintakyvyn heikentyessä ravitsemushoidossa- ja ohjauksessa tärkeimpiä tekijöitä ovat painonlaskun ehkäiseminen sekä riittävä proteiinin ja muiden ravintoaineiden saannin turvaaminen.</p> <p>Suomalaisilla ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla sekä vanhainkodissa asuvilla ikääntyneillä pienen painoindeksin ja heikentyneen ravitsemustilan välillä on todettu yhteys nais-sukupuoleen, vähäiseen syömiseen, nielemisvaikeuksiin, toimintakyvyn heikentymiseen, muistisairauteen, ummetukseen ja monilääkitykseen.</p> <p>Ikääntyneen ravitsemushoidon tulee perustua arviointiin ja yksilölliseen ravitsemushoidon suunnitelmaan ja hoidon toteuttamiseen.</p>
---	--	---	---

LIITE 2. MNA-testi



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:		Etunimi:		
Sukupuoli:	Ikä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	Päivämäärä:

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 tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²) 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 (välisumma maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski virheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Aliravittu	
Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R	
Arviointi	
G Asuuko haastateltava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
J Päivittaiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria	<input type="checkbox"/>
K Sisältääkö ruokavalio vähintään <ul style="list-style-type: none"> yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastausta 1.0 = jos 3 kyllä-vastausta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 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 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 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 ympärysmitta (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 ympärysmitta (PYM cm) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Arviointi (maksimi 16 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ravitsemustilan arviointiasteikko	
24-30 pistettä	<input type="checkbox"/> Normaali ravitsemustila
17-23,5 pistettä	<input type="checkbox"/> Riski virheravitsemukselle kasvanut
alle 17 pistettä	<input type="checkbox"/> Aliravittu

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges.* J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).* J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2006. N07200 12/99 10M
 Enemmän tietoa löydät: www.mna-eldev.com -sivuilta.