



LAUREA

KERAVAN HOIVAKOTI ESPERISSÄ ASUVIEN  
IKÄIHMISTEN RAVITSEMUSTILA MNA –  
LOMAKKEELLA ARVIOITUNA JA HOITAJIEN  
NÄKEMYS ASUKKAIDEN RAVITSEMUKSESTA



Reponen Sanna

Ulkuniemi Kristina

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Laurea Lohja

KERAVAN HOIVAKOTI ESPERISSÄ ASUVIEN IKÄIHMISTEN RAVITSEMUSTILA  
MNA-LOMAKKEELLA ARVIOITUNA JA HOITAJIEN NÄKEMYS ASUKKAIDEN  
RAVITSEMUKSESTA

Reponen Sanna  
Ulkuniemi Kristina  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu 2009

Sanna Reponen  
Kristina Ulkuniemi

Vuosi 2009

Sivumäärä 40

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Keravan Hoivakoti Esperissä asuvien ikäihmisten ravitsemustilaa MNA-lomakkeella. Lisäksi suunnittelimme hoivakodin hoitohenkilökunnalle kyselylomakkeen, jolla oli tarkoitus kartoittaa henkilökunnan tietopohjaa ikäihmisen ravitsemuksesta ja lisäkoulutuksen tarpeesta sekä käsitystä asukkaiden tämänhetkisestä ravitsemustilasta.

Esittelimme opinnäytetyön aiheen ja tarkoituksen hoivakodin henkilökunnalle osastotunnilla. Aineistonkeruuseen käytimme MNA-lomaketta, jota käytettiin hoivakodin asukkaiden ravitsemustilan arvioimiseen sekä hoitajille suunnattua kyselylomaketta, jonka teimme hoivakodin tarpeita vastaavaksi. Hoivakodin hoitajat täyttivät MNA-lomakkeet, joten aineisto oli sekundaarista. Aineisto analysoitiin määrällisellä tutkimusmenetelmällä, apuna käytettiin SPSS-järjestelmää.

MNA-lomakkeista saatujen tuloksien perusteella hoivakodin ikäihmisten tämänhetkinen ravitsemustila vastaa aiemmin tehtyjen tutkimusten tasoa. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista ikäihmisistä olivat aliravitsemusrisissä tai heillä on virheravitsemusta. Tutkimus tulosten mukaan myös aliravitsemuksesta kärsiviä ikäihmisiä oli paljon. Vain pienellä osalla tutkimukseen osallistuneista ravitsemustila oli hyvä. Ikäihmisten oma näkemys tämänhetkisestä ravitsemustilastaan poikkesi vain hieman MNA-lomakkeilla saaduista tutkimustuloksista.

Henkilökunnalle suunnatulla kyselylomakkeella tuli ilmi, että tämän hetkinen koulutus ikäihmisen ravitsemuksesta oli monen hoitajan mielestä riittämätön. Kyselyn mukaan henkilökunta ei pystynyt tällä hetkellä arvioimaan asukkaiden nykyistä ravitsemustilaa. Hoitajien mukaan lisäkoulutusta tarvittaisiin.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa Hoivakoti Esperiin tietoa asukkaiden ravitsemustilasta ja hoitajien valmiudesta antaa ravitsemusohjausta hoivakodin asukkaille. Tutkimustuloksiin vaikuttivat asukkaiden neurologiset ongelmat. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista ikäihmisistä on dementia, depressio tai jokin muu neurologinen ongelma. Henkilökunnan lisäkoulutuksella voitaisiin parantaa mahdollisesti asukkaiden ravitsemustilaa ja vähentää virheravitsemusta. Kehittäminen vaatisi työyhteisön sitoutumista lisäkoulutukseen ja ymmärrystä ravitsemuksen tärkeydestä ikäihmisen hoidossa.

Asiasanat: ikääntyminen, ikäihmisen ravitsemus, ravitsemustilan arviointi

Laurea Lohja

Nursing

The Nutritive condition of the elderly in Esperri nursing home  
evaluated by MNA form and the view of staff on the nutrition of residents

Sanna Reponen

Kristina Ulkuniemi

Year 2009Pages 40

The purpose of this study was to evaluate the nutritive condition of the elderly people living in Esperri, a Nursing home in Kerava. This was done with the help of the MNA form. In addition, a questionnaire was designed specially for the staff of the nursing home. The purpose of the questionnaire was to survey the staff's knowledge of the elderly people's nutrition and the staff's need for further training, as well as their conceptions about the residents' current nutritive condition.

We presented the topic and the purpose of our final project to the staff of the nursing home. The staff filled in the MNA form. Thus, the data collected was secondary data. The data was analysed by quantitative methods, using the SPSS software.

According to the results, the current nutritive condition of the elderly people at the nursing home correlates with the findings of previous studies. The majority of the participants were at risk of malnutrition or suffered from unsuitable nutrition. The results also showed that there were a number of elderly people already suffering from malnutrition. The nutritive condition was good for the minority of the participants. The elderly people's own views about their nutritive condition were very similar to the results of the MNA form.

According to the staff, the current level of information about elderly people's nutrition is inadequate. The questionnaire also showed that the staff was unable to evaluate the residents' current nutritive condition. The nurses felt that there was need for further training.

The objective of the study was to provide the nursing home with information about the residents' nutritive condition and the nurses' competence in providing nutritional guidance for the residents. The residents' neurological problems had an effect on the results. The majority of the participants suffered from dementia, depression or other neurological problem. The residents' nutritive condition could be improved through further education of the staff. This can only be done if the staff is committed to the training and understands the importance of nutrition in the care of elderly people.

Keywords: ageing, nutritive condition of elderly people, evaluation of the nutritive condition

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET .....	7
2.1	Ikääntyminen .....	7
2.1.1	Ikääntymisen vaikutukset elimistöön .....	7
2.1.2	Ikäihmisten ravitsemustila nykyään .....	8
2.2	Ravitsemuksen merkitys ikäihmiselle .....	9
2.2.1	Ravitsemus suositukset .....	10
2.2.2	Ravitsemus ongelmat .....	10
2.2.3	Ravitsemushoito .....	11
2.2.4	Ravitsemussuunnitelma ja - ohjaus .....	12
2.3	Ravitsemustilan arviointi .....	13
3	TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	14
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	14
4.1	Tutkimuksen lähestymistapa .....	14
4.2	Tutkimuksen aineistonkeruu .....	15
4.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	15
4.4	Kyselylomakkeet .....	16
5	TULOKSET .....	17
5.1	MNA-lomakkeen tulokset .....	17
5.2	Hoitajille suunnatun kyselylomakkeen tulokset .....	23
6	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	26
6.1	MNA -lomakkeen tulosten tarkastelua .....	27
6.2	Hoitajille suunnatun lomakkeen tulosten tarkastelua .....	28
6.3	Jatkotutkimusaiheet .....	30
	Kuva 1: Energian tarpeen viitearvot .....	33
	Kuva 2: Ravintoaineiden saantisuositus .....	33
	Liite 1: MNA -lomake .....	33
	Liite 2: Hoitajille suunnattu kyselykaavake .....	33

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme teemme yhteistyössä Keravan palvelutalo Esperin kanssa. Tutkimuslupa on saatu palvelutalon Palveluvastaava Päivi Pajalalta. Tarkoituksemme oli arvioida ikäihmisten ravitsemustilaa sekä hoitajien näkemystä asukkaiden ravitsemustilasta.

Ravitsemustilaa on tarkoitus kartoittaa Mini Nutritional assesment eli MNA-lomakkeella, joka on kehitetty yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. Hoitajille olemme kehittäneet oman kyselykaavakkeen. Tuloksia voidaan hyödyntää Keravan Esperin asukkaiden mahdolliseen ravitsemustilan parantamiseen sekä lisätä hoitajien tietämystä asukkaiden ravitsemustilasta. MNA-lomakkeiden ja hoitajien kyselykaavakkeiden tulokset analysoidaan määrällisesti.

Teoriaosuus muodostuu alan kirjallisuudesta ja aiemmista tutkimuksista sekä vanhustyön keskusliiton materiaaleista. Aihetta on tutkittu paljon ja aineistoa on saatavilla runsaasti.

Aiheena ikäihmisten ravitsemus on kiinnostava, koska tulemme tulevassa ammatissamme sairaanhoitajina kohtaamaan heitä usein. Ikäihmisiä tulee jatkuvasti lisää ja heidän ravitsemuksellaan on suuri vaikutus heidän hyvinvointiin. Virheravitsemuksen hoitamattomuudella on vaikutuksia kustannuksiin. Hoitamattomana sairaalassaoloajat pitenevät ja lääkekustannukset nousevat. Hoitajina pyrimme tukemaan ikäihmisten omatoimisuutta mahdollisimman pitkään. Ravitsemuksella on suuri merkitys ikäihmisen jaksamiseen ja vireystilaan. Ravitsemusongelmat tulisi huomata mahdollisimman pian. Näin ongelmiin päästään ajoissa puuttumaan ja vältetään mahdollinen sairaalahoito.

Toivomme, että työstämme on apua palvelutalon asukkaille sekä hoitajille. Opinnäytetyön tuloksista teemme yhteenvedon Esperin hoitajille.

## 2 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Ikääntyminen

Vanheneminen on hyvin yksilöllistä. Siihen vaikuttavat esimerkiksi elämäntavat ja perintötekijät. Fyysinen ikääntyminen tarkoittaa elimistön toimintojen hidastumista. Fyysistä ikääntymistä ei voi estää, ja sen vuoksi se tulisi nähdä luonnollisena osana ihmisen kehitystä. Biologisista teorioista on etsitty vanhenemisen syitä ja mekanismeja, mutta yleispätevää selitystä ei ole löydetty. Psykkistä vanhenemistä pystyisi kuvaamaan kehittymiseksi, kypsymiseksi tai muuttumiseksi. Ihminen joutuu elämään aiempaa hitaammaksi muuttuvassa kehossa ja sopeutumaan muutoksiin. (Medina 2006.)

Eräänä vanhuuden merkinä on myös pidetty sitä, ettei yksilö enää kykene sopeutumaan omasta kehosta tai ympäristöstä aiheutuviin muutospaineisiin. (Heikkinen 2002.)

Suomen väestön ikärakenteen muuttuessa koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä ikäämmän väestön tarpeisiin. ([www.vanhustyonkeskusliitto.fi](http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi)) Ikääntymisen myötä pitkäaikaissairauksien määrä ja todennäköisyys lisääntyvät. (Heikkinen 2002.) Yli 65-vuotiaiden ihmisten toimintakyky todennäköisesti paranee tulevaisuudessa. Lyhyellä aikavälillä muutokset ovat kumminkin suhteellisen pieniä. (Tilvis 2001.)

Suomessa vuosituhannen vaihteessa joka seitsemäs henkilö on yli 65-vuotias ja 2030-luvulla arvioidaan yli 65-vuotiaita olevan jo neljännes koko väestöstä. Väestön ikääntyminen vuosina 2000-2005 on Suomessa nopeampaa kuin muissa EU-maissa tai Yhdysvalloissa, mikä näkyy kaikista eniten työikäisen väestön vanhenemisena. Tämän odotetaan lisäävän erityisesti hoiva- ja hoitopalveluiden kysyntää. (Heikkinen 2002.)

Onnistuneen ikääntymisen edellytyksenä on ympäristötekijöiden optimoiminen. (Tilvis 2001.)

#### 2.1.1 Ikääntymisen vaikutukset elimistöön

Vanheneminen ei niinkään aiheuta erityistarpeita ravitsemuksellisesti, mutta ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja sairaudet altistavat ravitsemushäiriöille. (Pitkälä 2006.) Ikääntyessä kehonkoostumus muuttuu. Elimistön nestepitoisuus ja solumassa vähenevät, lihaskudoksen määrä pienenee ja rasvakudoksen määrä lisääntyy. (Aro 2006.) Ikääntyessä ihmisen aktiivisen kudoksen määrä vähenee ja ruuansulatusentsyymien erityis heikkenee. Maku- ja hajuaisteissa tapahtuu myöskin muutoksia, jotka heikentävät ruoasta nauttimista ja vähentävät näin ollen syödyn ruoan määrää. (Suominen 2007.)

Suussa ja suun alueella tapahtuu ikääntymisen myötä monia muutoksia, jotka vaikuttavat syömiseen ja nielemiseen. Verenkierron heiketessä muun muassa syljeneritys ja suun limakalvojen kunto heikkenee. Hampaiden kunto ja määrä vaikuttavat ruuan pureskeltavuuteen. (Stakes 2002.)

Muistisairaudet saattavat aiheuttaa muutoksia aivoissa, jolloin maku- ja hajuaistimukset muuttuvat ja vanhukselle tuttuakin ruoka voi maistua pahalta. Entisestä lempi ruoasta tai juomasta voi tulla esimerkiksi epämiellyttävän makeaa. (Suominen 2007.)

Dementia ja kognitiivisten toimintojen häiriöt heikentävät usein ravinnonsaantia siksi, että ihminen unohtaa yksinkertaisesti syödä. Huono ruokahalu voi siis tässä yhteydessä johtua monesta syystä, esimerkiksi kiinnostuksen puutteesta syömistä kohtaan, muistin heikkenemisestä tai heikentyneestä kyvystä tunnistaa nälän tunne. (Suominen 2007.)

lääkällä niukkakuituinen ruokavalio on suolen toimintaa hidastava ja ummetuksen syntyyn vaikuttava tekijä. Ruokavalion niukkakuituisuus voi liittyä purentaongelmiin ja nielemisvaikeuksiin, mitkä saattavat estää kiinteän ruoan nielemisen. Ummetus voi sinänsä heikentää ruokahalua ja aiheuttaa pahoinvointia. (Hartikainen 2008.)

### 2.1.2 Ikäihmisten ravitsemustila nykyään

Yleisesti tietous terveellisestä ruoasta näkyy nykypäivän vanhusten ruokavalinnoissa. Naiset ovat omaksuneet terveellisen ruokavalion mallit miehiä paremmin. Vanhusten voin käyttö vähentynyt ja tilalle on tullut terveellisempiä vaihtoehtoja, pehmeitä kasvirasvoja niin leivän päälle kuin ruoanvalmistukseenkin. Vähärasvaisten maitotuotteidenkin käyttö on lisääntynyt viime vuosina. Rasvan pääpaino on edelleen kovassa, tyydyttyneessä rasvassa, myönteisestä kehityksestä huolimatta. Mikä osaltaan lisää sydän- ja verisuonisairauksien riskiä.

D-vitamiinin puutetta on todettu huonosti liikkuvilla kotona ja laitoksissa asuvilla vanhuksilla. Ikäihmisten ravintokuitujen saanti on liian vähäistä. (Medina 2006.)

Useiden tutkimusten mukaan laitoshoidossa olevien ikäihmisten ravinnonsaanti voi olla riittämätöntä ja ravitsemustila heikentyntä. Ravinnonsaanti saattaa olla jo vaikeutunutta kotona tai se voi pysyä huonona sairaalahoidon aikana ja ongelma jatkuu siirryttäessä pitkäaikaiseen laitoshuoltoon. Hyvä ravitsemustila tarkoittaa, että ihmisen nauttima ravinto ja hänen elimistönsä vaatima ravintoaineiden kulutus ovat tasapainossa. (Muurinen 2003.)

Tikkanen (2005) on pro gradu -työssään tutkinut vanhusten ravitsemustilaa ja sen arviointia. Hänen tutkimukseensa osallistui 100 kotona asuvaa yli 75-vuotiasta kuopiolaista vanhusta. Tutkimusmenetelminä käytettiin haastattelua, joka sisälsi



MNA-testin ja 24-tunnin ruoankäyttöhaastattelun, verimääryityksiä ja antropometrisia mittauksia. Tulokseksi saatiin, että 43 % vanhuksista oli hyvässä ravitsemustilassa, 55 % kuului aliravitsemusriskiryhmään, ja 2 % heistä oli aliravittuja. Tutkimuksessa korkea ikä ja runsas lääkkeiden käyttö olivat yhteydessä aliravitsemusriskiin.

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vuonna 2003 suorittaman kyselyn tavoitteena oli kartoittaa helsinkiläisten vanhainkotien asukkaiden ravitsemustilaa ja virheravitsemukseen assosioituvia tekijöitä. Tutkimukseen osallistuneiden määrä oli yhteensä 2036 (84%). Tutkimukseen osallistuneiden asukkaiden keski-ikä oli 83 vuotta. Asukkaat olivat olleet jo pitkään laitoshoidossa, keskimäärin noin kolme vuotta. Heidän toimintakykynsä oli melko huono, mikä myös osaltaan saattaa selittää heidän ravitsemuksensa tilaa. Kaikista helsinkiläisistä vanhainkotien asukkaista 29 % kärsi MNA-pisteiden mukaan virheravitsemuksesta, 60 % oli virheravitsemusriskissä ja vain 11 % oli hyvin ravittuja. (Muurinen 2003.)

Soinin (2004) väitöstutkimuksessa kartoitettiin kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemustilaa ja ravitsemukseen liittyviä ongelmia sekä niiden hoitoa. Lisäksi tutkittiin Ravitsemusarviomittarin (niin sanottu MNA-mittari) ominaisuuksia kotisairaanhoidon -potilailla. Tutkimuksen mukaan lähes puolella oli hyvä ravitsemustila, mutta vastaavasti toisella puolella oli vaikeuksia ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Erityisesti niillä potilailla, jotka tarvitsevat apua ruoan hankinnassa ja valmistuksessa, on riski virheravitsemukseen. Tutkimukseen osallistui 178 kotisairaanhoidon yli 75-vuotiasta potilasta kolmessa kunnassa Etelä-Suomessa. Vaikeasti muistihäiriöisiä potilaita ei otettu tutkimukseen.

Ravitsemustilaa, syömistä ja ravintosisältöä on tutkittu suomalaisissa dementiakodeissa. Otanta oli pieni, 23 dementiaa sairastavaa 69-89-vuotiasta. Tutkimukseen käytettiin MNA-lomaketta sekä laskettiin 14 päivän ajan ravintosisältö syödyistä ja tarjotuista ruoista. MNA-lomakkeella mitattuna 20 asukasta oli aliravitsemusriskissä ja 3 asukasta aliravittuja. Tutkimuksessa huomattiin, etteivät asukkaat saaneet tarpeeksi energiaa, proteiinia, D- ja E-vitamiineja ja foolihappoa. (Suominen 2004.)

## 2.2 Ravitsemuksen merkitys ikäihmiselle

Hyvä ravitsemustila ylläpitää ikäihmisen terveyttä, toimintakykyä, ehkäisee sairauksia ja hidastaa sairauksien etenemistä. Ravinnolla ehkäistään myös laihtumista. Ikäihmisillä myös ruokailun sosiaalinen ja emotionaalinen merkitys kasvaa. Tutuilla ruokalajeilla voidaan luoda turvallisuutta. Ruokailutilanne voi olla päivän kohokohta ja mahdollisuus tavata muita ikäihmisiä. (Suominen 2007.)

### 2.2.1 Ravitsemus suositukset

Hyvällä ravitsemuksella turvataan riittävä energian ja ravintoaineiden saanti. Ikäihmisten ravitsemussuositukset eivät juuri poikkea nuorempien suosituksista. Ravitsemussuositukset ovat kuitenkin laadittu erikseen yli 60-vuotiaille. (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2005). D-vitamiinia suositellaan ikäihmisille kaksinkertainen määrä verrattuna työikäisiin ihmisiin. B-vitamiinia ja rautaa tulisi ikäihmisten nauttia työikäisiä vähemmän. Perusaineenvaihdunnan hidastumisen ja fyysisen aktiivisuuden vähenemisen vuoksi energian saantisuositus on työikäisiä pienempi. (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2005).

Energian tarve riippuu ikäihmisen perusaineenvaihdunnasta (PAV) ja fyysisestä aktiivisuudesta. Ikäihmisillä rasvakudos lisääntyy, joka hidastaa aineenvaihduntaa. Suosituksen mukaan yli 60-vuotiaiden PAV on 20,5 kcal/kg/vrk. Perustarve voidaan arvioida seuraavanlaisesti: vuodepotilaat 1,2 x PAV, sisällä oleilevat 1,4 x PAV ja normaalisti liikkuvat 1,5-1,6 x PAV. Aliravitsemustilan korjaamiseen voidaan kertoimiin lisätä 0,3. Ikäihmisillä proteiinin saantisuositus on 1,0-1,2g/kg/vrk (13-17%) ja sairaudesta toipuessa suurempi. (Räihä 2005) Lihasmassan pienenytessä proteiinin tarve kuitenkin säilyy. (Suominen 2007). Hiilihydraattien pitäisi olla kokonaisenergiämäärästä 55-60%. Kuituja suositellaan saatavaksi 25-35g vuorokaudessa. Kuidut ovat hyväksi ikäihmisten suolentoiminnalle. Rasvan osuus kokonaisenergiämäärästä tulisi olla 30% ja tästä kovan rasvan osuus 10%. Ikäihmiset syövät liikaa kovia rasvoja. Vitamiinien kivennäisaineiden määrät löytyvät liitteinä olevista taulukoista. (Räihä 2005) (Suominen 2001).

### 2.2.2 Ravitsemus ongelmat

lökkäät ihmiset ovat ravitsemuksellisesti hyvin haavoittuva ryhmä. Huono ravitsemustila heikentää toimintakykyä ja elimistön puolustusmekanismeja sekä lisää kuolleisuutta. (Stakes 2002.) Vanhusten huonon ravitsemustilan syitä on hyvin monenlaisia ja ravitsemusongelmat voivat ilmetä hyvin usealla tavalla. Selkeimmin havaittavissa ovat liian niukasta energian ja proteiinin saannista johtuva laihtuminen ja aliravitsemus. Iäkkään ihmisen aliravitsemuksen taustalla on usein jokin krooninen sairaus. Ylipainoinenkin ikääntynyt voi kärsiä huonosta ravitsemustilasta. Runsaan rasvakudoksen alla saattaa olla hyvin vaikeaa lihaskatoa, joka voi heikentää toimintakykyä tai B12- vitamiinin puutoksesta aiheutuvia muistiongelmia. (Hartikainen 2008).

Huono ravitsemustila heikentää immuunipuolustusta, altistaa infektioille ja pitkittää sairauksista toipumista. Virheravitsemuksessa energian tai ravintoaineiden saanti ei vastaa niiden tarvetta. (Suominen 2007.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että aliravitsemus ja sen riskit moninkertaistuvat selkeästi ikään-  
tymisen myötä, ja erityisesti 80 ikävuoden jälkeen. (Hartikainen 2008).

Erityisen suuressa virhe- ja aliravitsemusriskiryhmässä ovat täysin toisten avusta riippuvaiset  
iäkkäämmät ihmiset. Laitoksissa asuvien vanhusten ravitsemustila on lähes poikkeuksetta hei-  
kentynyt. (Suominen 2007.)

Pysyvästi laitoshoidossa olevista vanhuksista 30- 80% kärsii aliravitsemustilasta.

Aliravitsemukselle altistavat useat sairaudet, kuten esimerkiksi suun sairaudet, masennus,  
psykykkiset häiriötilat, aivohalvaus ja lonkkamurtumat. Dementoivissa sairauksissa ja myös  
Parkinsonin taudin loppuvaiheessa tulee nielemisvaikeuksia. ( Stakes 2002.)

Laskelmien mukaan ali- tai virheravitsemus lisää hoitokustannuksia huomattavasti. (Suominen  
2007.)

### 2.2.3 Ravitsemushoito

Ikäihmisen ravitsemusneuvonnan tulisi olla käytännönläheistä, selkeää ja havainnollista. Ker-  
rottaessa hiilihydraateista, puhutaan mieluummin esimerkiksi perunasta tai leivästä. Apuna  
voidaan käyttää lautasmallia tai kuvia päivittäisistä aterioista. Tietoa tulisi antaa elintarvik-  
keista, niiden koostumuksesta, valmistus tavoista, ravinnon ja terveyden välisistä yhteyksistä  
sovellettuna ikäihmisen elämäntilanteeseen. (Torpström 2005.) Ikäihmisten ravitsemustavoit-  
teet poikkeavat hieman työikäisten ravitsemustavoitteista. Laihduttaminen ei ole suotavaa,  
koska energian saanti voi jäädä alhaiseksi. Vitamiinit ja suojaravintoaineet ovat myös tärkei-  
tä. Ikäihmisen ruoan energia- ja ravintotiheyden tulisi olla suurempi. Ruokaan voidaan lisätä  
esimerkiksi öljyä ja tällöin saadaan ruoasta energia rikkaampaa. (Suominen 2007.)

Ikäihmisten tulisi syödä 4-5 ateriaa päivässä ja aterioiden tulisi olla kooltaan pieniä. Ikäihmi-  
nen pysyy virkeänä ja napostelu jää väliin, kun ravintoa saa tasaisesti päivän aikana. Nesteen  
nauttiminen on myös tärkeää suoliston ja munuaisten toiminnan kannalta. Ruokavalion tulisi  
sisältää täysjyväleipää ja puuroja. Pääaterialla tulisi olla riisiä, makaronia tai perunaa sekä  
lihaa, kalaa tai kanaa. Kasviksia voidaan lisätä vähitellen, jos ne eivät jo kuulu ikäihmisen  
päivittäisille aterioille. (Medina 2007.) Ruoan tulisi olla maukasta ikäihmisen alentuneen ma-  
kuaistin vuoksi. Makua saadaan lisää erilaisilla mausteilla. (Suominen 2007.) Maitotuotteita  
tulisi käyttää riittävän Kalsiumin ja D-vitamiinin saannin vuoksi. Hedelmistä ja marjoista saa-  
daan riittävät vitamiinit, joita voidaan tarjota välipalaksi tai jälkiruoaksi. (Medina 2007.)  
Markkinoilla on myös saatavilla tuotteita, joilla on terveystuotteita. Margariiniin tai mai-  
toon on lisätty esimerkiksi D-vitamiinia. (Mykkänen 2005.)

Energian saannin jäädessä vähäiseksi voidaan apuna käyttää täydennysravintovalmisteita.  
(Suominen 2007.) Ravinnon koostumus tulisi suunnitella ikäihmisen suun terveyden mukaan.

Tarvittaessa suositellaan pehmeää ruokaa. Tällöin myös vitamiinien saannista tulisi huolehtia erityisen tarkasti. Tarvittaessa käytetään vitamiinivalmisteita tai lasten hedelmäsoseita. (Medina 2007.) Ruokailutilanteesta tulisi järjestää aina miellyttävä. Aikaa täytyy myös varata riittävästi. (Suominen 2007.) Potilaalle tulisi varata riittävästi aikaa ruokailuun. Hoitajan tulisi tarvittaessa avustaa. Avustamiseen olisi varattava riittävästi aikaa. (Iivanainen 2001.)

#### 2.2.4 Ravitsemussuunnitelma ja -ohjaus

Hoitaja voi potilaan kanssa yhdessä laatia ravitsemussuunnitelman. Suunnitelmassa tulisi ottaa huomioon potilaan aiemmat ruokailutottumukset elleivät ne ole ristiriidassa ravitsemussuositusten kanssa. Ruokailutottumuksia ei tulisi muuttaa enempää kuin on sairauden tai ravitsemussuositusten vuoksi pakko. Suunnitelmaan tarvitaan hyvät taustatiedot; mahdolliset ravitsemusongelmat, ruokahalu, ruoka-aineallergiat, perussairaudet, ruokavalio, ruokailutottumukset, ruokailurytmi, painon kehitys, painoindeksi, suun terveys, lääkitykset, nielemisvaikeudet ja ruoansulatuskanavan toiminta. Lisäksi selvitetään potilaan toimintakyky, tarvitseeko apua, apuvälineitä, haluaako syödä yksin tai seurassa. Apuna voidaan käyttää ravintopäiväkirjaa, johon kerätään päivittäiset ruoat. Tämän perusteella voidaan laatia ravitsemussuunnitelma. (Iivanainen 2001.) (Suominen 2008.)

Taustojen selvittelyjen jälkeen asetetaan ohjaukselle tavoitteet. Tavoitteiden tulee olla realistisia. Liian suuret tavoitteet voivat johtaa fyysiseen tai psyykkiseen pahoinvointiin. Ikäihmisen omat tavoitteet on myös huomioitava. Ikäihmistä voidaan suostutella ja motivoida ottamaan vastuuta omasta ravitsemuksestaan. Parasta olisi kuitenkin saada ikäihminen ymmärtämään muutoksen tarpeellisuus ja merkitys itselleen. (Kyngäs 2007.) Hoitaja voi myös lähestyä asiaa reflektiivisen oppimisen kautta. Voidaan käydä kerätty ruokapäiväkirja läpi ja ikäihminen tekee itse tarvittavat muutokset. Jonkun ajan kuluttua ikäihminen voi reflektoida ravitsemussuunnitelmaansa. Reflektointi antaa mahdollisuuden ikäihmiselle itselleen vaikuttaa tavoitteisiin ja ravintosuunnitelmaan. Ratkaisukeskeistä lähestymistapaa käytettäessä ei keskitytä ongelmien syitä, eikä mietitä miten niihin on jouduttu, vaan kuinka päästään ratkaisuun. Ratkaisukeskeistä lähestymistapaa voidaan käyttää reflektoinnin apuna. (Iivanainen 2001.)

### 2.3 Ravitsemustilan arviointi

Varhaisella ravitsemustilan arvioimisella voidaan ajoissa puuttua ikäihmisen ruokavalioon. Riittävällä ravitsemuksella ikäihminen säilyttää toimintakykynsä pidempään ja asua kauemmin kotona. Tällä voidaan ehkäistä aikaista laitostumista. Hyvällä ravitsemustilalla voidaan myös vaikuttaa sairauksista toipumiseen ja mielialaan. (Suominen 2006.) (Parkkinen 1999.) Ravitsemustilan arvioinnin jälkeen voidaan ikäihmiselle suunnitella yksilöllinen ravitsemussuunnitelma. Suunnitelmalla voidaan parantaa, tukea tai ylläpitää ikäihmisen hyvää ravitsemustilaa ja ratkaista mahdollisia syömisongelmia. (Köykkä 2006.)

Keho koostuu rasvasta, proteiineista, vedestä, glykokeenista, luusta sekä muista elimistön kivennäisaineista. (Nienstedt 2006). Näitä voidaan mitata erilaisilla ravitsemustilan mittausmenetelmillä. Ravitsemustilaa voidaan arvioida kehonkoostumusmittauksilla ja antropometrisillä mittauksilla. Näitä ovat vedenalaispunnitus, kaksiennergisen röntgensäteiden absorptiometria, isotooppilaimennokset, monikomponenttimallit, kehonkaliumpitoisuuden määrittäminen, lihas kudoksen aineenvaihduntatuotteet, kuvantamismenetelmät, ihopoimiumittaus, biosähköinen impedanssi, infrapunasäde ja painoindeksiin perustuva kehon koostumuksen arviointi. Kahdella eri mittaustavalla saa luotettavamman tuloksen. Mittaukset eivät kuitenkaan ole aina luotettavia. Luotettavuuteen vaikuttavat mittausmenetelmä, käytetty laitteisto, mittaja ja kohderyhmä. Myös ihmisten rakenne erot, rotu erot, fyysinen harjoittelu ja immobilisaatio vaikuttavat mittaustuloksiin. (Uusitupa 2005.)

Vanhusten ravitsemustilaa voidaan arvioida ravintohaastattelulla, painoindeksillä, antropometrisillä mittauksilla, painon seurannalla, ruokavaliolla, energian saannilla, laboratoriotutkimuksilla ja ravitsemusarviomittareilla. (Haukka 2006). Helpoin keino on punnita ikäihminen säännöllisesti. Painon laskiessa yli kolme kiloa parin kuukauden aikana olisi syytä tehdä tarkempia selvittelyjä. (Suominen 2006.) Ravintohaastattelulla saadaan tietoa kuinka ikäihminen on toteuttanut ravitsemustaan viime aikoina ja mahdollisia syitä ruokailun muuttumiseen. (Männistö 2005). Painoindeksi (BMI) perustuu ennusteyhtälöön, joka on helppo ja luotettava tapa arvioida kehon koostumusta. (Uusitupa 2005). Laboratoriotutkimuksilla voidaan selvittää ravintoaineiden puutostiloja. Yleisimpiä ovat raudan ja B12-vitamiinin puutokset. Silmämääräisesti voidaan myös arvioida onko ikäihminen lihonut tai laihtunut. Hiustenlähtö ja ihon kuivuminen voivat olla merkkejä aliravitsemuksesta. (Suominen 2006.)

### 3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Keravan hoivakoti Esperissä asuvien ikäihmisten ravitsemustila MNA-lomakkeella arvioituna sekä minkälainen on hoitajien näkemys asukkaiden ravitsemustilasta ja mikä on hoitajien koulutuksen tarve ikäihmisen ravitsemukseen liittyen. Tutkimuksessa käytetään MNA-lomaketta sekä hoitajille erillistä kyselykaavaketta. Kaavakkeet analysoidaan SPSS-menetelmää käyttäen. MNA-testin teimme hoitajien avustuksella Keravan Esperissä asuville ikäihmisille.

-Selvittää millainen on Keravan hoivakoti Esperissä asuvien ikäihmisten ravitsemustila

-Minkälainen on hoitajien näkemys asukkaiden ravitsemustilasta ja mikä on hoitajien koulutuksen tarve ikäihmisen ravitsemukseen liittyen

### 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

#### 4.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tutkimuksen lähestymistapa on määrällinen eli kvantitatiivinen. Määrällisessä tutkimuksessa on oltava riittävä suuri ja edustava otos. (Hirsjärvi 2007).

Käytössämme on sekundaariaineisto, koska hoivakodin hoitajat keräsivät tutkimusaineiston puolestamme. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä etsitään ensin eri muuttujien välille tilastollisia yhteyksiä. (Vilkkä 2006). Opinnäyte työssämme on tarkoitus kartoittaa hoivakoti Esperin asukkaiden ravitsemustila asukkaiden itsensä ja hoitajien näkökulmasta.

Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeraalisesti. Numeroiden avulla kuvaillaan tutkittavia asioita sekä niiden ominaisuuksia. Määrällisellä tutkimuksella voidaan selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmistä koskevia asioita tai ominaisuuksia. Lomake on yleisin tapa toteuttaa tutkimus. Analyysitavan valinta riippuu siitä ollaanko tutkijassa yhtä muuttujaa vai kahta tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. Määrällisiä tuloksia voidaan esittää taulukoin, kuvioin, tunnusluvuin ja tekstinä. Tulosten tulee olla tutkijasta riippumattomia. (Vilkkä 2006.)

Keskeisintä määrällisessä tutkimuksessa on aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely ja johtopäätökset aiemmista tutkimuksista. Aineiston keruu on suunniteltava tarkasti. Havaintoaineiston on sovellettava määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen, muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon sekä aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Myös päätelmä on pystyttävä tekemään havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi 2007.)

Tutkijan on pystyttävä pitämään lupauksensa tutkimukseen osallistuville. Tutkimukseen on tultava vain niitä asioita, joista on sovittu. Tutkijalla on vaitiolovelvollisuus. Tutkimukseen osallituvien yksityisyyttä suojellaan ja kunnioitetaan. (Vilka 2006.)

#### 4.2 Tutkimuksen aineistonkeruu

Esittelimme opinnäytetyön aiheen ja tarkoituksen hoivakodin henkilökunnalle osastotunnilla. Aineistonkeruuseen käytimme MNA-lomaketta (liite 1), jota käytettiin hoivakodin asukkaiden ravitsemustilan arvioimiseen sekä hoitajille suunnattua kyselylomaketta, jonka teimme hoivakodin tarpeita vastaavaksi. Hoivakodin hoitajat täyttivät MNA-lomakkeita. Ikäihmisiltä kysyttiin MNA-lomakkeen kysymykset ja hoitajat tekivät tarvittavat mittaukset. Osaan kysymyksistä on valmis vastausvaihtoehto ja osaan tulee numeraalinen mittaustulos. Tarkoitus on saada vastauksia tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi 2007.)

Aloittaessamme opinnäytetyötä, meillä ei ollut valmista aineistoa käytössämme. Päätimme käyttää MNA-lomaketta sekä teimme itse hoitajille suunnatun kyselylomakkeen. Tutkimuksen kohteena oli Keravan hoivakoti Esperissä asuvat ikäihmiset. Heiltä itseltään kysyttiin ensin MNA-lomakkeen kysymykset sekä tehtiin siihen liittyvät mittaukset. Hoitajille teimme itse kyselylomakkeen. MNA-lomakkeita oli 50 kappaletta ja hoitajien kyselylomakkeita 26 kappaletta. Lomakkeet täytettiin helmikuussa 2009. Lomakkeiden avulla pystyimme analysoimaan hoivakodin asukkaiden ravitsemustilaa sekä hoitajien näkökulmaa ravitsemustilaan ja -hoitoon. Ikäihmisten ravitsemustilaa on tutkittu aiemminkin joten tutkimuksia ja kirjallisuutta on saatavilla hyvin. Ikäihmisten ravitsemustila vaikuttaa niin yksilön hyvinvointiin kuin hoitajien työn raskauteen sekä yhteiskunnallisiin kustannuksiin. Tästä syystä aihe on mielenkiintoinen ja tutkimme sitä mielellämme.

Kyselylomakkeella tehdyn tutkimuksen etuja ovat laaja tutkimusaineisto, tehokkuus, kustannukset voidaan arvioida tarkasti ja analysointi tietokoneohjelmalla on nopeaa. (Hirsjärvi 2007).

#### 4.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksemme otos oli suppea ollakseen luotettava. Tulokset antavat kuitenkin suuntaa hoivakodin asukkaiden ravitsemustilasta. Tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi se ettei aineistoa ole kerännyt yksi henkilö, vaan hoivakodin useat hoitajat. Tutkimuslupa on haettu hoivakodin palvelupäälliköltä. Tutkimukseen osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista. Tutki-

mukseen osallistuvien ikäihmisten ja henkilökunnan henkilöllisyydet pidettiin salassa, kun aineistoa käsiteltiin.

Esperin hoivakodin työntekijät ovat keränneet aineiston. MNA- lomakkeen mittaustulokset eivät välttämättä ole täysin vertailu kelpoisia keskenään. Mitä enemmän on mittaustapoja, niin sitä enemmän on eri tuloksia.

Tutkimuksen luotettavuus olisi ollut korkeampi, jos olisimme itse haastatelleet hoivakodin ikäihmiset ja hoitajat. Vajavaisesti täytettyjen lomakkeiden määrä olisi pienentynyt. Lomakkeiden täyttö ei olisi kuitenkaan onnistunut ilman hoitajien apua, koska asukkaiden yleistila oli vaihteleva. MNA -lomakkaiden vastausprosentti oli hyvä, mutta hoitajille suunnatun lomakkeen vastausprosentti oli heikko.

Tutkija arvioi hyvässä tutkimusraportissa käytettävissä olevien tietojen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on hyvin tärkeää, että otanta on edustava ja tarpeeksi suuri. Vastausprosentin tulisi olla korkea ja kysymyksien tulisi mitata oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelma. (Heikkilä 2004). Tutkijoiden tulisi noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta menetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen reliabelius ja validius muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Tutkijan on oltava rehellinen ja paljastettava tutkimuksessa olevat mahdolliset virheet. (Viikka 2005.)

#### 4.4 Kyselylomakkeet

MNA on helppo tapa arvioida ikäihmisten ravitsemustilaa. Arvioinnin tekemiseen menee vain noin kymmenen minuuttia. MNA-lomake jaetaan neljään pääkohtaan. Antropometriset mittaukset eli BMI, painon lasku, käsivarren ja pohkeen ympärysmittat. Näillä mittauksilla voidaan analysoida ruumiin rakennetta, mittasuhteita ja koostumusta. Yleisen arvioinnin kohtaan kuuluvat asumismuoto, monilääkitys, akuutit sairaudet, liikuntakyky, dementia, depressio ja painehaavaumat. Kolmannessa kohdassa arvioidaan ravinnonsaantia aterioiden lukumäärän, ruoanlaadun, ruokahalun, nesteen kulutuksen ja ruokailun omatoimisuuden perusteella. Neljännessä kohdassa potilas arvioi itse omaa terveyden- ja ravitsemustilansa. MNA on validoitu testi. Testin vastaukset pisteytetään. Ravitsemustila voidaan luokitella hyväksi, olemassa olevaksi aliravitsemusvaaraksi tai aliravitsemustilaksi. (Räihä 2005) Testiä voidaan käyttää kotona asuville, kotisairaanhoidon asiakkaille, laitos- tai sairaalahoidossa oleville ikäihmisille. Testillä saadaan selville ne ikääntyvät ihmiset, joille voi kehittyä aliravitsemus tai ne joilla on jo aliravitsemus. Testillä voidaan saada tieto jo varhaisessa vaiheessa, jolloin ei ole tapahtunut suuria muutoksia painossa tai laboratorioarvoissa. MNA menetelmän on kehittänyt ranskalainen professori Bruno Vellas yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arvioimista varten. (Laisi 2007.)



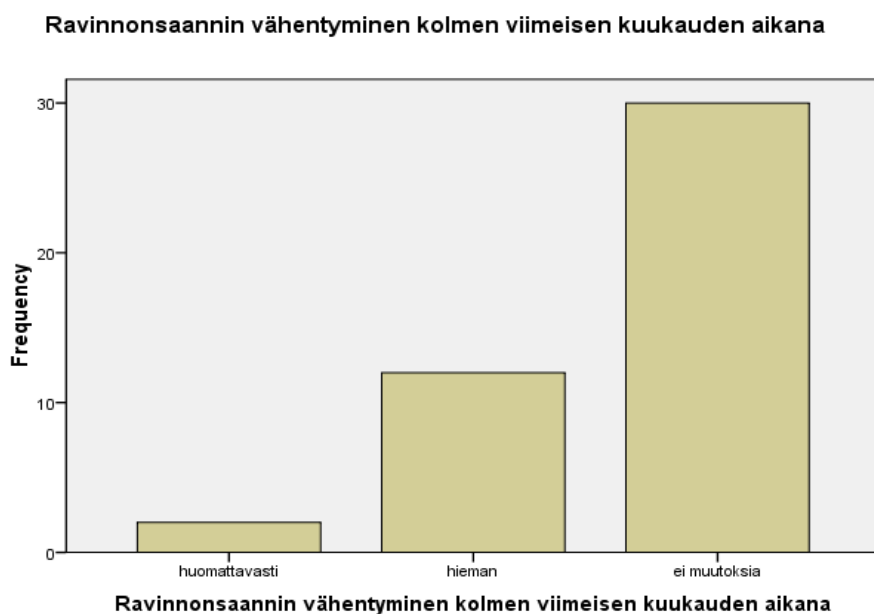
Hoitajille suunnatun kyselylomakkeen suunnittelimme hoivakodin tarpeita vastaaviksi. Kysymykset ovat väittämien muodossa. Kyselykaavakkeen vastauskaala on 1-5. Vastaaja voi olla täysin samaa mieltä (5), melkein samaa mieltä (4), ei osaa sanoa (3), melkein erimieltä (2) ja täysin erimieltä (1).

## 5 TULOKSET

### 5.1 MNA-lomakkeen tulokset

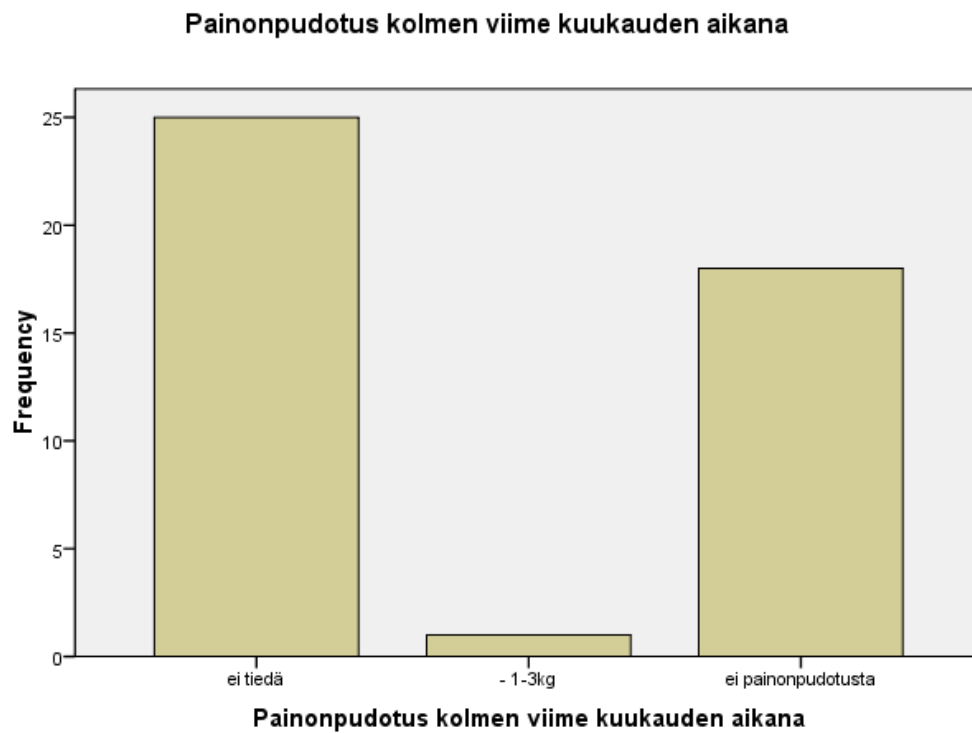
MNA -lomakkeita vietiin hoivakotiin 50 kappaletta, joista 49 kappaletta palautui täytettynä. Vastausprosentti oli 98%.

Taulukko 1.



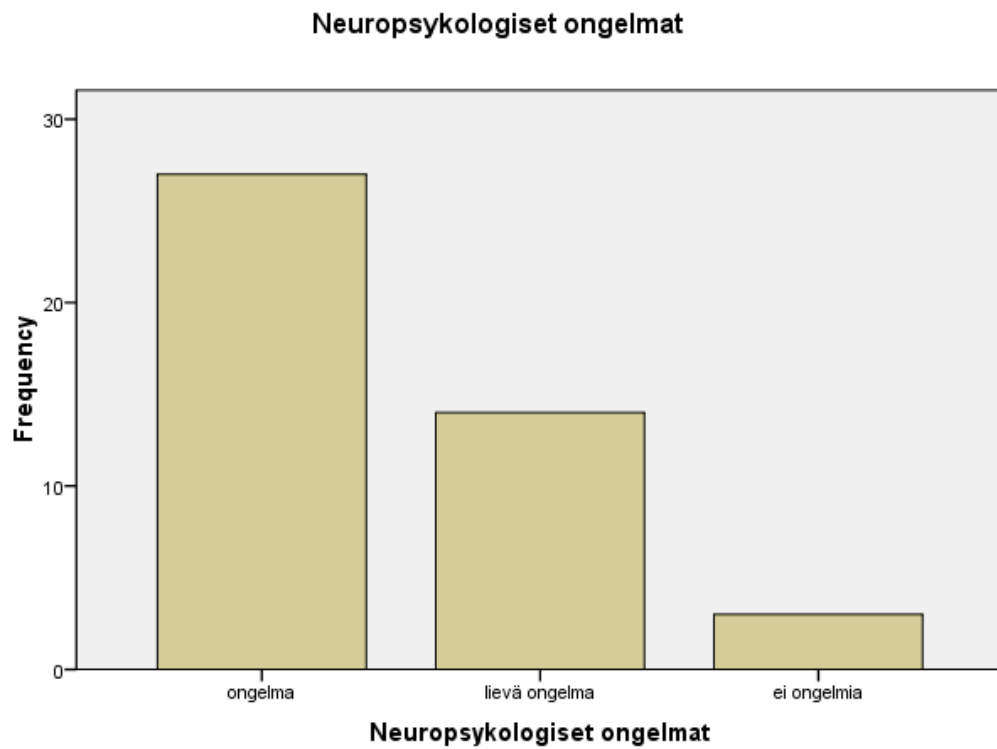
Tutkimukseen osallistuneista 30% ei ollut tapahtunut muutoksia ravinnonsaannissa kolmen viimeisen kuukauden aikana. Hieman muutoksia oli tapahtunut 12% ja vain 2% oli tapahtunut huomattavaa ravinnonsaanninvähentymistä.

Taulukko 2.



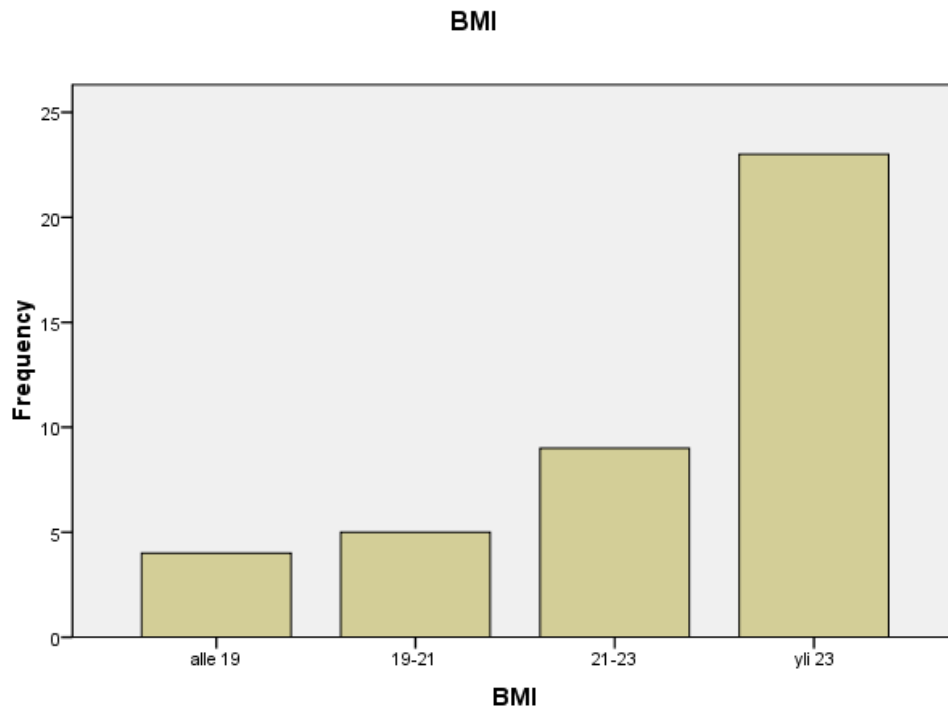
Taulukossa on nähtävillä painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana. Painonpudotusta ei tiedetty 57%, 41% ei paino ollut pudonnut ja vain 2% paino oli pudonnut 1-3kg.

Taulukko 3.



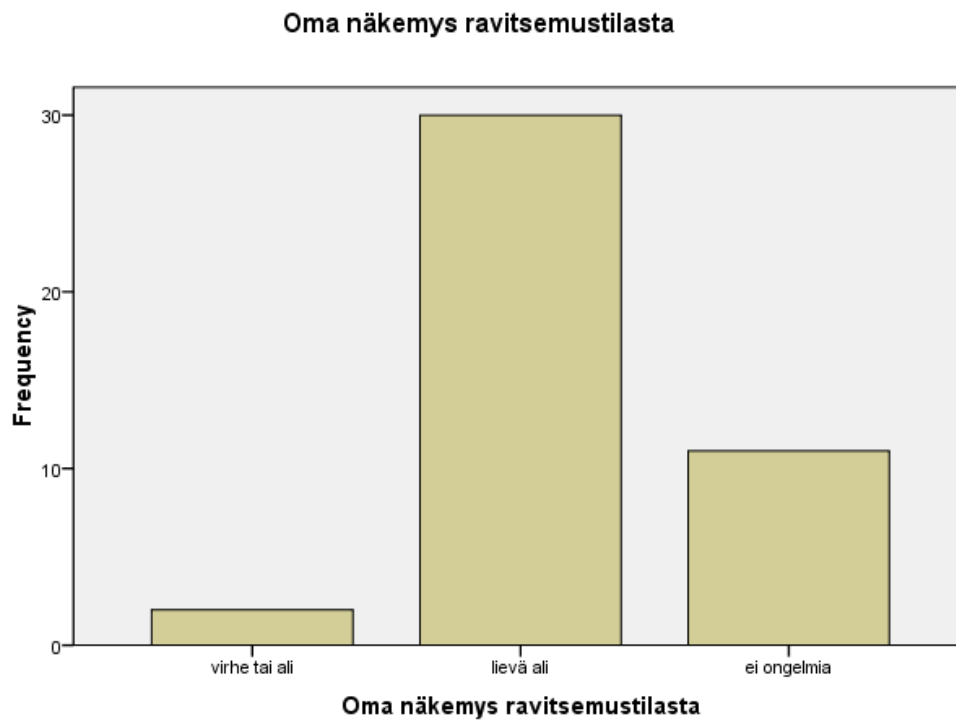
Tutkimukseen osallistuneilla n.61% on neurologinen ongelma. Lieviä ongelmia on n.32% ja ei ongelmia n.7%. Neurologisilla ongelmilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan demen-tiaa, depressiota tai muuta neurologista ongelmaa.

Taulukko 4.



Diagrammi osoittaa, että yli puolella tutkimukseen osallistuneista BMI on ollut yli 23. Vain n. 9% alle 19.

Taulukko 5.



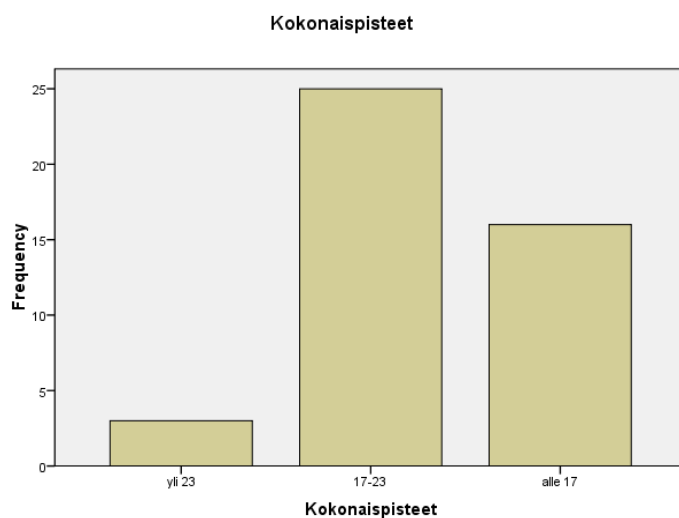
Tutkimukseen osallistuneiden 25% koki, että heillä ei ole ongelmia ravitsemuksen kanssa, n.68% koki olevansa lievästi aliravittuja ja n.5% koki olevansa ali- tai virheravittuja.

Taulukko 6.



Omaa terveydentilaa muihin saman ikäisiin verrattuna yhtä hyvänä piti n.9%, parempana n.5%, ei yhtä hyvänä n.21% ja ei osannut sanoa n.66%.

Taulukko 7.



Tutkimukseen osallistuneista sai kokonaispisteitä yli 23 vain n.7%, 17-23 sai n.57% ja alle 17 n.36%

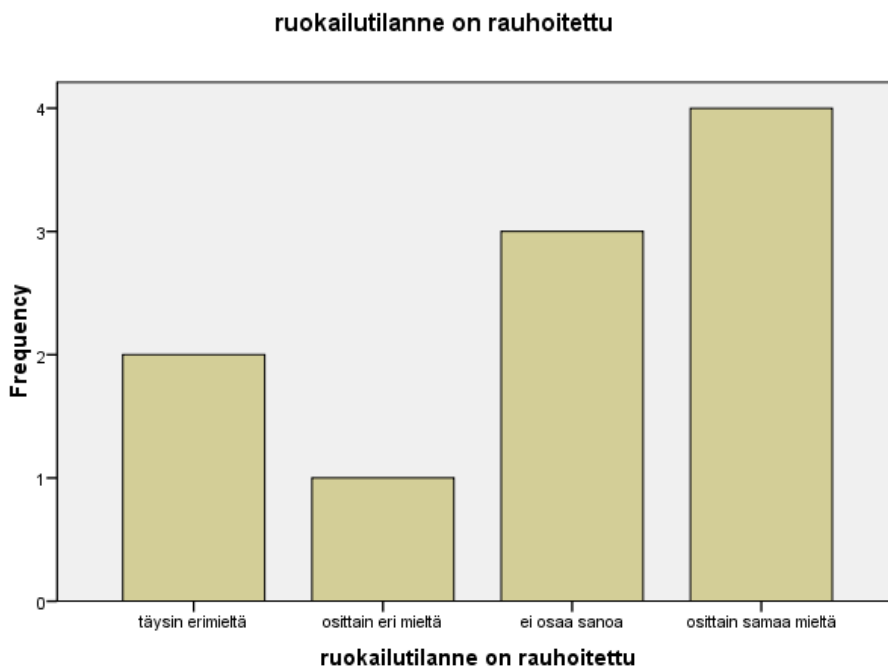
## 5.2 Hoitajille suunnatun kyselylomakkeen tulokset

Taulukko 1. asukkaan toimintakyky on huomioitu ruokailutilanteessa

	Jakauma	%
ei osaa sanoa	4	40,0
osittain samaa mieltä	2	20,0
täysin samaa mieltä	4	40,0
Kokonaismäärä	10	100,0

Asukkaan toimintakyky ja avun tarve ruokailutilanteessa, oli neljän hoitajan mukaan huomioitu hyvin. Kaksi vastanneista oli osittain samaa mieltä, että toimintakyky olisi huomioitu. Neljä vastanneista ei osannut sanoa, onko asukkaan tarpeet huomioitu ruokailutilanteessa.

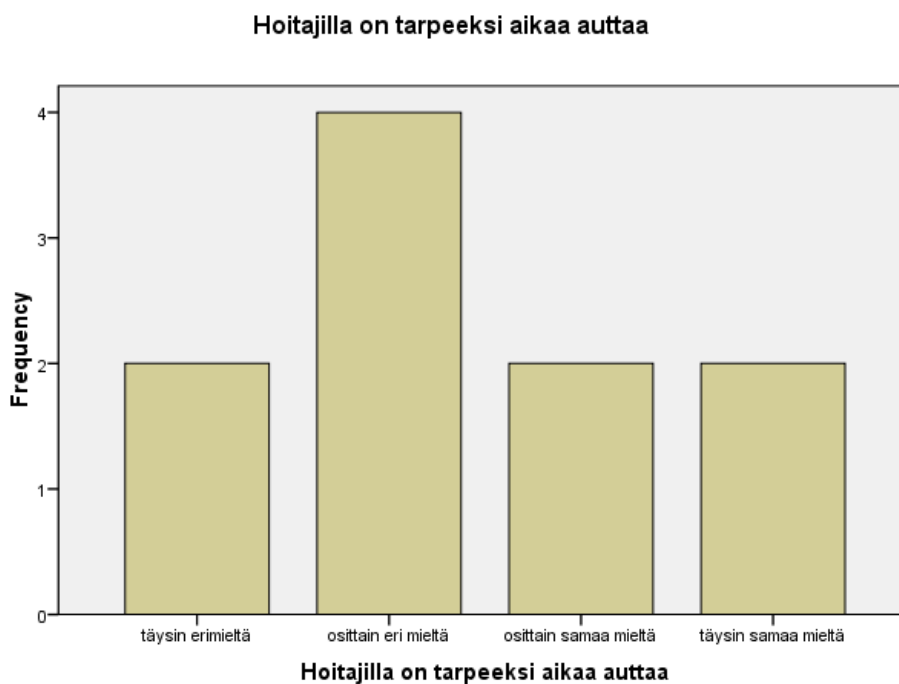
Taulukko 2. Asukkaan ruokailutilanne on rauhoitettu



Ruokailutilanteeseen käytettävän ajan kanssa tuli paljon hajontaa. Hoitajista kolme oli osittain sitä mieltä, että asukkaalla ei olisi varattu tarpeeksi aikaa ruokailuun. Yksi vastanneista oli sitä mieltä, että asukkaille ei ole tarpeeksi varattu aikaa ruokailuun. Yksi vastanneista ei

osannut sanoa. Kolme vastanneista oli osittain sitä mieltä, että potilaille oli varattu tarpeeksi aikaa ruokailuun. Kaksi hoitajaa oli sitä mieltä, että potilaille oli varattu riittävästi aikaa ruokailuun.

Taulukko 3. Hoitajien aika



Vastauksien mukaan kaksi hoitajaa oli täysin eri mieltä siitä, että hoitajilla olisi tarpeeksi aikaa auttaa asukasta ruokailutilanteessa. Neljä vastanneista, vastasi olevan osittain eri mieltä, että olisi aikaa riittävästi. Kaksi hoitajaa vastasi aikaa olevan riittävästi ja kaksi hoitajaa oli osittain samaa mieltä, että aikaa olisi riittävästi



Taulukko 4. Asukkaan ravitsemustila

	Jakauma	%
osittain eri mieltä	1	10,0
ei osaa sanoa	8	80,0
osittain samaa mieltä	1	10,0
Kokonaismäärä	10	100,0

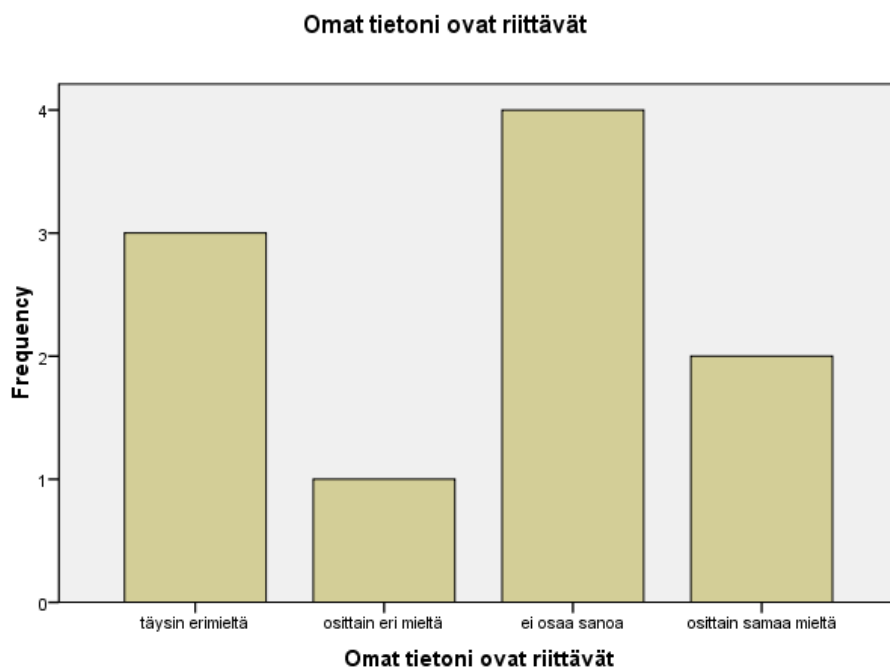
Kysymykseen onko asukkaiden ravitsemustilanne hyvä, kahdeksan vastasi, ettei osaa sanoa. Yksi vastanneista oli osittain eri mieltä, että asukkaiden ravitsemustila olisi hyvä. Vastanneista yksi hoitaja oli osittain sitä mieltä, että ravitsemustila olisi asukkailla hyvä.

Taulukko 5. Lisäkoulutuksen tarve

	Jakauma	%
ei osaa sanoa	3	30,0
osittain samaa mieltä	2	20,0
täysin samaa mieltä	5	50,0
Kokonaismäärä	10	100,0

Viisi hoitajaa kymmenestä olisi lisäkoulutuksen tarpeessa ikäihmisen ravitsemukseen liittyen. Kaksi hoitajaa oli osittain lisäkoulutuksen tarpeessa. Vastanneista kolme ei osannut sanoa, tarvitseeko lisäkoulutusta ikäihmisen ravitsemukseen liittyen.

Taulukko 6. Ravitsemusohjauksen antaminen



Hoitajista kolme vastasi omien tietojensa olevan riittämättömät ravitsemukseen liittyvän ohjauksen antamiseen. yksi hoitaja vastasi omien tietojensa olevan osittain riittämättömät ohjauksen antamiseen. Neljä vastanneista ei osannut sanoa, ovatko heidän tietonsa riittävät ohjauksen antamiseen. Kaksi vastanneista oli osittain sitä mieltä, että tiedot olivat riittävät ohjauksen antamiseen.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Hoivakodin asukkaat täyttivät hoitajien avustuksella MNA -lomakkeet. Niiden perusteella arvioimme hoivakodin asukkaiden ravitsemustilaa. MNA -lomakkeessa on neljä pääkohtaa; antropometriset mittaukset, yleinen arviointi, ravinnonsaannin arviointi ja neljännessä kohdassa asukas itse arvioi omaa terveyden- ja ravitsemustilaansa. Ravitsemustila voidaan luokitella hyväksi, olemassa olevaksi aliravitsemusvaaraksi tai aliravitsemustilaksi. (Räihä, 2005) Asukkaille suunnattuja MNA -lomakkeita vietiin hoivakotiin 50 kappaletta, joista 49 kappaletta palautui täytettynä. Vastausprosentti oli 98 %.

Kokosimme myös kyselylomakkeen, joka oli suunnattu hoitokoti Esperin hoitajille. Lomakkeessa on neljätoista kohtaa, joilla pyritään kartoittamaan hoitajien mielipidettä hoitokoti Esperin asukkaiden ravitsemuksellisesta kokonaisuudesta ja pyrittiin kartoittamaan tietoa hoitajien koulutuksen tarvetta vanhusten ravitsemukseen liittyen. Lomakeesta pyrittiin tekemään toimiva, ymmärrettävä ja helposti täytettävä. Hoitajille suunnattuja kyselylomakkeita jaettiin hoivakotiin 26 kappaletta, joista palautettiin 10 kappaletta takaisin. Vastausprosentti oli 38.

### 6.1 MNA -lomakkeen tulosten tarkastelua

Tutkimuksen osallistuneiden asukkaiden keski-ikä oli 82 vuotta. Ikäjakauma oli 55 -100 vuotta. Osallistuneista miehiä oli 15 ja naisia 29.

Tutkimukseen osallistuneista 30 %:lla ei ollut tapahtunut muutoksia ravinnonsaannissa kolmen viimeisen kuukauden aikana. Hieman muutoksia oli tapahtunut 12 %:lla ja vain 2 %:lla oli tapahtunut huomattavaa ravinnonsaannin vähentymistä. Painonpudotusta ei tiedetty 57 %:n kohdalla asukkaista, mutta 41 %:lla ei paino ollut pudonnut ja vain 2%:lla paino oli pudonnut 1-3kg. Tutkimukseen osallistuneista jopa 41% pystyy liikkumaan itsenäisesti ulkona. Sängystä itse ylös pääsee 41 %, mutta eivät ulkoile itsenäisesti. Vain 18 % prosenttia on vuode- tai pyörätuolipotilaita. Hoivakodin asukkailla n.80 % ei ole haavaumia tai painehaavaumia. Haavaumia tai painehaavaumia on n.18%. Hoivakodissa on paljon itsenäisesti liikkuvia, joka vähentää painehaavaumien määrää.

Kolmen viime kuukauden aikana n.36 %:lla on ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus. Tutkimukseen osallistuneilla n.61 %:lla on neurologinen ongelma. Lieviä ongelmia on n.32 %:lla ja ei ongelmia n.7 %:lla. Neurologisilla ongelmilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan dementiaa, depressiota tai muuta neurologista ongelmaa. Muistiongelmat ovat monen ikäihmisen ravitsemusongelman taustalla, jos kukaan ei huolehdi, että ikäihminen muistaa syödä.

Yli puolella tutkimukseen osallistuneista BMI oli yli 23, vain n. 9 % alle 19. BMI ei kuitenkaan kerro onko kyseessä ali- tai virheravitsemus. Se kertoo pituuden ja paino sopuuhaisuutta. BMI voi olla hyvä, vaikka ikäihmisellä olisikin ali- tai virheravitsemus.

Päivittäisessä käytössä yli kolme reseptilääkettä on n. 91 %:lla tutkimukseen osallistuneista. Lääkkeitä on paljon käytössä, joka on monen ikäihmisen ongelma. Omalääkäri järjestelmä on monessa paikassa käytössä, mutta se ei välttämättä aina toimi niin kuin pitäisi. Lääkärin vaihtuessa useasti voi lääkemääräyksissä olla päällekkäisyyksiä.

Hoivakodissa asukkaista n.93 % syö kolme lämmintä ateriaa päivässä, kaksi ateriaa syö n.5 % ja yhden lämpimän aterian syö n.2 %. Aterioita hoivakodissa tulee riittävästi ja ruokailuvälit ovat sopivat. Maitovalmisteita käyttää yhden annoksen päivittäin 96 %. Kalsiumia voi antaa myös tabletti muodossa, jos ikäihminen ei saa tarpeeksi maitotuotteita. Tutkimukseen osallistuneita n.69 % ruokavalio sisältää kaksi tai useamman kananmunan viikossa. Lihaa, kalaa ja kanaa syö päivittäin n.90 % asukkaista joten proteiinin tarve tulee täytettyä. Päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampi annos hedelmiä ja kasviksia kuului n.86 % tutkimukseen osallistuneilla. Kasviksia ja hedelmiä ei kuulunut tarpeeksi n.14 % hoivakodin asukkaista. Nestettä tutkimukseen osallistuneista juo 3-5 lasia päivässä n.64 % ja yli viisi lasia n.36%. Vettä tulisi juoda kaksi litraa päivässä, joka tuottaa ongelmia monellekin ikäihmiselle.

Hoivakodin asukkaista apua ruokailussa tarvitsee paljon n.23 %, hieman apua 25 % ja omatoimisia on n.52 %. Henkilökuntaa tulee olla riittävästi, että heillä on aikaa auttaa asukkaita ruokailussa ja huolehtia, että kaikki saavat tarvittavan ravitsemuksen.

Tutkimukseen osallistuneiden 25 % koki, että heillä ei ole ongelmia ravitsemuksen kanssa, n.68 % koki olevansa lievästi aliravittuja ja n.5 % koki olevansa ali- tai virheravittuja. Omaan terveydentilaa muihin saman ikäisiin verrattuna yhtä hyvänä piti n.9 %, parempana n.5 %, ei yhtä hyvänä n.21 % ja ei osannut sanoa n.66 %.

Hoivakodin asukkaista sai kokonaispisteitä yli 23 vain n.7 %, 17 - 23 sai n.57% ja alle 17 n.36 %. Tikkasen (2005) pro gradu tutkimuksen mukaan kotona asuvista sadasta Kuopiolaisesta ikäihmisestä 55 % kuului aliravitsemusriskiryhmään. Tutkimuksessamme tuli selvästi esille, että myös hoivakoti Esperissä on aliravitsemusriskiryhmään kuuluvia asukkaita prosentuaalisesti melkein yhtä paljon, kuin Tikkasen tutkimuksessa. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vuonna 2003 suorittaman kyselyn mukaan (Muurinen 2003) Helsingin vanhainkotien 2036 asukkaasta 60 % kuului aliravitsemusriskiryhmään.

## 6.2 Hoitajille suunnatun lomakkeen tulosten tarkastelua

Vastanneista kuuden hoitajan mielestä, asukkaille ei ole suunniteltu yksilöllistä ravitsemussuunnitelmaa. Kolme hoitajaa oli osittain eri mieltä, että asukkaille olisi yksilöllinen ravitsemussuunnitelma. Yksi hoitaja oli osittain sitä mieltä, että asukkailla on yksilöllinen ravitsemussuunnitelma.

Ruoan koostumus oli kolmen hoitajan mielestä jokaiselle asukkaalle sopivaa. Kolme hoitajaa oli osittain sitä mieltä, että ruoka olisi koostumukseltaan jokaiselle sopivaa. Hoitajista kolme ei osannut sanoa, onko ruoan koostumus sopivaa. Yksi vastanneista oli osittain eri mieltä.

Neljän hoitajan mielestä potilaan aikaisempia ruokailutottumuksia ei ole huomioitu nykyisessä ruokavaliassa. Kaksi vastanneista oli osittain sitä mieltä, että aikaisempia ruokailutottumuksia ei ole huomioitu ravitsemuksessa. Kaksi vastanneista ei osannut sanoa, onko aikaisempia ruokailutottumuksia huomioitu ravitsemuksessa. Kaksi vastanneista oli sitä mieltä, että aikaisemmat ruokailutottumukset on osittain huomioitu asukkaan ravitsemuksessa.

Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että annoskoko on sopiva. Kolme hoitajaa oli sitä mieltä, että annoskoko on asukkaille sopiva. Neljä hoitajaa oli osittain sitä mieltä, että annoskoko on sopiva. Yksi hoitajista ei osannut sanoa, onko annoskoko sopiva asukkaille. Annoskoko oli kahden vastanneen mukaan liian suuri.

Hoitajien mukaan potilaiden ruokailutilanne oli neljän hoitajan mukaan rauhoitettu, kolme vastanneista hoitajista ei osannut sanoa. Viidesosa vastanneista hoitajista ei pitänyt ruokailutilannetta rauhoitettuna.

Ruokailutilanteeseen käytettävän ajan kanssa tuli paljon hajontaa. Hoitajista kolme oli osittain sitä mieltä, että asukkaalla ei olisi varattu tarpeeksi aikaa ruokailuun. Yksi vastanneista oli sitä mieltä, että asukkaille ei ole tarpeeksi varattu aikaa ruokailuun. Yksi vastanneista ei osannut sanoa. Kolme vastanneista oli osittain sitä mieltä, että potilaille oli varattu tarpeeksi aikaa ruokailuun. Kaksi hoitajaa oli sitä mieltä, että potilaille oli varattu riittävästi aikaa ruokailuun.

Vastauksien mukaan kaksi hoitajaa oli täysin eri mieltä siitä, että hoitajilla olisi tarpeeksi aikaa auttaa asukasta ruokailutilanteessa. Neljä vastanneista, vastasi olevan osittain eri mieltä, että olisi aikaa riittävästi. Kaksi hoitajaa vastasi aikaa olevan riittävästi ja kaksi hoitajaa oli osittain samaa mieltä, että aikaa olisi riittävästi.

Asukkaan toimintakyky ja avun tarve ruokailutilanteessa, oli neljän hoitajan mukaan huomioitu hyvin. Kaksi vastanneista oli osittain samaa mieltä, että toimintakyky olisi huomioitu. Neljä vastanneista ei osannut sanoa, onko asukkaan tarpeet huomioitu ruokailutilanteessa.

Kysymykseen onko asukkaiden ravitsemustilanne hyvä, kahdeksan vastasi, ettei osaa sanoa. Yksi vastanneista oli osittain eri mieltä, että asukkaiden ravitsemustila olisi hyvä. Vastanneista yksi hoitaja oli osittain sitä mieltä, että ravitsemustila olisi asukkailla hyvä.

Kysyttäessä onko hoitohenkilökunnalla hyvä koulutustilanne iäkkään ihmisen ravitsemuksesta, kolme vastanneista oli täysin eri mieltä. Kaksi vastanneista oli osittain eri mieltä. Kaksi hoitajaa ei osannut sanoa, onko henkilökunnalla tarpeeksi koulutusta iäkkään ihmisen ravitsemuk-

sesta. Kolme hoitajaa vastasi olevan osittain samaa mieltä, että hoitajilla olisi tarpeeksi koulutusta iäkkään ihmisen ravitsemuksesta.

Vastanneista hoitajista neljä oli sitä, että henkilökunnan tiedot eivät riitä ravitsemusohjauksen antamiseen asukkaalle tai omaiselle. Kaksi vastanneista ei osannut sanoa, ovatko henkilökunnan tiedot riittävät ohjauksen antamiseen. Hoitajista neljä oli osittain sitä mieltä, että henkilökunnan tiedot riittävät ravitsemusohjauksen antamiseen.

Hoitajista kolme vastasi omien tietojensa olevan riittämättömät ravitsemukseen liittyvän ohjauksen antamiseen. yksi hoitaja vastasi omien tietojen olevan osittain riittämättömät ohjauksen antamiseen. Neljä vastanneista ei osannut sanoa, ovatko heidän tietonsa riittävät ohjauksen antamiseen. Kaksi vastanneista oli osittain sitä mieltä, että tiedot olivat riittävät ohjauksen antamiseen.

Viisi hoitajaa kymmenestä olisi lisäkoulutuksen tarpeessa ikäihmisen ravitsemukseen liittyen. Kaksi hoitajaa oli osittain lisäkoulutuksen tarpeessa. Vastanneista kolme ei osannut sanoa, tarvitseeko lisäkoulutusta ikäihmisen ravitsemukseen liittyen.

### 6.3 Jatkotutkimusaiheet

Ehdottaisimme jatkotutkimusaiheeksi yksilöllistä ravitsemussuunnitelmaa hoivakoti Esperin asukkaille. Suunnitelman avulla voitaisiin parantaa asukkaiden ravitsemustilaa. Laurean tulevat hoitotyön opiskelijat voisivat toteuttaa yksilölliset ravitsemussuunnitelmat ja puolen vuoden kuluttua voitaisiin arvioida asukkaiden ravitsemustila uudelleen.

Toinen jatkotutkimusehdotus olisi koulutuspaketti hoitajille koskien ikäihmisten ravitsemusta. Laurean hoitotyön opiskelijat voisivat suunnitella ja toteuttaa ravitsemuskoulutuksen hoitajille.

## LÄHTEET

- Fogelholm, M. Uusitupa, M. 2005. Antropometriset mittaukset. Teoksessa Aro, A. Mutanen, M. Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Jyväskylä; Gummerus.
- Fogelholm, M. Uusitupa, M. 2005. Ravitsemustilan arviointi. Teoksessa Aro, A. Mutanen, M. Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. Jyväskylä; Gummerus.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki; Edita Prima Oy.
- Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat.
- Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkäänihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, E. Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2007. Tutki ja Kirjoita. Jyväskylä; Tammi
- Iivanainen, A. Jauhiainen, M. Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki; Tammi
- Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki; WSOY
- Köykkä, T. 2006. Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi - MNA -mittarin (Mini nutritional assessment) käyttö. pro gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Laisi, M. 2007. Yksilöllisen toimintakykyä tukevan liikuntaohjelman yhteys MNA-menetelmällä arvioituun ravitsemustilaan vanhainkotiasukkailla. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Viitattu 20.11.08.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8355/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2007949.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8355/URN_NBN_fi_jyu-2007949.pdf?sequence=1)
- Muurinen, S. Soini, H. Suur-Uski, I. Peiponen, A. & Pitkälä, K. 2003. Vanhainkotien asukkaiden ravitsemustila. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia.
- Muurinen, S. Soini, H. Suur-Uski, I. Peiponen, A. Pitkälä, K. 2003. Vanhainkotien asukkaiden ravitsemustila. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 6/2003.
- Mykkänen, H. Kärenlampi, S. 2005. Funktionaaliset, muuntogeeniset ja uuselintarvikkeet. Teoksessa Aro, A. Mutanen, M. Uusitupa, M (toim.) Ravitsemustiede. Jyväskylä; Gummerus
- Nienstedt, W. Hänninen, O. Artsila, A. Björkqvist, Y. 2006. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki; WSOY
- Parkkinen, K. Sertti, P. 1999. Ruoka ja ravitsemus. Helsinki; Otava
- Soini, H. 2004. Nutrition in patients receiving home care (Kotisairaanhoidon potilaiden ravitsemus). Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Suominen, M. 2001. Ikääntyminen ja toimintakyky ikääntyessä. Teoksessa Suominen, M. Kanus, P. Käyhty, M. Ahvo, L. Rahikainen, M-L. Kaikkonen, H. Timonen, L. Koivula, M. Berg, T. Salmelin, M. Jalkanen-Mayer, A (toim.) Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Jyväskylä; Gummerus

Suominen, M. 2006. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot. Ravitsemusterapeuttien yhdistys Ry. Vammala; Vammalan kirjapaino Oy

Suominen, M. Laine, T. Routasalo, P. Pitkälä, K. Räsänen, L. 2004. Nutrient content of served food, nutrient intake and nutritional status of residents with dementia in a finish nursing home. *Journal of Nutritional Health and Aging* 2004; 8 (4) 234-238

Suominen, M. 2007. Ravitsemus. Teoksessa Lyyra, T-M. Pikkarainen, A. Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere; Tammer-paino Oy

Suominen, M. 2008. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, E. Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki; Duodecim

Tikkanen, A-M. 2005. Vanhusten ravitsemustila ja sen arviointi. Pro-gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Kliinisen ravitsemustieteen laitos.

Tilvis, R. Vanhusten ravitsemus. 2001. Teoksessa Tilvis, R. Hervonen, A. Jäntti, P. Lehtonen, A. Sulkava, R. (toim.) Geriatria.

Tuovinen, A. Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitsemus. Teoksessa Hartikainen, S. Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. Helsinki; Edita.

Vallejo Medina, A. Vehviläinen, S. Haukka, U-M. Pyykkö, V. Kivelä S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki; WSOY

Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki. Edita Prima Oy. Viitattu 26.11.09.

<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf>

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainoi. Helsinki; Tammi

Voutilainen, P. Vaarama, M. Backman, K. Paasivaara, L. Eloniemi-Sulkava, U. Finne-Soveri, U.H. (toim.) 2004. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu opas laatuun. Stakes.



## KUVIOT

Kuva 1: Energian tarpeen viitearvot

Kuva 2: Ravintoaineiden saantisuositus

## LIITTEET

Liite 1: MNA -lomake

Liite 2: Hoitajille suunnattu kyselykaavake

## Energian tarpeen viitearvot

	Kevyt työ, säännöllinen liikunta	Kevyt työ, ei säännöllistä liikuntaa
Miehet		
61-74 -vuotiaat	12,0	9,3
>75 -vuotiaat	10,8	8,4
Naiset		
61-74 -vuotiaat	9,5	7,4
>75 -vuotiaat	9,3	7,1

Yli 60-vuotiaiden energian tarpeen viitearvot, keskimäärin MJ/päivä. Lähde: Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005

	Naiset	Miehet
Hiilihydraatit, E%	50-60	50-60
Kuitu, g	25-35	25-35
Rasva, E%	noin 30	noin 30
Kova rasva, E%	noin 10	noin 10
Proteiini, E%	10-15	10-15
A-vitamiini, RE ug*	700	900
D-vitamiini, ug	10	10
E-vitamiini, alfa-TE mg**	8	10
Tiamiini, mg	1,0	1,3***
Riboflaviini, mg	1,2	1,5****
Niasiini, NE mg*****	14	17*****
B6-vitamiini, mg	1,2	1,6
Folaatit, ug	300	300
B12-vitamiini, ug	2,0	2,0
C-vitamiini, mg	75	75
Rauta, mg	9	9
Sinkki, mg	7	9
Jodi, ug	150	150
Seeleni, ug	40	50
Kalsium, mg	800*****	800*****
Fosfori, mg	600	600
Kalium, g	3,1	3,5
Magnesium, mg	280	350

## Ravintoaineiden saantisuositus

\* RE (Retinoliekvivalentti) = 1 ug retinolia tai 12 ug beeta-karoteenia

\*\* TE (Tokoferoliekvivalentti) = 1 mg alfa-tokoferolia

\*\*\* Tiamiinin saantisuositus yli 75-vuotiaille miehille 1,2 mg/päivä

\*\*\*\* Riboflaviinin saantisuositus yli 75-vuotiaille miehille on 1,3 mg/päivä

\*\*\*\*\* NE = Niasiiniekvivalentti = 1 mg niasiinia tai 60 mg tryptofaania

\*\*\*\*\* Niasiinin saantisuositus yli 75-vuotiaille miehille on 15 ja naisille 13 NE/päivä

\*\*\*\*\* 500-1000 mg kalsiumlisä saattaa jossain määrin vähentää iän mukanaan tuomaa luukatoa

Ravintoaineiden suositeltava saanti päivässä yli 60-vuotiaille. Lähde: Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005

**MNA-testilomake ja ohjeistus Ravitsemustilan arviointi MNA**

Nimi \_\_\_\_\_ Sukupuoli \_\_\_\_\_ Ikä \_\_\_\_\_ Pituus (cm) \_\_\_\_\_ Paino (kg) \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_ Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän, jatka loppuun asti. Seulonta A. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana.

Seulonta

A. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia  
 0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti

1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman

2 = Ei muutoksia

B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

0 = painonpudotus yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonpudotus 1-3 kg

3 = ei painonpudotusta

C. Liikkuminen

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona

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

0 = kyllä

2 = ei

E. Neuropsykologiset ongelmat

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia

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

0 = BMI on alle 19

1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

12 pistettä tai enemmän -> riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa

11 pistettä tai vähemmän -> riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia.

Arviointi

G. Asuuko haastateltava kotona

0 = ei

1 = kyllä

H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

0 = kyllä

1 = ei  I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä

1 = ei  J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria

1 = 2 ateriaa

2 = 3 ateriaa  K. Sisältääkö ruokavalio vähintään

kyllä ei

yhden annoksen-maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä  kaksi annosta tai enemmän kananmuniaviikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)    lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä    

0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta

0,5 = jos 2 kyllä-vastausta

1 = jos 3 kyllä-vastausta

L. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia

0 = ei

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

0 = alle 3 lasillista

0,5 = 3 - 5 lasillista

1 = enemmän kuin 5 lasillista N. Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä

1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua

2 = syö itse ongelmitta  O. Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus

1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus

2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia  P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0 = ei yhtä hyvä

0,5 = ei tiedä

1 = yhtä hyvä

2 = parempi  Q. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)0 = OVY on alle 21 cm

0,5 = OVY on 21-22 cm

1,0 = OVY on yli 22

R. Pohkeen ympärystmitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm

1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

Seulonta (maksimi 14 pistettä)

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Asteikko:

1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila

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

3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

Ravitsemusarviointi on hyvä tehdä kolmen kuukauden välein, vaikka ravitsemustila olisikin hyvä

Kun riski virheravitsemukselle on kasvanut, on syytä selvittää seuraavat asiat:

Heikentääkö lääkitys ravinnonsaantia?

Onko asukkaalla vaikeuksia syömisessä, nielemisessä tai kotona asuvalla lisäksi ruoan hankkimisessa?

Vaikeuttaako dementia tai masennus ruokailua?

Onko ruokavalio yksipuolinen tai epätasapainoinen?

Onko asiakkaalla makuuhaavoja?

Keskustele havainnostasi lääkärin kanssa ja varmista, että asiakas saa tarvittavan opastuksen ja hänelle sopivan ruokavalion mahdollisine lisineen.

Seuraa tilannetta ja tee arvio uudelleen kolmen kuukauden kuluttua.

3. Tee sama lisäselvitys kuin kohdassa 2. Selvitä virheravitsemuksen syy, kuten sairauden vaihe tai lisääntynyt ravinnon tarve.

### KÄYTTÄJÄN OPAS MNA (Mini nutritional assessment)

on ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu kysymyssarja, jota voidaan käyttää ikääntyneiden (yli 65 vuotta) henkilöiden virhe- ja aliravitsemusriskin arvioinnissa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotona asuvilla ikäihmisillä virheravitsemus on harvinaisempaa kuin laitoksissa asuvilla.

Sairaudet heikentävät ruokahalua ja myös kykyä pureskella tai niellä ruokaa. Niinpä ikäihmisten virheravitsemus yleistyy sairaaloissa ja vuodeosastoilla. Seurauksena on helposti noidankehä, jossa virheravitsemus puolestaan hidastaa sairauksista toipumista. Kysymysten avulla on mahdollista löytää ne ikääntyneet, joiden riski aliravitsemukselle on kasvanut.

Ravitsemukseen voidaan silloin kiinnittää erityistä huomiota ja mahdollisesti täydentää ruokavaliota kliinisillä ravintovalmisteilla.

MNA koostuu seulonta- ja arviointiosuudesta. Jos tutkittava henkilö saa seulonnassa korkean pistemäärän (12 pistettä tai enemmän), ei arviointia tarvitse jatkaa. Muussa tapauksessa vastataan kaikkiin kysymyksiin.

Lomakkeen yläreunaan kirjoitetaan nimi, sukupuoli ja ikä sekä pituus (cm) ja paino (kg) painoindeksiin laskemista varten. Pituus voidaan arvioida myös käyttämällä polvi-kantapäämittaa.

#### Neuropsykologiset ongelmat

- Hoitava henkilökunta vastaa tähän kysymykseen, jos asukkaalla on ongelmia
- Jos asukas on selvästi sekava, on jäljellä olevien kysymysten vastaukset tarkistettava hoitajilta

#### Painoindeksi

- Painoindeksi lasketaan siten, että paino (kg) jaetaan pituuden neliöllä (m<sup>2</sup>).
- Tulos (0-3 pistettä) merkitään lomakkeeseen. Pisteet lasketaan yhteen (maksimi 14 pistettä)

12 pistettä tai enemmän -> ei aliravitsemusriskiä, arviointia ei tarvitse jatkaa 11 pistettä tai vähemmän -> mahdollisesti aliravitsemusta, jatka arviointia

#### Olkavarren ympärysmitta

Mittausta varten tarvitaan mittanauha ja kynä, jolla voi tehdä merkinnän ihoon. Mittaus tehdään siitä kädestä, joka ei ole dominoiva (siis oikeakätisellä vasemmasta kädestä). Olkavarren keskikohta mitataan koukistetusta kädestä ja merkitään kynällä. Keskikohdasta mitataan ympärysmitta, kun käsi roikkuu vapaasti sivulla.

#### Säären ympärysmitta

Ikääntynyt voi istua tai seistä siten, että paino on molemmilla jaloilla. Säären ympärysmittaan säären paksuimmasta kohdalta paljaana olevasta jalasta. On hyvä mitata vielä hieman ylemmästä ja alemmasta kohdasta, jotta voi varmistua, että mittaustulos on säären paksuimmasta kohdasta.




---

*PERUSTIEDOT*

Yritys \_\_\_\_\_

Yrityksen toimiala \_\_\_\_\_

Väittämiä ravitsemukseen liittyen, ympyröi valitsemasi vaihtoehto

1. Jokaiselle asukkaalle on suunniteltu yksilöllinen ravitsemussuunnitelma

Täysin samaa mieltä    1   2   3   4   5    Täysin eri mieltä

2. Ruoka on koostumukseltaan mielestäsi jokaiselle sopivaa

Täysin samaa mieltä    1   2   3   4   5    Täysin eri mieltä

3. Asukkaan aiemmat ruokailutottumukset on huomioitu ravitsemuksessa

Täysin samaa mieltä    1   2   3   4   5    Täysin eri mieltä

4. Annoskoko on sopiva

Täysin samaa mieltä    1   2   3   4   5    Täysin eri mieltä

5. **Jos olet erimieltä** ( valintasi 4 - 5 ), arvioi onko annoskoko liian pieni tai suuri

Pieni            1   2            Suuri

6. Asukkaiden ruokailutilanne on mielestäsi rauhoitettu

Täysin samaa mieltä    1   2   3   4   5    Täysin eri mieltä

7. Asukkaan ruokailuun on varattu tarpeeksi aikaa

Täysin samaa mieltä    1   2   3   4   5    Täysin eri mieltä

8. Hoitajilla on tarpeeksi aikaa auttaa asukasta ruokailutilanteessa

Täysin samaa mieltä    1   2   3   4   5    Täysin eri mieltä

9. Asukkaan toiminkyky ( avun tarve) on otettu huomioon ruokailutilanteessa

Täysin samaa mieltä      1   2   3   4   5      Täysin eri mieltä

10. Asukkaiden ravitsemustila on hyvä

Täysin samaa mieltä      1   2   3   4   5      Täysin eri mieltä

11. Hoitohenkilökunnalla on tarpeeksi koulutusta iäkkään ihmisen ravitsemuksesta

Täysin samaa mieltä      1   2   3   4   5      Täysin eri mieltä

12. Hoitohenkilökunta pystyy tarvittaessa antamaan ravitsemukseen liittyvää ohjausta asukkaalle tai omaiselle

Täysin samaa mieltä      1   2   3   4   5      Täysin eri mieltä

13. Omat tietoni ovat riittävät ravitsemukseen liittyvän ohjauksen antamiseen

Täysin samaa mieltä      1   2   3   4   5      Täysin eri mieltä

14. Tarvitsen lisäkoulutusta ikäihmisen ravitsemusta koskien

Täysin samaa mieltä      1   2   3   4   5      Täysin eri mieltä

Palaute:

---



---



---



---



---



---

**KIITOS PALAUTTEESTA!**

Palautus: Sanna Reponen , Kristina Ulkuniemi