

**RAVITSEMUKSEN MERKITYS KROONISEN HAAVAN  
PARANEMISESSA**

Koulutus kotihoidon hoitohenkilökunnalle



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Forssa, hoitotyö

Syksy, 2017

Saana-Maria Stark ja Veera Virkkunen

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
FORSSA

---

|                     |   |                   |
|---------------------|---|-------------------|
| <b>Tekijät</b>      | Saana-Maria Stark ja Veera Virkkunen                  | <b>Vuosi</b> 2017 |
| <b>Työn nimi</b>    | Ravitsemuksen merkitys kroonisen haavan paranemisessa |                   |
| <b>Työn ohjaaja</b> | Heta-Maija Leino                                      |                   |

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli Someron kotihoidon henkilökunnalle suunnattu koulutus, jonka tarkoitus oli lisätä kotihoidon hoitohenkilökunnan tietoutta ikääntyneiden ravitsemuksesta, sekä siitä miten ravitseminen vaikuttaa kroonisen haavan paranemiseen. Koulutuksella pyrittiin edistämään osallistujien hoitotyön osaamista.

Ennen koulutusta toteutettiin tiedonhakua ja aiheesta kerättiin tietoa tutkimuksista, kirjallisuudesta ja artikkeleista. Tiedonhaun avulla pyrittiin keräämään kattava teoriasisältö koulutukselle.

Koulutuksen molemmissa osissa käytettiin Powerpoint-materiaalin lisäksi aktiivimonisteita. Aktiivimonisteiden tarkoituksena oli pitää osallistujien mielenkiinto aiheessa ja herätellä heitä pohtimaan omaa toimintaa hoitotyössä kroonisiin haavoihin ja ravitsemukseen liittyen. Koulutusten välissä välitehtävän työstölle jätettiin kaksi viikkoa aikaa ennen toista koulutusta. Koulutukseen osallistui ensimmäisellä kerralla 18 henkilöä ja toisella kerralla 15 henkilöä.

Palaute koulutuksesta kerättiin kirjallisena. Koulutus koettiin onnistuneeksi ja mielenkiintoiseksi. Saatu palaute oli pääosin positiivista. Palautteessa tuli selkeästi esille, että koulutuksen aihe oli tärkeä kotihoidossa. Yli puolet koulutukseen osallistuneista koki koulutuksen lisäävän ainakin jonkin verran asiantuntijuutta ikääntyneiden ravitsemuksessa. Tämän kaltaista koulutusta haluttiin myös jatkossa.

**Avainsanat** Kotihoito, krooninen haava, haavan paraneminen, ikääntyneiden ravitseminen

**Sivut** 39 s. + liitteet 4 s.

Degree programme in Nursing  
Forssa

---

**Authors** Saana-Maria Stark and Veera Virkkunen **Year** 2017

**Subject** Education on the Importance of Nutrition in Chronic Wound Healing

**Supervisor** Heta-Maija Leino

---

ABSTRACT

The purpose of this practice based thesis was to provide a two tiered education based on the theoretical knowledge of the importance of nutrition in chronic wound healing. During the first educational session the focus was on theoretical knowledge, the wound healing process and its various phases. The training was carried out at Somero home care with its personnel. The goal of the education was to provide the nursing personnel with information and to help the participants reflect on their own activities in nursing. The idea was to increase the awareness on the importance of nutrition in the management of chronic wounds and pay attention to the nutrition of the elderly.

Before the training, background information was collected from researches, literature and articles. Inclusive theoretical content for the education was gathered by using data search.

Based on the collected material a PowerPoint presentation and activating worksheets or tasks were created. The purpose of the worksheets was to keep the participants concentrated on the subject and to motivate them to consider nutrition in the wound healing process. The first session gathered 18 people in the training and the second one 15.

According to the feedback from the sessions the training was considered to be successful, interesting and also a useful topic in future trainings in home health care. Furthermore, more than a half of those attending the training experienced that the training increased the expertise in the field of nutrition and its importance for the elderly.

**Keywords** Home care, chronic wound, wound healing, nutrition for elderly

**Pages** 39 p. + appendices 4 p.

# SISÄLLYS

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | JOHDANTO .....   | 1  |
| 2     | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....                    | 2  |
| 3     | KOTIHOITO.....   | 3  |
| 4     | KROONINEN HAAVA .....  | 4  |
| 5     | HAAVAN PARANEMINEN .....                                       | 4  |
| 5.1   | Inflammaatiovaihe .....  | 5  |
| 5.2   | Proliferaatiovaihe .....                                       | 6  |
| 5.3   | Maturaatiovaihe .....  | 6  |
| 6     | RAVITSEMUS .....   | 6  |
| 6.1   | Rasvat.....  | 7  |
| 6.2   | Proteiinit .....   | 7  |
| 6.3   | Hiilihydraatit .....   | 8  |
| 6.4   | Vitamiinit .....   | 9  |
| 6.5   | Lisäravinteet .....  | 10 |
| 7     | IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS .....                                 | 10 |
| 7.1   | Aliravitsemus ja virheravitsemus .....                         | 11 |
| 7.1.1 | MNA-menetelmä .....  | 12 |
| 7.1.2 | NRS2002-menetelmä .....  | 12 |
| 7.1.3 | MUST-menetelmä .....   | 12 |
| 7.2   | Ikääntyneen ravitsemus kotihoidossa.....                       | 13 |
| 7.3   | Ruokahalun edistämisen keinoja.....                            | 13 |
| 8     | TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ.....                               | 15 |
| 8.1   | Tiedonhaku .....   | 15 |
| 8.2   | Opinnäytetyöprosessi.....                                      | 16 |
| 8.2.1 | Koulutuksen toteuttaminen .....                                | 17 |
| 8.2.2 | Koulutuksesta saatu palaute koulutukseen osallistuneilta ..... | 20 |
| 8.2.3 | Koulutuksesta saatu palaute toimeksiantajalta .....            | 21 |
| 9     | POHDINTA.....  | 22 |
| 9.1   | Pohdintaa koulutuksesta .....                                  | 23 |
| 9.2   | Opinnäytetyön luotettavuus .....                               | 25 |
| 9.3   | Kehittämisehdotukset .....                                     | 26 |
|       | LÄHTEET .....  | 28 |

Liitteet

|         |                                       |
|---------|---------------------------------------|
| Liite 1 | Tiedonhaun kuvaus                     |
| Liite 2 | Ravitsemusta käsittelevät tutkimukset |
| Liite 3 | Välitehtävä                           |
| Liite 4 | Palautelomake                         |

## 1 JOHDANTO

Ikääntyneillä ihmisillä energian, proteiinin ja erilaisten hivenaineiden saanti usein heikentyy. Riittävään kalsiumin, sinkin ja kuidun saantiin tulee vanhenemisen myötä kiinnittää huomiota. Näiden aineiden puutostilat voivat johtua vähäisestä syömisestä tai nesteiden nauttimisesta tai yksipuolisesta ravinnosta. Erilaiset pitkäaikaiset sairaudet tai lääkitykset voivat johtaa joidenkin ravintoaineiden saannin lisääntymiseen ruokavalioon tai ne voivat vaikuttaa kehon ruoansulatukseen ja metaboliaan. (Suomien ym. 2010.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään ravitsemuksen edistämiseen ikääntyneillä, joilla on krooninen haava. Ikääntyneet on opinnäytetyössä rajattu kotihoidon palveluita hyödyntäviin. Kotihoidon asiakkaista puhuttaessa asiakaskunta on pääsääntöisesti ikääntyneitä, koska tilastollisesti Suomen väestöstä 75 vuotta täyttäneistä noin 12 prosenttia käyttää kotihoidon palveluita (Tilastokatsaus 8/2016 2016). Terveille ikääntyneille voidaan soveltaa samoja ravitsemussuosituksia kuin muille aikuisille ihmisille (Hakala 2015). Nuutinen ym. (2010) ovat laatineet Ravitsemushoito-nimisen oppaan, jossa ohjataan ravitsemussuosituksen toteuttamista. Suositus on laadittu sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuslaitoksiin, mutta se soveltuu myös kotihoidossa toteutettavaksi. Purasen (2015) mukaan kotona toteutettavalla ravitsemusinterventiolla voidaan lisätä muistisairaudesta kärsivien ikääntyneiden ja heidän omaishoitajien yleistä tietoutta ravitsemuksen merkityksestä ikääntymisen myötä. Ravitsemusinterventiolla voidaan lisätä tietoutta mistä ruoka-aineista ravintoaineita voidaan saada ja kuinka paljon niitä tulisi nauttia päivittäin. Kotioloissa toteutettavalla ravitsemusinterventiolla on todettu olevan elämänlaatua edistävä vaikutus.

Haavat paranevat lähes samaa kaavaa noudattaen. Haavojen paranemisen nopeudessa on eroja, jotka ovat yksilökohtaisia. Haavan paranemisen kannalta olennaista on huolehtia haava-alueen sopivasta kosteudesta, lämpötilasta, happamuuden ylläpitämisestä ja asiakkaan hyvästä ravitsemuksesta. (Anttila ym. 2009, 472.) Halosen (2008) mukaan potilaan tiedon saanti haavan paranemisesta on taattava ja varmistettava, että potilas myös ymmärtää ravitsemuksen merkityksen kroonisen haavan paranemisessa. Tutkimuksessa pohdittiin potilaan ja kotihoidon työntekijöiden tiedonkohtaamista. Valitettavan huonon tuloksen potilaiden näkökulmasta sai ravitsemuksen merkityksen ymmärtäminen.

Opinnäytetyön lähtökohtana on tilaajalle, eli Someron kotihoidolle, valmistettava koulutus. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisen opinnäytetyön menetelmällä ja tarkoituksena oli järjestää kotihoidon henkilökunnalle koulutus, joka käsitteli ravitsemuksen vaikutusta kroonisten haavo-

jen paranemiseen. Krooninen alaraajahaava on yleinen ja väestön ikääntymisen myötä yleistyvä ongelma (Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito suositus, 2014). Koulutuksen tarkoituksena oli käydä läpi uusia ja ajankohtaisia ravitsemus- sekä hoitosuosituksia, jotka käsittelevät ikääntyneitä ja heidän kroonisia haavoja, sekä kroonisten haavojen ennaltaehkäisyä. Koulutusta suunniteltaessa otettiin huomioon, että koulutus vastaa organisaation tarpeita (Kupias & Koski 2012, 14). Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli Someron kotihoidon henkilökunnalle suunnattu koulutus, jonka tarkoitus oli lisätä kotihoidon hoitohenkilökunnan tietoutta ikääntyneiden ravitsemuksesta, sekä siitä miten ravitsemus vaikuttaa kroonisen haavan paranemiseen. Koulutuksella pyrittiin edistämään osallistujien hoitotyön osaamista (Kupias & Koski 2012, 21).

Someron kotihoidossa koulutuksen kohderyhmänä olivat lähihoitajat sekä perushoitajat. Opinnäytetyön pääpaino on ikääntyneiden ravitsemuksessa, koska Someron kotihoidossa suurin osa asiakasryhmästä on ikääntyneitä ihmisiä.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat: kotihoito, krooninen haava, haavan paraneminen, ikääntyneiden ravitsemus.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli Someron kotihoidon henkilökunnalle suunnattu koulutus, jonka tarkoitus oli lisätä kotihoidon hoitohenkilökunnan tietoutta ikääntyneiden ravitsemuksesta, sekä siitä miten ravitsemus vaikuttaa kroonisen haavan paranemiseen. Koulutuksella pyrittiin edistämään osallistujien hoitotyön osaamista (Kupias & Koski 2012, 21).

Opinnäytetyössä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Mitä tarkoittaa kotihoito?

Mikä on krooninen haava?

Miten ravitsemus vaikuttaa kroonisen haavan paranemiseen?

Miten ravitsemusta voidaan edistää?

Opinnäytetyön teoriatiedon lisäksi oli selvitettävä ja hankittava tietoa, että millainen on hyvä koulutus ja mitä erilaisia koulutusmenetelmiä olisi mahdollista hyödyntää, jotta hoitohenkilökunta kiinnittäisi enemmän huomiota ikääntyneiden ravitsemukseen, etenkin niiden asiakkaiden kohdalla kenellä on krooninen haava.

### 3 KOTIHOITO

Opinnäytetyön tilaajana toimi Somerolla sijaitseva kotihoidon organisaatio, joka on osa Somerolla ikäihmisille tarjottavia palveluita (Kotihoito n.d.).

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotihoitoa koskevia lainsäädäntöjen valmisteluista, suunnittelusta, sekä ohjauksesta. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon toimintaa harjoitetaan sosiaalihuoltolain 1301/2014 sekä terveydenhuoltolain 1326/2010 puitteissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

Kotona asuminen on verrannollisesti edullinen vaihtoehto ikääntyneiden terveydenhuollossa. Vaikka erilaisten palveluiden järjestämiseen kotioloihin kuluukin resursseja, voidaan ajatella, että kotona toteutettava terveydenhuolto on edullinen vaihtoehto. Ikääntynyt voi asua kotona järjestettävien apujen turvin mahdollisesti vielä vuosia. Tavoitteena on, että pitkiä sairaalajaksoja ei toteutuisi vaan ne olisivat lyhyitä, joiden jälkeen ikääntynyt voisi palata takaisin kotioloihin. (Suominen ym. 2010.)

Kotihoidon ja kotisairaanhoidon palveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaitaan kotona arjessa selviytymisessä. Kotiin annettavia palveluita voivat saada ikääntyneet, sairaat ja vammaiset tai henkilöt joiden toimintakyky on alentunut jostain muusta syystä. Kotihoidon palveluihin turvaututaan usein silloin kuin kotona pärjääminen on hankaloitunut joko tilapäisesti, esimerkiksi leikkauksen jälkeen kotiutuessa, tai pitkäaikaisesti jolloin asumispalvelu ei ole vielä ajankohtaista. (Someron kaupunki 2011.) Kotihoidon työntekijät ovat pääsääntöisesti koulutuksen saaneita kodinhoitajia, kotiavustajia sekä lähi- tai perushoitajia (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.).

Kotihoidon tueksi voidaan tarjota myös erilaisia tukipalveluja. Kunnista riippuen tukipalvelut voivat olla esimerkiksi siivoukseen, liikkumiseen tai ravitsemukseen liittyviä palveluita. Kunta voi itse päättää, että tarjoaako se edellä mainitut palvelut vai ostetaanko palvelut joltakin ulkopuoliselta taholta. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)



## 4 KROONINEN HAAVA

Haavaksi kutsutaan iholla tai limakalvolla sijaitsevaa vauriota, johon voi liittyä myös syvempien kudosten, jänteiden tai hermojen vammoja (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 471). Tyypillisesti haava syntyy jonkin ulkoisen tekijän vaikutuksesta aiheuttaen vaurion. Haavoja luokitellaan monella eri tavalla, esimerkiksi syntyvän, puhtauden tai haavapohjan ulottuvuuden perusteella. (Saarela 2016.)

Krooniseksi haavaksi luokitellaan haava, joka on ollut avoimena vähintään kuukauden ajan. Haavan kesto ei välttämättä ole ainut johdonmukainen tapa luokitella haavaa krooniseksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26–28; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito-suositus 2014.) Krooninen haava, eli ulkus, syntyy elimistön sairauden seurauksena. Ääreisverenkierron heikkeneminen, neuropaattiset muutokset alaraajoissa tai haavainfektiot ovat tavallisimpia syitä kroonisten haavojen syntymiselle. (Anttila ym. 2009, 471–472.) Krooniseksi haavoiksi luokitellaan myös haavat, joiden esiintyvyyteen tai huonoon paranemisennusteeseen liittyy jonkin ulkoisen tai toistuvan mekaanisen rasituksen lisäksi jokin elimellinen sairaus. Tyypillisesti kroonisen haavan taustalla on jokin seuraavista tekijöistä ulkoisen mekaanisen rasituksen lisäksi: verenkiertosairaudet alaraajoissa, diabetes, syöpäkudoksen leviäminen tai kehoon kohdistuva ulkoinen paine. (Juutilainen & Hietanen 2012, 26–28; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito-suositus 2014.) Infektion myötä akuutti haava tai leikkaushaava voi mahdollisesti kehittyä krooniseksi haavaksi (Hammar 2011, 22).

## 5 HAAVAN PARANEMINEN

Haavat paranevat lähes samaa kaavaa noudattaen. Haavojen paranemisen nopeudessa on eroja ja ne ovat yksilöllisiä. (Anttila ym. 2009, 472.) Haavan paranemisen kannalta on tärkeää, että haavan hoitaminen aloitetaan heti haavan ilmaannuttua (Juutilainen & Hietanen 2012, 26–28; Krooninen alaraajahaava: Käypä hoito-suositus 2014). Haavan paranemisnopeuteen vaikuttaa haava-alueen verenkierto. Verenkierron tehtävänä on kuljettaa happea ja ravintoaineita haava-alueelle. Haavan paranemisen kannalta on olennaista huolehtia haava-alueen sopivasta kosteudesta, lämpötilasta, happamuuden ylläpitämisestä ja hyvästä ravitsemuksesta. (Anttila ym. 2009, 472.) Halosen (2008) mukaan potilaalle tulisi huolehtia riittävä tiedonsaanti haavan paranemisesta sekä taattava ja varmistettava, että potilas myös ymmärtää sen merkityksen kroonisen haavan paranemisessa. Tutkimuksessa pohdittiin potilaan ja kotihoidon työntekijöiden tiedonkohaamista. Valitettavan huonon tuloksen potilaiden näkökulmasta sai juuri ravitsemuksen merkityksen ymmärtäminen.

Haavan paranemisolosuhteet vaikuttavat haavan paranemiseen. Haavan kosteus, lämpö ja pH-arvo vaikuttavat osana esimerkiksi ravitsemuksen ja muiden tekijöiden kanssa haavan paranemiseen. Haavan lämpötilalla on suorat vaikutukset haavan paranemiselle. Elimistön normaali lämpötila on ihanteellisin haavan paranemisen kannalta. Haavaa ei tulisi jäähdyttää suihkuttelemalla viileällä vedellä tai käyttämällä jääkaappikylmiä haavanhoitotuotteita. (Anttila ym. 2009, 473.)

Haava-alueen solujen aineenvaihdunnan kannalta oleellista on haava-alueen riittävä happipitoisuus. Hapekkaalle haavalle edellytyksenä on riittävä verenkierto haava-alueella. Verenkiertoa haava-alueella edistävät haava-alueen turvotuksen vähentäminen sekä monipuolinen ja riittävä ravitus. Hyvällä hemoglobiiniarvolla on myös vaikutusta haavan paranemiseen. Hemoglobiinin tehtävänä on kuljettaa happea verenkierrossa. Kasvutekijöiden lisääntymiselle ja kollageenin muodostumiselle on välttämättömyyksiä haava-alueen korkea happipitoisuus. Tupakoitsijoilla veren happipitoisuus on pienempi kuin tupakoimattomilla. Tupakoimattomuus luo haavan paranemiselle paremmat edellytykset, koska nikotiini supistaa ääreisverenkiertoa. Verisuonten supistumisen myötä haava-alueelle ei pääse riittävästi hapekasta verta. (Anttila ym. 2009, 472.) Esimerkiksi suunnitellusti leikkaukseen mentäessä tupakointi tulisi lopettaa hyvissä ajoin. Jo neljän viikon tupakoimattomuudella on tutkimuksen mukaan vaikutusta leikkaushaavan jälkeisten komplikaatioiden riskin vähenemiselle. (Myles, Iacono, Hunt, McIlroy & Fritschi 2002.) Haavan syntymiseen johtavat syyt tulisi hoitaa, esimerkiksi muut sairaudet. Haavan paranemisessa on tunnistettavia vaiheita, jotka ovat toisistaan riippuvaisia tai esiintyvät osittain päällekkäin. (Hammar 2011, 22.) Haavan paranemisprosessi käynnistyy heti haavan synnyttyä ja päättyy kun kudoksien vetolujuus on palannut joko osittain tai täysin entiselleen (Anttila ym. 2009, 472). Haavan paranemiseen vaikuttaa henkilön ikä, koska solujen ikääntyminen hidastaa haavan paranemista. Ikääntyneet fibroblastit eli sidekudoksen perussolut eivät reagoi enää kasvutekijöihin kroonisessa haavassa entisen tapaan. (Lagus 2012, 51.)

## 5.1 Inflammatiovaihe

Inflammatio- eli tulehdusvaihe on ensimmäinen vaihe haavan paranemisprosessissa (Hammar 2011, 22). Tämä vaihe kestää puhtaassa haavassa kahdesta kolmeen vuorokautta (Anttila ym. 2009, 473). Inflammatiovaiheessa haavaan vuotanut veri ja plasma joutuvat kosketuksiin kudoksen kanssa ja hyytymistapahtuma käynnistyy. Solujen jakautumista, liikkumista ja proteiinisynteesiä stimuloivat biologisesti aktiiviset aineet ja kasvutekijät. Verisuonet supistuvat ja vauriokohtaan kerääntyy verihiutaleita, josta hyytymisketju käynnistyy ja joka johtaa hyytymän muodostumiseen. (Hammar 2011, 22–23.) Kudosvaurion seurauksena verihiutaleet aktivoituvat ja takertuvat toisiinsa, jonka jälkeen fibriiniverkko liimaa muita verisoluja verkkoon ja tiivistää hyytymän (Lagus 2012, 31). Verisuonten supis-

tumista seuraa histamiinin ja muiden välittäjäaineiden aiheuttama verisuonten laajeneminen. Verisuonten laajenemisesta johtuu haava-alueella esiintyvä kipu, turvotus ja verenkierron lisääntymisestä johtuva punoitus. (Hammar 2011, 22–23.) Haavakivun aiheuttaa haava-alueella turvotuksesta johtuen puristuksiin jääneet hermopäätteet (Anttila ym. 2009, 473). Hyytymisketjun jälkeen haava-alueella käynnistyy puhdistusvaihe, jonka tarkoituksena on estää bakteereiden pääsy haavalle (Hammar 2011, 23).

## 5.2 Proliferaatiovaihe

Proliferaatio- eli fibroplasiavaiheessa haavan reunat kuroutuvat, kollageeni täyttää haavaontelon sekä epiteeliä muodostuu. Tavallisesti tämä vaihe päättyy avoimen haavan paranemisprosessissa muutaman viikon kuluessa, kun epiteelisolut peittävät haavapinnan. (Anttila ym. 2009, 473.)

## 5.3 Maturaatiovaihe

Maturaatio- eli kypsymisvaihe alkaa noin kolme viikkoa haavan syntymisestä. Kyseisessä vaiheessa granulaatiokudoksen korvaa vähitellen arpikudos, joka lisää haavan vetolujuutta. Iho ei kuitenkaan palaudu entiselleen, vaan arpikudoksen muodostumisen jälkeen haava-alueen vetolujuus on noin 80 prosenttia entisestä. Arpikudos on aluksi punoittava ja saattaa olla koholla, mutta ajan kanssa arpi vaalenee. Parantuvan haava-alueen hankausta sekä voimakkaiden hajusteiden levittämistä arpikudokselle kannattaa välttää. (Anttila ym. 2009, 473.)

# 6 RAVITSEMUS

Hyvän ravitsemushoidon tarkoituksena on tukea terveyttä, estää ali- ja vaajaravitsemuksen syntyminen, tukea toimintakykyä sekä elämänlaatua ja tukea elimistön vastustuskykyä. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 11.)

Hyvä ravitsemus tukee mahdollisuutta asua kotona, sekä nopeuttaa sairauksista toipumista. Ikääntyneillä energian kulutus pienenee, kun liikkuminen vähenee ja siitä johtuen lihaskudos pienenee. Ikääntyneillä esiintyy ruokahaluttomuutta ja syödyn ruoan määrä vähenee, jolloin yleensä proteiinien, vitamiinien sekä kivennäisaineiden saanti jää niiden todellista tarvetta pienemmäksi. Ikääntyneen ruokahalun heikentyessä on tärkeää kiinnittää huomiota ruoan laatuun. Ruoan tulee sisältää riittävästi energiaa eli vähintään noin 1500 kcal/vrk, sekä paljon kivennäisaineita, proteiineja ja vitamiineja. Ruokahalun parantumiseen vaikuttavat ruoan riittävä monipuolisuus, että se on maukasta, värikästä, sekä sisältää riittävästi proteiineja, jotta lihaskunto pysyy yllä. Ravitsemuksessa tulee kiinnittää huomiota kohtuulliseen suolan käyttöön ja pehmeiden rasvojen käyttö on suositeltavaa. (Evira 2017.)

## 6.1 Rasvat

Rasvat jaetaan kolmeen eri pääryhmään eli tyydyttyneet rasvahapot, keratyydyttämättömät rasvahapot ja monitydyttämättömät rasvahapot. Tyydyttynyttä rasvaa on kova rasva, eläinrasva, maidon rasva, voi, lihan rasva ja kookosrasva. Tyydyttymätöntä rasvaa on pehmeä rasva, kasvirasva, kasviöljy, margariini ja kalan rasva. (Sinisalo 2015, 12.) Riittävä rasvan saanti tulee huomioida ravitsemuksessa potilailla, joilla on akuutteja tai kroonisia haavoja. Riittävä rasvan saanti antaa lisäenergiaa ja auttaa haavan paranemisprosessissa sekä edistää solukalvojen uusiutumista kudosten kasvun aikana. Omega-3 ja -6-rasvahapot ovat siis hyödyllisiä ja tärkeitä rasvahappoja haavan paranemisen kannalta. (Khardori & Quain 2015.)

Ravitsemuksessa on tärkeää pehmeät rasvat ja niiden mukana tulevat Omega-rasvahapot. Omega-rasvahappoja saadaan esimerkiksi juoksevista margariineista, pehmeistä rasiamargariineista, kalasta, kasviöljystä, sekä pähkinöistä, manteleista ja siemenistä. Omega-3-rasvahappo eli alfa-linoleenihappoa sisältäviä lähteitä ovat rypsiöljy, saksanpähkinäöljy, hampunsiemenöljy, pellavansiemenöljy ja camelina- eli kitupellavaöljy. Omega-6-rasvahapon eli linolihapon hyviä lähteitä ovat puolestaan rypsi-, auringonkukka- ja soijaöljy. Rasvan suositeltava osuus energiansaannista on 25–40 prosenttia, josta kaksi kolmasosaa tulisi olla pehmeää rasvaa ja kovaa rasvaa tulisi olla maksimissaan yksi kolmasosa. Linoli- ja alfa-linoleenihappoa tulisi aikuisen saada päivässä yhteensä vähintään 3 prosenttia energiansaannista. Aikuinen nainen tarvitsee rasvaa päivässä 60 g, josta vähintään 40 g tulisi olla pehmeää rasvaa. Aikuinen mies tarvitsee rasvaa 85 g päivässä, josta pehmeitä rasvoja tulisi olla 60 g. Pehmeän rasvan hyvä lähde on esimerkiksi pehmeä margariini, jossa pehmeää rasvaa on 60–70 %. (Terveyskirjasto 2016.)

## 6.2 Proteiinit

Aminohappoja on 20 erilaista ja itse aminohapoista muodostuvat proteiinit. 20:stä eri aminohaposta aikuiselle välttämättömiä aminohappoja on kahdeksan. Elimistö ei pysty itse valmistamaan välttämättömiä aminohappoja vaan ne tulee saada ruoasta. Aminohappoja tarvitaan valmistamaan elimistön omia proteiineja, esimerkiksi hormoneja, välittäjäaineita ja solun rakennusaineita. (Sinisalo 2015, 14.) Ravinnosta saatava proteiini hajoaa ruoansulatuksessa aminohapoiksi. Aminohapot imeytyvät ja sekoittuvat elimistön omien proteiinien sisältämien aminohappojen kanssa. Plasman alhainen arginiinitaso (aminohappo) on merkittävässä yhteydessä painehaavan syntymiseen. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.) Arginiinista muodostuu typpioksidia ja se on yksi aminohappo, mutta se ei ole välttämätön. On tutkittu että, arginiinin saanti edistää verisuonien sisäkalvon toimintaa ja verenkierron säätelyä. Välttämättömiä aminohappoja saadaan ravinnosta riittävästi, esimerkiksi eläinperäisestä ruoasta sekä monipuolisesta kasvisruoasta. (Aro 2015.)

Haavan paranemisen kannalta riittävä proteiinin saanti on tärkeä osatekijä. Liian vähäinen proteiinin saanti vaikuttaa haavan paranemiseen siten, että se vähentää kollageenin synteesiä ja tällöin haavan vetolujuutta sekä hidastaa haavan sulkeutumista. Riittävästä proteiinin saannista tulee huolehtia painehaava- ja vajaaravitsemusriskissä olevilla potilailla samalla tavalla kuin painehaavapotilaalla. Stressiaineenvaihdunnan johdosta tapahtuu suurta proteiininmenetystä, mistä seuraa lihaskatoa, jota ei voida täysin estää. Normaalii proteiinin tarve on tavoitepainokiloa kohti 0,8 grammaa. Esimerkiksi 70 kg painavalla proteiinin tarve on 56 g/vrk ja lisääntyneessä proteiinitarpeessa tarve on 1–2 grammaa tavoitepainokiloa kohti eli 70 kg painavalle proteiinin määrä tulisi olla 70–140 g/vrk. Proteiinin tarve vuorokaudessa tavoitepainokiloa kohti on 1,25–1,5 grammaa, jos painehaavapotilas on myös vajaaravitsemustilassa. Proteiinin tarpeen määrää tulee arvioida ja muokata tilanteen muuttuvuuden mukaan. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.) Vähäisellä proteiinin saannilla on todettu olevan elämänlaatua heikentävä vaikutus sekä sairastuvuuden ja kuolleisuuden lisääntyminen ikääntyneiden keskuudessa (Nowson & O’Connel 2015).

### 6.3 Hiilihydraatit

Erilaisista sokeriketjuista muodostuvat hiilihydraatit eli mono-, di- ja polysakkaridit. Ruoasta saadaan tärkkelystä, sakkaroosia eli tavallista sokeria, glukoosia eli rypälesokeria, fruktoosia eli hedelmäsokeria ja laktoosia eli maitosokeria. Hiilihydraatin tärkeimpiä lähteitä ovat viljatuotteet, jotka sisältävät tärkkelystä sekä sulamatonta selluloosaa. Ravintokuiduiksi kutsutaan niitä hiilihydraatteja, joita ihmisen ruoansulatus ei pysty itse pilkkomaan. Kuidut voidaan jakaa kahteen eri ryhmään, jotka ovat veteen liukenemattomat ja liukenevat eli geeliiytyvät. Liukeneva kuitu muodostaa geelimäisen rakenteen liuetessaan nesteeseen. Liukenevaa kuitua saa esimerkiksi marjoista, hedelmistä, palkoviljasta, sekä kaurasta. Liukenematonta kuitua saa puolestaan kasvinkunnan tuotteista, esimerkiksi viljatuotteista. (Sinisalo 2015, 15.)

Riittävä energiansaanti ravinnosta tulee suhteuttaa painonmuutosten mukaan. Jokaiselle asiakkaalle tulee katsoa yksilöllinen energiansaanti, johon tulee ottaa huomioon itse painehaavan paranemiseen tarvittava energia ja asiakkaan oma aktiivisuus, jota seurataan painon mittaamisella. Asiakkaalla, jolla on kuumetta, tulehdus, leikkaus tai vamma, tulee energiansaantia lisätä 10–30 prosentilla ja sitä voidaan tukea myös aterioiden välissä, esimerkiksi tarjoamalla suun kautta nautittavia kliinisiä ravintovalmisteita. Energiantarve aikuisella on noin 2100–2450 kcal/vrk, esimerkiksi 70 kg painavalla henkilöllä. Energiantarve on noin 30–35 kcal tavoitepainokiloa kohti vuorokaudessa. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.) Uusien ravitsemussuositusten mukaan ikääntyneen riittävä energiansaanti tulee olla vähintään 1500 kcal/vrk (Evira 2017).

Ravinnosta saatavat hiilihydraatit stimuloivat insuliinintuotantoa, joka vaikuttaa aineenvaihduntaan. Aineenvaihdunta parantaa puolestaan haavan paranemisprosessia. (Khardori & Quain 2015.)

#### 6.4 Vitamiinit

Vitamiinit jaetaan rasva- ja vesiliukoisiin. Rasvaliukoisia vitamiineja ovat esimerkiksi A-, D-, E- ja K-vitamiinit. Nämä vitamiinit imeytyvät suolesta rasvojen mukana ja tästä syystä niiden puute johtuu usein rasvojen imeytymishäiriöstä. Rasvaliukoiset vitamiinit kulkevat verenkierrossa proteiineihin sitoutuneina. Rasvaliukoisia vitamiineja ei tarvitse saada päivittäin, sillä ne varastoituvat elimistöön. Vesiliukoisia vitamiineja puolestaan ovat B- ja C-vitamiinit. Vesiliukoiset vitamiinit eivät varastoidu elimistöön, vaan niistä jäljelle jäänyt ylimääräinen osa poistuu virtsan mukana pois elimistöstä, minkä takia on tärkeää huolehtia näiden kahden vitamiinin riittävästä saannista lähes päivittäin. (Sinisalo 2015, 16.)

75-vuoden iästä lähtien suositeltava D-vitamiinilisä on 20 mikrogrammaa vuorokaudessa ympäri vuoden. Pienempi vuorokausiannos on myös mahdollinen eli 10 mikrogrammaa/vrk, jos käyttää paljon ja säännöllisesti kalaa, maitovalmisteita ja rasvalevitteitä, jotka ovat D-vitamiinoituja. (Evara 2017.)

On tärkeää kannustaa painehaavapotilasta tai painehaavariskissä olevaa potilasta riittävässä päivittäisessä nesteiden saannissa. Nesteen riittävä saanti on haavan paranemisen kannalta tärkeää. Neste kuljettaa kehossa vitamiineja, mineraaleja, glukoosia ja muita ravintoaineita ja toimii näiden liuottimena niiden imeytymisessä elimistöön. Neste kuljettaa mukanaan elimistössä myös ravintoaineita ja aineenvaihduntatuotteita. On tärkeää tarkkailla asiakkaan nesteen saantia sekä kuivumisen merkkejä. Nesteytystä tulee lisätä asiakkaan kohdalla, jos hän menettää nesteitä esim. kuumeen, oksentelun, runsaan hikoilun, ripuloinnin tai runsaasti erittävän haavan vuoksi. Aikuisilla kuivumista voidaan tarkkailla ihon jännevyyden, virtsan erityksen, painonmuutosten ja veren natriumpitoisuuden avulla. Natriumpitoisuus veressä kohoaa kehon kuivumisen yhteydessä. Nesteen tarve aikuisilla on noin 30–35 millilitraa tavoitepainokiloa kohti. 70 kg painavalla esimerkiksi nesteen tarve on 2–2,5 l/vrk. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.) Ikääntyneellä nesteen tarve päivässä on uusien ravitsemussuositusten mukaan noin 1–1,5 litraa nestettä päivässä, eli 5–8 lasillista (Evara 2017).

Haavan paranemisen kannalta tärkeä vitamiini on A-vitamiini eli retioniinihappo. A-vitamiinin puutostila vaikeuttaa haavan sulkeutumisprosessia. A-vitamiini vaikuttaa immunitettiin ja kollageenisynteesiin. C-vitamiinin rooli haavan paranemisessa on oleellinen siitä syystä, että sitä tarvitaan kollageenin muodostamiseen. (Khardori & Quain 2015.)

## 6.5 Lisäravinteet

Painehaava- ja vajaaravitsemuspotilailla tulee tukea riittävää energian ja ravintoaineiden saantia, jos suun kautta saatava ravitsemus ei riitä. Perusravitsemusta voidaan tukea runsasenergisillä ja -proteiinisilla kliinisillä täydennysravintovalmisteilla. Ne painehaavapotilaat, joilla on kolmannen tai neljännen luokan painehaavoja, tai useita painehaavoja, tulee ravitsemusta täydentää reilusti proteiineilla, erityisesti arginiinia ja hivenaineita sisältävillä kliinisillä täydennysravintovalmisteilla, jos tavanomainen runsaskalorinen ja -proteiininen ravitsemus ei riitä. Plasman alhaisella arginiinitasolla (aminohappo) on merkittävä vaikutus painehaavan syntymiseen. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.) Arginiinilla, sinkillä ja antioksidanteilla rikastetuilla täydennysravintojuomilla tutkimuksen mukaan painehaavojen koko pieneni merkittävästi jo neljän viikon aikana (Cereda, Klersy, Seriola, Crespi & D'Andrea 2015).

## 7 IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS

Ravinnon saannilla ja ravitsemuksella ylipäätään on huomattava merkitys ikääntyneiden toimintakykyyn ja terveyteen. Kun ravitsemustilassa ja nesteiden saannissa ei ole huomattavia puutoksia, ehkäisee se sairauksia sekä nopeuttaa mahdollisista sairauksista toipumista. (Nuutinen ym. 2010; Hakala 2015.) Vähäinen proteiinien ja suojaravintoaineiden saanti edesauttaa ikääntyneen voipumisen riskiä ja kiihdyttää lihasten heikkenemistä sekä heikentää vastustuskykyä. Joten heikentyvään ravitsemustilaan puuttuminen ja sen ennaltaehkäisyn aloittaminen ajoissa on tärkeää. (Jyväkorpi 2016.) Hyvällä ravitsemustilalla taataan ikääntyneelle pidempi kotona asumisen mahdollisuus. Lisäksi hyvä ravitsemus ylläpitää vireystasoa ja edistää elämänlaatua. (Nuutinen ym. 2010; Hakala 2015.)

Hoidon alussa tulisi kartoittaa ikääntyneen ravitsemus ja arvioida sitä koko hoidon ajan (Nuutinen ym. 2010; Hakala 2015). Asiakkaiden ravitsemukseen on todettu kiinnitettävän liian vähän huomiota hoito- ja palvelusuunnitelmia laatiessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmien työstämisessä tulisi unohtaa suorituskeskeisyys ja kiinnittää huomiota enemmän asiakkaan voimavaroihin ja asioiden dokumentointiin. (Turjamaa 2014.)

Useilla vanhuksilla ruokahalu ja janontunne eivät ole entisen kaltaisia ikääntymisen myötä. Erilaiset sairaudet, sairauksista toipuminen tai lääkytykset saattavat heikentää ruokahalua. (Nuutinen ym. 2010; Hakala 2015.) Runsas alkoholin käyttö ei myöskään edistä ruokahalua (Suominen ym. 2010). Vähäinen liikunta ja energiankulutus voivat saada aikaan sen, että ruokahalu vähenee. Muistisairauden myötä syöminen saattaa välillä unohtua kokonaan. Hampaiden kunto tai hampaiden uupuminen, sekä ikääntymisen myötä syljen erityksen väheneminen saattavat vaikeuttaa ruokailua

ja siten vähentää ruokahalua. (Nuutinen ym. 2010; Hakala 2015.) Myös erilaiset aistien heikkenemiset, kuten näkö- tai makuaistin, vaikuttavat epäsuotuisasti ruokahaluun (Suominen ym. 2010). Ruokahalun väheneminen johtaa pienempiin annoksiin, eikä pienistä ruokamääristä välttämättä saa riittävästi energiaa, proteiineja ja muita haavan paranemisen kannalta välttämättömiä ravintoaineita (Nuutinen ym. 2010; Hakala 2015).

## 7.1 Aliravitsemus ja virheravitsemus

Huonolla ravitsemustilalla on monia epäsuotuisia vaikutuksia ikääntyneen terveyteen ja elämänlaatuun. Vähäinen proteiinien ja D-vitamiinin saanti voi aiheuttaa katoa lihaksissa, joka taas vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn ja kehon hallintaan. Liikunta- ja toimintakyvyn heikkeneminen lisää kaatumis- ja murtumavaaraa. (Hakala 2015.) Aliravitsemuksen riskiä voidaan ehkäistä lisäämällä proteiineja ja energiaa ruokavalioon (Hoekstra, Goosen, de Wolf & Verheyen 2011). Hyvän ravitsemustilan omaavien iäkkäiden kaatumistapaturmat kotiympäristössä ovat vähäisempiä kuin alitai virheravittujen ikääntyneiden (Puranen 2015). Riski aliravitsemukseen on, jos ikääntyneen hoidossa tai elinympäristössä tapahtuu muutoksia (Hakala 2015). Muutoksia voivat olla esimerkiksi sairaalasta takaisin kotiin palaaminen tai muistisairauden puhkeaminen. Tombini ym. (2016) ovat todenneet muistisairauden puhkeamisen heikentävän toiminnallista tilaa. Samaan tutkimukseen osallistuneista lähes jokaisen todettiin olevan joko aliravittuja tai omaavan riskit aliravitsemukseen. Ehkäisemällä aliravitsemusta voidaan laskea myös sairaanhoitokuluja, koska tutkimuksen mukaan aliravittujen potilaiden sairaanhoitokulut nousevat 30 prosentilla (Correia & Waitzberg 2003).

Ravitsemusongelmiin puuttumisella ehkäistään ikääntyneen joutuminen noidankehään, jossa painon lasku, liikunta- ja toimintakyvyn heikkeneminen, iho-ongelmat ja jatkuva sairastelu seuraavat toinen toisiaan (Hakala 2015). Esimerkiksi reilulla kolmanneksella vajaaravituista on todettu painehaava (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015). Ja lähes jokaisella painehaavan omaavalla potilaalla on todettu vajaaravitsemustila (Due-Boje & Larsson 2014). Noidankehän vuoksi infektiosta toipuminen saattaa estyä tai hidastua, jonka seurauksena hoitokustannukset pidentyvät. Ongelmien jatkuessa lääke- sekä hoitokustannukset lisääntyvät. (Hakala 2015.)

Aliravitsemusta voidaan ehkäistä säännöllisillä punnitsemisilla, sekä yksilöllisellä ravitsemusterapeutin laatimalla ravitsemussuunnitelmalla. Henkilö, jolla on riski aliravitsemukseen, olisi hyvä punnita kuukausittain. Yksittäiset mittaustulokset eivät ole niin merkittäviä kuin painonmuutokset. Nopean ja tahattoman painonpudotukset taustalla voi olla aliravitsemus. Ikääntyneille suositeltava painoindeksi on 24–29 kg/m<sup>2</sup>. (Suominen ym. 2010.)



Kroonisten haavojen ehkäisyssä tulisi huomioida painehaavojen synty. Hoitosuosituksen mukaan kaikille potilaille, joilla on riski painehaavan syntymiselle tai joilla jo on olemassa painehaava, tulisi tehdä jokin luotettava seulonta vajaaravitsemuksen riskin kartoittamisessa. Luotettavia seulontoja ovat esimerkiksi MNA-, MUST- ja NRS2002-mentelmät. Painehaavariskiä kuvaavalla mittarilla, esimerkiksi Braden, ei saada tarpeeksi kattavaa kuvaa asiakkaan vajaaravitsemuksen riskistä. Seulontoja on myös hyvä toteuttaa, jos asiakkaan terveydentilassa tapahtuu merkittävä muutos tai painehaavan paraneminen ei edisty. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015.)

### 7.1.1 MNA-menetelmä

Aliravitsemustilaa voidaan arvioida MNA-menetelmän (Mini Nutritional Assessment) avulla. MNA-testillä voidaan ehkäistä virheravitsemusta tai tunnistaa aliravitsemustila asiakkaan kohdalla. Testissä on kaksi osiota, joista ensimmäinen on seulontaosio. Seulontaosio määrittelee, että onko asiakkaan tarpeellista vastata jokaiseen kaavakkeeseen valmiiksi määriteltyyn kysymykseen. Testin tulokset voidaan jaotella kolmeen ryhmään: hyvä ravitsemustila, virheravitsemustilan riskissä oleva, sekä virhe- tai aliravitsemustilasta kärsivä. (Suominen ym. 2010.)

### 7.1.2 NRS2002-menetelmä

NRS2002-menetelmällä (Nutritional Risk Screening) voidaan arvioida ravitsemustilaa ja sen heikkenemistä. NRS2002-menetelmä perustuu iän, painoindeksin, painonlaskun ja ravinnonsaannin sekä sairauden vakavuusasteen luokitteluun. NRS2002-menetelmässä yli 70-vuotiaat saavat seulonnasta heti yhden pisteen, joka toisin sanoen tarkoittaa sitä, että muista seulonnan pisteistä huolimatta heillä on jo olemassa vähäinen aliravitsemuksen riski. (Nuutinen ym. 2010.)

### 7.1.3 MUST-menetelmä

MUST-menetelmässä (Malnutrition Universal Screening Tool) vajaaravitsemuksen riskiä kartoitettaessa hyödynnetään samoja periaatteita kuin NSR-2002-menetelmässä. MUST-menetelmässä pisteytetään asiakkaan BMI ja painonmuutos, sekä pisteitä lisää akuutin sairauden tuoma muutos ravitsemuksessa. Yhteen lasketut pisteet vaikuttavat toteutettaviin jatkotoimenpiteisiin. Esimerkiksi testin tulokseksi saatu vähäinen riski edellyttää kotihoidossa testin toteuttamista uudelleen vuoden kuluttua ja kohtalaisen riskin tulos taas tilanteen seuraamista sekä testin uudelleen tekemistä muutaman kuukauden päästä uudelleen. (Nuutinen ym. 2010.)

## 7.2 Ikääntyneen ravitsemus kotihoidossa

Kotihoidon asiakkaina olevien ikääntyneiden ravitsemustilassa tulee huomioida ikääntyneen toiveet ruokailujen suhteen. Kotioloissa voidaan toteuttaa ikääntyneen tottumuksia ja päivärytmiä paremmin kuin sairaalassa tai laitoshoidossa. Kotona on ravitsemukseen kuitenkin yhtä lailla kiinnitettävä huomiota ja turvata asiakkaan riittävä ravinnonsaanti. Asiakkaan kanssa voidaan tarvittaessa suunnitella kauppapalveluiden tai ateriapalvelun järjestäminen. Asiakkaan kotiin on hyvä varata aina kotivara, eli kokkelma erilaisia nopeasti valmistettavia ruokia, jotka säilyvät hyvin. Syömiseen liittyvä avun tarve huomioidaan ja tarvittaessa syömisestä muistutetaan. Hampaiden ja proteesien pesuun sekä yleiseen suun terveydenhuoltoon tulee kiinnittää huomiota, jotta ravitsemuksen heikkeneminen ei johdaisi ruokailun hankaloitumisesta. (Suominen ym. 2010.)

Erityisesti kotihoidon asiakkaiden on tutkittu olevan aliravitettuja tai omaavan suuren riskin aliravitsemukseen. Tutkimus on toteutettu yhdessä ravitsemusterapeuttien, apteekkien- ja suuhygienian asiantuntijoiden sekä kotisairaanhoidon henkilökunnan kanssa. Aliravitsemuksella huomattiin olevan yhteyttä polyfarmasiaan eli monilääkitsemiseen. Polyfarmasialla taas nähtiin olevan vaikutusta aliravitsemukseen, koska aliravitsemuksen huomattiin laskevan terveydentilaa ja siten lisäävän lääkkeiden käyttöä. Lääkkeillä saattaa olla haittavaikutus ruokahalun laskemiseen. (Kaipainen, Tiihonen, Hartikainen & Nykänen 2015.)

## 7.3 Ruokahalun edistämisen keinoja

Erilaiset pitkäaikaiset sairaudet saattavat vaikuttaa ruokahuluun, joten on tärkeää herätellä ikääntyneen ruokahalua erilaisin keinoin ja edesauttaa ruokahalua miellyttävän ruokailutilanteen myötä. Ruokailutilanteen voidaan ajatella olevan yhdistettynä fysio- ja toimintaterapiaa, koska asiakasta aktivoidaan osallistumaan itse ruokailuun ja sen toteuttamiseen. Vaikka esimerkiksi muistisairauden myötä toimintakyky heikentyy, voi silti vanhat taidot, kuten ruoanlaittotaidot, säilyä. Ikääntynyttä voi toimintakyvyn ja voimavarojen mukaan aktivoida osallistumaan mukaan ruoan valmistukseen. Ruokailutilanteessa on huolehdittava, että apua on tarvittaessa saatavilla sitä tarvitseville. Häiriötekijät tulisi minimoida ruokailun ajaksi ja ruokailutilanteesta on hyvä tehdä rauhallinen sekä kiireetön. Häiriötekijöitä voivat olla esimerkiksi vierailijat tai elektroniikkavälineet. Ruokailut tulisi ajoittaa ikääntyneen päivärytmin mukaisesti, sekä huolehtia säännöllisestä ruokailusta. (Suominen ym. 2010.)

Erilaisten suun- tai nielemisongelmien vuoksi asiakkaalle kannattaa tarjota pehmeämpää tai jopa sosemaista ruokaa. Ruoan syömättä jättäminen voi johtua siitä, että asiakkaan on hankala pureskella. Myös juomisen väheneminen voi johtua nielemisongelmista, jolloin voi kokeilla juomien sakeuttamista. (Suominen ym. 2010.)

Ikääntyessä annoskoot todennäköisesti pienenevät, joten annoksien ravintosisältöön tulee kiinnittää huomiota. Annoksien kokoon vaikuttavat ruokahalu, sekä ruoan miellyttävyys. Pieniä annoksia voidaan rikastaa energialla, esimerkiksi valitsemalla kerman hyödyntäminen ruoanlaitossa ja tarjoamalla ruokajuomaksi täysmaitoa. Jokaisen annoksen olisi hyvä sisältää proteiinia ja päivittäinen proteiinitarve voidaan jaotella jokaiselle nautitulle aterialle. Säännöllisen ruokailun toteuttamisessa on kiinnitettävä huomiota yöpaaston pituuteen. (Suominen ym. 2010.) Ympäri vuorokautisessa hoidossa oleville ikääntyneille Valvira on laatinut suosituksen ikääntyneiden ravitsemussuositusta mukaillen, jonka mukaan yöpaasto ei saisi ylittyä 11 tunnilla (Valvira 2011). Ruokailuvälien pitkittyessä luodaan mahdollisuudet välipaloihin ja niitä tulisikin tarjoilla aktiivisesti. Yöpala voidaan valmistaa asiakkaalle valmiiksi, jotta asiakkaan on se helppo nauttia. Välipaloja on hyvä koostaa erilaisista proteiinipitoisista ja muista energia- ja ravintorikkaista vaihtoehtoista. Esimerkkejä eri välipalavaihtoehtojen proteiinipitoisuuksista on esitelty taulukossa 1. Myös erilaisia täydennysravintovalmisteita on kehitetty tukemaan ravitsemustilaa sairauksien yhteydessä. Tärkeää on huomioida ikääntyneen ruokatottumukset ja ruokahalu voidaan edistää tarjoamalla lempiruokia. (Suominen ym. 2010.)

Lääkkeiden otto tulisi ajoittaa joko ennen ruokailua tai ruokailun jälkeen. Lääkkeitä ei tulisi jauhaa ruoan joukkoon niiden aiheuttaman pahan maun vuoksi. (Nuutinen ym. 2010.)

Taulukko 1. Eri välipalavaihtoehtoja (Fineli.fi, n.d.)

| Välipala  | Proteiinia (g) |
|---|----------------|
| Ruisleipä Oivariinilla ja kahdella juustosiivulla | 5 g            |
| Kaupan proteiimirahka                             | 19 g           |
| 1 dl talkkunajauhoja ja piimää                    | 4 g            |
| 25 g maapähkinöitä                                | 6 g            |
| Jogurtti, maustettu 150 g                         | 6 g            |
| Nutridrink 200 ml                                 | 12 g           |
| Nutridrink Compact Protein 125 ml                 | 18 g           |

## 8 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyö voidaan toteuttaa eri menetelmin. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena voi olla esimerkiksi koulutus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9; Airaksinen 2009.) Opinnäytetyön tarkoituksena on osoittaa, että teoriatietaa pystytään yhdistämään käytännön hoitotyöhön (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–42).

Terveysalalla koulutus pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon. Näyttöön perustuvassa koulutuksessa on tärkeää, että koulutukseen osallistuvat hoitajat saadaan motivoitua sekä koulutukseen että aiheen työstämiseen. Motivaatiota herätetään erilaisilla opetusmenetelmillä, joita hyödynnetään koulutuksessa. (Saaranen, Salminen & Sormunen 2016, 103–105.)

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus oli Someron kotihoidon henkilökunnalle suunnattu koulutus, jonka tarkoitus oli lisätä kotihoidon hoitohenkilökunnan tietoutta ikääntyneiden ravitsemuksesta, sekä siitä miten ravitsemus vaikuttaa kroonisen haavan paranemiseen. Koulutuksen tavoitteena oli pyrkiä edistämään osallistujien hoitotyön osaamista (Kupias & Koski 2012, 21).

### 8.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku aloitettiin hakemalla tietoa opinnäytetyön keskeisillä käsitteillä yksi kerrallaan. Keskeiset käsitteet olivat: kotihoito, krooninen haava, haavan paraneminen ja ikääntyneiden ravitsemus.

Tiedonhaussa hyödynnettiin Finna-hakupalvelua aiheeseen liittyvien kirjojen, tutkimusten ja lehtien etsinnässä. Opinnäytetyössä pyrittiin välttämään oppikirjojen referointia. Opinnäytetyön aiheeseen liittyvien tutkimusten etsinnässä käytettiin PubMed- ja Medic-tietokantoja sekä Google-hakupalvelua. Kaikissa hauissa käytettiin opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä joko yhdessä tai erikseen suomen-, ruotsin- ja englanninkielisillä sanoilla. Hauissa hyödynnettiin myös keskeisten käsitteiden synonyymejä. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään korkeintaan viisi vuotta vanhoja lähteitä. Tutkimukset karsittiin aluksi otsikoiden perusteella. Seuraavaksi luettiin abstraktit ja niiden perusteella hyväksyttiin valitut tutkimukset tarkemmin luettaviksi, mikäli ne olivat saatavilla. Liitteessä (Liite 1) kuvataan taulukon avulla tiedonhakua Medic- ja Pubmed-tietokannoista. Suurin osa hyödynnetyistä tutkimuksista löydettiin lukemalla tutkimusten lähdeluettelosta ja yliopistojen Doria-julkaisuarkistoa.

Opinnäytetyössä hyödynnetty englanninkielinen materiaali koostui tutkimuksista. Ruotsinkielisten tutkimusten hakuun käytimme Googlen hakua sekä Vaasan yliopiston ja Åbo Akademin julkaisuarkistoa, mutta sopivia artikkeleita ei löytynyt.

Tutkittua tietoa aiheesta löytyi kiitettävästi ja onnistuimme löytämään opinnäytetyön kannalta hyödyllisiä lähteitä (Liite 2). Harmiksemme osaa lähteistä ei ollut saatavilla tai ne olivat maksullisia.

## 8.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin olemalla yhteydessä työn toimeksiantajaan marraskuussa 2016. Tämän jälkeen aloitettiin opinnäytetyön suunnitelman työstäminen. Alussa työn rajaaminen tuntui haastavalta, mutta viitekehyksen työstämisen myötä aiheen rajaaminen helpottui ja selkiytyi. 2017 alkuvuosi kului teoretietoa hankkiessa sekä samalla opinnäytetyön suunnitelmaa laatiessa. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin kesäkuussa. Heinäkuussa olimme yhteydessä toimeksiantajaan ja elokuussa opinnäytetyösopimus allekirjoitettiin.

Järjestetty koulutus oli kaksiosainen. Toiminnallisen osuuden ensimmäinen koulutusosuus toteutettiin elokuun lopulla ja toinen koulutusosuus syyskuun alussa.

Kuva 1. Kuvio avuksi havainnollistamaan opinnäytetyöprosessia



### 8.2.1 Koulutuksen toteuttaminen

Koulutuksissa hyödynnettiin aktiivimonisteita ja aktivoivan luennon tunnuspiirteitä. Valitsimme aktivoivan luennon menetelmän, koska koulutukseen osallistuvilla oli jo jonkin verran tietoa käsiteltävästä aiheesta oman koulutuksen pohjalta (Kupias & Koski 2012, 113). Aktiivimonisteiden hyödyntämiseen päädyttiin, koska alustavien tietojen perusteella tilassa ei ollut mahdollisuutta hyödyntää teknologiaa. Vastoin alkuperäistä tietoa, tilassa oli mahdollisuus hyödyntää teknologiaa ja aktivoivan luennon tueksi valittiin PowerPoint-esitys.

Koulutusosuutta edeltävästi valmisteltiin koulutus, joka pohjautui teoreettiseen viitekehykseen. Koulutuksen valmistelu sisälsi PowerPoint-esitysten, aktiivimonisteiden, välitehtävän (Liite 3) ja palautelomakkeen (Liite 4) laatimisen. Toinen koulutusosuus pidettiin kaksi viikkoa ensimmäisen osuuden jälkeen syyskuun alussa. Tarkan suunnitelman laatiminen helpotti koulutuksen toteuttamista. Luennon yhteydessä osallistujille esitettiin kysymyksiä, joiden toivottiin herättävän ajatuksia ja pohdintoja omassa toiminnassa. Aktiivimonisteet tehtiin identtisiksi PowerPoint-esityksen kanssa.

Suunnitteluvaiheessa tiedustelimme toimeksiantajan mahdollisuutta osallistua koulutukseen liittyvien materiaalien kustannuksiin ja saimme luvan tulostaa koulutukseen liittyvät materiaalit kotihoidon toimistolla. Olimme sopineet toimeksiantajan edustajan kanssa koulutuksen ajankohdasta sekä koulutuspaikan tilavarauksesta. Hän oli varannut meille koulutusta varten tilat Someron terveyskeskuksen henkilöstöruokalasta, koska se oli

riittävän suuri tila. Toimeksiantajan edustaja oli suunnitellut henkilökunnan työvuorot koulutuspäivänä siten, että mahdollisimman moni kykenisi osallistumaan koulutukseen. Toimeksiantajan edustaja tiedotti koulutuksesta kotihoidon henkilökunnalle eikä koulutukseen vaadittu erillistä ilmoittautumista. Arvioitu osallistujamäärä koulutukseen oli noin 20 henkilöä.

Ensimmäinen koulutusosuus toteutettiin 22.8.2017 Someron terveyskeskuksen henkilöstöruokalassa. Koulutuksesta oli tiedotettu henkilökunnalla sähköpostin kautta, jonka oli lähettänyt osastonhoitaja. Koulutukselle oli varattu aikaa 1,5 tuntia klo 14–15.30. Ensimmäiseen koulutusosuuteen osallistui 18 henkilöä. Tapasimme ensin kotihoidon toimistolla klo 12, missä tulostimme ensimmäisen koulutuksen materiaalit. Seuraava tapaminen oli ennen koulutusta klo 13.30 koulutustilassa. Menimme henkilöstöruokalaan etukäteen, koska meidän tuli virittää esitystä varten muun muassa valkokangas ja testata laitteiston toimivuus. Järjestelimme ruokasalin istumapaikat ennen koulutusta siten, että istumapaikkoja oli riittävästi sekä pöytätilaa aktiivimonisteiden täyttöä varten. Ensimmäisessä koulutusosuudessa käytiin läpi haavan paranemista, haavan paranemisprosessia sekä haavan paranemisen kannalta välttämättömiä ravintoaineita. Olimme aikatauluttaneet koko esityksen etukäteen ja ajatuksena oli, että koulutus olisi kestänyt 55 minuuttia. Koulutus kesti kuitenkin 65 minuuttia, koska arvioidun ajan jälkeen kävimme vielä vapaata keskustelua aiheesta 10 minuutin ajan. Ensimmäisen koulutusosuuden yhteydessä koulutukseen osallistuneille jaettiin välitehtävä, johon oli koottu erilaisia tehtäviä. Tehtävät koostuivat ravitsemuksen edistämisen keinoista. Oletuksena oli, että osallistujille ikääntyneiden ravitsemus on entuudestaan tuttu aihe, mutta halusimme konkretisoida välitehtävään ravitsemuksen edistämisen keinoja. Tehtävän suoritettuaan työntekijä rastitti ruutuun tehtävän suoritetuksi. Välitehtävä oli paperinen, jotta se olisi helposti taittavissa työtakin taskuun. Välitehtävän tarkoituksena oli herätellä osallistuneita kiinnittämään huomiota työssään ikääntyneiden ravitsemukseen. Lisäksi sen tarkoitus oli johdatella seuraavan koulutusosuuden aiheisiin.

Toinen koulutusosuus toteutettiin 5.9.2017. Toiselle koulutukselle oli varattu aikaa 1,5 h ja suunnittelemamme koulutusosuus oli 60 minuuttia, joten päätimme edetä rauhassa. Toinen koulutusosuus kesti lopulta 75 minuuttia. Menimme taas ensin tulostamaan kotihoidon toimistolle koulutuksen materiaaleja, sekä klo 13.30 virittämään laitteistoa koulutusta varten. Koulutukseen osallistui 15 henkilöä. Toisen koulutusosuuden aikana perehdyttiin kroonisen haavan omaavien ikääntyneiden ravitsemukseen sekä ravitsemuksen edistämiseen kotihoidossa. Esityksen edetessä kysyimme osallistujilta aiheeseen liittyviä kysymyksiä heräteläksemme keskustelua. Kysymyksiä olivat esimerkiksi ”Kuinka pitkä yöpaasto asiakkaille tulee viimeisen käynnin ja seuraavan päivän ensimmäisen käynnin välille?” ja ”Valmistatteko asiakkaille yöpöytä?”. Toisen koulutusosuuden päät-

teeksi käytiin välitehtävä ryhmissä läpi. Välitehtävän läpi käymiseen hyödynnettiin negatiivisen ideariihen menetelmää. Negatiivinen ideariih tarkoittaa perinteistä ideariihä käänteisesti ajateltuna (Tevere n.d.). Suurimmalla osalla koulutukseen osallistuneista oli mukana edellisellä kerralla annettu välitehtävä. Jokainen oli rastittanut välitehtävästä vähintään viisi kohtaa. Tiedustelimme osallistuneilta muutaman välitehtävän kohdan rastiin määriä. Tiedustelimme, että kuinka moni oli punninnut asiakkaan sekä kuinka moni oli kiinnittänyt huomiota asiakkaan suuhygieniaan. Kaikki olivat seuranneet asiakkaiden painoa, mutta suuhygieniaan oli vain muutama hoitaja kiinnittänyt huomiota. Osallistujat jakautuivat neljän hengen ryhmiiin ja pohtivat vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Miten omalla työskentelylläsi voit vaikuttaa epäsuotuisasti asiakkaan ruokahuuun?

Miten voit epäonnistua hyvän ravitsemuksen toteutuksessa?

Miten voit epäonnistua kroonisen haavan paranemisen edistämisessä?

Kysymykset muodostuivat välitehtävän ja koulutuksen materiaalin pohjalta. Tehtävää käytiin läpi siten, että jokainen ryhmä sai kertoa omalla vuorollaan vastauksia kysymykseen. Toinen kouluttajista kirjasi vastauksia ylös valkokankaalle heijastettavaan PowerPoint-esitykseen (Kuva 2., Kuva 3. ja Kuva 4.).



## Negatiivinen ideariih

- Miten omalla työskentelylläsi voit vaikuttaa epäsuotuisasti asiakkaan ruokahuuun?
- Ruoan esille laittaminen, esim. pakkauksesta ruoka lautaselle
- Ruoan esteettisyys, ei mössöä
- Tarjotaan liian suuria annoksia
- Liian lyhyt ruokailuväli
- Ruoka on kylmää
- Hoitajan kiire, ruokailutilanteen kiireellisyys
- Ei puututa asiakkaan huonoihin ruokailutottumuksiin
- Epäsiisti olemus ja työskentelyote hoitajalla
- Ei anneta asiakkaalle valinnan vapautta, ei kuunnella asiakasta

Kuva 1. Negatiivisen ideariihen tuotos sivu 1



### Miten voit epäonnistua ravitsemuksen toteutuksessa?

- ▶ Tarjotaan ravintoköyhää ruokaa
- ▶ Asiakkaan rahanpuute
- ▶ Omaiset epäonnistuvat ruokaostoksissa



Kuva 2. Negatiivisen ideariihen tuotos sivu 2

### Miten voit epäonnistua kroonisen haavan paranemisen edistämisessä?

- ▶ Ravintoköyhä ravitsemus
- ▶ Hyvän ruokavalion puute
- ▶ Haavan hoitamisen laiminlyönti



Kuva 3. Negatiivisen ideariihen tuotos sivu 3

Jokainen ryhmä kävi läpi tehtävää ja perusteli antamiaan vastauksia, josta syntyi keskustelua muiden ryhmien kesken.

Koulutuksen päätteeksi osallistuneilta kerättiin palaute.

#### 8.2.2 Koulutuksesta saatu palaute koulutukseen osallistuneilta

Koulutuksesta pyydettiin palautetta palautelomakkeella (Liite 4), joka pyrittiin pitämään mahdollisimman yksinkertaisena ja lyhyenä. Tavoitteena oli, että palautteen pääpaino olisi enemmän koulutukseen osallistuneen oman oppimisen analysoinnissa kuin itse koulutuksen tai kouluttajien analysoinnissa (Kupias & Koski 2012, 19).

Kaikki toiseen koulutusosuuteen osallistuneet täyttivät palautelomakkeen koulutuksen päätteeksi.

Palautteesta kävi erityisesti ilmi se, että koulutukseen osallistuneet kokivat koulutuksen soveltuvan kotihoidon työympäristöön. Tämä päätelmä perustuu siihen, että kukaan osallistuneista ei vastannut ”ei” palautelomakkeen kohtaan ”Soveltuiko koulutuksen materiaali mielestäsi kotihoidon työympäristöön?” kohdalla.

Palautteen perusteella valtaosa koulutukseen osallistuneista koki, että koulutus lisäsi tietoutta ravitsemuksen vaikutuksesta kroonisen haavan hoidossa tai niiden ehkäisemisessä.

Palautteesta kävi myös ilmi, että koulutus toi joko jonkin verran tai ei lainkaan uutta tietoa ravitsemukseen tai kroonisten haavojen ehkäisemiseen liittyen. Viisi koulutukseen osallistunutta henkilöä ei kokenut saaneensa uutta tietoa ravitsemuksesta tai kroonisten haavojen ehkäisemisestä. Koulutukseen osallistuneista lähes jokainen koki, että koulutus lisäsi heidän tietouttaan ravitsemuksen vaikutuksesta kroonisen haavan hoidossa tai niiden ehkäisemisessä.

Puolet osallistujista koki, että koulutus vastasi heidän odotuksiaan, kun taas puolet koki, että koulutus vastasi jonkin verran odotuksia. Puolet osallistujista ajatteli voivansa hyödyntää koulutuksen tietoa hoitotyössä ja loput vastaajista koki voivansa hyödyntää jonkin verran tietoa hoitotyössä.

Palautelomakkeessa oli myös kohta vapaalle sanalle. Palautetta tuli siitä, että aktiivimonisteisiin oli ahdas kirjoittaa muistiinpanoja. Keskustelua ravitsemuksesta toivottiin enemmän. Koulutuksen selkeydestä ja kouluttajien ulosannista tuli positiivista palautetta. Tärkeimpänä palautteena pidimme palautetta ”Koulutus pistää aina ajattelemaan asioita”.

### 8.2.3 Koulutuksesta saatu palaute toimeksiantajalta

Toimeksiantajalta saadussa palautteessa painottui koulutuksen tarpeellisuus. Kroonisten haavojen määrä on vähentynyt, mutta haavan hoidon kokonaisuuden ymmärtäminen on henkilökunnalle tärkeää. Palautteessa tuodaan esille ravitsemuksen huomioimisen vähäisyys, mutta koulutuksen myötä sen tärkeys ymmärrettiin paremmin.

*”Koulutus oli kotihoidon henkilökunnalle tarpeellinen, koska ravitsemustietämyksen lisääminen on nykyisen tiedon valossa yhä tärkeämmässä roolissa asiakkaiden hoidossa.”*

Toimeksiantajan palautteessa kerrotaan henkilökunnan pitäneen koulutusta mielenkiintoisena ja ajatuksia herättävänä. Koulutuksen jälkeen henkilökunnalla on enemmän tietoa haavojen paranemisen edistämisestä ja haavojen ennaltaehkäisystä.

Toimeksiantaja antoi kehittävää palautetta ainoastaan koulutukseen liittyvästä teknisestä toteutuksesta. Aktiivimonisteissa ei ollut riittävästi tilaa kirjoittaa. Tämän palaute tuli myös koulutukseen osallistuneelta henkilökunnalta.

## 9 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö käsitteli aihetta ravitsemuksen merkitys kroonisen haavan paranemisessa. Opinnäytetyön aiheeseen päädyttiin aiheen ajattomuuden, tärkeyden ja toimeksiantajan tarpeiden vuoksi. Aiheen valintaan vaikutti oman oppimisen laajentuminen sekä tiedon mahdollinen hyödyntäminen monessa eri organisaatiossa valmistumisen jälkeen.

Viime vuosien aikana hoitosuosituksia on päivitetty ja halusimme työssämme tuoda ne esille. Halusimme myös hyödyntää työssämme mahdollisimman uusia hoitosuosituksia sekä tutkimuksia. Perehdyttyämme asiaan paremmin, huomasimme kuinka merkittävä vaikutus ravitsemuksella on haavojen paranemiseen.

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja työstämisessä on ollut taukoja. Molempien opinnäytettä työstävien opiskelu ja muu elämäntilanne on vaikuttanut opinnäytetyön työstämiseen. Myös tilaajan puolelta työn toiminnallisen osuuden toteutus venyi syksylle organisaation työntekijöiden kesälomien vuoksi. Tavoitteena oli, että mahdollisimman moni työntekijä pystyisi osallistumaan koulutukseen, joten kesälomakauden päättymisen jälkeinen ajankohta oli sopiva.

Lähtökohtana on, että jokainen ikääntynyt kohdataan yksilönä. Ravitsemuksen edistämisen näkökulmasta voidaan myös ajatella näin. Siksi opinnäytetyömme teoriassa huomioidaan asiakkaiden yksilöllisyys. Asiakas tulee huomioida kokonaisvaltaisena yksilönä ajatellen asiakkaan parasta, sekä pyrkiä yksilöllisen hoidon toteuttamiseen hänen tarpeiden ja toiveidensa mukaisesti (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301 §5).

Ravitsemukseen puuttumisessa tulisi perustella miksi ravitsemuksen edistäminen on tärkeää. Perusteita voivat olla esimerkiksi juuri opinnäytetyömme aihe eli ravitsemuksen merkitys haavana paranemisen edistäjänä. Jo pelkällä ravitsemusinterventiolla on todettu olevan ikääntyneiden ravitsemusta edistäviä vaikutuksia (Puranen 2015).

Ikääntyneiden kohdalla ravitsemukseen vaikuttaa suoranaisesti myös toimintakyky. Sairastuessa voi toimintakyky heiketä ja esimerkiksi ruoanlaittotaidot saattavat huonontua tai kadota. Halosen (2008) tutkimuksen luetuamme huolestuimme entistä enemmän siitä, että saavatko kotihoidon asiakkaat riittävästi tietoa ravitsemuksesta, koska kokemuksiemme mukaan arki kotihoidossa on kiireistä. Opinnäytetyömme yksi tarkoituksista

olikin, että lisäisimme hoitajien tietoutta ikääntyneiden ravitsemuksesta ja motivoida työntekijöitä jatkossa kiinnittämään enemmän huomiota asiakaidensa ravitsemukseen.

Työstäessämme opinnäytetyötä pohdimme, miten saisimme motivoitua ikääntyneet muuttamaan ajatuksia ruokatottumuksista. Koemme, että monella vanhuksella on eri käsitys hyvästä ravitsemuksesta verrattuna nykyisiin ravitsemussuosituksiin. Tarkoituksenamme ei ole muuttaa ikääntyneiden ruokatottumuksia vastentahtoisesti, vaan muuttaa heidän ajatuksiaan ravitsemuksesta. Työelämässä olemme kohdanneet ikääntyneitä, jotka kyseenalaistavat vitamiinien ja kivenaineiden tärkeyden. Koemme, että ottamalla ravitsemusintervention työkaluksi ikääntyneiden kanssa työskennellessä, voimme edistää ja muuttaa ajatusta hyvästä ravitsemuksesta.

Monelle ikääntyneelle on tärkeää, että he saavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Hyvällä ravitsemuksella voidaan mahdollistaa kotona asuminen pidempään sekä edesauttaa ikääntyneen toimintakykyä.

## 9.1 Pohdintaa koulutuksesta

Halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön ja lopulta vaihtoehdoista luonnollisimmaksi toteutustavaksi valikoitui koulutus. Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin Someron kotihoidolle, koska heillä oli koulutustarvetta aiheeseemme pohjautuvalle tiedolle. Koulutus oli hyvä tapa tavoittaa työntekijät tiedolla. Opinnäytetyömme aihe oli mielestämme tärkeä ja laaja, joten emme halunneet tiivistää työmme sisältämää teoriaa esimerkiksi oppaaksi. Luonnollisimmaksi opinnäytetyön toiminnalliseksi osuudeksi valikoituikin koulutus. Koulutus oli hyödyllinen tapa palauttaa työntekijöille mieleen vanhoja opittuja asioita sekä oppia uutta.

Koulutuksen pidimme kaksiosaisena. Päädyimme kaksiosaiseen koulutukseen, koska teoriaosuus olisi ollut liian raskasta toteuttaa yhden koulutuksen aikana. Halusimme sisällyttää koulutukseen osallistujia aktivoivaa osuutta, jotta heille jäisi sisällöstä enemmän mieleen. Toiminnallisen koulutuksen pitäminen oli mielestämme myös hieman kevyempi tapa oppia, kuin kuunnella ainoastaan teoriaa. Koulutukseen sisältyi välitehtävä, joka jaettiin ensimmäisessä koulutusosuudessa. Välitehtävän tarkoituksena oli johdatella osallistajat toisen koulutusosuuden aiheeseen. Koulutuksen aikana osallistajat täyttivät aktiivimonistetta, joka oli identtinen PowerPoint-esityksen kanssa. Rauhallinen eteneminen esityksessä osoittautui haasteelliseksi. Ajoittain etenimme liian nopeasti, josta saimme välitöntä palautetta. Toisen koulutusosuuden päätteeksi välitehtävä purettiin negatiivista ideariihä hyödyntäen ja kävimme vapaamuotoista keskustelua koulutuksen sisällöstä.

Osallistujat täyttivät aktiivimonistetta mielestämme hyvin. Ensimmäiseen koulutukseen sisältyi krooninen haava-käsitteen avaaminen, haavan paranemisprosessi sekä haavan paranemiseen vaikuttavat tekijät. Ensimmäinen koulutus kesti yhteensä 65 minuuttia. Kysymyksiä tuli paljon koulutuksen päätyttyä. Teoriaa käytiin läpi alkuun nopealla tahdilla jännityksestä johtuen. Puhetta saatiin loppua kohden hieman hidastettua ja teoria eteni tasaisemmalla tempolla eteenpäin. Osallistujia ensimmäisessä koulutusosuudessa oli 18, mikä ylitti odotuksemme osallistujamäärän suhteen.

Koulutusosuuden toisessa osuudessa käytiin läpi ravitsemusta kotihoitossa, eri keinoja parantaa ruokahalua, ikääntyneen ravitsemusta, ali- ja virheravitsemusta sekä eri seulontamenetelmiä, joilla pystyttiin kiinnittämään huomiota ravitsemustilaan. Koulutuksessa käytiin ensimmäisen koulutuksen rakenteen mukaisesti ensin teoriatieto läpi yhdessä aktiivimonistetta tukena käyttäen. Esiintyminen oli toisella koulutuskerralla jo helpompaa. Dioissa edettiin rauhallisemmin eteenpäin. Aikaa saimme kulumaan enemmän toisella koulutuskerralla.

Kouluttajille jäi olo, että koulutus oli mielenkiintoinen, koska osallistujat esittivät paljon aiheeseen liittyviä kysymyksiä. Osallistujien esittämiin kysymyksiin oli mielestämme helppo vastata, koska olimme perehtyneet opinnäytetyömme aiheeseen kiitettävästi. Osa kysymyksistä liittyi tuleviin dioihin, joten vastasimme niihin kysymyksiin vastauksen tulevan myöhemmissä dioissa. Ensimmäisessä koulutusosuudessa kysymyksiä heräsi enemmän kuin toisessa koulutusosuudessa. Toisessa koulutusosuudessa taas vapaamuotoisempaa keskustelua aiheesta oli enemmän.

Toisen koulutusosuuden päätteeksi keräsimme kirjallisen palautteen (Liite 4). Palautteen tarkoituksena oli arvioida oman oppimisen edistämistä enemmän kuin itse koulutuksen arvioimista (Kupias & Koski 2012, 19). Palaute oli pääsääntöisesti positiivista. Muutama vastaajista koki, että koulutus ei tuonut uutta tietoa, kun taas suurin osa koki, että koulutus toi uutta tietoa tai se toi jonkin verran uutta tietoa.

Tärkeimpänä saamastamme palautteesta pidimme palautetta ”Koulutus pistää aina ajattelemaan asioita”. Ajattelemme, että koulutus ainakin harrätteli työntekijöitä kiinnittämään huomiota asiakkaidensa ravitsemukseen, joka oli opinnäytetyön tavoitteena. Ruokailutottumukset ovat jokaisella yksilölliset ja moni syö vuosikaudet saman rutiinin mukaisesti. Ruokavaliota ei ole helppo lähteä muuttamaan, mutta sitä voidaan ohjata tiedolla ja hoitajan antamalla ravitsemusinterventiolla parempaan suuntaan.

Palautteesta voidaan päätellä, että kotihoidon hoitajilta löytyy tietoa ravitsemuksesta ja kroonisten haavojen ehkäisemisestä. Palautteesta kävi ilmi myös se, että olimme onnistuneet muovailemaan koulutuksen sisällöstä juuri kotihoidon työympäristöön soveltuvan. Palautteesta voidaan päätellä, että kotihoidon työntekijät tulevat hyödyntämään koulutuksessa käytyjä asioita hoitotyössä.

Kotihoidon henkilökunnan keskustelusta kävi ilmi, että ravitsemukseen pystyisi vielä enemmän kiinnittämään huomiota, jos asiakaskäynneillä olisi runsaammin aikaa. Kiire ja lyhyet asiakaskäynnit nousivat useasti koulutuksessa käydyissä keskusteluissa esille. Hoitajat kertoivat, että olivat ottaneet selvää koulutuksessa mainituista hoito- ja palvelusuunnitelmista, joissa mainitaan ravitsemus.

Koulutuksessa olisimme voineet tuoda vielä selkeämmin esille uusia tutkimustuloksia sekä päivitettyjä hoitosuosituksia. Tai vaihtoehtoisesti painottaa vielä enemmän, että kyseinen tieto on uusin tutkimustulos. Koulutuksen toteutuksen jälkeen pohdimme, että olisimme voineet havainnollistaa päivittäisiä ravintosuosituksia konkreettisemmin, esimerkiksi havainnollistamalla päivittäisen proteiinin tarpeen eri ruoka-aineilla.

Pohdimme myös, että olisiko välitehtävän voinut toteuttaa eri menetelmällä. Välitehtävä soveltui mielestämme kuitenkin hyvin kotihoidon työympäristöön, koska tavoitteenamme oli kehittää tehtävä, joka on helppo toteuttaa kiireisessä hoitotyössä. Toisaalta vaihtoehtoisesti olisimme voineet pohtia välitehtävän purkuun eri menetelmän. Näin jälkikäteen pohdimme, että olisimme voineet esimerkiksi hyödyntää jollain menetelmällä välitehtävän rasti- tettu- ja tehtäviä.

Opinnäytetyö lisäsi tietouttamme aiheesta ja edisti omaa ammatillista kasvuaamme. Harjaannuimme koulutuksen valmistelussa ja valmistelu herätteli meitä kiinnittämään huomiota siihen, mitä kaikkia asioita tulee ottaa huomioon koulutusta suunniteltaessa. Tulevaa työelämää ajatellen meillä on nyt valmiudet järjestää koulutus tai koulutuksen kaltainen tilaisuus. Opinnäytetyötä tehdessä opimme etsimään tietoa monipuolisesti ja kansainvälisesti. Tiedonhaussa lähdekriittisyytemme kasvoi ja opimme löytämään tietoa luotettavista lähteistä. Työn aikataulutuksessa ja työnjaossa koemme edelleen vaativamme harjaantumista.

## 9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota ja yhdistää tietoa, joka välitettiin Someron kotihoidon henkilökunnalle kaksiosaisen koulutuksen muodossa (Vilka & Airaksinen 2003, 41–42).

Eettisesti ajateltuna opinnäytetyö on terveydenhuoltolain mukaan toteutettavaa näyttöön, hyviin hoitokäytänteisiin ja toimintatapoihin perustuva työtä ja tiedon hankintaa (Terveydenhuoltolaki 2010/1326 §8).

Teoreettinen viitekehys koottiin alan kirjallisuutta, sähköistä e-kirjastoa sekä manuaalista tiedonhakua hyödyntäen. Kirjallista ja sähköistä aineistoa oli tarjolla runsaasti. Teoriatiedon etsimisessä hakusanoina hyödynnettiin opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä sekä niiden synonyymejä. Teoria-

tieto perustuu uusimpiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin, jotka olivat artikkeleita, pro gradu -tutkielmia tai väitöskirjoja. Lisäksi ajantasaiset ja päivitettyt hoitosuositukset huomioitiin teoreettisessa viitekehyksessä. Toiminnallisen osuuden koulutuksissa paneuduttiin erityisesti uuteen tutkittuun tietoon ja hoitosuosituksiin. Hoitosuositukset olivat tuoretta ajantasaista tietoa, jossa perehdyttiin ravitsemuksen merkitykseen ikääntyneen terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemiseksi. (Evira 2017.) Tiedon rajauksessa huomioitiin tiedon ajankohtaisuus. Pääsääntöisesti tiedon tuli olla korkeintaan viisi vuotta vanhaa.

Kysymys oikean ja väärän merkityksestä on moraalifilosofinen kysymys. Tutkimuksissa oikeana pidetty loogisesti perusteltu tietoa muuttuu usein lyhyelläkin aikavälillä nopeasti. Tutkittuun tietoon tulee suhtautua kriittisesti ja sitä tulee puntaroida muita tutkittuja lähteitä hyväksikäyttäen. (Pasternack 2002, 2173–2177.)

Jotta työ toisi jotakin uutta tietoa ammatillista kehitystä ajatellen, tarkoituksena ei ollut referoida alan oppikirjoja. Aihetta rajattiin avaamalla keskeiset käsitteet sekä työssä painotettiin ravitsemukseen ja ravitsemuksen edistämiseen.

Opinnäytetyössä hyödynnetyistä tutkimuksista ja hakusanoista luotiin taulukot (Liite 1 & Liite 4), joiden ajatellaan nostavan työn luotettavuutta. Tiedon etsinnässä hyödynnettiin kampuksen informaation avustusta, jonka ajatellaan myös lisäävän työn luotettavuutta. Lähdemerkintöihin kiinnitettiin erityistä huomiota ja aineiston keruussa noudatettiin lähdekriittisyyttä.

Sairaanhoitajaliiton kehittämien sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaisesti tulevaa ammattia ajatellen huolehditaan oman ammattitaidon kehittamisestä, joka näkyy perehtymisellä opinnäytetyön aiheeseen (Sairaanhoitajaliitto 2014). Oman asiantuntijuuden ja ammattitaidon kehittämällä taataan myös muille hoitoalalla työskenteleville mahdollisuus kehittyä ammatissaan, joka ilmenee tässä tapauksessa koulutuksella kotihoiton työntekijöille (Tolvanen E. 2009).

### 9.3 Kehittämisehdotukset

Jatkokehittämisehdotuksena toimeksiantajaorganisaatiolle on, että jokaisessa kotihoidon tiimissä olisi yksi hoitaja, jonka vastuualueena olisi paneutua oman tiimin asiakkaiden ravitsemukseen syvällisemmin. Lisäksi asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa tulisi ottaa ravitsemus huomioon yhtenä osa-alueena.

Kehittämisehdotuksena on myös, että kotihoidossa asiakkaiden ravitsemustilaa kartoitettaisiin erilaisilla seulontamenetelmillä, esimerkiksi MNA-menetelmää hyödyntäen.

Lisäksi kannustamme työnantajaa tarjoamaan jatkossakin aiheesta/ravitsemuksesta ja haavan hoidosta kiinnostuneille hoitajille mahdollisuuden lisäkoulutukseen.



## LÄHTEET

Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. (2008). *Ravitsemushoito käytännössä*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 27–54.

Airaksinen T. (2009). Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Haettu osoitteesta 20.9.2017 <https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallisen-opinnytety-tekstin>

Anttila K., Hirvelä M., Jaatinen T., Polviander M. & Puska E.-L. (2009). Haavan hoitotyö. Teoksessa Malmivaara T. (toim.) *Sairaanhoito ja huolenpito*. Helsinki: WSOY, 471–488.

Aro, A. (2015). Proteiinit ja aminohapot. Terveyskirjasto. Haettu 9.6. 2017 osoitteesta [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=skr00015](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00015)

Cereda E., Klersy C., Seriola M., Crespi & D’Andrea F. (2015). *A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers: a randomized trial*. Ann Intern Med. 2015, helmi 3; 162 (3): 167-74. doi: 10,7326 / M14-0696. Haettu 6.6.2017 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25643304>

Correia M. & Waitzberg DL. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr. 2003 Jun;22(3):235-9. Haettu 2.6.2017 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765661>

Due-Boje N. & Larsson K. (2014). Undernäring hos äldre personer med fokus på könsskillnader – En kvantitativ studie. Haettu 1.6.2017 osoitteesta [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/35581/1/gupea\\_2077\\_35581\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/35581/1/gupea_2077_35581_1.pdf)

Evira (2017). Ikääntyneet. Haettu 14.3.2017 osoitteesta <https://www.evira.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ravitsemussuosituks/ikaantyneet/>

Hakala P. (2015). Ikääntyneiden ravitsemus. Terveyskirjasto. Haettu 8.3.2017 osoitteesta [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086)

Halosen I. (2008). Säärihaavanhoidon potilasohjaus kotihoidossa. *Haava* 4, 32–34.

Hammar A.-M. (2011). *Kirurgian perusteet*. Helsinki: WSOY.

Hoekstra JC., Goosen JH., de Wolf GS. & Verheyen CC. (2011). Effectiveness of multidisciplinary nutritional care on nutritional intake, nutritional status and quality of life in patients with hip fractures: a controlled prospective cohort study. *Clin Nutr.* 2011 Aug;30(4):455-61. doi: 10.1016/j.clnu.2011.01.011. Epub 2011 Feb 20. Haettu 2.6.2017 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21342737>

Huotari K. (2015). Avohoidon rooli leikkausalueen infektioiden hoidossa ja torjunnassa. *Suomen lääkärilehti.* 47/2015 VSK 70. Haettu 21.12.2016 osoitteesta <http://www.fimnet.fi.ezproxy.hamk.fi/cl/laakari-lehti/pdf/2015/SLL472015-3195.pdf>

Ihanainen, M., Lehto, M., Lehtovaara, A. & Toponen, T. (2008). *Ravitsemustieto osaksi ammattitaitoa.* Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 30–52.

Juutilainen V. & Hietanen H. (2012). Haavan määritelmä ja haavatyypit. H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet.* Helsinki: Sanoma Pro Oy, 26–28.

Jyväkorpi S. (2016). *Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life.* Väitöskirja. Haettu 12.3.2017 osoitteesta [https://helda-helsinki-fi.ezproxy.hamk.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1](https://helda-helsinki.fi.ezproxy.hamk.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1)

Kaipainen T., Tiihonen M., Hartikainen S. & Nykänen I. (2015). *Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients.* The Journal of Nursing Home Research. Haettu 24.5.2017 osoitteesta <http://www.jnursinghomeresearch.com/468-prevalence-of-risk-of-malnutrition-and-associated-factors-in-home-care-clients.html>

Khadori. N. M. & Quain. A. M. (2015). Nutrition in wound care management: A comprehensive overview. Volume 27, Issue 12, December 2015; 27 (12):327-335. Haettu 8.6.2017 osoitteesta <http://www.woundsresearch.com/article/nutrition-wound-care-management-comprehensive-overview>

Kotihoito. (n.d.). Terveysthuolto. Haettu 16.11.2016 osoitteesta <http://www.somero.fi/terveydenhuolto/kotihoito/>

Krooninen alaraajahaava (online). Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2014 (viitattu 27.12.2016). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50058>

Kupias P. & Koski M. (2012). *Hyvä kouluttaja.* Helsinki: Sanoma Pro.

Lagus H. (2012). Haavan paraneminen. H. Hietanen (toim.) *Haavanhoidon periaatteet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 29–51.

Marjanen, H. & Soini, S. (2007). Kivennäisaineiden ja vitamiinien merkityksestä. Turku: Suomen terveyskirjat Oy, 18–27.

Myles P., Iacono G., Hunt J., McIlroy D. & Fritschi L. (2002). *Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: smokers versus nonsmokers*. *Anesthesiology* 10 2002, Vol.97, 842-847. Haettu 27.12.2016 osoitteesta: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1943851>

Nowson C. & O'Connell S. (2015). *Protein Requirements and Recommendations for Older People: A Review*. *Nutrients*. 2015 Aug 14;7(8):6874-99. Haettu 18.7.2017 osoitteesta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287239>

Nuutinen O., Siljamäki-Ojansuu U., Mikkonen R., Peltola T., Silaste M.-L., Uotila H. & Sarlio-Lähteenkorva S. (2010). Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveystieteisiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuslaitoksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Haettu 11.3.2017 osoitteesta [https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito\\_net\\_2.painos.pdf](https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_net_2.painos.pdf)

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä (2015). Hoitosuositus. Hotus. Haettu 25.5.2017 osoitteesta <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>

Pasternack A. (2002). Oikea ja väärä lääketieteessä. *Tutkimus ja opetus Duodecim* 2002:118:2173–82. Haettu 23.9.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo93235.pdf>

Puranen T. (2015). *Intervening nutrition among community – dwelling individuals with alzheimer's disease and their spouses*. Väitöskirja. Haettu 14.3.17 osoitteesta <https://helda-helsinki-fi.ezproxy.hamk.fi/bitstream/handle/10138/158249/interven.pdf?sequence=1>

Saaranen T., Salminen L. & Sormunen M. (2016). Oppimisympäristöt ja opetusmenetelmät opettajan työssä. Teoksessa T. Saaranen, M. Koivula, C. Wärnå-Furu, H. Ruotsalainen & L. Salminen (toim.) *Terveysalan opettajan käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma, 97–105.

Saarela O. (2016). Haava. Terveyskirjasto. Haettu 21.12.2016 osoitteesta [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00215](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00215)

Sairaanhoitajaliitto (2014). Sairaanhoitajien eettisen ohjeet. Haettu 27.9.2017 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sinisalo, L. (2015). *Ravitsemus hoitotyössä*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 12–16.

Someron kaupunki (2011). Kotihoidon säännöt. Liite 2. Haettu 17.11.2016 osoitteesta [http://www.somero.fi/UserFiles/somero/File/Terveysterveys/hoido/kotihoidon\\_saannot\\_perusturvalautakunta17052011\\_pykala\\_69.pdf](http://www.somero.fi/UserFiles/somero/File/Terveysterveys/hoido/kotihoidon_saannot_perusturvalautakunta17052011_pykala_69.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö (n.d.). Kotihoito ja kotipalvelut. Haettu 2.12.2016 osoitteesta <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. Haettu 27.9.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Suominen M., Finne-Soveri H., Hakala P., Hakala-Lahtinen P., Männistö S., Pitkälä K., Sarlio-Lähteenkorva S. & Soini H. (2010). *Ravitsemussuosituksot ikääntyneille*. Haettu 8.4.2017 osoitteesta <https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

Tilastokatsaus 2/2016 (2016). Julkari STM:n hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. Haettu 24.5.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/handle/10024/130786>

Terveysterveys ja hyvinvoinninlaitos. (n.d.). Fineli. Haettu 18.7.2017 osoitteesta <https://fineli.fi/fineli/fi/elintarvikkeet>

Terveysterveyslaitos 2010/1326. Haettu 27.9.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveysterveyslaitos (2016). Omega- rasvahapot. Haettu 8.6.2017 osoitteesta [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00900](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00900)

Tevere (n.d.). Menetelmiä kouluttajille ja ohjaustyötä tekeville. Negatiivinen aivoriihi. Haettu 20.2.2017 osoitteesta <http://www.tevere.fi/menetelmia>

Tolvanen E. (2009). *Työelämäyhteys ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetöissä*. Pro-gradu tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto. Haettu 27.9.2017 osoitteesta <http://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/45111/gradu2009tolvanen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tombini M., Sicari M., Pellegrino G., Ursini F., Insardá P. & Di Lazzaro V. (2016). *Nutritional Status of Patients with Alzheimer's Disease and Their Caregivers*. *PJ Alzheimers Dis.* 2016 Oct 18;54(4):1619-1627. Haettu 18.4.2017 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27636839>

Turjamaa R. (2014). *Older people's individual resources and reality in home care*. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences., no 255. Haettu 24.5.2017 osoitteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1616-7/](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1616-7/)

Valvira. (2011). Ohje. Vanhusten ravitsemus ja ruokailurytmi. Haettu 18.4.2017 osoitteesta [https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Valvira\\_ohje\\_3\\_2011.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Valvira_ohje_3_2011.pdf)

Vilka H. & Airaksinen T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Tammi.

## Tiedonhaun kuvaus

## MEDIC

| Hakusanat  | Rajaukset | Hakutulos | Otsikon perusteella valitut | Abstraktien perusteella valitut | Valitut |
|--|-----------|-----------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| Haav* AND rasv*  | -         | 14        | 3                           | 0                               | 0       |
| Haav* AND vitami*  | -         | 4         | 0                           | 0                               | 0       |
| Ikäänt* vanhu* AND ravits*                                   | 2011–2017 | 33        | 17                          | 7                               | 2       |
| Kot* kotihoito AND haava haavahoito kroon* haav*             | -         | 79        | 7                           | 1                               | 0       |
| Kroon* krooninen AND alaraajahaava säärihaava laskimo* haava | -         | 19        | 1                           | 1                               | 0       |
| Ravi* AND haav* AND paran*                                   | 2010–2016 | 5         | 0                           | 0                               | 0       |
| Ravi* AND haava haavahoito kroon* haav*                      | -         | 70        | 8                           | 2                               | 0       |
| Ravi* AND kroon* haav* AND paran*                            | 2011–2016 | 6         | 0                           | 0                               | 0       |
| Tupa* AND haava haavahoito kroon* haav*                      | -         | 111       | 1                           | 1                               | 1       |

## PUBMED

| Hakusanat                     | Rajaukset      | Hakutulos | Otsikon perusteella valitut | Abstraktien perusteella valitut | Valitut |
|-------------------------------|----------------|-----------|-----------------------------|---------------------------------|---------|
| Elder AND nutrition AND wound | -              | 15        | 15                          | 15                              | 1       |
| Nutrition AND elder           | -              | 638       | 24                          | 11                              | 3       |
| Nutrition AND wound           | -              | 8841      | -                           | -                               | -       |
| Nutrition AND wound           | Title/abstract | 1129      | 120                         | 30                              | 0       |

## Ravitsemusta käsittelevät tutkimukset

| Tekijät, vuosi ja tutkimuksen nimi   | Tutkimuksen tarkoitus  | Tutkimuksen tulos   |
|--|--|---|
| <p>Cereda E., Klersy C., Seriola M., Crespi &amp; D'Andrea F. (2015).</p> <p><b>A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers: a randomized trial.</b></p>   | <p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia nautitun arginiinin, sinkin, antioksidanttien, runsaan energian ja proteiinien vaikutusta painehaavan paranemisessa.</p>   | <p>Aliravituilla painehaavat pienenevät ainakin 40 % 8 viikon aikana kun he nauttivat lisäravinteita, jotka sisälsivät runsaasti energiaa ja proteiineja. Lisäravinteissa oli myös arganiinia, sinkkiä ja antioksidantteja.</p>   |
| <p>Correia M. &amp; Waitzberg DL. (2003).</p> <p><b>The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis.</b></p>   | <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaalahoidossa olevien potilaiden ravitsemustilaa sairastuvuudella, kuolleisuudella, sairaalahoidon pituudella ja -kustannuksilla.</p>   | <p>Päätelmänä on, että aliravitsemus monivariarisen logistisen regressiomallin avulla sitä analysoi riippumaton riskitekijä, johon vaikuttaa suurempi riski komplikaatioihin ja kuolleisuuteen, sairaalahoidon kestoon ja kustannuksiin.</p>  |
| <p>Hoekstra JC., Goosen JH., de Wolf GS. &amp; Verheyen CC. (2011).</p> <p><b>Effectiveness of multidisciplinary nutritional care on nutritional intake, nutritional status and quality of life in patients with hip fractures: a controlled prospective cohort study.</b></p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää monialaista interventio-ohjelmaa ravitsemuksen saantiin ja ravitsemuksellisesta asemasta ja elämänlaadusta lonkkamurtumahoidetuilla ikääntyneillä potilailla.</p>   | <p>Lonkkamurtumasta kärsivillä iäkkäillä potilailla monitieteelliseen postoperatiiviseen ravitsemushoitoon liittyi energian ja proteiinin saannin lisääntymisen sairaalahoidon aikana. Kolmen kuukauden seurannan jälkeen interventoryhmässä oli vähemmän aliravittuja potilaita ja elämänlaadun heikkeneminen oli vähempää kuin kontrolliryhmässä.</p>   |
| <p>Jyväkorpi S. (2016)</p> <p><b>Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life</b></p>  | <p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotona asuvien eri kuntoisten ja pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemustilaa, ravinnonsaantia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä sekä selvittää ravitsemusohjauksen ja -opetuksen vaikuttavuutta tutkittavien ruokavalion laatuun, ravintoaineiden saantiin, kaatumisiin ja elämänlaatuun.</p> | <p>Ruokavalion heikko laatu, riittämätön proteiinin ja muiden suojaravintoaineiden saanti oli yleistä kaiken kuntoisilla ikääntyneillä. MNA:n sensitiivisyys ja spesifisyys tunnistaa ikääntyneitä, jotka saivat vähän energiaa ja proteiinia ruokavaliostaan, oli heikko. Räätelöidyt ravitsemusinterventiot paransivat ikääntyneiden ruokavalion laatua ja ravintoaineiden saantia, elämänlaatua sekä vähensivät kaatumisalttiutta kotona asuvilla muistisairailla.</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>Kaipainen T., Tiihonen M., Hartikainen S. &amp; Nykänen I. (2015).</b></p> <p><b>Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients</b></p>   | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ravitsemustilaa ja siihen liittyviä seikkoja yli 75-vuotiailla kotihoidon asiakkailta.</p>  | <p>Aliravitsemus tai uhka aliravitsemukselle on yleinen ongelma kotihoidon asiakkailta. Riskiin liittyi polyfarmasia, kognitiivinen heikkeneminen ja masennusoireet. Kotihoidon asiakkailta tulisi seuloa aliravitsemustilaa ja aliravitsemuksen riskissä olevat tulisi myös huomioida.</p>  |
| <p><b>Khardori N.M. &amp; Quain A. M. (2015).</b></p> <p><b>Nutrition in wound care management: A comprehensive overview.</b></p>   | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli koota yhteen makro- ja mikroravintoaineiden tehtäviä haavan paranemisprosessissa.</p>  | <p>Makro- ja mikroravinteilla ei todettu olevan vahvaa näyttöä haavan paranemisen edistämiseksi. Potilaan ravitsemustila tulee korjata ja varmistaa potilaan riittävä kaloreiden saanti. Myös hiilihydraattien, proteiinien, vitamiinien ja nesteiden saanti on varmistettava.</p>   |
| <p><b>Myles P., Iacono G., Hunt J., Mellroy D. &amp; Fritschi L. (2002).</b></p> <p><b>Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: smokers versus nonsmokers</b></p> | <p>Tutkimuksessa verrattiin tupakoivien ja tupakoimattomien leikkauksen jälkeisiä haavakomplikaatioita.</p>   | <p>Tutkimuksessa todettiin haavakomplikaatioiden lisääntyneen tupakoivien keskuudessa.</p>   |
| <p><b>Puranen T. (2015)</b></p> <p><b>Intervening nutrition among community-dwelling individuals with alzheimer's disease and their spouses</b></p>   | <p>Tutkimuksessa selvitettiin millainen on kotona asuvien muistisairaiden ja heidän puolisoheittäjien ravitsemustila ja ravintoaineiden saanti verrattuna suosituksiin. Lisäksi tutkittiin, onko puolisoheittäjän sukupuoli yhteydessä tutkittavien ravintoaineiden saantiin. Rääätälöidyn ravitsemusohjauksen vaikuttavuutta Alzheimer-potilaiden painoon, ravitsemustilaan, ravintoaineiden saantiin, elämänlaatuun ja kaatumisten ehkäisyyn tutkittiin satunnaistetulla, kontrolloidulla, tutkimusasetelmalla. Tutkimukseen osallistui 99 pariskuntaa, jolta saatiin ruokapäiväkirjat.</p> | <p>Alkutilanteessa muistisairaista 44 % ja puolisoheittäjistä 16 % olivat MNA-testin perusteella aliravitsemusriskissä. Ravinnon saanti vaihteli paljon. Alkutilanteessa energian saanti oli muistisairailta miehillä 1897 kcal ja naisilla vastaavasti 1313 kcal. Puolisoheittäjistä miehillä energian saanti oli 1605 kcal ja naisilla 1536 kcal. Ravintoaineiden saanti oli suosituksia alhaisempaa usean ravintoaineen kohdalla. Noin puolet tutkittavista sai suosituksia vähemmän C- ja E-vitamiinia, ja folaatin saanti oli valtaosalla tutkittavista suosituksia alhaisempaa. Rääätälöidyllä ravitsemushoidolla ei ollut vaikutusta muistisairaiden henkilöiden painoon, mutta ohjaus paransi interventoryhmään kuuluvien ravintoaineiden saantia ja elämänlaatua.</p> |



|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>Tolvanen E. (2009)</b></p> <p><b>Työelämäyhteys ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetöissä</b></p>  | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten työelämäyhteys ilmenee terveysalan ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetöissä.</p>   | <p>Tulokset osoittivat, että hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetöiden työelämäyhteys ilmeni opinnäytetöiden lähtökohdissa, opinnäytetöiden tuotoksina ja niiden työelämähyödynnettävyytenä, työelämäyhteistyönä sekä opiskelijan oppimisessa.</p> <p>Tulokset osoittivat, että hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetyöt täyttivät lakien ja asetusten vaatimukset terveysalan ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle.</p> <p>Työelämäyhteistyössä tehty opinnäytetyö kehitti opiskelijan oppimista, hoitotyön työelämää ja ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistoimintaa.</p> <p>Työelämäyhteistyötä ja opinnäytetöiden työelämähyödynnettävyyttä tulisi edelleen kehittää.</p> |
| <p><b>Tombini M., Sicari M., Pellegrino G., Ursini F., Insardá P. &amp; Di Lazzaro V. (2016)</b></p> <p><b>Nutritional Status of Patients with Alzheimer's Disease and Their Caregivers</b></p> | <p>Tutkimuksessa tutkittiin 90:tä Alzheimerin tautia sairastavan ravitsemustilaa. Tutkimus toteutettiin MNA-testien avulla yhdessä omaishoitajien kanssa.</p>   | <p>Tutkimukseen osallistuneista 95 prosentilla todettiin joko aliravitsemustila tai riski aliravitsemukseen.</p>  |
| <p><b>Turjamaa R. (2014).</b></p> <p><b>Older people's individual resources and reality in home care.</b></p>   | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavarojen tunnistamista ja tukemista kotihoidossa asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmista. Tutkimuksessa oli neljä osatutkimusta, jotka käsitelivät ikääntyneen asiakkaan kotona asumisen mielekkyyden elementtejä. Tutkimuksessa haastateltiin henkilökuntaa, perehdyttiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin, kerättiin tietoa eri tutkimuksista ja artikkeleista sekä videoitiin kotikäyntejä.</p> | <p>Kotihoidossa on tunnistettavissa toimenpidekeskeisyyttä ja asiakkaan fyysisiin tarpeisiin vastaamista. Sekä kotihoidon henkilökunta, että asiakkaat pitivät mielekkään arjen tärkeimpinä elementteinä voimavarakeskeisyyden. Hoito ja palvelusuunnitelmien laatimisessa tulisi ottaa ikääntynyt asiakas huomioon kokonaisvaltaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa tulisi huomioida myös ravitsemus.</p>  |

Välitehtävä

|  |  |
|--|--|
| <b>RUOKAILUA KOSKEVIA TOIMINTOJA</b>   |  |
| <b>Olen tarjonnut asiakkaalle proteiinipitoisemman välipalan</b>                 |  |
| <b>Olen huomionnut kauppaliaa tehdessä asiakkaan lempiruokia</b>                 |  |
| <b>Olen tarjonnut asiakkaalle kevyt maidon tilalle vaihtoehdoksi täysmaidon</b>  |  |
| <b>Olen rikastanut asiakkaan ateriala esim. voisilmällä</b>                      |  |
| <b>Olen tehnyt asiakkaalle yöpala valmiiksi esim. Jääkaappiin tai yöpöydälle</b> |  |
| <b>Olen tarjonnut asiakkaalle lisäravinteita, esim. Nutridrink</b>               |  |
|  |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>HOITOTYÖTÄ KOSKEVIA TOIMINTOJA</b>  |  |
| <b>Olen mitannut asiakkaan painon</b>  |  |
| <b>Olen huomionnut asiakkaan hoitosuunnitelmassa ravitsemuksen</b>                               |  |
| <b>Olen murskannut lääkkeitä ja antanut ne aterian yhteydessä</b>                                |  |
| <b>Olen kartoittanut asiakkaan ravitsemustilaa NRS2002-, MUST- tai MNA-menetelmää hyödyntäen</b> |  |
| <b>Olen ottanut asiakkaan kanssa puheeksi hänen ravitsemuksensa</b>                              |  |
| <b>Olen ottanut asiakkaan ravitsemuksen puheeksi hänen omaistensa kanssa</b>                     |  |
| <b>Olen huomionnut yö-paaston pituuden asiakaskäyntejä suunniteltaessa</b>                       |  |
| <b>Olen huolehtinut asiakkaan suuhygieniasta</b>   |  |
| <b>Olen huomionnut asiakkaan ihon kunnon</b>   |  |

## Palautelomake

|   | Kyllä | Jonkin<br>verran | Ei |
|---|-------|------------------|----|
| Lisäkö koulutus asiantuntijuutta ikääntyneiden ravitsemuksesta?   |       |                  |    |
| Lisäkö koulutus tietoa ravitsemuksen vaikutuksesta kroonisen haavan hoidossa tai niiden ehkäisemisessä? |       |                  |    |
| Ajatteletko hyödyntäväsi koulutuksen tietoa hoitotyön otteessa?   |       |                  |    |
| Soveltuiko koulutuksen materiaali mielestäsi kotihoiton työympäristöön?                                 |       |                  |    |
| Toiko koulutus sinulle uutta tietoa ravitsemukseen tai kroonisten haavojen ehkäisemiseen liittyen?      |       |                  |    |
| Vastasiko koulutus odotuksiasi?   |       |                  |    |

Vapaa sana koulutukseen liittyen tai palautetta kouluttajille

Kiitos palautteesta!