

VAIN SYÖTY RUOKA RAVITSEE

lääkkäiden asiakkaiden ravitsemustila Joutsan kotihoi-
dossa

Riitta Ahonen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, Terveys- ja Liikunta-ala





Tekijä Ahonen, Riitta	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 21.03.2014
	Sivumäärä 40	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi VAIN SYÖTY RUOKA RAVITSEE iäkkäiden asiakkaiden ravitsemustila Joutsan kotihoidossa		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaajat Matilainen, Irmeli Sinivuo, Riikka		
Toimeksiantaja Joutsan kunta, kotihoito		
Tiivistelmä <p>Hyvän ravitsemuksen merkitys korostuu terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien ehkäisyssä unohtamatta elämänlaadun merkitystä. Ikääntyessämme elimistössämme tapahtuu muutoksia, jotka tuovat haasteita hyvälle ravitsemukselle. Väestön ikääntyminen luo omat haasteet yhteiskunnallemme ja erityisesti kuntien järjestämälle kotihoidolle, koska kotona hoidettavien iäkkäiden henkilöiden määrä tulee oleellisesti kasvamaan. Koska iäkkäillä henkilöillä on suuri riski sairastua virhe-tai vajaaravitsemukseen, tulee ravitsemushoito olemaan suuri haaste myös hoitoalan työntekijöille.</p> <p>Opinnäytetyössäni selvitin Joutsan kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa MNA (Mini Nutritional Assessment)-testin avulla. MNA-testi on yksi parhaiten iäkkäiden ravitsemustilaa arvioiva mittari. Saadakseni mahdollisimman kattavan otoksen kotihoidon henkilöstö avusti minua MNA-testien tekemisessä. Tavoitteena oli saada tietoa kotihoitoon ravitsemushoidon kehittämiseksi sekä lisätä tietoa kotihoidon henkilöstölle ravitsemuksen tärkeydestä ikääntyneen kokonaisvaltaisessa hoidossa</p> <p>MNA-testit tehtiin 82:lle kotihoidon asiakkaalle joka on 43 % koko kotihoidon asiakkaiden määräs-tä. Testien mukaan 87 %:lla oli normaali ravitsemustila. 38 %:lla tutkittavista oli riski virheravitsemukseen kasvanut ja vain 3 %:lla oli virheravitsemus. Tulokset olivat aikaisempien valtakunnallisten tutkimusten tasoa. Opinnäytetyöni tarkoitus on herättää mielenkiintoa ravitsemusasioita kohtaan entisestään ja kiinnittämään entistä tehokkaammin huomiota tähän tärkeään asiaan.</p>		
Avainsanat (asiasanat) ravitsemushoito, iäkäs, vajaaravitsemus, MNA-testi		
Muut tiedot		



Author Ahonen, Riitta	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 21032014
	Pages 40	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title ONLY EATEN FOOD IS NOURISHMENT The nutritional state of elderly clients in municipal home care in Joutsa		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutors Matilainen, Irmeli Sinivuo, Riikka		
Assigned by Municipality of Joutsa, home care		
Abstract <p>The significance of proper nutrition is emphasised in health maintenance and disease prevention, not to mention its impact on the quality of life. An ageing body undergoes changes that set challenges for good nutrition. The ageing of the population sets its own challenges for the society and especially for municipal home care as the number of elderly people cared for at home will increase substantially. As aged people possess a great risk of suffering from malnutrition or, at least, insufficient nutrition, nutrition therapy will also present a major challenge for health care professionals.</p> <p>This thesis examined the nutritional state of the municipal home care clients in Joutsa by using the Mini Nutritional Assessment (MNA) test. The MNA test is one of the best indicators for assessing the nutritional state of aged people. In order to reach as comprehensive a sample as possible the home care personnel assisted the author in performing the MNA tests. The objective was to collect information for the home care personnel for the further development of nutrition therapy and for increasing their awareness about the importance of nutrition in the comprehensive care of elderly.</p> <p>The MNA tests were performed on 82 home care clients, which was 43% of the total number of home care clients in Joutsa. The tests showed that 87% of the tested had a normal nutritional state, 38% had an increased risk of malnutrition and only 3% suffered from malnutrition. These results correspond to the results of previous nationwide studies. The purpose of the thesis was to increase interest in nutritional issues and to draw more attention to this important issue.</p>		
Keywords Nutrition Therapy, Aged Person, Malnutrition, MNA Test		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	3
2 Ikääntymisen aiheuttamat muutokset.....	5
2.1 Fysiologiset muutokset	5
2.2 Psyykkiset ja sosiaaliset muutokset.....	6
3 Iäkkäiden henkilöiden ravitseminen	7
3.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset	7
3.2. Iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksen erityispiirteitä.....	8
3.3 Ruokailutottumukset ja erityisruokavaliot	10
4 Iäkkäiden henkilöiden vajaaravitsemukseen johtavat syyt	12
4.1 Vajaaravitsemuksen synty	12
4.2 Virhe- ja vajaaravitsemuksen syitä.....	13
5 Iäkkäiden henkilöiden ravitsemushoito kotihoidossa.....	15
5.1. Kotihoito osana vanhuspalveluja	15
5.2 Iäkkäiden henkilöiden ravitsemushoidon haasteet kotihoidossa	15
5.3 Ravitsemustilan ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy kotona	17
5.4 Iäkkäiden asiakkaiden ravitsemustilan arviointi MNA- menetelmällä	18
6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	19
7 Opinnäytetyön toteutus	20
7.1 Aineiston keruu	20
7.2 Aineiston analysointi	22
8 Opinnäytetyön tulokset.....	22
9 Johtopäätökset ja pohdinta.....	27
9.1 Tulosten tarkastelu.....	27
9.2 Luotettavuus ja eettisyys.....	28
9.3 Jatkotutkimushaasteita	29
Lähteet.....	31

Liitteet.....	35
Liite 1. MNA-lomake	35
Liite 2. MNA-lomakkeen ohjeistus.....	36
Liite 3. Saatekirje kotihoidon henkilöstölle	39
Liite 4. Tutkimuslupa tutkimukseen osallistuneille.....	40

Kuviot

Kuvio 2. MNA-mittarin seulontatulokset.....	23
Kuvio 3. Ravinnonsaannin muutokset kolmen viimeisen kuukauden aikana ..	24
Kuvio 4. Painonmuutokset kolmen viimeisen kuukauden aikana	24
Kuvio 5. Liikkuminen	25
Kuvio 6. Tutkittavien neuropsykologiset ongelmat.....	25
Kuvio 7. Tutkittavien painoindeksit	26
Kuvio 8. MNA-testien arviointiosio	26

1 Johdanto

Ravitsemuksen tarkoitus on läpi koko elämämme tuottaa hyvää oloa ja parantaa elämänlaatuamme. Hyvinvointimme perusta on maittava ja ravitseva ruoka. Terveellinen ruokavalio koostuu monipuolisesta ruuasta, jossa on runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita sekä sopiva määrä energiaa (Erytisruokavaliot – opas ammattilaisille 2009, 27.) Hyvän ravitsemuksen merkitys korostuu terveyden ylläpitämisessä ja sairauksien ehkäisyssä unohtamatta elämänlaadun merkitystä. Ikääntyessämme elimistössämme tapahtuu muutoksia, jotka tuovat haasteita hyvälle ravitsemukselle. (Ravitsemushoito, 12.)

Tulevaisuudessa iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa yhteiskunnassamme. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan väestöstämme on yli 65-vuotiaita yli neljännes väestöstä 2040-luvulla (Suominen 2008, 6). Vuonna 2012 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11,9 % 75 vuotta täyttäneistä. (Terveys- ja hyvinvointilaitos 2013). Väestön ikääntyminen luo omat haasteet yhteiskunnallemme ja erityisesti kuntien järjestämälle kotihoidolle, koska kotona hoidettavien iäkkäiden henkilöiden määrä tulee oleellisesti kasvamaan. Koska iäkkäillä henkilöillä on suuri riski sairastua virhe- tai vajaaravitsemukseen, tulee ravitsemushoito olemaan suuri haaste myös hoitoalan työntekijöille. Ei pidä myöskään unohtaa hyvän ravitsemushoidon taloudellista merkitystä sillä hyvä ravitsemustila ehkäisee sairauksia, edistää toipumista ja näin ollen lyhentää myös sairaalan hoitoaikoja. (Sinisalo 2009, 104.)

Iäkkäiden henkilöiden hyvä ravitsemushoito on tärkeä aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Siksi heidän parissa päivittäin työskentelevien sekä omaisten merkitys on suuri. Iäkkään henkilön ravitsemustilan seuranta on tärkeä osa heidän hyvää hoitoa. (Erytisruokavaliot – opas ammattilaisille. 2009, 202.) Hyvä ravitsemushoito on yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken. Siksi riittävä ravitsemustieto ja sen tiedottaminen muille ammattiryhmille on ensiarvoisen tärkeää. Yksin tieto ei aina riitä vaan henkilökunnalla tulee olla kykyä myös soveltaa tietoa käytännön haasteisiin. (Ravitsemushoito 2010, 17, 19–20.)

Kotihoidon asiakkaat ovat toimintakyvyltään hyvin erilaisia joten myös heidän avun tarpeensa vaihtelee suuresti. Avun tarpeen lisääntyessä usein asiakas ei enää jaksaa tai pysty huolehtimaan omasta ravitsemuksestaan. Riski virheravitsemukselle kasvaa kotihoidossa avun tarpeen lisääntyessä erityisesti silloin kun asiakas tarvitsee apua ruuanlaitossa tai kaupassa käynnissä. (Ravitsemushoito 2010, 25.)

Opinnäytetyöni tarkoitus on selvittää Joutsan kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa. Vuonna 2013 valmistui loppuraportti nelivuotisesta Ravitsemus muistisairaankodissa-tutkimus ja kehittämishanke, joka toteutettiin Suomen muistiasiantuntijat ry:n toimesta. Tämä tutkimus on ollut vahvasti taustalla tehdesäni tätä opinnäytetyötä. Tämän opinnäytetyön myötä ravitsemuksen tärkeys korostuu kotihoidossa sekä miksi se on huomioitava arjessa ja päivittäisten toimintojen avustamisessa.

2 Ikääntymisen aiheuttamat muutokset

2.1 Fysiologiset muutokset

Ikääntymisen myötä tapahtuu väistämättä muutoksia luustossa ja lihaskudoksissa. Liikkuminen hidastuu ja fyysinen suorituskyky laskee. Fyysisen aktiivisuuden vähentyessä energian tarve myös pienenee. Lihavuus ja rasva-aineenvaihdunnan häiriötä eivät enää ole keskeisiä ongelmia vaan tilalle on tullut energian ja ravintoaineiden riittävä saanti. (Räihä 2012, 281). Lihaskudoksen osuus kehossa vähenee rasvakudoksen osuuden suhteessa kasvaessa. Pienentynyt lihaskudosmäärä tulee esille lihasvoiman heikkenemisenä sekä liikuntakyvyn ja tasapainon huonontumisena, mikä altistaa kaatumisille ja tapaturmille. Iäkkäillä henkilöillä on myös suurempi riski luunmurtumiin, koska luuston mineraalipitoisuus on vähentynyt. Iän myötä myös elimistön veden osuus pienenee ja janon tunne heikkenee, mikä altistaa elimistön kuivumiselle (Tuovinen & Lönnroos 2008, 212).

Ikääntyminen tuo myös muutoksia aisteihin. Erityisesti maku- ja hajuaistin heikkeneminen tuovat haasteita ravitsemukseen. Ruoka ei enää maistu eikä tuoksu yhtä hyvältä kuin ennen. (Tuovinen & Lönnroos 2012, 212). Räihän (2012, 282) mukaan ikääntyessä erityisesti makujen erotuskyky heikkenee ja makean ja suolaisen maistamiskynnys kasvaa. Maku- ja hajuaistin heikkeneminen yhdessä elimistön säätelyjärjestelmien toiminnan muutosten kanssa, heikentävät myös nälän tunnetta.

Ummetustaipumus lisääntyy ikääntyessä, mikä osittain johtuu myös vähäisestä liikkumisesta sekä kuitujen ja nesteiden puuttumisesta ravinnosta. Syömiseen vaikuttavat myös syljen erityksen väheneminen ja hampaiden kunto. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 212). Syljen erityksessä ei iän myötä yleensä tapahdu suuria muutoksia, vaikka näin helposti luullaan. Iäkkäiden vähentynyt syljeneritys johtuu yleensä lääkkeistä ja sairauksista. Purentaongelmilla ja hampaattomuudella on luonnollisesti vaikutusta ravitsemukseen ja erityisesti ravintoaineiden saantiin. (Räihä 2012, 282–283).

lääkäillä on todettu mahalaukun suolahapon vähenemistä, millä on todettu olevan vaikutusta ruuansulamiseen aiheuttaen vatsavaivoja (Tuovinen & Lönnroos 2012,212). Myös hapottomuus voi aiheuttaa ripulia ja B12- vitamiinin imeytymishäiriöitä, joka voi johtaa anemiaan. Mahalaukun hapottomuuden on myös todettu vaikuttavan kalsiumin ja raudan imeytymiseen ja altistavan ohutsuolen bakteereille, mikä myös heikentää ravintoaineiden imeytymistä. Ikääntyminen huonontaa mahalaukun laajenemista ja aiheuttaen kylläisyyden tunteen aikaisemmin. (Räihä 2012, 283). Iäkkäiden henkilöiden yksittäisillä fysiologisilla muutoksilla ei ole suurta merkitystä, mutta yhdessä niillä voi olla hyvinkin kohtalokkaita seuraamuksia (Räihä 2012, 282).

Perusaineenvaihdunta heikkenee myös ikääntyessä aktiivisen kudoksen vähentyessä. Näin ollen myös energian tarve vähenee ja samalla myös useimpien ravintoaineiden saanti myös vähentyy. Ruuansulatuselimistön toiminnan muutoksilla ei juuri ole merkitystä ravitsemukseen. (Räihä 2012, 281–282; Suominen 2006, 4).

2.2 Psyykkiset ja sosiaaliset muutokset

Psyykinen vanheneminen on kehittymistä ja siirtymistä uuteen elämänvaiheeseen. Elintoimintojen hidastuessa iäkäs henkilö joutuu sopeutumaan elimistössään tapahtuviin muutoksiin. On hyväksyttävä vanhuuden rajoitukset ja luopumiset. Muistitoimintojen heikkeneminen myös aiheuttaa omat haasteensa, mutta on muistettava ettei dramaattinen muistin huononeminen kuulu vanhuuteen, vaan se on yleensä sairauden tai vamman aiheuttama. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö, & Kivelä 2006, 25–27).

Vanhenemisen muutokset eivät kuitenkaan aina ole kielteisiä, vaikka usein myös itse iäkkäät niin ajattelevat. Iäkkäillä henkilöillä on paljon voimavaroja, jotka he ovat saaneet elämänsä aikana. Heillä on paljon tietoa ja kokemuksen avulla he voivat selviytyä vaikeistakin asioista. Vaikeista ajoista selviytymiseen edesauttaa myös muistot ja oman itsensä tunteminen. Vuosien saatossa myös sosiaalinen verkosto on kasvanut. Kaikilla näillä on suuri psyykinen

merkitys, kuinka he jaksavat ottaa vastaan iän mukanaan tuomia menetyksiä. (Hyttinen 2008, 49–50.)

lääkkäät henkilöt ovat fyysisesti ja psyykkisesti hyvin erilaisia ja onkin tärkeää ymmärtää ja muistaa, että jokainen on yksilö. Sosiaalinen vanheneminen tuo kuitenkin usein muutoksia ihmisen asemaan yhteiskunnassa. Toimintakyvyn heikentyessä iäkäs joutuu tekemään valintoja ja ratkaisuja. Usein he joutuvat luopumaan entisistä esimerkiksi työstä tai kodista. Myös läheisten kuolema saattaa aiheuttaa yksinäisyyttä (Kan & Pohjola 2012, 19–21). Sosiaalisia voimavaroja kuten ihmissuhdetaidot ovat kehittyneet vuosien saatossa. Monilla saattaa olla varallisuutta ja laaja sosiaalinen verkosto helpottamaan muutoksien aikaa. (Hynninen 2008 52–53.) Ruokailu ja ruokatottumukset ovat osa psykososiaalista toimintaa. Aviopuolison menettäminen ja yksinäisyys saattavat heikentää ruokahalua. Yksin jäädessä ei yksinkertaisesti osata tehdä ruokaa. Ruokailu ei enää tunnu mieluisalta. Iäkkäiden henkilöiden kanssa työskentelevien on ymmärrettävä myös heidän psyykkisten ja sosiaalisten muutosten tuomat muutokset.

3 Iäkkäiden henkilöiden ravitseminen

3.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset

Ravitsemussuositukset on laadittu tieteellisiin tutkimuksiin perustuen ja pohjautuen pohjoismaisiin ravintosuosituksiin. Niiden tarkoitus on määrittellä tärkeimpien ravintoaineiden keskimääräistä suositeltavaa saantia pitemmällä aikavälillä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon 2005, 6-7.) Ikääntymisen tuomat muutokset vaikuttavat siihen kuinka paljon kulutamme ravintoa. Ravinnon määrän vähentyessä laadun merkitys korostuu. Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta onkin laatinut ikääntyneille omat ravitsemussuositukset pohjautuen suomalaisiin ravitsemussuosituksiin. Suositusten tarkoitus on selkeyttää eroja, jotka tulevat esille ikääntymisen myötä. Niiden on myös tarkoitus lisätä tietoa iäkkäiden ravitsemuksen erityis-

piirteistä ja luoda yhdenmukaiset ohjeet käytännön työhön. Ennen kaikkea niiden avulla on tarkoitus tunnistaa iäkkään henkilön heikentynyt ravitsemustila ja toteuttaa ravitsemushoitoa käytännön työssä. (Ravitsemushoito 2010, 5, 8.)

Uudet pohjoismaiset ravitsemussuositukset julkistettiin lokakuussa 2013, joiden pohjalta myös suomalaiset ravitsemussuositukset päivitettiin tammikuussa 2014. Uusissa pohjoismaisissa ravitsemussuosituksissa keskitytään enemmän ruokavalion kokonaisuuteen, ruoka-aineiden laatuun ja niiden vaikutukseen terveyteen. Suosituksissa esimerkiksi D-vitamiinin saantisuosituksia nostettiin yli 75-vuotiaille 20 mikrogrammaan. (Kaurijoki, 2013.) Tosin ikääntyneiden ravitsemussuosituksessa Suomessa suositellaan yli 60-vuotiaille 20 mikrogrammaa (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 43).

3.2. Iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksen erityispiirteitä

Iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksessa merkittävin muutos on energiatarpeen väheneminen. Suurin syy tähän on fysiologiset muutokset ja erilaiset sairaudet jotka saattavat johtaa liikkumisen vähenemiseen. (Suominen 2013, 11.)

Energian tarpeen määrittelyssä on kuitenkin huomioitava myös yksilöllisyys, minkä verran iäkäs ihminen liikkuu. Aktiivinen ja liikkuva iäkäs ihminen kuluttaa energiaa lähes yhtä paljon kuin nuoremmat. (Suominen 2008, 467.) Siksi onkin tärkeää, että päivittäinen energiansaanti vastaa kulutusta.

Vaikka ikääntyessä energian tarve vähenee, vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve ei muutu, vaan niiden tarve saattaa lisääntyä sairauksien ja lääkkeiden käytön vuoksi. (Sinisalo 2009, 101.) Siksi ruuan laatuun on kiinnitettävä erityistä huomiota. Liian vähäinen suojaravintoaineiden määrä ruokavaliossa johtaa yleensä erilaisiin puutosoireisiin ja – tauteihin (Hujala 2009, 19.) Pienentyneet energiamäärät ovat myös haasteellisia iäkkäille, koska niistä tulisi kuitenkin saada tarvittavat suojaravintoaineet ja B-, C- ja D-vitamiinia jopa hieman enemmän kuin aikaisemmin (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 145.)

Viime aikoina on erityisesti kiinnitetty huomio D-vitamiinin riittävään saantiin iäkkäiden henkilöiden kohdalla. Ainoastaan kesäkuukausina Suomessa on mahdollista saada D-vitamiinia riittävä määrä auringosta. Kalat, vitamiinoidut maitovalmisteet ja kananmunat sisältävät myös D-vitamiinia, mutta ravinnosta ja auringosta saatu D-vitamiini ei ole riittävä iäkkäille. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa suositellaan yli 60-vuotiaille 20 mikrogrammaa D-vitamiinia ympäri vuoden. D-vitamiinilla on tärkeä tehtävä luuston rakennusaineena ja on myös tutkittu, että riittävä D-vitamiinin saanti vahvistaa luuta ja parantaa lihaskoordinaatiota. Tällä on suuri merkitys kaatumisien ja luunmurtumien ennaltaehkäisyssä. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 43.) D-vitamiinin on todettu parantavan kalsiumin imeytymistä ohutsuolessa ja yhdessä lisäkilpirauhashormonin kanssa parantavan myös luun mineralisoitumista. Näin ollen D-vitamiinilla pystytään turvaamaan kalsiumin ja fosfaatin imeytyminen, joilla taas on tärkeä tehtävä luuston rakennusaineina. (Aro 2009). Iäkkäiden henkilöiden on siis huolehdittava myös riittävästä kalsiumin saannista, koska sen on todettu hidastavan osteoporoosin kehittymistä ja D-vitamiinin on todettu tehostavan myös kalsiumin imeytymistä suolistosta (Hujala 2009, 24).

D-vitamiinin saannin tärkeys iäkkäillä henkilöillä ei yksin kohdistu luuston vahvistamiseen, vaan sillä on myös mahdollisesti merkitystä muidenkin kroonisten sairauksien ehkäisyssä, kuten sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä (Aro 2009). D-vitamiinisuosituksista tehdyt tutkimukset ovat hyvin ristiriitaisia. Esimerkiksi USA:ssa joulukuussa 2013 American Geriatric Society'n antamassa konsensuslausumassa iäkkäiden luusto vaatisi jopa 100 mikrogramman lisäannoksen päivittäin (Paakkari 2014).

Iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksessa on huolehdittava myös riittävästä proteiinin saannista. Koska iäkkäiden energian määrä vähenee, tulisi proteiinin suhteellinen osuus ravinnossa olla myös suurempi. Lyhytaikainenkin vähäinen proteiinin saanti sairauden yhteydessä saattaa ikääntyneellä aiheuttaa immunipuolustuksessa ja altistaa infektioille. Myös kudusvaurioiden paranemiseen tarvitaan proteiineja. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 217–218.) Suosituksissa riittävä proteiinin määrä iäkkäillä on 1-1,2 g/kg/vrk kun työikäisellä väestöllä se on 0,8g/kg/vrk. (Suominen 2008b, 470.) Sairauksilla ja akuuteilla stressitilanteilla on todettu lisäävän elimistön proteiinin tarvetta jopa

kaksinkertaiseksi (Tuovinen & Lönnroos 2008, 217). Iäkkäillä ihmisillä akuuteiksi stressitilanteiksi voidaan määritellä esimerkiksi leikkauksia. (Alden-Nieminen, Raulio, Männistö, Laitalainen, Suominen & Prättälä 2009, 19.)

län myötä janon tunne heikkenee, mutta nesteen tarve elimistössä ei kuitenkaan muutu (Kan & Pohjola 2012, 282). Juominen usein unohtuu ja siksi iäkkäät henkilöt ovatkin suurin riskiryhmä vaarassa kuivua, koska heillä on elimistössä vähemmän nesteitä kuin nuoremmilla. Iäkkäillä ihmisillä myös nestevajaus voi olla vakava riski ja se voi kehittyä hyvinkin nopeasti. Normaalisti aikuisen ihmisen tulisi juoda vähintään 1 - 1,5 litraa nesteitä vuorokaudessa. Runsas liikkuminen, lämpö, akuutit sairaudet kuten kuume, oksentelu ja ripuli lisäävät nestehukkaa. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 218.) Vähäinen nesteen juominen ja kuitujen määrä ruokavaliossa aiheuttavat helposti ummetusta. Ravintokuidut ovatkin tärkeitä suolen toiminnalle. Täysjyväleipien- ja puurojen lisäksi hyviä ravintokuitujen lähteitä ovat kasvikset, marjat ja hedelmät. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 47.)

3.3 Ruokailutottumukset ja erityisruokavaliot

Terveys 2000-tutkimuksessa selvitettiin Suomen väestön terveyttä ja toimintakykyä. 11 vuotta myöhemmin tutkimus sai jatkoa ja Terveys 2011-tutkimuksessa selvitettiin minkälaisia muutoksia väestön terveydessä, toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa oli tapahtunut. Tutkimustulokset olivat rohkaisevia ja tutkimuksella pystyttiin todistamaan myönteisen kehittymisen jatkuminen. Tutkimuksen mukaan myös iäkkäiden ihmisten suoriutuminen arkipäivän toiminnoista ja elämänlaatu paranivat. (Koskinen, Peña, Lundqvist, Mäkinen & Aromaa 2012, 13.)

Ruokailutottumukset ovat hyvin yksilöllisiä, niin myös iäkkäillä henkilöillä. Suurin osa heistä tietää terveellisen ruokavalion merkityksen hyvinvointiin. Ruokailutottumukset perustuvat vuosien varrelta syntyneisiin mieltymyksiin. Myös sosiaaliset tekijät, elämäntilanne, talouden merkitys ja sairaudet liittyvät olennaisesti ruokailutottumuksiin. Tämän päivän iäkkäät ihmiset arvostavat vielä pe

rinteisiä ruokia, johon kuuluu leipä, maito, peruna ja puuro, joita täydennetään lihalla, kalalla ja kasviksilla. Heillä on yleensä uusia ruokalajeja kohtaan ennakoluuloja, joita on hyvin vaikea enää poistaa. Usein vieras ruoka jääkin syömättä. (Suominen 2008a, 19.) Ruoka on osa suomalaista kulttuuria, joka muuttuu jatkuvasti. Tämän päivän iäkkäille maistuvat ruuat ovat varmasti erilaisia kuin 1900-luvun lopussa syntyneiden mieliruuat. (Kan & Pohjola 2012, 92.)

Eläkeikäisen väestön terveystyytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005-tutkimuksessa Sulanderin ym. (2006) mukaan varhaisemmassa eläkeiässä kasvisöljyjen ja rasvattoman maidon käyttö oli lisääntynyt, mutta iäkkäimmille henkilöille niiden käyttö on yleisempää. Hedelmien ja marjojen päivittäinen käyttö on hiljalleen lisääntynyt. Rasvan käytön väheneemisellä, kasvien suosimisella sekä sokerin ja suolan käytön vähentämisellä on varmasti myös terveystuloksella suuri merkitys. (Sulander, Helakorpi, Nissinen Uutela 2006, 6-7.)

Sairauksia voidaan hoitaa myös erityisruokavaliolla. Erityisruokavaliion noudattaminen saattaa iäkkäillä ihmisillä olla kuitenkin ravitsemusriski, koska erityisruokavaliio saattaa heikentää ravitsemustilaa. Tällöin hoitohenkilökunnan asiantuntemusta ja hyviä ravitsemusohjeita tarvitaan. Myös ravitsemushoidon yksilöllisyys tulee huomioida ja mietittävä tarkkaan ruokarajoitusten tarpeellisuutta. Hoitohenkilökunnan on pystyttävä määrittelemään tarvitaanko sairauden akuutissa vaiheessa ruokarajoituksia ja voidaanko niitä myöhemmin mahdollisesti lieventää voinnin kohentuessa. Iäkkäiden ihmisten ruokamieltymykset ja –tottumukset ovat korostuvat erityisruokavaliion suunnittelussa, koska silloinkin on turvattava riittävä ravintoaineiden saanti. (Suominen 2008a, 76.) Tärkeää onkin, että hoitohenkilöstö pystyy määrittelemään yksilöllisesti iäkkään ravitsemustilanteen ja tarvittaessa osaa ottaa yhteyttä ravitsemushoidon asiantuntijoihin. Erityisruokavaliion toteuttamisessa on tärkeää ymmärtää iäkkäiden ihmisten ongelma, hoitaako heikentyntä ravitsemustilaa vai itse sairautta.

Tehostetulla ruokavaliolla voidaan parantaa iäkkäiden henkilöiden ravitsemustilaa. Tehostetussa ruokavaliiossa energiapitoisuutta parannetaan runsasravinnon avulla.

teisillä ruoka-aineilla ja rasvanlisäyksillä. Myös proteiinin saantia voidaan tehostaa erilaisilla täydennysravintovalmisteilla tai proteiinipitoisella ruoalla. Ruoka-annosten koko on normaalia pienempi, mutta sitäkin ravintopitoisempi. Yksilöllisyys otetaan myös huomioon tehostetussa ruokavaliassa. (Nuutinen ym. 2010, 100.)

4 läkkäiden henkilöiden vajaaravitsemukseen johtavat syyt

4.1 Vajaaravitsemuksen synty

Eurooppalaisen Seneca (the Survey in Europe on Nutrition and the Elderly)-tutkimuksen mukaan energian saanti ravinnosta vähenee jopa viidenneksellä 70–80 ikävuosien välillä (Pitkälä, Suominen, Soini, Muurinen & Strömberg 2005). Iäkkäiden henkilöiden riski sairastua vajaaravitsemukseen kasvaakin huomattavasti 80 ikävuoden jälkeen. Vajaaravitsemukseen johtaa usein monet syyt, mutta yleisin ja yksinkertaisin syy on liian vähäinen ja yksipuolinen ravinto, jossa energian ja proteiinin saanti on vähentynyt. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010). Myös pitkittyneet sairaudet ja niiden hoidossa käytetyt lääkkeet aiheuttavat helposti ruokahaluttomuutta, mikä saattaa johtaa ravitsemustilan heikkenemiseen (Tuovinen & Lönnroos 2008, 222.) Vajaaravitsemus on aina vakava tilanne, koska silloin infektioherkkyys ja kuolleisuus lisääntyvät (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 118).

Tutkimuksissa vajaaravitsemus ja virheravitsemus erotetaan toisistaan. Virheravitsemuksen katsotaan johtuvan yhden tai useamman ravintoaineen suhteellisesta puutteesta tai ylimäärästä (Aldén-Nieminen ym. 2009), kun taas vajaaravitsemuksella tarkoitetaan kokonaisvaltaisempaa tilaa, jossa virheravitsemus vaikuttaa kehon kokoon sekä toimintakykyyn ja sitä kautta hoitotuloksiin. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 24.)

4.2 Virhe- ja vajaaravitsemuksen syitä

Eläkkeelle jääminen on yksi taitekohta elämässä, joka helposti tuo muutoksia päivittäiseen rytmiiin. Aistitoiminnot saattavat heiketä iän myötä, esimerkiksi kuulon ja näön heikkeneminen altistavat virheravitsemukselle, koska päivittäiset toiminnot vaikeutuvat fyysisen aktiivisuuden vähetessä. Myös sosiaalinen verkoston kaventuu ja elinpiiri pienenee osittain myös sairauksien vuoksi. Tällöin yksinäisyys saattaa lisääntyä ja riski huonolle syömiselle kasvaa. (Suominen 2008b, 478.)

Muistisairauksissa ja kognitiivisten toimintojen häiriöissä on mahdollista, että syöminen yksinkertaisesti unohtuu. Tähän elämän vaiheeseen kuuluu myös usein puolison menetys, joka aiheuttaa yksinäisyyttä ja masentuneisuutta, mikä taas voi aiheuttaa ruokahalun menettämistä. Yleisen väsymyksen vuoksi ei jaksa huolehtia päivittäisestä ruokailusta tai yksinkertaisesti ei tunnista enää nälän tunnetta ja syöminen unohtuu. (Suominen 2008b, 478; Johansson 2013.)

lääkkäillä ihmisillä kylläisyyden tunne tulee nopeammin kuin nuorilla, koska ruuansulatusentsyymien erityys heikkenee ja mahalaukku tyhjenee hitaammin. Ruoka ei maistu samalta kuin ennen maku- ja hajuaistin heiketessä, eikä ruuasta enää pysty nauttimaan samalla lailla kuin ennen. (Suominen 2008b, 478.) Tällöin ruoka saattaa muuttua helposti hyvin yksipuoliseksi tai kohdistua vain muutamiin ruoka-aineisiin (Sinisalo 2009, 102). Dementia voi myös tehdä muutoksia aivoissa jolloin tutut ruuat eivät maistu enää samalta kuin ennen. Miellyttävästä mausta voi tulla epämiellyttävän makeaa. (Suominen 2008b, 478.)

Monet sairaudet heikentävät ravitsemustilaa aiheuttamalla ruokahaluttomuutta. Sairaana ruoka ei maistu. Tutkimukset ja hoidot saattavat vaatia ravinnottomuutta ja juomattomuutta, mitkä heikentävät ravitsemustilaa. Jotkut sairaudet voivat muuttaa elimistön aineenvaihduntaa vaikuttamalla ravitsemustilaan imeytymishäiriöinä, erityksen lisääntymisenä tai kiihdyttämällä aineenvaihduntaa. (Suominen 2008a, 14). Erityisesti niihin sairauksiin, jotka vaikuttavat ravit

semustilaan lisääntyneellä energian tarpeella tai syömiseen liittyvillä ongelmilla, on kiinnitettävä huomiota. Esimerkkejä energian tarvetta lisäävistä sairauksista ovat erilaiset infektiot, kuume, syöpä ja leikkausten jälkitilat. Syömistä hankaloittavista sairauksista esimerkkejä ovat muistisairaudet, MS-tauti, erilaiset mielenterveysongelmat ja Parkinsonin tauti. (Suominen 2008a, 200, 206.)

Sairauksien esiintyvyys yleistyy iän myötä ja luonnollisesti samalla myös lääkkeiden käyttö lisääntyy. Pääsääntöisesti lääkkeillä on myönteinen vaikutus sairauden ehkäisyyn, paranemiseen ja toimintakyvyn säilymiseen. Ravitsemuksen kannalta haastavaa lääkkeiden käytössä on niiden sivuvaikutukset. Myös useiden eri lääkkeiden yhtäaikainen käyttö lisää haittavaikutuksia. (Kivellä 2008, 354, 360.) Merkittävimpiä haittavaikutuksia ravitsemuksen kannalta iäkkäillä henkilöillä ovat suun kuivuminen, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja ummetus (Tiainen 2009, 59).

Suun terveydentilalla on merkittävä osuus ravinnon saannissa. Voidaankin sanoa suun kunnolla olevan suora yhteys iäkkäiden ravitsemustilaan. Terveys 2011-tutkimuksen mukaan iäkkäiden suunhoito on parantunut, mutta edelleen iäkkäillä on paljon hoitamattomia suu- ja hammassairauksia (Suominen, Vehkalahti & Knuuttilla 2012, 102–106). Hampaattomuus ja huonosti istuvat hammasproteesit vaikeuttavan ruokailua purentakyvyn ja kivun vuoksi. Suun kuivuminen vaikeuttaa syömistä, lisäksi reikiintymisriskiä ja ientulehdus yleistyy. (Komulainen & Hämäläinen 2008, 234–235.)

Alkoholia terveysturva vuoksi ei suositella iäkkäille henkilöille. Alkoholin vaikutukset elimistössä ovat voimakkaampia kuin nuoremmilla, koska elimistössä on vähemmän vettä ja enemmän rasvaa. Alkoholilla on paljon haittavaikutuksia myös ravitsemuksen kannalta, koska alkoholissa on paljon energiaa, mutta ei suojaravintoaineita. Runsas alkoholin käyttö voi aiheuttaa myös yksipuolista ravintoa tai jopa syöminen unohtuu kokonaan. Tällöin myös suojaravintoaineiden määrä ravinnossa on vähäistä. (Ravitsemussuosituksien ikäänantaneille 2010, 44–45; Aira 2008, 268.)

5 Iäkkäiden henkilöiden ravitsemushoito kotihoidossa

5.1. Kotihoito osana vanhuspalveluja

Kotihoito on kunnan järjestämää palvelua ja hoitoa kotona asuville. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelu yhdistyvät kotihoidoksi, jolloin asiakas voi saada samalla käynnillä sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidon. Kotihoitoon kuuluu myös erilaiset tukipalvelut kuten esimerkiksi ateriapalvelut. Yhdistymisen avulla pyrittiin resurssien joustavampaan käyttöön, päällekkäisyyden poistamiseen ja näin lisäämään taloudellisuutta. Kotihoidon tarkoitus on tukea ja auttaa asiakkaan itsenäistä selviämistä kotona yksilöllisesti suunniteltujen palvelujen avulla mahdollisimman pitkään. (Kan & Pohjola 2012, 281; Erytisyruokavaliot – opas ammattilaisille. 2009, 43.)

Asiakkaan yksilölliset palvelut kartoitetaan laatimalla kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelmassa selvitetään asiakkaan toimintakyky, palvelujen tarve ja voimavarat. Suunnitelmaa tehdessä on otettava huomioon iäkkään koko elämäntilanne ja selvitettävä konkreettisesti, kuinka voimme auttaa ikääntyvää arjessa selviämisessä sekä toimintakyvyn tukemisessa edistämällä fyysistä, sosiaalista ja henkistä perusturvallisuutta. Suunnitelmaan tulee kirjata myös kuinka ruokapalvelut tullaan järjestämään. (Kan & Pohjola 2012, 281; Erytisyruokavaliot – opas ammattilaisille. 2009, 43.)

Iäkkäälle on tärkeää, että mahdollisimman usein sama hoitaja kävisi hänen luonaan. Tämä luo iäkkäälle turvallisuuden tunnetta ja samalla pystytään turvaamaan jatkuvuus. Kotihoidon työntekijöille sekä muilla hoitoon osallistuvilla tulee olla myös yhtenäinen käytäntö tavoitteista sekä asiakasta motivoiva kuntouttava työote. (Kan & Pohjola 2012, 282.)

5.2 Iäkkäiden henkilöiden ravitsemushoidon haasteet kotihoidossa

Ravitsemushoidon tavoite on edistää terveyttä sekä olla osa potilaan kokonaisuhoitoa sairauden aikana (Nuutinen, Mikkonen, Peltola, Silaste, Siljamäki-

Ojansuu, Uotila & Sarlio-Lähteenkorva 2009). Ravitsemushoidolla turvataan terveellinen ja sopiva ruokavalio, jota tarvittaessa täydennetään täydennysravintovalmisteilla suonensisäisellä ravitsemuksella tai letkuravitsemuksella. Ravitsemushoito koostuu useasta eri osasta. Hoidon aluksi arvioidaan ravitsemustila ja tehdään ravintoanamneesi, jonka perusteella määritellään tavoitteet ja keinot yhdessä potilaan kanssa päästäkseen parempaan ravitsemustilaan. Ravitsemushoidossa on tärkeää, että ravitsemusohjaus on yksilöllistä ja oikea-aikaista. Lopuksi tulee aina arvioida, kuinka ravitsemushoito on vaikuttanut potilaan ravitsemustilaan. Hyvällä ravitsemushoidolla voidaan ehkäistä vajaaravitsemusta ja näin ollen sillä saadaan myös kustannussäästöjä (Ravitsemushoito 2010, 16.)

Hyvä ravitsemustila on toimintakyvyn perusedellytys ja siksi se tulee turvata myös kaikille. Erityisesti kotona asuvien toimintakyvyn säilyminen on perusedellytys kotona asumiselle. Iän myötä toimintakyvyn heiketessä avun tarve perustoiminnoissa lisääntyy. Usein kaupassa käynti ja ruuanlaitto ovat ensimmäisiä asioita, johon tarvitaan ulkopuolista apua. Itsenäinen ruokahuolto on ollut tärkeä asia ikääntyneelle ja viimeiseen asti he ovat yrittäneet itse hoitaa ruokailunsa. Tällöin vajaaravitsemuksen riski kasvaa. Lisänä ovat usein krooniset sairaudet, monilääkitys, masentuneisuus ja mahdolliset muistiongelmat, jotka vielä lisäävät vielä virheravitsemuksen mahdollisuutta. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 23.)

Kotihoidon tukipalveluihin kuuluu ateriapalvelu. Ateriapalvelun mahdollisuutta tulee kertoa iäkkäille henkilöille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ateriapalvelujen ongelma on usein syömättä jäänyt ruoka. Jokaisella ikääntyneellä on myös omat ruoka-aikansa, tätä ei kuitenkaan pystytä noudattamaan ateriapalveluissa, tällöin ruoka helposti jäähtyy ja ruoka jää syömättä. Myös ruokamieltymykset eivät aina kohtaa ateriapalvelun kanssa tai ikääntynyt jättää ruuan syömättä ruokahaluttomuuden vuoksi. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 25.)

Kotihoidon henkilökunnan rooli onkin tärkeä ravitsemustilan tunnistamisessa, seurannassa ja hoidossa. Ravitsemushoidossa tärkeää on mahdollisimman ajoissa puuttua iäkkään asiakkaan ravitsemukseen, jos siinä on nähtävissä

ongelmia. Arvioidessa iäkkään hyvää ravitsemustilaan, on hoitohenkilöstön otettava huomioon asiakkaan ruokailutavat ja syödyt ruokamäärät. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä, vaan on selvitettävä asiakkaan mieliruuat ja sairaudet. On mietittävä miten hoitohenkilökunta voisi vaikuttaa ruokahaluun ja itse ruokailuun. (Soini 2009, 197.) Hyvän ravitsemushoidon lähtökohta on iäkkäiden tarpeet. Päivärytmistä ja aterioiden väleistä on keskusteltava yhdessä asiakkaan kanssa.

Kuuntelemalla asiakasta ja yhdessä miettien kuinka ruokailusta voisi saada miellyttävämmän ja ruokahalua herättävän ruokailuhetken. Hoitohenkilökunnan taito perustella ruokailutapojen muutoksia parantavaa myös iäkkään motivaatiota muuttaa ruokatottumuksiaan. (Soini 2009, 200.)

5.3 Ravitsemustilan ongelmien tunnistaminen ja ehkäisy kotona

Ravitsemushoidon tarve on aina yksilöllinen ja siksi onkin tärkeää tunnistaa ravitsemustilan ongelmat kotona mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Painon lasku on usein ensimmäinen asia, johon silmämääräisesti kiinnitetään huomio. Säännöllinen painon seuranta on helppo tapa seurata ravitsemustilaa ja painon muutoksien syy tulee aina selvittää. Punnituksen tulos tulee myös aina kirjata ylös, jolloin on helppo seurata pitemmällä aikavälillä tapahtuneet painon muutokset. (Partanen 2009, 107).

Yksin painon seuranta ei aina riitä vaan on kiinnitettävä myös ravinnon laatuun huomio. Helppointa on kysyä asiakkaalta itseltä hänen päivittäisestä ruokailustaan. Vajaaravitsemusta epäillessä voidaan selvittää tarkemmin tiettyjä ruoka-aineita, kuten hedelmien, makeisten ja alkoholin käyttöä. Tärkeää on myös selvittää, jääkö ruoka usein syömättä. (Partanen 2009, 108).

Vajaaravitsemuksen tunnistamisessa myös ulkoinen olemus voi kertoa huonosta ruokavalion laadusta. Huonosta ruokavaliosta kertovat usein hiusten, ihon ja limakalvojen muutokset. Kehon ulkoinen olemus näyttää kuihtuneelta, jos vähäinen energian ja proteiinin saanti ovat vähentäneet lihas- ja rasvakudosta. Myös mahdollinen silmien painuminen kuoppaa voi kertoa myös vajaaravitsemuksesta. (Partanen 2009, 108).

Seulontamenetelmää miettiessä on tärkeää ajatella, mikä tutkimusmenetelmä käy parhaiten kullekin ikäryhmälle. Seulontamittareita on useita erilaisia, jotka perustuvat tutkimusnäyttöön. Esimerkiksi aikuisten ravitsemustilaa seurattaessa käytetään usein myös NRS- 2000-menetelmä, jonka käyttöä suositellaan pääsääntöisesti sairaaloissa tai hoitolaitoksissa. Tutkimuksessa kiinnitetään päähuomio painoindeksiin ja laihtumiseen viimeisen kolmen kuukauden aikana. MUST-menetelmän seulontakriteereitä ovat painoindeksi, laihtuminen ja akuutin sairauden vaikutus ravintoon. MUST-menetelmän ongelma kuitenkin on, että se helposti tunnistaa liian paljon potilaita, joilla mahdollisesti on vajaaravitsemusriski ja liian vähän niitä potilaita, joilla on kohtalaiset mahdollisuudet sairastua vajaaravitsemukseen. (Nuutinen, Siljämäki-Ojansuu & Peltola 2010.) MNA-testi (Liite 1) on paljon käytetty vanhusten ravitsemustilaa arviotaessa. MNA-testin edut ovat helppokäyttöisyys ja nopea tehdä ja se on kehitetty yli 65-vuotiaille. Testi on validoitu ja sitä käytetään useassa maassa. (Ravitsemussuosituksat ikääntyneille 2010.)

5.4 Iäkkäiden asiakkaiden ravitsemustilan arviointi MNA- menetelmällä

Mini Nutritional Assessment-testi on yksi parhaiten iäkkäiden ravitsemustilaa arvioiva mittari. Mittarin avulla pystytään hyvin ennustamaan iäkkään toiminnanvajeita, kuolleisuutta ja jopa muistihäiriöitä. (Pitkälä, 2013.) Testi sisältää antropometrisia mittauksia, joissa selvitetään tutkittavan ruokavaliota ja yleistä toimintakykyä. Testissä myös tutkittava arvioi omaa terveyttään ja ravitsemustilaansa. (Mursu & Jyrkkä 2013). MNA-testi on kaksisivuinen lomake, joka on jaettu seulonta- ja arviointiosuuteen. Seulontaosiossa on kuusi kysymystä, joiden avulla tarkastellaan ravinnonsaantia, painon muutoksia ja painoindeksiä.

Ensimmäisen osion kuudessa ensimmäisessä kohdassa arvioidaan onko asiakkaalla riskiä aliravitsemukseen. Seulontaosuudessa selvitetään ravinnonsaanti, painonpudotus, liikkuminen, sairaudet ja neuropsykologiset ongelmat. Seuraavaksi lasketaan painoindeksi. (Suominen 2005, 55.) Jos testin mukaan asiakkaalla on aliravitsemusriski, testiä jatketaan arviointiosuuteen.

Arviointiosuudessa keskitytään lääkitykseen, aterioiden lukumäärään, nesteen saantiin ja kuinka paljon testattava tarvitsee apua ruokailussa. Arviointiosuudessa mitataan myös tutkittavan olkavarren ja pohkeen ympäröivät. Mittausten avulla pystytään tarkastelemaan lihaksiston kuntoa. Seulonta ja arviointiosuuden kokonaispistemäärän kertoo tutkittavan ravitsemustilan. Pistemäärän mukaan ravitsemustilan luokitellaan joko hyväksi tai tutkittavalla on kasvanut riski aliravitsemukseen tai tutkittavan katsotaan jo kärsivän virhe- tai aliravitsemuksesta. Testi on nopea ja yksinkertainen tehdä. Testin suorittamiseen on arvioitu menevät vain 5-15 minuuttia riippuen tarvitseeko testiä jatkaa seulontaosuuden jälkeen. (Aro 2008; Guigoz 2006.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyöni tarkoitus on selvittää Joutsan kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila MNA-mittaria käyttäen. Päämääränä on selvittää mahdollisimman kattavasti heidän ravitsemustilansa sekä selvittää saavatko asukkaat riittävästi energiaa ja ravintoaineita ruuastaan ravitsemussuosituksiin verrattuna.

Tavoitteena on saada tietoa kotihoitoon ravitsemushoidon kehittämiseksi sekä lisätä tietoa kotihoidon henkilöstölle ravitsemuksen tärkeydestä ikääntyneen kokonaisvaltaisessa hoidossa. Opinnäytetyöni avulla kotihoidon henkilöstö voi kehittää ravitsemustilan häiriöiden ennalta ehkäisemistä ja tunnistamista. On tärkeä tuoda esille ravitsemustilan seurannan tärkeys kotihoidossa, sillä on mahdollista, että seuranta jää helposti muiden hoitotoimien varjoon. Opinnäytetyön avulla MNA-testi tulee tutuksi henkilöstölle ja samalla säännölliseen käyttöön esimerkiksi uusia palvelusuunnitelmia tehdessä tai palvelusuunnitelmien vuotuisissa tarkastuksissa.

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Aineiston keruu

Tutkimuksessani käytin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aiemmat teoriat ja johtopäätökset, käsitteiden määrittely sekä tutkittavien henkilöiden valinta otantasuunnitelman avulla. Kvantitatiivinen tutkimus laaditaan yleensä taulukkomuotoon sekä aineiston jäsentäminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tilastoja analysoitaessa voidaan tehdä päätelmiä tulosten merkitsevyydestä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa myös tieto on määrällisessä eli numeraalisessa muodossa, joten tämän tutkimusmenetelmän avulla on tutkimuksessani helppo kuvata ja vertailla tutkittavia tietoja ja ominaisuuksia. (Hirsijärvi ym. 2009, 140.) Tutkimuksessani käytin MNA- testilomaketta, jossa oli pisteytetty valmiiksi kysymykset. Tämän avulla oli selkeä vertailla tuloksia ja laatia erilaisia taulukoita tutkimukseeni.

Opinnäytetyö toteutettiin Joutsan kotihoidossa kaikissa viidessä tiimissä yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa selvitettiin MNA-tutkimuksen avulla (Liite 1), joka on kehitetty yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. Tarkoituksena oli selvittää kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila mahdollisimman kattavasti ja luotettavasti.

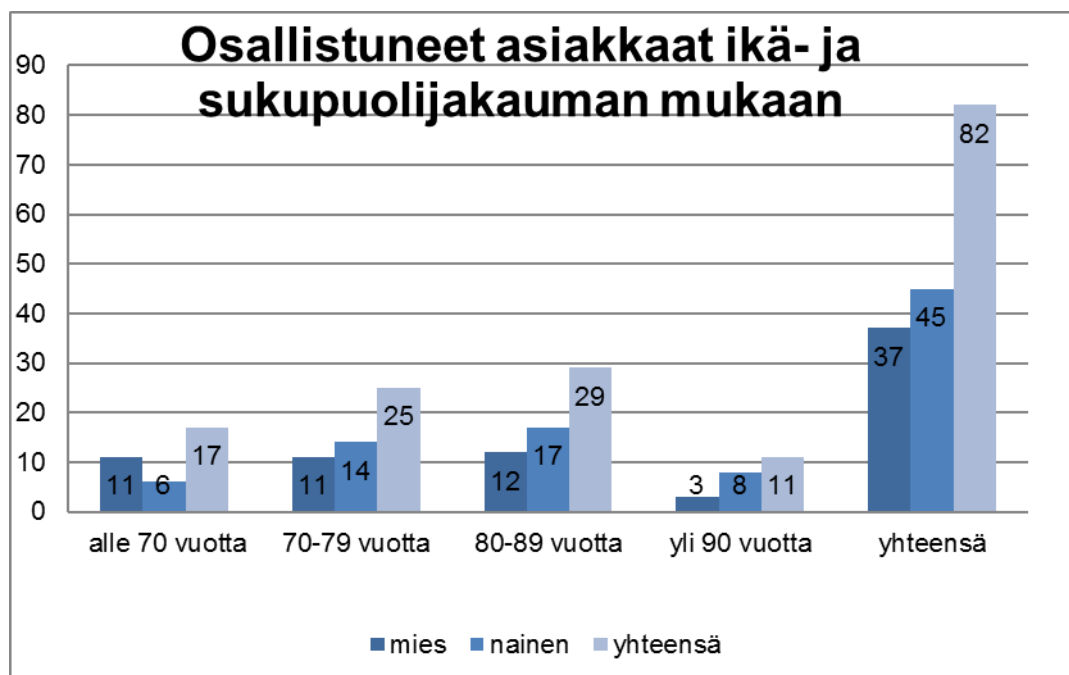
Aineiston keruuseen osallistui 82 asiakasta Joutsan kotihoidosta. Joutsan kotihoidon piirissä oli tutkimusta tehdessä 190 asiakasta, joten osallistumisprosentti oli 43 %. Perussääntönä on, jotta tutkimus olisi mahdollisimman tarkka, olisi otoksen oltava mahdollisimman suuri (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 180). Otos pyrittiin tekemään mahdollisimman kattavaksi ja siksi kotihoidon henkilöstö kokonaisuudessaan osallistui tutkimuksen tekemiseen.

Hakiessani tutkimuslupaa Joutsan kunnalta yhtenä ehtona luvan saamiseen oli, että jokaiselta kotihoidon asiakkaalta pyydettiin henkilökohtainen tutkimuslupa allekirjoituksella (liite 4). Valmiiksi täytetyt MNA-lomakkeet sain kotihoi-

don henkilöstöltä kopioituna ja nimet ja syntymäajat peitettynä. Näin tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa tutkimusta esille ja tutkittavien anonymiteetti pystyttiin suojaamaan.

Tutkimuksen teossa on otettava myös huomioon tutkimuseettiset periaatteet, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä ja näin ollen tutkimusta tehdessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkittavien tulee ymmärtää minkälaiseen tutkimukseen he osallistuvat ja mahdolliset heihin koskevat riskit osallistumisesta tutkimukseen. Hyvä käytäntö on, että tutkimukseen osallistuneilta pyydetään suostumus tutkimukseen eli informed consent. (Hirsijärvi ym. 2009, 23–25.)

Joutsan kotihoidon säännöllisen hoidon piiriin kuului 190 asiakasta, joten apua pyydettiin kotihoidon henkilöstöltä. (Liite 3) Tästä sovittiin kotihoidon ohjaajan kanssa yhteisessä palaverissa. Osan MNA-tutkimuksista tein myös henkilökohtaisesti. Tiimeihin lähetettiin sähköpostia, josta löytyy linkki mistä löytyi MNA-mittarin lomake (Liite 1) sekä ohjeistus (Liite 2) lomakkeen täyttämiseen. Tarvittaessa annoin ohjeistusta myös puhelimitse henkilökohtaisesti kotihoidon henkilökunnalle.



Kuvio 1. Osallistuneiden ikä- ja sukupuolijakauma (n=82)

Osallistuneista asiakkaista 45 (55 %) oli naisia ja 37 (45 %) miehiä. Ikäryhmässä alle 70 vuotta oli 17 eli 21 % osallistujista, 70–79 vuotiaita oli 25 (30 %), 80–89 vuotiaita 29 (35 %) ja 90-vuotiaita ja sitä vanhempia oli 11 eli 14 % osallistujista.

7.2 Aineiston analysointi

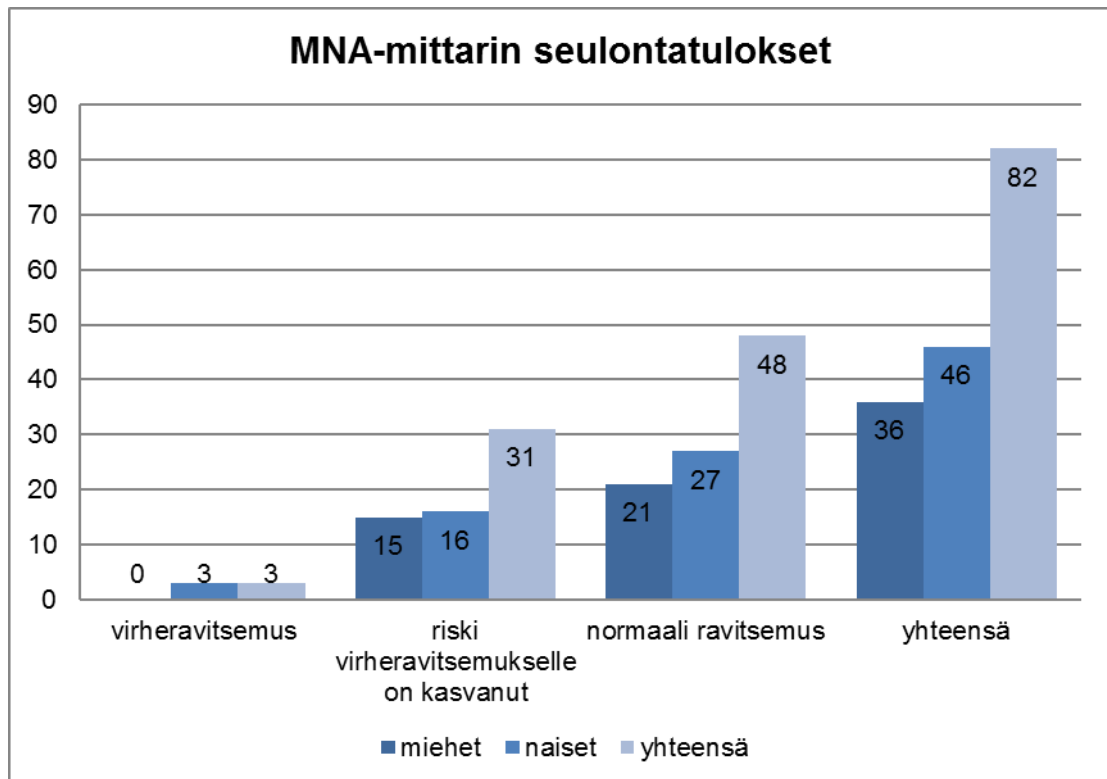
Alkuvaiheessa tutkimusongelma säätelee aina analyysin valintaa. Analysointi on hyvä aloittaa myös mahdollisimman pian tiedonkeruun jälkeen. Analysointia mietittäessä on tärkeää ymmärtää koko tutkimukseen kuuluvat ydinasiat, joihin kuuluu analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Nämä hahmottamalla analysointi etenee halutulla tavalla. Aineiston analysointi päästään aloittamaan vasta esitöiden jälkeen. Esitöihin kuuluu ensin tietojen tarkistus ja täydentäminen, jonka jälkeen päästään järjestelemään aineistoa tallennusta ja analyyseja varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto järjestellään eri muuttujien mukaan. (Hirsijärvi ym. 2009, 221.) MNA-lomakkeiden analysoinnin aloitin tarkistamalle vastauslomakkeet puuttuiko niistä oleellisia tietoja. Lomakkeet olivat huolellisesti täytettyjä ja vain muutamiin lomakkeisiin jouduin pyytämään täydennystä.

Analysoinnissa huomioin potilaiden ikäjakauman, sukupuolen sekä dementoituvan sairauden ja masennuksen osuuden ravitsemustilassa, liikkumisen, BMI:n sekä viimeisen kolmen kuukauden aikana tapahtuneet mahdolliset painon tai ravinnonsaannin muutokset. Analysoinnissa arvioin MNA-lomakkeen seulontaosuudessa kaikki kuusi kohtaa. Näiden avulla sain arvioitua Joutsan kotihoidon asiakkaiden yleisen ravitsemustilan. Taulukoiden avulla pyrin havainnollistamaan tutkimustuloksia.

8 Opinnäytetyön tulokset

Analysoinnissa jaoin Joutsan kotihoidon asiakkaat MNA-testi mukaan hyvän ravitsemustilaan omaaviin, riski virheravitsemukselle kasvanut sekä heihin, jotka kärsivät virhe- ja aliravitsemuksesta. Virheravitsemuksesta kärsi 3 asiakasta, joista kaikki olivat naisia. Prosenteissa heitä oli vain 4 %. Riski virhera-

vitsemukselle oli kasvanut 31 tutkittavista eli 38 %. Heistä 16 (52 %) oli naisia ja 15 (48 %) miehiä. MNA-tutkimuksen mukaan 48 (59 %) oli normaali ravitsemustila, joista naisia oli 27 (56 %) ja miehiä 21 (44 %).

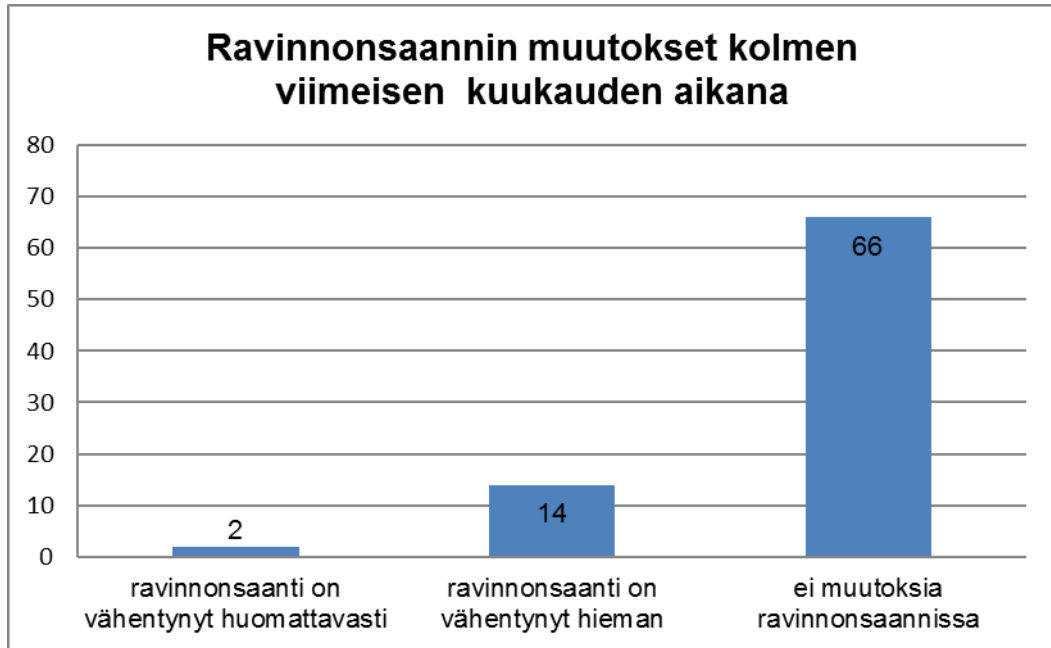


Kuvio 1. MNA-mittarin seulontatulokset (n=82)

MNA- mittarin seulontaosio muodostuu kuudesta eri kohdasta. Kysymyksissä selvitetään tutkittavan ravinnonsaantia, painon pudotusta kolmen viime kuukauden aikana, liikkumista, psyykkistä stressiä kolmen kuukauden aikana, neuropsykologia ongelmia ja tutkittavan painoindeksiä. Jokaisesta kohdasta saa pisteitä 0-3:een. Seulontatulos on yhteenlaskettu pistemäärä, jonka avulla määritellään tutkittavan ravitsemustila.

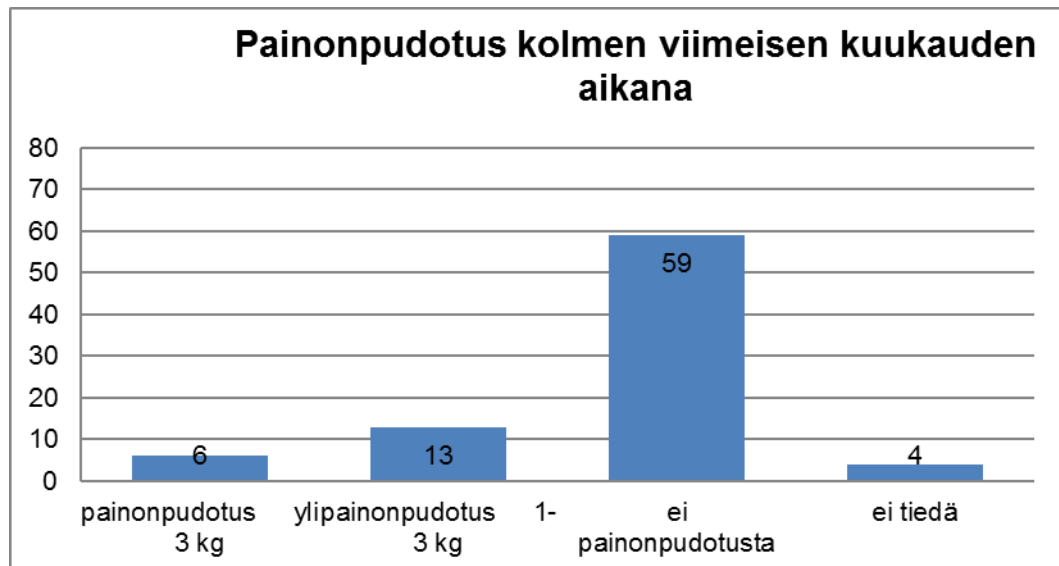
Ensimmäisessä kysymyksessä selvitetään ravinnon saantia viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien puremis – tai nielemisvaikeuksien takia. Suurimmalla osalla vastanneista (80 %) ravinnonsaannissa ei ollut muutoksia. 17 %:lla ravinnonsaanti oli vähentynyt hieman ja huomattavasti vähentynyt ravinnonsaanti oli vain 2 tutkituista eli (n. 2 %).

(Kuvio 3.)



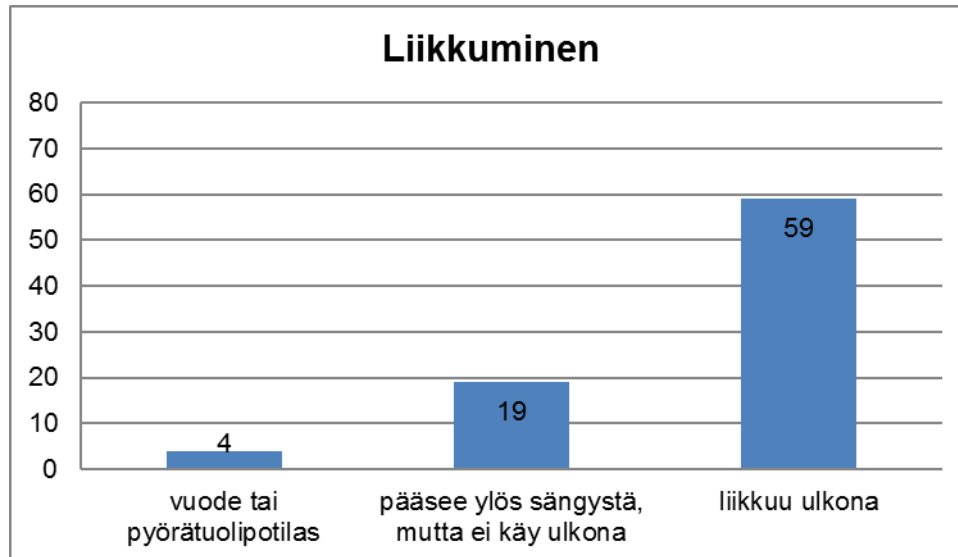
Kuvio 2. Ravinnonsaannin muutokset kolmen viimeisen kuukauden aikana (n=82)

Kuviossa 4 kuvataan painonpudotusta tutkittavilta. 59:llä tutkittavista (72 %) ei ollut paino pudonnut viimeisen kolmen kuukauden aikana. 13:lla (16 %) oli paino pudonnut 1-3 kg ja kuudella (7 %) paino oli pudonnut yli 3 kg. Tutkittavista 4 (5 %) ei tiennyt painomuutoksistaan.



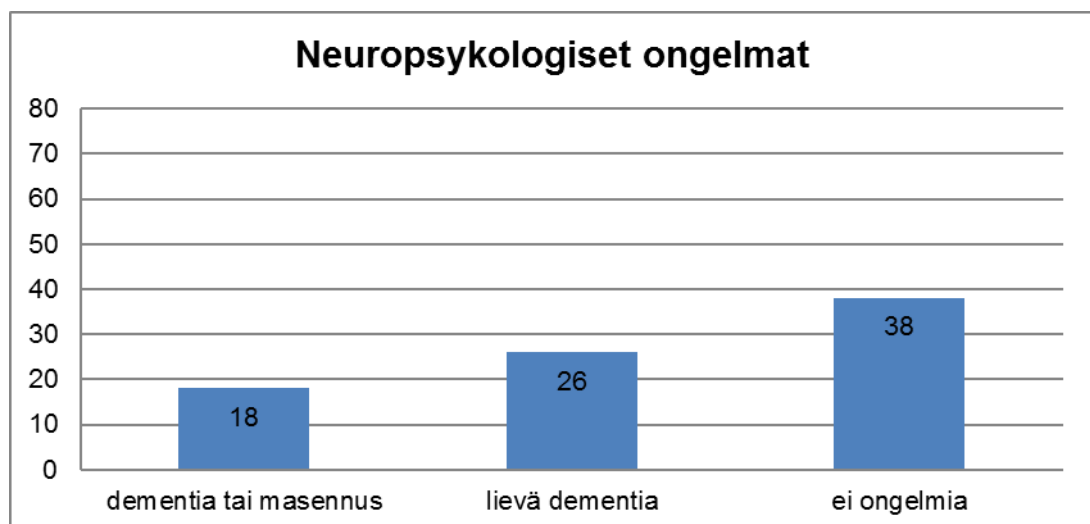
Kuvio 3. Painonmuutokset kolmen viimeisen kuukauden aikana (n=82)

Tutkimukseen osallistuneista suurin osa (72 %) pystyi liikkumaan ulkona ja 23 % osallistujista pääsi sängystä itsenäisesti ylös, mutta ei käynyt ulkona. Vain 4 (5 %) osallistujista olivat vuode- tai pyörätuolipotilaita.



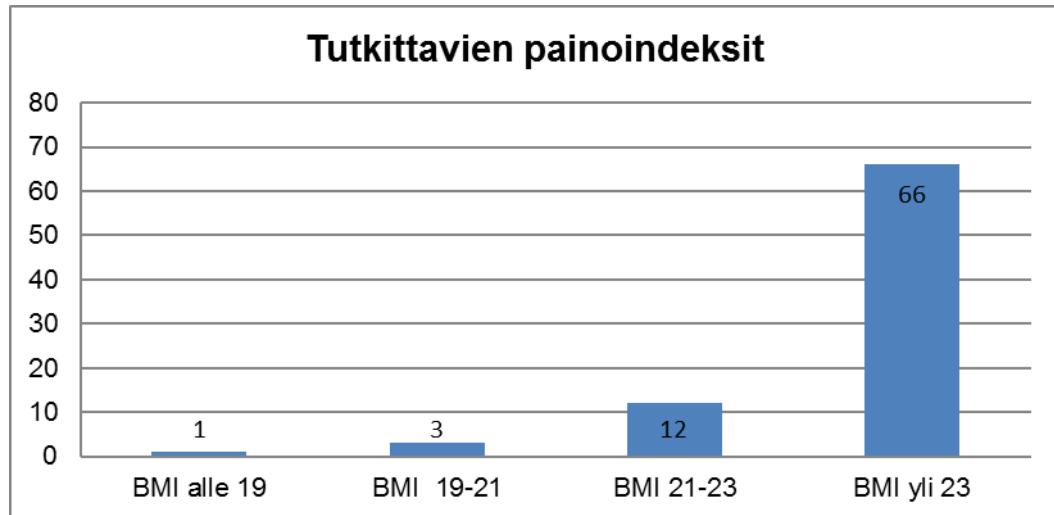
Kuvio 4. Liikkuminen (n=82)

Neuropsykologisia ongelmia tutkittavista oli dementiaa tai masennusta 18 (22 %) Lievää masennusta esiintyi 26 (32 %). Neuropsykologisia ongelmia ei ollut 38 (46 %). Psykkistä stressiä tutkittavilla esiintyi 21 %:lla.



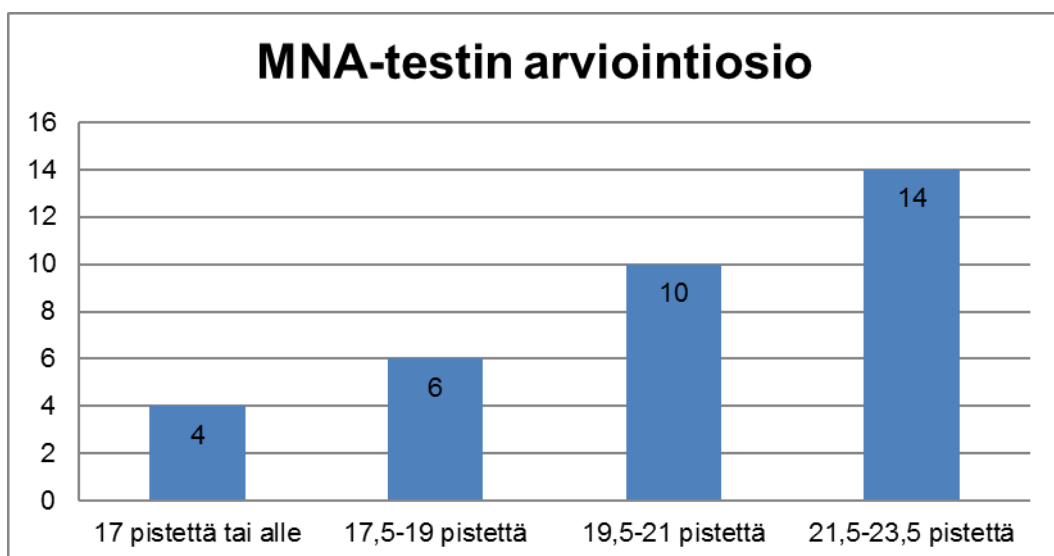
Kuvio 5. Tutkittavien neuropsykologiset ongelmat (n=82)

Osallistuneista 66:n (80 %) painoindeksi oli yli 23. Painoindeksi oli 12:lla (15 %) 21–23 ja kolmella ((4 %) 19–21. Vain yhdellä oli painoindeksi alle 19.



Kuvio 6. Tutkittavien painoindeksit (n=82)

41 % tutkittavista kärsi virheravitsemuksesta tai heillä oli kasvanut riski virheravitsemukselle. Heille tehtiin myös MNA-lomakkeen arviointiosio, jossa kiinnitettiin yksityiskohtaisemmin huomio heidän ravitsemukseen. Osallistuneista 14 (41 %) sai 21,5–23,5 pistettä, 10 (29 %) sai 19,5–21 pistettä ja 6 (18 %) sai 17,5–19 pistettä. 17 pistettä tai alle sai vain 4 tutkittavaa eli 12 %.



Kuvio 7. MNA-testien arviointiosio (n=34)

9 Johtopäätökset ja pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä halusin tarkastella Joutsan kunnassa kotona asuvien säännölliseen kotihoitoon kuuluvien asiakkaiden ravitsemustilaa MNA-mittarin seurantaoision avulla. Soinin (2004) tutkimuksen mukaan puolella kotihoidon asiakkaista oli normaali ravitsemus. Huono ravitsemustila oli noin 7 %:lla. Tähän tutkimukseen verrattuna normaali ravitsemus oli opinnäytetyöhöni verrattavissa Soinin tutkimukseen, mutta huonoa ravitsemustilaa esiintyi hieman vähemmän. Köykän (2006, 32) tutkimuksessa oli tutkittu kotona asuvien ravitsemustilaa MNA-mittauksen avulla ja siinä tutkimustulokset olivat huomattavasti positiivisemmat. Tutkimuksen mukaan 87 %:lla kotona asuvista oli normaali ravitsemustila. Eroavuus johtuu kotihoidon asiakkaiden lisääntyneestä avuntarpeesta verrattuna kotona itsenäisesti asuviin. Vaikka huono ravitsemustila on suhteellisen harvinaista kotona asuvilla iäkkäillä henkilöillä, tulee huono ravitsemustila yleistymään, kun hoidon tarve ja sairaudet lisääntyvät (Ikääntyneiden ravitsemussuositukset 2010, 19).

Ravinnonsaannin muutokset sekä painon pudotus viimeisen kolmen kuukauden aikana tutkittavilla olivat vähäisiä opinnäytetyössäni. Iäkkäillä kotona asuvilla henkilöillä muutokset ravinnonsaannissa voivat muuttua nopeasti ja siksi asiaan tulisi heti kiinnittää huomio. Pienikin painonlasku yhdessä virheravitsemuksen riskin kanssa on aina iäkkäälle henkilölle myös terveystarve. (Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, H. & Pitkälä, K. 2012.)

Joutsan kotihoidon asiakkaista yli 70 % pystyi liikkumaan ulkona ja vain 4 heistä oli vuode- tai pyörätuolipotilas. Liikkuminen on tärkeä toimintakyvyn ylläpitäjä ja ravinnonsaannissa on huomioitava, että liikkuminen lisää myös energian tarvetta. (Suominen ym. 2013, 23–24.) Psykkistä stressiä oli ollut kolmen viimeisen kuukauden aikana 21 %:lla, mikä on hieman alhaisempi kuin Köykän (2006, 34) tutkimuksen mukaan, missä psyykkistä stressiä oli ollut 27 %:lla.

Neuropsykologisista ongelmista masennusta tai depressiota esiintyi 22 %:lla ja lievää masennusta oli 32 %:lla. Ruususen väitöskirjan (2013) mukaan ruo-

kavaliolla on merkitystä masennuksessa. Väitöskirjan mukaan masentuneilla yleensä oli yksipuolisempi ja epäterveellisempi ruokavalio. Tutkimus oli tehty koko väestöä ajatellen. Tutkittavilla painoindeksi oli hyvä 80 %:lla. Iäkkäille henkilöille suositellaan painoindeksiä 24–29 kg/m². Painoindeksin laskiessa iäkkäiden sairastavuuden riski kasvaa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 30.) Köykän (2006) tutkimuksen mukaan aliravitsemuksen havaitsemista iäkkäillä henkilöillä vaikeuttaa se, että myös ylipainoiset voivat kärsiä aliravitsemuksesta. Ulospäin he näyttävät terveiltä, mutta heiltä voi puuttua tärkeitä ravintoaineita.

Kyseessä olevan opinnäytetyön seulontaosuudessa tutkittavista sai 11 pistettä tai sitä vähemmän 34 eli 42 %. Heillä arviointia jatkettiin arviointiosuuteen, jossa kysyttiin vielä ruokavaliosta, tutkittavan yleistilasta sekä heidän oma arvio ravitsemustilastaan ja terveydestään. Maksimipistemäärä oli 30 ja mitä vähemmän tutkittava sai pisteitä, sitä suurempi riski hänellä oli sairastua virheravitsemukseen. Opinnäytetyöni osoitti, että 16 (20 %) tutkimukseen osallistujista oli lähellä normaalin ravitsemuksen rajaa saaden 22–23 pistettä.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimustuloksia on aina käsiteltävä kriittisesti. Tutkimuksissa tulee aina minimoida virheet ja siksi tulee tarkastella tutkimuksen luotettavuutta. Erityisesti kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin luotettavuus on tärkeää. On tärkeää, että mittari mittaa haluttua asiaa. (Hirsijärvi ym., 2009, 231.) Käyttämäni MNA-testi on määritelty luotettavaksi mittariksi. Testi on validoitu ja sitä on käytetty vanhusten ravitsemustilan arviointiin liittyvissä tutkimuksissa yli 35 000 vanhuksella. (Guigoz 2006.) Myös aikaisemmissa suomalaisissa tutkimuksissa on käytetty MNA- mittaria ravitsemustilan arvioinnissa (Suominen ym. 2013, 50).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös otoksen luotettavuudella. Koska harvoin on mahdollisuutta tutkia kaikkia tutkimukseen liittyviä henkilöitä, on mietittävä kuinka valitaan tutkimukseen osallistujat, jotta tutkimus olisi mahdollisimman luotettava. (Hirsijärvi ym. 2009, 179–180.) Opinnäytetyössäni on käytetty satunnaisotantaa. Kotihoidon henkilöstö valitsi tutkimukseen osallistu-

jat. Siihen osallistui 82 kotihoidon asiakasta joka on 43 %:a kaikista kotihoidon asiakkaista. Otoksen suuruuteen vaikutti varmasti suhteellisen lyhyt vastausaika ja ajankohta. Joutsan kotihoidossa on meneillään kunnan säästöistä johtuvat lomautukset ja sijaisten mahdollisimman vähäinen käyttö. Haastattelujeni perusteella henkilöstön minimimitoituksella oli selkeä vaikutus otoksen suuruuteen. Suhteellisen pienellä otoksella on merkitys tutkimukseni luotettavuuteen.

Opinnäytetyöni eettisyyttä halusin korostaa tutkimukseen osallistuneiden anonyymiteetillä. Pienen otoksen vuoksi halusin varmistaa, ettei kenenkään henkilöllisyys tulisi missään vaiheessa esille. Kuvioita laatiessani tämä oli otettava huomioon, jotta sarakkeisiin ei tulisi vain yksi asiakas.

9.3 Jatkotutkimushaasteita

Viime vuosina on alettu kiinnittämään huomiota iäkkäiden henkilöiden ravitsemukseen. Kuitenkin suomalaisia tutkimuksia on tehty melko vähän aiheeseen liittyen. Esimerkiksi Terhi Köykan tutkimus (2006) on tehty kotona asuvien henkilöiden ravitsemustilasta. Tämä tutkimus ei ole täysi vertailukelpoinen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa vertailtaessa, koska ravitsemustila yleensä heikkenee avuntarpeen lisääntymisen myötä (Suominen ym. 2012). Erityisesti hoitohenkilöstön olisi kiinnitettävä huomio iäkkäiden ravitsemushoittoon, sillä pelkästään painon seuranta ei ole riittävä keino iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksen seurannassa. Hoitohenkilöstön on tärkeä muistaa, että myös ylipainoinen vanhus voi kärsiä virheravitsemuksesta. MNA-testi on erityisesti suunnattu iäkkäille henkilöille, joten sen luotettavuus on hyvä. Testi on myös helppo ja nopea toteuttaa. (Pitkälä 2013.) Ravitsemushoidon kulmakiviä on säännöllinen ravitsemustilan seuranta. Kotihoidossa voidaan tehdä ravitsemustilan seuranta säännölliseksi. Esimerkiksi tehtäessä uudelle asiakkaalle hoito- ja palvelusopimusta tai sitä tarkistettaessa, liitettäisiin siihen aina myös MNA- mittarilla tehty ravitsemustilan arviointi.

Koska virhe- tai vajaaravitsemus on aina riski asiakkaan terveydelle, jatko- haasteena olisi hyvä pitää kotihoidon asiakkaille myös ruokapäiväkirjaa. Ruokapäiväkirjassa selvitettäisiin esimerkiksi kolmen päivän ajan, mitä asiakas

todella syö päivän aikana. Suomisen ym. (2013) mukaan ruokapäiväkirjan pito iäkkäiden henkilöiden ravitsemusta arvioitaessa on hyvä, mutta haasteellinen menetelmä. Ruokapäiväkirjassa selvitetään mitä asiakas todella syö ja kuinka paljon. Kotona asuvien henkilöiden todellisen syömisen määrää on usein vaikea tietää, koska heillä on mahdollisuus jättää ruoka syömättä muiden sitä tietämättä.

Jatkotutkimuksia ajatellen myös omaisten osuus on tärkeä ravitsemushoidossa. Yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa heillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa omaisensa ravitsemukseen. Ystävillä ja ateriapalvelulla on myös tärkeä tehtävä asiakkaan ravitsemushoidossa. Erityisesti sairaalasta kotiutuminen on riski iäkkään ravitsemukselle. Silloin erilaisia tukimuotoja usein tarvitaan. Sairaus helposti huonontaa ruokahaluja ja vie voimia. Ravitsemushoidolla on silloin erityinen merkitys. Myös kotona tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ravitsemushoidon järjestämisessä. Ravitsemushoidon suunnittelussa tulisi ainakin olla hoitajia, ruokapalveluhenkilökuntaa ravitsemussuunnittelija tai – terapeutti. (Erytisruokavaliot opas 2009, 198–199.) Pienissä kunnissa ei ole mahdollisuutta aina omaan ravitsemussuunnittelijaan tai – terapeuttiin, mutta siellä pitäisi olla ainakin mahdollisuus ostaa heidän palvelujaan.

Tutkimus- ja kehittämistyön tarkoitus on antaa aineksia ajattelulle ja herättää kiinnostusta tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen tarkoitus on myös auttaa ymmärtämään uusia asioita. Nykypäivänä jatkuvat muutokset vaativat perusteltuja näkökantoja, joita tutkimusten avulla voidaan antaa. (Hirsijärvi ym. 2009, 20.) Toivon, että opinnäytetyöni herättää mielenkiintoa ravitsemusasioita kohtaan entisestään ja kiinnitetään entistä tehokkaammin huomiota tähän tärkeään asiaan. Köykan (2006, 3) tutkimuksen mukaan hyvä ravitsemustila ja sen tukeminen mahdollistaa iäkkään henkilön kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Jatkotutkimushaasteista tärkeimpänä pidän kuitenkin sitä, että selvitetään aina mistä alentunut ravitsemustila johtuu ja pyritään hoitamaan niitä syitä, jotka ovat heikentyneen ravitsemustilan aiheuttaneet.

Lähteet

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY.

Aira, M. 2008. Iäkkäät ja alkoholi teoksessa Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Toim. S. Hartikainen ja E. Lönnroos. Helsinki: Edita.

Aldén-Nieminen, H., Raulio, S., Männistö, S., Laitalainen, E., Suominen, M. & Prättälä, R. 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi – Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 7/2009. Helsinki: Yliopistopaino.

Aro, A. 2008. Ikäihmisen aliravitsemus on yleistä. Diabetes ja lääkäri 5/2008, 7. Viitattu 9.8.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Medic.

Aro, A. 2009. D-vitamiinin niukkuus yhteydessä sydän- ja verisuonitautiriskiin. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009;125(3):237-8. Terveysportti/lääkärin tietokannat. Viitattu 21.2.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Terveysportti.

Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille. 2009. Ravitsemusterapeuttinen yhdistys ry. 7. uud. painos. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Guigoz, Y. 2006. Nutritional assessment (MNA) review of the literature – what does it tell us? The Journal of Nutrition, Health & Aging. Volume 10, Number 6, 2006. Viitattu 16.2.2014. <http://www.mna-elderly.com/publications/341.pdf>

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10 uud. painos. Helsinki: WSOYpro.

Hirsijärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Hämeenlinna :Kariston kirjapaino.

Hujala N, 2009. Suojaravintoaineet teoksessa Ravitsemus hoitotyössä. Toim. S. Arffman, R. Partanen, H. Peltonen ja L. Sinisalo. Helsinki: Edita Prima.

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY.

Johansson, L. 2013. Foodwork and meals in everyday life among persons with dementia and their partners. School of Health Sciences, Jönköping University. Dissertation series no. 45, 2013. Viitattu 16.2.2014. <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:621673/FULLTEXT01.pdf>

Kaurijoki, S. 2013. Ravitsemussuunnittelija. Ruokapalvelu Caterina. Luento Ravitsemussuosituksat päivittyvät 1.10.2013.

Kivelä, S-L 2008. Lääkkeet ja ikääntyminen. Teoksessa Gerontologia. 2. uud. painos. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. Keuruu: Otava.

Koskinen, S., Peña, S., Lundqvist, A., Mäkinen, T. & Aromaa, A. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 68/2012. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Tampere: Suomen Yliopistopaino.

Köykkä, T. 2006. Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi - MNA-mittarin (Mini Nutritional Assessment) käyttö. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laisi, M. 2007. Yksilöllisen toimintakykyä tukevan liikuntaohjelman yhteys MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemustilaan vanhainkotiasukkailla. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, gerontologia ja kananterveys. Viitattu 24.3.2013.
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8355/URN_NBN_fi_jyu-2007949.pdf?sequence=1

Mursu, J. & Jyrkkä, J. 2013. Hyvä ravitsemus tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Lääketietoa Fimeasta 2, 23.

Nuutinen, O.; Peltola, T.; Siljamäki-Ojansuu, U. 2010. Vajaaravitsemuksen riskin seulonta. Katsaus, Suomen lääkärilehti 44/2010 vsk 65: 3605.

Nuutinen, O., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Siljamäki-Ojansuu, U., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoitosuositus. Ravitsemusneuvottelulautakunta. Viitattu 19.3.2013.
<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Ravitsemushoitosuositus.pdf>

Paakkari, J. 2014. USA: D-vitamiinin suositusannos ikääntyneille 100 mikrog/vrk. Lääketietokannat/toimitus. Viitattu 21.4.2014.
<http://www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Terveysportti>.

Partanen, R. 2009. Paino, pituus ja painoindeksi. Teoksessa Ravitsemus hoitotyössä. Toim. S. Arffman, R. Partanen, H. Peltonen ja L. Sinisalo. Helsinki: Edita Prima.

Pitkälä, K. 2013. Ravitsemustilan selvittäminen osaksi vanhusten kokonaisvaltaista arviointia. Lääkärilehti 36/2013 vsk 68. Viitattu 4.10.2013.
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/cgicug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039818>

Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S. & Strömberg t. 2005. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 2005 51-52. Viitattu 16.10.2013.
<Http://www.jamk.fi/kirjasto, Nelli-portaali, Medic>.

Pohjoismaiset ravitsemussuositukset 2013. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 16.10.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=34351

Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki. Edita Prima Oy.

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

Ruusunen, A. 2013. Diet and depression – An epidemiological study (Ruokavalio ja masennus – epidemiologinen tutkimus). Väitöskirja, Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta

Räihä, I. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Teoksessa Ravitsemustiede. Toim. A. Aro, M. Mutanen ja M. Uusitupa. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Sinisalo, L. 2009. Ikääntyvät ja vanhukset teoksessa Ravitsemus hoitotyössä. Toim. S. Arffman, R. Partanen, H. Peltonen ja L. Sinisalo. Helsinki: Edita Prima.

Soini, H. 2004. Nutrition in patients receiving home care. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja D Osa 639. Turku: Painosalama.

Soini, H. 2009. Ikääntyneen hyvä ravitsemus. Teoksessa Gerontologin hoitotyö. Toim. P. Voutilainen ja P. Tiikkainen. Helsinki: WSOY.

Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen A. & Uutela A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveystilanteen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993-2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 1/2006. Helsinki: Edita Prima.

Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2. korjattu painos. Helsinki: Edita Prima

Suominen, L., Vehkalahti, M. & Knuutila, M. 2012. Suunterveys. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti 68/2012. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Tampere: Suomen Yliopistopaino.

Suominen, M. 2005. Ravitsemus vanhusten toimintakyvyn ylläpitäjänä - loppuraportti. Vanhustyön keskusliiton raportti 2/2005. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

Suominen M. 2006. Ikäihmisen ravitsemusopas. Turun yliopiston täydennyskoulutuksen julkaisuja. 5. painos. Kaarina: Paino-Kaarina.

Suominen, M. 2008a. Ikääntyneiden ravitsemus ja erityisruokavaliot – opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 7. uud. painos. Vammala: Vammalan Kirjapaino.

Suominen, M. 2008b. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa Gerontologia 2. uud. painos. Toim. E. Heikkinen ja T. Rantanen. Keuruu: Otava.

Suominen, M., Puranen, T & Jyväkorpi, S. 2013. Ravitseminen muistisairaankodissa. Loppuraportti. Helsinki: Trinket.

Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandberg, H. & Pitkälä, K. 2012. Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012:49 170-179. Viitattu 21.2.2014. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/7065/5608>

Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. 2013 Tilastoraportti. 17/2013. Viitattu 21.2.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon_laskenta

Tiainen, A-M. 2009. Ravinnon ja lääkkeiden vuorovaikutus. Teoksessa Ravitseminen hoitotyössä. Ravitseminen hoitotyössä. Toim. S. Arffman, R. Partanen, H. Peltonen ja L. Sinisalo. Helsinki: Edita Prima.

Tuovinen, A. & Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Toim. S. Hartikainen ja E. Lönnroos. Helsinki: Edita.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L., 2006. Vanhusten hoito. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Liitteet

Liite 1. MNA-lomake



Mini Nutritional Assessment MNA®

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

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

Seulonta		J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)	
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"/>	0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria	<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"/>	K Sisältääkö ruokavalio vähintään	
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>	• yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, pilmä, villi) päivässä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>	• kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>	• lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <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"/>	0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastaus 1.0 = jos 3 kyllä-vastaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (välisumma maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annokela hedelmiä tai kasvikala 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
12 pistettä tai enemmän: riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa		M Päivittäinen nesteen juonti (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"/>
11 pistettä tai vähemmän: riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia		N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
Arviointi		O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
G Asuuko haastateltava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>	P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muuhin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>	Q Olkavarren keeslikohdan 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"/>
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<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"/>
		Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Ravitsemustilan arviointiasteikko	
		17-23,5 pistettä <input type="checkbox"/> riski virheravitsemukselle kasvanut	
		alle 17 pistettä <input type="checkbox"/> kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta	

Ref. Velaz B, Velaz H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2008; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harter JO, Siva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M395-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2008; 10: 466-487.
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com - sivuilta.

Liite 2. MNA-lomakkeen ohjeistus

MNA on tutkimuksissa validoitu mittari, eikä sen kysymyksiä saa muuttaa. Tätä ohjeistusta voi sen sijaan muokata käyttäjien tarpeiden mukaan helposti ymmärrettäväksi.

Tavoite:

MNA –testiä voidaan käyttää yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- tai aliravitsemusriskin määrittämiseksi. Käyttäjäoppaan avulla opit täyttämään lomakkeen tarkasti ja yhdenmukaisesti. Ohjeessa käydään läpi jokainen MNA –testin kysymys ja siinä kuvaillaan myös pisteiden laskemista.

MNA-testi eli Mini Nutritional Assessment:

MNA –testi suo yksinkertaisen ja nopean keinon tunnistaa iäkkäät henkilöt, jotka kärsivät ali- tai virheravitsemuksesta tai joilla on lisääntynyt riski virhe- tai aliravitsemukselle. MNA –testi voidaan suorittaa avohoidossa tai hoitolaitoksessa.

Seulonta

1. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruoansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia?

Onko asukas/asiakas syönyt viimeisen kolmen kuukauden aikana vähemmän kuin normaalisti? Johtuuko se ruokahaluttomuudesta, puremis- tai nielemisongelmista? Jos vastaus on myönteinen, kysy onko hän syönyt huomattavasti vähemmän vai vain hiukan vähemmän kuin ennen?

2. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

Laske painonpudotus aiemmin mitatusta painosta. Mikäli painoa ei ole mitattu, käytä lomakkeesta vaihtoehtoa ”ei tiedä”

3. Liikkuminen

Onko asukkaalla/asiakkaalla liikuntarajoituksia? Jos on, kuinka suuria rajoitukset ovat. Voiko hän liikkua rajoituksetta ilman apuvälineitä tai apuvälineiden kanssa. Voiko hän siirtyä itse sängystä pyörätuoliin ja päinvastoin? Pystyykö hän liikkumaan ulkona ilman apuvälineitä tai niiden kanssa? Jotta vanhus voi testissä saada 2 pistettä, hänen on kyettävä liikkumaan ulkona joko ilman apuvälineitä tai niiden kanssa.

4. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus

Psyykkisellä stressillä tarkoitetaan sellaisia tapahtumia, jotka johtavat vanhuksella huomattaviin seurauksiin yksilötasolla. Esimerkiksi omaisen menetys, muutto vanhainkotiin jne.. Akuutilla sairaudella tarkoitetaan tässä sairautta, joka on vaatinut lääkärissä käyntiä tai sairaalahoitoa. Se voi olla myös krooninen sairaus, joka on huonontunut niin että on tarvittu lääkäreitä.

5. Neuropsykologiset ongelmat

Asukkaan/asiakkaan potilasasiakirjoista tarkistetaan maininta dementiasta tai depressiosta. Jos asiakirjoista ei löydy mainittuja diagnooseja, mutta hoitajien mielestä tutkittavan muisti on heikentynyt tai hän on masentunut, annetaan 1 piste (lievä dementia, depressio yms.)

6. Painoindeksi eli BMI (= paino/ (pituus)² = kg/m²)

Paino ja pituus kirjataan kyselylomakkeen alkuun niille varattuun kohtaan.

BMI arvioidaan jakamalla paino (kiloissa) pituuden neliöllä (metreissä).

Käytä apuna BMI-taulukkoa. BMI = paino (kg)

pituus (m²)

Pituuden mittaus:

1. Pituus selvitetään luotettavasti aiemmista tiedoista, potilaalta itseltään tai omaiselta, esim. tiedossa oleva passiin / sotilaspassiin kirjattu pituus, tai

2. Mitataan pituusmitalla pystyasennossa, ellei potilas ole voimakkaasti kumara, tai

3. Mitataan potilaan maata tasaisella vuoteella selällään mahdollisimman suorassa tai

4. Mitataan puolikas demispan pituus ja käytetään muuntotaulukkoa pituuden saamiseksi. Puolikas demispan mitataan keskisormen ja nimettömän tyvestä rintalastan keskikohtaan.

5. Muuntotaulukko:

Naiset: Pituus senttimetreissä = (1,35 x puolikas demispan senttimetreissä) + 60,1

Miehet: Pituus senttimetreissä = (1,40 x puolikas demispan senttimetreissä) + 57,8

Kun seulontaosan kysymyksiin on vastattu, laske pisteet yhteen.

JATKA MNA-LOMAKKEEN ”ARVIOINTIOSAAN”.

ARVIOINTI

7. *Asuuko haastateltava kotona?*

Palvelutalossa, vanhainkodissa ja pitkäaikaisosastolla asuvan kohdalla vastataan tähän kysymykseen ”ei”.

8. *Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin 3 reseptilääkettä*

Kyseeeseen tulevat lääkärin määräämät lääkkeet, jotka asukas ottaa säännöllisesti, ei siis tarvittaessa otettavat lääkkeet.

9. *Painehaavaumia tai muita haavoja iholla?*

Kysy haavaumista asukkaalta. Painehaavan eri asteita ovat ehjällä iholla oleva punoitus, joka ei häviä asennonmuutoksessa, rakkula tai halkeama epiteelikudoksessa, koko ihon paksuuden käsittävä haava. Huomioon otetaan myös säärihaavat sekä muut ihorikot.

10. *Syökö vanhus päivittäin lämpimiä/täysipainoisia aterioita*

Täysipainoiseksi ateriaksi määritellään aamiainen/aamupala, lounas ja päivällinen. Tärkeää on, että ateriat koostuvat eri ruoka-aineista, joista saadaan monipuolisesti ravintoaineita.

Täysipainoisessa ateriasa on sekä perunaa/riisiä/pastaa että lihaa/kanaa/kalaa ja kasviksia (vihanneksia/juureksia). Aamiaisella tai iltapalalla vaihtoehtoisesti voi olla puuroa/velliä/viiliä sekä voileipää leikkeleen/juuston kera ja hedelmää/marjoja/täysmehua/kasviksia.

Pisteissä otetaan huomioon, jos asukas syö vain osan ateriaan kuuluvista ruoka-annoksista, vaikka ne tarjotaan hänelle.

11. *Sisältääkö ruokavalio joka päivä vähintään*

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, piimä, juusto, viili, jogurtti).

- kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruoissa, esim. laatikoissa)

- lihaa, kalaa, kanaa tai kalkkunaa päivittäin

Kysymyksillä saadaan kuva vanhuksen proteiinin saannista.

Yksi annos maitoa/viiliä/jogurttia/piimää = 2 dl

Yksi annos juustoa = 2-3 ohutta viipaletta

Yksi annos kananmunaa = 1 kpl

12. *Syökö asukas päivittäin kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia?*

Annos kasviksia on esimerkiksi

* yksi keskikokoinen hedelmä (omena, appelsiini, mandariini, päärynä, banaani, persikka, nektariini tms. hedelmä)

* 2 dl marjoja

* lasillinen täysmehua (1,25 dl)

* kupillinen kasviksia (peruna ei kuulu tähän ryhmään)

13. *Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)*

Kysy asukkaalta, montako kupillista teetä tai kahvia hän juo tavallisesti päivän aikana ja montako lasillista/mukillista vettä tai maitoa/piimää tai marjamehujä hän juo päivittäin.

Kaksi pientä kahvikupillista tai yksi teemukillinen vastaa noin yhtä lasillista.

Kahvikuppi vetää noin 110 ml ja teemuki 220 ml ja lasillinen 170 ml.

14. *Voiko asukas syödä itse vai tarvitseeko hän apua ruokailussa?*

Jos asukas tarvitsee vain vähän apua ruokailussa, tarkoittaa se esim. sitä, että hänellä on vaikeuksia käsitellä lautasella olevaa ruokaa tai hänen on vaikeaa saada ruokaa suuhun lautaselta tai hänellä on puremis- tai nielemisvaikeuksia, mutta selviää apuvälineillä, kun saa ruokailulla hitaasti.

15. *Asukkaan oma näkemys ravitsemustilastaan*

Asiaa voidaan kysyä vanhukselta, jos hän ei ole muistihäiriöinen. Mikäli asiaa ei kysytä vanhukselta, valitse kohta ”ei tiedä”.

16. *Asukkaan oma näkemys terveydentilastaan verrattuna muihin samanikäisiin.*

Kysy asukkaalta itseltään asiaa. Mikäli asiaa ei kysytä asukkaalta, valitse kohta ”ei tiedä”.

17. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)

Olkavarren keskikohdan ympärysmitta tulee mitata senttimetreissä (cm). Mittaus tehdään siitä kädestä, joka ei ole dominoiva (siis oikeakätisellä vasemmasta kädestä). Olkavarren keskikohta mitataan koukistetusta kädestä. Keskikohdasta mitataan ympärysmitta, kun käsi roikkuu vapaasti sivulla.

18. Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)

Pohkeen ympärysmitta (PYM) tulee mitata senttimetreissä. Ikääntynyt voi istua tai seistä siten, että paino on molemmilla jaloilla. Pohkeen ympärysmitta mitataan pohkeen paksuimmasta kohdalta paljaana olevasta jalasta. On hyvä mitata vielä hieman ylemmästä ja alemmasta kohdasta, jotta voi varmistua, että mittaustulos on pohkeen paksuimmasta kohdasta.

Liite 3. Saatekirje kotihoidon henkilöstölle

Leivonmäki 7.1.2014

Hei kotihoidon työntekijät!

Opiskelen työn ohessa Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja opiskeluni ovat pikku hiljaa edenneet siihen pisteeseen, että olen aloitellut opinnäytetyötäni. Opinnäytetyön aiheeni on Iäkkäiden asiakkaiden ravitsemustila Joutsan kotihoidossa. Ravitsemustilaa arvioitaessa tärkeä työväline on MNA-testi. *MNA-testin* avulla voidaan nopeasti ja yksinkertaisesti testata ikäihmisen ravitsemustila ja tunnistaa ne ikäihmiset, joilla on riski ali – tai vajaaravitsemukseen. Joutsan kotihoidossa on 190 asiakasta, joten tarvitsisin teidän apua, jotta opinnäytetyöni olisi mahdollisimman kattava. Toivoisin, että voisitte tehdä **omista asiakkaistanne** MNA-testin tammikuun aikana. Testi on nopea tehdä, eikä sen tekemiseen mielestäni veisi kovinkaan paljon työajastanne.

MNA-lomake sekä ohjeet lomakkeen täyttämisestä löytyvät tämän linkin oikeasta reunasta.

http://www.ravitsemuskotona.fi/ravitsemuksen_arviointi/

Täytetyt lomakkeet voisitte kerätä tiimeissänne samaan kirjekuoreen ja toimittaa minulle. Analysointini jälkeen palautan lomakkeet takaisin tiimeihinne.

Tarvittaessa voin vastata kysymyksiinne ja auttaa niiden täytössä, jos tehtävä tuntuu ylivoimaiselta.

Etukäteen kiittäen suuresta vaivannäöstänne!!!!!!

sh-opiskelija

Riitta Ahonen, Leivonmäen kotihoidon tiimistä

puh. xx

s-posti: xx

Liite 4. Tutkimuslupa tutkimukseen osallistuneille

Leivonmäellä 7.1.2014

Hei!

Olen opiskellut sairaanhoitajaksi noin kaksi vuotta työn ohessa ja nyt opinnäytetyö on tullut ajankohtaiseksi. Opinnäytetyöni aiheeksi olen valinnut ikäihmisten ravitsemuksen. Ravitsemus on tärkeä asia toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja näin ollen hyvän ravitsemuksen avulla on mahdollista pärjätä kotona omin avuin mahdollisimman pitkään.

Haluaisin selvittää Joutsan kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa MNA-lomakkeen avulla ja toivoisin, että voisitte osallistua tutkimukseeni. Tutkimuksessani henkilötiedot eivät tule missään vaiheessa esille vaan tarkastelen asiakkaiden ravitsemustilaa ikäryhmien ja sukupuolen välityksellä.

Kiittäen jo etukäteen

Riitta Ahonen, sairaanhoitajaopiskelija

Suostun osallistumaan tutkimukseen allekirjoittamalla suostumuksen.

paikka ja aika

allekirjoitus ja nimen selvennys