

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

Katja Marttinen, Tiina Simola ja Jaana Ylihakala

Vireä vanhuus - Veljeskodin asukkaiden kokemuksia liikuntaryhmästä ja katsaus ravitsemustilaan MNA-testin avulla

Opinnäytetyö 2011

Tiivistelmä

Katja Marttinen, Tiina Simola, Jaana Ylihakala
Vireä vanhuus – Veljeskodin asukkaiden kokemuksia liikuntaryhmästä ja
katsaus ravitsemustilaan MNA-testin avulla, 42 sivua, 9 liitettä
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö 2011
Ohjaaja: lehtori Marita Pirkka, Saimaan ammattikorkeakoulu

Keskeisimmät tavoitteet vuoteen 2015 Suomen terveystieteissä ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Terveystieteiden 2015-kansanterveysohjelman yksi päätavoitteista on yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paranemisen jatkuminen samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

Ravitsemuksella, liikunnalla ja muilla elämäntavoilla on suuri merkitys terveyden ylläpidossa ja sairauksien ehkäisyssä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää liikuntaryhmän vaikutuksia teemahaastattelun avulla ja kartoittaa Veljeskodin asukkaiden ravitsemustilaa MNA-testin avulla. Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä koottiin neljän hengen ryhmä ikääntyneistä, joille ohjattiin liikuntaryhmää viikoittain 10 viikon ajan. Teemahaastattelu toi esille, että vanhukset harrastivat ryhmän ajan liikuntaa päivittäin. Kun tapaamiset loppuivat, liikuntamäärät olivat ohjelman osalta vähentyneet. Oman terveyden kokeminen oli muuttunut positiivisempaan suuntaan ryhmän aikana. MNA – testi tehtiin Veljeskodin palvelujen piiriin kuuluville asukkaille. Saimme testin avulla selville, että yksi osallistuneista (7%) kärsi virheravitsemuksesta. Kolmella asukkaalla (23%) riski oli kasvanut ja yhdeksällä asukkaalla (69%) ei ollut riskiä virheravitsemukselle.

Ikääntymiseen liitetään monia toimintakyvyn heikkenemiseen johtavia tekijöitä. Heikko toimintakyky ei kuitenkaan ole vanhenemisen väistämätön seuraus, vaan elintavat vaikuttavat suuresti toimintakyvyn säilymiseen. Sosiaaliset suhteet ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan ovat tärkeitä fyysistä toimintakykyä ylläpitäviä tekijöitä. Ikääntyneiden kotona selviytymistä pidempään voidaan edistää muun muassa erilaisilla liikuntamuodoilla. Liikuntaa voidaan käyttää tehokkaasti, taloudellisesti ja turvallisesti monien terveysongelmien ehkäisyyn, kuntoutukseen ja hoitoon.

Ravitsemustilalla on myös keskeinen merkitys osana hyvinvointia. Se vaikuttaa myös toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Ikääntyneiden, etenkin yli 75-vuotiaiden keskuudessa suurimpia riskejä ovat liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen. Ravitsemusongelmien syyt ja seuraukset ovat hyvin moninaiset. Vaikka vaikea ravinnon puutostila on harvinainen länsimaissa terveillä vanhuksilla, ravinnonsaanti voi silti olla liian vähäistä tai yksipuolista, mikä johtaa aliravitsemustilaan tai yksittäisten ravintoaineiden puutteeseen.

Asiasanat: liikunta, ravitsemus, ikääntyneet

Abstract

Katja Marttinen, Tiina Simola, Jaana Yli-Hakala
Experiences of the Residents of the "Veljeskoti" Home for the Elderly
regarding Exercise and Nutrition, 42 pages, 9 appendices
Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta
Health Care and Social Services, Degree Programme in Public Health Nursing
Bachelor's Thesis 2011
Instructor: Senior Lecturer Marita Pirkka, Saimaa University of Applied
Sciences

The central goals of Finland's healthcare policy until 2015 are to increase the healthy and active years of the populace and to diminish the differences between demographic groups. One of the main goals in the Health 2015-National Health Program is to continue the improvement of the over 75 year olds, the trend which has lasted for 20 years to date.

Nutrition, exercise, and other lifestyle factors have a big impact on maintaining health and preventing disease. The purpose of this bachelor's thesis is to clarify the effects of a group exercises by the means of theme interview and to describe the nutritional status of the residents of the "Veljeskoti" rest home by using the MNA test. A group of 4 elderly residents were gathered into a group that met once a week for exercises for 10 weeks. The results of the interview showed that elderly people exercised every day during the program. After the period of weekly guided sessions, the amount of exercise had decreased. The perception of health changed for the better during the program. The MNA- test was done to the people using the "Veljeskoti" services and showed that only one (7%) suffered from faulty nutrition. Three elderly people (23%) who had been at risk of faulty nutrition were helped, and 9 elderly people (69%) were not found to be at risk.

Aging is associated with many capability diminishing factors. Though decreased capability is not an inevitable consequence of aging, the lifestyle factors have a big impact on its maintenance. Social relationships and participation in social activities are important factors for maintaining good physical capability. Exercise can be used effectively, economically and safely to prevent many health problems, as well as to help with rehabilitation and care.

Nutritional status has also significant impact on wellbeing. It also has an influence on capability and quality of life. For elderly people, especially over 75 years, the greatest risks are too low energy intake and weight loss. The reasons and consequences of nutrition problems are challenging.

Keywords: Elderly, Exercise, Nutrition

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	6
2.1 Tutkimuskysymykset.....	6
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	7
3.1 Teemahaastattelu ja aineiston analyysi.....	8
3.2 MNA-testi ja sen analysointi.....	9
4 LIIKUNTA JA SEN MERKITYS IKÄÄNTYNEILLÄ.....	10
4.1 Liikunnan merkitys fyysiseen toimintakykyyn.....	11
4.2 Ikääntyneiden liikuntaharjoittelu.....	12
4.3 Liikunnan merkitys psyykkiseen toimintakykyyn.....	13
4.4 Terveyskokemus ja liikunnan merkitys terveyden kokemiseen... 14	
4.5 Ikääntyneiden ryhmäliikunta ja ryhmän ohjaaminen.....	16
5 IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS.....	17
5.1 Ravitsemussuositukset.....	17
5.2 Ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteet.....	19
5.3 Vanhenemiseen liittyvät muutokset energiantarpeessa, kehonkoostumuksessa ja ruoansulatuselimistössä.....	20
5.4 Lääkkeet ja ravinto.....	21
5.5 Aliravitsemus.....	23
5.6 Ravitsemustilan seuranta.....	23
6 TULOKSET.....	24
6.1. Veljeskodin liikuntaryhmän onnistuminen ikääntyneiden liikunnan lisäämiseksi.....	24
6.1.2 Liikuntaryhmän vaikutus oman terveyden kokemiseen.....	25
6.1.3 Ryhmän ohjauksen onnistuminen-vanhusten kokemukset ohjauksesta.....	27
6.2 Veljeskodin asukkaiden ravitsemustila.....	27
7 POHDINTA.....	34
7.1 Tutkimuksen eettisyys.....	34
7.2 Tulosten pohdintaa.....	37
LÄHTEET.....	43
LIITTEET.....	47
liite 1 Toimintakykytesti	
liite 2 Kävely kevyemmäksi	
liite 3 Teemahaastattelukysymykset	
liite 4 Saate	
liite 5 MNA-testi	
liite 6 Tiedote osallistujalle	
liite 7 Teemahaastattelun tekstiä ennen aineiston analyysia	
liite 8 Ruokapyramidi	
liite 9 Yhteistyösopimus	

1 Johdanto

Suomessa väestö ikääntyy nopeammin kuin missään muussa EU-maassa seuraavan 20 vuoden aikana. Tämä lisää haasteita terveydenhuollolle. Suomen reilun 5 miljoonan väkiluvusta 65 vuotta täyttäneitä on 24 % ja osuus nousee väestöennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä 45 %:iin. (Valtiovarainministeriö 2006.) Tällä hetkellä tärkein väestön rakennemuutos on väestön ikääntyminen (Rantalainen 2011).

Ravitsemuksella ja muilla elämäntavoilla on suuri merkitys terveyden ylläpidossa ja sairauksien ehkäisyssä. Elämäntavat vaikuttavat useimpien kroonisten kansantautien taustekijöihin, kuten lihavuuteen, insuliiniherkkyyteen, rasva- ja sokeriaineenvaihduntaan sekä verenpaineeseen ja näiden kautta esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien ja monien syöpien ilmaantuvuuteen. (Aro ym. 2010.) Lihavuus on lisääntynyt kaikissa ryhmissä 1980-luvun puolivälistä 2000-luvun alkuun. Vähiten lihavia on vanhimmissa ikäryhmissä. Ikääntyneiden ihmisten lievällä ylipainolla on todettu olevan jopa myönteisiä vaikutuksia terveydelle. Ylipainoisilla eläkeikäisillä, erityisesti naisilla on todettu olevan hiukan parempi fyysinen toimintakyky kuin normaalipainoisilla ikätovereillaan. (Sulander 2004.)

Keskeisimmät tavoitteet vuoteen 2015 Suomen terveystoimituksessa ovat terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Terveyden edistämistä vahvistetaan elämäntavan kaikissa vaiheissa (Valtioneuvoston periaatepäätös 2001). Terveystoimitus 2015 kansanterveysohjelman yksi päätavoitteista on yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paranemisen jatkuminen samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan (STM 2011).

Halusimme teemahaastattelun avulla selvittää voidaanko yli 85-vuotiaiden liikuntamyönteisyyttä ja terveydentilan kokemista lisätä 10 viikon liikuntaryhmällä. Lisäksi pyrimme saamaan tietoa toimivasta ohjauksesta

vanhusryhmässä. Halusimme huomioida myös ravitsemuksen merkityksen opinnäytetyössämme ja MNA-testin käyttö sopi tähän hyvin.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli vanhusten liikuntaharrastuksen lisääminen, ja oman terveydentilan kokemisen kohentuminen. Lisäksi haluttiin saada tietoa ohjauksen onnistumisesta. Vanhusten motivoiminen säännölliseen liikuntaan on tärkeää, koska liikuntaohjelman avulla voidaan saada heidän lihaskuntonsa säilymään hyvänä ja heidän tasapainonsa paranemaan. Ravitsemuksen osalta selvitettiin Veljeskodin asukkaiden ravitsemustilaa MNA-testin avulla. Tämä parantaa Veljeskodin henkilökunnan mahdollisuutta vaikuttaa asukkaiden ravitsemustilaan myönteisesti.

2.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymyksemme olivat

1. Miten 10 viikon liikuntaryhmä vaikuttaa yli 85-vuotiaiden vanhusten säännölliseen liikunnan harrastamiseen ?
2. Miten liikuntaryhmä on vaikuttanut oman terveyden kokemiseen?
3. Miten liikunnanohjaus on onnistunut?
4. Millainen on Veljeskodin asukkaiden ravitsemustilanne?

3 Opinnäytetyön toteutus

Toiminnallisessa osuudessa kerättiin Lappeenrannan palvelukeskussäätiön Veljeskodilta 4 hengen ryhmä, jolle ohjattiin liikuntaryhmää viikoittain 10 viikon ajan. Ryhmäläiset olivat iältään 87-92-vuotiaita. Kolme heistä oli naisia ja yksi mies. Kaikki ryhmään valikoituneet olivat liikuntakyvyltään ja yleisterveydeltään sellaisia, että osallistuminen ryhmään onnistui. Heidän kuntoaan ja sairauksiaan kartoitettiin haastattelemalla, jonka jälkeen tehtiin toimintakykytesti (Liite 1). Palvelukeskussäätiön toiminnanjohtajan ja Veljeskotiyksikön johtajan kanssa tehtiin kirjallinen yhteistyösopimus (Liite 9).

Liikuntaohjelma kesti kerrallaan tunnin. Ryhmän alussa kartoitettiin kuinka osallistujat olivat edellisellä viikolla jaksaneet noudattaa liikuntaohjelmaa kotona. Keskustelun jälkeen vedettiin liikuntaohjelma (Liite 2) kolme kertaa kymmenen kerran toistoina. Välissä pidettiin lepotaukoja, joiden pituuden määräsi osallistujien tuntemus jaksamisesta. Ohjelman jälkeen jätettiin aikaa vielä kysymyksille, jos niitä heräsi jumpan aikana. Lopuksi kerrattiin kotiohjeet ja kannustettiin ryhmäläisiä ohjelman tekemiseen päivittäin kotona. Ohjelman loputtua ryhmä kutsuttiin kokoon ja keskusteltiin 10 viikon aikana koetusta. Ryhmäläisiä kannustettiin ohjelman jatkamiseen, vaikka ryhmä loppuikin.

Haastattelu tehtiin teemahaastatteluna, jossa oli kolme teemaa (liite 3). Haastattelu antoi tutkijoille tietoa siitä, kuinka ryhmä on vaikuttanut osallistujien liikunnan harrastamiseen, oman terveyden kokemiseen ja oliko ohjaus onnistunut. Teemahaastattelun kysymyksiä haastateltavat saivat pohtia etukäteen, jotta liikuntaryhmästä nousseista ajatuksista kertominen oli helpompaa. Teemahaastattelu tehtiin turvallisessa ja rauhallisessa ympäristössä, missä keskeytyksiä ei tullut. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin. Tämän jälkeen tehtiin sisällönanalyysi, jolloin ryhmiteltiin ja luokiteltiin vastaukset.

Tutkimuksen teemahaastattelun avulla mahdollistettiin sellaisten kysymysten esittäminen, joihin haastateltavat saattoivat vastata avoimesti ja

vapaamuotoisesti. Haastattelun teema-alueet muodostettiin teoriasta esiin nousseiden käsitteiden pohjalta. Poiminta analyysirungon sisälle tapahtui teemoittelun mukaisesti. Analyysirungon ulkopuolelle jääneet asiat laitettiin luokkaan muut. Teemahaastattelussa aiheet pysyivät teemojen alla. Mikäli muuta ilmeni, ne siirrettiin luokkaan muut (Liite 6). Sanoma alkuperäisestä ja tiivistelmästä käytiin lopuksi läpi niin, että mahdolliset virheet huomattaisiin. Analyysirunkona oli haastattelu teemat.

Veljeskodin johtajan kanssa keskusteltiin ja päädyttiin siihen, että MNA-testiin otetaan mukaan ne henkilöt, jotka kuuluvat veljeskodin palveluiden piiriin. Tämän jälkeen annettiin saate (Liite 4) tutkimukseen mahdollisesti osallistuville henkilöille. He saivat lukea saateen rauhassa ja tehdä päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Saate lähetettiin 18 asukkaalle, joista 13 suostui tutkimukseen. Osallistujista 7 oli naisia ja 6 miehiä. Vastaajat olivat iältään 86-94-vuotiaita.

3.1. Teemahaastattelu ja aineiston analyysi

Tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska se on haastattelumuodoista toimivin keräämään tutkittavien kokemustietoa. Taustalla on yhteinen tilanne kaikilla haastateltavilla, ja siitä tuleva kokemus on taas yksilöllinen kokemus. Teemahaastattelussa on kyse tietynlaisesta keskustelusta. Keskustelu tapahtuu tutkijan aloitteesta ja ehdoilla. Tutkija pyrkii vuorovaikutuksella saamaan selville haastateltavaa kiinnostavat asiat tai ainakin ne, jotka kuuluvat haastattelijan tutkimuksen piiriin. (Eskola & Vastamäki 2007.) Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Puolistrukturoidulle haastattelulle on ominaista, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kuitenkaan kaikkia. Haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin ja on ominaista, että haastateltavat ovat kokeneet tietynlaisen tilanteen. Haastattelu suunnataan siis tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin. Menetelmällä voidaan tutkia yksilön

ajatuksia, tuntemuksia, kokemuksia ja myös sanatonta kokemustietoa. Siinä korostuu haastateltavien oma elämysmaailma. Teemahaastattelu tuo tutkittavien äänen kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Teemahaastattelua on suositeltavaa käyttää tarkasteltaessa tunteellisesti herkkiä asioita tai kysymyksiä, joista haastateltavat eivät ole niin tietoisia (Åstedt-Kurki & Heikkinen 1994). Haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat etukäteen tiedossa, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä (Hirsjärvi & Hurme 2004). Teemahaastattelun avulla pyritään etsimään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen, ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Aineistosta voidaan poimia ne asiat, jotka kuuluvat analyysirungon sisälle sekä sellaiset asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. Analyysirungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostetaan uusia luokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2004.)

3.2 MNA-testi ja sen analysointi

Ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden ravitsemustilaa voidaan arvioida MNA-testillä (Mini Nutritional Assessment). Testin avulla voidaan löytää ne ikääntyneet, joiden riski virheravitsemukselle on kasvanut, ja jotka tutkimusten mukaan hyötyvät ravitsemushoidosta eniten. Testi on herkkä, hyvin validoitu ja paljon käytetty. MNA -testi sisältää mm. antropometrisiä mittauksia, ruokavalion arvioinnin, yleisen toimintakyvyn arvioinnin sekä henkilön oman arvioinnin terveydestään ja ravitsemustilastaan. MNA koostuu seulonta- ja arviointiosuudesta ja se voidaan suorittaa alle 15 minuutissa. Mikäli tutkittava saa seulonnassa korkean pistemäärän, ei arviointia tarvitse jatkaa. Muussa tapauksessa vastataan kaikkiin kysymyksiin. Testistä saatu kokonaispistemäärä jakaa henkilöt ali- tai virheravitseihin, ali- tai virheravitsemuksen riskissä oleviin sekä niihin, joilla riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut. MNA-testin perusteella ei voida tehdä päätöksiä esim. proteiini- aliravitsemuksesta tai sen riskistä. (Suominen 2009.)

Raportoitavat kysymykset valittiin opinnäytetyön teorian pohjalta. Seulonnan vastauksista nousi selkeästi esiin kysymykset, joilla oli merkitystä asukkaan ravitsemustilaan. Kysymykset, joilla ei ollut merkitystä, jätettiin erikseen raportoimatta tuloksissa. Tässä opinnäytetyössä MNA-testi tehtiin kokonaisuudessaan, vaikka seulontaosion pistemäärä olisikin ollut korkea.

4 Liikunta ja sen merkitys ikääntyneellä

Lukuisat eri tekijät vaikuttavat terveyden ja toimintakyvyn muutoksiin ikääntyessä. Monet krooniset sairaudet ja erilaiset oireet sekä toiminnanvajavuudet yleistyvät iän myötä. Sairauksien esiintyvyys lisääntyy ikääntyessä siten, että 85 vuotta täyttäneistä enää alle 10% on kliinisesti terveitä. Ikääntyneiden toiminnanvajavuuksia arvioidaan yleisimmin selviytymisenä päivittäisistä perustoiminnoista ja asioiden hoitamisesta. Perustoiminnoissa esiintyy vaikeuksia jo noin viidesosalla 75-vuotiaista ja jo lähes puolella 85-vuotiaista. (Vuori, Taimela ja Kujala 2005.) Liikuntavaikeuksien ilmetessä iäkkäät vähentävät liikkumistaan. Tähän syynä voivat olla tiedon puute, ympäristöratkaisut, asenneilmapiiri ja toimintatavat. Passivoituminen johtaa iäkkäänä nopeaan liikuntakyvyn heikkenemiseen ja vanhenemisprosessin kiihtymiseen. (Lehtonen 2007.)

Fyysinen toimintakyky voidaan mitata ihmisen selviytymisenä päivittäisissä toiminnoissa. Ikääntymiseen liitetään monia toimintakyvyn heikkenemiseen johtavia tekijöitä. Heikko toimintakyky ei kuitenkaan ole vanhenemisen väistämätön seuraus, vaan elintavat vaikuttavat suuresti toimintakyvyn säilymiseen. (Timonen 2007.) Toimintakyvyssä on osoitettu sukupuolien välisiä eroja. Päivittäinen liikuntaan käytetty aika vähenee ikääntyessä molemmilla sukupuolilla. (Jylhä, Helminen, Artama ja Luukkaala 2007.)

Yhteiskuntien fyysiset rakenteet ja henkinen ilmapiiri suosivat yhä voimakkaammin päivittäisessä elämässä fyysistä passiivisuutta, ohjaavat ja pahimmillaan pakottavat siihen. Tästä on seurauksena jo nyt nähtävissä oleva terveysongelmien kasvu. Fyysinen passiivisuus on yksi aikamme keskeinen, mutta vielä puutteellisesti tiedostettu ongelma. Fyysisellä aktiivisuudella voidaan ehkäistä ja korjata fyysisestä passiivisuudesta aiheutuvia haittoja terveydelle ja toimintakyvylle. (Laine 2007.) Ikääntyneiden kotona selviytymistä pidempään voidaan edistää muun muassa erilaisilla liikuntamuodoilla. Ikääntyneille pidettävien liikuntakerhojen tarve olisi suuri. Ikääntyneet tulisi saada motivoitumaan liikkumaan. Monille ikääntyneille kaikenlaiseen toimintaan tuleminen on este, koska kulkuyhteydet ovat huonot, eikä omaisilla ole aina aikaa viedä. Kuntien haasteena on tulevaisuudessa järjestää kuljetus ikääntyneille, jotta he pääsisivät erilaisiin harrastuksiin mukaan. (Starck-Pirskanen 2009.)

4.1. Liikunnan merkitys fyysiseen toimintakykyyn

Liikunnan merkitys monien eri sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa ei muutu ikääntymisen myötä. Ikääntymiseen liittyvä sairastavuuden ja toiminnanvajavuuksien sekä lääkkeiden käytön kasvu on huomioitava liikuntaa koskevissa suosituksissa ja liikuntaan liittyvässä terveysneuvonnassa. Liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella on merkitystä sairauksien hoidon, ehkäisyn ja kuntoutuksen kannalta. (Vuori ym. 2005.)

Fyysisellä aktiivisuudella on todettu olevan edullinen merkitys nukkumisrytmiin. Säännöllinen fyysinen aktiivisuus lisää myös ruokahalua ja suolen liikettä. Liikunnalla on merkitystä kaatumistapaturmien vaaratekijöiden ehkäisyssä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että lihasheikkous on keskeinen kaatumistapaturmaa ennustava tekijä. Lihaksiston rakennetta ja suorituskykyä voidaan ylläpitää kuormittamalla lihaksia sopivalla tavalla. Fyysisesti aktiivisten henkilöiden lihasvoima heikkenee iän mukana paljon vähemmän kuin passiivisten. (Vuori ym. 2005.)

Aerobista kapasiteettia voidaan parantaa harjoittelun avulla. Harjoitusvaikutus on iäkkäillä suhteellisesti samansuuruinen kuin nuorilla, mutta absoluuttinen suorituskyky tietenkin on pienempi vanhoilla ihmisillä. Liikuntaa harrastavien tai muulla tavoin fyysisesti aktiivisten elinajanodote on parempi kuin fyysisesti passiivisten. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen parantaa elinajanodotetta, ja toisaalta myös fyysisen aktiivisuuden väheneminen lisää kuoleman riskiä vielä vanhalla iällä. (Vuori ym. 2005.) Liikunta parantaa lihasvoimaa ja notkeutta, säilyttää ja parantaa sydän- ja verenkiertojärjestelmän suorituskykyä sekä auttaa tasapainon säilyttämisessä (Åman 2007). Harjoittelulla voidaan myös ehkäistä lonkkamurtumia (Korpelainen 2005).

Korkea leposyke kertoo suurentuneesta kuolemanriskistä. Leposykkeeseen voidaan vaikuttaa elintavoilla. Liikuntaa harrastavien ihmisten leposyke on lähes 10 lyöntiä minuutissa alhaisempi kuin niillä, jotka eivät liikuntaa harrasta. Kun vanhus harrastaa säännöllistä liikuntaa, se vaikuttaa syketasoon ja tätä kautta sydämen sähköiseen toimintaan. (Mutikainen 2010.) Liikunnan merkitys fyysisen toimintakyvyn säilymisessä korostuu erityisesti vanhemmalla iällä, jolloin hyvällä fyysisellä kunnolla on paljon elämänlaatua kohentavia vaikutuksia. Liikunta auttaa elämään omassa kodissa mahdollisimman pitkään. (Bäckmand 2006.)

4.2. Liikunnan merkitys psyykkiseen toimintakykyyn

Psyykinen terveys ja hyvinvointi mahdollistavat vanhuksen psyykkisen toimintakyvyn. Kognitiivisten toimintojen sekä emotionaalisen tasapainon, eli mielialan, tukeminen ovat keskeisiä asioita, kun pyritään ylläpitämään ja parantamaan vanhuksen psyykkistä toimintakykyä. Laajasti ymmärrettynä psyykinen toimintakyky kuvaa sitä, missä määrin vanhus pystyy käyttämään psyykkisiä voimavarojaan tavoitteidensa saavuttamiseen. (STM 2006.)

Liikunnan merkitys ikääntyvien psyykkisen terveyden kannalta on kasvavan kiinnostuksen kohde. Tutkimuksissa on raportoitu vanhuksen mielialan

kohentumista liikunnan myötä. Ikääntyneillä on usein ahdistusperiodeja, joita lisääntyvät fyysiset toiminnanvajavuudet ja krooniset sairaudet pyrkivät aiheuttamaan. Liikunta voi auttaa estämään tällaisia periodeja, kunhan suositellun liikunnan vaatimukset eivät ole sellaisia, että ne itsessään aiheuttaisivat ahdistusta. Liikunta lähes koko aikuisikänsä tai ainakin useita vuosia harrastaneilla on todettu liikuntaa harrastamattomiin verrattuna parempi psyykinen terveys, vaikkakaan syy-seuraus-suhteista ei ole pystytty tekemään täysin varmoja johtopäätöksiä. Liikunnan ja masentuneisuuden yhteyksiä selvittäneiden havainnoivien tutkimusten johtopäätös on ollut, että masentuneisuus liittyy fyysiseen passivisuuteen. Tulokset ovat sitä myönteisempiä, mitä pitempään liikunta on jatkunut. (Vuori ym. 2005.)

4.3 Terveyskokemus ja liikunnan merkitys terveyden kokemiseen

Ikääntyneiden kokemuksia ja arvostuksia on tärkeää tutkia, jotta heille pystytään tarjoamaan tarpeita vastaavaa terveyttä edistävää ja tukevaa toimintaa. Ikääntymisen aiheuttamat muutokset ovat hyvin yksilöllisiä, ja siksi ikä on heikko kuvaamaan yksilön omaa terveyttä. Eläkeikäisten itse arvioima terveydentila on kohentunut tasaisesti 1990-luvun alusta. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus vuonna 2009 oli 48 %. Ikääntyneiden terveyden kokeminen on monimuotoista. Terveyskokemiseen liitetään elämänlaatu, hyvinvointi, elämänhallinta, toimintakyky ja terveydestä tietäminen. Elämänlaatu on vaikeasti määriteltävissä oleva käsite, mutta ainakin siihen sisältyy tyytyväisyys elämään, mielihyvän tunne, onnellisuus ja tarpeiden tyydyttyminen. (Lehtonen 2008.)

Terveys voidaan määritellä monesta eri näkökulmasta. Tunnetuin määritelmä on WHO:n määrittely, joka kuvaa terveyden täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, ei ainoastaan sairauden puuttumisena. (Stakes 2011.) Terveys määrittäminen ja tulkitseminen poikkeaa paljon eri tieteenalojen välillä. Biolääketieteellisen käsityksen mukaan terveys on sairauden puuttumista. Sosiologiassa terveyttä kuvaa

yksilön kyky selviytyä sosiaalisista rooleista. Humanistisessa näkökulmassa katsotaan yksilön kykyä sopeutua myönteisesti elämän tuomiin muutoksiin ja ongelmiin. Ikääntyneiden terveyttä on tutkittu monilla ihmistä tutkivilla tieteenoilla, ja terveyttä on lähestytty monin eri tavoin. Yleensä se koetaan tärkeimmäksi asiaksi elämässä. (Lehtonen 2008.) Ikääntymiseen liittyvien muutosten alkamisikä, vaikutukset sekä nopeus vaihtelevat yksilöiden ja toimintakyvyn osa-alueiden välillä. Läheisten ystävien ja omaisten menetykset, yksinäisyys, sairauksien lisääntyminen ja toiminnanvajavuuksien aiheuttama avun tarve heikentävät elämänlaatua ja terveystokokemusta vanhuudessa. (Heikkinen 2005.) Fyysisesti aktiiviset kokevat terveytensä paremmaksi vähän liikkuviin verrattuna, ja vastaavasti fyysisen aktiivisuuden väheneminen ennustaa negatiivista muutosta terveyden kokemisessa. Myös lihasvoima, sairauksien vakavuus, aistitoiminnat ja kognitiivinen kyvykyys ovat terveyden kokemiseen vaikuttavia tekijöitä. (Vuori ym. 2005.)

4.4 Ikääntyneiden liikuntaharjoittelu

Liikuntaa voidaan käyttää tehokkaasti, taloudellisesti ja turvallisesti monien terveysongelmien ehkäisyyn, kuntoutukseen ja hoitoon (Vuori ym. 2005). Iäkkäillä henkilöillä kävelyn hidastuminen, vähentyminen ja väsyminen ovat liikkumiskyvyn heikkenemisen ennakoivia merkkejä, joihin tulisi suhtautua vakavasti. Liikuntaneuvonta ja ohjaus on suositeltava ja edullinen tukitoimi liikkumiskyvyn ylläpitämiseksi. (Mänty 2010.)

Motivaation ja taitojen puute ovat haitanneet iäkkäiden liikunta-aktiivisuutta. Liikkumattomuutta ovat ylläpitäneet myös käsitykset siitä, että liikunta ei olisi sopivaa ikääntyneille. Eläkeikäisistä 22 % ei liiku lainkaan viikoittain ja säännöllinen liikunta vähenee iän myötä. (Husu, Paronen, Suni ja Vasankari 2011.) Tavoitteellinen liikuntaharjoittelu pitää iäkkäät liikkumiskykyisinä pidempään. Lihaskunto- ja tasapainoharjoittelulla pystytään torjumaan monia vanhenemiseen liittyviä vaivoja, jotka hoitamattomina vievät ikäihmisen

ennenaikaisesti laitoshiitoon. (Timonen 2007.) ”Liikkumiskyvyn ongelmista 1/3 johtuu vanhenemisestä ja 2/3 harjoituksen puutteesta” (STM 2008 a).

Maailman terveysjärjestö WHO:n globaalinen terveysliikunnan suosituksen mukaan 65–84-vuotiaiden tulisi harrastaa säännöllistä liikuntaa samassa määrin kuin nuoremman aikuisväestön. Kestävyyskuntoa tulisi harjoittaa liikkumalla reippaasti (esim. reipas kävely) yhteensä vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa tai liikkumalla rasittavasti (esim. hölkkä tai juoksu) yhteensä tunnin ja viisitoista minuuttia viikossa. Lisäksi tulisi kohentaa lihaskuntoa ainakin kaksi kertaa viikossa. Ikääntyneille suositellaan kaatumisten ehkäisemiseksi tasapainoharjoituksia kolmesti viikossa. Liikunnan harjoittaminen tulisi sovittaa yksilöllisesti terveystilanteen mukaan niillä ikääntyneillä, joilla on erityisiä terveysrajoitteita tai -riskejä. Eläkeikäisistä kestävyysliikuntaa harrastaa suosituksen mukaisesti lähes joka kolmas mies ja joka neljäs nainen. Kuitenkin vain 5 % miehistä ja 4 % naisista harrastaa liikuntaa WHO:n suosituksen mukaisesti. Eläkeikäisistä suomalaisista 22 % ei harrasta lainkaan säännöllistä liikuntaa. (Laitalainen, Helakorpi ja Uutela 2010.) Vanhemmille ikäryhmille suositeltavia liikuntamuotoja ovat kävely, retkeily, pyöräily, uinti ja murtomaahiihto (Vuori ym. 2005).

Voimaharjoittelu onnistuu myös iäkkäiltä ja huonokuntoisilta vanhuksilta ja jo 8-10 viikkoa kestävä harjoittelu on todettu paitsi lisäävän voimaa myös vaikuttavan positiivisesti liikuntakykyyn ja tasapainoon. Tuloksia alkaa näkyä jo muutamassa viikossa. 12-20 viikon jälkeen saavutetaan tasannevaihe, jonka jälkeen voimataso ei enää juurikaan lisääny. (Ahvo, Berg, Jalkanen-Mayer, Kaikkonen, Kannus, Käyhty, Koivula, Rahikainen, Suominen, Salmelin ja Timonen 2001.) Tavoitteellinen liikuntaharjoittelu pitää iäkkäät liikkumiskykyisinä pidempään. Lihaskunto- ja tasapainoharjoittelulla pystytään torjumaan monia vanhenemiseen liittyviä vaivoja, jotka hoitamattomina vievät ikäihmisen ennenaikaisesti laitoshiitoon. (Timonen 2007.)

Ikääntyneille suunnatuissa tutkimuksissa heikko terveys nähtiin suurimpana esteenä liikunnalle. Iäkkäät tarvitsevat yleisen liikuntaneuvonnan ohella myös yksilöllistä ohjausta, jossa yhtäältä sairauksien ja toiminnanvajavuuksien

aiheuttamat liikuntarajoitukset otettaisiin huomioon ja jossa liikuntaohjelmat rakennettaisiin kunkin yksilön tavoitteiden ja mahdollisuuksien mukaisesti. (Vuori ym. 2005.)

Tavoitteellinen liikuntaharjoittelu pitää iäkkäät liikkumiskykyisinä pidempään. Lihaskunto- ja tasapainoharjoittelulla pystytään torjumaan monia vanhenemiseen liittyviä vaivoja, jotka hoitamattomina vievät ikäihmisen ennenaikaisesti laitoshiitoon. (Timonen 2007.) Terveys 2015 kansanterveysohjelmassa korostetaan iäkkäiden ihmisten mahdollisuuksia aktiivisuuteen ja omien tietojen ja taitojen kehittämiseen. Samalla korostetaan itsehoidon ja hoidon tärkeyttä, jotta ikääntyvät voisivat asua mahdollisimman pitkään kotona ja elää itsenäistä ja laadukasta elämää. (THL 2011.)

4.5 Ikääntyneiden ryhmäliikunta ja ryhmän ohjaaminen

Kun liikuntaa harrastetaan ryhmässä lisääntyvät sosiaaliset kontaktit, jotka monille yksinäisille vanhuksille ovat tärkeitä. Terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset voivat puolestaan vaikuttaa siihen, miten asiakas suhtautuu ohjaukseen. Monet ihmiset, jotka aktiivisesti etsivät tietoa sairauksistaan, tietävät tarkkaan mitä ohjaukseltaan vaativat. (Elf & Wikbland 2001.)

Ryhmänohjaajan on alussa kyettävä luomaan hyvä ilmapiiri, joka saadaan aikaan yhteisillä pelisäännöillä. Tavoitteena on että jokainen ryhmänjäsen tuntee itsensä tärkeäksi. Ryhmänohjaaja huolehtii, ettei kukaan nouse toista tärkeämmäksi, vaan esimerkiksi puheenvuoroja jaetaan tasapuolisesti. (Pirkka 2009.)

Ryhmänohjaajan on alusta asti suoritettava itse arviointia voidakseen ylläpitää laadukasta ryhmänohjausta. Ryhmäytyminen heti ryhmän alussa on merkittävä asia ryhmän toiminnalle. Ryhmän aloitukseen tulee olla valmistautunut, ja mielessä täytyy olla mahdollisista ongelmista selviäminen. Kun ryhmän toiminta

on alusta saakka hallittua, ryhmän toimintaedellytykset ovat kunnossa. (Pirkka 2009.) Ohjaaja on tilanteessa vuorovaikutuksen asiantuntija ja ohjattava oman asiansa asiantuntija. Vuorovaikutus tapahtuu aina myös tunnemerkitysten välittämänä. Ohjaajan tehtävänä on prosessoida vuorovaikutus hallitusti eteenpäin niin, että haasteet siirtyvät aina ohjattavalle tai ryhmälle takaisin sopivasti uudessa muodossa tehtävän tai tavoitteen mukaisesti. (Pasanen 2009.)

5 Ikääntyneiden ravitsemus

Terveiden ja hyvinvoinnin edellytyksenä voidaan pitää hyvää ravitsemustilaa. Sillä on myös suuri merkitys kansansairauksien ehkäisyssä. Ravitsemustilalla on keskeinen merkitys osana hyvinvointia. Se vaikuttaa myös toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Ikääntyneiden, etenkin yli 75-vuotiaiden, keskuudessa suurimpia riskejä ovat liian vähäinen energiansaanti ja laihtuminen. (Nuutinen, Mikkola, Peltola, Silaste, Siljamäki-Ojansuu, Uotila ja Sarlio-Lähteenkorva 2009.)

5.1. Ravitsemussuositukset

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan uudet ikääntyneiden ravitsemussuositukset korostavat että ravitsemukselliset tarpeet ikääntymisen eri vaiheissa pitää ottaa huomioon. Ravitsemussuositukset lähtevät siitä, että ikääntymisen myötä useat elintoiminnot heikkenevät. Tämä puolestaan altistaa iäkkäät henkilöt erilaisille virheravitsemustilanteille. Virheravitsemus, kuten aliravitsemus, puolestaan aiheuttaa suurentuneen sairastumisriskin ja hitaamman paranemisen eri sairauksista. Virheravittu vanhus voi siten sairastua yhdenaikaisesti useisiin kuluttaviin sairauksiin ja toipua niistä hyvin hitaasti. Tällaiset vanhukset

kuluttavat tietenkin myös paljon terveydenhuollon voimavaroja ja kärsivät inhimillisesti ottaen paljon. Keskeinen keino ehkäistä tällainen kierre on varmistaa iäkkäiden riittävä ravitsemus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Ravitsemustila tulisi arvioida terveys-, hoiva- ja tukipalveluissa seuraamalla ikääntyvien painoa ja käyttämällä ravitsemustilan arviointiin kehitettyjä menetelmiä. Proteiinin riittävään saantiin tulee kiinnittää huomiota, koska sen hyväksikäyttö elimistössä heikkenee ihmisen ikääntyessä. Ikääntyneen olisi hyvä saada noin 100 grammaa proteiinia vuorokaudessa. Varsinkin kaikkein iäkkäimmät saattavat saada proteiinia ja muita suojaravinteita vähemmän kuin pitäisi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta painottaa moni ammatillisen työn merkitystä. Ravitsemusongelmien syyt ja seuraukset ovat hyvin moninaiset. Siksi vanhusten ravitsemustilasta pitää huolehtia kaikkien terveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten ja vanhusten läheisten. Iäkkäiden perusongelmia ravitsemuksessa ovat riittämätön D-vitamiinin saanti, riittämätön kuidun saanti, riittämätön proteiinin saanti, riittämätön energian saanti ja riittämätön nesteen nauttiminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

Kaikille ikääntyneille suositellaan tai heidän erityistarpeina pidetään:

- 20 mikrogrammaa (800 IU) D-vitamiinia kaikille yli 60-v ympäri vuoden
- proteiinia 1-1,2 g/kg
- 1-1,5 litraa nesteitä/pv
- kuitua 25-35 g/pv

Alkoholinkäytön ylärajana pidetään korkeintaan 1 alkoholiannosta päivässä tai korkeintaan 7 alkoholiannosta viikossa. Laihduttamiseen ei kannusteta, ellei lihavuus uhkaa toimintakykyä, ja fyysinen kunnon ylläpitäminen on laihdutusta tärkeämpää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.) Terveiden kannalta ikääntyneiden sopiva painoindeksi on 25-30 kg/m² (Nuutinen ym. 2009). Ikääntyneille suositellaan pienten aterioiden rytmiä (5-6 ateriaa/välipalaa/pv).

Täydennysravintovalmisteita suositellaan niille, joilla paino on laskenut yli 3 kg kuukaudessa. Painoa ja ravitsemustilaa arvioidaan kerran kuukaudessa. Suosituksessa ei oteta kantaa rasvan ja hiilihydraattien osuuteen ruokavaliosta. Siten suositus ei ole energiaravintoainesidonnainen niin kuin koko väestöä koskeva suositus. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

5.2. Vanhusten ravitsemuksen erityispiirteet

Tämän päivän eläkeikäiset syövät terveellisemmin ja tupakoivat hieman vähemmän kuin ikätoverinsa pari vuosikymmentä sitten. Toisaalta he käyttävät enemmän alkoholia ja ovat keskimäärin lihavampia. Lihavuus on lisääntynyt kaikissa ryhmissä 1980-luvun puolivälistä 2000-luvun alkuun. Vähiten lihavia on vanhimmissa ikäryhmissä. Ikääntyneiden ihmisten lievällä ylipainolla on todettu olevan jopa myönteisiä vaikutuksia terveydelle. Ylipainoisilla eläkeikäisillä, erityisesti naisilla on todettu olevan hiukan parempi fyysinen toimintakyky kuin normaalipainoisilla ikätovereillaan. (Sulander 2004.)

Vanhenemiseen liittyy monenlaisia muutoksia, jotka voivat vaikuttaa ravitsemustilaan. Ikääntyessä lihavuus ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt eivät ole niin keskeisiä ongelmia kuin aiemmin, vaan ongelmaksi nousee energian- ja ravintoaineiden riittävä saanti. Vaikka vaikea ravinnon puutostila on harvinainen länsimaissa terveillä vanhuksilla, ravinnonsaanti voi silti olla liian vähäistä tai yksipuolista, mikä johtaa aliravitsemustilaan tai yksittäisten ravintoaineiden puutteeseen. (Aro, Mutanen ja Uusitupa 2010.)

Ikääntyneen ihmisen ruokavalion tulee olla ravintotiheydeltään hyvä, koska pienestä ruokamäärästä on saatava paljon suojaravintoaineita. Ruokavalio voidaan koota muun muassa ruokapyramidin (Liite 8) avulla. (Haglund, Huupponen, Ventola ja Hakala-Lahtinen 2010.)

5.3 Vanhenemiseen liittyvät muutokset energiantarpeessa, kehon koostumuksessa ja ruoansulatuselimistössä

Vanheneminen muuttaa kehon koostumusta tavalla, joka altistaa monille ravitsemushäiriöille ja toiminnallisille muutoksille. Veden osuus elimistössä vähenee ja luuston mineraalipitoisuus pienenee. Rasvakudoksen suhteellinen osuus lisääntyy lihaskudoksen pienentyessä. Nämä muutokset pienentävät perusaineenvaihduntaa 30 ikävuodesta eteenpäin noin 2 % prosenttia kymmentä vuotta kohden, mikä yhdessä vähentyneen liikunnan kanssa vähentää energiantarvetta. Energiantarpeen väheneminen vaikuttaa taas suoraan useimpien ravintoaineiden saantiin, koska niiden saanti on suoraan yhteydessä ravinnon energiasisältöön. (Aro ym. 2010.)

Vanhenemiseen liittyy ruoansulatuselimistön toiminnallisia muutoksia, joiden merkitys ei kuitenkaan ravitsemuksellisesti ole kovinkaan suuri. Merkittävät muutokset liittyvät sairauksiin. Makuuain erotuskynnys nousee ikääntyessä, mutta makujen erotuskynnys ei sinänsä merkittävästi huonone. Makuuain muutokset liittyvätkin enemmän huonoon ravitsemustilaan, suun puutteelliseen hygieniaan ja keskushermoston sairauksiin kuin ikääntymiseen itseensä. Myös sylkirauhasten solujen lukumäärä vähenee ikääntyessä. Syljen eritykseen tämä ei kuitenkaan vaikuta, koska harvemmat solut näyttävät toimivan tehokkaammin. Syljen erityksen väheneminen liittyy enemmän sairauksiin ja lääkitykseen kuin fyysisiin muutoksiin. Ikääntymisen syömisongelmiin vaikuttaa myös hampaiden kunto tai täysi hampaattomuus. Täydellinen hampaattomuus vaikeuttaa syömistä ja voi vähentää monien ravintoaineiden saantia. Myös ruokatorven supistelutoiminnassa on todettu vähäisiä ikääntymiseen liittyviä muutoksia. Supistusten laajuus ja lukumäärä ovat vähentyneet ja epäsäännöllisten supistusten määrä on lisääntynyt. Näiden muutosten merkitys on terveillä vanhuksilla vähäinen. (Aro ym. 2010.)

Vanheneminen hidastaa jonkin verran mahalaukun tyhjenemisnopeutta, joskin ruoan kulkeutuminen maha-suolikanavan läpi säilyy muuttumattomana.

Ruokailun jälkeinen mahalaukun fundus-osan laajeneminen huononee iän myötä, minkä vuoksi kylläisyyden tunne tulee nopeammin kuin nuoremmilla. Merkittävin muutos johtuu mahalaukun runko-osan limakalvon surkastumisesta pitkäaikaisen helikobakteeritulehduksen seurauksena, mikä vaikuttaa suolahaponerityksen vähenemiseen. Noin kolmasosalta vanhuksia on löydettävissä jonkinasteinen mahalaukun limakalvon surkastuma, joka on yleensä oireeton. Hapon erityksen vähenemisen ohella vaikea mahalaukun surkastuma aiheuttaa B12-vitamiinin imeytymishäiriön ja anemian. Hapottomuus voi myös huonontaa kalsiumin ja raudan imeytymistä ja lisätä alttiutta bakteerien siirtymiselle ohutsuoleen, mikä edelleen huonontaa ravintoaineiden imeytymistä. (Aro ym. 2010.)

Maksan koko pienenee, ja porttiverenkierto vähenee ikääntyessä. Maksan kyky poistaa merkkiaineita ja galaktoosia huononee. Seerumin albumiinitaso laskee lievästi, vaikka ravitsemustila on normaali. Ohutsuoleen iän tuomat muutokset ovat vähäisiä. Ohutsuolen limakalvon pinta-ala pienenee jonkin verran. Bakteerien pesiytyminen ohutsuoleen voi aiheuttaa rasvojen imeytymishäiriöitä, joskin tämä ilmiö on terveillä vanhuksilla harvinainen. Sinkin imeytymisen on todettu vähenevän, mutta toisaalta myös sinkin erityks vähenee ja näin tilanne pysyy terveillä vanhuksilla muuttumattomana. Myös paksusuolen supistelu vähenee jonkin verran iän myötä, mutta tämä ei yksin selitä vanhuusiässä yleistyvää ummetusta, jonka kehittymisessä vähentynyt liikunta ja ruokavalion kuitupitoisuuden vähäisyys ovat tärkeimmät tekijät. Ravitsemustilaan paksusuolen toiminnan muutoksella ei ole suoraa vaikutusta. (Aro ym. 2010.)

5.4. Lääkkeet ja ravinto

Tärkeä vanhenemiseen liittyvä muutos on lääkaineiden poistuman hidastuminen maksan kautta, mikä on huomioitava niiden lääkkeiden annostelussa, joiden pääasiallisena poistumistienä on maksa (Aro ym. 2010). Yli 70 -vuotiailla on käytössä arviolta 3.7 lääkettä henkeä kohti. Pitkäkestoisista ja suuriannoksisista lääkehoidoista voi seurata ravitsemushäiriöitä. Melko

tavallinen lääkehoidon sivuvaikutus on ruokahaluttomuus, mikä vähentää ravinnonsaantia ja heikentää ravitsemustilaa. Myös outo, paha maku suussa voi johtua lääkkeestä ja haitata ruoan maun aistimista ja vaikuttaa ruokahuuun. Monet lääkkeet vaikuttavat syljeneritykseen, ja vanhukset valittavat suun kuivumista. (Rintala 2000.) Ravintoaineet käsitellään ruoansulatuskanavassa samoin kuin lääkeaineetkin. Tällöin ne vaikuttavat moniin samoihin imeytymiseen, aineenvaihduntaan ja erittymiseen vaikuttaviin tekijöihin. Pelkästään mahalaukussa oleva ruoka voi vaikuttaa lääkeaineiden imeytymiseen. Ravinto- ja lääkeaineiden keskinäisestä vaikutuksesta voi lääkeaineen vaikutus voimistua tai heikentyä. (Martio 2007.)

Lääkehoidoilla voi olla merkitystä ravitsemukseen ja siihen on syytä kiinnittää huomiota jo etukäteen. Tulehduskipulääkkeiden vaikutuksia ravitsemuksen kannalta ovat närästys ja mahdollinen mahahaava. Sentraalisesti vaikuttavat kipulääkkeet voivat aiheuttaa ummetusta, johon ravinnon koostumus myös vaikuttaa. Pitkäaikaisessa käytössä ja suurin annoksin glukokortikoidihoito aiheuttaa muutoksia hiilihydraatti- ja rasva-aineenvaihdunnassa. Diabetesriski suurenee sokerin sietokyvyn heiketessä, paino nousee ja nestettä kertyy elimistöön. Verenpaineen nousu on myös mahdollinen. Kalsiumin imeytyminen heikkenee, mikä puolestaan voi edistää osteoporoosin pahenemista. Mahdollista on, että glukokortikoidihoito edistää lihasten kuihtumista. Luunmurtumien riskiä voi lisätä metotreksaattihoito. Se aiheuttaa myös foolihapon puutetta, mikä on osasy syy lääkitykseen liittyvään pahoinvointiin. Toisaalta foolihapon nauttiminen voi heikentää metotreksaatin tehoa, samoin runsas maitotuotteiden nauttiminen. Magnesiumin puutetta voi aiheuttaa syklosporiini. Se voi myös nostaa verenpainetta ja vaikuttaa rasva-aineenvaihduntaan. Painon nousua on syytä tarkkailla glukokortikoidi- ja syklosporiinihoidon aikana. D-vitamiinin, kalsiumin ja valkuaisaineiden riittävään saantiin on kiinnitettävä huomiota. Greippimehun juominen heikentää syklosporiinin aineenvaihduntaa, ja näin ollen lisää haittavaikutuksia. Foolihappolisää suositellaan aina metotreksaattihoitoa saaville, mutta sitä ei saa ottaa samanaikaisesti. (Martio 2007.)

5.5 Aliravitsemus

Aliravitsemus on ruoan pitkäaikaisesta puutteesta johtuva sairaalmainen tila, ja se saattaa näkyä painon alenemisena. Painon aleneminen ruokahalun heikkenemisen myötä johtaa nopeasti aliravitsemukseen. Aliravitsemuksen riski on erityisen suuri silloin, kun ikääntyneen asumisessa ja hoidossa tapahtuu muutoksia. Niukka syöminen, soseutettu tai nestemäinen ruoka, toistuvat infektiot tai painehaavaumat, leikkauksen odotus tai sairaudesta toipuminen ovat riskitekijöitä aliravitsemukselle. (Hakala 2011.) Riittävän aikainen riskin tunnistaminen ehkäisee virheravitsemuksen pahenemisen, jolloin toimintakyvyn ylläpito onnistuu parhaiten (Suominen 2009).

Proteiinienergia-aliravitsemus on vakava ja yleinen vanhusten aliravitsemustila. Se voidaan jakaa kahteen oireyhtymään: marasmus ja kvasiorkor. Marasmus kehittyy hitaasti energiansaannin ollessa niukka. Elimistön energian ja proteiinien tarve pienenee energian puutteen pitkittyessä. Aliravitsemus johtaa rasva- ja lihasmassan vähenemiseen. Kvasiorkor kehittyy nopeasti lievästä aliravitsemuksesta kärsiville, kun proteiinien saanti on riittämätöntä. Yhden tai useamman suojaravintoaineen puutos on yleinen riittämätöntä tai puutteellista ruokavaliota noudattavilla. (Rintala 2000.)

5.6 Ravitsemustilan seuranta

Ravitsemustilan arviointiin on useita eri menetelmiä (Suominen 2009). Ruoankäytön mittauksessa kirjataan yksilön käyttämät ruokamäärät ateriakerroittain tiettyinä tutkimusjaksona. Kun halutaan selvittää tarkkoja ruokainemääriä, käytetään ruokapäiväkirjoja tai punnitusmenetelmiä. Ruoankäytön arviointi on hyvin ongelmallista, ja suositeltavaa on, että ravitsemusterapeutti tekee sen. Mittausmenetelminä voidaan käyttää myös ruoankäyttöhaastattelua tai ruokavaliohaastattelua. (Rintala 2000.)

Antropometrisillä mittauksilla tutkitaan ikään ja ravitsemustilaan liittyviä ruumiinrakenteen muutoksia. Yleisimmin käytettyjä mittauksia ovat painon ja pituuden mittaukset ja ihopoimiumittaukset. Lisäksi voidaan mitata olkavarren ympärysmitta, laskea painon suhde normaalipainoon ja painoindeksi. Näiden mittausten avulla pyritään laskemaan kehon rasvapitoisuutta, lihasmassaa, vesipitoisuutta ja rasvattoman kudoksen määrää. (Rintala 2000.) Painon seuranta on yksi tärkeimmistä arviointimenetelmistä. Se tulisi mitata kerran kuukaudessa ja seurata mahdollisia muutoksia. (Nuutinen ym. 2009.) Painoindeksin ollessa alle 23 tai painon laskun kolmessa kuukaudessa yli 3 kiloa on riski aliravitsemukselle. Painon laskun syy tulee aina selvittää. Olkavarren ympärysmittaa käytetään rasva- ja lihaskudoksen määrän arvioinnissa. Mitta otetaan olkavarren keskikohdalta venymättömällä mittanauhalla. (Hakala 2011.)

6 Tulokset

6.1 Veljeskodin liikuntaryhmä

Teemahaastattelu toi esille, että vanhukset harrastivat ryhmän ajan liikuntaa päivittäin. Ryhmäläisille jaettiin ensimmäisellä kerralla ohjepaperi, jossa liikkeet oli piirrosten ja tekstin avulla selkeässä muodossa. (Liite 5)

Liikuntaryhmän paperiversio ohjeista oli kolmella osallistujalla tallessa liikuntaryhmän päättymisen jälkeen, ja he suorittivat liikkeitä haastattelun mukaan satunnaisesti. Liikuntaryhmän aikana liikkeitä suoritettiin päivittäin, ja haastattelussa osallistujat kertoivat viikoittaisen tapaamisen motivoineen heitä suorittamaan liikkeitä ryhmätapaamisten väliajoilla. Kun tapaamiset loppuivat, liikuntamäärät olivat ohjelman osalta vähentyneet. Jokainen ryhmän jäsen kuitenkin teki venyttelyliikkeitä ja joitakin liikuntasarjoja kotonaan joka viikko.

Yhdellä ryhmän jäsenistä oli ennen liikuntaryhmää ohjelma, jota hän teki säännöllisesti, ja ryhmän jälkeen hän on jatkanut tuota ohjelmaa päivittäin kuten aiemmin. Liikuntaryhmän hän koki piristäväksi vaihteluksi. Aikaisempi ohjelma oli kuitenkin hänelle sopivampi ja tutumpi jatkaa.

Liikuntaryhmä motivoi ikääntyneet liikkumaan päivittäin ohjeistuksen mukaan ja liikuntaryhmän jälkeen motivaatio oli säilynyt liikkeiden tekoon, mutta suoritettujen toistojen määrät olivat laskeneet. Jokainen ryhmän jäsen oli myös soveltanut ohjeliikkeitä itselle sopivammaksi suorittaa. Kukaan ei liikuntaryhmän jälkeen suorittanut täysin ohjeiden mukaista ohjelmaa.

Ryhmässä lisääntyivät sosiaaliset kontaktit ja osa ryhmänjäsenistä oli kokoontunut juttelemaan ennen ryhmää kerrostasanteelle. Terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset ryhmäläisillä vaihtelivat. He joilla oli realistinen käsitys terveydestään ja liikuntakyvystään suorittivat liikuntaryhmässä liikkeitä turvallisesti omien rajojen sisällä. Yksi ryhmän jäsen, jolla oli liian suuri uskomus omista kyvyistään ja jaksamisestaan pyrki suorittamaan liian nopealla tempolla ohjeistetut liikkeet, josta johtuen hän väsyi nopeasti ja joutui usein keskeyttämään liikesarjan. Vaikka häntä ohjeistettiin suorittamaan liikkeet omien rajojen mukaan, ei hän löytänyt sopivaa suoritusnopeutta ryhmän aikana. Kuitenkin hän hyötyi ryhmästä sosiaalisesti ja väärinkin suoritettujen liikesarjojen lisäsivät hänen liikkumistaan.

6.1.2 Oman terveyden kokeminen

Oman terveyden kokeminen oli muuttunut positiivisempaan suuntaan ryhmän aikana. Teemahaastattelussa tuli ilmi, että vanhukset olivat kokeneet pärjänneensä ryhmässä toisia ryhmäläisiä hieman paremmin. Tätä kautta heidän itseluottamuksensa nousi ja he kokivat oman terveytensä keskivertoa paremmaksi.

Ryhmämme jäsenillä oli menetyksiä ja sairauksia ja yksinäisyyttäkin koettiin välillä. Ryhmämme jäsenet asuvat Veljeskoti-yhteisössä, joten yksinäisyys ei ollut päivittäin läsnä. Erilaiset harrasteryhmät vanhukset kokivat tärkeinä yksinäisyyden estämiseksi. Sairaudet estivät osalla jonkin verran yhteisöllisyyttä, esimerkiksi huimaus aiheutti yhdellä ryhmänjäsenellä välillä ongelmia. Huimauksen vuoksi ryhmän jäsen joutui olemaan 2 kertaa poissa ryhmästä.

Ryhmämme jäsenistä kaksi olivat hyvin perehtyneitä sairauksiinsa, ja tiesivät, mitä ohjaukselta vaativat. He tunsivat rajoituksensa ja pystyivät hyvin kontrolloimaan liikkeitä vastaamaan omaa suorituskykyään. Kokemus omasta terveydestä voi olla todellisuutta vastaava, kuten näillä kahdella ryhmämme jäsenellä. Joillakin voi taas olla kokemus liian hyvästä terveydestä, jolloin vaaratekijöitä voi tulla esille, koska ei tunneta omia voimavaroja. Ryhmässämme yksi henkilö saattoi joskus liiallisesti tehdä liikkeitä ääri rajoille saakka, jolloin ryhmänohjaus hänen osaltaan täytyi muuttua toppuuttelevaksi. Hänen kokemuksensa omasta terveydestä oli ylimitoitettu.

Haastattelun toinen teema oman terveyden kokemisesta oli vaikeaselkoinen haastateltaville. Haastattelujen aikana haastattelijat joutuivat selventämään kysymystä usein, ja silti se toi vastauksena kroonisia sairauksia, joita vanhuksilla oli. Haastateltavat käsittivät omalla terveydellä sairauksien poissaolon ja koska liikuntaryhmä ei tuonut muutosta sairauksiin, he kokivat, että oman terveyden kokeminen ei ollut muuttunut, vaan samat sairaudet vaivasivat heitä edelleen. Kun haastattelijat tarkensivat, että terveyden kokemus on kokemus tai tunnetila siitä millaisena olotila tuntuu vireyden ja liikkuvuuden suhteen, vastaukset olivat edelleen samat. Omat sairaudet vaikuttivat terveyden kokemukseen. Kahdella haastateltavista oli huono kuulo, mikä saattoi vaikuttaa kysymyksen ymmärtämiseen, mutta suurin syy lienee liian vaikeaselkoinen termi. Terveyden kokemus on useimmille sairauden poissaolon kokemus, eikä tunnetila.

6.1.3 Ryhmän ohjaaminen

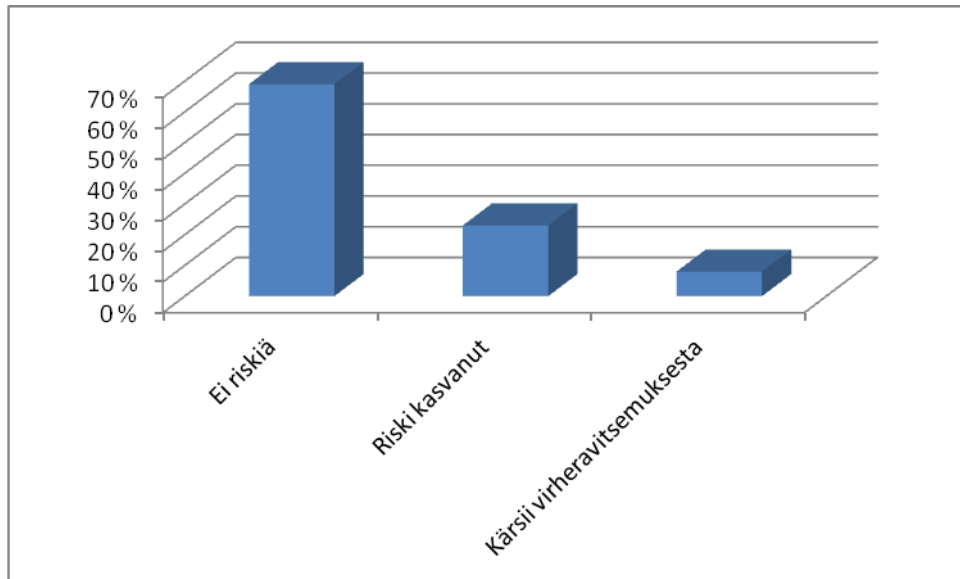
Osallistujat kokivat ryhmänohjaajien onnistuneen tehtävässä. He kokivat saaneensa yksilöllistä ohjausta ja kuuluvansa ryhmään. Vanhuksien mielestä ryhmä toimi hyvin, ja ryhmänohjaaja jakoi aikaa kaikille tasapuolisesti. Ryhmän lopettaminen oli epäselvää, vaikka tieto oli paperilla ja vaikka siitä oli osallistujille kerrottu.

Tarkentavat kysymykset teemahaastattelussa puheen selkeydestä ja liikkeiden ohjaamisesta toivat vastaukseksi kolmelta, että puhe oli selkeää ja ohjaus hyvää. Yhdellä oli vaikeuksia kuulla puheen kaikuessa hänen korvassaan. Kuulolaitetta hän ei käyttänyt, koska koki sen hankaavan ja aiheuttavan lisää huimausta.

Yhteissuunnittelulla saatiin ryhmässä aikaan yhteenkuuluvuuden tunne. Kaikki ryhmäläiset kokivat päässeensä mukaan suunnitteluun. Ryhmän jäsenet saivat vaikuttaa paikan valintaan ja aikataulun suunnitteluun, ja ryhmän lopettamispäivänä he saivat päättää sisällön. Ryhmän jäsenet vaikuttivat myös siihen, kuinka heidät haetaan ryhmätapaamisiin, toiset tulivat itsenäisesti ja toiset tahtoivat, että tullaan kotonta hakemaan.

6.2 Veljeskodin asukkaiden ravitsemustila

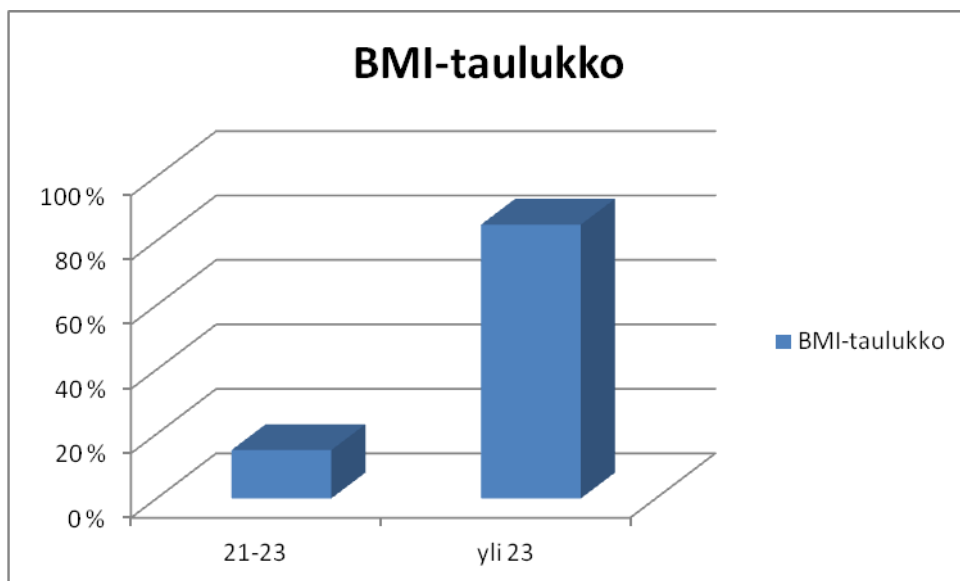
Seuraavassa kuviossa (kuvio 1, s. 28) on esitetty MNA-testien tulokset kaikkien vastanneiden osalta.



Kuvio 1. MNA-testin tulokset

Vastanneista yhdeksällä (69%) riski virheravitsemukselle ei ollut kasvanut. Kolmella (23%) riski virheravitsemukselle oli kasvanut. Yksi (8%) kärsi virheetäi aliravitsemuksesta.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 2), näkyy vastanneiden BMI jaoteltuna välille 21-23 tai yli 23.



Kuvio 2. BMI-taulukko

Alla olevasta kuviosta (kuvio 3), näkyy kuinka monella vastanneista oli ollut psyykkistä stressiä tai akuuttisairaus viimeisen kolmen kuukauden aikana.



Kuvio 3. Psyykinen stressi tai akuutti sairaus

Kaikilla, joilla oli riski virheravitsemukselle kasvanut tai jotka kärsivät virhe- tai aliravitsemuksesta, oli ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus kolmen kuukauden sisällä. Heillä, joilla riskiä ei ollut, vain 33% oli kärsinyt psyykkisestä stressistä tai akuutista sairaudesta kolmen kuukauden sisällä.

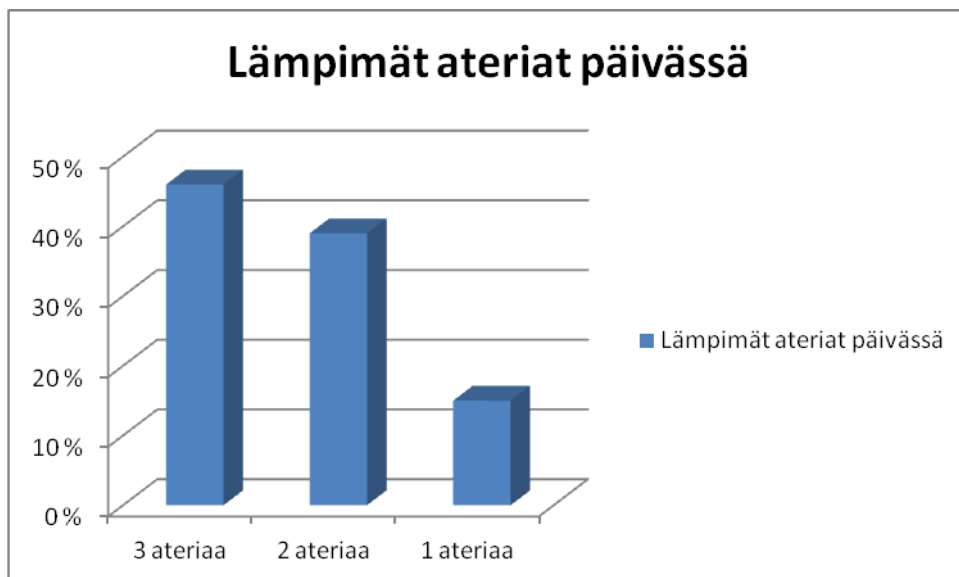
Seuraavassa kuviossa (kuvio 4, s.30) on esitetty kuinka monella vastanneista oli käytössä alle ja kuinka monella yli kolme säännöllisessä käytössä olevaa reseptilääkettä.



Kuvio 4. Päivittäin käytössä olevat reseptilääkkeet

85 % vastanneista oli säännöllisessä käytössä yli kolme reseptilääkettä.

Alla oleva kuvio (kuvio 5), esittää kuinka monta lämmintä ateriaa vastanneet söivät päivittäin.



Kuvio 5. Päivittäiset lämpimät ateriat

Vastanneista kuusi (46%) söi kolme lämmintä ateria päivässä. Kaksi lämmintä ateriaa päivässä söi viisi vastanneista (38%). Yhden lämpimän aterian päivässä söi kaksi vastanneista (15%).

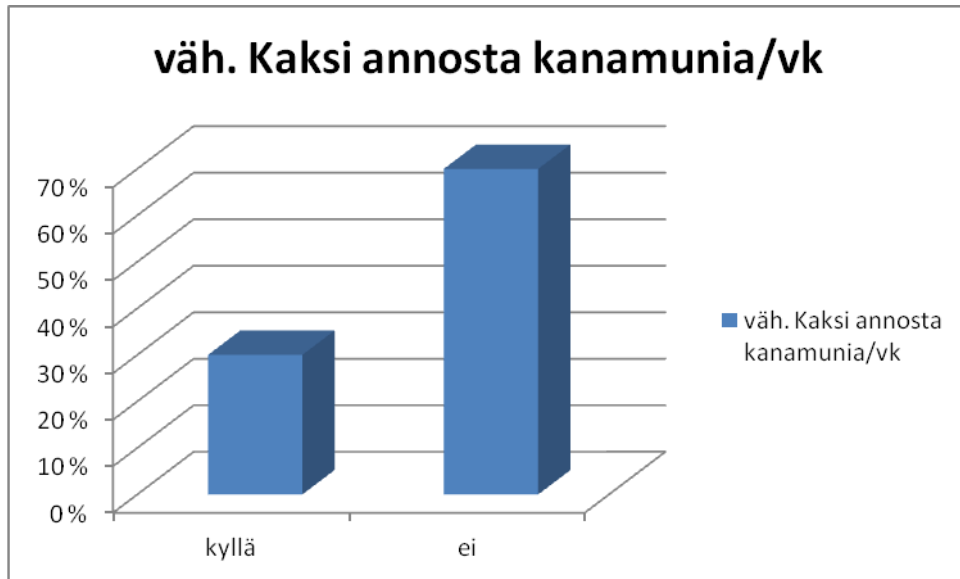
Seuraava kuvio (kuvio 6), kuvaa sitä kuinka moni vastanneista käytti vähintään yhden maitovalmisteiden päivittäin.



Kuvio 6. Maitovalmisteiden käyttö

12 vastanneen (92%) ruokavalio sisälsi vähintään yhden annoksen maitovalmisteita päivässä. Vastanneista hänellä, joka ei käyttänyt maitovalmisteita, oli riski virheravitsemukselle kasvanut.

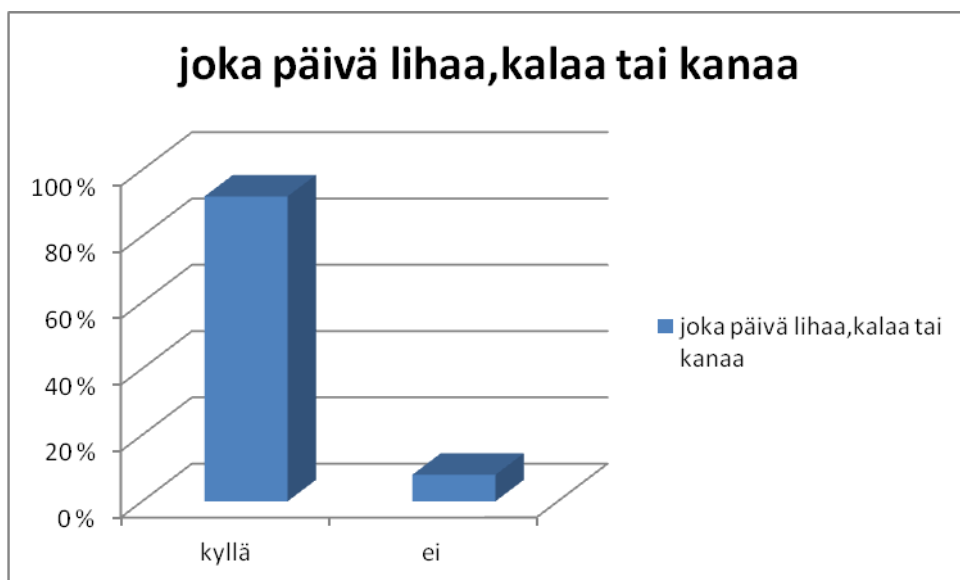
Seuraavasta kuviosta (kuvio 7, s. 32) käy ilmi kuinka moni vastanneista söi vähintään kaksi annosta kananmunia viikossa.



Kuvio 7. Kanamunien käyttö

Neljän vastanneen (30%) ruokavalioon kuului vähintään kaksi kanamunaa viikossa.

Seuraavasta kuviosta (kuvio 8), käy ilmi se, kuinka moni vastanneista söi päivittäin lihaa, kalaa tai kanaa.



Kuvio 8. Lihan, kalan ja kanan käyttö

92 % vastanneista käytti päivittäin lihaa, kalaa tai kanaa. Vain yksi vastanneista (8%) ei syönyt päivittäin lihaa, kalaa tai kanaa. Hänellä riski virheravitsemukselle oli kasvanut.

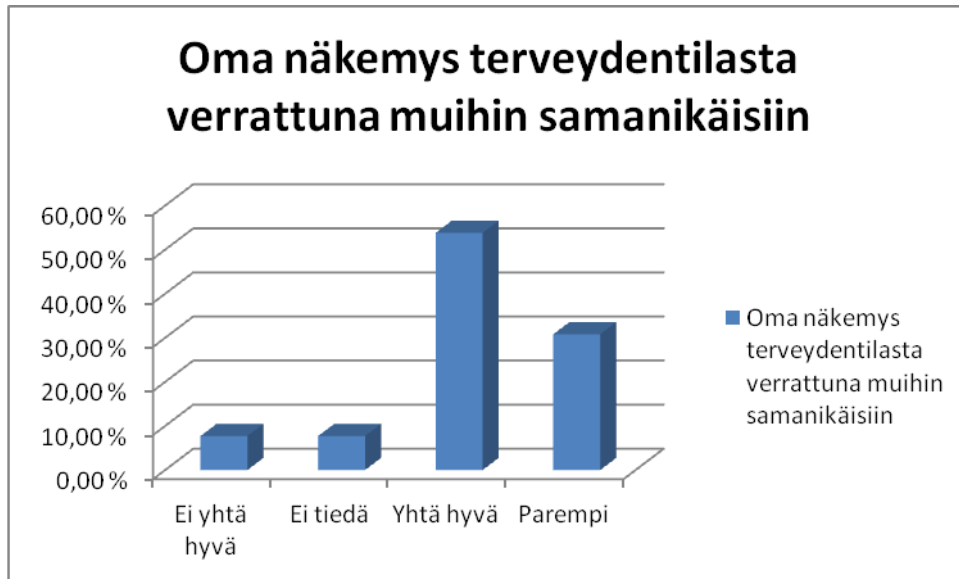
Seuraavasta kuviosta (kuvio 9), käy ilmi se, kuinka moni vastanneista söi päivittäin hedelmiä tai kasviksia.



Kuvio 9. Hedelmien ja kasvien käyttö

77 % vastanneista ruokavalio sisälsi päivittäin hedelmiä tai kasviksia. Kolmen vastanneen (23%) ruokavalio ei sisältänyt päivittäin vähintään kahta annosta hedelmiä tai kasviksia. Näistä yhdellä riski virheravitsemukselle oli kasvanut ja yksi kärsi virhe- tai aliravitsemuksesta.

Seuraavasta kuviosta (kuvio 10, s. 34) käy ilmi se, miten vastanneet kokivat oman terveydentilansa verrattuna muihin saman ikäisiin.



Kuvio 10. Oma näkemys terveydentilasta

Oman terveydentilan huonommaksi muista samanikäisistä koki yksi vastanneista (7,7%). Terveydentilansa yhtä hyvänä samanikäisiin verrattuna koki seitsemän vastanneista (53,8%) ja paremmaksi terveydentilansa samanikäisiin verrattuna arvioi neljä vastanneista (30,8%). Yksi (7,7%) ei osannut arvioida terveydentilaansa.

7 Pohdinta

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Yksi tutkimuksen tärkein eettinen periaate on tutkimustulosten luotettavuuden tarkistaminen ja yleistäminen (Mäkinen 2006). Tiedonhakua suoritimme käyttämällä kirjallisuushakua, joka rajattiin vuosiin 2000–2011, jotta saatiin sekä tuorein tutkimustieto, että kymmenen vuoden sisällä tapahtuneet muutokset vanhusten tilanteessa. Kansainvälisiä julkaisuja haettiin MEDLINE- ja CSA-tietokannoista. Suomalaista tutkimustietoa haettiin Suomen yliopistojen väitöskirjoista hauilla, jotka rajasimme 2000-vuoteen. Lisäksi tietoa haettiin Arto- ja Linda-tietokannoista. Näin saimme tulokseksi alle 15 vuotta vanhaa tietoa, josta vielä valikoimme tuoreimmat lähteet. Käytimme myös kirjastoa apuna etsiessämme uusinta kirjallisuutta alalta. Koska tutkimukset

menevät eteenpäin koko ajan ja tieto vanhentuu on tärkeää olla kriittinen aikarajoissa. Kuitenkin historian tunteminen on eduksi, jolloin vertailupohja säilyy ja tätä kautta voi nousta uusia ajatuksia.

Tutkimuskohteen ja tutkitun materiaalin ollessa yhteensopivia, on laadullinen tutkimusmenetelmä luotettava. Teorianmuodostukseen eivät saa vaikuttaa epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. Tutkimuksen toteuttamista ja tutkimuksen luotettavuutta ei voi pitää erillisinä tapahtumina laadullisessa tutkimuksessa. Luotettavuuden kriteeri on itse tutkija ja hänen rehellisyytensä (Vilkkä 2005). Luotettava tutkimus teemahaastattelussa tarkoitti, että haastattelimme osallistujia teemakysymyksien mukaisesti, nauhoitimme haastattelut, litteroimme ja kirjoitimme raportin. Yksi haastattelija pystyi varmistamaan sen, että haastattelut tapahtuivat samanlaisissa olosuhteissa. Haastatteluihin varattiin aikaa kaksi tuntia, jotta pystyttiin varmistamaan kiireettömyys ja se, että jokainen sai puhua aiheesta kaiken mitä se toi mieleen. Haastateltavien annettiin kertoa vapaasti niistä asioista, mitkä heillä nousi mieleen teemoista. Puhtaaksikirjoittaessamme ja tiivistäessämme tekstiä olimme tarkkoja, että sanoman sisältö ei muuttunut tiivistäessä. Tutkimusetiikka korostaa tutkimusaineiston ja tutkittavien suojaan liittyviä kysymyksiä. (Kuula 2006.) Tutkimusaineiston kohdalla on turvattava se, että aineisto ei joudu väärin käsiin ja tutkittavien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan aina tutkimustuloksiin asti. (Vilkkä 2005.) Tutkimuksen luottamuksellisuus ilmeni siten, että haastateltavien nimet jäivät vain haastattelijan tietoon. Haastateltaville henkilöille kerrottiin kerättyjen tietojen käyttötarkoitus ja - aika, ketkä käyttävät haastattelussa saatuja tietoja sekä luottamuksellisten tietojen suojaaminen. (Mäkinen 2006.)

Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa psyykkisesti, fyysisesti tai sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin tutkimuksen aiheuttamat haitat. Tutkimus on siihen osallistuville henkilöille vapaaehtoinen ja he voivat keskeyttää tutkimuksen koska tahansa (Paunonen ym. 1997). Meillä ryhmän vetäjinä ja laatijoina täytyi olla tehtynä osallistujien toimintakyvyn huomioon ottava ohjelma. Liikkeet eivät saaneet

olla vaarallisia tai niin vaikeita, että osallistujat olisivat joutuneet ikään kuin naurunalaisiksi niitä suorittaessaan, tai ettei heille olisi päässyt syntymään vaaratilanteita liian haastavia liikkeitä yrittäessään. Liikkeet valikoitiin osallistujille sopiviksi huomioiden, ettei vahinkoa pääse tapahtumaan liikkeitä tehdessä eikä liikkeiden vaikutuksesta. Ryhmänjohtajina eettisesti toimiessamme kuuntelimme ryhmämme jäseniä tasapuolisesti ja annoimme heille mahdollisuuksien mukaan yhtä paljon aikaa puhua. (Kyngäs ym.2004.)

Vanhusten kanssa toimiessa toimintakykyä oli pidettävä silmällä ja täytyi estää ennalta kaikki vaaratekijät. Kukaan ryhmän jäsen ei saanut aloittaa liikettä, ennen kuin liike ja ympäristö oli varmistettu ja turvattu. Mikäli liikkeissä oli jotain korjattavaa, oli meidän hienovaraisesti puututtava asiaan, ja ohjattava jäsentä yksilöllisesti toimimaan oikein.

Ryhmän vetämisen osalta nousee monia eettisesti pohdittavia asioita, kuinka huomioimme ryhmän vetäjinä jokaisen tasapuolisesti, kuinka olimme oikeudenmukaisia toimiessamme ja jaoimme aikamme niin, että jokainen koki olevansa yksi tasa-arvoisen ryhmän jäsen. Ryhmää ohjatessamme pyrimme olemaan ohjaajina selkeitä sekä ohjeissamme helposti lähestyttäviä, jotta meiltä pystyi kysymään mieltä askarruttavia asioita liikkeisiin liittyen. Pyrimme myös luomaan ryhmään mukavan ilmapiirin jotta jäsenet viihtyivät ja nauttivat ryhmästä ja liikunnasta mahdollisimman paljon. Opinnäytetyössämme ohjaajia oli 3, että turvallisuus ja henkilökohtainen neuvonta ja ohjaaminen olivat mahdollisia.

Haastattelut suoritettiin kahden kesken, jotta haastateltavien yksityisyys säilyi. Haastattelijan eettisyys näkyi ymmärryksenä ja niin, ettei hän millään lailla aliarvioinut haastateltavaa. Haastattelija toimi eettisesti niin, että haastateltavan kokemus oli hänelle tärkeä ja hän kunnioitti haastateltavan elämänarvoja ja kokemusta.

Seulontamenetelmän ollessa hyvä, se tunnistaa vajaaravitsemuksen riskin luotettavasti, ja erottelee ne potilaat, joilla ei ole vajaaravitsemuksen riskiä.

Hyvä menetelmä on helppo- ja nopeakäyttöinen, hyvin toistettavissa ja sopii päivittäiseen käyttöön. (Nuutinen ym 2009.)

Haastatellessamme asukkaita ja kyseltäessä heiltä henkilökohtaisia asioita, täytyi meidän varautua siihen, että kipeitä, arkojakin asioita voi tulla ilmi. Arkaluonteisia asioita kysyttäessä, täytyi meillä tutkijoina olla valmiudet kohdata ne asiat, mitä haastateltavat tuovat esiin. MNA- testin seuloessa virheravitsemusriskissä olevia ja aliravittuja oli eettistä toimittaa saadut tulokset Veljeskodin henkilökunnan tietoon, jotta he voivat omalla toiminnallaan puuttua tilanteeseen. Näin ollen, yhteistyön merkitys korostui entisestään. Haastatteluiden tapahtuessa asukkaiden kotona korostui itsemääräämisoikeus ja kunnioitus asukkaita kohtaan.

7.2 Tulosten pohdintaa

Ohjaus liikuntaryhmässä oli toimivaa ja ohjaajat huomioivat heti alussa ensimmäisenä turvallisuuden. Ohjaustilanteissa äänen käyttö ja artikulointi oli selkeää ja kuuluvaa, koska vanhuksilla kuulo saattaa alkaa heikkenemään. Liikkeiden näyttäminen tapahtui useiden toistojen kautta ja yksilöllisesti jokaista ohjeistettiin vierellä ollen liikkeen suorittamisessa. Tämä on järkevää heti alussa, koska hyvin ohjeistettu ensimmäinen kerta palveli tulevia kertoja. Kun liikkeet alusta alkaen opittiin ja tehtiin oikein oli seuraavat kerrat aina helpompia suorittaa. Henkilökohtainen huomiointi lisäsi myös motivaatiota, kun liikuntaryhmäläiset saivat kokemuksen, että he ovat tärkeitä ja heistä välitetään. Toki oli odotettavissa, etteivät ryhmäläiset todennäköisesti jatka harjoitteita ikuisesti vaan alkuinnostuksen ja ryhmän loppumisen myötä myös innostus liikkumiseen vähenee. Oli kuitenkin hienoa, että jokaisen ryhmäläisen terveydenkokeminen parani ryhmän myötä tai sen aikana.

Liikuntaryhmän yksi jäsen, jolla oli oman liikuntakyvyn suhteen liian suuret uskomukset aiheutti ryhmänohjaajille lisätöitä, koska häntä täytyi ohjata

useasti. Kyseinen henkilö suoritti liikkeitä yli omien voimien ja liikuntakyvyn, minkä vuoksi jouduimme ohjaajina puuttumaan hänen liikuntasuorituksiin turvallisuussyistä. Välillä hän itsekin koki kuinka alkaa tuntua sydänalassa ja hengityksessä ja lopetti liikkeen, mutta pian hän taas jatkoi samaa vauhtia. Vanhusten kanssa toimiessa toimintakykyä on pidettävä silmällä ja täytyy estää ennalta kaikki vaaratekijät. Kukaan ryhmän jäsen ei saa aloittaa liikettä, ennen kuin liike ja ympäristö on varmistettu ja turvattu. Mikäli liikkeissä oli jotain korjattavaa, oli meidän hienovaraisesti puututtava asiaan, ja ohjattava jäsentä yksilöllisesti toimimaan oikein. Haastava ryhmänjäsen, joka vaatii paljon ohjausta vie usein huomion toisten ohjauksesta. Ryhmässämme oli hyvänä puolena se, että ohjaajia oli riittävästi, joten kykenimme jakamaan aikaa kaikille ryhmänjäsenille tasapuolisesti.

Teemahaastattelu selkeyttää tulosten analysointia, koska vastaukset pysyvät teemojen alla. Veljeskodin haastateltavien ikä oli korkea ja teemahaastattelun kysymykset olivat laajoja, joka aiheutti vastauksissa selvää teemoista poikkeamista. Ikääntyvän ihmisen muisti voi olla heikentynyt ja ajatuksen pysyminen täysin teemassa on vaikeaa.

Ikääntymisen fyysiset ja psykososiaaliset muutokset sekä muutokset kognitiivisissa toiminnoissa ja lääkehoito vaikuttavat ikääntyneen potilaan oppimiseen monella eri tavalla. Esimerkiksi keskushermoston toiminnan hidastuminen sekä erilaiset sairaudet ja vammat vaikeuttavat tiedonkäsittelyä. Ikääntyneen on vaikeampaa käsitellä kahta asiaa yhtä aikaa ja oppimiseen tarvittava aika lisääntyy. Kuitenkin jos ikääntyneellä on riittävästi aikaa tehokkaaseen mieleen painamiseen, oppimistulokset voivat olla yhtä hyviä kuin nuoremmilla. Tukena olisi hyvä käyttää kirjallisia ohjeita sekä konkreettista toimintaa. Tilanteen suunnitelmallisuus, kiireettömyys ja kunnioittava asenne ikääntyneitä kohtaan edesauttavat myös oppimista.

Ryhmänohjaajana saimme teemahaastattelussa hyvän arvosanan. Ryhmän alussa loimme hyvää ilmapiiriä esittelemällä itsemme, ohjelman ja ryhmänjäsenet saivat esittäytyä. Ensimmäisellä kerralla henkilökohtainen haastattelutilanne oli tärkeä, että jokainen ryhmänjäsen sai kertoa omista

asioista ohjaajille, ilman että toiset ryhmänjäsenet kuulivat heidän henkilökohtaisia asioita. Yhtenä tavoitteena oli että jokainen ryhmänjäsen tuntee itsensä tärkeäksi. Tähän pyrittiin ensitapaamisella kuuntelemalla ryhmänjäseniä ja kiireettömyydellä. Kaikilla ryhmänjäsenillä oli mahdollisuus kertoa omia ajatuksistaan ryhmän suhteen. He saivat kertoa odotuksistaan, toiveistaan ja tavoitteistaan.

Ryhmän ilmapiirin pitämiseksi korkealla jaoimme puheenvuoroja ryhmänjäsenille jokaisella tapaamisella ja keskustelimme jokaisen edistymisestä. Yhdellä kerralla eräs ryhmänjäsen luki meille vitsikirjasta vitsejä, joka piti tunnelmaa korkealla ja kaikilla oli mukavaa. Toisella kerralla toinen ryhmäläinen lauloi meille kaikille laulun. Jokaisella jäsenellä oli mahdollisuus tuoda omaa persoonaansa ja osaamistaan ryhmään. Tällainen vapaat kehukset omaava ryhmä toimii hyvin ja ryhmäläisillä on mukavaa. Ainoa ennaltamäärätty asia ryhmässämme oli opinnäytetyön runko ohjauksessa, eli sama ohjelma käytiin jokaisella tapaamiskerralla kolmesti läpi, keskusteltiin siitä, kuinka jokainen ryhmäläinen on viikon aikana liikkunut ja miltä ohjeidenmukaiset liikkeet ovat tuntuneet. Muutoin etenimme sen mukaan, mitä ryhmäläiset toivat esille, mistä he halusivat keskustella tai heidän ajatustensa mukaisesti.

Ryhmän lopettamisen suhteen ilmeni ongelmia siltä osin, että ryhmänjäsenille oli epäselvää loppuiko ryhmä. Vaikka ryhmän lopettamisen kunniaksi tarjottiin munkkikahvit ryhmänjäsenille, osa oli seuraavalla viikolla kysynyt meidän peräämme, milloin ryhmä taas kokoontuu. Tämä on joko muistin aiheuttamaa epävarmuutta tai niinkuin ryhmänvetäjät tahtoisivat ajatella; ryhmä oli niin mieleinen, että ryhmäläiset olisivat halunneet jatkaa viikottain ryhmässä.

Teemahaastattelu oli suunniteltu ja tilanne pysyi kiireettömänä ja rentona ryhmäläiselle turvallisessa kotiympäristössä. Paperille merkityt kysymykset ja niihin liitetyt kuvat olisivat voineet auttaa teemahaastattelun sujuvuutta Veljeskodilla. Suullisesti tehty teemahaastattelu sai Veljeskodin asukkaat vastaamaan yli teemojen ja ajatus karkasi monesti aiheesta. Vanhusten yksinäisyys on Suomessa hyvin yleistä, ikääntyneistä siitä kärsii yli kolmannes. Yksinäisyys kokemuksena aiheuttaa usein sen, että kun joku

ihminen tulee lähelle on tarve puhua omia asioita ja kokemuksia. Teemahaastattelija saattoi olla joillekin haastateltavista vanhuksista pitkästä aikaa ihminen, joka kuunteli, oli konkreettisesti läsnä ilman kiirettä ja tämä saattoi aiheuttaa vastausten leviämisen yli teemojen.

Kaiken kaikkiaan Veljeskodin asukkaiden ravitsemustila näyttäisi olevan melko hyvä. Tuloksia tulkittaessa on hyvä muistaa, että tutkimukseen osallistuneet kuuluvat kaikki palveluiden piiriin. Tämä tarkoittaa sitä, että heillä on ostettu Palvelukeskussäätiöltä esim. ruokapalvelu, jolloin lähihoitaja tuo ruoan valmiiksi annosteltuna asukkaalle. Tutkimustuloksista ei kuitenkaan käy ilmi se, että tuliko asukkaalle valmiit annokset Veljeskodin ruokalasta, kuinka monesti lämmin ateria tuli tai valmistiko asukas ruokansa itse. Ostetuilla palveluilla voitiin tarkoittaa myös ainoastaan lääkehoidon toteuttamista tai esim. apuja puhtaudesta huolehtimisessa. Jotta voitaisiin arvioida Veljeskodin tarjoaman ravitsemushoidon merkittävyyttä, tulisi olla vertailuryhmä joka koostuisi asukkaista joilla ei ravitsemuspalvelua ole ostettu.

MNA- testin tulos yllätti, koska vain yksi osallistujista kärsi ali- tai virheravitsemuksesta. Oli kuitenkin tärkeää, että saimme seulottua edes yhdenkin aliravitsemuksesta kärsivän, koska näin Veljeskodin henkilökunta voi kiinnittää suurempaa huomiota hänen ravitsemustilaansa ja samalla seurata myös muita aliravitsemusriskissä olevia tarkemmin. Haastatteluja tehdessämme moni osallistujista kertoi syövänsä hyvin, koska ”ne tytöt” pitää niin hyvää huolta. Veljeskodin henkilökunta huolehtii monen asukkaan ruokailun toteutumisesta ja tämä on varmasti yksi iso tekijä tuloksissa. Lähes puolet asukkaista söi 3 lämmintä ateriaa päivässä, mikä voi olla suurelta osin henkilökunnan ansiota. Lämpimien aterioiden määrä ei yksittäisenä tietona kerro asukkaiden ravitsemustilasta, mutta yhtenä osana se vaikuttaa MNA-testissä saatuun tulokseen. Mielenkiintoista olisi tietää, kuinka monta ateriaa asukkaat kaiken kaikkiaan päivän aikana nauttivat, verraten sitä ravitsemussuosituksiin. Oli myös hyvä, että osallistujista lähes kaikki käyttivät maitovalmisteita yhden tai useamman annoksen päivässä. Tämä ei kuitenkaan vielä kerro riittävästä kalsiumin ja D- vitamiinin saannista. Sen sijaan hämmästelimme sitä kuinka vähän osallistujat söivät kanamunia. Vain

neljä osallistujaa söi yli kaksi kanamunaa viikossa. Lähes kaikki söivät lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä. Myös kasviksia tai hedelmiä päivittäin söi yli 70 % osallistuneista mikä kertoo myös osaltaan, että he haluavat syödä terveellisesti ja pitävät kasviksista ja hedelmistä ja syövät niitä mielellään.

85:llä % tutkimukseen osallistuneista oli päivittäisessä käytössä olevia reseptilääkkeitä enemmän kuin kolme. Tämä tulos ja käytettävissä oleva teoria huomioon ottaen, voidaan olettaa, että henkilökunnalla on haasteita lääkehoidon ja ravitsemuksen yhteensovittamisessa. Mediassa on paljon ollut keskustelua lähiaikoina ikääntyneiden lääkityksestä ja siitä kuinka paljon ikääntyvillä on lääkityksiä käytössään, myös meidän tutkimustulos heijastelee samaa. Ei ole hyvä kenenkään kannalta, että jonkin lääkkeen sivuvaikutuksia korjataan toisella lääkkeellä.

Tuloksissamme huomasimme, että kaikilla jotka kuuluivat riskiryhmiin, oli ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus viimeisten 3 kuukauden aikana. Tämä oli tärkeä tieto meille ammatillista kehittymistä ajatellen, koska tulevassa työssämme terveydenhoitajina voimme pyrkiä puuttumaan näihin asioihin, koska niillä on selkeästi iso merkitys ikääntyneiden ravitsemukseen.

Opinnäytetyöprosessin aikana huomasimme, että MNA-testi on hyvä keino seuloa sellaiset vanhukset, joilla on riski virheravitsemukseen ja joita pitäisi ohjata ja seuloa tarkemmin. Myös liikuntaryhmästä samaamme palautetta voimme hyödyntää tulevassa työssämme terveydenhoitajina, koska terveydenhoitajan työstä osa on myös erilaisten ryhmien ohjaamista.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin selvittää keinoja, kuinka saada ikääntyneet motivoitumaan liikkumiseen myös ohjatun ryhmätoiminnan loputtua. Jatkotutkimus aiheena voisi olla ravitsemuspäiväkirjan pitäminen ja ruokamäärien punnitseminen, jolloin saataisiin tarkempia tuloksia yksilöiden ruokavalion ravitsemuksellisesta rikkaudesta ja riittävydestä suosituksiin nähden. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä vaikka yhteneväisyyksiä valtakunnallisiin tuloksiin on osittain nähtävillä.

LÄHTEET

Ahvo, L., Berg, T., M. & Jalkanen-Mayer, A., Kaikkonen, H., Kannus, P., Käyhty, M., Koivula, M., Rahikainen, M-L., Suominen, M., Salmelin., Timonen, L. 2001. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Gummerus. Jyväskylä.

Aro, Mutanen ja Uusitupa 2010. Ravitsemustiede. Duodecim. Ws Bookwell Oy.

Bäckmand H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Helsinki. Kela.

Elf, M & Wikblad, K. 2001. Satisfaction with Information and Quality of Life in Patients Undergoing Chemotherapy for Cancer. Journal of Advance Nursing 24 (5), 351 - 356.

Eskola, J & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu. Juva. Tammi.

Haglund, Huupponen, Ventola, Hakala-Lahtinen 2010. Ihmisen ravitsemus. Wsoy.

Hakala, P. 2011. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086 (Luettu 18.10.2011)

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Suomalaisten terveys. Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049 (Luettu 18.10.2011)

Heikkinen, E. & Ilmarinen, J. Liikuntalääketiede. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92160.pdf> (Luettu 12.4.2011)

Hirsjärvi S & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Tammi

Husu P., Paronen, O., Suni, J., Vasankari, T. 2010. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM15.pdf?lang=fi> (Luettu 18.10.2011)

Jylhä, M., Helminen, S., Artama, M., Luukkaala, T. 2007. Iäkkäiden Tamperelaisten elämäntilanne ja terveys. Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R8-2007-VERKKO.pdf> (Luettu 18.10.2011)

Korpelainen, R. 2005. Exercise and risk factors of osteoporotic fractures in elderly women. Oulun yliopisto. www.herkules oulu.fi/isbn9514278054/ (Luettu 2.10.2010)

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä. Gummerus.

Kyngäs & Vanhanen: Sisällönanalyysi. 1999. Hoitotiede 1999. s.3-12

Laine, M. 2007. Iäkkäiden naisten vapaa-ajan liikunnan periytyvyys ja pysyvyys. Jyväskylä. Pro gradu-tutkielma.

Laitalainen, Helakorpi, Uutela 2009. THL.

Lehtonen, S. 2007. Ikääntyneiden liikuntakäyttäytyminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Pilottitutkimus 61–68-vuotiaiden tuusniemeläisten liikunnasta, liikkumisen esteistä ja liikuntaan liittyvistä toiveista. Jyväskylä. Gerontologian ja kansanterveystieteen pro-gradu – tutkielma.

Lehtonen 2008. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi. Stakes.

Martio, J. 2007. Duodecim. Lääkehoito ja ravitseminen.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00083. (Luettu 27.8.2011)

Mutikainen, S. 2010. Genetic and Environmental Effects on Resting Electrocardiography and the Association between Electrocardiography and Physical Activity, Walking Endurance and Mortality in Older People. Jyväskylän yliopisto.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Tammi.

Mänty, M. 2010. Early signs of mobility decline and physical activity counseling as a preventive intervention in older people. Jyväskylän yliopisto.

Nuutinen, O., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Siljamäki-Ojansuu, U., Uotila, H., Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoitosuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.
<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Ravitsemushoitosuositus.pdf>
(Luettu 18.10.2011)

Panula, J. 2010. Surgically treated hip fracture in older people. With special Emphasis on Mortality Analysis". Turun yliopisto.

Pasanen, H. 2011. Mitä ohjaus on- opetustyön muutos ohjaukselliseksi. Otavan opisto. <http://www.slideshare.net/otavanopisto/mit-ohjaus-on-heikki-pasanen>
(Luettu 18.10.2011)

Pirkka, M. 2009. Ohjaus hoitotyössä- luento. Saimaan ammattikorkeakoulu.

Pitkälä K., Eloniemi-Sulkava U., Huusko T., Laakkonen M-L., Pietilä M., Raivio M., Routasalo M., Saarenheimo M., Savikko N., Strandberg T. ja Tilvis R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Lääkärilehti.

Rantalainen, E. 2011. Kansanterveystiede- luento. Saimaan ammattikorkeakoulu.

Rintala, R. 2000. Laitoksissa asuvien vanhusten ravitsemus. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu tutkielma.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8374/rrintala.pdf?sequence=1> (Luettu 28.8.2011)

Roininen, K. 2001. Evaluation of food choice behavior: development and validation of Health and Taste attitude scales. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Starck-Pirskanen, M. 2009. Vanhusasiakkaan kotona selviäminen. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hyvinkää.

STM 2008 b. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.
http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus (Luettu 11.4.2011)

STM. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Perhe- ja sosiaaliosasto.
<http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf> (Luettu 18.10.2011)

STM 2008 a. Ikäinstituutti. Voimaa vanhuuteen
[http://www.intermin.fi/lh/etela/bulletin.nsf/files/C62B06C99F9CF224C22574C6002EBDCE/\\$file/Etel%C3%A4-Suomen%20%C3%A4ninhallitus%2011092008,%20Ulla%20Salminen.pdf](http://www.intermin.fi/lh/etela/bulletin.nsf/files/C62B06C99F9CF224C22574C6002EBDCE/$file/Etel%C3%A4-Suomen%20%C3%A4ninhallitus%2011092008,%20Ulla%20Salminen.pdf) (luettu 8.9.2011)

STM 2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1084342368724/passthru.pdf> (Luettu 17.2.2011)

STM 2011.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_ hankkeet/terveys2015 (Luettu 11.4.2011)

STM 2011. Terveys 2015- kansanterveysohjelma.

http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_ hankkeet/terveys2015 (Luettu 11.4.2011)

Sulander, T. 2004. "Functional ability and health behaviours - Trends and associations among elderly people. Helsinki 2004. Pro-gradu tutkielma.

<http://ethesis.helsinki.fi> (Luettu 13.10.2011)

Suominen, M. 2009. Ikääntyneiden ihmisten ravitseminen ja ravitsemushoito suomalaisissa vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Väitöskirja.

THL 2011. Tilastot ja rekisterit.

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/index.htm> (Luettu 11.4.2011)

Timonen, L. 2007. Group-based exercise training in mobility impaired older women: Effects of an outpatient multi-component training program on physical performance, mood, functional abilities, and social welfare and healthcare costs after acute hospitalization. (Ryhmässä tapahtuvan liikuntaharjoittelun vaikutukset iäkkäiden huonosti liikkuvien naisten kuntoutuksessa: Avohoidossa toteutetun harjoitteluohjelman vaikutus fyysiseen kuntoon, mielialaan, toimintakykyyn ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin akuutin sairaalahoidon jälkeen). Kuopio.

Tuomi, J. & Sarajärvi. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. www.ravitsemusneuvottelukunta.fi. (Luettu 13.10.2011)

Valtiovarainministeriö 2006. Raportti väestön ikääntymisen vaikutuksista eläkemanoihin ja eläkkeiden rahoitus pohjaan Suomessa.

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/02_taloudelliset_kat_saukset/20060216Raport/name.jsp (Luettu 11.4.2011)

Vilka, H. 2005. Tutki ja Kehitä. Helsinki. Tammi.

Vuori, I., Taimela, S., Kujala U. 2005. Liikuntalääketiede. Duodecim. Helsinki.

Åman, T. 2007. Ikäihmisten liikunnan vaikutus. Kemi.

www.kemi.fi/keikaus/Ikaihmisten.../Liikunta_ja_ikaihmiset.ppt (Luettu 13.2011)

Åstedt-Kurki, P & Heikkinen, R-L. 1994. Two approaches to the study of experiences of health and old age: the thematic interview and the narrative method.

Päiväys.....

Nimi.....

ikä.....

Onko lääkärisi todennut sinulla olevan seuraavia sairauksia?

sydänsairaus

verenpainetauti

diabetes

astma

selkäsairaus

Kuinka paljon liikut viikossa?

vähemmän kuin 2 krt/viikossa

2-3 krt/vk

3 krt tai useammin/vk

Miten koet terveydentilasi?

hyvä,keskinkertainen,huono

mikä haittaa eniten liikkumistasi?

mitä odotat liikuntaryhmältä?

testaukset

1.Tuolilta ylösnousu 5 krt.

2.Kävely 10 m normaali vauhdilla

3.Askelnousu portaikossa

4.Tasapaino

-silmät kiinni seisominen

-esineen poimiminen lattialta

-kääntyminen 360 astetta

-yhdellä jalalla seisominen

5.Liikkuvuus

-kurota oikealla kädellä etukautta vasempaan korvaan

-kurota oikealla kädellä takakautta vasempaan korvaan

-kurota oikealla kädellä takakautta takataskuun

-kurota eteen alas varpaita kohti

KÄVELY KEVYEMMÄKSI

Kotivoimisteluohjelma voiman ja tasapainon hankintaan



- Tee liikkeet rauhallisesti • Säilytä hyvä ryhti ja muista hengittää liikkeitä tehdessäsi
- Pidä pieni tauko jokaisen eri liikesarjan välissä • Tehosta ohjelmaa käyttämällä 1 - 3 kilon tarrapainoja nilkoissa aloittaen kevyillä painoilla • Toista ohjelma päivittäin



- ◀ 1. Istu tuolilla selkä suorana. Ojenna vuorotellen oikea ja vasen jalka suoraksi rauhalliseen tahtiin. Toista liikettä 10-15 kertaa. Pidä tauko ja tee sama uudelleen.

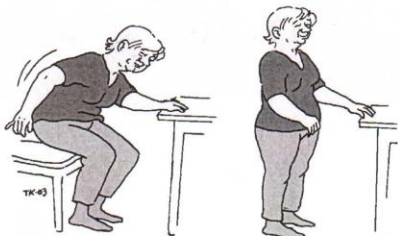
2. Seiso ja ota tukea tuolin selkänokasta tai pöydästä. ▶ Nosta vuorotellen oikea ja vasen polvi ylös. Toista molemmilla jaloilla 10-15 kertaa. Pidä tauko ja tee sama uudelleen.



- ◀ 3 a. Seiso ja ota tukea. Vie oikea jalka polvi suorana *taakse* ja laske alas. Toista liikettä 10-15 kertaa. Tee sama vasemmalla jalalla. Pidä tauko ja tee samat liikkeet uudelleen.

- 3 b. Seiso ja ota tukea. Vie oikea jalka kantapäätä edellä *sivulle* ja tuo takaisin. Toista liikettä 10-15 kertaa. Tee sama vasemmalla jalalla. Pidä tauko ja tee samat liikkeet uudelleen.

4. Seiso ja ota tukea. Nouse rauhallisesti varpaille ja ▶ laskeudu alas 10-15 kertaa. Pidä tauko, ravista jalkoja ja tee sama uudelleen.



- ◀ 5. Aseta tuoli seinää vasten. Istuudu tuolin etureunalle. Kumarru eteenpäin ja nouse ylös seisomaan. Toista liikettä 10-15 kertaa. Pidä tauko ja tee sama uudelleen.

TEEMAHAASTATTELUKYSYMYKSET

1.Liikunnan harrastaminen

Kertoisitteko miten liikuntaryhmä on vaikuttanut liikunnan harrastamiseenne?

2.Oman terveyden kokemus

Kertoisitteko millaisena koitte oman terveyttenne ennen ryhmää ja millaisena koette sen nyt?

3. Ryhmän ohjaaminen

Nyt toivoisin, että arvioisitte ryhmän ohjaamista?

Arviokaa esimerkiksi; puheen selkeys, liikkeiden näyttäminen ja ohjaaminen, teidän yksilöllinen huomioiminen, ohjaajien pärjääminen, tarvittavan tiedon saanti jne.

Mitä muuta haluaisitte kertoa?

SAATE

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyönkoulutusohjelma, terveydenhoitaja

LIITE 4

23.8.2011

SAATE

Hyvä Veljeskodin asukas/ omainen

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä vanhusten liikuntaan ja ravitsemukseen liittyen. Tarkoituksenamme on kartoittaa kyselyllä Veljeskodin asukkaiden ravitsemustilaa nyt kuluvaan syksyyn aikana. Meille olisi äärimmäisen tärkeää että osallistuisitte tutkimukseemme. Osallistumiseen vaadittava aika on n. 20 min.

Tutkimukseen on valittu henkilöt Veljeskodin henkilökunnan avustuksella. Saatua tuloksia voidaan käyttää Veljeskodin asukkaiden ravitsemustilan seurantaan ja hyvän ravitsemustilan edistämiseen. Tutkimukseen osallistumisen voi halutessaan keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Lopulliseen raporttiin ei tule näkyviin nimitietoja ja tutkimusaineisto hävitetään raportin valmistuttua. Tutkimuksesta saadut ravitsemustilaan liittyvät tiedot jäävät kuitenkin Veljeskodin henkilökunnan käyttöön. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista eikä kieltäytyminen vaikuta palvelun saatavuuteen eikä laatuun.

Nyt pyydämme teidän lupaa osallistua tutkimukseen. Luettuanne saatteen ja saatuanne riittävästi tietoa tutkimuksesta henkilökunnalta, olkaa hyvä ja allekirjoittakaa lomake merkinä suostumuksesta.

Päivämäärä / paikka

Allekirjoitus+ nimenselvennys

Ystävällisin terveisin:

Tiina Simola
tiinasimola1010@hotmail.com
p. 050-4130339

Jaana Ylihakala
jaana.ylihakala@student.saimia.fi
p. 040-8495172

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) -TESTI

lökkään henkilön ravitsemustilan arviointiin ja seurantaan suunnitellun MNA (Mini Nutritional Assessment) -mittarin avulla on mahdollista tunnistaa ne iäkkäät ihmiset, joiden virhe- tai aliravitsemuksen ja sen vahingollisten seurauksien riski on kasvanut. Tämä auttaa ennaltaehkäisevien toimenpiteiden kohdistamisessa ja aloittamisessa. MNA -testin tuloksen perusteella ei kuitenkaan voida tehdä päätelmiä esimerkiksi proteiini-aliravitsemuksesta ja sen riskistä. Niiden selvittämiseksi tarvitaan laboratoriokokeita. MNA -testi voidaan suorittaa säännöllisesti avohoidossa tai laitoshoidossa.

MNA koostuu seulonta- ja arviointiosuudesta ja se voidaan suorittaa alle 15 minuutissa. Jos tutkittava henkilö saa seulonnassa korkean pistemäärän (12 pistettä tai enemmän), ei arviointia tarvitse jatkaa. Muussa tapauksessa vastataan kaikkiin kysymyksiin.

Huomioita mittaamiseen

6. Pituus

Pituus mitataan ilman jalkineita, seisten mahdollisimman suorana selkä seinää vasten ja kantapäät maassa. Mikäli pituutta ei voida mitata, voidaan käyttää tietoa lähiaikoina mitatusta pituudesta tai potilaan ilmoittamaa pituutta (mikäli luotettava ja realistinen). Mikäli nämäkään eivät ole mahdollisia voidaan käyttää esimerkiksi kyynärvarren pituuden tai polven korkeuden mittaa apuna pituuden arvioinnissa. Lisätietoja vaihtoehtoisista mittauksista löytyy aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta tai nettisivuilta.

17. Olkavarren ympärysmitta

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

18. Säären ympärysmitta

Ikäihminen voi istua tai seistä siten, että paino on molemmilla jaloilla. Säären ympärysmitta mitataan säären paksuimmasta kohdalta paljaana olevasta jalasta. Mittaus voidaan tehdä vielä hieman ylemmästä ja alemmasta kohdasta, jotta voidaan varmistua, että mittaustulos on säären paksuimmasta kohdasta.

RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI - MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT

Liite 7 (1)

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

I SEULONTA

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

- 0 = erittäin huono ruokahalu
 1 = kohtalainen ruokahalu
 2 = Hyvä ruokahalu, ei ruokahaluttomuutta

2. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

- 0 = painonpudotus yli 3 kg
 1 = ei tiedä
 2 = painonpudotus 1-3 kg
 3 = ei painonpudotusta

3. Liikkuminen

- 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas, ei käy ulkona
 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona
 2 = liikkuu ulkona (myös pyörätuolissa oleva)

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

- 0 = kyllä 2 = ei

5. Neuropsykologiset ongelmat

- 0 = dementia tai depressio
 1 = lievä dementia tai depressio
 2 = ei psykologisia ongelmia

6. Painoindeksi eli BMI (= paino / pituus²; kg/m²)

- 0 = BMI < 19
 1 = 19 ≤ BMI < 21
 2 = 21 ≤ BMI < 23
 3 = BMI ≥ 23

Seulontapisteeet (maks. 14)

≥ 12 pistettä Normaali - eri riskiä - ei tarvetta jatkaa testiä
 < 12 pistettä Aliravitsemus mahdollinen – jatka testiä

II ARVIOINTI

7. Asuuko haastateltava kotona

- 0 = ei 1 = kyllä

8. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

- 0 = kyllä 1 = ei

9. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

- 0 = kyllä 1 = ei

10. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

- 0 = 1 ateria
 1 = 2 ateriaa
 2 = 3 ateriaa

10. Sisältääkö ruokavalio vähintään

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä kyllä / ei
 - kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) kyllä / ei
 - lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä kyllä / ei
- 0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta
 0,5 = jos 2 kyllä-vastausta
 1 = jos 3 kyllä-vastausta

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

- 0 = ei 1 = kyllä

13. 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

14. Ruokailu

- 0 = syötettävä / tarvitsee ainakin osittain apua
 1 = syö itse, mutta hankalaa
 2 = syö itse ongelmitta

15. Oma näkemys ravitsemustilasta

- 0 = kokee syövänsä liian vähän / liian yksipuolisesti
 1 = ei osaa sanoa / pieniä ongelmia
 2 = kokee syövänsä riittävästi ja monipuolisesti

16. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

- 0 = huonompi
 0,5 = ei tiedä
 1 = yhtä hyvä
 2 = parempi

17. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)

- 0 = OVY < 21 cm
 0,5 = OVY 21-22 cm
 1,0 = OVY > 22 cm

18. Säären ympärysmitta (SYM cm)

- 0 = SYM < 31 cm
 1 = SYM ≥ 31 cm tai enemmän

Pisteet yhteensä II Arviossa (max. 16) _____

Pisteet yhteensä I Seulonnassa (max 14) _____

Yhteispisteet (max. 30) _____

ASTEIKKO: > 23.5 pistettä = hyvin ravittu
 17 - 23.5 pistettä = aliravitsemusriski
 < 17 pistettä = aliravittu

Finravinto –tutkimusryhmä. 1998. The 1997 Dietary Survey of Finnish Adults. Publications of the National Public Health Institute B8/1998. Helsinki.
 Guigoz Y, Vellas B & Garry P. 1996. Assessing the Nutritional Status of the Elderly: the Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation. Nutrition Reviews 4 (II), S59-S65.

Ravitsemusarvio ("Mini Nutritional Assessment"). 1997. Retrieved 11.4.1998, from <http://www.gemet.fi>

Soini H. 2004. Nutrition in Patients Receiving Home Care. Annales Universitatis Turkuensis D 638. Turun yliopisto, Turku.

TIEDOTE OSALLISTUJALLE!

Teemme opinnäytetyötämme aiheesta "**Vireä vanhus - liikunnan merkitys ikääntyneelle**". Pyydämme teitä ystävällisesti perehtymään tähän tiedotteeseen, jossa kerrotaan opinnäytetyömme toteutuksesta.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia hyötyjä liikunnan lisääminen aiheuttaa ikääntyneelle. Tutkimuksen aineisto kerätään teorialiedosta ja sen pohjalta vedämme teille liikuntaryhmää kerran viikossa klo 12. Ryhmän kesto on 10 viikkoa ja ryhmän alussa ja lopussa on alku ja loppukartoitus, joiden avulla arvioimme liikunnan tuomia hyötyjä. Tarkoitus myös on, että liikkeet ovat niin helppoja jotta voitte myös kotona tehdä niitä omien voimavarojenne mukaan. Kartoitamme joka kerralla kuinka olette liikkeitä jaksaneet tehdä myös kotioloissa.

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa tuloksista missään tutkimuksen vaiheessa. Aineistoa ei käytetä missään muualla kuin opinnäytetyömme kirjallisen raportin teossa.

Aurinkoisin kevätterveisin,

terveydenhoitajaopiskelijat; Tiina Simola, Jaana Ylihakala, Katja Marttinen ja Irene Asikainen

Työmme ohjaava opettaja on:

Pirkka Marita

Lehtori
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala

p. 040 4842549

Teemahaastattelun tekstiä ennen aineiston analyysia:**Kertoisitteko miten liikuntaryhmä on vaikuttanut liikunnan harrastamiseenne?**

N2: "On minulla täällä se paperi...odotapas..täällä, laitoin tämän lehden alle, kun minulle tulee tämä lehti, kun ne soitti. En minä jaksa kerrallaan lukea koko lehteä, kun käy silmiin, kuvia voi katsoa, mutta pikkuhiljaa kun lukee, niin saa sen luetuksi, en minä kaikkea, mutta joitakin juttuja.

Haastattelija: Kertoisitteko miten tämä keväällä kokoontunut liikuntaryhmä vaikutti liikkumisen harrastamiseen?

N2:"Niin, liikuinhan minä paljon nuorena, nyt kun tämä korvajuttu tuli, olen minä vieläkin vihainen sille lääkärille, kun ronkki minun korvan pilalle, ihan hyvä se oli, kuulinkin, mutta kun se ronkki sitä, sanoinhan minä, että koskee, mutta ei se kuunnellut, kun ronkki vaan, siinä se meni.

Haastattelija: Mutta onko liikuntaryhmä lisännyt tai vähentänyt liikuntaa, vaikka korvasiakin otetaan huomioon?

N2:"Se on niin vaikea ryhmässä, kun on tämä korva ja huimaa. Onhan se mukavaa, että ollaan yhdessä. Kyläähän minä kävisin alakerrassakin ja kerhossa, mutta kun se lääkäri pilasi tämän korvan. Se oli ihan hyvä ennen kuin se sen pilasi. Minä menin sinne ja sanoin äkäisesti, se hoitaja esitti ettei tunne minua, tunsihan se, sehän on ollut siellä vuosia. Kyllä minä olen vihainen.

Haastattelija: Teittekös te enemmän näitä liikkeitä silloin liikuntaryhmän aikana, silloin kun se kokoontui?

N2: "Onhan se kyllä hyvä kunto minulla, jos ei lasketa tätä korvajuttua. Kyllä minä kuljen rappusiakin. Moni käyttää hissiä. Kohta kai minunkin täytyy, on se niin kummallista millaisia lasketaan lääkäreiksi toisten korvat pilaamaan. Se sanoi, että laittaa tämän kuulolaitteen, miten sen laittaa kun painaa ja pyörryttää. Minä kävin toisella lääkärillä ja kyllä se myönsi, että se....lääkäri oli mokannut tämän korvan hoidon.

Haastattelija: Kyllä, kyllä, liikkuminen on siis minkälaista, jos vertaatte ennen tätä meidän ryhmää ja sen jälkeistä aikaa?

N2: Kyllä ne liikkeet minulta sujui, paremminhan minä pystyin kun ...vaikka on nuorempi, osaisinhan minä, jos ei tämä korva olisi. Se kun alkaa huimaamaan, kun se lääkäri...

Haastattelija: Koitte siis, että liikkeet oli sopivia ja osasitte, oletteko jatkanut niiden liikkeiden tekemistä, tämän paperin mukaan?

N2: Teenhän minä niitä liikkeitä, osaanhan minä. Osaanhan minä paljon ja osaisin enemmän jos se lääkäri ei olisi...

Haastattelija: Anteeksi kun keskeytän, mutta tunnetteko, että liikkuminen on säännöllisempää nyt ryhmän jälkeen?

N2: Joka päivä tein tämän, niin kuin sanoit. Joka päivä tällä lapulla, tässä tein nojatuolilla, pakko olla pehmeä alusta kun huimaa.

Haastattelija: Teettekö edelleen näitä liikkeitä päivittäin?

N2: En minä päivittäin tee, on välillä niin vaikeaa tämän korvajutun kanssa, pitäisi saada oikeuteen tuollaiset lääkärit, olisin ihan terve muuten jos ei...

Haastattelija: Teidän täytyy varmasti kertoa tämä kokemanne hoitovirhe lääkärillenne tai sille yritykselle, jossa kävitte. Mutta minulle voisitte kertoa, kuinka usein teette tästä lapusta tätä sarjaa?

N2: Kyllä minä joka viikko teen näitä. Aamulla teen, jos ei huimaa.

Kertoisitteko millaisena koitte oman terveytenne ennen ryhmää ja millaisena koette sen nyt?

M1: Katso, minulla on täällä uusi tällainen laulu, laulanko?

Haastattelija: Sehän olisi mukava aloitus tähän haastatteluun.

M1:Laulua. Me mennään tämä esittämään....kanssa....

Haastattelija: Oikein hienolle kuulostaa, kuinkas se oman terveyden kokeminen enen ja jälkeen ryhmän?

M1: Oli paineet nousseet taas, mikähän siinä, minä kävin rollaattorin avulla tuosta menin kaupungille. Minua niin hengästytti, minä istuin tuossa rollaattorin päällä. Arvaa kenet näin, se oli semmonen kiva tyttö, se kysyi tarvitsenko apua. Tosi kiva tyttö.

Haastattelija: Vaikuttiko liikuntaryhmä terveydenkokemiseen?

M1:laulaa...

Haastattelija: Oman terveyden kokeminen, eli se tunne miltä oma terveys tuntuu, millaisena se koitte ennen ja jälkeen ryhmän?

M1: Sillonkun jouduin sairaalaan, kyllä ne siirsi minut. Ne otti kokeita minusta tästä. Siellä oli hyvä ruoka. Kyllä se on vieläkin se tauti. Paineetkin oli nousseet taas.

Kertoisitteko millaisena koitte oman terveyttenne ennen ryhmää ja millaisena koette sen nyt?

N3: Se on tämä keuhkofibroosi, se on klamydia-bakteerin aiheuttama. Eihän sitä voi sanoa, kun eivät ymmärrä...naurua...ne luulee, että se on sukupuolitauti..naurua...Ne linnut oli tässä ihan ikkunoilla ja parvekkeella, tuossa oli isoja puita, ne sitä levittivät. Monta kertaa piti soittaa ja kirjottaa, kävi ne sitten kaatamassa ne puut. Olisi se kyllä melkoista.

Haastattelija: Millaisena koitte ennen ryhmää terveyttenne ja sen jälkeen?

N3:Niin, olenhan minä aika notkea vieläkin, minä olin notkea nuorena, sain jalan tänne niskan taakse, nyt ei mene kuin tähän asti...

Haastattelija: Mutta jos ajattelee ryhmää, sitä edeltävää ja sen jälkeistä aikaa, onko muuttumista terveyden kokemisessa?

N3: Kyllä tämä on ollut jo kauan ja sitten kun on tuo verenkiertohäiriö, sekin on ollut kauan.

Haastattelija: Kyllä, mutta entäs kokeminen, onko siinä muutoksia, kun kävi ryhmässä?

N3: Kyllä minä välillä olen tehnyt, ainakin kerran viikkoa, tämä lonkka on vaan niin vaikea nytten tätä...tämä liike ei tunnu hyvälle, se on tuo lonkka...

Nyt toivoisin, että arvioisitte ryhmän ohjaamista?

Arviokaa esimerkiksi; puheen selkeys, liikkeiden näyttäminen ja ohjaaminen, teidän yksilöllinen huomioiminen, ohjaajien pärjääminen, tarvittavan tiedon saanti jne.

N1: Kyllä puheen kuuli, hyvin näytetty. Osattiinhan me niitä tehdä.

Haastattelija: Entä yksilöllinen huomioiminen..Koitteko, että olitte samanarvoinen muiden kanssa.

N1:Kyllä.

Haastattelija:Mitenkäs tiedon saanti, tiedotus onnistui mielestänne?

N1: Onnistui juu.

Teemahaastattelu tekstiä aineiston analyysin jälkeen:

Kertoisitteko miten liikuntaryhmä on vaikuttanut liikunnan harrastamiseenne?

N2: "On minulla täällä se paperi.

Haastattelija: Mutta onko liikuntaryhmä lisännyt tai vähentänyt liikuntaa, vaikka korvasiakin otetaan huomioon?

N2: ”Se on niin vaikea ryhmässä, kun on tämä korva ja huimaa. Onhan se mukavaa, että ollaan yhdessä.

Haastattelija: Teittekö te enemmän näitä liikkeitä silloin liikuntaryhmän aikana, silloin kun se kokoontui?

N2: ”Onhan se kyllä hyvä kunto minulla. Kyllä minä kuljen rappusiakin. Moni käyttää hissiä.

Haastattelija: Kyllä, kyllä, liikkuminen on siis minkälaista, jos vertaatte ennen tätä meidän ryhmää ja sen jälkeistä aikaa?

N2: Kyllä ne liikkeet minulta sujui, paremminhan minä pystyin kun ...vaikka on nuorempi, osaisinhan minä.

Haastattelija: Koitte siis, että liikkeet oli sopivia ja osasitte, oletteko jatkanut niiden liikkeiden tekemistä, tämän paperin mukaan?

N2: Teenhän minä niitä liikkeitä, osaanhan minä. Osaanhan minä paljon ja osaisin enemmän.

Haastattelija: Anteeksi kun keskeytän, mutta tunnetteko, että liikkuminen on säännöllisempää nyt ryhmän jälkeen?

N2: Joka päivä tein tämän, niin kuin sanoit. Joka päivä tällä lapulla, tässä tein nojatuolilla.

Haastattelija: Teettekö edelleen näitä liikkeitä päivittäin?

N2: En minä päivittäin tee.

Haastattelija: kuinka usein teette tästä lapusta tätä sarjaa?

N2: Kyllä minä joka viikko teen näitä. Aamulla teen, jos ei huimaa.

Kertoisitteko millaisena koitte oman terveyttenne ennen ryhmää ja millaisena koette sen nyt?

Haastattelija: kuinka se oman terveyden kokeminen ennen ja jälkeen ryhmän?

M1: Oli paineet nousseet taas, mikähän siinä, minä kävin rollaattorin avulla kaupungilla. Minua niin hengästytti, minä istuin tuossa.

Haastattelija: Oman terveyden kokeminen, eli se tunne miltä oma terveys tuntuu, millaisena se koitte ennen ja jälkeen ryhmän?

M1: Kyllä se on vieläkin se tauti. Paineetkin oli nousseet taas.

Nyt toivoisin, että arvioisitte ryhmän ohjaamista?

Arviokaa esimerkiksi; puheen selkeys, liikkeiden näyttäminen ja ohjaaminen, teidän yksilöllinen huomioiminen, ohjaajien pärjääminen, tarvittavan tiedon saanti jne.

N1: Kyllä puheen kuuli, hyvin näytetty.

Haastattelija: Entä yksilöllinen huomioiminen..Koitteko, että olitte samanarvoinen muiden kanssa.

N1:Kyllä.

Haastattelija: Mitenkäs tiedon saanti, tiedotus onnistui mielestänne?

N1: Onnistui.

Luokkaan muut-siirretty aineisto edellisestä esimerkistä:

Luokka muut sisältää aineistoa, jota teemahaastattelulla saatiin, mutta mitkä ei liity liikuntaryhmän teemahaastattelukysymyksiin.

N2: ”On minulla täällä se paperi...odotapas..täällä, laitoin tämän lehden alle, kun minulle tulee tämä lehti, kun ne soitti. En minä jaksa kerrallaan lukea koko lehteä, kun käy silmiin, kuvia voi katsoa, mutta pikkuhiljaa kun lukee, niin saa sen luetuksi, en minä kaikkea, mutta joitakin juttuja.

N2:”nyt kun tämä korvajuttu tuli, olen minä vieläkin vihainen sille lääkärille, kun ronkki minun korvan pilalle, ihan hyvä se oli, kuulinkin, mutta kun se ronkki sitä, sanoinhan minä, että koskee, mutta ei se kuunnellut, kun ronkki vaan, siinä se meni.

N2:” ennen kuin se sen pilasi. Minä menin sinne ja sanoin äkäisesti, se hoitaja esitti ettei tunne minua, tunsihan se, sehän on ollut siellä vuosia. Kyllä minä olen vihainen.

N2: ” jos ei lasketa tätä korvajuttua, on se niin kummallista millaisia lasketaan lääkäreiksi toisten korvat pilaamaan. Se sanoi, että laittaa tämän kuulolaitteen, miten sen laittaa kun painaa ja pyörryttää. Minä kävin toisella lääkärillä ja kyllä se myönsi, että se....lääkäri oli mokannut tämän korvan hoidon.

N2: jos ei tämä korva olisi., kun se lääkäri...

N2: osaisin enemmän jos se lääkäri ei olisi...

N2: vaikeaa tämän korvajutun kanssa, pitäisi saada oikeuteen tuollaiset lääkärit, olisin ihan terve muuten jos ei...

M1: Katso, minulla on täällä uusi tällainen laulu, laulanko?

M1:Laulua. Me mennään tämä esittämään....kanssa....

M1: Arvaa kenet näin, se oli semmonen kiva tyttö, se kysyi tarvitsenko apua. Tosi kiva tyttö.

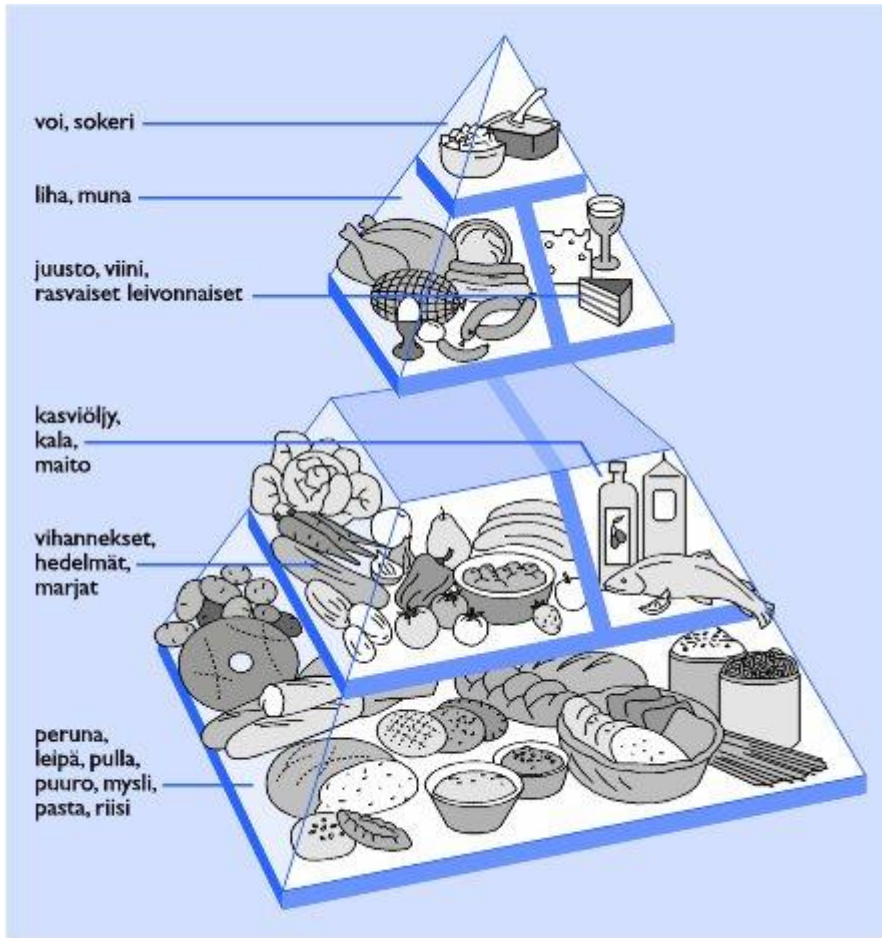
M1:laulaa...

M1. Ne otti kokeita minusta tästä. Siellä oli hyvä ruoka.

N3: ...Ne linnut oli tässä ihan ikkunoilla ja parvekkeella, tuossa oli isoja puita, ne sitä levittivät. Monta kertaa piti soittaa ja kirjottaa, kävi ne sitten kaatamassa ne puut. Olisi se kyllä melkoista.

RUOKAPYRAMIDI

LIITE 8





YHTEISTYÖSOPIMUS
OPINNÄYTETYÖSTÄ

Aihe	Vireä vanhuks- Opinnäytetyö	
Opinnäytetyön tekijät	Opiskelijat Katja Marttinen Irene Pasi-Kurjen Jaana Yli-Hakala Tiina Simola	Yhteystiedot raasulainen@ymail.com 0404-155322
Ohjaajat	Työelämän edustaja AM Varis	Yhteystiedot P.040-5753875/ Veljeskoti Snellmaninkatu 25 53100 Lappeenranta / Annamari Varis
	Saimaan amk Marita Pirkka	Yhteystiedot marita.pirkka@saimia.fi
Opinnäyteprojektin kokonaiskesto	10 viikkoa	
Työsuunnitelma:	<ul style="list-style-type: none"> Projektin tavoitteet, työvaiheet ja niiden toteutusaikataulu 	vanhusten alaraajojen voimistaminen Kävely keuhkemmaksi -ohjelman kesto x 8 toukokuu 2011
	<ul style="list-style-type: none"> Opinnäytetyön tuloksena syntyy 	Lukkuuutta, voimaa alaraajoihin ja tasapainoa opinnäytetyön raportti
Sopimus resurssien käytöstä, kustannusten jakautumisesta ja palkkioista		
Tekijänoikeudet (tekijänoikeuslaki, mallioikeuslaki, patenttilaki, hyödyllisyysmallilaki)		
Raportointi ja tavoitteiden toteutumisen seuranta		
Vastuukysymykset ja salassapito	Noudatamme salassapitovelvollisuutta	
Työn arviointi	Työelämän edustaja osallistuu arviointiin <input type="checkbox"/> Työelämän edustaja ei osallistu arviointiin <input checked="" type="checkbox"/>	
Päiväys ja allekirjoitukset	Työelämän edustaja 13.4.2011 <i>Anna-Mari Varis</i>	
	Opiskelijat <i>Katja Marttinen Jaana Yli-Hakala Tiina Simola Irene Pasi-Kurjen</i>	
	Saimaan amk lehtori/ yliopettaja <i>Marita Pirkka</i>	