

Marjut Riikonen

# KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI

Vanhustyön koulutusohjelma

2016



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

## KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTIA

Riikonen, Marjut  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Vanhustyön koulutusohjelma  
Syyskuu, 2016  
Ohjaaja: Kankaanranta, Päivi  
Sivumäärä:26  
Liitteitä:4

Asiasanat: ikääntynyt, ravitseminen, kotihoito

---

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Mini Nutritional Assessment (MNA)- mittarin tuloksien perusteella kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen tilaa ja haastattelun perusteella selvittää, millaisia ongelmia heillä on ravitsemuksen toteuttamisessa.

Opinnäytetyöni on työelämää kehittävä ja yhtenä tavoitteena on saada kotihoidon hoitajien säännölliseen käyttöön MNA-mittari. MNA on validoitu mittari ja se on kehitetty ikääntyneiden (yli 65-vuotiaiden) henkilöiden virhe- tai aliravitsemusriskin määrittämiseksi. Ikääntyneiden ravitsemuksen seurannassa on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat ikääntyneiden ravitsemuksen heikkenemisen ja osaavat puuttua siihen.

Tutkimukseen osallistui 19 kotihoidon asiakasta. MNA-mittarin tuloksien perusteella kotihoidon asiakkaista 58 %:lla oli normaali ravitsemustila ja 42 %:lla oli riski virheravitsemukselle kasvanut, MNA-testiä jatkettiin silloin arviointiosaan. Arviointiosaan osallistuneista kahdeksalla kotihoidon asiakkaasta oli riski virheravitsemukseen ja yhdellä oli aliravitseminen. Haastattelun perusteella kahdeksalla kotihoidon asiakkaalla on kotiin toimitettava ateriapalvelu ja loppuilla päivittäisen ateriasaannin hoitavat omaiset tai valmisaterioita tuotiin kaupasta. Päivittäisten aterioiden valmistukseen ja aterioiden esille laittoon apua tarvitsi yli puolet tutkittavista. Aterioiden esille laittamiseen apua tarvitsi tutkimukseen osallistuvista kotihoidon asiakkaista kymmenen ja yhdeksän pystyi siihen itsenäisesti.

Tutkimuksen tulosten perusteella lähes puolella tutkittavista kotihoidon asiakkaista oli hyvä ravitsemustila ja vastaavasti toisella puolella oli ongelmia ravitsemuksen kanssa. Kotona asuvan ikääntyneen ravitsemusongelmiin on kiinnitettävä huomiota jo aikaisessa vaiheessa. Tarjotaan useita pieniä aterioita päivässä, lisätään ruuan energiatihyettä, välipaloja aterioiden välissä ja huomioidaan aamu- ja iltapalojen tärkeys.

# EVALUATION OF THE HOME CARE CUSTOMERS' NUTRITIONAL STATUS

Riikonen, Marjut

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Elderly care

Syyskuu, 2016

Supervisor: Kankaanranta, Päivi

Number of page: 26

Appendices: 4

Key words: elderly, nutrition, home care

---

The goal of the study was to find out home care customers nutrition status with Mini Nutritional Assessment indicator and based on interviews to find out the nutrition problems in their daily life.

Thesis enhances the profession of elderly care and one goal is to get the MNA-indicator into daily use in home care. MNA is a validated indicator and it was developed to determine the risk of malnutrition or false nutrition of elderly (over 65 years) people. When monitoring the nutrition status of the elderly, it is important that the professionals recognize possible deterioration in the nutrition and react to it correctly.

19 customers of the home care participated in the survey. According to the results given by the MNA-indicator, 58% of the home care customers had normal nutritional status and 42% had an increased risk of malnutrition. The MNA-test was then extended to the evaluation phase. According to the interview, eight customers of the home care, who took part in the evaluation part have a meal service delivered to their home. The rest had their meals taken care of by their relatives or ready meals delivered to them. Over half of the interviewees needed assistance with the preparation and setting of their daily meals. Ten of the interviewees needed help with setting their meals and nine could do it independently.

Based on the results of the survey, almost half of the surveyed home care customers had good nutritional status, whereas the other half had problems with their nutrition. For the elderly people still living at home, attention to nutritional problems must be paid at an early stage. This can be done by serving several meals per day, increasing the energy density of the food, serving snacks in between meals and by taking into account the importance of breakfast and evening snack.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS .....	6
2.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset .....	6
2.2 Ikääntyneen toimintakyky ja ravitseminen.....	7
2.3 Ikääntyneen ravitsemuksen erityiskysymykset .....	8
3 KOTIHOIDON ASIAKAS JA RAVITSEMUSTILA .....	10
3.1 Kotihoidon asiakas .....	10
3.2 Tutkimuksia ikääntyneiden ravitsemustilasta .....	10
3.3 Kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoito .....	12
4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	13
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	14
5.1 MNA-mittari .....	14
5.2 Tutkimusmenetelmät.....	15
5.3 Tutkimuksen aineiston keruu ja analysointi.....	16
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	17
6.1 Tutkimukseen osallistuvien taustatiedot .....	17
6.2 Tulokset MNA-mittari seulontaosion perusteella .....	18
6.2.1 Tulokset MNA-mittarin arviointiosion perusteella.....	19
6.3 Tulokset haastattelun perusteella .....	21
7 POHDINTA .....	22
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	25
8.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti .....	25
8.2 Tutkimuksen eettisyys.....	26
LÄHTEET.....	28
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Elämänkaaren kaikissa vaiheissa terveyden ja hyvinvoinnin edellytys on hyvä ravitsemustila. Iäkkäiden osuus väestöstä on kasvanut ja kasvaa edelleenkin. Iän ja sairauksien myötä ravinnonsaanti ja ravitsemustila usein heikkenevät. Ikääntyneen terveyteen on ravinnolla huomattava vaikutus. Hyvä ravitsemus parantaa pidempään kotona asumisen mahdollisuutta, ehkäisee sairauksia ja niistä toipumista sekä parantaa ikääntyneen elämänlaatua. Kotihoidon asiakkaana on lähes neljännes yli 75-vuotiaasta väestöstä. He saavat tarvitsemansa palvelut kotiin ja tarvitsevat apua usein myös kaupassa käymisessä, ruoan valmistuksessa ja ruokailuissa. Kotona asuvia, apua lähes kaikissa perustoiminnoissa tarvitsevia on yhä enemmän. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010,23.)

Valtakunnallisten linjausten mukaan ikääntyneen väestön terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi on laadittava suunnitelma, jossa painotetaan kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Vanhuspalvelulaki ohjaa kuntia tukemaan ikääntyneiden kotona asumista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 28.12.2012/980)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa MNA-mittarilla arvioituna ja haastattelulla valmiiksi laadittujen kysymyksien avulla. Tutkimuksen avulla halutaan saada kotihoidon hoitajien säännölliseen käyttöön ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemustilan seurannan mittari ja sen avulla tietoa heidän ravitsemuksestaan ja siitä millaisia ongelmia ikääntyneillä on ravitsemuksen toteuttamisessa. Tuloksien perusteella voidaan ennaltaehkäistä ja parantaa kotihoidon ikääntyneiden ravitsemustilaa. Ikääntyneen ravitsemuksella on suuri merkitys ja vaikuttavuus ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn, jotka ovat ensisijaisia asioita, jotta ikääntynyt pystyisi asumaan kotona mahdollisimman pitkään.

## 2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

### 2.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset

Ikääntyneiden ravitsemussuositukset ikääntyneille ovat ensimmäiset valtakunnalliset ravitsemussuositukset, jotka keskittyvät ikääntyneiden ravitsemukseen. Palvelujärjestelmän toiminnan tavoitteisiin olisi sisällytettävä ikääntyneiden ravitsemustilan seuranta. Ravitsemuspalvelut ikääntyneille olisi oltava helposti saavutettavia, laadukkaita ja edullisia. Tavoitteena olisi, että sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset tunnistavat ikääntyneiden ravitsemustilan heikkenemisen ja toteuttavat ravitsemushoidon osana ikääntyneiden hyvää hoitoa. (Valtio ravitsemussuositukset 2010,5.) Neljännes yli 75-vuotiaasta väestöstä on kotihoidon piirissä. Kotihoidon asiakkaat ovat riippuvaisia avusta ruoan hankinnassa, valmistuksessa, ruokailuajankohdissa ja usein myös ruokailussa. Iäkkään omaisen kanssa tai yksin asuvia perustoiminnoissa apua tarvitsevia on yhä enemmän. Iäkkäiden virheravitsemusriski kasvaa, jos apua tarvitsee ruuanlaittoon ja kaupassakäyntiin. Tärkeä osa elämänhallintaa olisi itsenäinen ruokahuolto. Moni iäkkäistä kotihoidon asiakkaista on virheravitsemusriskissä ja osa jo virheravittujakin. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010,22–23.)

Iäkkään ravinnonsaannin vähenemiseen ja ravitsemuksen huononemiseen vaikuttaa nälän tunteen sekä haju- ja makuaistin heikkeneminen. Iäkkäiden yleisimpiä ravitsemuksellisia ongelmia ovat liian vähäinen proteiinin ja energian saanti, joka johtaa laihtumiseen ja lihaskatoon. Vanhuksen aterioissa energiamäärä saattaa olla riittävä, mutta ruoka on yksipuolista ja riittämätön ravintoainesisällöltään. Kyse on silloin virheravitsemuksesta, kun suojaravintoaineiden, kivennäisaineiden ja vitamiinien saanti heikkenee ja niiden saanti jää liian vähäiseksi. (Jyrkkä & Mursu 2013.)

## 2.2 Ikääntyneen toimintakyky ja ravitsemus

Suomen väestöstä iäkkäiden osuus kasvaa tulevaisuudessa nopeasti ja väestön vanhentuuessa myös toimintarajoitteisia henkilöitä on yhä enemmän. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen ja ylläpitäminen on jatkossa entistä tärkeämpää. Vanhuspalveluilla on tarkoitus tukea ikääntyneen toimintakykyä, terveyttä, hyvinvointia ja itsenäistä suoriutumiskykyä ja sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksella, jolla turvataan hyvä ikääntyminen ja palvelut, on tarkoitus tukea vanhuspalvelulakia ja tavoitteena on parantaa iäkkäiden henkilöiden asemaa yhteiskunnassamme. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2016.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ikääntyneen toimintakyvyllä tarkoitetaan tavallisesti päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Vanhuksen toimintakykyä voidaan tarkastella psyykkisestä, sosiaalisesta ja fyysisestä näkökulmasta. Toimintakyky on vanhusten hoidon ja vanhenemisen tärkein mittari, koska sairaudet ja vanhenemismuutokset näkyvät juuri toimintakyvyn huononemisessa. Ikääntymismuutosten ja sairauksien lisäksi, toimintakyky vaihtelee myös sen mukaan, miten ihminen pitää sitä yllä erilaisilla harjoituksilla ja toiminnoilla. Itsenäisen toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää ja arvokasta, koska se usein merkitsee vanhuksella arkirutiineista selviytymistä. Ongelmat päivittäisten toimintojen selviytymisissä, johtuvat useimmiten heikentyneestä toimintakyvystä. (Vallejo ym. 2006, 57–58.)

Ikääntyneen terveyteen ja toimintakykyyn on kiinteästi yhteydessä ravitsemustila ja ravinnonsaanti. Sairauksien ja lisääntyneen avuntarpeen vuoksi vanhuksen ravitsemustila saattaa heiketä. Ruokavaliassa on liian vähän proteiineja, ravintoaineita ja vanhus usein myös laihtuu. Laihtuminen kiihdyttää lihasvoiman heikkenemistä, lihaskatoa ja haurastumista. Toimintakyvyn säilymisen tukena yksilöllinen ravitsemushoito, painonvaihteluiden ehkäisy ja lihaskunnon ylläpito on keskeisiä asioita ikääntyneen ihmisen hyvän ravitsemuksen tavoitteita. (Suominen ym. 2012, 170.)

### 2.3 Ikääntyneen ravitsemuksen erityiskysymykset

Iäkkäiden hyvällä ravitsemustilalla on vaikutusta myös lääkeshoidon onnistumiseen. Fysiologiset muutokset ja sairaudet, jotka liittyvät ikääntymiseen, voivat muuttaa ravintoaineiden ja lääkkeiden vaikutusta elimistössä. Huono ravitsemustila heikentää iäkkään yleistä vointia, vaikuttaa lääkkeiden turvallisuuteen ja tehoon, lisää uusien sairauksien syntyä ja edelleen lisää lääkeshoidon tarvetta. Monisairaiden iäkkäiden kohdalla lääkeshoidon toteutusta ja lääkkeiden valintaa olisi mietittävä myös ravitsemuksen kannalta. Myös ruuansulatuselimistöön kohdistuvat lääkkeiden haittavaikutukset saattavat vaikuttaa iäkkään ravitsemustilaan. Ravintoaineiden ja lääkkeiden väliset yhteisvaikutukset tunnetaan yhä puutteellisesti. Iäkkäiden kanssa työskentelevien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten olisikin tärkeää tunnistaa iäkkäiden tavallisimmat ravitsemukselliset ongelmat, niiden vaikutukset onnistuneeseen lääkeshoidon toteutumiseen ja lääkkeet joiden käyttöön liittyy merkittäviä yhteisvaikutuksia ravintoaineiden kanssa. (Jyrkkä ym.2013.)

Jos ikääntyneen ravitsemustila on hyvä, ruokavalio on monipuolinen ja lääke on käytössä vain lyhytaikaisesti, vaikutus ravitsemustilaan on yleensä vähäinen. Läkeshoidon epädullisten ravitsemusvaikutusten riski kasvaa, jos lääke on pitkään käytössä, ikääntynyt on ravitsemusriskissä ja monilääkitty. (Mursu & Jyrkkä, 2013.)

Ikääntyneelle tarve erityisruokavaliosta voi johtua eri syistä. Erityisruokavaliion tarve on tarkastettava säännöllisesti ja mitään ruokavaliiorajoitteita ei saa noudattaa turhaan. Ikääntyneen erityisruokavaliio on koostettava vastaamaan monipuolista peruseruokavaliota, jotta proteiinin, energian ja muiden ravintoaineiden saanti pystytään turvaamaan. Useimmille iäkkäille sopii parhaiten peruseruokavaliio, joka myös toimii suunnittelussa muiden ruokavalioiden perustana. Ravitsemushoito on keskeinen kohonneen verenpaineen, veren rasvahäiriöiden, lihavuuden ja diabeteksen hoitomuoto. Näiden sairauksien ravitsemushoitoon sopii peruseruokavaliio. Myös kihti- ja sappikivi-sairauksista sekä veren hyytymisenestohoitoa saavat iäkkäät hyötyvät peruseruokavaliosta. Sitä sovelletaan tarvittaessa iäkkään yksilöllisen tilanteen tai sairauden mukaisesti ja ruokavaliosta poistetaan tarvittaessa ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat oireita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010,83–84.)



Yksi elämän perusnautinnoista on ruokailu ja vanhemmiten sen merkitys vain korostuu. Makuelämykset tuovat ikääntyneelle mielihyvän tunteita. Yleisterveyden kannalta terveellinen ruokavalio on myös suulle ja hampaille terveellistä. Pureskeleminen on tärkeää suun lihaksille ja syljen eritykselle. Ikääntyessä syljen erityis vähenee tai sairauksista ja lääkkeistä johtuen, sitä ei ole ollenkaan. Silloin hampaiden reikiintymisen riski kasvaa. Suun päivittäinen hoito on tärkeää ja hyvä tapa lopettaa ateria, on juoda lasillinen vettä. Vanhuksen kyky omatoimiseen suun ja hampaiden puhdistamiseen tulee aina selvittää, koska ikääntyminen saattaa tuoda muutoksia motoriikkaan. (Päivärinta & Haverinen 2002,86.)

Ravinnonsaantiin vaikuttaa suun terveydentila, ikenien ja hampaiden kunto sekä kyky pureskella ruokaa. Kun suussa on kokoproteesi, hampaiden pureskeluvoima on pienempi kuin omien hampaiden. Epäsopiva proteesi vaikeuttaa syömistä, ikenet voivat tulla kipeiksi ja aristaviksi. Kipeä suu vaikeuttaa syömistä ja vähentää syödyn ruuan määrää. Ruoan sopiva rakenne helpottaa syömistä, mutta liian helposti pureskeltavaa ruokaa on vältettävä. Ruuan pureskelu aktivoi sylkirauhasten toimintaa ja syljeneritys lisääntyy. Tuoreiden hedelmien ja kasvien syömiseen tarvitaan hyvässä kunnossa olevat hampaat ja suu. Ravitsemuksen ja hyvän yleisterveyden kannalta suun ja hampaiden hyvä hygienia on tärkeää. Suun päivittäinen puhdistaminen ylläpitää suun terveyttä. (Ikääntyneen ravitsemussuositukset 2010,45–46.)

## 3 KOTIHOIDON ASIAKAS JA RAVITSEMUSTILA

### 3.1 Kotihoidon asiakas

Kotihoidon palveluilla tarkoitetaan kansanterveyslain tarkoittamaa kotisairaanhoidoa ja sosiaalihuoltolain mukaista kotipalvelua. Kotihoidon asiakas on yleensä yli 70-vuotias henkilö, jolla on selvästi alentunut toimintakyky ja sairauksiensa myötä tarvitse apua kotona selviytyäkseen. Asiakkaaksi tullaan kotihoidon arviokäynnin kautta, jolloin kartoitetaan yksilöllinen järjestely hoidon toteuttamisessa. Jokaiselle asiakkaalle laaditaan kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa kirjataan hoidon tavoitteet ja auttamismenetelmät. Kotihoidon asiakkaana avun tarpeita on yleensä ravitsemuksesta, hygieniasta ja liikkumisesta huolehtiminen. Tavallisesti kotihoidon asiakas tarvitsee apua myös lääkehoidon toteuttamisessa. (Porin kaupungin www-sivut 2016.) Kotihoidon asiakkaat ovat entistä huonokuntoisimpia, koska valtakunnallisen linjauksen mukaan iäkkäiden hoito painottuu kotihoitoon ja laitospaikkoja on vähennetty. Kotihoidon palveluiden lainsäädännöstä vastaa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli marraskuussa 2015 73 278. Kotihoidon palveluja tarvitsevien määrä on noussut edellisestä vuodesta prosenttia ja asiakkaista oli 75 vuotta täyttäneitä 56 507. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut, 2016.)

### 3.2 Tutkimuksia ikääntyneiden ravitsemustilasta

Itä-Suomen yliopiston tutkimuksessa vuosina 2013–2014 selvitettiin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa ja siihen liittyviä tekijöitä. Tutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä kotihoidon asiakkaista lähes 86 % oli aliravittuja tai aliravitsemusriskissä olevia. Huonoon ravitsemukseen suurin riski oli ikääntyneillä, joilla oli suuri lääkemäärä käytössään, masennusoireita tai alentunut kognitio. Kotihoidon

asiakkaat ovat aiempaa huonokuntoisempia, koska iäkkäiden hoito on suunnattu ja painotettu kotihoitoon. Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilaan ei ole kiinnitetty huomiota, vaikka huonon ravitsemustilan tiedetään hidastavan sairauksista toipumista, altistaa riskiä joutua sairaalahoitoon ja pidentää sairaalajaksoja. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemusongelmien ratkaiseminen vaatisi yhteistyötä kotihoidon henkilöstön, ateriapalveluiden tuottajien ja ravitsemusterapeutin kanssa. Vanhuksien ruokien olisi oltava ravintosisällöltään ja maultaan hyviä, koska vain syöty ruoka ratkaisee. (Kaipainen ym. 2015.)

Suomisen tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa ja siihen osallistui 630 iäkästä kotihoidon asiakasta. Tutkimuksen mukaan yli kymmenesosalla tutkituista oli vajaaravitseminen, BMI alle 21 ja vakavassa riskissä BMI 21–23,9 oli 16 %. Tutkituista 40 %:lla painoindeksi oli suositeltava 24–29,9. Viimeisen kolmen kuukauden aikana painonlaskua oli 8 %:lla kotihoidon asiakkaista, painoa ei ollut mitattu 11 %:lla. Ateriapalvelu oli käytössä noin puolella tutkituista ja täydennysravintovalmisteita käytti noin 5 %. Vajaaravitsemusriskiä lisäsivät tutkimuksen mukaan heikentynyt yleiskunto, vähäinen syöminen, muistisairaudet, nielemisvaikeudet ja sosemainen ruoka. (Suominen, 2011.)

Soinin tutkimus käsitteli kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemusta. Tutkimuksessa ilmeni, että lähes puolella tutkittavista oli hyvä ravitseminen, mutta vastaavasti toisella puolella oli ongelmia ravitsemustilan ylläpitämisessä. Virheravitsemusriskissä olivat erityisesti iäkkäät, jotka tarvitsivat apua ruuan hankinnassa ja valmistuksessa. Riskiä lisäsivät sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen. Soinin tutkimuksen mukaan, ennaltaehkäisy ravitsemusongelmissa on tärkeää, koska ikääntyneen ravitsemustilan korjaaminen on vaikeaa. Ravitsemustilaan vaikuttavat monet asiat, liikunta, lääkitys, mieliala ja sairaudet. Vanhuksen hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen vaatii koko elämäntilanteen kartoitusta. Kotiateriapalvelu tukee ruokavaliota, mutta se on siitä vain yksi osa. Ravitsemustilaan tutkimuksen mukaan vaikuttaa myös puremis- ja nielemisongelmat ja ne lisäävät virheravitsemusriskiä. Suun terveydentilan ongelmat olivat yleisiä useimmilla tutkimukseen osallistuneilla. Ravitsemustilan huononemisesta kertoo tahaton painon lasku, huono ruokahalu ja syödyn ruuan määrän vähentyminen. Mini Nutritional Assessment (MNA) -mittari on iäkkäiden ravitsemustilan seurantaan suunniteltu ja sen käyttö on suositeltavaa vanhusten ravitsemustilan seu-

rannassa. Sen avulla tunnistetaan vajaaravitsemusriskissä ja huonossa ravitsemustilassa olevat vanhukset. (Soini, 2004.)

Suomen muistiasiantuntijoiden nelivuotisessa hankkeessa 2009–2012 tutkittiin kotona asuvien muistisairaiden ravitsemusta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotona asuvien muistisairaiden ja heidän puolisoidensa ravitsemustilaa, ravinnonsaantia ja niihin liittyviä tekijöitä. Hankkeeseen otettiin mukaan pariskuntia, joissa muistisairasta läheistä hoitaa oma puoliso. Tutkittavat jaettiin interventoryhmään, johon kuului 50 tutkittavaa ja kontrolliryhmään kuului 49 tutkittavaa. Interventoryhmässä tutkittavat saivat yksilöllistä ravitsemusneuvontaa vuoden ja vertailuryhmä ryhmä sai ikääntyneen ravitsemusoppaan. Tutkittavista 44 % virheravitsemuksen riski oli kasvanut ja 16 % heidän hoitajistaan oli virheravitsemuksen riski kasvanut. Muistisairailta miehillä ravinnonsaanti oli hyvä tai kohtuullinen, muistisairailta naisilla ravintoaineiden määrä jäi vähäiseksi miehen toimiessa hoitajana. Tutkimuksen tulokset osoittivat kotona asuvien ikääntyneiden yksilöllisyyden ja he kokivat ravitsemushoidon todella tärkeäksi ja tarpeelliseksi. (Suominen ym. 2012.)

### 3.3 Kotihoidon asiakkaiden ravitsemushoito

Suomessa ikääntyneiden lukumäärän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä ja heille tarkoitettujen palvelujen tarve tulee kasvamaan. Iäkkäiden aterioinneista ja siihen liittyvistä mahdollisista ongelmista olisi tärkeää saada tietoa, jotta ravitsemusta osattaisiin kehittää iäkkäiden kotona pärjäämisen ja omatoimisuuden tukemiseksi. Kotihoidossa olevien asiakkaiden kotiaterioiden määrää on vaikeaa arvioida, koska palvelutarjoajia ovat yksityiset - ja kunnalliset palvelukeskukset, vanhain- ja päiväkodit sekä ruokapalveluyritykset. Ikääntyneelle saattaa tulla kotiateria vain joinain päivinä, kaikki eivät ota aterialaajaa joka päivä. Näin arvioiden kotiaterian piirissä on noin 26 000 ikääntynyttä ja heistä päivittäin saa aterian 10 000. Ikääntyneiden päivittäisessä ravinnonsaannissa kotiateriapalveluiden merkitys on tärkeä. Iäkkäälle nämä ateriat ovat tärkeä osa elämänlaatua ja omatoimisuuden tukemista.

Säännöllisellä aterioinnilla turvataan hyvä ravitsemus ja ateriat rytmittävät päivää. (Alden-Nieminen ym, 2009.)

Kotona asuvan ikääntyneen ruokailussa kotona on otettava huomioon seuraavia asioita. Suunnitellaan yksilöllisesti päivittäinen ruokailu ja sen avulla turvataan vanhuksen riittävä ravinnonsaanti, otetaan käyttöön tarvittaessa kotihoidon tukipalveluina järjestettävä kauppapalvelu ja ateriapalvelu. Kerran kuukaudessa ikääntyneen punnitus ja sen avulla painonlasku huomataan ajoissa. Ikääntyneen sairastuessa, huolehditaan riittävästä ravinnonsaannista ja otetaan käyttöön tehostettu ruokavalio. Kartoitetaan ikääntyneen avun tarve ruokailun järjestämisessä ja huomioidaan psykososiaaliset tekijät, jotta ruoka maistuisi paremmin. Huolehditaan suun terveydestä ja tarvittaessa avustetaan suun ja hampaiden puhdistuksesta. Ikääntyneen ruokavalioon lisätään koko vuoden ajan D-vitamiinilisä. Ravitsemushoidon toteutukseen ja suunnitteluun on hyvä osallistua ikääntyneen lisäksi myös omaiset, jotta toteutus onnistuisi paremmin. (Ikääntyneiden ravitsemussuosituksien 2010, 22–23.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa yhden kotihoito alueen asiakkaiden ravitsemustilaa MNA-mittarilla arvioituna ja haastattelulla valmiiksi laadittujen kysymyksien avulla. Tutkimuksen avulla halutaan saada kotihoidon hoitajien säännölliseen käyttöön ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemustilan seurannan mittarin ja sen avulla tietoa kotihoidon asiakkaiden ravitsemuksen tilasta ja millaisia ongelmia heillä on ravitsemuksen toteuttamisessa.

Tutkimusongelmat:

1. Millainen on kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila MNA-mittarin tuloksien perusteella?
2. Millaisia ongelmia vanhuksilla on ravitsemuksen toteuttamisessa haastattelun perusteella?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa. Kohderyhmänä oli kotihoidon asiakkaita. Keräsin aineiston käyttämällä ravitsemustilan arviointiin tarkoitettua MNA-mittaria ja haastattelun tein valmiiksi laadituilla kysymyksillä. (Liite 3.) Aloitin opinnäytetyön tammikuussa 2016 ja tutkimusluvan hain Porin vanhuspalveluiden johtajalta Pirjo Rehulalta.

### 5.1 MNA-mittari

Mini Nutritional assesment (MNA) on tutkimuksissa useassa maassa validoitu mittari, joka on tarkoitettu yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- tai aliravitsemusriskin määrittelyä varten. MNA-mittarin avulla saatujen tuloksien perusteella, ikääntyneet jaetaan kolmeen eri ravitsemustilaan, virhe- tai aliravitsemuksesta kärsiviin, virheravitsemusriskissä oleviin ja niihin, joilla on normaali ravitsemustila. Ne ikääntyneet henkilöt, joilla on ravitsemusongelmia, on mahdollista löytää MNA-mittarin avulla riittävän varhaisessa vaiheessa. Testissä on kaksi osaa: seulonta ja arviointi. Seulontaosiossa on kuusi kysymystä ja jos niistä saa 11 tai vähemmän, jatketaan testin loppuun asti. Arviointiosassa on 12 kysymystä. Seulontaosuuden ja arviointiosuuden kokonaispistemäärän perusteella saadaan ravitsemustilan kokonaispistemäärä, jonka

mukaan ikääntyneiden ravitsemustila on normaali, riski virheravitsemukselle kasvanut tai aliravittu. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010,31.)

## 5.2 Tutkimusmenetelmät

Tässä opinnäytetyössä käytettiin MNA-mittarin tulosten analysointiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää ja haastatteluosuuden analysointiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmä avulla selvitetään prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Aineiston keruu tapahtuu yleensä valmiiksi laadituilla kysymyslomakkeilla, jossa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2014,7-8.) Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa on johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aineiston keruu, joka on sopivaa numeeriseen, määrälliseen mittaamiseen, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon ja päätelmien teko havaintoaineiston perusteella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014,139–140.) Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin mikä, missä, paljonko ja kuinka usein. Ilmiötä kuvataan numeerisen tiedon pohjalta ja selvitetään asioissa tapahtuvia muutoksia. (Heikkilä 2014,7-8.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus rajoittuu yleensä pieneen tutkittavien joukkoon ja lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti tutkimaan kohdetta. Tyypillisiä aineistokeruumenetelmiä on henkilökohtaiset ja ryhmähaastattelut, osallistuva havainnointi ja valmiit aineistot. (Heikkilä 2014,6-8.) Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä suosia ihmistä tiedon keruun lähteenä, aineisto kootaan todellisissa, luonnollisissa tilanteissa, valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti ja käsitellään tapauksia ainutlaatuisina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014,160–164.)

Triangulaatio on laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävä tekijä. Triangulaatioissa ei voi sitoutua vain yhteen näkökulmaan ja siitä erotetaan neljä päätyyppiä, tutkimusaineistoon liittyvä, tutkijaan liittyvä, teoriaan liittyvä ja metodinen triangulaatio. (Tuomi 2007,153.)

### 5.3 Tutkimuksen aineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyöhön liittyvä aineisto kerättiin kotihoidon asiakkailta kotikäyntien yhteydessä. Tutkimuksesta kerrottiin ikääntyneille asiakkaille ja heille annettiin tutkimuksesta kertova saatekirje luettavaksi tai vaihtoehtoisesti se luettiin heille. (Liite 1) Samalla pyydettiin kirjallisen suostumus tutkimuksen tekemiseen. (Liite 2) Asiakkaille tehtiin kotikäynnillä MNA-testi ja heitä haastateltiin valmiiksi laadituilla kysymyksillä. Mikäli paino ja pituus eivät olleet luotettavasti asiakkaan tiedossa tai potilastiedoissa, niin ne mittaukset tehtiin tutkimukseen osallistuvilta asiakkailta. MNA-testin jälkeen tutkittavat vastasivat seitsemään lisäkysymykseen. Lisäkysymyksiä tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden aterioiden ja kaupastoksien saaminen ja kuka ne hoitavat. Kysymyksiä avulla haluttiin myös tutkia millaisia ongelmia he kokivat päivittäisten aterioiden saamisessa.

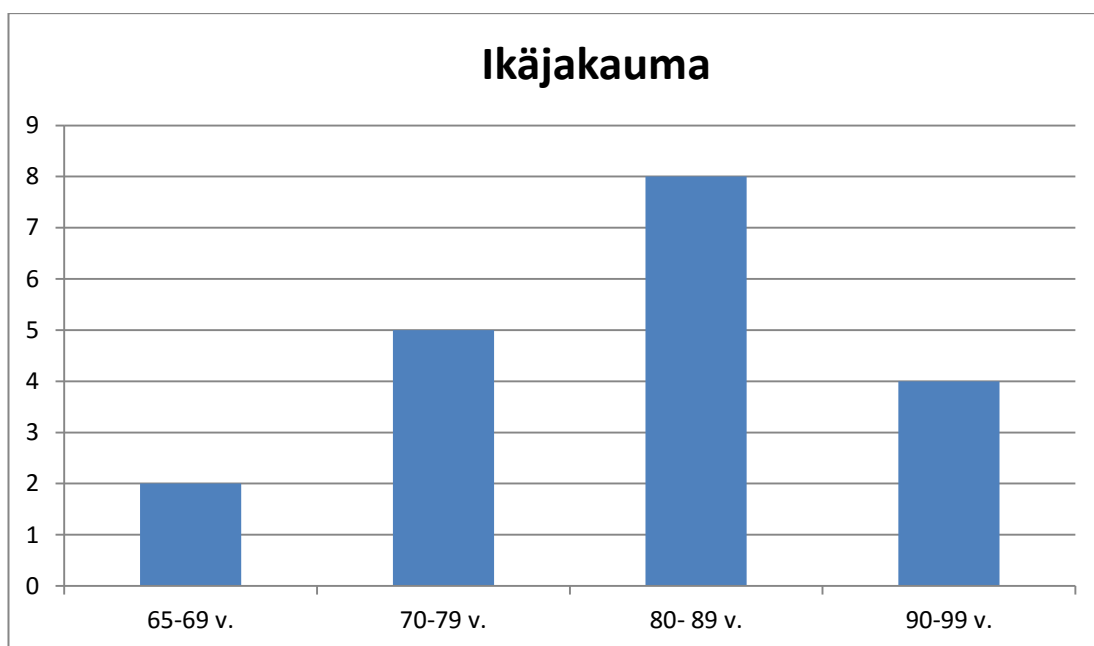
Kyseisellä kotihoidon alueella asiakkaita oli tutkimuksen tekemisen aikana 34. MNA-testi ja haastattelu tehtiin kotikäynnillä 19:sta kotihoidon asiakkaalle. Opinnäytetyössä käytettiin MNA-mittarilla saatujen tulosten analysointiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineistoa käsiteltiin Tixel-ohjelman avulla. Haastattelun avulla saadut vastaukset analysoitiin kvalitatiivisesti eli laadullisesti. Haastatteluaineiston analyysiä suoritettiin lukemalla kaikki vastaukset muutama kertaan. Sen jälkeen kerättiin aineistosta samankaltaiset vastaukset. Käytännössä koottiin tiivistetysti tutkimuksen kannalta tärkeät ja merkitykselliset asiat erilliselle paperille.



## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Tutkimukseen osallistuvien taustatiedot

Kyseisellä kotihoidon alueella oli asiakkaita tutkimuksen tekemisen aikana 34. MNA-testi ja haastattelu tehtiin 19 asiakkaalle. Tutkimukseen osallistuvien prosentiksi saadaan 56 %. Tutkittavista naisia oli 14 (74 %) ja miehiä viisi (26 %). Ikäjakama oli seuraavanlainen, 65–69 vuotiaita kaksi henkilöä (11 %), 70–79 vuotiaita viisi henkilöä (26 %), 80–89 vuotiaita oli kahdeksan henkilöä (42 %) ja 90–99 vuotiaita oli neljä henkilöä (21 %). Tutkittavista 13 (68 %) asui yksin ja kuusi (32 %) puolisonsa kanssa



Taulukko 1. Tutkittavien ikäjakama

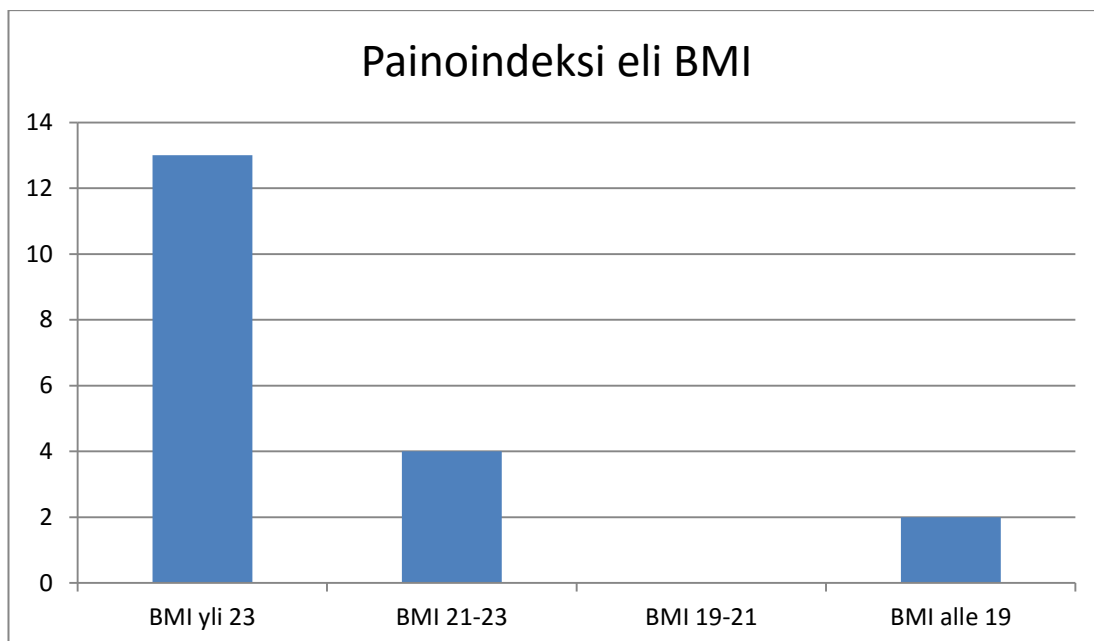
## 6.2 Tulokset MNA-mittari seulontaosion perusteella

Seulontaosion perusteella selvitetään ravinnonsaannin vähentymistä kolmen kuukauden aikana, painonpudotusta kolmen viime kuukauden aikana, liikkumista, sairauksia ja psyykkistä stressiä ja neuropsykologisia ongelmia.

Tutkittavista kotihoidon asiakkaista MNA-mittarin seulontaosiossa 11 (58 %) sai 12–14 pistettä, normaali ravitsemustila. Seulontaosiossa tutkittavista 8 (42 %) sai alle 11 pistettä, riski virheravitsemukselle kasvanut, jolloin testiä jatkettiin arviointiosaan.

Tutkittavista ravinnonsaannin vähentymiseen ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien tai puremis- ja nielemisongelmien takia 11 henkilöllä (58 %) ei ollut muutoksia (42 %) ja kahdeksalla henkilöllä (42 %) ravinnonsaanti oli vähentynyt hieman. Tutkittavista 14 henkilöllä (74 %) ei ollut painonpudotusta kolmen viime kuukauden aikana ja viidellä henkilöllä (26 %) oli ollut painonpudotusta 1-3 kg. Tutkittavista 11 henkilöä (58 %) liikkuu ulkona ja kahdeksan henkilöä (42 %) pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona. Neuropsykologisia ongelmia ei ollut kahdeksalla henkilöllä (42 %), lievä dementia oli kahdeksalla henkilöllä (42 %) ja dementia kolmella henkilöllä (16 %).

Taulukossa 2 tarkastellaan tutkimukseen osallistuvien painoindeksiä eli BMI:tä. Tutkimukseen osallistuvien BMI oli alle 19 kahdella (11 %), BMI oli alle 19–21, ei kehenkään, BMI oli 21–23 neljällä (21 %) ja BMI 23 tai enemmän 13 (68 %). Ikäänntyneet, joiden BMI oli alle 19, kuuluvat molemmat ikäjakaumaan 90–99 v.



Taulukko 2. Tutkittavien kotihoidon asiakkaiden BMI

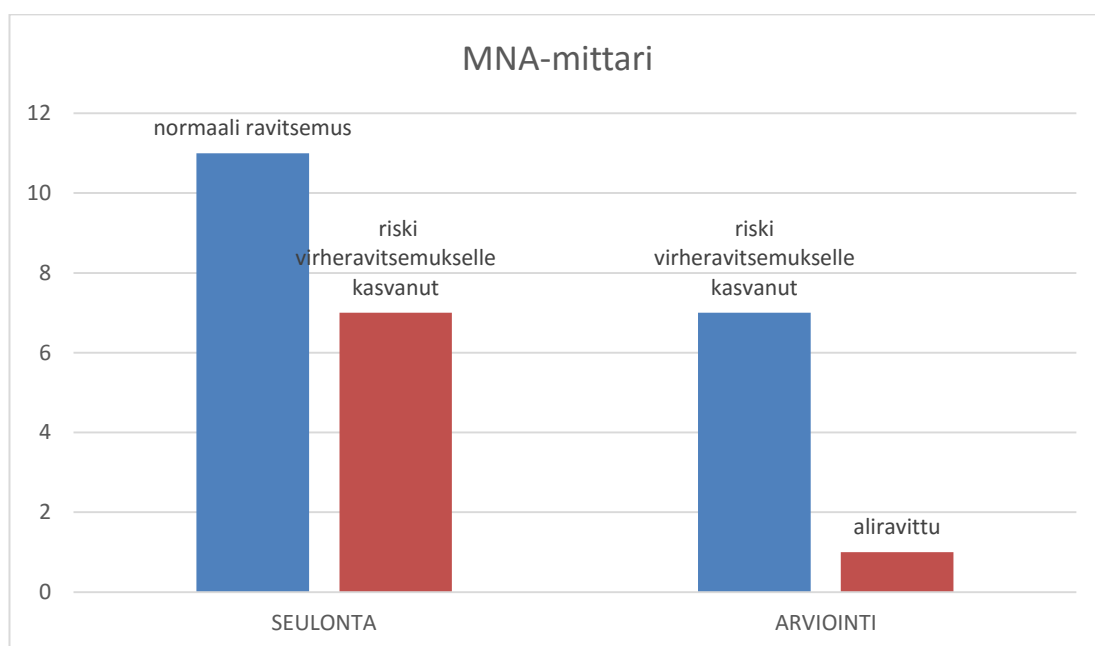
### 6.2.1 Tulokset MNA-mittarin arviointiosion perusteella

MNA-mittarin arviointiosassa on 12 kysymystä, joiden avulla selvitetään asumispaikkaa, lääkkeiden käyttöä ja määrää, ihon kuntoa, ruokavaliota, nesteen ja aterioiden määrää päivässä, omaa näkemystä terveydentilasta ja ravitsemustilasta ja olkapäiden sekä pohkeiden ympärystä. Tutkittavista kotihoidon asiakkaista arviointiosuus tehtiin kahdeksalle (42 %) henkilölle, joiden pisteet seulontaosuudessa olivat 11 tai vähemmän.

Kaikki kahdeksan arviointiosiossa tutkittavista kotihoidon asiakkaista asuivat kotona ja heillä oli käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä. Tutkittavista säärihaava oli yhdellä asiakkaalla, muilla ihon kunto oli hyvä. Tutkittavista seitsemän söivät kaksi lämmintä ateriaa päivässä ja yksi söi kolme lämmintä ateriaa päivässä. Kaikki kahdeksan seulontaosioon jatkaneista tutkittavista söivät maitovalmisteita päivittäin, kanamunia kaksi annosta tai enemmän viikossa ruokavaliosta oli kahdella ja lihaa, kalaa tai kanaa kaikki kertoivat syövänsä joka päivä. Päivittäiseen ruokavalioon kuu-

lui kaikilla kahdeksalla hedelmiä ja kasviksia ja kaikilla päivittäisen nesteen määrä oli noin 3-5 lasillista päivässä. Ruokailu sujui kaikilta myös ongelmitta ja tutkittavista kaksi olivat epävarmoja ravitsemustilastaan, kuusi tutkittavista koki, että heillä ei ole ravitsemuksellisia ongelmia. Tutkittavista yksi koki terveydentilansa paremmaksi kuin muut saman ikäiset, kolme olivat mielestään yhtä hyvässä kunnossa kuin muut saman ikäiset ja neljä eivät osanneet verrata terveydentilaansa muihin saman ikäisiin. Olkavarren ympärysmitta oli seitsemällä tutkittavalla yli 22 cm ja yhdellä tutkittavista ympärysmitta oli 21–22 cm. Pohkeen ympärysmitta oli seitsemällä tutkittavalla 31 cm tai enemmän ja yhdellä alle 31 cm.

MNA-mittarin arviointiosioon jatkaneista tutkimukseen osallistuneista kotihoidon asiakkaista yhdellä ikääntyneellä oli aliravitsemustila ja seitsemällä henkilöllä oli riski virheravitsemukselle kasvanut.



Taulukko 3 Tutkittavien kotihoidon asiakkaiden MNA-mittarin tulokset

### 6.3 Tulokset haastattelun perusteella

Tutkimukseen osallistuvia kotihoidon asiakkaita haastateltiin valmiiksi laadituilla kysymyksillä (Liite 3), joiden avulla selvitettiin heidän ateriapalveluidensa käyttöä, aterioiden valmistusta, kaupassa käyntiä, avun tarvetta aterioiden saamiseksi, rahan riittävyttä ruokaostoksiin ja ateriapalveluihin ja muuta ruokavaliota rajoittavia asioita. Kotiin tuotavia ateriapalveluita tutkittavista 19 kotihoidon asiakkaasta käytti kahdeksan henkilöä. Kotihoidon asiakkaat käyttivät kolmea eri kotiateriapalvelutuottajaa ja he voivat valita haluamansa kotiateriantuottajan. Kotiateriat koettiin hyvänmakuisiksi ja asiakkaat olivat niihin tyytyväisiä. Lähellä sijaitsevalla palvelukodilla oli myös mahdollisuus käydä syömässä lounasta ja tätä mahdollisuutta myös lähellä asuvat kotihoidon asiakkaat käyttivät.

Tutkimukseen osallistuvien 18 asiakkaan kauppaostokset hoitivat omaiset ja yhdellä tutkittavalla oli kotihoidon tukipalveluihin kuuluva kauppapalvelu, jossa kauppias toimittaa ostokset kotiin kerran viikossa lähetetyn kauppalistan mukaan.

Päivittäisten aterioiden valmistukseen ja aterioiden esille laittoon apua tarvitsi yli puolet tutkittavista. Niille, joille ei tullut ateriapalvelua, ateriat valmisti omainen tai kaupasta tuotiin valmisaterioita. Aterioiden esille laittamiseen apua tarvitsi tutkimukseen osallistuvista kotihoidon asiakkaista yli puolet. Kotihoito huolehtii useiden asiakkaiden päivittäisestä aterian saannista. Monet ikääntyneet eivät saa itsenäisesti mitään aterioita valmistettua tai laitettua esille, johtuen toimintakyvyn laskemisesta, muistiongelmista tai muista sairauksista. Kotihoito valmistaa tai lämmittää aamupuruun, lämmittää ja laittaa esille lounaan, mahdollisesti antaa välipalaa, lämmittää ja laittaa tarjolle päivällisen ja lopuksi huolehditaan iltapalan valmistus ja tarjolle laittaminen.

Kysymykseen, onko päivittäisessä ruokailussa ja ateriansaannissa jotain ongelmia tai hankaluutta. Tutkittavat kertoivat, että ongelmia oli suun ja hampaiden terveydessä. Proteesit olivat epäsoivia, ne aiheuttivat kipua, niitä ei voinut käyttää ollenkaan ja omat jäljellä olevat hampaat olivat kipeitä. Suun ja hampaiden ongelmien takia, ruuan koostumusta oli pehmennettävä, kasvien ja hedelmien syönti väheni ja samoin

leipää oli vaikea pureskella. MNA-testin tuloksiin vaikuttaa kasvisten ja hedelmien syönti ja myös lihaa kertoi yksi asiakas välttävän pureskelun takia. Ruokailun ongelmaksi tutkittavat kertoivat myös ruokahaluttomuuden ja se näkyi laihtumisena ja hyvin pieninä ruoka-annoksina. Asiakkaat kertoivat ruuan maistuvan paremmin seurassa ja eräs asiakas pyysi aina minuakin syömään hänen kanssaan. Onneksi hänen tyttärensä tiesivät ja ymmärsivät asian ja kävivät äitinsä luona säännöllisesti lounaalla. Yksinäisyys on vaarallisempaa kuin ylipaino ja se voidaan sanoa myös ikääntyneiden elämässä.

Kaikki tutkittavat kertoivat rahojen riittävän ruokaostoksiin ja ateriapalveluihin. He kertoivat, että paljon ei jää, kun maksaa lääkkeitä ja laskut. Monilla ikääntyneillä lääkkeitä on käytössä paljon ja apteekkilaskut ovat kuukausittain huomattava menoerä pienissä eläkkeissä. Erityisruokavalioita oli sairauksien myötä monilla, kuten diabetes, verenohennuslääkitys, kihti, laktoosi-intoleranssi ja keliakia. Täydennysravintovalmisteita oli käytössä juuri henkilöillä, joilla riski virheravitsemukselle oli kasvanut ja aliravitulla tutkittavalla. Heillä oli käytössä apteekista saatavia Nutrician eri valmisteita.

## 7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millainen on kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila MNA-mittarin tuloksien perusteella ja millaisia ongelmia vanhuksilla on ravitsemuksen toteuttamisessa. Haluan myös saada kotihoidon hoitajien säännölliseen käyttöön MNA-mittarin, jolla arvioidaan asiakkaiden ravitsemustilaa. Tuloksien perusteella saadaan tietoa asiakkaiden ravitsemuksen tilasta ja voidaan ennaltaehkäistä ikääntyneiden ravitsemuksellisia ongelmia.

Tutkittavistani 58 %:lla oli MNA-mittarin tulosten mukaan normaali ravitsemustila ja 42 %:lla oli riski virheravitsemukselle kasvanut. Soinin tutkimuksessa kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemustilasta jo vuonna 2004 tulokset olivat samansuuntaisia.

Tutkittavilla lähes puolella oli hyvä ravitsemustila, mutta vastaavasti toisella puolella oli ongelmia ravitsemuksen kanssa. Virheravitsemuksen riski lisääntyi, kun avun tarve ruuan hankinnassa ja valmistuksessa lisääntyi. Tutkimuksessani yli puolet tarvitsi apua päivittäisten aterioiden valmistuksessa tai aterioiden esille laitossa. Heille oli myös riski virheravitsemukselle kasvanut ja yksi asiakkaista oli aliravittu.

Itä-Suomen yliopiston tutkimuksen mukaan huonoon ravitsemukseen suurin riski oli ikääntyneillä, joilla oli käytössä suuri lääkemäärä, masennusoireita tai alentunut kognitio. Omassa tutkimuksessani kaikilla yhdeksällätoista tutkittavalla oli käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä. Oman kokemukseni perusteella monet ikääntyneet ovat monilääkittyjä. Iäkkäillä on monia sairauksia ja sairauksien hoitoon käytetään yhä enemmän yhdistelmävalmisteita. Niiden myötä farmakologisten aineiden määrä kasvaa helposti yli kymmeneen. Ikääntyneiden monilääkityksestä tiedetään kuitenkin vain vähän, koska vain pienessä osassa tutkimuksia on ollut yli 75-vuotiaita. Iäkkäät hoidetaan käytännössä kuten nuorempiakin. (Liljakumpu 2004.)

Lääkkeiden ja ravinnon yhteisvaikutukset ovat useimmiten lieviä. Useimmiten ruuan sisältämät yhdisteet voivat heikentää lääkkeen vaikutusta tai imeytymistä kehossa. Huomioitava on tilanteet, jossa ruoka-aineet vahvistavat lääkkeen vaikutusta niin paljon, että lääkkeen pitoisuus elimistössä muuttuu haitallisen suureksi. (Suominen 2013.)

Ikääntyneiden ravitsemustilan ongelmat vaikuttavat toimintakykyyn heikentävästä ja toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttaa omatoimiseen selviytymiseen ravitsemuksen toteuttamisessa. Suominen (2012) tutkimuksen mukaan ravitsemustila ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä ikääntyneen toimintakykyyn ja lisääntyneen avuntarpeen vuoksi vanhuksen ravitsemustila saattaa heiketä. Oman kokemukseni mukaan kotihoidon asiakkailla ravitsemustilassa voi tapahtua parannusta, kun ruokailut tapahtuvat säännöllisesti ja vanhusta kannustetaan syömään. Ruokahalu voi olla heikentynyt monista eri syistä ja silloin ateriakoot voivat jäädä pieniksi. Tärkeää silloin olisi, että ruokavalio olisi mahdollisimman monipuolinen ja energiapitoinen.

Tutkimuksessani selvitin myös, millaisia ongelmia kotihoidon asiakkailla on ravitsemuksen toteuttamisessa. Tutkittavista kuudella henkilöllä oli ongelmia suun ja

hampaiden kanssa. Suussa olevat kiputilat ja proteesien epäsopivuus vaikuttavat todella paljon siihen, mitä pystyy syömään. Ikääntynyt, jolla oli suun terveyden ja hampaiden ja ikenien kunnossa ongelmia, ei yleensä pystynyt syömään kuin pehmeää vaaleaa leipää ja ruuan koostumus on sosemainen. Pehmeä ja nestemäinen ruoka on helppoa syödä, mutta liian helposti pureskeltavaa ruokavaliota on vältettävä. Pureskelu lisää ruuan maittavuutta ja syljeneritystä. (Ikääntyneiden ravitsemussuositukset.2004).

Kotihoidossa olevien asiakkaiden suun terveyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Hampaiden ja suun päivittäinen puhdistaminen ja hammaslääkärissä käyminen säännöllisesti on tärkeää. Liikkumisen ja toimintakyvyn ongelmat tuovat ongelmia suun alueen hoitoon, hammaslääkəriin on vaikea päästä ja suun ja hampaiden omatoiminen puhdistaminen ei välttämättä enää onnistu. Kotihoidon hoitajien onkin kiinnitettävä huomiota hampaiden ja suun puhdistukseen sekä terveyteen.

Ikääntyneet kotihoidon asiakkaat kertoivat ravitsemuksen ja aterioiden ongelmiksi ruokahaluttomuuden. Osa vanhuksista kertoi avoimesti, että ruoka ei maistu, koska on yksinäinen. Eräs asiakas söi aina lähes kaiken, mutta ilmeet ja eleet kertoivat, että ruokailu oli vastenmielistä. Toinen, jolla oli samanlaisia ongelmia, kertoi, että hän on juuri syönyt ja halusi aina ateriakoon olevan todella pieni. Tällöin on huolehdittava, että pienestäkin määrästä saadaan riittävästi energiaa. Ruuan energiamäärää on helppoa lisätä rasvoilla ja tavallista perusruokavaliota muokataan niin, että energiatiheys lisääntyy. Tärkein ominaisuus ruuassa on maku. (Suominen & Kivistö 2005.)

Toimintakyvyn heikkenemistä ei kukaan kotihoidon asiakkaista varsinaisesti nimenyt ongelmaksi ateriointiin ja ravinnonsaantiin. Kotihoidon asiakkaan käyntejä lisätään mahdollisuuksien mukaan aina niin, että ikääntyneen asiakkaan atrioiden välit eivät ole liian pitkiä, jos hän ei itse pysty ruokaa ottamaan tai valmistamaan. Ikääntyneen ravitsemusongelmat ja vajaa ravitsemus tulevat pikkuhiljaa, hiipien. Ikääntynyt itse ja hoitajakaan ei kiinnitä siihen aluksi välttämättä mitään huomiota. Painon lasku voi olla vähäistä, ateriakoot pienenevät hieman ja ruokahaluttomuus on satunnaista. Näistä pienistä merkeistä meidän hoitajien pitäisi alkaa kiinnittämään asiaan huomiota. Mahdollisuuksien mukaan ateriarytmiä ja ruoan energiatiheyttä lisätään, useita pieniä aterioita päivässä, välipaloja tarjolle ja aamu- sekä iltapalojen tärkeyden



huomioiminen. Muutokset aterioissa voivat olla pieniä, jos ne tehdään jokaiseen aterioihin, esimerkiksi puuroon voisilmä, kevyt maito muutetaan täysmaidoksi, leipä jokaiselle aterialla ja levitetä päälle ja kahvin kanssa kahvileipää. Pienillä muutoksilla saadaan ruokavaliota täydennettyä ja ruokaa ei tarvitse tuputtaa enemmän syötäväksi. (Suominen, 2005.4.)

## 8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

### 8.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat. Reliabiliteetti ja validiteetti ovat tutkimuksessa keskeisiä käsitteitä, kun luotettavuutta arvioidaan ja nämä muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, ei sattumanvaraisuutta. Validiteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä tutkia sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin tutkia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 231.)

Laadullisen tutkimuksen ollessa kyseessä reliabiliteetti ja validiteetti – käsitteiden käyttöä on kritisoitu, koska ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä. (Tuomi 2007.150.) Laadullista tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tutkimustulosten siirrettävyyden, uskottavuuden ja vahvistavuuden perustella. Triangulaatio on laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävä kriteeri. Metodisesta triangulaatiosta puhuttaessa, tarkoitetaan useiden metodien käyttöä. Tutkimuksessa voi olla kysely ja haastattelu, kerätään tietoa samasta ilmiöstä. (Tuomi 2007, 150–154.)

Tutkimuksessa ravitsemustilan arviointiin käytettiin MNA-mittaria. Se on validoitu, ikääntyneen ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu testi. MNA-mittari on kansainvälinen ja sitä on käytetty tutkimuksissa monissa maissa. Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointi MNA-mittarilla on tehty sairaalassa, vanhainkodissa ja kotona asuville vanhuksille. MNA-mittari on tutkijoiden mukaan tarkka ja herkkä aliravitsemuksen tunnistamiseksi. (Köykkä 2006,30.)

Tutkimukseni tulokset kuvaavat mielestäni kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa. Kotona hoidetaan ikääntyneitä entistä pidempään ja he ovat entistä huonokuntoisimpia. He tarvitsevat paljon apua ravitsemuksen, hygienian ja lääkehoidon toteutumisessa. Sairauksien ja lisääntyneen avuntarpeen vuoksi heidän ravitsemustila saattaa heiketä. Itä-Suomen yliopiston, Suomisen ja Soinin tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Kotihoidon asiakkailta on paljon ravitsemuksellisia ongelmia, heillä on riski vajaaravitsemukseen tai ovat jopa aliravittuja.

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijan on otettava huomioon tutkimukseen tekoon liittyvät eettiset kysymykset. Tutkimuseettiset periaatteet liittyen tiedon hankintaan ja julkistamiseen ovat yleisesti hyväksytyjä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimustentteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen lähtökohta on ihmisarvon kunnioittaminen ja ihmisen itsemääräämisoikeus, jota kunnioitetaan antamalla ihmiselle oikeus päättää tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2014,25–26.) Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös tutkittavien mahdollisuus säilyttää anonymi tutkimuksen joka vaiheessa. (Mäkinen 2006, 115).

Vanhustenhuoltoon liittyvän tutkimuksen eettinen perusteltavuus tulee siitä, hyötykö tutkimuksesta joku. Tarkastellaanko hyötyä iäkkäiden ja hoitajien näkökulmasta vai yhteiskunnan säästökohteiden näkökulmasta. (Topo 2006,5.)

Tutkimuksessani kerroin kaikille tutkittavilleni tutkimuksestani ja pyysin heiltä suostumuksen tutkimukseen. Kerättyä tutkimusaineistoa säilytän ja käsittelen luotamuksellisesti, en myöskään käytä kerättyä aineistoa muuhun tarkoitukseen. Tutkimusaineiston hävitän asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

## LÄHTEET

Alden-Nieminen, H., Laitalainen, E., Männistö, S., Prättälä, R., Suominen, M. 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Ruokapalveluiden seurantaraportti

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 7.8.2016  
<http://www.tilastollinentutkimus.fi>

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy

Jyrkkä, J., & Mursu, J. 2013. Hyvä ravitsemus tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Lääketietoa Fimeasta. Viitattu 4.7.2016  
<https://www.julkari.fi>.

Kaipainen., Tiihonen, M., Hartikainen & Nykänen, I. 2015. Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients. The Journal of Nursing Home Research Science (JNHRS). Viitattu 5.7.2016  
<http://dx.doi.org/10.14283/jnhrs.2015.9>.

Liljakumpu, T. 2004. Iäkkäiden monilääkitys lisääntyy. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 385-386. Viitattu 15.8.2016. [www.duodecim.fi](http://www.duodecim.fi)

Mursu, J. Jyrkkä, J. 2013. Hyvä ravitsemus tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Sic! Lääketietoa Fimeasta. 2/2013

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Päivärinta, Haverinen. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas. Stakes. Viitattu 13.9.2016. <http://www.vanhustyonosajat.fi/suosituksset/OPPAAT>

Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Viitattu 4.8.2016.  
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi>

Soini, H. 2004. Kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemus. Väitöskirja. Turun Yliopisto.

Suominen, M. Kivistö, S. 2005. Ravitsemus osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Vanhustyön keskusliitto.

Suominen,M.2011. Kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila. Viitattu 4.8.2016.  
[http://www.vajaaravitsemus.fi/assets/files/nutriaction\\_lehdistomateriaali\\_1702.pdf](http://www.vajaaravitsemus.fi/assets/files/nutriaction_lehdistomateriaali_1702.pdf)

Suominen,M.Soini,H.Muurinen,S.Strandberg,T. & Pitkälä,K. 2012. Ikääntyneen ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti.

Suominen,M.Puranen,T.Jyväkorpi,S.2012. Ravitseminen muistisairaana kotona. Loppuraportti. Suomen muistiasiantuntijat Oy.

Suominen,M..2013.Ravinnon ja lääkkeiden yhteisvaikutukset - mitä pitää ottaa huomioon. Memo-lehti. Viitattu 15.8.2016. [www.muistiasiantuntijat.fi](http://www.muistiasiantuntijat.fi)

Topo,P.2006.Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakes. Viitattu 21.8.2016. [www.julkari.fi](http://www.julkari.fi)

Vallejo, M., Vehviläinen, S.,Haukka, U.,Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2006. Vanhustenhoito. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

SAATEKIRJE

Hei!

Olen geronomiopiskelija Marjut Riikonen Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä kotihoidon asukkaiden ravitsemustilasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilasta ja sen seurannan kehittämistä.

Opinnäytetyötä varten kartoitan xxxxx kotihoidon asiakkaiden MNA-mittarin avulla ravitsemustilaa ja haastattelen asiakkaita päivittäisestä ravitsemuksen toteuttamisesta. Haastattelut ja muut arvioinnit suoritan kotikäynneillä. Säilytän tutkimusmateriaalit luottamuksellisesti ja analysoinnin jälkeen hävitän ne. Kirjoitan saaduista tiedoista raportin opinnäytetyöhöni ja valmis opinnäytetyö on saatavilla Satakunnan Ammattikorkeakoulun kirjastossa.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Kertomanne asiat ovat luottamuksellisia ja minulla on vaitiolovelvollisuus. Tutkittavien henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa ilmi.

Marjut Riikonen  
Satakunnan Ammattikorkeakoulu  
marjut.riikonen@student.samk.fi  
p.0445160266

Ohjaava opettaja  
Satakunnan Ammattikorkeakoulu  
Päivi Kankaanranta  
p. +358 44 710 6221  
[päivi.kankaanranta@samk.fi](mailto:päivi.kankaanranta@samk.fi)

## SUOSTUMUSLOMAKE

### Suostumislomake

Suostun ravitsemustilan arviointiin ja haastatteluun, jossa selvitetään xxxxx kotihoi-  
don asiakkaiden ravitsemustilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Olen tietoinen opin-  
näytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista.

xxxxxx 4.1.2016

---

allekirjoitus

## RUUANKÄYTÖN SELVITYS KOTIHOIDON ASIAKKAILLE

### HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Käytättekö ateriapalvelua ja kuinka monta ateriaa teille tulee viikossa?

---

---

2. Valmistatteko itse päivän ateriat?

---

---

3. Kuka teillä käy kaupassa?

---

---

4. Tarvitsetteko apua aterioiden esille laittamiseen?

---

---

---

5. Onko päivittäisessä ruokailussa ja ateriansaannissa jotain ongelmia tai hankaluutta?

---

---

6. Miten koette rahojen riittävän ruokaostoksiin ja ateriapalveluun?

---

---

7. Onko teillä erikoisruokavalioita tai muuta ruokavaliota rajoittavia asioita?

---

---



## Ravitsemustilan arviointi MNA

Nimi\_\_\_\_\_

Sukupuoli\_\_\_\_\_

Ikä\_\_\_\_\_

Pituus (cm)\_\_\_\_\_ Paino (kg)\_\_\_\_\_ Päivämäärä\_\_\_\_\_

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

B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

0 = painonpudotus yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonpudotus 1-3 kg

3 = ei painonpudotusta

C.

Liikkuminen

0 = vuode -tai pyörätuolipotilas

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona

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

0 = kyllä 2 = ei

E. Neuropsykologiset ongelmat

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia

F. Painoindeksi eli BMI ( = paino / (pituus)<sup>2</sup> kg/m<sup>2</sup>)

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

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

## Arviointi

### G. Asuuko haastateltava kotona

0 = ei 1 = kyllä

### H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

0 = kyllä 1 = ei

### I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä 1 = ei

### J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria

1 = 2 ateriaa

2 = 3 ateriaa

### K. Sisältääkö ruokavalio vähintään

– yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä

– kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)

– lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä

0 = jos 0 tai 1 kyllä vastausta

0,5 = jos 2 kyllä vastausta

1 = jos 3 kyllä vastausta

### L. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia

hedelmiä tai kasviksia

0 = ei 1 = kyllä

### M. Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)

0 = alle 3 lasillista

0,5 = 3 -5 lasillista

1 = enemmän kuin 5 lasillista

### N. Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä

1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua

2 = syö itse ongelmitta

### O. Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = vaikea virhe-tai aliravitsemus

1 = ei tiedä tai lievä virhe-tai aliravitsemus

2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0 = ei yhtä hyvä

0,5 = ei tiedä

1 = yhtä hyvä

2 = parempi

Q. Olkavarren keskikohdan ympärystymitta (OVY cm)

0 = OVY on alle 21 cm

0,5 = OVY on 21–22 cm

1,0 = OVY on yli 2

R. Pohkeen ympärystymitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm

1 = PYM on

31 cm tai enemmän

\_Arviointi

(maksimi 16 pistettä)

Seulonta

(maksimi 14 pistettä)

Kokonaispistemäärä

(maksimi 30 pistettä)

Asteikko:

1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila

2. 17–23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut

3. alle 17 pistettä: kärsii virhe - tai aliravitsemuksesta







