

Marika Knuutinen

PÄIVÄTOIMINNASSA KÄYVIEN IKÄÄNTYNEIDEN
RAVITSEMUS

Hoitotyön koulutusohjelma
2013

PÄIVÄTOIMINNASSA KÄYVIEN IKÄÄNTYNEIDEN RAVITSEMUS

Knuutinen, Marika
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2013
Ohjaaja: Pirilä, Ritva
Sivumäärä: 39
Liitteitä: 3

Asiasanat: ikääntyneet, ravitsemus, ravitsemustila, MNA-testi, päivätoiminta

Tämän oppinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää päivätoiminnassa käyvien ikääntyneiden ravitsemustilaa, D-vitamiinin saantia ja alkoholinkäyttöä. Oppinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa jota, voidaan hyödyntää Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoiminnassa ikääntyneiden ravitsemustilaa tukevan ja virheravitsemusta ehkäisevän toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa.

Ikääntyneen hyvä ravitsemustila koostuu useista eri tekijöistä. Hyvä ravitsemustila edesauttaa ikääntyneen selviytymistä kotona pidempään, ylläpitää toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Ikääntyneille suositellaan D-vitamiinilisää 20µg vuorokaudessa ympäri vuoden. Vasta riittävän isot D-vitamiiniannokset ehkäisevät kaatumisilta ja murtumilta. Ikääntyminen, sairaudet ja lääkitykset altistavat alkoholin haitoille. Terve ikääntynyt ei saisi käyttää alkoholia enempää kuin kaksi annosta kerralla, eikä viikoittaisen käytön tulisi ylittää seitsemää annosta.

Tämän oppinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli määrällinen eli kvantitatiivinen. Tutkimukseen osallistui 21 Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoimintaan osallistuvaa ikääntynyttä, joiden ravitsemustilaa, D-vitamiinin saantia ja alkoholin käyttöä tutkittiin MNA-testin ja strukturoidun kyselylomakkeen avulla.

Tutkimuksen aineisto analysoitiin Microsoft Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla. Tutkimustuloksista ilmeni, että hieman yli puolella tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä oli hyvä ravitsemustila. Yhdeksällä ikääntyneellä oli kasvanut riski virheravitsemukselle ja yksi ikääntynyt kärsi virhe- tai vajaaravitsemuksesta.

Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä kaksi kolmasosaa joi alkoholia. Enemmistö alkoholia käyttävistä joi kerralla vain yhden annoksen ja puolet joi alkoholia harvemmin kuin kerran viikossa. Kaksi kolmasosaa tutkimukseen osallistuneista käytti D-vitamiinilisää päivittäin. Suurin osa D-vitamiinilisää käyttävistä oli epätietoinen käyttämänsä valmisteen vitamiinimäärästä ja vain yksi henkilö tiesi käyttävänsä sitä suositusten mukaisesti 20µg päivässä.

Tutkimustulosten mukaan usealla ikääntyneellä oli kasvanut riski virheravitsemukselle, joten jatkotutkimushaasteeksi nousi ikääntyneiden ravitsemustilan tutkiminen muissa päivätoimintaa järjestävissä organisaatioissa. Kehittämisehdotukseksi esitetään päivätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden ravitsemustilan säännöllistä arviointia ja terveysneuvonnan toteuttamista ikääntyneiden ravitsemussuositusten pohjalta.

NUTRITIONAL STATUS OF SENIORS ATTENDING ADULT DAY CARE

Knuutinen, Marika
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
November 2013
Supervisor: Pirilä, Ritva
Number of Pages: 39
Appendices: 3

Key words: seniors, nutrition, nutritional status, MNA test, adult day care

The purpose of this thesis was to chart the nutritional status of seniors attending adult day care. The survey focused, in particular, on Vitamin D intake and alcohol use. The aim of the thesis was to produce information which could be used in adult day care in Poukanville, Laitila. The information was to be used in planning functions which support the nutritional status and prevent malnutrition.

Good nutritional status helps the elderly live at home longer, maintains functional capacity and improves the quality of life. Good nutritional status consists of several components. Seniors are recommended to take 20µg of Vitamin D preparations throughout the year. Only adequately large amounts of Vitamin D prevent from falling down and fractures. Ageing, diseases and medications expose seniors to the harms caused by alcohol. A healthy senior should not use more than two portions of alcohol at a time and the weekly use should not exceed seven portions.

This bachelor's thesis was carried quantitatively. Altogether 21 seniors attending adult day care participated in the study. Their nutritional status was examined with a Mini Nutritional Assessment Test (MNA) and with a semi-structured questionnaire. The data were analysed with Excel spread sheet.

The results show that over half of the participants had good nutritional status. Nine participants had an increased risk for malnutrition and one participant was suffering from malnutrition. Two thirds of the participants drank alcohol. Most informants used only one portion at a time and over half drank alcohol more rarely than once a week. Two thirds used Vitamin D preparations daily. Most users did not know the amount of Vitamin D they were taking and only one person knew that she was using it according to the recommendations.

The results show that quite many seniors have a risk for malnutrition. Therefore, further studies could be made in other adult day care centres. The nutritional status of seniors attending adult day care should be assessed regularly and health information should be given to the elderly on the basis of nutrition recommendations.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS.....	5
2.1	Ravitsemukseen vaikuttavat tekijät.....	6
2.2	Ravitsemuksen tavoitteet ja periaatteet.....	8
2.3	Ravitsemussuositukset	13
2.4	Alkoholin käyttö	16
2.5	Ravitsemusongelmat	17
3	RAVITSEMUSTILAN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN ARVIOINTI.....	18
3.1	Antropometriset mittaukset ja laboratoriomääritykset.....	20
3.2	MNA-testi	20
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT ...	21
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
5.1	Kohderyhmä.....	22
5.2	Tutkimusmenetelmä.....	22
5.3	Aineiston keruu ja analysointi	23
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
6.1	MNA-testin tulokset.....	25
6.2	D-vitamiinilisän ja alkoholin käyttö	31
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	32
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	35
7.3	Jatkotutkimushaasteet ja kehittämissuositukset	36
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää päivätoiminnassa käyvien ikääntyneiden ravitsemustilaa, D-vitamiinin saantia ja alkoholinkäyttöä. Ikääntyneiden lukumäärä kasvaa Suomessa vuosittain. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus tulee kasvamaan seuraavan 28 vuoden aikana 27:ään prosenttiin, kun vuonna 2009 heidän osuutensa väestöstä oli 17 %. (Väestöennuste 2009–2060 2009.) Hyvä ravitsemustila edesauttaa ikääntyneen mahdollisuuksia selviytyä kotona omatoimisena mahdollisimman pitkään. Hyvä ravitsemustila parantaa elämänlaatua ja on tärkeä tekijä ikääntyneen toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämisessä. Ravinnolla ja sen nauttimisella on myös merkittävä psykososiaalinen merkitys. (Suominen ym. 2010, 8-12.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia ikääntyneiden ravitsemustilaa MNA-testin avulla. MNA eli Mini Nutritional Assesment testi on yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin kehitetty mittari. MNA-testin avulla voidaan löytää ikääntyneet, joiden riski virhe- tai vajaaravitsemukselle ja sen haitallisille seurauksille on kasvanut. (Suominen 2008, 58.) Ikääntyneiden D-vitamiinin saantia ja alkoholin käyttöä tutkitaan erillisellä kyselylomakkeella. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoiminnassa ikääntyneiden ravitsemustilaa tukevan ja virheravitsemusta ehkäisevän toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa, jonka pohjalta voidaan järjestää terveysneuvontaa ja ravitsemusohjausta päivätoiminnassa käyville ikääntyneille.

2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Ikääntyneen hyvä ravitsemustila ylläpitää toimintakykyä, ehkäisee sairauksia ja niiden aiheuttamia komplikaatioita, hidastaa vanhenemista ja auttaa jaksamaan vireänä (Suominen & Pitkälä 2010; Suominen 2009, 195). Ikääntymiseen liittyy monia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia, jotka vaikuttavat ravinnontarpeeseen, ruokai-

lun onnistumiseen ja ateriavalintoihin (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 100). Ikääntyneiden kanssa työskentelevän hoitotyöntekijän on tunnettava ikääntymiseen liittyvät normaalit muutokset ehkäistäkseen ravitsemusongelmien syntymistä ja tukeakseen tervettä vanhuutta (Soini 2009, 196).

2.1 Ravitsemukseen vaikuttavat tekijät

Ikääntyessä sydämen pumppausteho heikkenee ja verenkierto hidastuu. Sydämen pumppaustehon heikkeneminen näkyy erityisesti fyysisen rasituksen yhteydessä, jolloin suoriutuminen päivittäisistä askareista voi vaikeutua. Verenkierron hidastuminen lisää infektioalttiutta ja hidastaa haavojen paranemista. Keuhkojen kapasiteetti pienenee, minkä huomaa aluksi rasituksessa mutta myöhemmin myös levossa. (Arffman ym. 2009, 100; Suominen 2008, 9.) Kehon lihasmassa pienenee ja korvautuu rasvalla. Normaalipainoisenkin vanhuksen voimat ehtyvät ja kaatumisalttius lisääntyy, kun lihaksisto ei enää tue luustoa kuten ennen ja liikuntakyky on heikentynyt. Kehon aineenvaihdunta hidastuu, mikä voi johtaa erilaisiin ruoansulatusongelmiin. (Arffman ym. 2009, 100.) Luuston tiheys pienenee, mikä lisää osteoporoosin ja murtumien riskiä (Suominen 2008, 9). Kehon vesipitoisuus ja solunsisäisten elektrolyyttivarastot pienenevät ja taipumus neste- ja elektrolyyttihäiriöihin lisääntyy (Suominen & Pitkälä 2010).

Ikääntyessä ruokatorven toiminta hidastuu, mikä saattaa aiheuttaa nielemisvaikeuksia ja rintakipuja. Alemman sulkijalihaksen toimintahäiriöt voivat aiheuttaa refluksioireita. Ruokatorvessa voi esiintyä tulehduksia tai kasvaimia. Mahalaukun tyhjeneminen hidastuu, jolloin rasvainen ateria saattaa sulaa hitaasti tai sulaminen jää epätäydelliseksi. Hapon erityys mahalaukussa voi vähentyä pitkäaikaisen helicobakteeritulehduksen seurauksena. Tämä voi johtaa raudan ja kalsiumin imeytymisen heikkenemiseen sekä B₁₂-vitamiinin imeytymishäiriöön. Lisäksi bakteerien siirtyminen ohutsuoleen voi lisääntyä, mikä huonontaa ravintoaineiden imeytymistä entisestään. Ikääntyneellä voi olla mahalaukun limakalvon sairaus kuten mahahaavaa, gastriitti tai syöpä. Ruoansulatukseen vaikuttavat myös ohutsuolen limakalvon pinta-alan pieneminen ja verenkierron heikkeneminen jonka vuoksi imeytyminen hidastuu. Bakteerien liikakasvua voi esiintyä ohutsuolessa happosalpaajalääkityksen seurauksena.

(Suominen 2008, 10.) Lääkeaineiden kilpailu ohutsuolessa samoista imeytymispai-koista ravintoaineiden kanssa sekä sädehoito ja leikkaukset voivat aiheuttaa yllättäviä ravintoaineiden puutostiloja muuttaessaan ravintoaineiden imeytymistä entisestään (Arffman ym. 2009, 100–103). Paksusuolen toimintaa hidastuu, mikä lisää ummetus-taipumusta. Paksusuolen limakalvon muutokset altistavat kasvaimille. Paksusuolessa voi esiintyä myös divertikuloosia. (Suominen 2008, 10.)

Ikääntyneen purentakyky saattaa heikentyä huonosti istuvien proteesien, hampaatto-muuden tai iensairauksien vuoksi. Lääkitysten ja sairauksien seurauksena sylkirau-hasten toiminta muuttuu, jolloin vähentynyt syljeneritys ja kuiva suu vaikeuttavat ruokailua. Suun limakalvossa tapahtuvat muutokset altistavat tulehduksille ja kas-vaimille. Limakalvot voivat ärsyntyä hankaavan hammasproteesin tai lääkkeiden vuoksi, jolloin suu on kipeä. Puremisvaikeuksien ja huonon ruoansulatuksen vuoksi ikääntynyt saattaa vähentää täysjyväleivän ja kuitupitoisten kasvisten syöntiä. Vähäi-nen kuidun saanti, vähentynyt juominen, hidastunut aineenvaihdunta ja vähäinen lii-kunta aiheuttavat ummetusta. Lisäksi vähentynyt kuidunsaanti nostaa veren sokeri- ja rasva-arvoja. (Arffman ym. 2009, 100–103; Suominen 2008, 10.)

Ikääntyessä janon tunne heikkenee, mikä johtaa helposti liian vähäiseen nesteiden saantiin. Vanhus, jonka liikuntakyky on heikentynyt saattaa rajoittaa juomistaan enti-sestään välttyäkseen yöllisiltä wc-käynneiltä. Näkökyky heikkenee ja voi vaikeuttaa ruokailua, kaupassa käyntiä ja oikeanlaisten ruoka-aineiden ostamista sekä ruoan laittoa. (Arffman ym. 2009, 100; Suominen 2009, 196.) Sairauksiin liittyneenä maku- ja hajuaisti sekä ruokahalua säätelevä järjestelmä heikkenevät, mikä voi johtaa ruo-kahaluttomuuteen (Suominen 2008, 9). Sairauksiin liittyvä toimintakyvyn heikkene-minen saattaa aiheuttaa vaikeuksia ruoan käsittelyyn lautasella, ruoan viemisessä suuhun sekä puremiseen ja nielemiseen (Soini 2009, 197). Vapina voi vaikeuttaa ruokailua niin paljon, että suurin osa ruoasta tippuu ruokailuvälineistä ennen kuin vanhus on saanut sen suuhunsa. Liikkeiden hidastuminen voi tehdä ruokailusta hidas-ta ja ruoka ehtii ruokailun aikana jäähtyä, jolloin kylmä ruokaa ei enää maistu. (Arffman ym. 2009, 102.)

Runsas lääkkeiden käyttö ja nesteen puute saattavat vaikeuttaa syömistä ja ravintoai-neiden hyväksikäyttöä (Suominen 2009, 196). Lääkkeiden haittavaikutukset kuten

metallin maku suussa, kuiva suu, vatsavaivat, ripuli ja ummetus heikentävät ravinnon saantia ja ravitsemustilaa. Virtsankarkailun estolääkkeet, diureetit ja antipsykootit voivat aiheuttaa kuivan suun tunnetta. Diureetit voivat aiheuttaa myös kaliumin, natriumin ja magnesiumin puutetta. Nukahtamislääkkeet kuten tsopikloni voi aiheuttaa metallin makua suussa ja masennuslääkkeet sekä Alzheimerin taudin lääkkeet voivat aiheuttaa vatsavaivoja ja pahoinvointia. Kalsiumsalpaajat, virtsankarkailun estolääkkeet, neuroleptit ja vahvat kipulääkkeet kuten opiaatit aiheuttavat ummetusta. Vastaavasti antibiootit, tulehduskipulääkkeet ja kalsiumsalpaajat saattavat aiheuttaa ripulia. (Nuutinen ym. 2010, 159.)

Ikääntyneen mielenterveys ja elämäntilanteen muutokset vaikuttavat myös ravitsemukseen. Dementiaan ja depression saattaa liittyä ruokailun laiminlyöntiä. (Suominen 2009, 196.) Ikääntyneen psyykinen tila ja lääkitykset voivat heikentää ruokahalua. Yleensä ruokahalu vähenee, mutta voi muuttua myös hyvin yksipuoliseksi. Joskus ikääntyneen ruokahalu voi lisääntyä ja kohdistua vain muutamiin ruoka-aineisiin. Puolison kuolema tai laitokseen joutuminen voi muuttaa ruokavalion pelkäksi kahvin, pullan ja leivän syömiseksi. Kotiin jäänyt ikääntynyt ei ehkä enää halua tai osaa valmistaa täysipainoisia aterioita ja oikeanlaisten ruoka-aineiden ostaminen voi vaikeutua puutteellisten taitojen vuoksi. Dementia voi merkittävästi vaikeuttaa ikääntyneen ravitsemustilaa, jos vanhus ei muista söikö hän vai ei. Tällöin ateriat syödään useaan kertaan tai ne jäävät kokonaan syömättä. Dementiaan liittyy usein myös levottomuutta ja runsasta liikkumista, joka aiheuttaa energian tarpeen lisääntymistä. Yhdessä nämä tekijät altistavat dementoituneen vajaaravitsemukselle. (Arffman ym. 2009, 101.)

2.2 Ravitsemuksen tavoitteet ja periaatteet

Ikääntyneen ravitsemushoidon tavoitteita ovat hyvä ravitsemustila, riittävät ravintoainevarastot, toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä hyvä elämänlaatu (Suominen 2009, 195). Suurin ikääntyessä tapahtuva ravinnon tarpeen muutos on jo varhaisessa keski-iässä alkava energiatarpeen väheneminen. Tästä syystä sekä energian että rasvan saantia on tarkkailtava ikääntyneen ruokavaliossa. Suojaravintoaineiden tarve pysyy ikääntyessä samana ja voi jopa lisääntyä sairauksien ja lääkkeiden

käytön takia. Ikääntyneiden ruokavalioon suositellaankin ravintotiheydeltään hyviä ruokia, jotta proteiinin, vitamiinien, kivennäisaineiden ja välttämättömien rasvahappojen saanti olisi riittävää. Näin voidaan ehkäistä välttämättömien ravintoaineiden puutostiloja. (Arffman ym. 2009, 101; Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 84.)

Energiankulutusta lisäävää ja toimintakykyä sekä lihaskuntoa ylläpitävää liikuntaa tulee harrastaa riittävästi ja se on tarvittaessa suunniteltava soveltumaan toiminnanvajauksista kärsiville sekä ikääntyneille, joilla on useita sairauksia (Suominen ym. 2010, 10–11). Yhdessä säännöllisen liikunnan kanssa täysipainoiset ateriat takaavat riittävän ravintoaineiden ja energian saannin. Täydennysravintovalmisteita käytetään kun ikääntynyt ei kykene syömään riittävästi ja monipuolisesti. Jos ikääntynyt syö vain pieniä annoksia, voidaan ruokavalinnoilla vaikuttaa riittävään energian saantiin. Tällöin käytetään kevyttuotteiden sijaan enemmän rasvaa sisältäviä valmisteita. Kasviöljyn lisäämisellä ruokaan, turvataan välttämättömien rasvahappojen ja hyvän rasvan saanti. Lautasmallin hyödyntäminen helpottaa aterian koostamista. Jos syödyn ruoan määrä on vähäinen, pienennetään lautasmallin kasvisosuutta. (Suominen 2008, 21.) Monipuolinen ruokavalio sisältää täysjyvätuotteita, maitovalmisteita, pehmeitä rasvoja, hedelmiä ja kasviksia sekä riittävästi lihaa, kanaa tai kalaa (Puranen & Suominen 2012, 16).

Euroopan 12:sta maassa on tehty mittava ja pitkä SENECA-seurantatutkimus, jossa tutkittiin vanhusväestön ravitsemusta. Tutkimuksen mukaan energiansaanti on usein riittävää vielä 70-vuotiaana, mutta vähenee noin viidenneksellä 80. ikävuoteen mennessä. Yli 75-vuotiaille miehille suositeltava energiansaanti on vuorokaudessa 1 850-2 070 kcal ja naisille 1 570-1 850 kcal. (Suominen & Pitkälä 2010.) Energian saannin ja kulutuksen tasapaino pitemmän aikavälin kuluessa on tärkeintä. Saanti ja kulutus voivat vaihdella 1-4 vuorokauden aikavälillä. Koska yksilöiden välillä on kehon koostumuksessa, aineenvaihdunnassa ja fyysisessä aktiivisuudessa huomattavia eroja, ei yksilöiden energiantarpeesta voida antaa suosituksia. (Suominen 2008b, 468.) Jos ikääntyneellä on toiminnan rajoituksia ja liikkuminen on vähäistä, energiantarve voi jäädä hyvin vähäiseksi. Suositusten mukaan jos ruokavalio on hyvin koostettu, voidaan 1500 kilokaloria sisältävästä ruokavaliosta saada riittävästi ravintoaineita. Jos energiamäärä jää kokoajan runsaasti alle 1500 kcal, tulee ruokavaliota täydentää ravintolisillä tai täydennysravintovalmisteilla. (Puranen & Suominen 2012, 20.)

Kohtuullinen suolankäyttö ja pehmeiden, hyvälaatuisten rasvojen suosiminen on tärkeää ikääntyneiden ruokavaliossa. Suositeltava rasvan osuus on 25–35 % kokonaisenergian saannista. Jos ikääntynyt ei syö riittävästi ja ruoan energiatiheyttä lisätään, voi rasvan osuus olla suurempikin. Omega-3-rasvahappoja suositellaan saatavaksi 2–3g päivässä. (Puranen & Suominen 2012, 20; Suominen ym. 2010, 10–11.) Riittävästi kuituja sisältävä ruokavalio edistää suolen toimintaa. Suositeltu kuidun määrä ikääntyneen ruokavaliossa on 25–30g vuorokaudessa. Jotta kuitu edistäisi vatsan hyvinvointia, tulee ikääntyneen nauttia riittävästi nesteitä. Päivittäinen nesteentarve on 30 ml painokiloa kohti. Tällöin 60 kiloisen ikääntyneen tulisi saada päivittäin nestettä noin kaksi litraa. Nesteentarve on mahdollista laskea myös ruoasta saatua energiayksikköä kohti (0,24 ml/kj tai 1 ml/kcal). (Aapro ym. 2008, 84–86; Puranen & Suominen 2012, 21–23.)

Ikääntymisen seurauksena ravinnon proteiinin hyväksikäyttö elimistössä heikkenee. Usein proteiinin saanti on riittävää, kun se on energiansaannista 10–20 %, mutta energiansaannin pienentyessä tulisi proteiinin suhteellisen osuuden olla 15–20 %. Ikääntyneille proteiinin saantisuositus on kehon painoon suhteutettuna 1–1,2 g/kg/vrk. Akuutisti sairaille ikääntyneille suositus on jopa 2 g/kg/vrk. Sairastumisen aikana ruokahalu usein heikkenee, tällöin riittävää proteiinin määrää ei välttämättä kyetä turvaamaan ravinnolla, joten on käytettävä proteiinia runsaasti sisältäviä täydennysravintovalmisteita. Liian vähäinen lyhytaikainenkin proteiinin saanti esimerkiksi sairastumisen takia kiihdyttää lihaskatoa ja vaikuttaa epäedullisesti ikääntyneen immuunipuolustukseen. Ruokavalioon liittyvät rajoitukset heikentävät usein proteiinin saantia ja esimerkiksi maitovalmisteisiin liittyviä rajoituksia tulisi tarkkaan harkita. (Puranen & Suominen 2012, 21; Suominen & Pitkälä 2010.)

Ikääntyneelle riittävä kalsiumin saanti on tärkeää. Kalsiumia suositellaan saatavaksi 800 mg päivittäin, joka saadaan noin neljästä annoksesta maitovalmisteita. Jos kalsiumin saanti pystytään turvaamaan ruokavaliossa, ei kalsiumlisän käyttö ole suositeltua. Runsaalla kalsiumlisän käytöllä saattaa olla haittavaikutuksia ja vain osteoporoosia sairastaville kalsiumlisän käyttö on hyödyllistä 1500 mg:aan asti. C-vitamiini parantaa raudan imeytymistä, ehkäisee tulehduksia ja vahvistaa vastustuskykyä. Riittämätön C-vitamiinin saanti voi aiheuttaa väsymystä, heikotusta, ruokahaluttomuutta,

lihaskipuja ja hengenahdistusta. Lisäksi se hidastaa haavojen paranemista. Vakavammat C-vitamiinin puutostilat ovat nykyisin harvinaisia, mutta yksipuolinen ravinto altistaa lievälle C-vitamiinin vajaukselle. Päivittäin C-vitamiinia tulisi saada 75 mg. B₁₂-vitamiinin puutos aiheuttaa muistiongelmia ja lisää muistisairauksien riskiä. Pitkäaikainen B₁₂-vitamiinin puutos aiheuttaa pysyviä neurologisia vaurioita. Suomessa B₁₂-vitamiinilisästä ei ole suositusta, mutta amerikkalaisissa suosituksissa yli 50-vuotiaille suositellaan B₁₂-vitamiinilisän käyttöä. (Puranen & Suominen 2012, 24–27.)

D-vitamiini ehkäisee ikääntyneiden luunmurtumia ja kaatumisia sekä ylläpitää hyvää lihaskoordinaatiota. D-vitamiini hidastaa sekä luuston haurastumista että osteoporoosin etenemistä. Positiivisten vaikutusten takaamiseksi D-vitamiinin päivittäiset annosten on oltava riittävän suuria eli 17,5–20 µg vuorokaudessa. D-vitamiinia suositellaan kaikille ikääntyneille. (Suominen & Pitkälä 2010.) Hosia-Randell (2010, 56) on tehnyt tutkimuksen poikkileikkauksena helsinkiläisten yli 64-vuotiaiden vanhainkotien pitkäaikaisasukkaiden lääkehoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Yhtenä tutkimuksen osa-alueena on D-vitamiinin ja kalsiumin käyttö. Tutkimukseen osallistui 2114 vanhainkotien asukasta ja tutkittavien keski-ikä oli 84 vuotta. Tutkimukseen osallistuneista 33 % käytti D-vitamiinivalmistetta. Annokset olivat pieniä ja tutkimukseen osallistuneista 21 % sai D-vitamiinia senhetkisten suositusten mukaisesti 10µg päivässä ja vain neljä prosenttia tämänhetkisen suositusten mukaisesti 20µg tai enemmän. Asukkailla, jotka käyttivät D-vitamiinilisää, oli parempi ravitsemustila, vähemmän ummetusta ja he nauttivat useammin välipaloja sekä heidän painoaan tarkkailtiin useammin kuin asukkaiden, jotka eivät käyttäneet D-vitamiinilisää.

Ikääntyneen paino pyritään pitämään ennallaan (Arffman ym. 2009, 102). Jos ikääntyneen paino on alentunut nopeasti, yli 3 kilogrammaa kolmessa kuukaudessa, tulisi ravinnonsaantiin kiinnittää erityistä huomiota (Suominen ym. 2010, 19). Vain harvoin ikääntyneellä on tarvetta laihduttaa. Mitä vanhemmasta ikääntyneestä on kyse, sitä helpommin sallitaan normaalipainon saavuttamiseksi ruoka-aineita, joita ei nuoremille suositella kuten kerma ja täysmaito. Ruoka-aineiden karsimista ikääntyneen ruokavaliosta on toteutettava harkiten, koska se voi altistaa vajaaravitsemukselle. Ikääntyneen laihduttaminen on aiheellista vain, jos ylipaino vaikuttaa merkittävästi jonkin sairauden hoitotasapainoon tai hoitoon. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi,

kun ylipainoisella ikääntyneellä on vaikea nivelrikko tai sydämen vajaatoiminta. Painonpudotuksen on tapahduttava hitaasti ja hallitusti, huolehtien samalla riittävästä suojaravinteiden saannista. (Arffman ym. 2009, 102–103.)

Avohoidossa olevan kotona asuvan ikääntyneen ravitsemusta tulisi seurata esimerkiksi erillisen lomakkeen avulla. Jos energian, proteiinien, kuidun, kalsiumin, D-vitamiinin ja nesteen saanti ovat riittämättömiä, tilanteeseen tulee tarttua mahdollisimman pian. (Suominen 2009, 198.) Nautitun ruoan energiamäärän tulee olla tasapainossa ikääntyneen energian kulutukseen nähden. Ruokavalion tulee olla proteiinipitoinen ja monipuolinen. Kun ikääntynyt ei pysty itse huolehtimaan päivittäisestä ruokailustaan, on huomioitava ikääntyneen omat toiveet ruokailun järjestämisessä ja tarvittaessa järjestettävä ateria- tai kauppapalvelu. Omaishoitajia, jotka saattavat olla itsekin iäkkäitä, tulee tukea ruokailun järjestämisessä. Myös muut omaiset on hyvä ottaa mukaan ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Suominen ym. 2010, 10–11.)

Ikääntyneen avun tarve syömisessä tulee arvioida ja tarvittaessa syömisestä tulee muistuttaa. Kotona on hyvä olla pieni ruokavarasto aina saatavilla. (Suominen ym. 2010, 10–11.) Pakastimessa voi säilyttää valmiita ruokia tai, jos pakastinta ei ole kannattaa kaupasta valmisruokien lisäksi hankkia kuivia elintarvikkeita ja säilykkeitä (Suominen 2009, 198). Ikääntyneellä olisi hyvä olla ohjeet ruokavaliosta äkillisen sairastumisen kuten flunssan ja ripulin aikana. Tällöin tärkeintä on riittävä nesteiden saanti ja kotona olisi hyvä olla teetä, mehukeittoa tai mehua. Maitohappobakteeria sisältävät elintarvikkeet kuten piimät ja muut hapanmaitovalmisteet sekä maitohappobakteerikapselit normalisoivat suoliston bakteeritasapainoa ja nopeuttavat toipumista esimerkiksi antibioottien aiheuttamasta ripulista. Jos ikääntyneellä on haavoja, toistuvia infektioita tai hän toipumassa sairaudesta tai menossa leikkaukseen tulee ravinnonsaantiin kiinnittää erityistä huomiota. (Suominen ym. 2010, 10–11, 19.)

Ruoan psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää tuottava merkitys korostuu ikääntyessä ja usein ruokailutilanteet ovat päivän kohokohtia (Suominen 2008b, 467). Ruokailun psykososiaalinen merkitys ja sen tuoma mielihyvä tulee ottaa huomioon ruokailua suunniteltaessa (Suominen ym. 2010, 10–11). Tuttujen suomalaisen ruokakulttuuriin kuuluvien ruokalajien avulla voidaan tukea turvallisuuden tunnetta ja herättää

muistoja aiemmin elämässä tapahtuneista asioista. Tätä kautta voidaan myös aktivoida luontevaa vuorovaikutusta. (Suominen 2008b, 467–468.) Suun terveydestä on huolehdittava pesemällä hampaat, proteesit ja suun limakalvot päivittäin. Tarvittaessa terveydenhuollon ammattilaisten tulee avustaa suun terveydenhoidossa ja hampaiden hoidossa, jos ikääntynyt ei siitä itse kykene huolehtimaan. (Suominen ym. 2010, 10–11.) Puremisongelmat ja nielemisongelmat on hyvä huomioida ruoan rakenteessa ja tarvittaessa käyttää esimerkiksi pehmeää ruokavaliota (Aapro ym. 2008, 85). Jos ikääntynyt kykenee syömään vain soseutettua tai nestemäistä ruokaa on kiinnitettävä erityistä huomiota ravinnonsaantiin (Suominen ym. 2010, 19).

2.3 Ravitsemussuositukset

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut ravitsemussuositukset ikääntyneille vuonna 2010. Ikääntyneiden ravitsemussuositukset määräytyvät ikääntymisen eri vaiheiden mukaan. Ensimmäisenä on hyväkuntoinen, kotona ilman ulkopuolista apua asuva ja itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista selviytyvä ikääntynyt. Ikääntyneellä voi olla joitakin pitkäaikaissairauksia kuten kohonneet veren rasva-arvot, kohonnut verenpaine tai verensokeri. Hyväkuntoisella ikääntyneellä saattaa olla käytössä yhdestä viiteen lääkettä päivittäin, mutta ravitsemustila on yleensä hyvä. Ruokavaliossa tulee olla sopivasti energiaa kulutukseen nähden. Ruokavalion tulee olla värikäs ja monipuolinen sekä sisältää riittävästi proteiinia. Suolaa tulee käyttää kohtuullisesti ja hyvälaatuisia rasvoja tulee suosia valtimoterveyden edistämiseksi. Jos ikääntyneellä on tarve laihtua, sen on tapahduttava hitaasti. Liikuntaa tulee harrastaa riittävästi ja sen on oltava lihaskuntoa ylläpitävää ja energiankulutusta lisäävää. Sairauksien aikana huolehditaan riittävästä ravintoaineiden, proteiinin sekä energian saannista ja tarvittaessa käytetään tehostettua ruokavaliota. Suun terveydestä huolehditaan ja D-vitamiinilisää käytetään 20 µg/vrk vuoden ympäri. (Suominen ym. 2010, 20.)

Mänty ja Vajala (2012, 18–26) ovat tutkineet eläkeläisjärjestön aktiivijäsenten (N=53) ravitsemustilaa MNA-mittarin ja kyselylomakkeen avulla. MNA-testin vastausten perusteella suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista ravitsemustila oli hyvä (n=50). Yhdelläkään tutkimukseen osallistuneista ei ollut virhe- tai vajaaravitsemustilaa ja vain kolmella riski virhe- tai vajaaravitsemukselle oli kasvanut. Tutki-

muksessa selvitettiin myös kohderyhmän D-vitamiinin saantia. Tutkimukseen osallistuneista (N=53) D-vitamiinilisää käytti 29 henkilöä, mutta suurimmalle osalle D-vitamiinilisän käyttö jäi alle suosituksen (20 µg/vrk) ja yleisin käyttövahvuus oli 10 µg/vrk.

Toisena ryhmänä ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa ovat kotona asuvat ikääntyneet, joilla on useita sairauksia mutta, joilla ei vielä ole tarvetta palveluille. Ikääntyneillä on hitautta ja haurautta sekä toiminnanrajoituksia. Merkkinä haurastumisprosessista saattaa olla lihaskatoa, heikkoutta, kaatumistaipumusta ja liikkumisen hidastumista. Tämän ryhmän ikääntyneillä on usein pysyvä hoitokontakti perusterveydenhuoltoon, mutta heidän ravitsemustilansa on vielä hyvä tai riski virheravitsemukselle on kasvanut. Kotona asuvien ikääntyneiden, joilla on sairauksia ravitsemussuosituksissa painottuvat energian saannin ja kulutuksen tasapaino sekä ruokavalion monipuolisuus ja riittävä proteiinipitoisuus. Tahatonta laihutumista ja painonvaihteluita pyritään tunnistamaan ja ehkäisemään ja painoa seurataan punnituksella kerran kuussa. Sairauksien aikana huolehditaan riittävästä proteiinien, energian ja ravintoaineiden saannista käyttämällä tarvittaessa tehostettua ruokavaliota. Lihaskuntoa ylläpitävää ja energiankulutusta lisäävää liikuntaa tulee harjoittaa riittävästi. Kotona pidetään pientä ruokavarastoa eli kotivaraa ja ikääntyneitä omaishoitajia tuetaan ruokailun järjestämisessä. D-vitamiinilisää käytetään 20 µg/vrk ympäri vuoden ja päivittäin huolehditaan suun terveydestä puhdistamalla hampaat, proteesit ja suun limakalvot. (Suominen ym. 2010, 21.)

Kolmantena ryhmänä ovat kotihoidon piirissä olevat asiakkaat, joista monet ovat myös omaishoidon piirissä. Tämän ryhmän ikääntyneet ovat monisairaita, joilla on toiminnanvajauksia. He tarvitsevat apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista ja saavat palveluja kotiin. Heillä ilmenee toistuvia sairastumisia ja sairaalajaksoja sekä muistin heikkenemistä ja joskus sekavuustiloja. Moni kotihoidon asiakas on virheravitsemusriskissä ja muutamalle prosentille on jo kehittynyt virhe- tai vajaaravitsemustila. Tämän ryhmän suosituksiin kuuluu yksilöllisen päivittäisen ruokailun toteutus ja tarvittaessa järjestetään kauppapalvelu tai kotiateria riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi. Punnitus toteutetaan kerran kuussa painonvaihtelujen ja tahattoman laihutumisen tunnistamiseksi ja ehkäisemiseksi. Riittävä ravinnonsaanti turvataan sairastumisen aikana ja tarvittaessa käytetään tehostettua ruokavaliota. Avuntarve syö-

misessä arvioidaan ja tarvittaessa syömisestä muistutetaan. Ruokailutilanteen mielihyvää tuottava vaikutus ja psykososiaaliset tekijät huomioidaan. D-vitamiinilisää käytetään 20 µg/vrk ympäri vuoden ja suun hygieniasta huolehditaan päivittäisellä proteesien, hampaiden ja suun limakalvojen puhdistuksella. Omaiset otetaan mukaan ravitsemushoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi harjaannutetaan riittävästi energiankulutusta lisäävää sekä lihaskuntoa ylläpitävää liikuntaa. (Suominen ym. 2010, 22–23.)

Huttunen ja Vainio (2009, 33) ovat tutkineet ikääntyneiden ravitsemustilaa Iisalmen kotihoidossa. Tutkimukseen osallistui 56 kotihoidon asiakasta. Aineisto kerättiin MNA-mittaria ja strukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Tutkimuksessa MNA-mittarin arviointiosuuteen vastanneista ikääntyneistä (N=30) 20:llä oli suurentunut riski virhe- tai vajaaravitsemukselle. Tutkimukseen osallistuneista kuudella oli hyvä ravitsemustila ja neljä henkilöä kärsi virhe- tai vajaaravitsemuksesta.

Neljäntenä ryhmänä ovat ympärivuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet, joilla on usein muistisairaus ja he tarvitsevat apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Osa on vuodepotilaita. Monien tämän ryhmän ikääntyneiden ravitsemustila on huono tai riski virheravitsemukselle kasvanut. Ikääntyneiden riittävästä ravinnonsaannista huolehditaan ja tarvittaessa käytetään tehostettua ruokavaliota. Punnitus toteutetaan keran kuukaudessa tahattoman laihtumisen ehkäisemiseksi ja tunnistamiseksi. Ruokailutilanteen kodinomaisuutta edistetään ja hoitajat istuvat tai ruokailevat ikääntyneiden kanssa samassa ruokapöydässä. Suun terveydestä huolehditaan puhdistamalla suun limakalvot, hampaat ja proteesit päivittäin. Avun tarve syömisessä arvioidaan ja tarvittaessa syömisestä muistutetaan. D-vitamiinilisää käytetään 20µg/vrk ympäri vuoden ja mahdollistetaan toimintakykyä ylläpitävä liikunta. Yhdessä asukkaan kanssa suunnitellaan ruokailun toteutus, jolla turvataan riittävä ravinnonsaanti. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa viidentenä ryhmänä ovat akuutisti sairaat ikääntyneet, jotka ovat sairaalahoidossa. (Suominen ym. 2010, 25–27.)

Karlsson ja Eklund (2010, 31–36) ovat tutkineet Maarianhaminan kaupungin vanhainkodin asukkaiden (N=34) ravitsemustilaa vuosina 2009 ja 2010. Tutkimuksessa käytettiin sekundaarista aineistoa, jonka vanhainkodin henkilökunta oli kerännyt MNA-mittaria käyttäen. MNA-mittarin tulosten perusteella vuonna 2009 viidellä

asukkaalla oli hyvä ravitsemustila ja 23:lla oli kasvanut riski virhe- tai vajaaravitsemukselle. Kuudelle asukkaalle oli kehittynyt virhe- tai vajaaravitsemustila. Vuonna 2010 todettiin kuudella asukkaalla hyvä ravitsemustila ja riski virhe- tai vajaaravitsemukselle oli kasvanut 19:lla asukkaalla. Virhe-tai vajaaravitsemuksesta kärsi yhdeksän asukasta. Tulosten mukaan vajaa- tai virheravitsemusriskissä olevien asukkaiden osuus oli pienentynyt, mutta virhe- tai vajaaravitsemuksesta kärsivien määrä suurentunut.

2.4 Alkoholin käyttö

Alkoholin aiheuttamat terveysriskit ovat suuremmat ikääntyneillä kuin työikäisillä eikä sen käyttöä siksi suositella. Lääkitykset, sairaudet ja ikääntyminen altistavat alkoholin haitoille. Ikääntyessä elimistön aineenvaihdunnan hidastuminen ja nestepitoisuuden pieneneminen aiheuttavat alkoholin vaikutuksen voimistumisen elimistössä. Alkoholi aiheuttaa verensokerin vaihtelua ja voi hidastaa tai nopeuttaa eri lääkeaineiden imeytymistä. Runsaasti alkoholia käyttävien ruokavalio saattaa olla yksipuolinen ja ravintoaineiden saanti liian vähäistä. Alkoholin liikakäyttö saattaa aiheuttaa ruokahaluttomuutta, vatsa- ja iho-oireiden lisääntymistä sekä hidastaa haavojen paranemista. Pitkään ja runsaasti alkoholia käyttäneet tarvitsevat tehostettua ravitsemushoitoa ravitsemustilan parantamiseksi. (Suominen 2010, 44–45.) Terve ikääntynyt ei saisi käyttää alkoholia enempää kuin kaksi annosta kerralla, eikä viikoittaisen käytön tulisi ylittää seitsemää annosta (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut 2013). Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa alkoholin kerta-annoksen rajaksi on asetettu yksi annos päivässä (Suominen ym. 2010, 25–27).

Castrén, Rahkola ja Souranto (2012, 28–37) ovat tutkineet yli 75-vuotiaiden alkoholin käyttöä yhtenä osa-alueena ikääntyneiden terveystietoisuutta. Tutkimukseen osallistui 58 ilman kotihoidon apua kotona asuvaa ikääntynyttä. Tutkimukseen osallistuneista 40 henkilöä oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Joka päivä alkoholia käytti neljä henkilöä ja kerran viikossa 12 henkilöä. Miehet joivat alkoholia useammin kuin naiset. Tutkimustulosten mukaan suurimmalla osalla alkoholin käyttö oli kohtuullista, mutta muutamalla suositusten mukainen käyttö ylittyi runsaasti.

Mertanen ja Paavola (2010, 50–59) ovat tutkineet kotihoidon piirissä olevien ikääntyneiden alkoholinkäyttöä. Tutkimukseen osallistui 41 yli 65-vuotiasta kotihoidon asiakasta. Vastaajista 34,1 % oli täysin raittiita. Miehet käyttivät alkoholia useammin kuin naiset. Puolet kyselyyn vastanneista naisista (n=22) ilmoittivat olevansa täysin raittiita. Alkoholia käyttäneiden naisten alkoholin juominen painottui pääsääntöisesti erityisiin juhlapäiviin ja vain yksi naisista käytti alkoholia päivittäin. Miehistä (n=21) vain kolme ilmoitti olevansa täysin raittiita. Naisista yksi koki olevansa alkoholiriippuvainen ja halusi vähentää alkoholin käyttöönsä. Miehistä kolme koki alkoholin käyttönsä ongelmaksi. Yksi naisista ja kaksi miehistä olisi halunnut kotihoidon työntekijän ottavan alkoholin käytön puheeksi heidän kanssaan.

2.5 Ravitsemusongelmat

Suhteessa työikäisiin ravitsemusongelmat muuttuvat ja ikääntymisen mukanaan tuomat fysiologiset muutokset, sairaudet ja erilaiset fyysiset ja psyykkiset tekijät voivat johtaa energiatasapainon heikentymiseen. Ikääntyneen ravitsemusongelmat tulisi pyrkiä tunnistamaan riittävän ajoissa, jolloin toimintakyvyn tukeminen onnistuu parhaiten. (Suominen & Pitkälä 2010.) Mitä iäkkäämmästä ja huonokuntoisemmasta ikääntyneestä on kyse, sitä suurempi on virheravitsemuksen kehittymisen vaara (Arffman ym. 2009, 102).

Ikääntyneiden ravitsemusongelmat voivat ilmetä monin eri tavoin. Selkeimmin havaittavissa on liian vähäisestä proteiinin ja energian saannista johtuva laihtuminen ja aliravitsemus. Ravitsemustilan ongelmat ovat yleisiä etenkin laitoksissa asuvilla. Ikääntynyt voi kärsiä ikääntyneen anoreksiasta eli iästä johtuvasta ruokahalun puutteesta, jonka seurauksena on tahaton painonlasku. Ikääntynyt voi kärsiä myös virheravitsemuksesta, jolloin energian saanti on riittävää tai liiallista, mutta suojaravintoaineiden kuten proteiinin, hivenaineiden ja vitamiinien saanti liian vähäistä. Seurauksena voi olla lihominen ja ylipaino, vaikka ravintoaineista on puutetta. (Suominen 2008b, 467; Suominen 2009, 197.)

Ikääntyneen virhe- tai aliravitsemus aiheuttaa mielialan laskua, käyttäytymisen muutoksia, ruokahaluttomuutta ja liikkumisen vähentymistä. Virhe tai aliravitsemustilan

seurauksena hengitys ja sydämen toiminta huononevat, josta aiheutuu lihasheikkoutta. Lisäksi virhe- tai aliravitsemus aiheuttaa intensiivihoidon tarpeen lisääntymistä, hoidon tehon huononemista ja sairaalassaoloajan pitenemistä sekä kustannuksien lisääntymistä. Virhe- tai aliravitsemus lisää myös infektioherkkyyttä. (Suominen 2008, 57.)

Muurinen, Soini, Halttunen, Savikko, Suominen ja Pitkälä (2012, 25–51) ovat tutkineet asukkaiden ravitsemustilaa helsinkiläisissä vanhainkodeissa ja palvelutaloissa vuonna 2011. Tutkimukseen osallistui yhteensä 4 966 ikääntynyttä. Tutkimuksessa käytettiin MNA-mittaria. MNA-mittarin perusteella neljäsosalla palvelutalojen ja vanhainkotien asukkaista (N= 3188) oli virheravitsemustila. Virheravitsemusriski oli suurentunut 62 %:lla ja 12 %:lla ravitsemustila oli hyvä. Vaikeasti alipainoisia, joiden painoindeksi oli alle 18,5 oli yhteensä 11 %. Vanhainkotien ja palvelutalojen asukkaista 36 %:lla painoindeksi oli alle silloisen ikääntyneiden suositellun painoindeksialueen (24–29). D-vitamiinia sai vanhainkodeissa 78 % tutkimukseen osallistuneista ja palvelutaloissa 69 %. Heikentyneeseen ravitsemustilaan olivat tutkimustulosten mukaan yhteydessä asukkaiden korkea ikä ja naissukupuoli. Virheravitsemustila oli todennäköisempi, jos asukas koki terveydentilansa heikoksi tai mielialansa masentuneeksi. Kykenemättömyys huolehtia päivittäisistä toiminnoista sekä muistin kohtalainen tai vaikea heikkeneminen olivat vahvasti yhteydessä heikompaan ravitsemustilaan. Virheravitsemus liittyi monilla itse perussairauteen. Dementia, lonkkamurtuma ja Parkinsonin tauti olivat yhteydessä heikkoon ravitsemustilaan. Ruoansulatuskanavan ja suun ongelmat olivat yleisempiä virheravitsemusriskissä olevilla sekä asukkailla, joille oli kehittynyt virheravitsemustila.

3 RAVITSEMUSTILAN JA ALKOHOLIN KÄYTÖN ARVIOINTI

Ikääntyneen alkoholin käytön tunnistamiseen ja arviointiin on luotu erilaisia kyselytestejä ja työvälineitä. Työikäisille käytetään suurkulutuksen tunnistamiseen AUDIT-testiä, mutta sen riskirajat ovat ikääntyneille liian korkeita. Suositeltavampi kyselytesti ikääntyneille on GAGE-testi, jossa on vain neljä kysymystä. Kyselytestejä käy-

tetään vain täydentävinä menetelminä ja paras tapa saada tietoa ikääntyneen alkoholin käytöstä on keskustelu. Ikääntynyt voi pitää alkoholinkäytöstään myös juomapäiväkirjaa, jonka avulla hän seuraa alkoholin käyttöönsä ja voi verrata sitä annettuihin suosituksiin. Juomapäiväkirjaa voidaan käyttää myös takautuvasti tarkastellen edellisten viikkojen alkoholinkäyttöä. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 18–19.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ”Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet”-esitteen, joka auttaa arvioimaan ikääntyneen alkoholinkäytön haitallisuutta. Ikääntynyt voi pohtia esitteen kysymyksiä itsekseen tai yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos on myöhemmin julkaissut yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin apuvälineeksi ikääntyneiden alkoholinkäytön arviointiin, puheeksi ottoon, palveluohjaukseen ja neuvontaan. Alkoholimittari on ensimmäinen valtakunnallinen ohjeistus ikääntyneiden kanssa työskenteleville ammattilaisille. Alkoholimittarissa kysytään alkoholin käytön määrää, tiheyttä ja syytä alkoholin käyttöön sekä alkoholin käyttöön liittyviä tilanteita ja oireita. Lisäksi mittarilla selvitetään alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusta ja mahdollista alkoholiiriippuvuutta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2013.)

Ikääntyneiden ravitsemustilaa voidaan arvioida antropometristen mittausten avulla, joita ovat säännöllinen painon seuranta ja painoindeksin laskeminen. Ravitsemustilan laajempaan arviointiin voidaan käyttää MNA eli Mini Nutritional Assessment-testiä, joka suunnattu yli 65-vuotiaille. MNA-testin avulla pyritään löytämään ikääntyneet joilla on kasvanut riski virhe- tai aliravitsemukselle. Ravitsemustilaa voidaan arvioida myös ravintohaastattelun ja laboratoriotutkimusten avulla. Ravintohaastattelun avulla selvitetään ikääntyneen ruokatottumuksia, ruokavalion sisältöä ja ruokailun säännöllisyyttä. Lisäksi ravintohaastattelussa selvitetään ikääntyneen mieliruoat ja ruoat jotka eivät maistu tai, joita hän ei kykene syömään. Haastattelussa selvitetään myös ikääntyneen elinolot ja mahdollisuudet ruoanvalmistukseen. (Suominen 2008, 57–62.)

3.1 Antropometriset mittaukset ja laboratoriomääritykset

Yksinkertaisin tapa seurata ikääntyneen ravitsemustilaa on punnitseminen kerran kuukaudessa. Tärkeämpää on kiinnittää huomiota painon muutoksiin kuin normaali-painoon. Mitä suurempi ja nopeampi painonlasku on ollut, sitä suurempi syy on epäillä ravitsemustilan heikkenemistä. Yli viiden prosentin tahaton painonlasku on usein merkki ravitsemustilan heikkenemisestä. On huomioitava, että painon muutokset voivat aiheutua myös nestetasapainon muutoksista kuten turvotukset, kuivuminen ja askites eli nesteen kertyminen vatsaonteloon. Turvotus ja sen taustalla oleva sairaus voi aiheuttaa äkillistä painon nousua. (Suominen 2008, 15, 57–58.)

Painoindeksi lasketaan ikääntyneillä samoin kuin aikuisväestöllä yleensä eli paino jaettuna pituuden neliöllä (Suominen 2008, 57–58). Aikuisen normaali painoindeksi on 20–25. Ikääntyneen ihmisen suositeltava painoindeksi on 25–30. Painoindeksin ollessa alle 25 sairastuvuus ja kuolleisuusriski nousevat. (Suominen & Pitkälä 2010.) Ikääntyneen ravinnonsaantiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota painoindeksin ollessa alle 23 (Suominen ym. 2010, 19). Ikääntyneillä osteoporoosi ja selkärangan köyristyminen sekä painuminen saattavat vaikeuttaa pituusmittausta, jolloin pituus voidaan arvioida polvi-kantapäämitan avulla (Suominen 2008, 57–58).

Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointiin käytettyjä laboratoriomäärityksiä ovat hemoglobiini (B-Hb), albumiini (S-Alb), kalium (S-K), natrium (S-Na) ja kalsium (S-Ca). Tarvittaessa voidaan määrittää B6- ja B12-vitamiinit, D-vitamiini ja foolihappo. Yleisimpiä yksittäisten ravintoaineiden puutostiloja ovat raudan ja B12-vitamiinin puutostilat. Terveelläkin ikääntyneellä voi olla hyvin matala hemoglobiiniarvo. On haastavaa selvittää, liittyvätkö poikkeavat laboratorioarvot vanhenemiseen vai energian ja proteiinin puutteesta johtuvaan aliravitsemukseen. (Suominen 2008, 61–62.)

3.2 MNA-testi

Suosittelavin testi ikääntyneen ravitsemustilan arvioimiseksi on European Society of Parenteral and Enteral Nutrition:n eli ESPEN:n mukaan Mini Nutritional Assessment eli MNA-testi. Testiä voidaan käyttää kotona asuvien, pitkäaikaishoidossa olevien ja

akuuttisairaaloiden potilaiden ravitsemustilan arviointiin. Testi sisältää yleisen toimintakyvyn ja ruokavalion arvioinnin, antropometrisiä mittauksia sekä ikääntyneen oman arvioinnin terveydestään ja ravitsemustilastaan. Testin on todettu tunnistavan hyvin virheravitsemusriskissä olevat, jotka hyötyvät ravitsemushoidosta eniten. Testistä saadun kokonaispistemäärän avulla ikääntyneet jaotellaan virheravitsemusriskissä olevien lisäksi niihin, joille on jo kehittynyt virheravitsemus sekä niihin, joiden ravitsemustila on hyvä. (Suominen & Pitkälä 2010.) MNA-testi on jaettu seulontaan ja arviointiosaan. Testin kysymysten avulla hoitohenkilökunta pystyy tunnistamaan ikääntyneen ravitsemustilaa heikentävät tekijät. (Soini. 2009, 198.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää päivätoiminnassa käyvien ikääntyneiden ravitsemustilaa, D-vitamiinin saantia ja alkoholinkäyttöä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoiminnassa ikääntyneiden ravitsemustilaa tukevan ja virheravitsemusta ehkäisevän toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa, jonka pohjalta voidaan järjestää terveysneuvontaa ja ravitsemusohjausta päivätoiminnassa käyville ikääntyneille.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälainen on Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoiminnan asiakkaiden ravitsemustila MNA-testillä mitattuna?
2. Käyttävätkö päivätoiminnan asiakkaat D-vitamiinia suositusten mukaisesti?
3. Juovatko päivätoiminnan asiakkaat alkoholia?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen toteuttaminen lähti liikkeelle aiheen valinnasta. Aihe valittiin yhdessä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa keväällä 2011. Tutkimus on työelämälähtöinen ja ikääntyneiden ravitsemukseen liittyvää tutkimusta ehdotti Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoiminnan vastaava sairaanhoitaja.

5.1 Kohderyhmä

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoimintaan osallistuvat ikääntyneet. Laitilan terveyskodin Poukanvillen päivätoiminta on osa-aikaista laitoshoittoa eli kuntouttavaa päivätoimintaa ja avohuollon ryhmäpalvelumuoto. Kuntouttavalla päivätoiminnalla on ikääntyneen toimintakyvyn kannalta ennaltaehkäisevä ja kuntouttava merkitys ja sen avulla tuetaan ikääntyneiden itsenäistä kotona selviytymistä. Päivätoiminta antaa mahdollisuuden sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja mielekkääseen tekemiseen yhdessä muiden ikääntyneiden kanssa. Päivätoiminnan ohjelma koostuu ryhmän tarpeiden ja toiveiden mukaan liikunnasta, peleistä, käden taidoista, musiikista, terveysneuvonnasta, musiikista ja saunomisesta. (Laitilan terveyskodin www-sivut 2013.)

Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoimintaan osallistuu sekä laitilalaisia ikääntyneitä että sotaveteraaneja lähikunnista. Ikääntyneiden päivätoimintaan osallistuminen mahdollistetaan tukipalveluiden avulla ja sotainvalidi voi hakea maksusitoumusta Valtionkonttorista ja laitilalainen asiakas Laitilan sosiaalitoimesta. Päivätoimintaan voi osallistua myös itse maksava asiakkaana. (Laitilan terveyskodin www-sivut 2013.) Päivätoiminnassa kävi tutkimuksen toteuttamishetkellä noin 26 asiakasta joista tutkimukseen osallistui 21 eli 81 % kävijöistä.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä lähestymistapaa. Määrällinen tutkimus keskittyy tilastollisten menetelmien käyttöön, muuttujien mittaami-

seen sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Kuten tässäkin tutkimuksessa, muuttajat voivat olla selittäviä eli riippumattomia kuten vastaajien ikä ja sukupuoli tai selitettäviä eli riippuvia. Tutkimusasetelma on ollut poikittaistutkimus, jolloin aineisto kerätään kerran eikä sen tarkoituksena ole tarkastella tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55–56.)

Tämä tutkimus oli niin kutsuttu survey-tutkimus eli haastattelututkimus, joka tehtiin valmiiksi laadituilla kyselylomakkeilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 57). Aineiston kerääminen toteutettiin haastattelemalla jokaista tutkimukseen osallistunutta ikääntynyttä erikseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä kyselylomakkeen ja standardoitujen testin avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 114). Tässä opinnäytetyössä aineiston keräämiseen käytettiin MNA-testiä joka on tutkimuksissa validoitu mittari ikääntyneiden ravitsemustilan tutkimiseksi (LIITE 1). Lisäksi opinnäytetyössä käytettiin tähän tutkimukseen laadittua strukturoitua kyselylomaketta (LIITE 2). Strukturoidussa kyselylomakkeessa kysymysten sisältö ja järjestys on sama kaikille tutkittaville (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116). Kyselylomakkeen avulla selvitettiin tutkittavien D-vitamiinin saantia, alkoholin käyttöä ja tietämystä ikääntyneiden ravitsemussuosituksista.

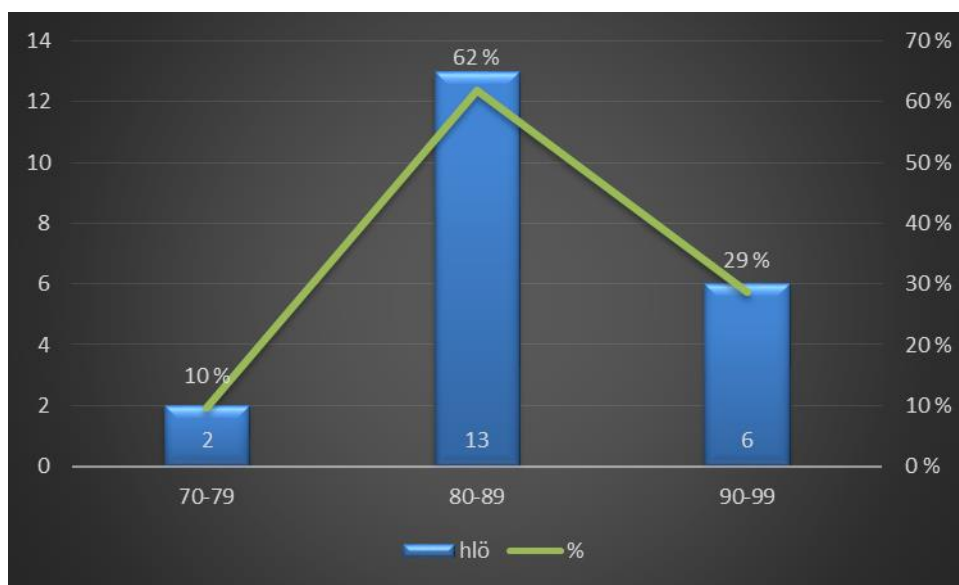
5.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tutkimuksen kohdeorganisaatiolta on haettava tutkimuslupa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222). Tutkimuslupaa anottiin Laitilan Terveyskodin johdolta syksyllä 2012 ja se myönnettiin marraskuussa 2012 (LIITE 3). Aineisto kerättiin kolmena arkipäivänä helmikuussa 2013. Opinnäytetyöntekijä suoritti aineiston keräämisen Laitilan Terveyskodin Poukanvillen päivätoiminnan tiloissa normaalin toiminnan lomassa. Haastattelu on aina vapaaehtoinen ja tutkittaville on annettava tutkimuksesta kaikki mahdollinen tieto, jonka pohjalta he voivat päättää osallistumisestaan (Heikkilä 2010, 67). Henkilökunta kertoi päivätoimintaan osallistujille tutkimuksesta etukäteen. Haastattelupäivinä opinnäytetyön tekijä esitteli itsensä tutkittaville ja kertoi tutkimuksen tarkoituksesta. Aineisto kerättiin haastattelemalla jokaista päivätoimintaan osallistunutta ikääntynyttä erikseen ja henkilökohtaisesti. Aluksi haastateltavalle tehtiin MNA-testi ja tarvittaessa mitattiin paino ja pituus. MNA-

testin jälkeen jokainen tutkimukseen osallistunut vastasi lisäkysymyksiin D-vitamiinin saannista, alkoholin käytöstä ja tiedonsaannista ikääntyneiden ravitsemukseen liittyen. Tutkimuksen tulokset analysoitiin käyttäen Microsoft Excel ohjelmaa kesällä 2013. Määrällistä tutkimusaineistoa voidaan raportoida prosenttiosuuksina ja frekvensseinä. Tulokset voidaan havainnollistaa taulukoissa tai kuvioina. Tässä opinnäytetyössä tutkimustulokset on kuvattu kuvioina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 132–133.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

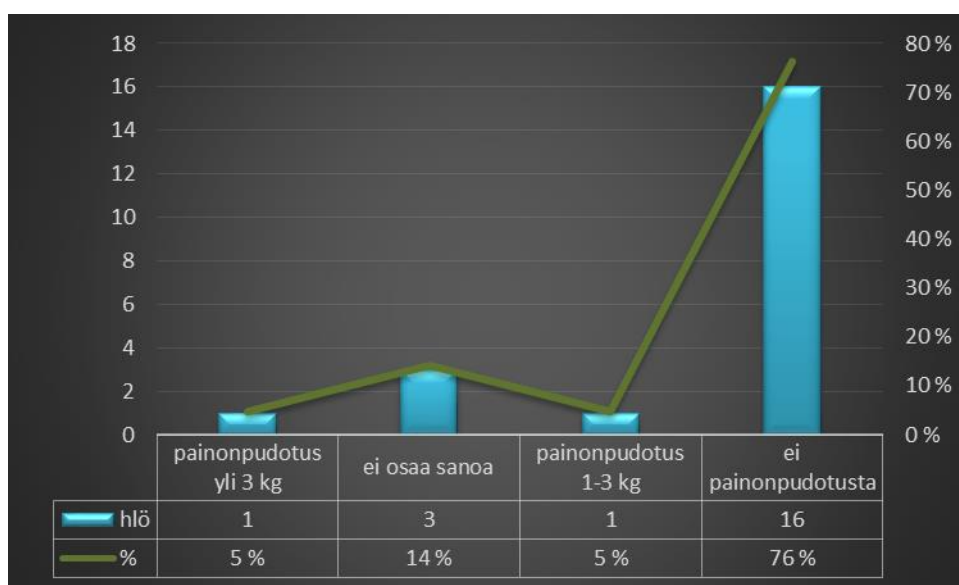
Tutkimukseen osallistui 21 Poukanvillen päivätoiminnassa käyvää ikääntynyttä. Osallistujista 13 (62 %) oli naisia ja 8 (38 %) miehiä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat iältään yli 70-vuotiaita ja enemmistö 80–89-vuotiaita. Kuviossa 1 on esitelty tutkittavien henkilöiden ikäjakauma.



Kuvio 1. Tutkittavien henkilöiden ikäjakauma (N=21)

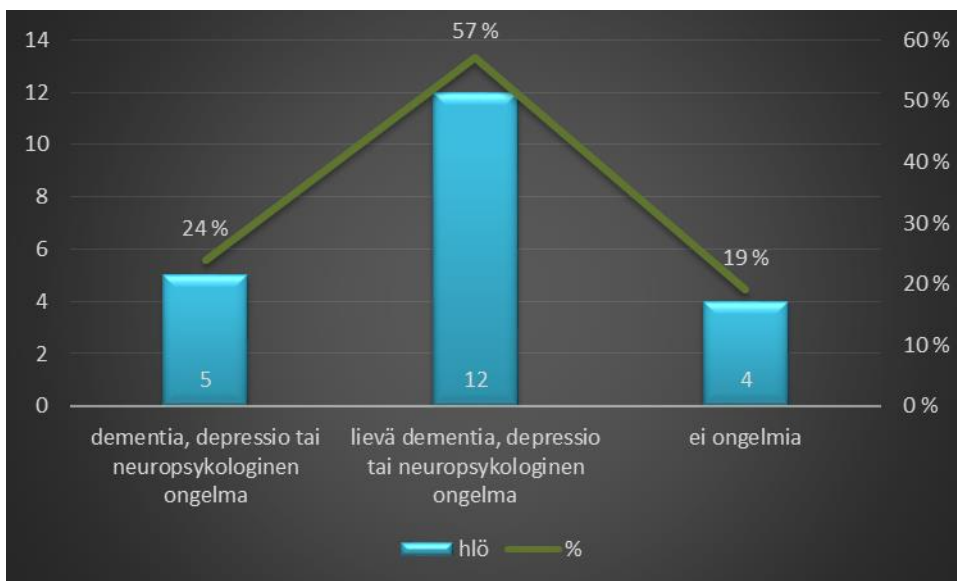
6.1 MNA-testin tulokset

Yhdelläkään tutkimukseen osallistuneesta ravinnonsaanti ei ollut vähentynyt ruokahaluttomuuden, ruoansulatusongelmien tai puremis- ja nielemisvaikeuksien takia viimeisen kolmen kuukauden aikana. Suurimmalla osalla ei myöskään ollut tapahtunut painon pudotusta viimeisen kolmen kuukauden aikana. Yhden henkilön paino oli laskenut 1-3 kg ja yhden yli 3kg viimeisen kolmen kuukauden aikana. Kuviossa 2 on esitelty vastaajien painon muutosten jakautuminen.



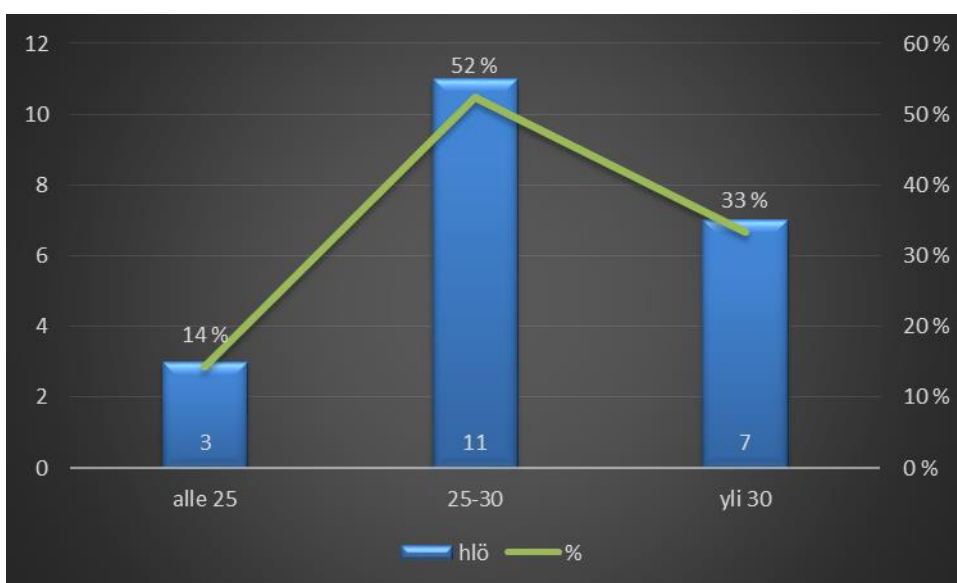
Kuvio 2. Vastaajien painon pudotus viimeisen kolmen kuukauden aikana (N=21)

Yksikään tutkimukseen osallistuneista ei ollut pyörätuoli- tai vuodepotilas. Hieman yli puolet eli 52 % (n=11) tutkittavista kykeni edelleen liikkumaan ulkona ja vajaa puolet eli 48 % (n=10) pääsi itsenäisesti ylös vuoteesta, muttei enää kyennyt liikkumaan omatoimisesti ulkona. Kaksi kolmasosaa vastaajista eli 67 % (n=14) ei ollut kokenut psyykkistä stressiä tai akuuttia sairastumista viimeisen kolmen kuukauden aikana. Seitsemän henkilöä (33 %) oli kokenut viimeisen kolmen kuukauden aikana psyykkistä stressiä tai akuutin sairastumisen. Suurimmalla osalla vastaajista (n=17) oli joko todettu tai lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma. Neljällä henkilöllä ei ollut minkäänlaisia neuropsykologisia ongelmia. Kuviossa 3 on havainnollistettu vastaajien neuropsykologisten ongelmien esiintyvyyttä.



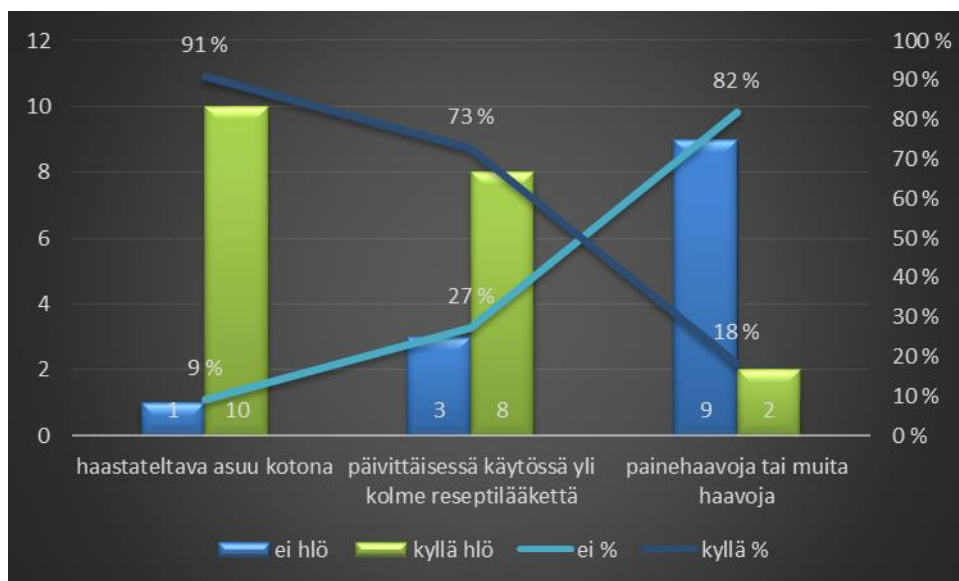
Kuvio 3. Vastaajien neuropsykologisten ongelmien esiintyvyys (N=21)

Kaikkien tutkittavien henkilöiden painoindeksi oli yli 21. Suurimmalla osalla eli 90 %:lla (n=19) painoindeksi oli yli 23. Kahdella henkilöllä (10 %) painoindeksi oli yli 21, mutta alle 23. Kuviossa 4 on kuvattu vastaajien painoindeksien jakautuminen suhteutettuna ikääntyneille suositeltuun painoindeksiin (25–30). MNA-testin seulontaosuuden perusteella lähes puolet vastaajista eli kymmenen henkilöä (48 %) sai enemmän kuin 12 pistettä, jolloin riski virheravitsemukselle ei ollut kasvanut. Yksitoista henkilöä (52 %) sai seulontaosuudesta yksitoista pistettä tai vähemmän, jolloin riski virheravitsemukselle oli kasvanut ja testiä jatkettiin arviointi osuuteen.



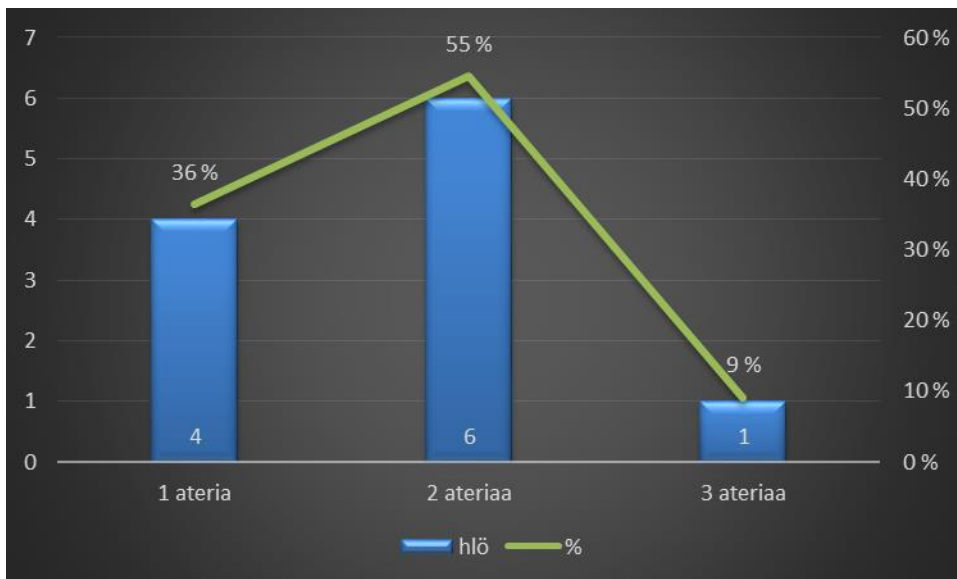
Kuvio 4. Vastaajien painoindeksien jakautuminen (N=21)

MNA-testin arviointiosuuteen vastanneista suurin osa asui edelleen kotonaan. Enemmistöllä vastaajista oli päivittäisessä käytössään enemmän kuin kolme reseptilääkettä. Kahdella vastaajista oli painehaavaumia tai muita haavoja ihollaan. Kuviossa 5 on eritelty MNA-testin arviointiosuuteen vastanneiden kotona asuminen, päivittäisten reseptilääkkeiden käyttö sekä painehaavojen tai muiden haavojen esiintyminen.



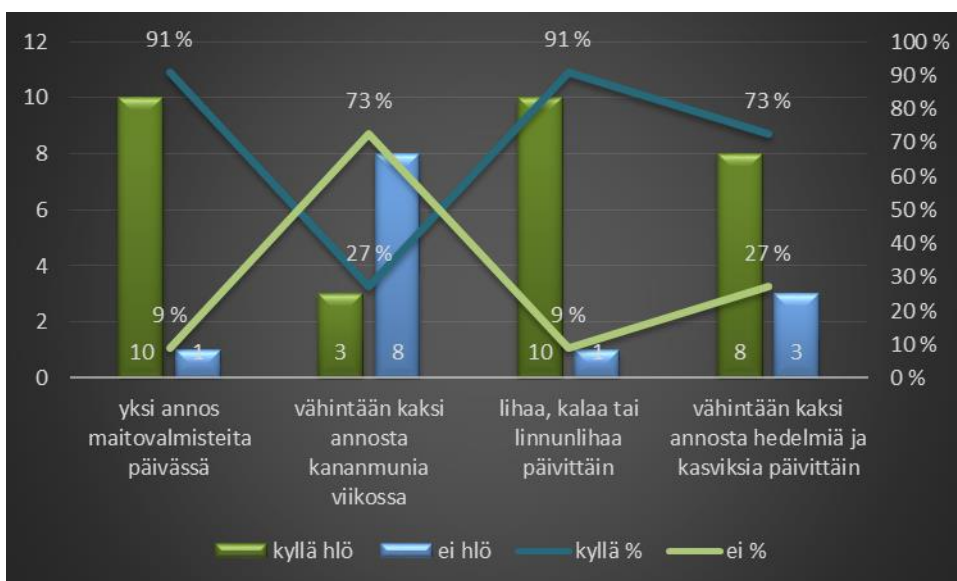
Kuvio 5. Arviointiosioon vastanneiden kotona asuminen, päivittäisten reseptilääkkeiden käyttö ja painehaavojen tai muiden haavojen esiintyminen (N=11)

Hieman yli puolet MNA-testin arviointiosioon vastanneista söi kaksi lämmintä ateriaa päivässä mukaan lukien puurot ja vellit. Neljä henkilöä söi päivittäin yhden lämpimän ateria ja yksi henkilö kolme lämmintä ateriaa päivittäin. Kuviossa 6 on esitelty arviointiosuuteen vastanneiden päivittäisten lämpimien aterioiden lukumäärät.



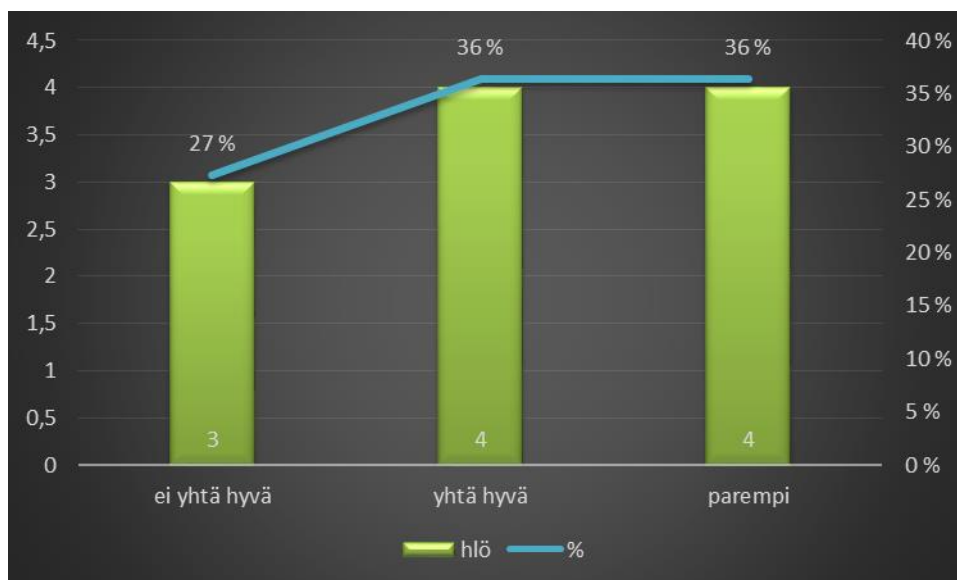
Kuvio 6. Arviointiosioon jatkaneiden päivittäiset lämpimät ateriat (N=11)

Vastaajista suurimman osan ruokavalio sisälsi vähintään yhden annoksen maitovalmisteita kuten maitoa, piimää, viiliä tai juustoa päivittäin. Suurimman osan ruokavalio sisälsi myös lihaa, kalaa tai linnun lihaa päivittäin. Enemmistö vastaajista söi päivittäin kaksi tai useampia annoksia kasviksia tai hedelmiä. Vähemmistö vastaajista söi kananmunia vähintään kaksi annosta viikossa. Tähän laskettiin myös ruuat jotka sisälsivät kananmunaa kuten erilaiset laatikkoruuat. Kuviossa 7 on esitetty arviointiosioon vastanneiden ruokavalion sisältö.



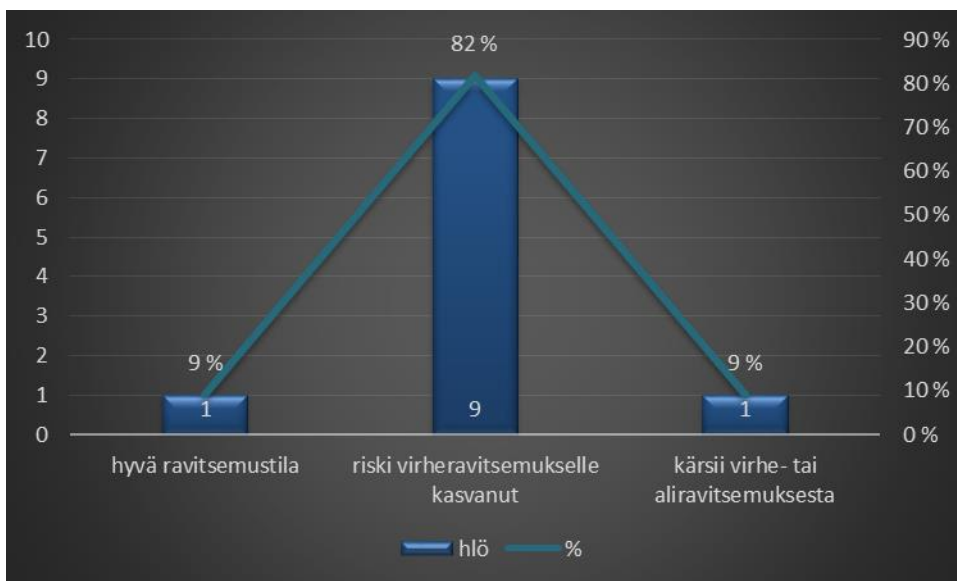
Kuvio 7. Arviointiosioon vastanneiden ruokavalion sisältö (N=11)

Kaikki MNA-testin arviointiosioon vastanneet joivat nestettä päivittäin 3-5 lasillista tai yli viisi lasillista. Päivittäisiin nesteisiin laskettiin esimerkiksi tee, kahvi, mehu, maito, kotikalja ja vesi. Vastaajista neljä henkilöä (36 %) joi nestettä päivittäin 3-5 lasillista. Seitsemän henkilöä (64 %) joi nestettä yli viisi lasillista päivittäin. Kaikki arviointiosioon vastanneet kykenivät ruokailemaan itse ongelmitta ja ilman avun tarvetta. Yksikään arviointiosioon vastanneista ei kokenut olevansa vaikeasti virhe- tai aliravitettu. Neljä henkilöä (36 %) vastasi kärsivänsä lievistä virhe- tai aliravitsemuksesta tai ei osannut sanoa olivatko he virhe- tai aliravitettuja. Seitsemän henkilöä (64 %) koki, ettei heillä ollut ravitsemuksellisia ongelmia. Enemmistö vastaajista koki oman terveydentilansa yhtä hyväksi tai paremmaksi suhteessa muihin saman ikäisiin. Kuviossa 8 on esitetty vastaajien oma näkemys terveydentilastaan.



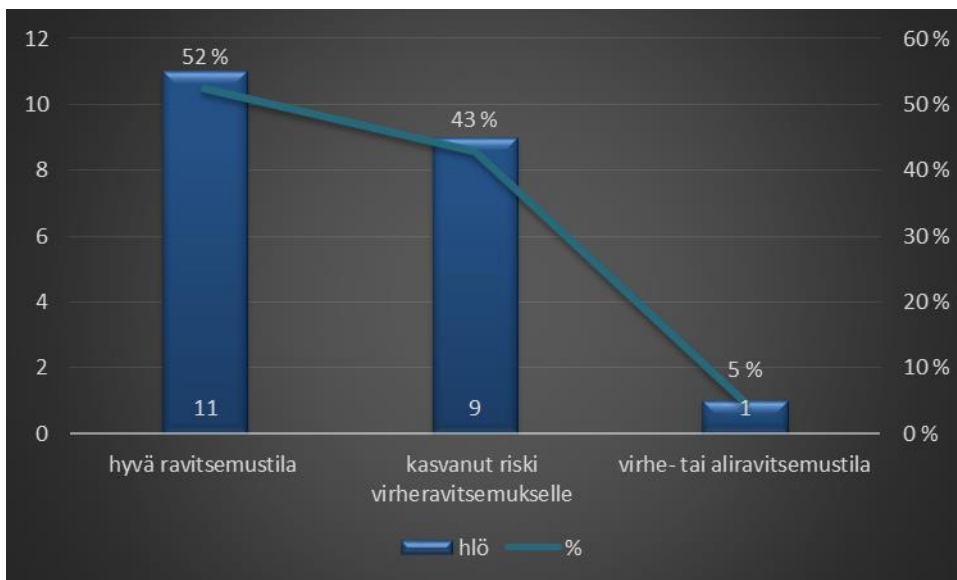
Kuvio 8. Arviointiosioon vastanneiden oma näkemys terveydentilastaan verrattuna muihin saman ikäisiin (N=11)

Kaikkien MNA-testin arviointiosioon vastanneiden olkavarren ympärysmitta oli yli 22 cm ja pohkeen ympärysmitta 31cm tai enemmän. MNA-testin lopullisen pistemäärän perusteella arviointiosioon vastanneista yhden henkilön ravitsemustila todettiin hyväksi. Yhdeksällä henkilöllä oli kasvanut riski virhe- tai vajaaravitsemukselle ja yhdelle henkilölle oli jo muodostunut virhe- tai vajaaravitsemustila. Kuviossa 9 on esitetty MNA-testin arviointiosioon osallistuneiden ravitsemustila.



Kuvio 9. MNA-testin arviointiosioon osallistuneiden ravitsemustila (N=11)

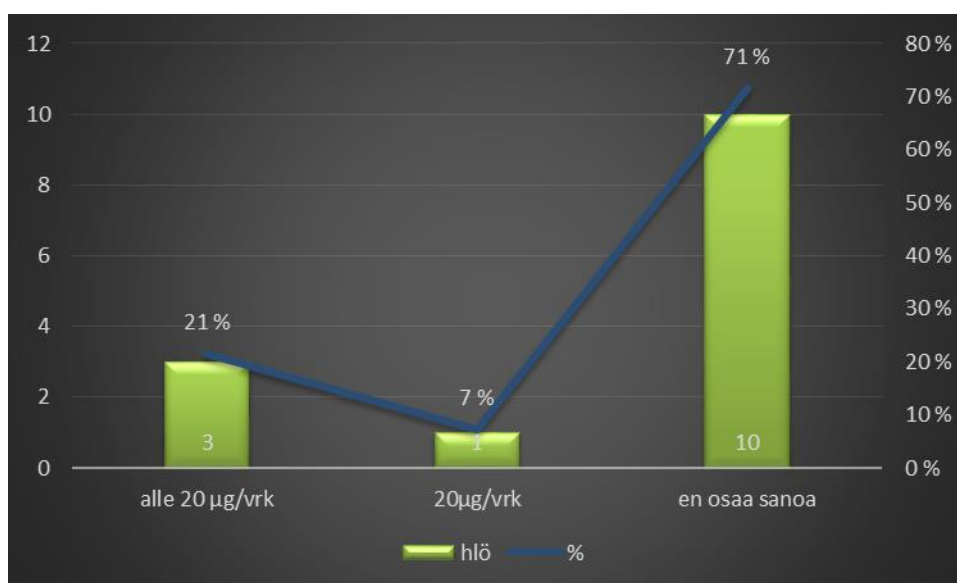
Kaikista tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä (N=21) yhdellätoista oli MNA-testin perusteella hyvä ravitsemustila. Yhdeksällä henkilöllä riski virheravitsemukselle oli kasvanut ja yksi henkilö kärsi virhe- tai vajaaravitsemuksesta. Kuviossa 10 on esitetty kaikkien tutkimukseen osallistuneiden ravitsemustila.



Kuvio 10. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ravitsemustila (N=21)

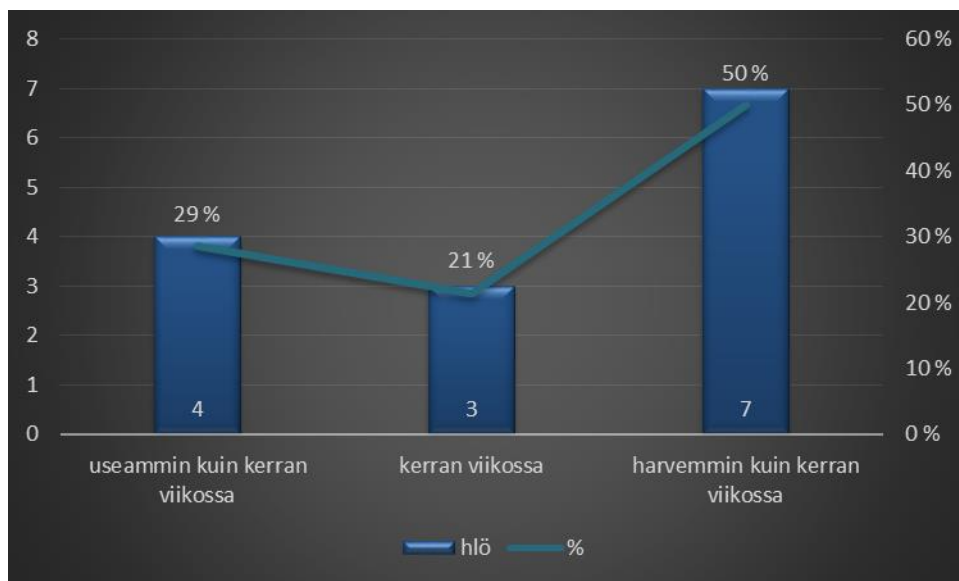
6.2 D-vitamiinilisän ja alkoholin käyttö

Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä seitsemän (67 %) käytti D-vitamiinilisää päivittäin. Kuusi henkilöä (29 %) ei käyttänyt D-vitamiinilisää ollenkaan ja yksi henkilö (5 %) ei osannut sanoa käyttikö D-vitamiinilisää. Suurin osa D-vitamiinilisää käyttäneistä ei osannut sanoa, paljonko heidän käyttämänsä valmisteet sisälsivät D-vitamiinia. Yksi vastaajista tiesi käyttävänsä 20µg D-vitamiinia päivittäin ja kolmelle D-vitamiinin saanti jäi alle suositusten (20 µg/vrk). Kuviossa 11 on nähtävillä D-vitamiinia käyttäneiden henkilöiden vastausten jakautuminen.



Kuvio 11. D-vitamiinilisää käyttäneiden käyttömäärät (n=14)

Kysyttäessä tutkittavilta (N=21) heidän alkoholin käytöstään kaksi kolmasosaa eli 14 henkilöä (67 %) ilmoitti juovansa alkoholia. Seitsemän henkilöä (33 %) eli yksi kolmasosa vastaajista ilmoitti, ettei käytä alkoholia ollenkaan. Alkoholia juovista henkilöistä puolet kertoi käyttävänsä alkoholia harvemmin kuin kerran viikossa. Kolme henkilöä kertoi juovansa alkoholia kerran viikossa ja neljä henkilöä useammin kuin kerran viikossa. Kuviossa 12 on esitetty alkoholia juovien vastaajien käytön tiheys.



Kuvio 12. Alkoholia käyttäneiden vastaajien käytön tiheys (n=14)

Enemmistöllä eli 12:lla (86 %) henkilöllä alkoholin kertakäyttömäärä pysyi kohtuullisena ja he joivat kerralla yhden annoksen. Kaksi (14 %) vastaajista ilmoitti juovansa alkoholia kerralla 2-4 annosta. Kenelläkään vastaajista alkoholin kerta annosten määrä ei ylittänyt neljää annosta. Vastaajat, joiden kerralla nauttima alkoholimäärä ylitti yhden annoksen, eivät olleet harkinneet käytön vähentämistä.

Viimeisillä kyselylomakkeen kysymyksillä selvitettiin tutkimukseen osallistuneiden (N=21) tietämystä ikääntyneiden ravitsemussuosituksista. Vastaajista hieman yli puolet eli 12 henkilöä (57 %) koki, että he olivat saaneet riittävästi tietoa ikääntyneiden ravitsemussuosituksista. Vajaa puolet eli yhdeksän henkilöä (43 %) vastasi, ettei heidän tietämyksensä ikääntyneiden ravitsemussuosituksista ollut riittävä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää Laitilan Terveyskodin Poukanvillen asiakkaiden ravitsemustila MNA-testillä mitattuna. Tulosten mukaan hieman yli puolella päivätoiminnan asiakkaista ravitsemustila oli hyvä. Yhdeksällä tutkimukseen

osallistuneella riski virheravitsemukselle oli kasvanut ja yksi henkilö kärsi virhe- tai vajaaravitsemustilasta. Männyn ja Vajalan (2012, 21–26) tutkimustulosten perusteella kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemustila oli pääosin hyvä (91 %). Poikkeavat tulokset tähän tutkimukseen verrattuna saattavat selittyä muun muassa sillä että Männyn ja Vajalan tutkimukseen osallistuneet olivat nuorempia kuin tähän tutkimukseen osallistuneet ja olivat vielä aktiivisia eläkeläisjärjestön jäseniä. Tämän opinnäytetyön tulokset poikkeavat suuresti myös Karlssonin ja Eklundin (2011, 30) Tutkimustuloksista, joiden mukaan suurella osalla (85 %) laitoshoidossa olevista ikääntyneistä oli kasvanut riski virheravitsemukselle. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia Huttusen ja Vainion (2009, 39) tulosten kanssa, joiden mukaan kotihoidon asiakkaista lähes puolella (44,6 %) riski virhe- tai vajaaravitsemukselle oli kasvanut.

Verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin, tämän tutkimuksen tulokset osoittivat että päivätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden ravitsemustila on lähes yhtäläinen kotihoidon asiakkaiden kanssa. Nuorempien vielä aktiivisten ikääntyneiden ravitsemustila osoittautui huomattavasti paremmaksi ja laitoshoidossa olevien ikääntyneiden ravitsemustila huomattavasti huonommaksi. Tulosten perusteella päivätoiminnassa tulisi kiinnittää huomiota asiakkaiden ravitsemukseen esimerkiksi hyödyntämällä säännöllistä ravitsemustilan arviointia, neuvontaa ja ohjausta.

Toisena tutkimusongelmana oli, käyttävätkö päivätoiminnan asiakkaat D-vitamiinia suositusten mukaisesti. Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä kaksi kolmasosaa käytti D-vitamiinilisää päivittäin. Suurin osa D-vitamiinilisää käyttäneistä olivat epätietoisia käyttämänsä valmisteiden vitamiinimäärästä ja vain yksi henkilö tiesi käyttävänsä suositusten mukaisesti 20µg päivässä. Hosia-Randellin (2010, 56) tutkimustulosten mukaan helsinkiläisten vanhainkotien asukkaista 33 % käytti D-vitamiinivalmisteita, mutta vain neljä prosenttia 20µg päivässä. Muurinen ym. (2011, 32) uudemman tutkimuksen tulosten mukaan vanhainkodissa asuvista ikääntyneistä 78 % käytti D-vitamiinilisää ja palvelutaloissa asuvista 69 %. Männyn ja Vajalan (2012, 29) tutkimustulosten mukaan kotona asuneista hyväkuntoisista ikääntyneistä 54 % käytti D-vitamiinilisää, joista 11 % käytti suositusten mukaisesti 20µg päivässä.

Tämän tutkimuksen tulokset ikääntyneiden D-vitamiinilisän käytön yleisyydestä ovat samansuuntaisia kuin Muurisen ym. (2011, 32) tutkimustulokset palvelutalojen asukkaiden D-vitamiinilisän käytöstä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan päivätoiminnan asiakkaat käyttävät D-vitamiinilisää lähes yhtä paljon kuin palvelutalojen asiakkaat. Tämän opinnäytetyön tulosten ja aikaisempien tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että hoitohenkilökunnan tietoisuus ikääntyneiden D-vitamiinilisän tarpeesta on lisääntynyt. Palvelutason noustessa nousee myös D-vitamiinilisää saavien prosenttiosuus. Päivätoiminnassa käyvistä ikääntyneistä 43 % koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa ikääntyneiden ravitsemussuosituksista. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, etteivät ikääntyneet ole tietoisia D-vitamiinilisän käyttöön liittyvistä suosituksista. Tutkimustulokset osoittavat, että ikääntyneiden tietoisuutta D-vitamiinin saannista tulisi lisätä.

Kolmantena tutkimusongelmana oli päivätoiminnassa käyvien ikääntyneiden alkoholin käyttö. Tähän tutkimukseen osallistuneista yksi kolmasosaa ei juonut koskaan alkoholia. Mertanen ja Paavola (2010, 52) ovat tutkineet ikääntyneiden alkoholin käyttöä Kotkan kotihoidossa, jossa täysin raittiita oli 34 %. Castrénin, Rahkolan ja Sourannon (2012, 28) tutkimustulosten mukaan ikääntyneistä yli 75-vuotiaista neljä prosenttia ei juonut koskaan alkoholia. Tähän tutkimukseen osallistuneista alkoholia kertoi käyttävänsä kaksi kolmasosaa. Opinnäytetyön tulokset ovat lähes vastaavia aiempien tutkimusten kanssa.

Usea tutkimukseen osallistunut joi alkoholia. Suurimmalla osalla alkoholin käyttö oli kohtuullista. Ikääntyneen terveys ja käytössä olevat lääkkeet vaikuttavat siihen missä määrin ikääntynyt voi turvallisesti nauttia alkoholia. Tämä opinnäytetyö ei anna riittävästi tietoa siitä, onko alkoholin juominen tutkimukseen osallistuvien kohdalla turvallista. Opinnäytetyössä ei esimerkiksi ole selvitetty ikääntyneen käytössä olevien lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksia. Tutkimustulosten perusteella olisikin aiheellista selvittää ikääntyneiden alkoholinkäyttöä tarkemmin esimerkiksi yli 65-vuotiaille suunnatun alkoholimittarin avulla.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Yhtenä tutkimuksen lähtökohtana on asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus tulee turvata kaikessa tutkimustoiminnassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.) Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilta kysyttiin ennen aineistonkeruuta heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Tutkittaville tulee antaa mahdollisuus säilyä anonymieinä valmiissa tutkimuksessa (Mäkinen 2006, 114). Tutkittavien anonymiteettiä kunnioitettiin jättämällä nimen kysyminen pois MNA-testin ja kyselylomakkeen yhteydestä. Lupaus henkilöllisyyden salaamisesta rohkaisee tutkittavia puhumaan suoraan ja rehellisesti, joka helpottaa tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen keräämistä (Mäkinen 2006, 114). Aineiston keruupäivänä tutkittaville kerrottiin että aineiston keruu suoritetaan nimettömästi ja sitä painotettiin vielä henkilökohtaisten haastattelujen yhteydessä. Tutkimuksen kohdeorganisaatiolta on haettava tutkimuslupa, joka tätä tutkimusta varten anottiin Laitilan Terveyskodin johdolta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222).

Haastattelutilanteessa tutkittavalle tulee aina antaa mahdollisuus keskeyttää haastattelu ja tutkimukseen osallistuminen. Haastateltavaa ei saa painostaa jatkamaan kyselyä. (Mäkinen 2006, 94–96). Opinnäytetyöntekijä kunnioitti jokaista tutkimukseen osallistunutta ja toimi haastattelutilanteessa eettisten periaatteiden mukaan. Tutkijan on tärkeää saada mahdollisimman todenperäistä tietoa tutkimuskohteesta, joten hänen on pyrittävä minimoimaan aiheuttamansa häiriöt tutkimusympäristölle (Mäkinen 2006, 117). Aineistonkeruu järjestettiin siten, ettei se vaikuttanut päivätoiminnan tavanomaiseen ohjelmaan. Aina ei ole välttämätöntä säilyttää tutkimusaineistoa tutkimuksen julkaisemisen jälkeen (Mäkinen 2006, 120). Tätä tutkimusta varten kerätty aineisto hävitetään tutkimuksen julkaisemisen jälkeen. Tutkimuksen tulokset on tuotava esiin puhtaina tuloksina ja on tärkeää, että myös tutkimuksen puutteet ja mahdolliset kielteiset tulokset raportoidaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Tässä tutkimuksessa on tuotu esille kaikki sen kautta saadut tulokset, niitä kaunistelemaata tai muuttamatta. Opinnäytetyöntekijä on tarttunut pohdinnassaan myös tutkimuksen puutteisiin.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Validiteetti kuvaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli tarkoitus mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 152.) MNA-testi on laajalti hyväksytty ja käytetty mittari ikääntyneiden ravitsemustilan arvioimiseen ja tässä tutkimuksessa se on vastannut ensimmäiseen tutkimusongelmaan tarkoituksenmukaisesti. Strukturoitu kyselylomake vastasi tarkoituksenmukaisesti kolmanteen tutkimusongelmaan, joka koski ikääntyneiden alkoholin juomista. Kyselylomake ei antanut tarkoituksenmukaista vastausta ikääntyneiden D-vitamiinilisän käyttömääristä, koska usea tutkimukseen osallistunut ei osannut sanoa paljonko he käyttävät D-vitamiinilisää päivittäin. Tutkittavien henkilöiden lukumäärä oli pieni (N=21) eikä tutkimuksen tuloksia voi yleistää, vaikka ne ovat samansuuntaisia joidenkin aiempien tutkimusten tulosten kanssa. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 152.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty suositeltavinta jo olemassa olevaa mittaria ikääntyneiden ravitsemustilan selvittämiseksi. Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida myös tulosten kannalta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195.) Suurimmalla osalla vastaajista oli joko todettu tai lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma ja muistin heikkeneminen on saattanut vaikeuttaa kyselyyn vastaamista.

7.3 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisehdotukset

Tutkimustulosten mukaan usealla ikääntyneellä oli kasvanut riski virheravitsemukselle, joten jatkotutkimushaasteeksi nousi ikääntyneiden ravitsemustilan tutkiminen muissa päivätoimintaa järjestävissä organisaatioissa. Kehittämisehdotukseksi esitetään päivätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden ravitsemustilan säännöllistä arviointia. Usea tutkimukseen osallistunut koki, ettei ollut saanut riittävästi tietoa ikääntyneiden ravitsemussuosituksista, joten kehittämisehdotukseksi esitetään myös terveystieteiden toteuttamista ikääntyneiden ravitsemussuosituksien pohjalta. Lisäksi jatkotutkimushaasteeksi nousi päivätoiminnassa käyvien ikääntyneiden D-vitamiinilisän käyttömäärien tarkempi selvittäminen, koska kymmenen D-vitamiinilisää käyttäneistä henkilöistä olivat epä tietoisia käyttämänsä valmisteiden vitamiinimäärästä. Usea tutkimukseen osallistunut ikääntynyt käytti alkoholia. Opinnäytetyö ei anna riittävästi tietoa siitä, onko alkoholin juominen tutkimukseen osallis-

tuvien kohdalla turvallista, joten kehittämissuositukseksi esitetään myös alkoholia käyttävien ikääntyneiden alkoholin käytön tarkempaa arviointia esimerkiksi yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin avulla.

LÄHTEET

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Castrén, P., Rahkola, M. & Souranto, J. 2012. Korsossa kotona asuvien 75 – vuotiaiden terveystyötyminen. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.8.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201204104267>
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus.7.-8. p. Helsinki: Edita
- Hosia-Randell, H. 2010. perspectives on prescribing in nursing homes in Helsinki. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. lääketieteellinen tiedekunta, Hjelt-instituutti. Viitattu 23.8.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6251-3>
- Huttunen, T. & Vainio, S. 2009. Ikääntyneen ravitsemustila Iisalmen kotihoidossa. AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.8.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200911266136>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: WSOYpro Oy
- Karllson, C. & Eklund, R. 2011. Maarianhaminan kaupungin vanhainkodin asukkaiden ravitsemustila vuosina 2009-2010. AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.8.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011113016536>
- Laitilan Terveyskodin www-sivut 2013. Viitattu 23.8.2013. <http://www.terveyskoti.fi/www/>
- Mertanen, M. & Paavola, H. 2010. Kotkan kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden alkoholin käyttö. AMK-opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.8.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005129042>
- Muurinen, S., Soini, M., Halttunen, M., Savikko, N., Suominen, M. & Pitkälä, K. 2012. Asukkaiden ravitsemustila helsinkiläisissä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa 2011. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2012:3. Viitattu 23.8.2013. http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01/ravitsemusraportti_Soini_27112012.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5b07da804a1563d9975bf7b546fc4d01
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mänty, E. & Vajala, L. 2012. Kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemusila. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.8.2013.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201202292669>

Nuutinen, O., Siljamäki-Ojansuu, U., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M-L., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2010. Ravitsemushoito Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita

Nyky, M., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja

Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitsemus – opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Helsinki: Suomen Muistiasiantuntijat ry.

Soini, H. 2009. Ikääntyneen hyvä ravitsemus. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 196-206.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Teoksessa Geriatria. Viitattu 9.7.2013.

http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04490&p_selaus=16598

Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot: opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 7. uud. p. Helsinki: Dieettimedia Oy

Suominen, M. 2008b. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim., 467-486.

Suominen, M. 2009. Ikääntyneen potilaan ravitsemus. Teoksessa Erityisruokavaliot – opas ammattilaisille. 7. uud. p. Helsinki: Dieettimedia Oy, 195-210

Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen www-sivut. 2013. Viitattu 31.10.2013.

www.thl.fi

Väestöennuste 2009–2060. 2009. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 23.5.2012.

http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Ravitsemustilan arviointi MNA

Nimi _____ Sukupuoli _____ Ikä _____

Pituus (cm) _____ Paino (kg) _____ Päivämäärä _____

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

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

0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti

1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman

2 = Ei muutoksia _

B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

0 = painonpudotus yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonpudotus 1-3 kg

3 = ei painonpudotusta _

C. Liikkuminen

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona _

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

0 = kyllä 2 = ei _

E. Neuropsykologiset ongelmat

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia _

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

0 = BMI on alle 19

1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3 = BMI on 23 tai enemmän _

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä) __

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

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

Arviointi**G. Asuuko haastateltava kotona**

0 = ei 1 = kyllä _

H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

0 = kyllä 1 = ei _

I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä 1 = ei _

J. Päivittaiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria

1 = 2 ateriaa

2 = 3 ateriaa _

K. Sisältääkö ruokavalio vähintään kyllä ei

- yhden annoksen maitovalmisteita

(maito, juusto, piimä, viili) päivässä __

- kaksi annosta tai enemmän kananmunia

viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) __

- lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä __

0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta

0,5 = jos 2 kyllä-vastausta

1 = jos 3 kyllä-vastausta _

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

0 = ei 1 = kyllä _

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

0 = alle 3 lasillista

0,5 = 3 - 5 lasillista

1 = enemmän kuin 5 lasillista _

N. Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä

1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua

2 = syö itse ongelmitta _

O. Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = vaikea virhe- tai aliravitseminen

1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitseminen

2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia _

P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0 = ei yhtä hyvä

0,5 = ei tiedä

1 = yhtä hyvä

2 = parempi _

Q. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)

0 = OVY on alle 21 cm

0,5 = OVY on 21-22 cm

1,0 = OVY on yli 22 _

R. Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm

1 = PYM on 31 cm tai enemmän _

Arviointi (maksimi 16 pistettä) _ _

Seulonta (maksimi 14 pistettä) _ _

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä) _ _

Asteikko:

1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila _

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

3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta _

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

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

o Heikentääkö lääkitys ravinnonsaantia?

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

o Vaikeuttaako dementia tai masennus ruokailua?

o Onko ruokavalio yksipuolinen tai epätasapainoinen?

o Onko asiakkaalla makuuhaavoja?

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

o Seuraa tilannetta ja tee arvio uudelleen kolmen kuukauden kuluttua.

3. Tee sama lisäselvitys kuin kohdassa 2. Selvitä virheravitsemuksen syy, kuten sairauden vaihe tai lisääntynyt ravinnon tarve. Ravitsemustilaan tulee puuttua välittömästi. Kliiniset ravintovalmisteet ovat yleensä tarpeen

KYSELYLOMAKE

1. Käytättekö D-vitamiinilisää? Kyllä / Ei

2. Jos käytätte niin kuinka paljon:

- a. alle 20 µg päivässä
- b. 20 µg päivässä
- c. yli 20 µg päivässä
- d. en osaa sanoa

3. Juotteko alkoholia? Kyllä / Ei

4. Jos juotte niin kuinka usein?

- a. useammin kuin kerran viikossa
- b. kerran viikossa
- c. harvemmin kuin kerran viikossa

5. Kuinka paljon juotte alkoholia kerralla?

- a. yhden annoksen kerralla
- b. 2 - 4 annosta kerralla
- c. 5 - 7 annosta kerralla
- d. yli 7 annosta kerralla

6. Jos juotte alkoholia enemmän kuin yhden annoksen kerralla, oletteko harkinneet sen käytön vähentämistä? Kyllä / Ei

7. Jos olette harkinneet alkoholin käytön vähentämistä, koetteko tarvitsevanne ulkopuolista tukea sen toteutumiseksi? Kyllä / Ei

8. Koetteko saaneenne riittävästi tietoa ikääntyneiden ravitsemussuosituksista?
Kyllä / Ei



Puhelin (02) 857 81
Telefaksi (02) 856 665
Sairaalan tie 8
PL 22, 23801 Laitila
kanslia@terveyskoti.fi

VASTAUS TUTKIMUSLUPA-ANOMUKSEEN
5.11.2012

Toimitusjohtaja Eero Kuisma
Laitilan Terveyskoti
PL 22
23801 LAITILA

Marika Knuutinen

VASTAUS TUTKIMUSLUPA-ANOMUKSEEN

Laitilan Terveyskoti myöntää tutkimusluvan päivätoiminnan asiakkaiden haastatteluun, ikääntyneiden ravitsemustilan tutkimiseksi.

Laitilassa 5.11.2012



Eero Kuisma