

Maarit Nieminen

SÄÄNNÖLLISTÄ KOTIHOITOA SAAVIEN IKÄÄNTYNEIDEN
SUUNTERVEYDEN YHTEYS RAVITSEMUSTILAAN

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
2019

SÄÄNNÖLLISTÄ KOTIHOITOA SAAVIEN IKÄÄNTYNEIDEN SUUNTERVEYDEN YHTEYS RAVITSEMUSTILAAN

Nieminen, Maarit
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
Marraskuu 2019
Sivumäärä: 86
Liitteitä: 3

Asiasanat: ikääntynyt, kotihoito, suunterveys, ravitsemustila, MNA

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida säännöllistä kotihoitoa saavien ikääntyneiden suunterveyttä, ravitsemustilaa sekä suunterveyden yhteyttä ravitsemustilaan. Osana tutkimusta tehtiin ikääntyneille suunterveyden arviointi hammashoitajan toimesta. Tavoitteena oli motivoida hoitajia sekä ikääntynyttä itseään huomioimaan suunterveyden merkitys osana kokonaisterveyttä. Ravitsemustilaa arvioitiin MNA-testillä. Tutkimus tukee MNA-testin käyttöönottoa osana gerontologista kokonaisarviointia kotihoidossa. MNA-testin käyttö ohjaa hoitajia ikääntyneiden aktiiviseen ravitsemustilan seurantaan sekä puuttumaan varhaisessa vaiheessa ravitsemuksellisiin ongelmiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kotihoidon toiminnan kehittämisessä ja siten tuottaa ikääntyneille oikeanlaisia palveluita. Tutkimusaineisto kerättiin Huittisten kaupungin yhden kotihoitotiimin alueen yli 65-vuotiailta (n=42). Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena, joka on tieteellisen tutkimuksen ja kehittämistyön yhdistelmä.

Tulosten mukaan ikääntyneet tarvitsevat ohjausta ja tukea niin yksilöllisten suunhoitovälineiden valinnassa kuin käytössä sekä suuhygieniasta huolehtimisessa. Esiin nousi myös suunpuhdistusvälineiden käyttökelpoisuuden tarkastus. Omahampaisilla ja proteesien käyttäjillä oli tehostetun suunhoidon tarve kasvanut. Ikääntyneillä esiintyi myös suunlimakalvo-ongelmia ja tehostettua kielen puhdistuksen tarvetta. Ikääntyneistä 38 % oli virheravitsemusriskissä ja aliravittuja oli 2 %. Omahampaisista joka kolmas oli virheravitsemusriskissä ja heillä oli myös tehostetun hammashoidon tai hammashoitolakäynnin tarve kasvanut. Ikääntyneillä, jotka tarvitsivat päivittäistä tehostettua proteesien omahoitoa tai hammaslääkärin/-teknikon palveluita, yli puolella oli virheravitsemuksen riski kasvanut. Ravitsemusongelmia oli niillä ikääntyneillä, jotka kokivat kuivan suun ongelmaa ja nielemisvaikeuksia. Ravitsemustilaan vaikutti huonosti istuvat proteesit sekä se, pystyikö ikääntynyt itse huolehtimaan hampaiden tai proteesien puhdistamisesta.

Tutkimustulokset osoittivat suunterveyden yhteyden ravitsemustilaan. Hoitotyötä tulee jatkossa kehittää niin, että suunterveyden ja ravitsemustilan arviointi sekä suun omahoito ja ravitsemushoito on näkyvä osa ikääntyneen palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Moniammatillista yhteistyötä tulee kehittää luomalla suunterveyden hoitopolku ja nimeämällä hammasvastaava kotihoidon ikääntyneille. Myös suunterveyteen liittyvää koulutusta tulee lisätä.

ORAL HEALTH AND ITS CONNECTION TO NUTRITION ON ELDERLY PEOPLE RECEIVING REGULAR HOME CARE

Nieminen, Maarit

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Elderly Care

November 2019

Number of pages: 86

Appendices: 3

Keywords: elderly, home care, oral health, nutrition, MNA

The purpose of the study was to assess the oral health, nutrition and the connection between oral health and nutrition on elderly people receiving regular home care. A dental nurse assessed the oral health of the elderly as a part of the study. The objective was to motivate the nurses and the elderly themselves to realize the meaning of their oral health as part of their overall health. The state of the nutrition was assessed with Mini Nutritional Assessment (MNA). This study supports using MNA as part of the gerontologic overall assessment in home care. Using MNA will guide the nurses to actively follow the nutritional state of the elderly and to interfere early on to nutritional problems. The purpose of the study was to produce information which can be used to develop home care and thereby produce the right kind of services for the elderly. The material of the study was collected from over 65-year-olds in one home care team's area in the city of Huittinen (n=42). The study was an active analysis which is a combination of a scientific study and a developing project.

According to the results in this study the elderly need guidance and support in choosing individual oral health equipment and using them as well as taking care of their oral hygiene. It also became apparent that the condition of the cleaning products needs to be checked. The need for enhanced dental care was increased for elderly with their own teeth and with dentures. The elderly also showcased issues on the mucosal membrane of the mouth and intensified need for cleaning the tongue. 38% of the elderly were in the risk of malnutrition and 2% were malnourished. Every third of the elderly who had their own teeth were in the risk of malnutrition and they were also in the need of enhanced dental care or needed dentist services. Over half of those with dentures and needing of intensified dental care either at home or at a dentist/dental technician were in the risk of malnutrition. The elderly with dry-mouth problems and difficulties swallowing had nutritional problems. Poorly fitting dentures and if the elderly themselves were able to clean their teeth or dentures affected their nutritional state.

The results of the study indicate that oral health is connected to nutrition. Nursing care should be developed so that oral health and assessment of nutrition as well as oral self-care and nutritional care are a visible part of the service and care plan for the elderly. The multi-professional co-operation should be developed by creating a care plan for oral health and by naming a person in charge of dental care for the elderly in home care. There should also be more training for oral health care for personnel.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	IKÄÄNTYMINEN JA KOTIHOITO	8
2.1	Ikääntyminen.....	8
2.2	Kotihoito	9
3	IKÄÄNTYNEEN SUUNTERVEYS	11
3.1	Hampaisto	11
3.2	Ikääntyneen suunterveyteen vaikuttavat tekijät	12
3.2.1	Suuhygienia	12
3.2.2	Suunterveyden yhteys ravinnon saantiin	16
3.3	Ikääntyneen suunterveyttä heikentävät tekijät	17
4	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS.....	22
4.1	Fysiologiset muutokset	22
4.2	Ravitsemus ja ravitsemustilaan vaikuttavat muut tekijät.....	24
4.3	Ikääntyneen ravitsemussuositukset ja ravintoaineiden tarve	25
5	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI.....	28
5.1	Mini Nutritional Assessment (MNA)	30
5.2	Virhe- ja aliravitsemus	32
6	TUTKIMUKSEN TYÖELÄMÄLÄHTÖINEN TARVE	33
6.1	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	33
7	TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT	34
7.1	Toimintaympäristö.....	34
7.2	Tutkimusmenetelmä.....	36
7.3	Aineistonkeruumenetelmät	39
7.4	Tutkimusaineiston analyysimenetelmä.....	40
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	40
8.1	Tutkimukseen osallistuneiden sukupuoli- ja ikäjakauma	40
8.2	Suunterveyden arviointi	42
8.2.1	Hammasstatus	42
8.2.2	Yksilölliset suunhoitovälineet ja -aineet	42
8.2.3	Suunterveyden arvioinnin tulokset	44
8.2.4	Yhteenvedo suunterveydestä.....	47
8.3	Ravitsemustilan arvioinnin tulokset.....	48
8.3.1	Ruokahalu, painonpudotus ja painoindeksi	49
8.3.2	Liikkuminen, sairastaminen ja neuropsykologinen tila.....	51
8.3.3	Reseptilääkkeiden käyttö ja ihon kunto.....	52

8.3.4 Päivittäiset ateriat ja eri ruoka-aineiden käyttö	53
8.3.5 Tutkittavien oma arviointi ravitsemustilasta ja terveydentilasta	55
8.3.6 Yhteenveto ravitsemustilasta.....	56
8.4 Suunterveyden yhteys ravitsemustilaan	57
8.5 Yhteenveto suunterveyden yhteydestä ravitsemustilaan	61
9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	62
10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	73
11 TUTKIMUKSEN VALIDITEETTI JA RELIABILITEETTI	75
12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITTÄMIS- SEKÄ JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	76
LÄHTEET	81
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomi vanhenee vauhdilla. Väestöennusteen mukaan vuonna 2030 suomalaisista joka neljäs on yli 65-vuotias. Hyvin iäkkäiden ihmisten määrä tulee lisääntymään eliniän pidentyessä. Ennusteen mukaan vuonna 2065 yli 90-vuotiaita on jo 190 000. (Ikätalon www-sivut 2019.) Tämän kehittämistyön toteuttamiskunnassa Huittisissa väestöpohja on jo tällä hetkellä painottunut ikäihmisiin. Tilastokeskuksen ennusteen mukaan Huittisissa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on 28,9 % vuonna 2020 ja 32,8 % vuoteen 2030 mennessä. (Huittisten kaupungin www-sivut 2018.)

Suomen palvelurakennetta on kehitetty jo jonkin aikaa ikääntyneiden kotona asumista tukevaksi. Ikääntyvien hyvä suunterveys ja ravitsemustila oli kehittämistavoitteena Huittisten kaupungin ikääntyvien hyvinvointiohjelmassa 2012–2017. Tavoitteena siinä on ikäihmisten järjestelmällisen hammashoidon jatkuvuus. Toimenpiteinä ohjelmassa on hammashoidon ennaltaehkäisevän omahoidon tehostaminen ja kotihoidossa suun hoidon vastaavan hoitajan nimeäminen. (Huittisten kaupungin www-sivut 2018.) Vuonna 2013 voimaan tulleessa Vanhuspalvelulaissa on kirjattu ikääntyneiden oikeus tarpeenmukaisiin ja laadukkaisiin suunterveydenhuollon palveluihin. Esiin on nostettu myös neuvonnan ja suunterveydenhuollon asiantuntijapalvelujen viemistä kotiin huonokuntoisille ikääntyneille. Varhaisella puuttumisella ikääntyneen suunterveyden ja ravitsemuksen epäkohtiin voidaan kotona asuminen mahdollistaa entistä pidempään ja ennaltaehkäistä hoivan tarvetta sekä torjua laitoshoitoon siirtymistä, mikä on kuntien strateginen tavoite (Ikäinstituutin www-sivut 2018.)

Suun terveys on terveyden kulmakivi, se on tärkeä osa yleisterveyttä ja hyvinvointia. Ikääntymisen mukaan suussa ja suun alueella tapahtuu monia muutoksia. Suun terveydentila, hampaiden ja ikenien kunto sekä kyky pureskella ruokaa vaikuttavat ikääntyneen ravinnonsaantiin. Ruokavalion pysyessä monipuolisena on ravitsemustilakin parempi. (Keskinen 2015, 8–9; Suominen ym. 2010, 45.) Ikääntyminen tuo haasteita myös suuhygienian ylläpitämiseen, kun näkökyky, käden motoriikka tai muisti huononevat (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 158). Ikääntyneen suunterveyden edistäminen on parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä, jossa ikääntynyt omaisen tai kotihoidon hoitajan ja hammashoitajan ohjaamana huolehtii suunhoidostaan. Silloin kun

ikäntyneen omat voimat ja taidot eivät enää riitä puhdistamaan suuta ja hammasproteeseja, tulee omaisten tai hoitohenkilökunnan huolehtia hänen päivittäisestä suuhygieniastaan. (Hammaslääkäriliiton www-sivut, 2017.)

Tämän kehittämistyön lähtökohtana on arvioida kotihoidon ikäntyneen suunterveyttä, ravitsemustilaa ja sitä onko suunterveydellä yhteyttä heidän ravitsemustilaansa. Tutkimus tukee uusitun suunterveyden arviointilomakkeen käyttöön ottoa osana Huitisten kotihoidon ikäntyneen kokonaisarviointia. Suunterveyden arvioinnin lisäksi selvitetään suunterveyden toteuttamiseen liittyviä asioita, kuten suunhoitovälineiden käyttöä ja niiden kuntoa. Tavoitteena on näin edistää kotihoidon ikäntyneen suun sairauksien ennaltaehkäisevää toimintaa.

Ikäntyneen ravitsemustilaan vaikuttavat suunterveyden lisäksi monet fysiologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Myös sairauksilla ja lääkehoidolla on merkittävä vaikutus niin ravitsemustilaan kuin suunterveyteen. Tutkimuksessa ikäntyneen ravitsemustilaa arvioidaan Mini Nutritional Assessment (MNA-testin) avulla. Ikäntyneen ravitsemustilan arvioinnin ja hoidon tuleekin olla osa hoitajien arkirutiinia. Tavoitteena on motivoida hoitajia jokapäiväisessä työssään huomioimaan ikäntyneen suunterveys ja ravitsemustila tärkeänä osana palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Tutkimusaihetta tukee vielä tieto ikäntyneiden määrän kasvusta tulevina vuosikymmeninä, mikä tulee lisäämään kotiin annettun hoidon tarvetta, vaativuutta ja luo näin paineita kehittää kotiin annettavia palveluita. Ajankohtaisuuden lisäksi aihe on käytännönläheinen ja suoraan yhteydessä työelämään.

2 IKÄÄNTYMINEN JA KOTIHOITO

2.1 Ikääntyminen

Ikääntymistä voidaan pitää moniulotteisena kokonaisuutena ja näin ollen ikääntyneellä henkilöllä ei ole yksiselitteistä määritelmää kansainvälisessä sopimuskäytännössä. Tilastollisesti Suomessa, kuten myös useimmissa muissa länsimaissa, ikääntyneiksi luokitellaan 65 vuotta täyttäneet henkilöt. Luokittelun perustana on työelämästä poistuminen ja yleisen eläkeiän alkaminen 65-vuotiaana. Myös Suomen lainsäädännössä ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Yksilötasolla iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan "henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta." (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980, 1 § 3; Oulun Yliopiston www-sivut 2015.)

Iällä on erilaisia merkityksiä ja ulottuvuuksia, joita voidaan tarkastella biologisena, fysiologisena, psykologisena, sosiaalisena ja subjektiivisena ilmiönä. Näillä iän merkityksen ja ulottuvuuden tasoilla ihminen voi vanheta eri tavoin. Biologinen ja fysiologinen ikä kertovat ihmisen elinvoimasta ja kunnosta. Subjektiivista ja kulttuurista ikää määrittävät taas yksilön omat tuntemukset ja yhteisön odotukset. Kronologinen ikä kertoo kalenteri-iän karttumisesta. Se ei kerro vanhenemisen yksilöllisistä eroista eikä siitä, kuinka iäkkääksi ihminen kokee itsensä. Ikääntyminen on yksilöllistä ja siihen kuuluu erilaisia vaiheita. Voidaan puhua kolmannesta iästä, joka ajoittuu eläkkeelle siirtymisen jälkeisiin toimintakykyisiin vuosiin. Neljäs ikä on sen jälkeinen elämänvaihe. Kolmas ikä voi toimintakyvyn perusteella ajoittua ikävuosiin 65–90. Terveiden vuosien lisääntyessä ja eliniän pidentyessä myös korkean iän raja-arvot tulevat siirtymään. (Kivelä 2012, 13–14; Koskinen 2004, 30; Oulun yliopiston www-sivut 2015; Kehitysvamma-alan toimijoiden www-sivut 2017.)

Länsimaissa käsitys vanhuuden alkamisesta ja etenemisestä perustuu usein lääketieteelliseen ja biologiseen näkökulmaan. Tämä näkökulma korostaa kuitenkin liiaksi

ikäntymisen ja toimintakyvyn heikkenemisen välistä suhdetta, jossa vanhuus nähdään sairautena. Vastakohtana sairauslähtöiselle lähestymistavalle on terveyslähtöinen lähestymistapa. Siinä korostuu mahdollisuus toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kehittämiseen myös vanhuusiässä. Toimintakykyä ylläpitämällä ja kehittämällä vältytään monilta ikääntymiseen liittyviltä toiminnanvajavuuksilta ja raihnaisuuden muodoilta. (Kivelä 2012, 9–10; Koskinen 2004, 36–37; Kehitysvamma-alan toimijoiden www-sivut 2017.)

2.2 Kotihoito

Vanhuspalvelulain (980/2012, 3 § 14) mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Pitkäaikaista laitoshoidon voidaan järjestää vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuteen tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Kotisairaanhoidon järjestetään terveydenhuoltolain nojalla. ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoidon. Kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 § 25).

Sosiaalihuoltolain (1301/2014, 3 § 19) mukaan ”Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.” Kunta voi yhdistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon, jolloin puhutaan kotihoidosta kokonaisuutena. Kotihoidon palveluilla mahdollistetaan iäkkään asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Suurin osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on 75–84-vuotiaita. Palvelujen piirissä on iäkkäiden lisäksi myös psykiatrisia asiakkaita, päihdeongelmaisia ja monella tavalla vammautuneita ihmisiä. (Sosiaali- ja Terveysministeriön www-sivut 2018; Ikonen 2015, 23, 42.)

Tukipalveluilla täydennetään kotihoidon antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Tuki- palvelut ovat usein ensimmäisiä palveluita, joita iäkäs tarvitsee itsenäisen selviytymisen tueksi. Palvelut voidaan toteuttaa joko kunnan itsensä tuottamina tai ostopalveluna. (Sosiaali- ja terveysministeriön [www-sivut](http://www.sosiaali- ja-terveysministerio.fi) 2018.) Sosiaalihoitolain (1301/2014, 3 § 19) mukaan kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto-, ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.

Terveydenhuoltolain (1326/2010, 3 § 26) mukaan ”Kunnan on järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Hoidon jaksottaiselle toteutukselle on oltava hammaslääketieteelliset perusteet. Suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät: 1) väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta; 2) terveysneuvonta ja terveystarkastukset; 3) suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito; 4) potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatko-tutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen. Kunnan perusterveydenhuollon on suun terveydenhuoltoa järjestäessään toimittava yhteistyössä erikoissairaanhoidon, muun terveydenhuollon sekä sosiaalihoollon henkilöstön kanssa”.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980, 3 § 16) edellyttää asiakkaalle laadittavaa sitovaa ja kokonaisvaltaista palvelusuunnitelmaa. Laadukkaana kotihoidon keskeinen työväline on oikea-aikainen sekä huolella laadittu palvelu- ja hoitosuunnitelma. Palvelu- ja hoitosuunnitelma perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ottaen huomioon asiakkaan oman käsityksen selviytymisestään. Osa ikääntyneen laadukasta palvelu- ja hoitosuunnitelmaa on huomioida myös suun terveys ja ravitsemustila. Palvelusuunnitelman lähtökohtana on vahvistaa asiakkaan voimavaroja, toimintakykyä, itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta. Päämääränä on saumaton tarpeiden mukainen palvelukokonaisuus, jolla tuetaan kotona asumisen mahdollisuutta kuntoutumista edistävällä työotteella. Keskeisenä osana palvelu- ja hoitosuunnitelmaa on kirjata keinot asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi sekä se, ketkä näitä tavoitteita ja niiden saavuttamista arvioivat ja valvovat ja kuinka se tehdään. Palvelusuunnitelma tulee tarkistaa ilman aiheetonta vii-

vytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palveluntarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia. (Autonen-Honkonen 2010, 4; Ikonen 2015, 23.)

3 IKÄÄNTYNEEN SUUNTERVEYS

3.1 Hampaisto

Aikuisella ihmisellä pysyviä hampaita on 32 viisaudenhampaat mukaan lukien. Maailman Terveysjärjestön (WHO) asettaman toimivan hampaiston kriteerinä on 20 hammasta. Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneista 65 vuotta täyttäneistä tämän kriteerin täyttivät naisista 46 % ja miehistä 48 %. Vanhimmassa 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä naisilla oli keskimäärin 10 hammasta ja miehillä 12 hammasta. (Suominen, Vehkalahti & Knuutila 2012, 106.) Hampaat ja se osa leukaluusta, johon hampaat kiinnittyvät, muodostavat kolmasosan kasvoista. Jos kaikki hampaat poistetaan, muuttaa se koko ihmisen olemusta. Seurauksena on huulten ja poskien sisään painuminen ja kasvojen madaltuminen. Hampaiden poiston jälkeen leukaluu kutistuu kolmen ensimmäisen vuoden aikana 3–6 millimetriä. Hidas kutistuminen jatkuu koko elämän ajan, naisilla enemmän kuin miehillä. Nykypäivän ihmiset eivät halua esiintyä hampaattomina, monet käyttävätkin suosituksista huolimatta proteeseja yötä päivää. Monelle huonojenkin proteesien käyttäjälle hetkellinen hampaattomuus voi olla proteesien korjauksen esteenä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 31–32.)

Suomalaiset elävät yhä pidempään omat hampaat suussa. Terveys 2011 -loppuraportin mukaan 65–74-vuotiaiden ikäryhmästä joka kuudes oli hampaaton. 75 vuotta täyttäneistä miehistä hampaattomia oli 29 % ja naisista lähes puolet. Terveys 2000 -raporttiin verrattuna hampaattomuus oli 11 vuoden aikana vähentynyt selvästi sekä naisten että miesten keskuudessa. Vuonna 2011 hampaattomien osuus oli esimerkiksi 55–64-vuotiaiden keskuudessa käytännöllisesti katsoen sama kuin se oli vuonna 2000 kym-

menen vuotta nuoremmissa 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä. Tulosten mukaan hampaiden poistaminen on 2000-luvulla ollut erittäin harvinaista. Hammasproteesien käyttö kokoproteesien osalta oli 11 vuodessa vähentynyt lähes puolella, ollen vuonna 2011 8–9 % ja Terveys 2000 -tutkimuksessa 15–17 %. Osaproteesien käyttö 65 vuotta täyttäneillä naisilla pysyi lähes ennallaan ollen 27 % vuonna 2011 (26 % vuonna 2000). Saman ikäisillä miehillä luvut hieman kasvoivat. Vuonna 2000 osaproteeeseja käytti 28 % miehistä ja vuonna 2011 osuus oli 31 %. (Suominen, Vehkalahti & Knuutila 2012, 104–106). Positiivinen kehitys tuo tulevaisuudessa mukanaan kuitenkin myös haasteita ikääntyvien hampaiden hoitoon.

3.2 Ikääntyneen suunterveyteen vaikuttavat tekijät

Ikääntyminen tuo väistämättä muutoksia suunterveyteen. Terve suu on yksi tärkeimmistä elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä. Se on merkittävä osa itsetuntoa ja ulkonäköä vaikuttaen sitä kautta sosiaaliseen kanssakäymiseen. Suu voi olla terve, vaikka hampaita olisi paikattu tai osa hampaista puuttuisi. Syöminen onnistuu, kun suu on kivuton, hampaita on riittävästi ja hammasproteesit istuvat hyvin. Syöminen on tällöin helpompaa ja nauttavampaa. Mieli pysyy virkeänä ja keho hyvässä kunnossa, kun pystyy syömään monipuolisesti valikoimatta ruokalajeja. (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 148; Ikonen 2015, 236.) Suun terveys on myös tärkeä osa yleisterveyttä. Sairaudet, lääkitykset ja toimintakyvyn heikkeneminen voivat olennaisesti huonontaa suun terveyttä. Vastaavasti erilaiset suun ongelmat, puuttuvat hampaat, purenta- ja nielemisvaikeudet tai suun arkuus voivat olla aliravitsemuksen ja yleiskunnon heikkenemisen syitä. (Ikonen 2015, 236.) Ikääntyminen tuo haasteita myös suuhygienian ylläpitämiseen, kun näkökyky, käden motoriikka tai muisti huononevat (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 158).

3.2.1 Suuhygienia

Omien hampaiden suussa säilymisen edellytyksenä on säännöllinen päivittäinen suun puhdistus. Monen ikääntyneen kyky huolehtia suuhygieniasta heikkenee fyysisen kunnan rapistuessa ja kognitiotason alentuessa. Toimintakykyä heikentävät myös monet

sairaudet. Lisähaastetta suun puhdistukseen tuovat suurentuneet hammasvälit ikenien vetäytymisen seurauksena sekä vaikeasti puhdistettavat kruunu-, silta- ja implanttiproteesit. (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 152; Nissinen 2017, 24.) Kotihoidon asiakkaan kyky suun omahoitoon tulee aina selvittää ja tarpeen mukaan hienovaraisesti tarjota apua ja ohjausta. Hyvän suun omahoidon keinot ovat kaikille samat eli suuhygieniasta huolehtiminen, tupakoimattomuus, suun terveyttä ylläpitävät ruokailutavat sekä fluorin ja ksylitolin käyttö. Säännöllisillä suun, hampaiden ja mahdollisten proteesien tarkastuskäynneillä hammashoitajan tai suuhygienistin vastaanotolla voidaan ehkäistä suunsairauksien syntyä. (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 47–48; Siukosaari & Nihtilä 2015, 39.)

Hampaiden ja hammasvälien puhdistaminen päivittäin on olennainen osa hampaiden ja niiden kiinnityskudosten terveyden ylläpitämistä. Suunhoitovälineiden valintaan vaikuttaa henkilön ikä, suun ja hampaiden anatomia ja käden motoriikka. Fluorihammastahnan käytöllä, sopivan kokoisella pehmeällä hammasharjalla sekä oikealla harjaustekniikalla hampaat puhdistuvat ja ienvetäytymien syntymistä voidaan ehkäistä. (Heikka 2015, 75.) Kimarin (2017, 18) artikkelin mukaan käsikäyttöisellä hammasharjalla saadaan plakista pois vain noin 60 % yhdellä harjauskerralla, kun harjaukseen käytettävä aika on 30-60 sekuntia suositeltavan harjausajan ollessa 2-3 minuuttia. Sähköhammasharjan käytöstä hyötyvät erityisesti henkilöt, joiden käsien motoriikka on heikentynyt, esimerkiksi nivelreuman, nivelrikon, Parkinsonin taudin tai käsivamman vuoksi. (Ikonen 2015, 239.) Nihtilän ym. (2017, 849) artikkelissa nostetaan esiin sähkökäyttöisten hammasharjojen tehokkuus manuaalisiin hammasharjoihin verrattuna hampaiden plakin vähentämisessä. Ikääntyvien päivittäistä suuhygieniää voitaisiin parantaa huomattavasti lisäämällä sähköhammasharjoja. Kognitiivista heikentymää olevilla ikääntyneillä voi kuitenkin olla vaikeuksia oppia sähköhammasharjan käyttöä. Sähköhammasharjan käyttöönottoa tulisikin edistää jo ennen kognitiivista heikentymää, jotta sen käyttöä voitaisiin jatkaa ikääntyneenä.

FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan hampaiden harjauksen myönteinen kehitys on pysähtynyt verrattuna vuoden 2011 tilanteeseen. Omahoitosuosittelun mukaan miehet harjasivat hampaitaan yhä selvästi harvemmin kuin naiset. Erityisesti iäkkäämpien hampaiden omahoidosta voidaan olla huolissaan. (Suominen & Raitio 2017, 97.) Mar-

jut Komulaisen (2013, 24) kehittämishankkeessa kehitettiin Lahden iäkkäiden kotihoiton asiakkaiden suun terveyttä. Saatujen tulosten mukaan iäkkäät kotihoiton asiakkaat tarvitsevat yhä enemmän sekä tukea että apua suun ja proteesien puhdistamisessa. Kliinisessä suun tutkimuksessa biofilmin määrä hampaissa ja proteeseissa viesti heikosta hampaiden ja proteesien omahoidosta. Suun omahoidon puutteita oli miehillä enemmän kuin naisilla.

Hammasvälien puhdistaminen on tärkeä osa suuhygieniaa. Puhdistusvälineiden valintaan vaikuttaa henkilön käden motoriikka ja hampaiden välitilan koko. Hammasvälien puhdistamiseen voidaan käyttää eri vahvuisia hammaslankoja ja -lankaimia, hammasväliharjoja, harjatikkuja sekä perinteisiä hammastikkuja. (Heikka 2015, 86.) Pahanhajuksen hengityksen syynä on usein katteinen kieli eli halitoosi. Kielen pinnalle muodostuva valkoinen kate on samaa bakteeripeitettä kuin hampaissa. Hampaiden harjauksen tehostaminen ja kielen puhdistaminen pehmeällä hammasharjalla on tällöin perusteltua. (Sirviö 2015, 104.)

Hammasproteesin käyttäjällä proteesien puhdistaminen ja hyvästä suuhygieniasta huolehtiminen on yhtä tärkeää kuin heillä, joilla on omat hampaat vielä suussa. Joka kolmannella yläleuan kokoproteesia käyttävällä on todettu olevan proteesin alla biofilmin aiheuttama tulehdus eli proteesistomatiitti. Suussa elävät mikrobit eivät kiinnity terveelle limakalvolle, mutta ne kasvavat uusiutumattomilla pinnoilla biofilminä, jota on myös hampaiden ja proteesien pinnalla oleva plakki. (Kullaa 2010, 4.) Proteesit tulee puhdistaa säännöllisesti pehmeällä harjalla, haalealla vedellä ja proteeseille tarkoitettulla puhdistusaineella, -tabletilta tai -liuoksella. Omien hampaiden puhdistukseen tarkoitettuja hammastahnoja ei tule käyttää, koska tahnan hankaava vaikutus yhdessä harjan mekaanisen vaikutuksen kanssa vaurioittaa proteesin pintaa. Tämän seurauksena proteesien pintaan tarttuvat helpommin lika, bakteerit, sienet ja ruuan väriaineet. (Heikka 2015, 98–99; Suomen Hammasteknikkoseura ry:n www-sivut 2014.)

Suosittelavaa olisi ottaa proteesit pois yön ajaksi. Näin saadaan suun limakalvoille lepotaukoa ja sylki pääsee huuhtelemaan sekä voitelemaan muuten proteesin alle jäävää limakalvoa. Aikaisempien suositusten mukaisesti puhtaat proteesit voidaan säilyttää kuivana rasiassa. Proteesi voi kuivassa muuttua hieman muotoaan ja sen pinta tulla huokoiseksi. Pitkään poissa olleen ja kuivassa säilytetyn hammasproteesin paikoilleen

laittamista voidaan helpottaa liottamalla proteeseja puoli tuntia noin 40–45-asteisessa vedessä. Kuivassa pitkään säilytettyjen proteesien muoto saattaa kuitenkin muuttua pysyvästi. Uuden ohjeen mukaan puhtaat proteesit suositellaan säilyttämään avonaisessa rasiassa, jossa on pohjalla hieman puhdasta vettä. Proteesit voidaan myös pitää suussa yön ajan, mikäli suun limakalvot ovat terveet, proteesit istuvat hyvin ja ovat ehjät. (Heikka 2015, 99; Keskinen & Remes-Lyly 2015, 153; Suomen Hammasteknikkoseura ry:n www-sivut 2014.)

Nyky-suositusten mukaan fluorihammastahnan käyttö kahdesti päivässä on riittävä aikuisten fluorin saannin turvaamiseksi. Fluorin tarkoituksena on estää bakteerien aiheuttamaa hammaskiilteen mineraalien liukenemistä ja tämän seurauksena syntyvää hampaiden reikiintymistä. Lisäksi fluori auttaa bakteerien jo liuottaman kiilteen uudelleen mineralisoitumista. Fluorilla on myös hampaiden reikiintymistä aiheuttavien bakteerien aineenvaihduntaa ja happojen tuottoa ehkäisevä vaikutus. Yleisin fluorihammastahnan pitoisuus on 1450 ppm. (Sirviö 2015, 48–50; Suomen Hammaslääkäriliiton www-sivut 2018.)

Ksylitolilla on hampaiden reikiintymistä estävät ominaisuudet, jotka perustuvat sen kykyyn ehkäistä reikiä aiheuttavien kariesbakteerien kasvua ja toimintaa. Ksylitoli vähentää plakin määrää ja sen tarttuvuutta hampaan pintaan helpottaen näin hampaiden puhdistamista. Hammasplakin määrä ja bakteeripitoisuus ovat riskitekijöitä kariksen kehittymiselle. Viimeisimpien tutkimusten mukaan ksylitoli myös säännöllisesti käytettynä korjaa jo alkaneita kiillevaurioita. Ksylitolipastillin tai -purukumin käyttö on turvallinen keino lisätä myös syljeneritystä niillä henkilöillä, jotka kärsivät suun kuivuudesta. Syljeneritystä edistävä tärkeä tekijä on puremalihasten toiminnan antama stimulaatio sylkirauhasille. Syljenerityksen vähentyessä lisääntyy kariesbakteerien määrä ja seurauksena on moninkertaistunut hampaiden reikiintymisriski. Täysksylitolin nauttiminen aterioiden jälkeen ehkäisee happohyökkäystä. Se vähentää ravintoainneiden aiheuttamaa suun happamuutta sekä bakteerien tuomia happoja hampaan pinnalle. (Sirviö 2015, 52–53; Suomen Hammaslääkäriliiton www-sivut 2013.)

Vuonna 2013 voimaan tulleessa Vanhuspalvelulaissa on kirjattu ikääntyneiden oikeus tarpeenmukaisiin ja laadukkaisiin suunterveydenhuollon palveluihin. Laissa on niin ikään nostettu esiin myös neuvonnan ja suunterveydenhuollon asiantuntijapalvelujen

viemistä kotiin huonokuntoisille ikääntyneille. Suositeltavaa olisi käydä säännöllisesti kerran vuodessa suuhygienistin vastaanotolla ja kahden vuoden välein hammaslääkärin vastaanotolla. Sopiva hoitoväli on kuitenkin yksilöllinen riippuen suun terveydentilasta ja hoidettavan yleisterveydestä. Suun terveydentarkastukset ovat tärkeitä, vaikka kaikki omat hampaat olisikin menetetty. (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 150.) Ikääntyneen hammaslääkäriin menolle voivat esteenä olla liikkumisvaikeudet, pelko ja myös pelko hoidon kustannuksista. Säännöllisellä ja ehkäisevällä hoidolla voidaan suun vauriot ja piilevät tulehdukset kuitenkin havaita riittävän ajoissa, jolloin kustannuksetkin jäävät pienemmiksi. (Komulainen & Hämäläinen 2008, 244–245.)

3.2.2 Suunterveyden yhteys ravinnon saantiin

Suun terveydentila, hampaiden ja ikenien kunto sekä kyky pureskella ruokaa vaikuttavat suuresti ravinnonsaantiin. Hampaiden lukumäärällä ja kunnolla on todettu olevan yhteys monipuoliseen ruokavalioon ja ravitsemustilaan. Hampaiden kunto sekä lukumäärä vaikuttavat erityisesti kykyyn syödä monipuolisesti pureskelua vaativia ruoka-aineita, kuten tuoreita hedelmiä ja kasviksia sekä pähkinöitä. Ravinto vaikuttaa myös hampaattoman suun limakalvojen terveyteen. Suun terveyteen vaikuttaa ratkaisevasti myös ravinnon koostumus. Pureskeltava ruoka edistää sylkirauhasen toimintaa ja lisää näin syljen eritystä. Riittävä syljen erityks mahdollistaa ruuan pureskelemisen sekä nielemisen, tällöin syöminen on sujuvaa ja vaivatonta. Pehmeäkin ruoka on hyvä pureskella sylkirauhasen stimuloimiseksi. Soseutettu ja vellimäinen ruoka ei kuitenkaan lisää syljeneritystä. Ruuan valintaan tulee kiinnittää huomiota, kun syljen erityks on vähentynyt pehmeän ruokavalion tai tiettyjen lääkkeiden tai sairauksien vaikutuksesta. Kuivassa suussa ruuan hienontaminen vaikeutuu ja muuttuu kivuliaaksi, minkä lisäksi monet ruoka-aineet aiheuttavat myös kirvelyä. Makuelämykset muuttuvat kuivan suun myötä. Kyky aistia suolaista, hapanta ja karvasta heikkenee, mutta yleensä makean aistiminen säilyy. (Keskinen 2015, 56–60; Suominen, Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva & Soini 2010, 45.)

Hampaiden terveydelle ravinnon sisältämällä fluorilla, kalsiumilla ja fosforilla on myönteinen vaikutus, sillä ne osallistuvat hampaiden uudelleenkovettumiseen eli

remineralisaatioon. Kielteisiä vaikutuksia suun terveyteen on sokerilla ja happoja sisältävällä ravinnolla. Sokerin määrällä, laadulla, käytötavalla ja -tiheydellä on vaikutusta hampaiden reikiintymiseen. Jo muutamassa kuukaudessa kuivan suun jatkuva kostuttaminen makealla mehulla voi romahduttaa hampaiston terveyden. Tärkkelyspitoisista ruoka-aineista peruna, juurekset ja viljatuotteet aiheuttavat haponmuodostusta suussa tarttuessaan usein pitkäksikin aikaa hampaiden pinnalle. Hammaseroosiota aiheuttavia tuotteita ovat sitruunahappoa sisältävät ravintoaineet, kuten sitrushedelmät ja niistä valmistetut juomat. Pureskeltuna hedelmät aiheuttavat vähemmän eroosiota kuin mehuiksi puristettuna, sillä pureskelu lisää syljeneritystä ja laimentaa happoja. Juustot ja pähkinät, jotka eivät sisällä sokeri- ja suolakäsittelyä katkaisevat ksylitolin tapaan ”happohyökkäyksen”. Suun terveyden kannalta paras janojuoma on vesi. Suositeltavia ruokajuomia ovat maito ja piimä. (Keskinen 2015, 56, 62, 71; Komulainen & Hämäläinen 2008, 244.)

Säännöllinen ruokailurytmi luo perustan ikääntyneen hyvinvoinnille ja hyvälle suun terveydelle. Aterioiden tasainen jakaantuminen koko päivälle vähentää napostelun tarvetta aterioiden välillä. Tällöin 2–3 tunnin ateriatauoilla syljelle jää aikaa korjata hampaiden happohyökkäyksen liottamaa kiillettä. (Keskinen 2015, 61.) Suositeltava ateriarytmi koostuu 5–6 ateriasta päivässä, sisältäen aamupalan, lounaan, päivällisen sekä iltapäivän välipalan (iltapäiväkahvi) ja iltapalan. Aterioita ja välipaloja voidaan yhdistää ja jakaa useampiin ikääntyneen tarpeen mukaan. Kunnollisen iltapalan tärkeys korostuu, koska yöpaaston pituus ei saa olla yli 11 tuntia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 34–35.)

3.3 Ikääntyneen suunterveyttä heikentävät tekijät

Terveys 2011 -tutkimus osoittaa ikääntyneillä olevan paljon hoitamattomia suu- ja hammassairauksia. Karies oli yleisintä 75 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla. Joka toisella (51 %) miehillä ja joka neljännellä naisella (23 %) esiintyi hoidettavaa kariesta. (Suominen, Vehkalahti & Nuutila 2012, 106–107.) Arvioiden mukaan ikääntyneillä syntyy uusia kariesvaurioita useampi kuin yksi vuodessa, mikä on nopeampaa kuin lasten ja nuorten hampaiden reikiintymisvauhti. Uusia kariesvaurioita syntyy laitok-

sisä asuville kaksi kertaa enemmän kuin kotona asuville. Kariesmäärä vielä kaksinkertaistuu muistisairailta. Kariksen lisääntymistä ikääntyneillä lisää vielä juurikaries, jossa hampaan juuren pinta paljastuu ikenien vetäytymisen tai iensairauksien vuoksi. Juuren pinnassa ei ole kiilteen tuomaa suojaa, kuten kruunuosassa ja reikiintyminen happohyökkäyksen seurauksena on helpompaa ja nopeampaa. Hoitamattomana juurikaries etenee usein nopeasti ja voi johtaa hampaan katkeamiseen. Merkittävä reikiintymisen riskitekijä on vähentynyt syljen määrä. Kariesvaurioiden pysäyttäminen varhaisessa vaiheessa on ensiarvoisen tärkeää ja hoidossa tulisi puuttua myös sen aiheuttajien syihin ja riskitekijöihin. (Siukonsaari & Nihtilä 2015, 38.)

Suuhygieniansa laiminlyöväillä ihmisillä iensairaudet ovat hyvin yleisiä. Tutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä miehistä 85 %:lla ja 71 %:lla naisista oli iensairauksia. (Suominen, Vehkalahti & Nuutila 2012, 106–107.) Ientulehduksen eli gingiviitin aiheuttaa patogeenisten bakteerien lisääntyminen ienrajassa. Tulehtunut ien on punoitava, turvonnut, aristava ja ikenestä vuotaa verta esimerkiksi hampaita harjattaessa. Suussa voi esiintyä pahaa makua ja hajua. Suun kohennetulla omahoidolla ientulehdus on parannettavissa, mutta hoitamattomana se johtaa hampaita ympäröivien kiinnityskudosten tulehdukseen eli parodontiittiin. Eräät parodontiittiin liittyvät bakteerit tuottavat haihtuvia rikkiyhdisteitä ja seurauksena on pahanhajuinen hengitys. (Hiiri 2015, 262; Uitto, Nylund & Pussinen 2012, 1233.)

Kiinnityskudossairauksista parodontiittiä pidetään jo merkittävänä kansantautina, joka on väestössä alidiagnosoitu ja jää osin hoitamatta. (Parodontiitti käypähoidon www-sivut, 2016.) Siukonsaaren ja Nihtilän mukaan (2015, 38–39) ikääntyneillä esiintyy paljon parodontiittiä ja tulevaisuudessa sen esiintyvyys tulee lisääntymään omahampaiden ja hammasimplanttien määrän kasvaessa. Parodontiitin riskitekijöitä ovat huono suuhygienia, tupakointi, diabetes sekä yleissairaudet ja niiden lääkitykset. Parodontiitissä ientaskut voivat muodostaa pinta-alaltaan jopa kämmenen kokoisen haavapinnan. Tulehtuneen ja haavaisen ienkudoksen kautta bakteerit ja tulehduksenvälittäjäaineet voivat siirtyä verenkiertoon, aiheuttaen paikallisen infektion sekä systeemisen tulehduksen. Diabeetikoilla parodontiitti voi heikentää sairauden tasapainoa ja puolestaan parodontiitin hoito parantaa hoitotasapainoa.

Suunterveydellä on vaikutusta moniin yleissairauksiin ja niiden syntyyn, sekä päinvastoin sairauksilla ja niihin liittyvillä lääkityksillä on vaikutusta suunterveyteen. Monissa tutkimuksissa on osoitettu parodontiitin ja yleissairauksien välinen yhteys. Krooninen parodontiitti on yhteydessä sydän- ja aivoinfarktiriskiin. Suusta verenkiertoon päässeet bakteerit voivat aiheuttaa sydäntulehduksen eli endokardiitin henkilölle, jolla on sydämen läppävika tai tekoläppä. Hyvää suunterveyden merkitystä tuleekin korostaa sydänpotilaille. Suusta keuhkoihin joutuvat bakteerit ja nielemisvaikeudet lisäävät keuhkoinfektioiden, kuten aspiraatiokeuhkokuumeen riskiä. Suun alueen infektiot ovat riskitekijöitä myös reuma- ja munuaissairauksia sairastaville, syöpä- ja elinsiirtopotilaille. Suun infektiot tulee hoitaa ennen isoja elektiivisiä leikkauksia komplikaatioiden välttämiseksi. Dementiaan johtavissa sairauksissa kuten Alzheimerin taudissa on viime vuosina korostettu kroonisen tulehduksen merkitystä. Välittävänä mekanismina on esitetty parodontaalikudoksen tuottamaa beeta-amyloidia. (Ruokonen & Meurman 2017, 1484–1488; Siukonsaari & Nihtilä 2015, 39–40; Skott & Wårdh 2017, 41; Uitto ym. 2012, 1232.)

Suun limakalvosairauksia esiintyy ennen kaikkea haurailta ikääntyneillä, joiden toimintakyky on heikentynyt ja immuunipuolustus alentunut. *Candida albicans* (hiiva) -sieni on yleisin suussa esiintyvä sienilaji, jota kantaa 20–50 % aikuisväestöstä ilman tulehduksen merkkiä. Suun hiivasienitulehdus voi syntyä suun miljööön muuttuessa sairauden, lääkityksen, alentuneen syljenerityksen tai heikon suuhygienian vuoksi. Sienitulehduksille altistavia tekijöitä voivat olla myös huonosti suuhun sopivat proteesit sekä proteesien yötä päivää jatkuva käyttö, huonossa tasapainossa oleva diabetes ja toistuvat sokeripitoiset ateriat sekä aliravitsemus. Osa- tai kokoproteesin käyttäjillä hiivasieni-infektiota voi esiintyä proteesin alla, jolloin limakalvo punoittaa ja puhutaankin proteesistomatiitista. Oireet ovat usein kohtalaisen voimakkaita ja esiintyvät limakalvoilla kipuna, poltteluna, arkuutena ja kirvelynä. Hiivasieni-infektio paranee usein itsestään hoidon kohdistuessa syihin ja niiden poistamiseen sekä hyvällä omahoidolla. (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 157; Hiiri 2015, 270–271; Gabre & Twetman 2017, 26–27.)

Iäkkäillä esiintyy yleisesti suunpielten tulehdusta eli keiliittia. Sen aiheuttajana on ihon ja limakalvojen normaalikasvustoon kuuluvat bakteerit ja hiivat. Syynä tähän ovat ikä-

muutokset, jolloin purenta on madaltunut ja suun皮een muodostuneen poimunjohdosta iho kostuu syljestä. Kosteaa ihopoimu altistaa herkästi infektiolle ja syntyy hitaasti paraneva haava. Suupielien huolellinen puhdistus ja kuivaus sekä apteekista saatavien reseptivapaiden hydrokortisonivoiteiden ja B-vitamiinivoiteiden ansiosta suupielet paranevat yleensä nopeasti. (Hiiri 2015, 272–273; Komulainen & Hämäläinen 2008, 236.)

Aftat ovat suun limakalvojen kivuliaita haavaumia, jotka voivat ilmaantua minne tahansa suuontelossa. Yleisin paikka on huulen ja hampaiden välinen limakalvo. Kipua lievittää hyvä suuhygienia ja apuna voi käyttää apteekista saatavia reseptivapaita tuotteita, jotka muodostavat suojaavan kalvon aftan päälle. Aftan paranemisen kannalta on hyödyllistä käyttää hammastahnaa, jossa ei ole vaahdottavaa natriumlauryylisulfaattia. Erittäin kipeisiin aftoihin lääkäri tai hammaslääkäri voi määrätä käytettäväksi paikallispuudutegeeliä, jolla puudutetaan afta-alue ruokailun helpottumiseksi. Aftojen synnylle voivat altistaa tietyt ruuat, juomat, raudan, B-12- ja C-vitamiinin puute, sekä Crohnin tauti, keliakia ja stressi. (Hiiri 2015, 276; Suomen Hammaslääkäriliiton www-sivut 2013.)

Sylki kuuluu elimistön ensimmäiseen puolustuslinjaan, sen tehtävä on suojata ja puhdistaa suuta. Sylki pitää suun kosteana ja helpottaa nielemistä. Suun suuret ja pienet sylkirauhaset tuottavat sylkeä. Suurten sylkirauhasten sylkitiehyet avautuvat kielen alle ja poskihampaiden kohdalle ja niiden erite on juoksevaa. Suurten sylkirauhasten toiminta stimuloituu ruuan tuoksun ja maun ansiosta. Pienet sylkirauhaset avautuvat suun limakalvoille poskien ja huulten sisäpinnoilla. Pienten sylkirauhasten erityis on jatkuvaa. Liukkaalla ja limaisella eritteellä onkin tämän johdosta suuta voiteleva ja hoitava vaikutus. (Komulainen & Hämäläinen 2008, 233–234; Siukonsaari & Nihtilä 2015, 36–37.)

Monilla perussairauksilla ja niiden hoitoon käytettävillä lääkkeillä on syljen eritystä vähentävä ja suun kuivuutta lisäävä vaikutus. Lääkityksestä johtuvia haittavaikutuksia aiheuttavat yleisesti antikolinergiset sekä monilääkityksen kumuloiva vaikutus. Fimean mukaan Suomessa oli vuoden 2013 lopussa 75-vuotiaita tai sitä vanhempia yli 460 000. Pitkäaikaissairaudet ja niiden lääkehoidot ovat tässä ikäluokassa hyvin yleisiä. Ikääntyneellä on käytössä keskimäärin kahdeksan lääkevalmistetta ja 28 % käyttää

vähintään kymmentä valmistetta. Kotihoidossa yli 75-vuotiailla 11 %:lla on käytössään lääkkeitä, joilla on merkittävä antikolinerginen vaikutus. Laitoksissa asuvien antikolinergisten lääkkeiden käyttö on peräti 55 % ja käyttäjistä joka viidennellä antikolinerginen kuormitus luokitellaan merkittäväksi. (Siukonsaari & Nihtilä 2015, 37; Timonen 2015, 55.)

Koska varsinaista parantavaa hoitoa ei kuivan suun oireisiin ole, hoito keskittyy oireiden lievittämiseen ja ehkäisyyn. Lääkelistan tarkistamisella ja tarvittaessa lääkkeen purkamisella voidaan palauttaa osa sylkirauhasen toiminnasta. Lääkkeiden antoajan kohtaa muuttamalla voidaan helpottaa esimerkiksi yöaikaista kuivan suun oiretta. Yöaikaista suun kuivumista voidaan helpottaa myös käyttämällä öljypitoisia nenätippoja tai -suihkeita suuhengityksen vähentämiseksi. (Gabre & Twetman 2017, 22).

Suun kuivuminen on naisilla yleisempää kuin miehillä ja se yleistyy iän myötä. Vähentyneestä syljenerityksestä johtuen suun kuivuminen onkin suuri uhkatekijä ikääntyneen elämänlaadulle ja suunterveydelle. Suun kuivuudella ja suun alueen motoriikan ongelmilla on vaikutusta ruuan pureskeluun sekä nielemiseen ja sitä kautta ravitsemustilaan. Tällöin useimmiten ongelmat pyritään ratkaisemaan räätälöimällä ruokavaliota. Myöskään hammasproteesit eivät pysy kuivassa suussa yhtä hyvin kuin kosteassa suussa. Ikääntyneellä kuivan suun myötä alttius hampaiden reikiintymiselle lisääntyy huomattavasti, sieni-infektioiden riski suurenee sekä iensairaudet pahenevat. Tyypilliset kuivan suun oireet ovat arat, kuivat ja kirvelevät limakalvot, rohtuneet huulet ja haavaumat suunpielissä. Oireita voidaan hoitaa suuta kosteuttavilla, voitelevilla ja syljen eritystä stimuloivilla imeskelytableteilla, geelillä tai suusuihkeen avulla. Sylkeä korvaavia ja limakalvoja voitelevia muita keinoja ovat ruoka- tai oliiviöljy, kerma ja vesi. (Gabre & Twetman 2017, 22; Hiiri 2015, 285; Komulainen & Hämäläinen 2008, 233–234; Siukonsaari & Nihtilä 2015, 36–38.)

4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Ravitsemuksella on suuri vaikutus ikääntyneen suunterveyteen, yleisterveyteen, aivo-terveyteen, toimintakykyyn, vireyteen ja elämänlaatuun. Hyvällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä tai siirtää monien sairauksien syntymistä, nopeuttaa sairauksista toipumista ja kuntoutumista tai niiden kanssa selviytymistä. (Ikonen 2015, 217; Hakala 2015, 1.) Hyvä ravitsemus tukee ikääntyneen omatoimisuutta mahdollistaen kotona asumisen pidempään. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lehtinen 2010, 142.) Samoin ikääntyneen hoidettavuus sekä vaativan hoidon tarve vähenevät hyvän suunterveyden ja ravitsemustilan myötä. Laajemmassa mittakaavassa se tuo säästöä terveydenhuollon kustannuksiin (Langström 2018). Ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttavat monet fysiologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Myös sairauksilla ja lääkähoidolla on merkittävä vaikutus ikääntyneen ravitsemustarpeisiin ja ravitsemushoidon toteuttamiseen. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 212.)

4.1 Fysiologiset muutokset

Ikääntyessä kehonkoostumus muuttuu tavalla, joka altistaa ravitsemushäiriöille ja toiminnallisille muutoksille. Tutkimusten mukaan lihasmassan määrä vähenee ja korvautuu rasvalla progressiivisesti aikuisiästä lähtien 2–6 % kymmenessä vuodessa. Näin tapahtuu ihmisen vanhetessa 40:stä 80:een ikävuoteen. Tämän takia normaalipainoinenkin ikääntynyt voi olla lihasvoimiltaan heikko. (Langström 2018.) Lihasvoimien heikentyminen vaikeuttaa liikkumista ja tasapainoa altistaen kaatumisille. Iän myötä luuston mineraalipitoisuuden laskiessa luunmurtumien todennäköisyys kasvaa kaatumisen seurauksena. (Pajala 2016, 40, 43; Tuovinen & Linnroos 2008, 212.) Heikentynyt ravinnonsaanti kiihdyttää lihaskatoa (sarkopenia) ja lihasvoimien heikkenemistä altistaen hauraus-raihnausoireyhtymän (HRO), nykyään gerastenian, kehittymiselle. Gerasteniana potevien kotona pärjääminen on heikentynyt, mikä lisää sisäelinten vaja-toimintojen ja kuoleman riskiä. Gerastenian esiintyvyys yli 80-vuotiailla on jopa 24–40 %. (Strandberg 2016, 362; Suominen, Soini, Muurinen, Strandberg & Pitkälä 2012, 170.)

Ikääntyessä veden osuus elimistössä vähenee ja janon tunne heikkenee. Ikääntyneet näyttävät sietävän paljon paremmin suun kuivumista kuin nuoret. Näiden muutoksien seurauksena vaarana on elimistön kuivuminen fyysisen kuormituksen, helteen, akuutin sairauden ja lääkehoidon yhteydessä. Ruokahalun vähenemiseen ja sitä kautta ravitsemustilaan voivat vaikuttaa monet tekijät. Maku- ja hajuaistin heikentyminen ovat omiaan vähentämään ruoan ja ruokailun hedonista mielihyvää. Erityisesti aromaattisten yhdisteiden tunnistaminen heikkenee ikääntyessä. Hajuaisti on usein selvästi heikentynyt muistisairailta. (Tilvis 2016; Tuovinen & Lönnroos 2008, 212.)

Ikääntyneen ruuansulatuskanavan rakenteissa ja toiminnassa muutokset ovat selvimpiä suun alueella. Syljen vähäinen erityys, hammaskato, epäsopivat proteesit ja limakalvojen muutokset ovat yleisimmät ruuan pureskeluun ja nielemiseen vaikuttavat tekijät. (Tilvis 2016.) Ikääntyessä nielemisvaikeuksien (dysfagia) riski kasvaa. Dysfagia on toiminnallinen tila, jossa syöminen nautinto tai ravitsemuksen ja nesteytyksen ylläpitäminen on häiriintynyt. Laitoshoidossa olevista vanhuksista arviolta jopa neljäsosa kärsii dysfagiasta. (Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry:n www-sivut 2018.) Saarelan väitöstutkimuksessa (2014) oli mukana 1475 ikääntynyttä tehostetun palveluasumisen yksiköistä Helsingistä ja Espoosta. Tutkimuksessa selvitettiin asukkaiden hampaistoa, suun terveystottumuksia, suun ongelmien yleisyyttä sekä arvioitiin niiden yhteyttä ravitsemukseen ja kuolleisuuteen. Tutkittavista joka neljännellä todettiin jokin suun ongelma. Puremisongelmista tai kuivan suun ongelmista kärsi joka viides (21 %) asukas. Nielemisongelmia esiintyi 12 %:lla ja suun kipua 7 %:lla asukkaista.

Utahissa ja Kentuckyssa tehdyssä haastattelututkimuksessa oli mukana 117 itsenäisesti asuvaa 65–94-vuotista henkilöä. Tutkimus käsitteli nielemisoireiden esiintyvyyttä, oirekuvaa sekä siihen johtavia riskitekijöitä. Tutkituista 33 % raportoi sen hetkisistä nielemisongelmista ja 38 % oli kokenut niitä jossakin elämänsä vaiheessa. Suurimmat nielemisvaikeuksia aiheuttavat tekijät olivat ruoan juuttuminen kurkkuun 68 %, lisääntynyt yskimisen tarve 64 %, vaikeus syödä kiinteää ruokaa 61 %, ruokailun hidastuminen 55 % ja kuiva suu 48 %. (Roy, Stemple, Merrill & Thomas 2007, 860–861.) Tilviksen (2016) mukaan monet vanhukset ihmettelevät, miksi ruokaillessa yskittää. Syynä usein on se, että nieltäessä kurkunkansi ei aina peitä tiiviisti henkitorven yläosaa, jolloin leivänmurunen tai pieni määrä nestettä voi joutua "väärään kurkkuun"

ja aiheuttaa yskimistä. Dysfagiaa esiintyy usein joidenkin sairauksien yhteydessä kuten aivoverenkiertohäiriöissä, aivovammoissa, degeneratiivisissa neurologisissa sairauksissa (Parkinsonin tauti, ALS-tauti ja MS-tauti) tai loppuvaiheen dementiassa. (Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry:n www-sivut 2018.)

Monet lääkkeet vaikuttavat maku- ja hajuaistin heikkenemiseen. Tämän seurauksena ruokahaluttomuus ja vastenmielisyys ruokailua kohtaan voivat lisääntyä. Lääkkeiden aiheuttama suun kuivuminen, ummetus, mahaäritys sekä pahoinvointi voivat tehdä ruokailusta epämiellyttävää ja vastenmielistä aiheuttaen vajaan ravitsemusta. (Jyrkkä, Mursu, Enlund & Lönnroos 2012, 1; Sinisalo 2015, 61.) Lääkehoito ja ruokailutilanne tulisikin selkeästi erottaa toisistaan lääkkeiden imeytymisen kannalta. Näin ruokailutilanteesta tulee myös miellyttävämpi ja se edistää syödyn ruuan määrää. Lääkkeiden nieleminen voi tuottaa iäkkäille vaikeuksia. Lääkkeitä ei kuitenkaan tule jauhaa, koska lääketurvallisuus voi vaarantua ja ruokaan sekoitettuna lääkkeet saavat ruuan maistumaan pahalta. (Mursu & Jyrkkä 2013, 25.)

4.2 Ravitsemus ja ravitsemustilaan vaikuttavat muut tekijät

Ravitsemukseen vaikuttavat fysiologisten tarpeiden lisäksi monet psykologiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. (Romero-Ortuno ym. 2011, 527; Paavola, Suominen 2018, 6.) Psykologiset ja sosiaaliset tekijät saattavat jopa korostua ikääntyessä. Ruokailuhetket ovat usein ikääntyneen päivän kohokohtia. Ne rytmittävät päivää sekä ylläpitävät vuorokausirytmia. (Puranen & Suominen 2012, 8.) Hyvä ruoka, ruokaseura ja ruokailuun liittyvät muistot tuottavat mielihyvää ikääntyneelle (Suominen & Kivistö 2005, 5). Ruokailuun ja ruuan valmistukseen osallistuminen ylläpitää toimintakykyä ja aktivoi liikkumaan. Iäkästä osallistamalla ravitsemushoito voikin olla parhaimmillaan osa muistikuntoutusta ja toimintaterapiaa. Muita ikääntyneen ravitsemukseen ja ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä voivat olla köyhyys, leskeksi jääminen, taloudellisen tilanteen muuttuminen sekä asunnon vaihto. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 213–214.) Myös alkoholi vaikuttaa monella tavalla iäkkään terveyteen, altistaen ravitsemushäiriöille ja suunsairauksille (Aira 2008, 267.) Eläkeikäisten alkoholin käyttö onkin huolestuttavaa ja erityisesti 65–74-vuotiaiden naisten alkoholin käytön

määrä on kasvanut merkittävästi 1980-luvulta lähtien. (Ikonen, 2015, 241; Runsten 2018; Suhonen 2018.)

Eskelinen, Hartikainen & Nykänen (2016, 43), tuovat tutkimusartikkelissaan esille yksin asumisen sekä yksinäisyyden tunteen kokemisen liittyvän aliravitsemukseen tai virheravitsemuksen riskin kasvamiseen. Myös kognitiivisten toimintojen heikkenemisellä oli yhteys aliravitsemukseen tai virheravitsemuksen riskiin. Kognitiivisen heikentymisen todettiin aiheuttavan kyvyttömyyttä tehdä ostoksia ja valmistaa aterioita. Toimintakyvyn heikkenemisen myötä riippuvuus muiden avusta ja yksipuolisen ruuan on todettu lisäävän virheravitsemuksen riskiä. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 214). Puranen ym. (2014, 672) ovat tutkimusartikkelissaan selvittäneet omaishoitopariskuntien ravinnonsaantia Mini Nutrition Assosiation (MNA) -testin avulla sekä kolmena päivänä kerätyistä ruokapäiväkirjoista. Tutkimuksessa selvisi, että ikääntyneiden pariskuntien, joiden omaishoitajana toimii mies, ravitsemus on heikkoa. Syynä tähän on esitetty vanhempien miesten huonoa ruuanlaittotaitoa ja ravitsemuksellisen tiedon puuttumista. Omaishoitajan roolissa monelle miehelle perehtyminen kotitalouden toimintaan on uusi tilanne. Samoin vastuun ottaminen hoidettavan puolison ruokailusta ja ravitsemuksesta oman ruokailun lisäksi on asiana uusi. Perinteisesti ruuanlaitto on ollut naisten tehtävä, samoin aterioiden suunnittelu ja ostokset.

4.3 Ikääntyneen ravitsemussuositukset ja ravintoaineiden tarve

Ikääntyneet ovat terveydeltään ja toimintakyvyltään heterogeeninen ryhmä ja ravitsemuksellisesti hyvinkin haavoittuvaisia. Tämän vuoksi yksilölliset ravitsemuksen haasteet ja tavoitteet tulee arvioida ja suunnitella huolellisesti. Ravitsemusongelmien suurin riski on yli 80-vuotiailla. Keskeisimpiä ongelmia heillä ovat liian vähäinen energian ja proteiinin saanti, sekä haurastuminen ja laihtuminen pikemminkin kuin painonnousu ja ylipaino. (Suominen ym. 2010, 18.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut ravitsemussuositukset ikääntyneille vuonna 2010. Suositusten tavoitteena on ravitsemuksellisten tarpeiden huomioiminen ikääntymisen eri vaiheissa niin kotihoidossa, vanhainkodissa kuin koko terveyden-

huollossa. Ravitsemustilan säännöllinen arvioiminen, ravitsemushoito ja ravitsemusongelmiin puuttuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ovat suositusten keskeisiä painopistealueita. Ravitsemushoidolla turvataan riittävä energian, proteiinin, ravintoaineiden sekä kuidun ja nesteen saanti. Tehostettuun ravitsemushoitoon siirrytään ravitsemustilan heikentyessä, painon laskiessa tai kun syödyn ruuan määrä on vähentynyt. Suosituksissa esiin nousee myös yli 60-vuotiaiden D-vitamiinilisän käyttö, sekä liikunnan merkitys terveyden ja lihaskunnan ylläpitäjänä. Vastuu ravitsemuksen ohjauksesta ja suositusten toimeenpanosta kuuluu kaikille ikääntyvien parissa työskenteleville. (Suominen ym. 2010, 5–6, 9.)

Ravitsemussuositukset ovat hyvä lähtökohta iäkkään ruokailun suunnittelussa, suositukset tukevat myös hyvää suun terveyttä. Ikääntyneen energiantarve on hyvin yksilöllistä. Iäkkäällä, jolla toimintakyky on rajoittunut ja liikkuminen vähäistä voi energian kulutus olla hyvinkin vähäinen. Painoon ja sen vaihteluun tulee kiinnittää huomiota, kuten myös yleiseen vointiin ja mielialaan. (Puranen & Suominen 2012, 20; Ikäinstituutin www-sivut 2014.) Päivittäisen energiansaannin tulee vastata kulutusta, joka on vähintään 1500 kcal/vrk:ssa. Tämä edellyttää kuitenkin ruokavalion oikeaa koostamista, jotta ravintoaineiden riittävä saanti voidaan turvata. (Suominen ym. 2010, 14.)

Ravintoaineista erityisesti proteiinin riittävään saantiin tulee kiinnittää huomiota. Riittävä proteiinin saanti ehkäisee lihaskatoa ja edesauttaa toimintakyvyn säilymisessä. Suun toimintakyvyn kannalta hyvä lihaskunto parantaa purentatoiminnan funktiota ja nielemistä. Ikääntyessä purentaprosessin vaikeutuessa ruokavalinnat usein yksipuoliset, ateriakoot pienenevät, ruokahalu heikkenee ja tämän myötä proteiinin saanti vähenee. Ikääntyessä myös proteiinin hyväksikäyttö elimistössä heikkenee. (Hakala 2015, 3; Komulainen 2018; Tuovinen & Lönnroos 2008, 217–218; Paavola & Suominen 2018, 2.) Proteiinin saantia tulisikin jakaa tasaisesti päivän ruokailujen yhteydessä, millä turvataan proteiinin hyväksikäytettävyys kehossa. Suositus on aamupalalla, lounaalla ja päivällisellä 25–30 g proteiinia ateriaa kohden, sekä 10–15 g välipalaa kohden. (Bauer ym. 2013, 543; Ikäinstituutin www-sivut 2013.)

Suosittelavasta proteiinin saantimäärästä on eri tutkimuksissa ja dokumenteissa esitetty erilaisia arvioita. Yleinen kanta kuitenkin on, että proteiinin tarve lisääntyy ikääntyessä. (Paavola & Suominen 2018, 8.) Proteiinia suositellaan ikääntyneille 1,2–1,4 g painokiloa kohden vuorokaudessa, mikä on käytännössä noin 80-100 grammaa. Akuutin sairauden, stressitilanteen, infektion, luunmurtuman tai leikkauksesta toipumisen yhteydessä proteiinitarve kasvaa jopa 2,0 g painokiloa kohden vuorokaudessa. (Hakala 2015, 3; Bauer ym. 2013, 554.)

Ikääntyneillä vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuositukset eivät juurikaan poikkea nuorempien aikuisten suosituksista (Suominen 2013, 487.) Niiden saanti voi kuitenkin olla riittämätöntä, mikäli energiamäärä jää kovin alhaiseksi. D-vitamiinilisän käyttöä 20 mikrogrammaa vuorokaudessa suositellaan yli 75-vuotiaille ympäri vuoden. (Suominen & Pitkälä 2016, 355.) Riittävä kalsiumin tarve on vähintään 800 mg/vrk. (Hakala 2015, 5.) Suomalaiseen ruokavalioon kuuluu perinteisesti runsaasti maitovalmisteita, ja suositeltava määrä kalsiumia saadaan jo neljästä maitovalmisteannoksesta. (Puranen & Suominen 2012, 24.) D-vitamiinin puute heikentää kalsiumin imeytymistä ja lisää kalsiumin vapautumista luustosta. Tällöin seurauksena on luuston haurastuminen ja kasvanut kaatumis- ja murtumavaara. (Ikäinstituutin www-sivut 2014.)

Hiilihydraatit ovat ravinnon perusta. Pääasiallisena tehtävänä niillä on toimia solujen energianlähteenä ja turvata veren tasainen sokeritaso. (Sinisalo 2015, 15.) Hiilihydraattien osuus tulisi olla 55–60 % kokonaisenergiasta. Rasvat ovat elimistölle tärkeä energianlähde, koska ne sisältävät rasvaliukoisia vitamiineja ja välttämättömiä rasvahappoja. Rasvan osuus tulisi olla 25–35 % ruokavaliosta. (Tuovinen & Lönnroos 2018, 216.) Tärkeää on kuitenkin huomioida rasvanlaatu ja välttää liiallista rasvan käyttöä.

Hampaiston kunnolla, purentakyvyllä ja energiakulutuksen vähentymisellä on vaikutusta ikääntyneen ravintokuitujen saantiin. Ravintokuidun saantisuositus on 25–35 grammaa/vrk. Parhaita kuidun lähteitä ovat täysjyväviljatuotteet, marjat, palkokasvit, vihannekset ja juurekset. (Ikäinstituutin www-sivut 2018; Suominen ym. 2010, 47.) Juuresten ja hedelmien pureskelu pitää yllä purentakykyä ja lisää syljen eritystä estäen siten hampaiden huononemista. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen

2009, 147.) Viljavalmisteiden geelitymätön kuitu sitoo runsaasti vettä, joten riittävästä nesteestä saamisesta tulee huolehtia. Hedelmistä ja marjoista saadaan geelityyvä kuitua, joka on taas eduksi sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnassa. (Langström 2018; Suominen ym. 2010, 47.)

Ikääntyessä janon tunne voi heikentyä monestakin syystä mutta nesteen saannin tarve ei muutu. Muistiongelmien, toimintakyvyn heikkeneminen, nielemisvaikeudet ja monet lääkkeet lisäävät kuivumisen vaaraa. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 218.) Nestettä on suositeltavaa juoda 1–1,5 litraa päivässä ruokien mukana saadun nesteen lisäksi. Suositeltavia juomia ovat vesi sekä maito- ja hapanmaitotuotteet. Kohtuudella nautittavia ovat energiatarpeen ja omien hampaiden terveys huomioiden myös tuoremehut, jotka sisältävät vitamiineja ja kivennäisaineita. (Hakala 2015, 5; Suominen ym. 2010, 41–43.)

5 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI

Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi kuuluu oleellisena osana terveydentilan seurantaan. Ali- tai virheravitsemuksen kehittyminen voi tapahtua päivissä tai pikkuhiljaa kuukausien tai jopa vuosien kuluessa. Puutteellinen ja hoitamaton ravitsemusongelma johtaa herkästi noidankehään, jossa laihtuminen, toimintakyvyn heikkeneminen, iho-ongelmat, infektioierre, sairaudet sekä terveystalvveluiden käyttö seuraavat toisiaan. Näin ollen ravitsemuksen suhteen riskiryhmässä olevat ikääntyneet olisikin tärkeää tunnistaa riittävän ajoissa, jotta tilanteeseen voidaan puuttua. Virheravitsemuksen ehkäiseminen on helpompaa kuin sen hoitaminen. (Hakala 2015, 2; Tuovinen & Lönnroos 2008, 219–220; Suominen ym. 2010, 13.)

Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointiin ja ravitsemushoidon suunnitteluun on käytössä erilaisia mittareita ja kyselyitä. Hyviä menetelmiä kotihoidon asiakkaiden käyttöön ovat:

- painon ja ruokailun seuranta
- energian, proteiinin ja ravinnonsaannin arviointi

- tiedon hankkiminen ruokataloudesta (ruuan hankkiminen ja ruokailu)
- Mini Nutritional Assessment (MNA)
- hoitajan ja/tai ikääntyneen omat havainnot, kuten vaatteiden löystyminen, jatkuva väsymys, ihon kunto, ulkonäkö ja jaksaminen. (Ikonen 2015, 224–225; Lagström 2018.)

Tärkeää on, että ikääntyneen ravitsemustilaan osataan kiinnittää huomiota, seuranta on systemaattista, seuranta dokumentoidaan ja arviointiin käytetään luotettavia mittareita. (Nuutinen, Peltola & Siljamäki-Ojansuu 2010, 3608; Tuovinen & Lönnroos 2008, 220.) Tässä, tutkimuksessa esitellään ja käytetään MNA-testiä arviointimenetelmänä.

Säännöllinen punnitseminen on helpoin ja nopein tapa seurata ikääntyneen ravitsemustilaa. Painon muutokset ovat merkittävämpiä kuin yksittäinen painon mittaus tai normaalipainon selvittäminen. (Suominen ym. 2010, 30). Muutaman kilon laihtumista on ikääntyneen itse ja muidenkin silmämääräisesti vaikea havaita. Painon muutoksen syihin sekä myös turvotuksiin tulee kiinnittää huomiota. Iäkkäillä turvotus on tavallista, joten myös munuaisten toiminta on hyvä selvittää laboratoriotesteillä. (Hakala 2015; 2; Sinisalo 2015, 97.)

Lihavuus on melko yleistä 60 – 70 vuotiailla, minkä jälkeen se alkaa vähentyä. Ikäryhmässä 70–79 joka kolmas nainen ja joka viides mies on lihava: heillä BMI (body mass index) on yli 30. Yli 80-vuotiaista vain noin joka kymmenes on BMI-arvoltaan yli 30. Ikääntyneille suositellaan painoindeksiä (BMI) 24–29, koska pienellä ylipainolla on huomattu olevan terveydellistä suojaa. Hieman korkeampi painoindeksi edellyttää kuitenkin, että ikääntynyt on hyväkuntoinen eikä lihavuus ole haittana terveydelle ja toimintakyvylle. (Hakala 2015, 5; Lundqvist, Männistö, Jousilahti, Kaartinen, Mäki. & Borodulin, 2018, 47.) Ikääntyneillä suositusta pienemmän painoindeksin on todettu altistavan sairastuvuudelle ja kuolleisuusriskin lisääntymiselle. Aikuisen väestön normaali painoindeksi on 20–25. (Suominen & Pitkälä 2016, 357.)

5.1 Mini Nutritional Assessment (MNA)

ESPEN:n (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) mukaan ikääntyneiden ihmisten ravitsemustilan arviointiin suositeltavin ja sopivin on MNA-testi (Suominen & Pitkälä 2016, 357). Sen ovat kehittäneet USA:n ja Euroopan geriatriit vuonna 1994, se on käännetty yli 20:lle kielelle ja sitä on käytetty sadoissa tutkimuksissa ympäri maailman. MNA:sta on olemassa pitkä ja uudempi lyhyt versio. (Vellas ym. 2006, 456.) MNA on hyvin validoitu testi: sen herkkyys virheravitsemustilan toteamisessa on 96 % ja spesifisyys 98 %. Diagnostiikkatarkkuus on 97 % verrattuna kliiniseen tilaan. (Nestle Nutrition Institute www-sivut 2018; Suominen 2010, 31.) Mittari on tarkoitettu yli 65-vuotiaiden henkilöiden ravitsemustilan arviointiin. Tavoitteena on löytää ne ikääntyneet, joilla riski virhe- tai aliravitsemukseen on kasvanut. (Suominen ym. 2010, 31; Nestle Nutrition Institute www-sivut 2018.)

MNA soveltuu kotona asuvien ikääntyneiden sekä pitkäaikais- että akuuttihoitossa olevien potilaiden ravitsemustilan arviointiin. Haasteena muistihäiriöpotilaan ravitsemusanamneesia selvittäessä usein on, miten saadaan hänen ravitsemustilaansa liittyvää luotettavaa tietoa. Suomalaisen tutkimuksen mukaan MNA-haastattelu soveltuu hyvin kohdennettavaksi ikääntyneen muistihäiriöpotilaan läheiselle. Tässä korostuu potilaan läheisen esimerkiksi puolison tai muun sukulaisen sekä myös kotihoidon hoitajan tärkeä rooli ravitsemustiedon antajana ja ravitsemusneuvonnan vastaanottajana. (Nuotio ym. 2009, 2671–2672, 1675.)

MNA-testi on helppokäyttöinen ja nopea työkalu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille arvioitaessa ikääntyneen ravitsemustilaa. (Velles ym. 2006, 456.) MNA:n seurantaoisan, MNA-Short Form -mittarin (SF) läpikäymiseen kuluu aikaa vain muutama minuutti. Mikäli MNA-SF osoittaa aliravitsemuksen vaaraa, siirrytään varsinaiseen määrittelyosioon, jonka tekeminen kestää noin 10–15 minuuttia. (Velles ym. 2006, 456; Nuotio ym. 2009, 2676.) MNA-testin etuna voidaan pitää sitä, että se mittaa antropometristen mittausten ja ravinnonsaannin lisäksi myös ikääntyneen fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ympäristöön liittyviä tekijöitä. (Räihä 2012, 289.) Lisäksi se sisältää testattavan henkilön oman arvioinnin terveydestään ja ravitsemustilastaan. (Suominen & Pitkälä 2016, 357.)

MNA-SF:n (seulonta) osio sisältää 6 kysymystä ja arviointiosa 12 kysymystä. Mikäli seulontaosiosta saa 12 pistettä tai enemmän, ei ole tarvetta jatkaa arviointiosioon. MNA-testin perusteella ikääntyneet voidaan jakaa niihin, joiden ravitsemustila on normaali (pisteet 24–30) ja niihin, joilla riski virheravitsemukselle on kasvanut (pisteet 17–23,5) sekä niihin, jotka ovat aliravittuja (pisteet alle 17). Jos virheravitsemuksen riski tai aliravitsemus todetaan, on ravinnonsaantia ryhdyttävä selvittämään tarkemmin ja tämän myötä tulee aloittaa korjaavat toimenpiteet. (Vellas ym. 2006, 1; Haglund ym. 2009, 178.) MNA-testin lisäksi tarkempaan aliravitsemuksen asteen arviointiin kuuluu verikokeista selvitettävä plasman albumiinitason määrittäminen. Aliravittulle iäkkäälle tulee aina suunnitella ja aloittaa yksilöllinen ravitsemushoito. (Pajala 2016, 42).

Antropometriset mittaukset pitävät sisällään painon, pituuden sekä olkavarren- ja säären ympärysmittan. Painoindeksi (BMI) on paino (kg) jaettuna pituuden neliöllä (m²). Painoindeksin laskemiseksi on saatavilla valmiita laskureita tai taulukoita. Mikäli pituuden mittaaminen ei ole mahdollista seisten tai luotettavaa tietoa ei ole muuten saatavilla, pituuden mittaaminen voidaan tehdä potilaan maassa tasaisella vuoteella selällään mahdollisimman suorassa. Vaihtoehtona on myös, että mitataan puolikas demispan pituus ja käytetään muuntotaulukkoa pituuden saamiseksi. Puolikas demispan mitataan keskisormen ja nimettömän tyvestä rintalastan keskikohtaan. Laskukaavana naisilla käytetään (1,35 x puolikas demispa senttimetreissä) + 60,1 ja miehillä (1,40 x puolikas demispa senttimetreissä) + 57,8 = pituus senttimetreissä. (Gery ry:n www-sivut 2018).

Olkavarren ympärysmitta otetaan ei-dominoivasta kädestä eli oikeakätisellä vasemmasta kädestä ja päinvastoin. Olkavarren keskikohta mitataan koukistetusta kädestä ja merkitään kynällä. Keskikohdasta mitataan ympärysmitta käden roikkuessa vapaasti sivulla. Säären ympärysmitta voidaan ottaa joko istuen tai seisten, painon ollessa molemmilla jaloilla. Säären ympärysmitta otetaan paljaan säären paksuimmasta kohdasta. On hyvä mitata vielä hieman ylemmästä ja alemmasta kohdasta, jotta voi varmistua, että mittaustulos on pohkeen paksuimmasta kohdasta. (Gery ry:n www-sivut 2018.)

5.2 Virhe- ja aliravitsemus

Virheravitsemuksen ohella käytetään myös termejä aliravitsemus tai vajaaravitsemus. Ikääntyneiden virheravitsemuksesta suuri osa on aliravitsemukseen liittyviä ongelmia, kuten tahaton painonlasku ja alhainen painoindeksi. Virheravitsemuksella (malnutrition) tarkoitetaan liian vähäistä ja epätasapainoista energian, proteiinin ja suojaravintoaineiden saantia niiden tarpeeseen nähden. Tästä aiheutuu haitallisia muutoksia kehon koostumukseen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Ikonen 2015, 223; Nuutinen, Peltola & Siljamäki-Ojansuu 2010, 3605.) Ikääntynyt, jolla on ylipainoa voi kärsiä proteiinaliravitsemuksesta ja tämän seurauksena toimintakykyä heikentävästä lihaskadosta. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 223.)

Aliravitsemus (undernutrition) viittaa pelkästään ravintoaineiden, erityisesti energian ja proteiinin, riittämättömään saantiin. Taustalla on usein krooninen sairaus, muistin ongelma, ruokahalun heikkeneminen tai ruokahalun katoaminen ja siitä johtuva laihduminen. (Ikonen 2015, 223; Nuutinen, Peltola & Siljamäki-Ojansuu 2010, 3605; Tuovinen & Lönnroos 2008, 223.) Lisäksi nielemisvaikeudet, hampaattomuus ja suun kuivuminen voivat vaikeuttaa syömistä ja heikentää siten ravitsemustilaa. (Suominen ym. 2010, 23.) Aliravitsemuksen vaaran on todettu olevan erityisen suuri, kun asumisessa ja hoidossa tapahtuu muutoksia, kuten sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. (Hakala 2015, 2.) Myös niillä iäkkäillä, jotka tarvitsevat toisen apua päivittäisistä perustoimista selviytymiseen, aliravitsemuksen vaara on suuri. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 223 Puranen ym. 2014, 672.)

6 TUTKIMUKSEN TYÖELÄMÄLÄHTÖINEN TARVE

Kehittämistyön aiheen löytäminen käytännön työmaailmasta vaatii jatkuvaa kriittistä työympäristön tarkkailua ja asioiden kyseenalaistamista. Aihepiirin rajaaminen on tärkeää, jotta siitä löydettäisiin kiintoisa ongelma, jota lähdetään tutkimaan. (Metsämuuronen 2000, 11–12). Työelämän tutkimusta luonnehtii ammatillisuus eli tutkitaan asioita, jotka luontevasti kuuluvat omaan ammatti- ja toimialaan. Käytännönläheisyys, työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus säätelevät tutkimustarpeita (Vilka, 2015, 18).

Kehittämistyönä tehtävän tutkimuksen aiheeksi nousi työpaikallani Huittisissa säännöllistä kotihoitoa saavien ikääntyneiden suunterveys, ravitsemustila ja suunterveyden yhteys ravitsemustilaan. Minulle aihe on käytännönläheinen ja mielekäs, työelämän haasteista nouseva yksi asiakokonaisuus. Huittisten kaupungin ikääntyvien hyvinvointiohjelmassa vuosille 2012–2017 on kehittämistavoitteena ollut ikääntyvien hyvä ravitsemustila. (Huittisten kaupungin www-sivut). Syksyllä 2017 otettiin Huittisten kotihoidossa käyttöön asiakkaan gerontologinen kokonaisarviointi, jonka yhtenä osa-alueena on ravitsemus ja alaluokkana MNA-testi ja suun omahoidon arviointi. Ennen gerontologisen kokonaisarvioinnin käyttöönottoa ei kotihoidossa ole ollut systemaattista ravitsemustilan arviointia tai ohjeistusta. Ikääntyneille ei myöskään ole aikaisemmin tehty systemaattisesti suunterveyden arviointia.

Suunterveys nousee esille myös Huittisten kaupungin ikääntyvien palvelujen toimenpide- ja kehittämisohjelmassa vuosille 2012–2017. Tavoitteena siinä on ikäihmisten järjestelmällisen hammashoidon jatkuvuus. Toimenpiteinä ohjelmassa on esitetty hammashoidon ennaltaehkäisevän omahoidon tehostaminen ja kotihoidossa suun hoidon vastaavan hoitajan nimeäminen. (Huittisten kaupungin www-sivut 2018).

6.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida kotihoidon ikääntyneiden suunterveyttä, ravitsemustilaa ja suunterveyden yhteyttä ravitsemusti-

laan. Tutkimuksen tavoitteena on edistää kotihoidon ikääntyneen suun sairauksien ennaltaehkäisevää toimintaa ja motivoida hoitajia jokapäiväisessä työssään huomioimaan suunterveyden merkitys ja sen yhteys ravitsemustilaan. Tutkimuksen tavoitteena on myös tuottaa tietoa, jota voidaan jatkossa hyödyntää kotihoidon toiminnan kehittämisessä ja siten tuottaa ikääntyville oikeanlaisia palveluita.

Ravitsemustilan arviointi toimii työkaluna ikääntynyttä hoitavalle terveydenhuollon ammattilaiselle. Tutkimus tukee kotihoidossa MNA-testin ja suunterveyden arvioinnin käyttöönottoa osana ikääntyneen gerontologista kokonaisarviointia. Näin ollen ikääntyneen suunterveys ja ravitsemustila tulee jatkossa huomioida hänen palvelu- ja hoitosuunnitelmaansa laadittaessa.

Tutkimustyön tarkoituksena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen on iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden suunterveys?
2. Millainen on iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustila?
3. Onko suunterveys yhteydessä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaan?

7 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

7.1 Toimintaympäristö

Tutkimus toteutettiin Huittisten kotihoidossa. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa ikääntyneen turvallinen eläminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Kotihoito tukee ikääntynyttä niissä toimissa, joihin hän ei itse pysty tai joihin hän ei saa apua omaisiltaan tai läheisiltään. Kotihoitokäynti sisältää tarpeen mukaan mm. asiakkaan voinnin seurantaa, lääkehoitoa, arkitoiminnoissa avustamista ja sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Huittisten kotihoidossa on säännöllisiä kotihoidon asiakkaita noin 300

henkilöä. Kotihoito on jaettu viiteen toiminta-alueeseen. Huittisten kaupungin perusturva- ja vanhustenhuollon johtajan, johtavan hammaslääkärin ja lähiesimiehen luvat saatiin tutkimuksen tekemiseen keväällä 2018.

Opinnäytetyö tehtiin pilotointina ja rajattiin yhden tiimin säännöllistä kotihoitoa saaville yli 65-vuotiaille. Tutkimusta koskevalla kotihoidon alueella toimii kahdeksan lähihoitajaa, geronomi, fysioterapeutti ja kaksi sairaanhoitajaa, joista toinen toimii myös tiiminvetäjänä. Kotihoitotiimin alueella tutkimushetkellä oli asiakkaita noin 90, joista säännöllisen kotihoidon piirissä noin 50. Tarkkaa asiakasmäärää oli vaikea ennustaa suoritettavan tutkimusmateriaalin keräämisajankohtana. Asiakasmäärä vaihteli muun muassa sairaalajaksoista, uusista asiakkuuksista tai asiakkuuspoistumasta johtuen.

Ennen tutkimuksen aloittamista kotihoidon ikääntyneitä asiakkaita informoitiin kotikäyntien yhteydessä mahdollisuudesta osallistua hammashoitajan tekemään suppeaan suunterveyden arviointiin. Informointi tapahtui hoitajan tai omahoitajan toimesta suullisesti ja kirjallisesti. Suunterveyden arviointikäyntipäivä tutkittavan luo sovittiin kotikäynnillä tai puhelimitse, koska hammashoitajalla oli tietyt päivät, jolloin hän pystyi irtaantumaan työtehtävistään terveyskeskuksen hammashoitolasta. Suunterveyden arviointikäynnillä oli hammashoitajan mukana tutkija itse. Tällä käynnillä pyydettiin kirjallista lupaa (Liite 1) käyttää tutkittavan suunterveyteen ja ravitsemustilaan liittyvää tietoa tutkimuksen tekemiseen. Suunterveyden arviointikäynti tutkittavan luona vaihteli puolesta tunnista vajaaseen tuntiin, koska hammashoitaja antoi myös arviointikäynnillä suunhoito-ohjeita ja järjesti mahdollisia jatkohoitoja. Ravitsemustilan arvioinnin teki omahoitaja normaalilla kotihoidon käynnillään. Tutkimusmateriaali kerättiin kevään ja alkukesän 2018 aikana. Kyseisenä ajankohtana 46 ikääntyneen olisi ollut mahdollista osallistua tutkimukseen. Heistä kaksi ikääntynyttä kieltäytyi suunterveyden arvioinnin osalta ja kahdella ikääntyneellä oli muu syy, joka esti osallistumisen. Tutkimusaineisto koostuu siis 42 säännöllisen kotihoidon ikääntyneen suunterveyden-tilan- ja ravitsemustilan arvioinnista.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, joka on osa kotihoidon kehittämistyötä. Toimintatutkimus soveltui menetelmänä hyvin opinnäytetyöhöni, koska siinä yhdistyvät työelämäkeskeinen toiminta ja yhdessä tekeminen sekä tutkimus. Toimintatutkimus kuvataan tavallisimmin tieteellisen tutkimuksen ja kehittämistyön yhdistelmäksi, jossa keskiössä on jokin havaittu ongelma tai kehittämistehtävä. Tutkimus on osa ratkaisemisen tai kehittämisen prosessia ja tyypillisesti siinä on kyseessä ihmisyhteisön toiminta, yhteistyö tai toimintatapa. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 69.)

Opinnäytetyössäni korostuu vahvasti osallistava toiminta, joka on tyypillistä toimintatutkimukselle. Osallistavassa toiminnassa olivat mukana yhden kotihoitotiimin hoitajat, fysioterapeutti, terveyskeskuksen hammashoitaja sekä tiimin alueella kotihoitoa saavat ikääntyneet. Hoitajien osallisuutta ja sitoutumista lisättiin yhteisissä tiimipalaverieissa ennen tutkimusaineiston keräämisen aloittamista sekä aineistonkeruun aikana että aineiston keruun päätteeksi. Osallisuus yhteisöperustaisessa toimintatutkimuksessa ymmärretään niin, että mahdollisimman moni yhteisön jäsen osallistuu aktiivisesti tutkimukseen ja kehittämiseen. Näin ollen osallistavuus on aktiivista osallistumista tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin, se tuo tutkimukselle läpinäkyvyyttä ja avointa dialogia tutkijan ja toimijoiden välille. (Heikkinen ym. 2007, 32–33.)

Toimintatutkimus on tutkimusstrateginen lähestymistapa, joka voi käyttää välineinään erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tunnusomaista sille on toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä pyrkimys saavuttaa välitöntä ja käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta. (Aaltola & Valli 2007, 196–197.) Omassa tutkimuksessani välitön ja käytännöllinen hyöty oli heti käytettävissä siltä osin, kun se kosketti tutkimushetkellä yksittäistä tutkimuksen kohteena olevaa henkilöä. Ikääntyneelle tehty ravitsemustilan arviointi antoi hoitajalle heti mahdollisuuden tarttua ravitsemuksellisiin epäkohtiin, jos MNA-testin tulos osoitti riskin virheravitsemukselle kasvaneen. Samoin suunterveyden arvioinnin yhteydessä havaitut ongelmat suun alueella mahdollistivat ikääntyneen ohjauksen jatkohoitoon hammashoitolaan. Hammashoitajan kotikäynnillä edistettiin myös

ikäntyneen suunterveyden toteutumista. Ikääntynyt sai neuvoja päivittäiseen hyvään suun hoitoon ja suunhoitovälineiden käyttöön.

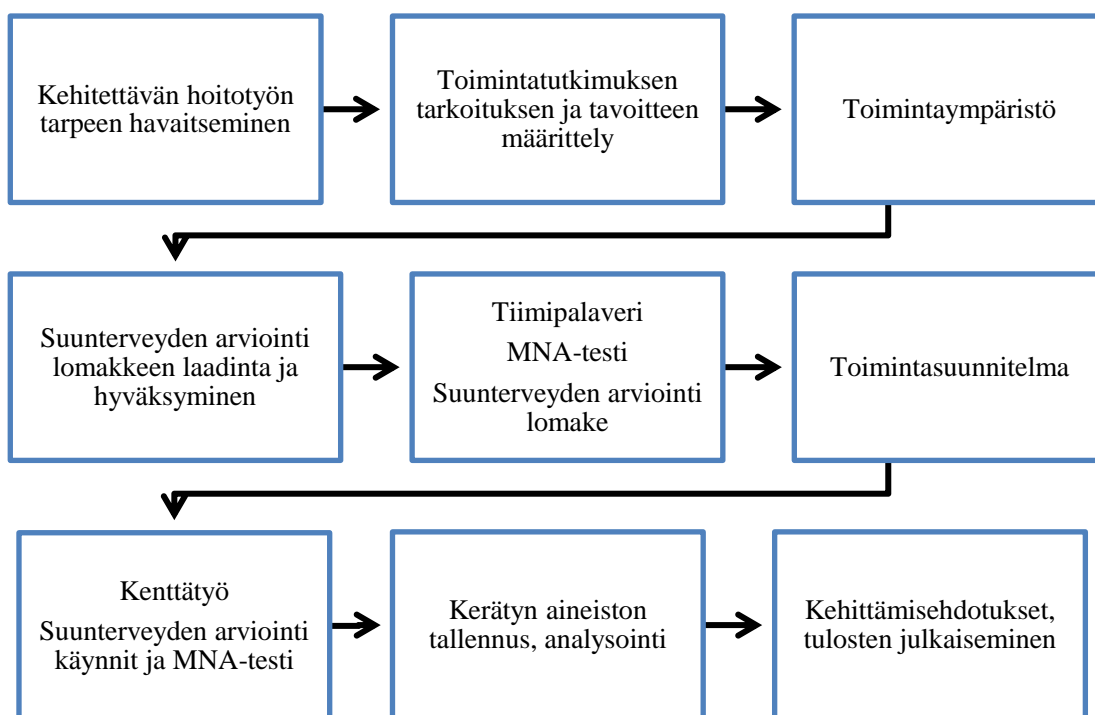
Toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkiminen, vaan myös toiminnan kehittäminen. Toimintatutkimuksessa teoriaa ja käytäntöä ei nähdä toisistaan erillisinä, vaan pikemminkin saman asian eri puolina. Useissa toimintatutkimusta käsittelevissä kirjoissa on lainattu Kurt Lewinin lausetta: ”Mikään ei ole niin käytännöllistä kuin hyvä teoria”. Ajatuksena siis toimintatutkimuksessa on, että teoria on sisällä käytännössä ja päinvastoin. (Aaltola & Valli 2007, 196–197.) Opinnäytetyöni pohjautuu vahvasti aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, kerätty tieto antaa tarvittavan pohjan ikääntyneen suunterveyden arvioinnille käytännössä. Tätä tietoa tutkija välitti myös työyhteisön hoitajille käytännön hoitotyössä.

Toimintatutkimuksen lähtökohtana on arkisessa toiminnassa havaittu ongelma, jota lähdetään kehittämään. Omassa opinnäytetyössä lähtökohtana oli kotihoidon ikääntyneen suunterveys ja ravitsemustila sekä suunterveyden yhteys ravitsemustilaan. Toimintatutkimus kuvataan johdonmukaisesti eteneväksi prosessiksi ja hahmotetaan usein syklinä, johon kuuluu sekä konstruoiva että rekonstruoiva vaihe. Rekonstruoivissa vaiheissa havainnoidaan ja arvioidaan toteutunutta toimintaa, kun taas konstruoivissa vaiheissa toiminta on uutta rakentavaa sekä tulevaisuuteen suuntaavaa toimintaa. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 78–79).

Toimintatutkimuksen spiraalin muodostavat syklit, joissa toiminta, havainnointi, reflektio ja uudelleensuunnittelu muodostavat kehän. Toimintatutkimuksen spiraalimallia on pidetty kaavamaisena, mikä kuvaa vaiheet pelkistetyksi ja vaiheittaisesti. Todellisuudessa kuitenkin suunnittelu, toiminta ja arviointi lomittuvat, eikä niitä voi erottaa toisistaan. Tutkimuksen syklistä ajattelutapaa on myös arvosteltu liikaa tutkijaa kahlitsevaksi. Tutkija saattaa ahdistua, kun hän ei kykene täsmällisesti erottamaan syklin vaihteita toisistaan. (Heikkinen ym. 2007, 80–82.) Omassa opinnäytetyössäni jo suunnitteluvaiheessa oli vaaraksi käydä näin, koska pohdin, miten tutkimus jatkuu käytyään läpi ensimmäisen syklin. Toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voivat kuitenkin sisältyä yhteenkin sykliin. Ainutkertaisen ko-

keilun myötä tutkimus saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytänteitä. Näin ollen syklien määrää tärkeämpää on perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. (Heikkinen ym. 2007, 82.)

Tässä toimintatutkimuksessa syklin muodostuminen alkoi siitä, kun tutkija suunnitteli ja kokeili uutta suunterveyden arviointitoimintatapaa. Esisuunnitteluun kuului perehtyminen kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin, jotka käsitelivät ikääntyneen suunterveyttä ja ravitsemustilaa. Sykli eteni toimintasuunnitelmaan, jonka aikana sovittiin käytännön toteutuksesta esimiehen, ylihammaslääkärin, hammashoitajan ja tiimin hoitajien sekä tiimin fysioterapeutin kanssa. Suunterveyden arvioinnin osalta sovittiin kotikäyntien aikataulu hammashoitajan ja tutkimukseen osallistuvien ikääntyneiden kanssa. Tämän jälkeen aloitettiin kenttätyö yhdessä hammashoitajan, tiimin hoitajien ja tutkittavien kanssa yhteistyönä (toiminta/tiedonkeruu). Toimintatavan arviointia tehtiin kenttätyön aikana niin tutkittavien kuin hoitajien kanssa. Sykli eteni tutkimustulosten analyysin, tarkastelun ja tulkinnan jälkeen johtopäätöksiin sekä tulevaisuuteen suuntaaviin kehittämisehdotuksiin. Alla on kuvattu kehittämistyön prosessin etenemistä. (Kuvio 1)



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessin eteneminen

Vaikka toimintatutkimuksen tavoitteena on muutos, voi se kuitenkin jäädä toteavalle tasolle, jolloin muutosta edeltävä sykli ei toteudu (Kananen 2012, 39). Tämä toimintatutkimus jäi osaksi vielä kehittämisen tasolle. Tarkoituksena on jatkaa Huittisten kotihoidon ikääntyneen suunterveyteen- ja ravitsemukseen liittyvän toiminnan/hoitopolun kehittämistä, niin että se saadaan osaksi ikääntyneen palvelu- ja hoitosuunnitelmaa.

7.3 Aineistonkeruumenetelmät

Aineistonkeruumenetelminä tässä tutkimuksessa käytettiin suunterveyden arviointilomaketta (Liite 2) ja MNA-testiä (Liite 3). Huittisten kaupungin vanhustenhuollossa oli aikaisemmin hammashoitajalla käytössä *suun terveydenhoito* -lomake. Kotihoidon ikääntyneen gerontologisessa kokonaisarvioinnissa on oma lomakkeensa suun omahoidon arviointiin. Tähän tutkimukseen tehtiin uusi liitteenä kaksi oleva suunterveydenarviointilomake, jonka toteutuksessa hyödynnettiin aikaisempien lomakkeiden aihealueita ja kysymyksiä. Tutkimuslomake hyväksyttiin tutkimukseen osallistuneella hammashoitajalla. Suunterveyden arvioinnilla ja strukturoiduilla kysymyksillä saatiin tietoa ikääntyneen suunterveydestä, mutta myös mahdollisista ravitsemustilaan vaikuttavista tekijöistä. Huittisten terveyskeskuksen hammashoitaja teki ikääntyneille suppean suunterveyden arvioinnin. Kyselylomakkeen loppuun tuli hammashoitajan mahdollisesti antamat päivittäiset suunhoito-ohjeet sekä muut huomautukset. Kotikäynnin jälkeen hammashoitaja kirjasi suunterveyden arviointilomakkeelta tiedot hammas- huollon asiakastietojärjestelmään ja sairaanhoitaja kirjasi suunterveyden arviointikäynnin vanhustenhuollossa käytössä olevaan Pegasos-tietojärjestelmään. MNA-testin tuloksen kirjasi testin tehnyt kotihoidon hoitaja asiakkaan tietoihin Pegasos-järjestelmään.

MNA-testin käyttökelpoisuus ikääntyneiden yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arvioinnissa on käsitelty tämän tutkimuksen teoriaosuudessa. Fysioterapeutti kävi MNA-testin läpi tiimipalaverissa ennen ravitsemustilan arviointien aloittamista. Fysioterapeutti antoi suullisen ja kirjallisen ohjeistuksen antropometrinen mittauksien suorittamiseen virhemittauksien välttämiseksi. Tärkeää oli tuoda esille antropometrinen mitausten osalta mm. mistä kohtaa ja miten olkavarren ja säären ympärystä mitataan.

Tutkittavien painoindeksi laskettiin käyttämällä kaikilla samaa painoindeksilaskuria, joka löytyi ositteesta Laskureita arkipäivän pulmiin. (Laskurini www-sivut 2018.) Painoindeksilaskurin pikakuvake tallennettiin myös kotihoidossa käytössä oleviin hoitajien Mobiili-laitteisiin tiedon haun nopeuttamiseksi.

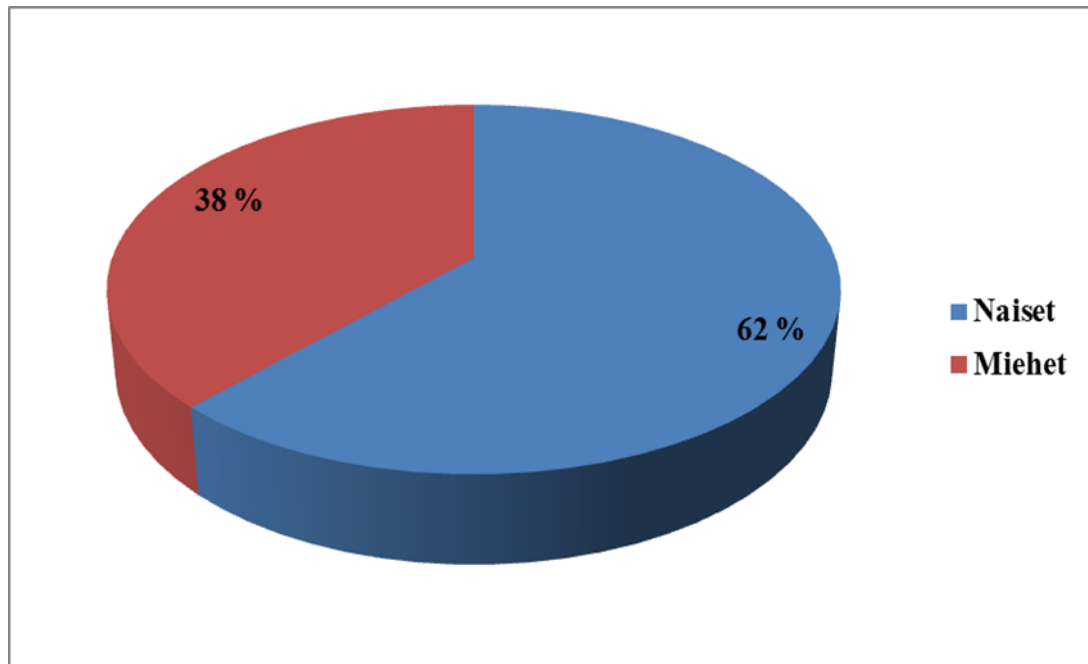
7.4 Tutkimusaineiston analyysimenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrään perustuvaa tutkimusmenetelmää. Menetelmä soveltui hyvin vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. ”Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan kuvata todellisuutta, kartoittaa jonkin asian yleisyyttä, hakea eroja ja yhtäläisyyksiä sekä osoittaa tai hahmotella syysuhteita” (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2013, 89). Tutkimuksessa hyödynnettiin määrällisyyttä määrien jakautumisina ja eroina. Tutkimustulokset kuvattiin käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Ristiintaulukoinnin avulla voitiin kuvata ja tulkita tutkittavaa ilmiötä ja siinä havaittuja yhteyksiä ja vaikutussuhteita. Analyysinä kvantitatiivinen menetelmä vaatii asioiden vahvaa teoreettista hallintaa, ymmärtämistä, tulkitsemista ja luovuutta. (Ronkainen ym. 2013, 84.) Aineisto analysoitiin Microsoft Excel -taulukkolaskentaohjelmaa hyväksi käyttäen ja avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

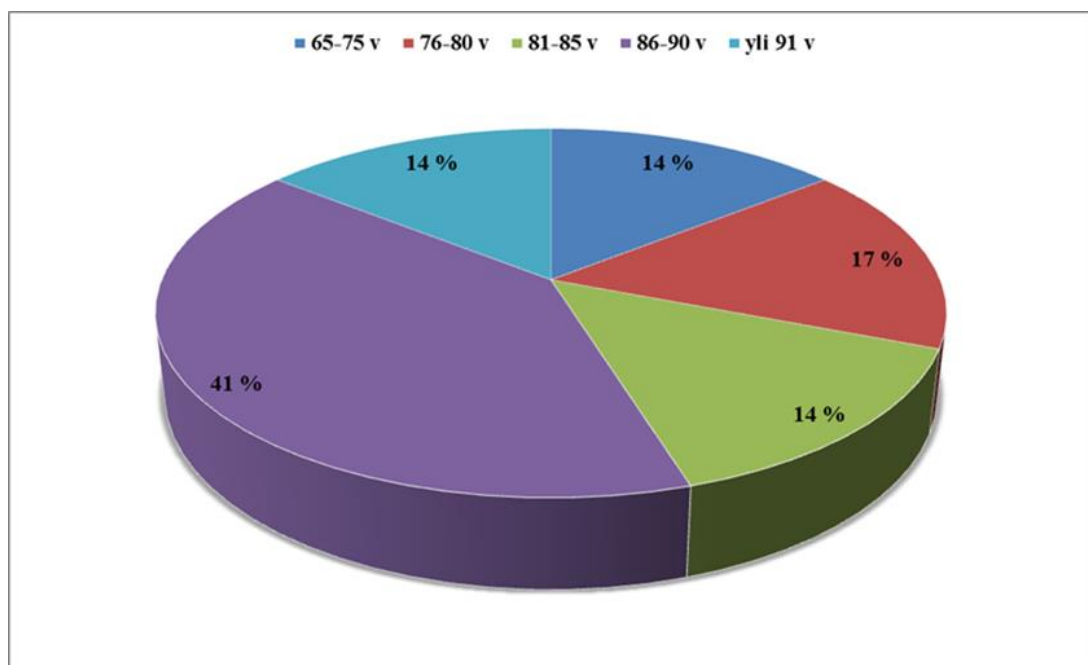
8.1 Tutkimukseen osallistuneiden sukupuoli- ja ikäjakauma

Suunterveydentilan arviointiin ja ravitsemustilan arviointiin osallistui n=42 kotihoidon asiakasta, joista naisia oli 26 ja miehiä 16 (Kuvio 2).



Kuvio 2. Tutkimukseen osallistuneiden sukupuolijakauma

Tutkimuksen suurimman ikäryhmän muodostivat toiseksi vanhimmat eli 86–90 vuotiaat, joita oli 17. Muissa ikäryhmissä tutkittavien määrä oli luokkaa 6–7 henkilöä (Kuvio 3).



Kuvio 3. Tutkimukseen osallistuneiden ikäjakauma

8.2 Suunterveyden arviointi

8.2.1 Hammasstatus

Hammasstatuksessa selvitettiin tutkimukseen osallistuneiden hampaiston tilanne, omahampaisuus, kokoproteesit sekä ylä- ja/tai alaleuan osaproteesit, sekä täysin hampaaton suu. Hampaattomassa suussa huomioitiin vielä vaihtoehdot: ei proteeseja tai proteesit eivät käytössä. Tutkimukseen osallistuneista (n=42) kolmasosalla oli omat hampaat sekä ylä- että alaleuassa. Omahampaisia miehiä oli 50 % ja naisia 23 %. Naisista puolella oli proteesi sekä ylä- että alaleuassa, kun taas miehillä ne olivat noin kolmasosalla. Naisista 15 %:lla oli käytössä vain yläproteesi ja hampaaton alaleuka, kun taas miehillä ei vastaavaa esiintyvyyttä ollut. Osaproteesin käyttö sekä ylä- että alaleuassa oli harvinaista tässä tutkimusjoukossa. Täysin hampaaton suu oli myös harvinaista (Taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkittavien hampaat sukupuolen mukaan

	Miehet	%-osuus	Naiset	%-osuus	Kaikki	%-osuus
Omat hampaat sekä ylä- että alaleuassa	8	50 %	6	23 %	14	33 %
Osaproteesi sekä ylä- että alaleuassa	1	6 %	0	0 %	1	2 %
Proteesi ja omia hampaita alaleuassa	2	13 %	2	8 %	4	10 %
Proteesi ja hampaaton alaleuka	0	0 %	4	15 %	4	10 %
Proteesi sekä ylä- että alaleuassa	5	31 %	13	50 %	18	43 %
Hampaaton suu sekä ylä- että alaleuassa	0	0 %	1	4 %	1	2 %
Yhteensä	16	100 %	26	100 %	42	100 %

8.2.2 Yksilölliset suunhoitovälineet ja -aineet

Osallistujien yksilölliset suunhoitovälineet arvioitiin asteikolla ok = kunnossa, v = vaihdettava tai s = suositellaan käytettävän. Suunhoitovälineistä selvitettiin osallistujan hammas- tai proteesiharjan kunto ja soveltuvuus puhdistukseen. Samoin arvioitiin hammastahnan ja proteesien puhdistusaineen sekä hammasvälien puhdistusvälineiden tarkoituksenmukaista käyttöä. Myös suun limakalvojen hoitovälineiden tarve ja kuivan suun kostutusgeelin sekä ksylitolipastillien käyttötarvetta arvioitiin.

Tutkimukseen osallistuneilla oli pääasiassa manuaalisia hammasharjoja käytössä: vain yksi tutkituista käytti sähköhammasharjaa. Omahampaisilla tutkittavilla 71 %:lla hammasharja oli hyvässä kunnossa. Tutkituista 29 % sai kehotuksen vaihtaa hammasharjaa. Hammasharjan vaihdon syytä oli pääasiassa vanha harja, jossa harjakset ”harottivat” tai harja oli huonossa kunnossa. Suurin osa (93 %) tutkituista käytti hammastahnaa hampaiden pesussa. Tutkimusjoukossa 7 % ei käyttänyt lainkaan hammastahnaa ja heille käyttöä suositeltiin. Säännöllinen hammasvälien puhdistaminen toteutui oikeanlaisilla välineillä 29 %:lla. Samansuuruiselle joukolle suositeltiin hammasvälien puhdistusvälineiden hankkimista ja niiden käyttämistä. Ksylitolipastillien käyttöä ei ollut omahampaisten ryhmässä. Niiden käyttöä suositeltiin kuitenkin 7 %:lle. Myöskään kuivan suun kostutusgeeli ei ollut kenelläkään käytössä.

Niillä tutkittavilla, joilla oli sekä omia hampaita että proteesi, hammasharja oli 80 %:lla hyvässä kunnossa ja 20 %:lla hammasharja kehoitettiin vaihtamaan. Tämän ryhmän tutkittavista 20 %:lla oli hammasharjan lisäksi käytössä myös hyväkuntoinen proteesiharja. Samansuuruiselle joukolle (20 %) kehoitettiin proteesiharjan vaihtoa. Proteesiharjan käyttöön ottamista suositeltiin 40 %:lle tavallisen hammasharjan lisäksi. Hammastahnaa käytti 60 % ja sen käyttöä suositeltiin 20 %:lle. Lisäksi proteesien puhdistukseen vain 20 % käytti niille tarkoitettua puhdistusainetta ja 60 % suositeltiin esimerkiksi tummumien johdosta proteesipuhdistusainetta. Ksylitolipastillien ja kuivan suun kostutusgeelin käyttöä ei myöskään tässä ryhmässä ollut.

Tutkittavilla, joilla oli kokoproteesi ylä- ja alaleuassa, hampaaton alaleuka tai kokonaan hampaaton suu (n=23), oli käytössä niin hammasharjoja kuin proteesiharjoja. Hammasharjaa käyttävistä 13 %:lla harja oli hyvässä kunnossa. Täysin hampaattomalle (ei proteeseja käytössä) suositeltiin pehmeän hammasharjan käyttöä katteisen kielen puhdistukseen. Hyväkuntoinen proteesiharja oli 39 %:lla, kun taas proteesiharjan vaihtokehotuksen sai suurempi osa (43 %). Proteesiharjan käyttöä suositeltiin 13 %:lle, koska proteesiharjan kaksipuoliset erilaiset harjasosat mahdollistavat proteesien paremman puhdistustuloksen. Tutkittavista 52 % käytti joko proteesien puhdistusainetta (39 %) tai tavallista hammastahnaa (13 %). Lähes puolet proteesin käyttäjistä ei käyttänyt puhdistusainetta, vaan pesi pelkällä vedellä. Proteesien puhdistusainetta suositeltiin 57 % proteesien käyttäjistä. Tähän ryhmään kuuluivat myös henkilöt,

joille suositeltiin tehostettua proteesien puhdistusta esimerkiksi Gorega Tabsia tai vastaavaa käyttäen. Proteesien käyttäjistä ksylitolipastilleja sanoi käyttävän vain 4 % tutkituista. Ksylitolipastillien käyttöä suositeltiin kuivan suun oireisiin 13 %:lle tutkituista.

8.2.3 Suunterveyden arvioinnin tulokset

Tutkittavien suunterveyttä arvioitiin huulten, suun limakalvojen, ikenien, kielen, hampaiden ja proteesien osalta. Suunterveyden arvioinnissa käytettiin numeerista kolmiportaista asteikkoa 1–3, jossa numero 1= Hyvä päivittäinen suunhoito, 2= Tarvitsee tehostetun suunhoidon ja 3= Ota yhteys hammashoitolaan.

Tutkittavien huulien terveyttä arvioitaessa huomioitiin huulten väri (vaaleanpunaiset), kosteus ja eheys. Tutkimushetkellä huulet olivat hyvässä kunnossa naisista 85 %:lla ja miehistä 75 %:lla. Tehostettua huulten hoitoa tarvitsi naisista 8 % ja miehistä 25 %. Huulien limakalvomuutosten osalta naisista kaksi ohjattiin hammaslääkärin arvioon.

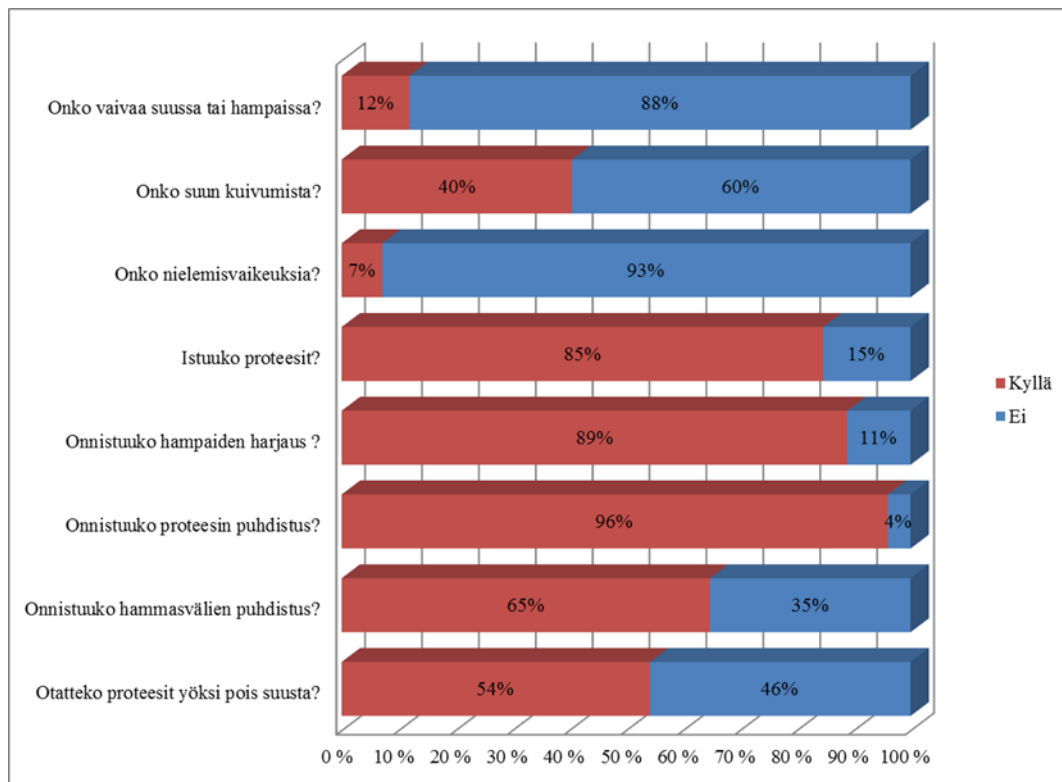
Suun limakalvot ja ikenet olivat runsaalla puolella 52 % tutkituista väriltään vaaleanpunaiset, kosteat, ehjät ja ikenet kiinteät. Naisilla kolmasosalla ja miehillä yli puolella limakalvot ja ikenet olivat hyvässä kunnossa. Tehostettua suun hoidon tarvetta limakalvojen ja ikenien osalta oli naisilla 46 %:lla ja miehistä 31 %:lla. Heillä esiintyi muun muassa kitalaen hautumaa, punoitusta tai valkoista katetta limakalvoilla, ikenien arkuutta, ientulehdusta sekä haavaumia. Naisista 8 % ja miehistä 6 % sai kehotuksen ottaa yhteyttä hammashoitolaan, mikäli 14 vuorokauden seurannan ja tehostetun suun puhdistuksen jälkeen limakalvo- ja/tai ienongelma ei poistu. Corsodylin käyttöä suositeltiin muutamille tutkituille.

Alle puolella tutkituista kieli oli hyvässä kunnossa, kielen väri, kosteus ja nystyt huomioiden. Tehostettua kielen puhdistusta tarvitsi 60 % tutkituista. Suurimpana ongelmana heillä oli valkoinen, katteinen kieli tai kielen laikkuisuus. Kieli ohjattiin puhdistamaan varoen pehmeällä hammasharjalla.

Hyvä päivittäinen hampaiden puhdistus toteutui vain 17 %:lla tutkituista, joilla oli omat hampaat. Heillä hampaan pinnat olivat puhtaat, ei näkyviä peitteitä (plakkia) eikä ruuantähteitä. Tehostettua hampaiden puhdistusta tarvitsi 50 %. Hammashoitolaan joko suuhygienistin tai hammaslääkärin vastaanotolle ohjattiin tutkittavista 33 %. Tutkittavilla, joilla oli tehostetun hoidon tarvetta tai ohjattiin jatkohoitoon hammashoitolaan, esiintyi ongelmina hammaskiveä, kariesta, lohjenneita/teräviä hampaita sekä ientulehdusta.

Proteesien käyttäjistä 44 %:lla oli puhtaat, toimivat proteesit, jotka istuvat hyvin ja joilla syöminen onnistuu. Tehostettua proteesien puhdistusta tarvitsi 48 % proteesien käyttäjistä. Heillä proteesien ulko- tai sisäpinnoilla oli peitteitä tai ruuantähteitä. Muutamalla tutkittavista oli ongelmia proteesien käytön kanssa ja heidät ohjattiin ottamaan yhteyttä hammasteknikkoon. Ongelmina heillä esiintyi alaproteesin sopimattomuutta ja alaikenien madaltumista.

Tutkimukseen sisältyi tutkittavan oma arviointi suun terveydestä ja hoidosta (Kuvio 4). Tutkittavista 40 % koki kuivan suun oiretta. Miehistä lähes joka toinen ja naisista lähes joka kolmas kertoi kuivan suun ongelmaa esiintyvän joko jatkuvasti tai ajoittain, esimerkiksi yöaikaan. Nielemisvaikeuksia koki 7 % tutkituista. Proteesien istuvuuden huonoksi koki viisi henkilöä. Oma-arviointina päivittäinen hampaiden harjaus onnistui 89 %:lla, tutkituista vain 11 % koki, että tarvitsisi apua hampaiden harjauksessa. Proteesien päivittäinen puhdistaminen onnistui lähes kaikilta proteesin käyttäjältä. Hammasvälien puhdistaminen onnistui 65 %:lla tutkituista. lähes Kaikille hammasvälien puhdistaminen ei ollut päivittäinen rutiini, vaan se suoritettiin tarpeen mukaan. Vastaajista 1535 % koki, että hammasvälien puhdistaminen ei onnistu



Kuvio 4. Oma arvio suun terveydestä; kaikki tutkimukseen osallistuneet n=42

Avoimena kysymyksenä kartoitettiin, missä tutkittavat säilyttävät proteeseja, silloin kun ne eivät ole suussa. Proteesien käyttäjistä 54 % otti proteesit pois suusta yöajaksi ja 46 % piti proteesit suussa. Kokoproteesin käyttäjistä naisilla oli miehiä yleisempää se, että he ottivat vain alaproteesin yöksi pois yläproteesin ollessa suussa. Yleisin proteesien säilytyspaikka oli vesilasissa, osa säilytti proteeseja kuivassa ja rasiassa, osa kuivassa ja paperiin käärittynä ja muutama lavuaarin reunalla.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös, milloin tutkittava on viimeksi käynyt hammashuollossa hammaslääkärin tai hammashoitajan vastaanotolla. Tutkittavista 26 % ei muistanut milloin on viimeksi käynyt hammashuollossa. Puolet tutkittavista kertoi käyneensä hammaslääkärin vastaanotolle viimeisen kahden vuoden aikana, aikahaarukassa 2–4 vuotta 2 %, 4–6 vuotta 7 %, 6–8 vuotta ei yhtään henkilöä ja 10 % ilmoitti käyneensä yli 10 vuotta sitten hammaslääkärin vastaanotolla. Tutkittavista 5 %:lla oli hammaslääkäri käynnistä kulunut aikaa yli 10 vuotta. He kertoivat kuitenkin käyneen hammaslääkärin vastaanotolla 2-4 vuoden aikana. Hammaslääkärillä käyntiä suositeltiin

40 %:lle ja suuhygienistille käyntiä 24 %:lle tutkittavista. Neljälle tutkittavalle varattiin heti aika hammaslääkärille ja heistä yhdellä oli akuutti tarve. Osa tutkittavista laitettiin joko hammaslääkärin tai suuhygienistin kutsujonoon.

8.2.4 Yhteenveto suunterveydestä

Yhteenvetona todetaan, että tutkimukseen osallistuneista kokoproteesit olivat käytössä enemmistöllä 43 % ja omahampaisten osuus oli 33 %. Jokin muu proteesiratkaisu oli 22 %:lla ja täysin hampaaton suu 2 %:lla tutkituista. Suunterveydenhoitovälineistä omahampaisilla manuaalinen hammasharja oli käytössä enemmistöllä ja vain yhdellä oli käytössä sähköhammasharja. Suurimmalla osalla hammasharja oli hyvässä kunnossa ja hammastahnan käyttö suositusten mukaista. Tutkituista kuitenkin 29 % sai kehotuksen vaihtaa hammasharjan. Ne tutkittavat, joilla oli jokin osaproteesiratkaisu, käyttivät pääasiassa hammasharjaa. Osalle heistä suositeltiin lisäksi proteesiharjan käyttöönottoa osaproteesien puhdistukseen. Sekä hampaat että proteesit puhdistettiin pääasiassa hammastahnalla. Myös proteesien puhdistusainetta suositeltiin käytettäväksi suurimmalle osalle tutkituista. Hampaattoman suun puhdistukseen ei käytetty mitään puhdistusvälinettä. Kokoproteesin käyttäjistä noin 43 %:lla oli huonokuntoinen proteesiharja ja osalla oli käytössä vain hammasharja proteesien puhdistukseen. Kokoproteesin käyttäjistä suurimmalle osalle suositeltiin käyttöön proteesien puhdistusainetta. Hammasvälien puhdistus toteutui huonosti tutkituilla. Ksylitolipastillien käyttö oli tutkimuksen mukaan vähäistä samoin kuivan suun kostutusgeelin käyttö. Tutkimustulosten mukaan suurimmalla osalla ikääntyneistä on ohjauksen ja tuen tarvetta suunhoitovälineiden käytöstä.

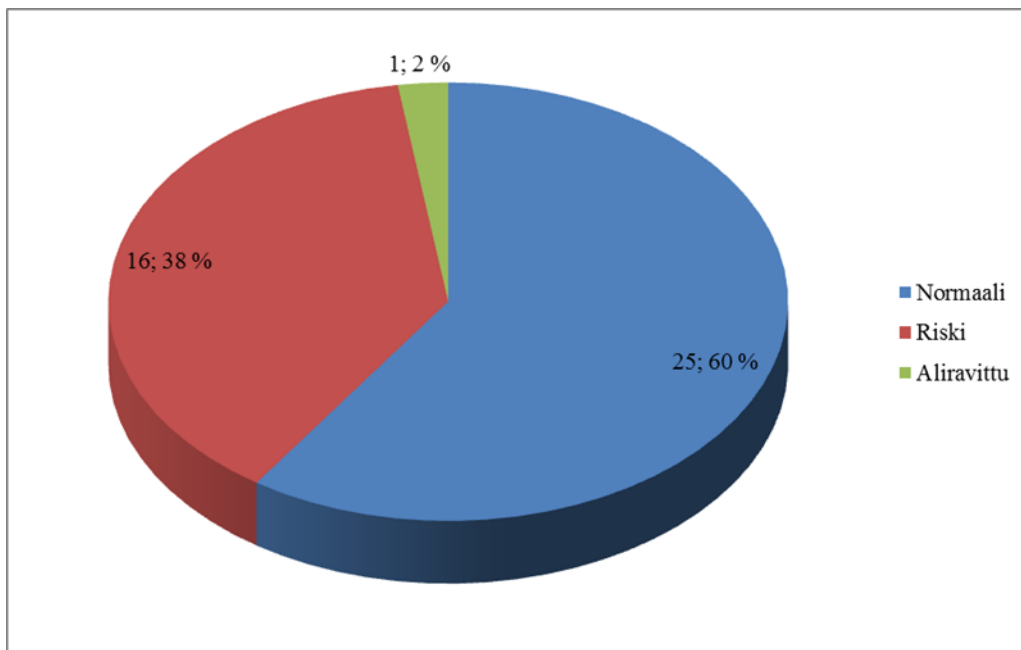
Tutkimustuloksista esiin nousi tehostetun suunhoidon tarve suun limakalvojen ja ikenien (41 %) sekä kielen (60 %) puhdistamisen osalta. Omia hampaita omaavista tutkituista puolet tarvitsi tehostettua suunhoitoa ja vain 17 %:lla toteutui hyvä päivittäinen suunhoito. Tutkituista, joilla oli omia hampaita, kolmasosa ohjattiin hammashoitolaan joko hammaslääkärin tai suuhygienistin vastaanotolle. Proteesien käyttäjistä lähes puolet tarvitsi tehostettua suunhoitoa. Proteesin käyttäjistä seitsemällä prosentilla esiintyi jatkohoidon tarvetta proteesien huonon istuvuuden vuoksi.

Suun kuivuminen oli ongelmana 40 %:lle tutkituista. Miehistä lähes joka toinen ja naisista lähes joka kolmas kertoi kuivan suun ongelmaa esiintyvän joko jatkuvasti tai ajoittain. Nielemisvaikeuksia oli 7 %:lla tutkituista. Suurimmalla osalla (89 %), hampaiden harjaus onnistui ja vain 11 % koki tarvitsevansa apua hampaiden harjauksessa. Proteesien puhdistaminen onnistui lähes kaikilta proteesin käyttäjiltä. Kuitenkin hammashoitajan tekemän suunterveyden arvioinnissa hampaiden ja proteesien osalta, tulokset osoittivat tehostetun suunhoidon tarpeen olevan huomattavan suuri. Hammasvälien puhdistaminen onnistui 65 %:lla tutkituista, mutta kaikilla se ei kuitenkaan kuulunut päivittäisiin rutiineihin. Vastaajista 35 % koki, että hammasvälien puhdistaminen ei onnistu. Kaikilla tutkittavilla ei ollut riittävää tietoa hammasvälien puhdistamisen mahdollistavista välineistä

Yli puolet vastasi ottavansa proteesit yöksi pois suusta. Kokoproteesin käyttäjistä naiset jättivät miehiä useammin yläproteesin yöksi suuhun. Suurimmalla osalla tutkituista oli tietoa proteesien säilyttämisestä. Puolet tutkituista oli käynyt hammaslääkärin tai suuhygienistin vastaanotolla viimeisen kahden vuoden aikana. Kymmenen tutkittavan hammashuollon käynnit ajoittuivat aikahaarukkaan yli kahdesta vuodesta yli kymmeneen vuoteen. Yhdellätoista henkilöllä ei ollut muistikuvaa hammashuollon käynnistään.

8.3 Ravitsemustilan arvioinnin tulokset

Seuraavassa esitellään koko tutkimusjoukon (n=42) MNA-testin tulokset seulontaosion osalta aihealueittain. Niillä tutkittavilla, joilla seulontaosion perusteella oli normaali ravitsemustila (12 pistettä tai enemmän), ei MNA-testiä jatkettu arviointiosaan. Testiä jatkettiin arviointiosaan vain, jos riski virheravitsemukselle oli kasvanut tai tutkittavalla todettiin olevan aliravitsemustila. Tutkittavista 60 %:lla oli normaali ravitsemustila, 38 %:lla oli kasvanut riski virheravitsemukselle ja 2 %:lla oli aliravitsemustila (Kuvio 5).

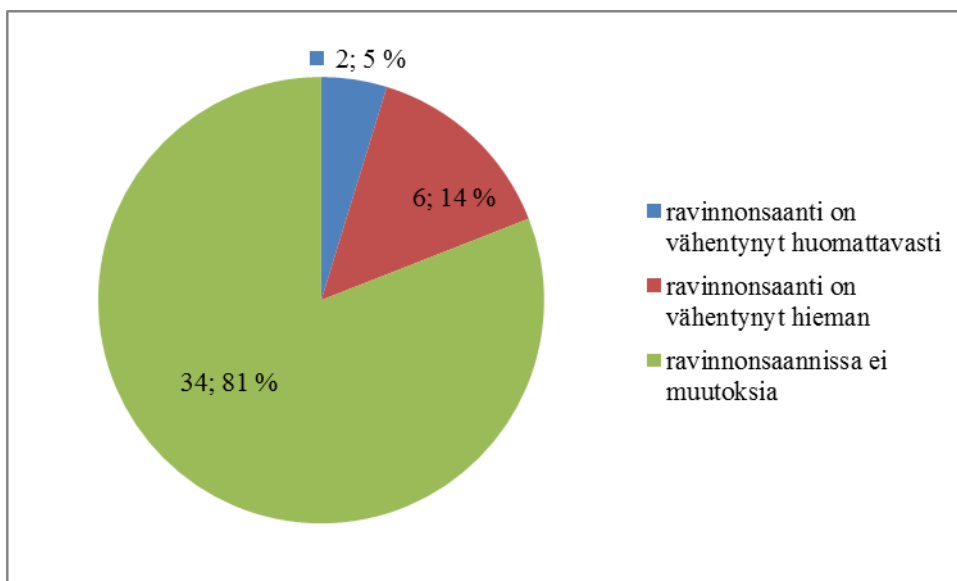


Kuvio 5. MNA-testi kaikki tutkittavat

Näiden 17 tutkittavan MNA-testiä jatkettiin ravitsemustilan arviointiosioon. Ravitsemustilan arviointiosio antoi lisäinformaatiota mahdolliseen ravitsemustilan heikkeneemiseen johtavista syistä.

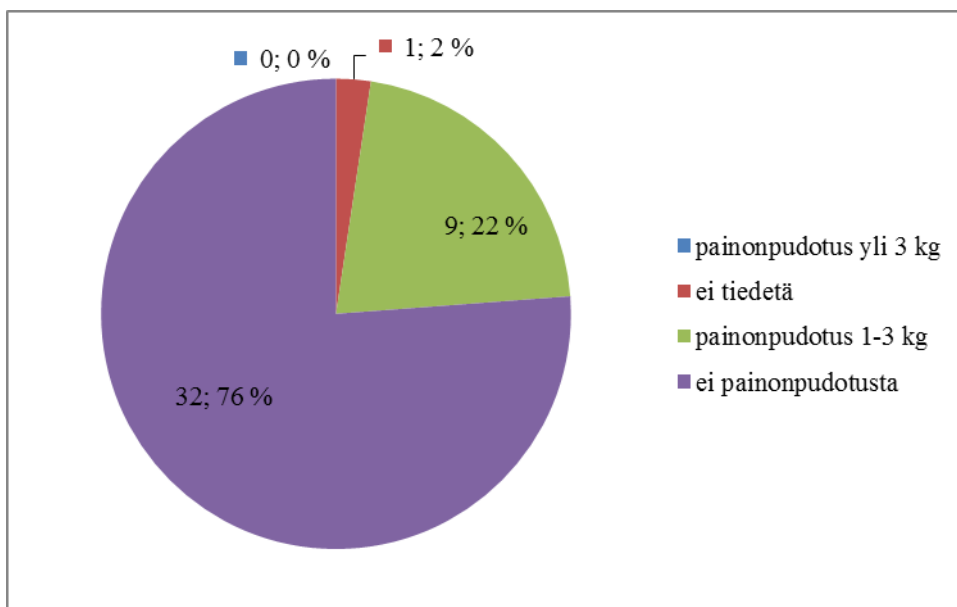
8.3.1 Ruokahalu, painonpudotus ja painoindeksi

Seulontaosion ensimmäisessä kysymyksessä arvioitiin, oliko tutkittavan ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia. Suurimmalla osalla tutkituista ravinnonsaanti ei ollut vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana. Tutkittavista vain 5 % koki ravinnonsaannin vähentyneen huomattavasti (Kuvio 6).



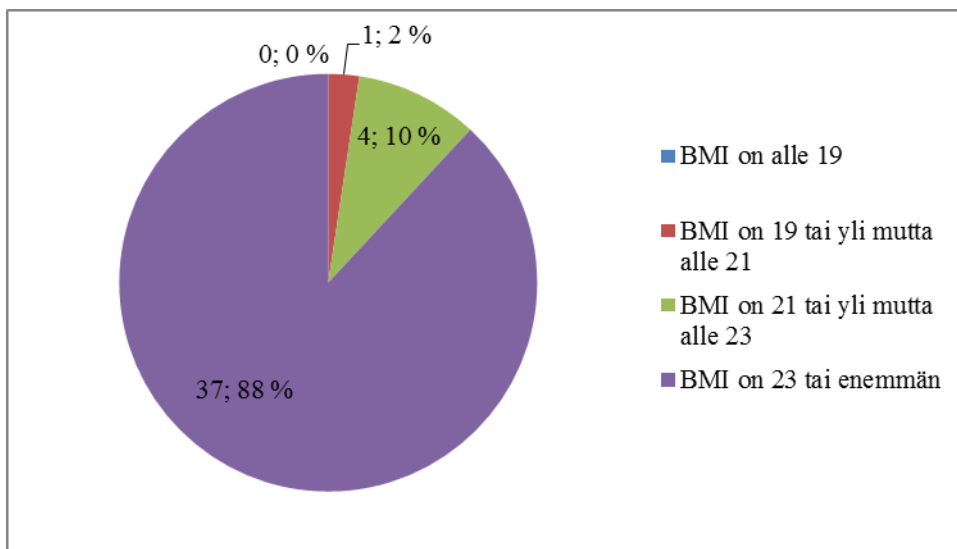
Kuvio 6. Tutkittujen ravinnonsaannin väheneminen viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia (n=42)

Tutkituista 76 %:lla paino oli pysynyt samana viimeisen kolmen kuukauden aikana. Paino oli pudonnut tutkituista 22 %:lla yhdestä kolmeen kiloa ja vain yksi henkilö ei tiennyt, oliko painossa tapahtunut muutoksia viimeisen kolmen kuukauden aikana (Kuvio 7).



Kuvio 7. Tutkittujen painonpuutos kolmen viime kuukauden aikana (n=42)

Suurimmalla osalla tutkituista painoindeksi (BMI) oli 23 tai enemmän. Ryhmään, jossa painoindeksi oli 21 tai yli, mutta alle 23 kuului 10 % tutkituista. Yhdellä tutkitavista painoindeksi oli 19 tai yli, mutta alle 21 (Kuvio 8).



Kuvio 8. Tutkittujen painoindeksi eli BMI kg/m² (n=42)

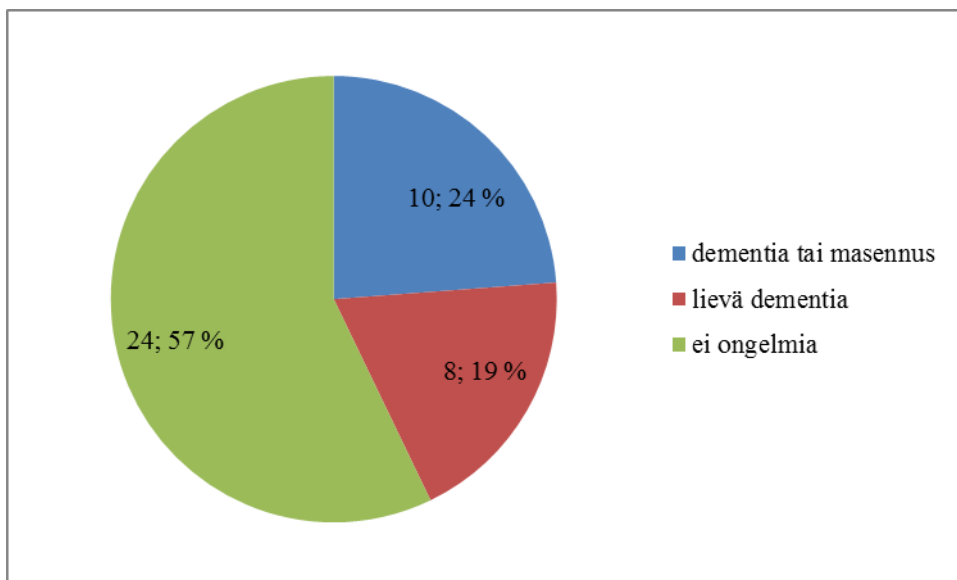
8.3.2 Liikkuminen, sairastaminen ja neuropsykologinen tila

Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä 64 % ilmoitti kykenevänsä liikkumaan ulkona. Tutkituista 34 % pääsi ylös sängystä, mutta ei käynyt ulkona itsenäisesti. Yksi tutkituista oli vuoteeseen hoidettava ja pyörätuoliin avustettava.

Tutkituista 21 % oli kokenut viimeisen kolmen kuukauden aikana psyykkistä stressiä tai heillä oli ollut akuutti sairaus. Kysymyksessä psyykkisellä stressillä tarkoitettiin sellaisia tapahtumia, joilla on ollut huomattavia vaikutuksia ikääntyneelle yksilötasolla, kuten omaisen menetyks tai muutto. Akuutilla sairaudella tässä tutkimuksessa tarkoitettiin sairautta, joka on vaatinut lääkärissä käyntiä tai sairaalahoitoa viimeisen kolmen kuukauden aikana. Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä 79 % ei ollut kokenut psyykkistä stressiä tai akuuttia sairautta viime kuukausina.

Neuropsykologisia oireita, kuten dementiaa tai masennusta oli 24 % tutkimukseen osallistuneella. Lievää muistamattomuutta esiintyi lähes yhtä suurella joukolla. De-

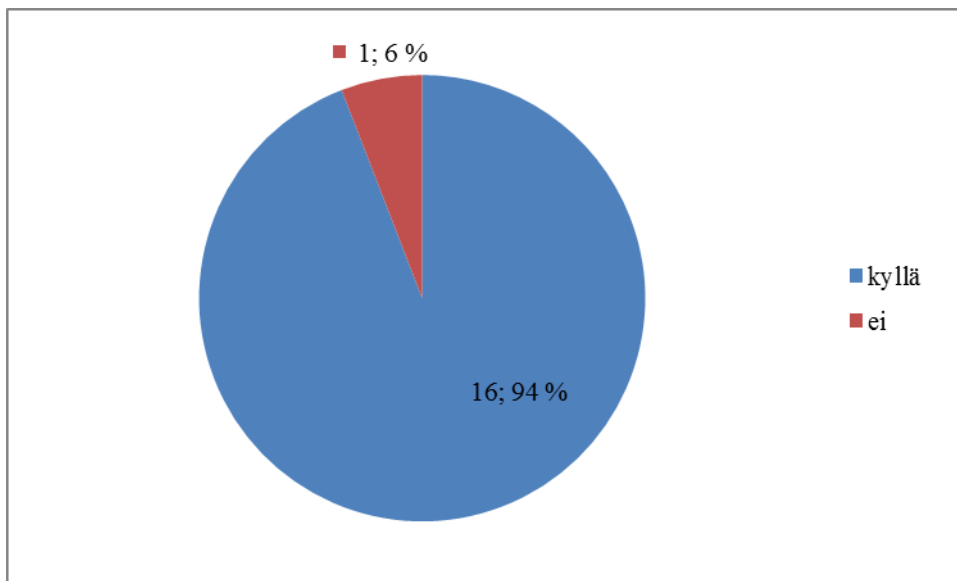
mentia tai masennusdiagnoosi tarkistettiin tutkittavan sairauskertomuksesta, jos asiassa oli epäselvyyttä. Niissä tapauksissa, joissa dementia tai masennusdiagnoosia ei löytynyt, mutta hoitajan mielestä tutkittavalla on lievää dementiaa tai masennusta, annettiin 1 piste. Ikääntyneistä yli puolella ei esiintynyt neuropsykologisia ongelmia (Kuvio 9).



Kuvio 9. Tutkittujen neuropsykologiset ongelmat (n=42)

8.3.3 Reseptilääkkeiden käyttö ja ihon kunto

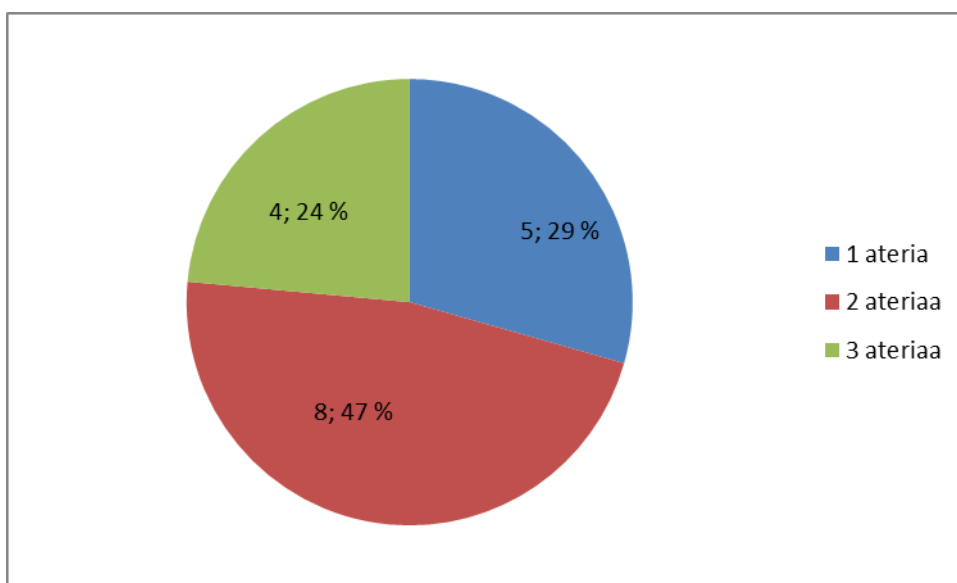
Seulontaosion tuloksien perusteella MNA-testiä jatkettiin n=17 tutkittavan kanssa arviointiosioon. Virhe- tai aliravitsemusriskissä oli naisista 12 ja miehistä viisi. Arviointiosion tutkittavista lähes kaikki käyttivät enemmän kuin kolmea reseptilääkettä päivittäin ja vain yhdellä ikääntyneellä oli päivittäisessä käytössä alle kolme lääkärin määräämää reseptilääkettä (kuvio 10). Yhdellä ikääntyneellä oli iholla painehaavoja.



Kuvio 10. Aliravitsemusriskin omaavien tutkittujen päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä (n=17)

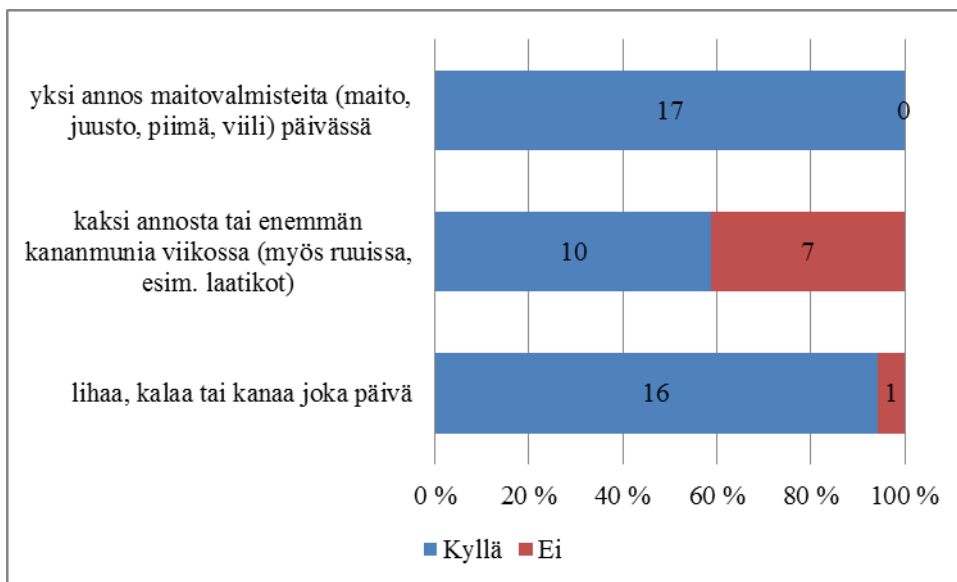
8.3.4 Päivittäiset ateriat ja eri ruoka-aineiden käyttö

Arviointiosioon osallistuneista ikääntyneistä 29 % söi vain yhden lämpimän aterian päivässä. Kaksi lämmintä aterialla päivässä söi lähes puolet ikääntyneistä ja kolme aterialla päivässä söi 24 % tutkimuksen ikääntyneistä (Kuvio 11).



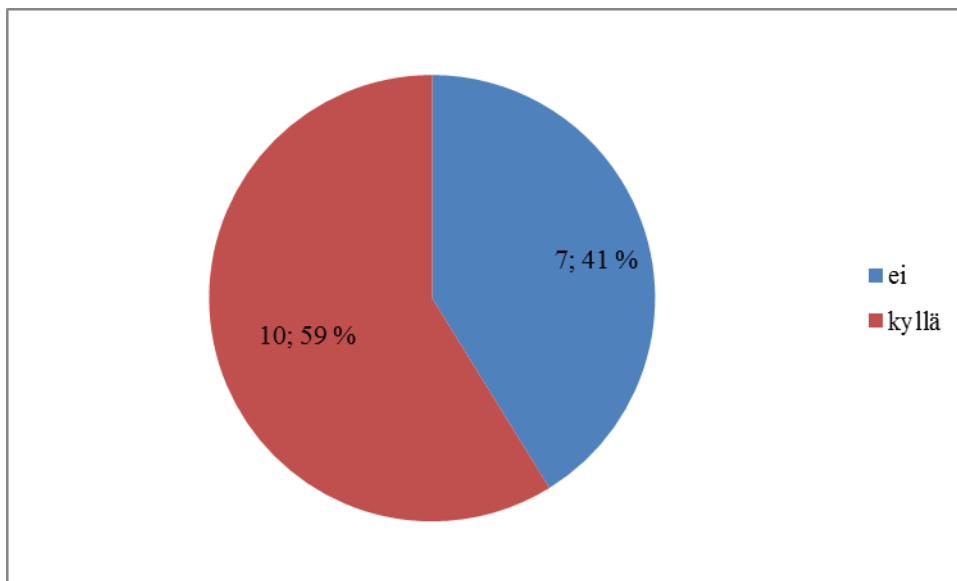
Kuvio 11. Aliravitsemusriskin omaavien tutkittujen syömät päivittäiset lämpimät ateriat (n=17)

Arviointiosiossa selvitettiin ikääntyneiden päivittäistä proteiinin saantia. Kaikki 17 tutkittavaa ilmoittivat nauttivansa päivittäin ainakin yhden annoksen maitovalmisteita. Tutkittavista 59 % käytti kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa, kun taas 41 % käytti niitä harvemmin. Suurin osa tutkituista söi lihaa, kalaa tai kanaa päivittäin (Kuvio 12).



Kuvio 12. Aliravitsemusriskin omaavien tukittujen viikoittainen ruokavalio sisältää (n=17)

Tutkituista yli puolet sanoi käyttävänsä päivittäin vähintään kaksi annosta hedelmiä ja vihanneksia. Ikääntyneistä 41 % kertoi nauttivansa hedelmiä ja vihanneksia harvemmin. Yhdellä annoksella tarkoitetaan tutkimuksessa yhtä keskikokoista hedelmää, esimerkiksi omenaa, banaania, appelsiinia, lasillista tuoremehua tai aterian yhteydessä nautittua vihannesannosta (Kuvio 13).



Kuvio 13. Aliravitsemusriskin omaavat tutkitut, joiden päivittäiseen ruokavalioon kuuluu kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia (n=17)

Arviointiosion tutkituista 59 % ilmoitti nauttivansa nesteitä, kuten kahvia, teetä, maitoa tai mehua yli viisi kupillista tai lasillista päivittäin. 41 % ilmoitti nauttivansa nesteitä 3–5 kupillista tai lasillista ja kukaan ei nauttinut alle kolmea lasillista.

8.3.5 Tutkittavien oma arviointi ravitsemustilasta ja terveydentilasta

Ravitsemusarviointiin osallistuneista ikääntyneistä lähes kaikki (82 %) kokivat, että heillä ei ollut ravitsemukseen liittyviä ongelmia. Ikääntyneistä 18 % koki olevansa epävarma ravitsemustilastaan ja kukaan ei kokenut olevansa virhe- tai aliravitsemustilassa. Naisista suurin osa (92 %) piti ravitsemustilaansa hyvänä ja vain yksi heistä ei osannut arvioida ravitsemustilaansa. Miehistä yli puolet (60%) piti ravitsemustilaansa hyvänä ja muut olivat epävarmoja ravitsemustilastaan.

Tutkittavien verratessa omaa terveydentilaansa muihin samanikäisiin, vain yksi ikääntynyt koki terveydentilansa olevan muita samanikäisiä parempi. Terveydentilansa yhtä hyväksi saman ikäisiin verrattuna koki naisista kaksi ja miehistä saman verran. Terveydentilansa ikäistään huonommaksi arvioi viisi tutkittavista. Seitsemän ikääntynyttä ei osannut arvioida terveydentilaansa.

Kaikkien ravitsemusarviointiin osallistuneiden olkavarren keskikohdan ympärysmitta oli yli 22 cm. Pohkeen ympärysmitta oli kaikilla miehillä yli 31 cm. Naisista 83 %:lla pohkeen ympärysmitta oli 31 tai enemmän ja alle 31 cm:iin se jäi kahdella ikääntyneellä.

8.3.6 Yhteenvedo ravitsemustilasta

Tutkimustulosten mukaan (n=42) MNA-testin seulontaosion perusteella tutkituista 25:lla oli normaali ravitsemustila, 16:lla oli riski virheravitsemukselle kasvanut ja yhdellä oli aliravitsemustila. Tutkituista 81 %:lla ravinnon saanti ei ollut vähentynyt. Paino ei ollut pudonnut 76 %:lla viimeisen kolmen kuukauden aikana. Huomioitavaa kuitenkin on, että painon pudotusta oli yhdeksällä ikääntyneellä. Suurimmalla osalla tutkituista 88 % painoindeksi oli yli 23 ja tämän alle tutkituista jäi 12 %.

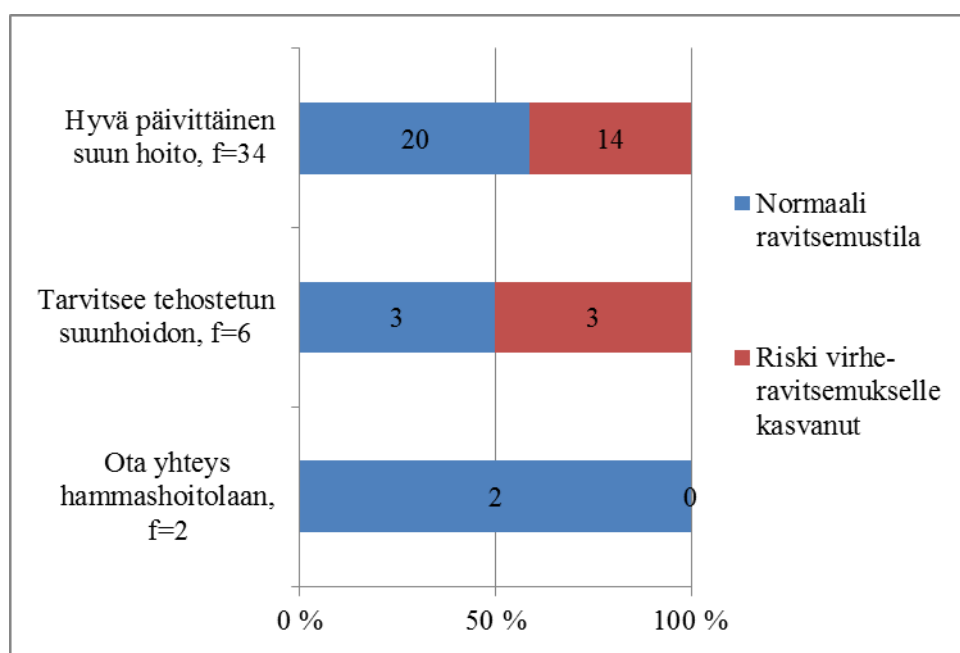
Tutkituista 64 % kykeni itsenäisesti liikkumaan ulkona ja 36 % tarvitsi apua liikkumiseensa. Tutkimuksen ikääntyneistä 79 % ei ollut sairastanut viimeisen kolmen kuukauden aikana. Ikääntyneistä yli puolella ei esiintynyt neuropsykologisia ongelmia. Diagnosoitu dementia tai masennus oli kymmenellä ikääntyneellä ja muistamattomuutta esiintyi kahdeksalla ikääntyneellä.

Seulontaosion tulosten perusteella MNA-testiä jatkettiin arviointiosioon niiden tutkimukseen osallistuneiden kanssa, jotka saivat seulontaosiosta alle 12 pistettä (n=17). Heistä virheravitsemusriskissä oli 16, joista naisia oli 11 ja miehiä viisi. Seulontaosion perusteella naisista yksi oli aliravittu. Suurimmalla osalla tutkittavista oli käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä. Tutkimukseen osallistuneista reilusti yli puolet söi hyvin eli kaksi tai kolme lämmintä ateriaa päivässä. Suosituksia vähemmän söi 29 % ikääntyneistä, heidän päivittäinen lämmin ateriansa jäi yhteen annokseen. Kaikki tutkittavat ilmoittivat nauttivansa päivittäin ainakin yhden annoksen maitovalmisteita. Samoin lihaa, kalaa tai kanaa käytti päivittäin suurin osa ikääntyneistä. Yli puolet tutkituista käytti kaksi tai useampia annoksia kananmunia viikossa. Sama suhde (59 %) oli hedelmien ja vihannesten päivittäisessä käytössä. Nesteiden nauttiminen oli 59 %:lla tutkitulla yli viisi kupillista tai lasillista päivässä.

Tutkimuksen ikääntyneistä 82 % arvioi, että oma ravitsemustila on hyvä. Epävarmoja arvioimaan omaa ravitsemustilaansa oli 18 % ja kukaan tutkituista ei kokenut olevansa virhe- tai aliravitsemustilassa. Naisista ravitsemustilansa arvioi hyväksi 92 % ja miehistä 60 %. Tutkittavien verrattessa terveydentilansa muihin saman ikäisiin vain 6 % arvioi sen paremmaksi ja 24 % koki sen yhtä hyväksi. Ikäistään huonommaksi terveydentilan arvioi 29 % ja 41 % ei osannut arvioida terveydentilaansa.

8.4 Suunterveyden yhteys ravitsemustilaan

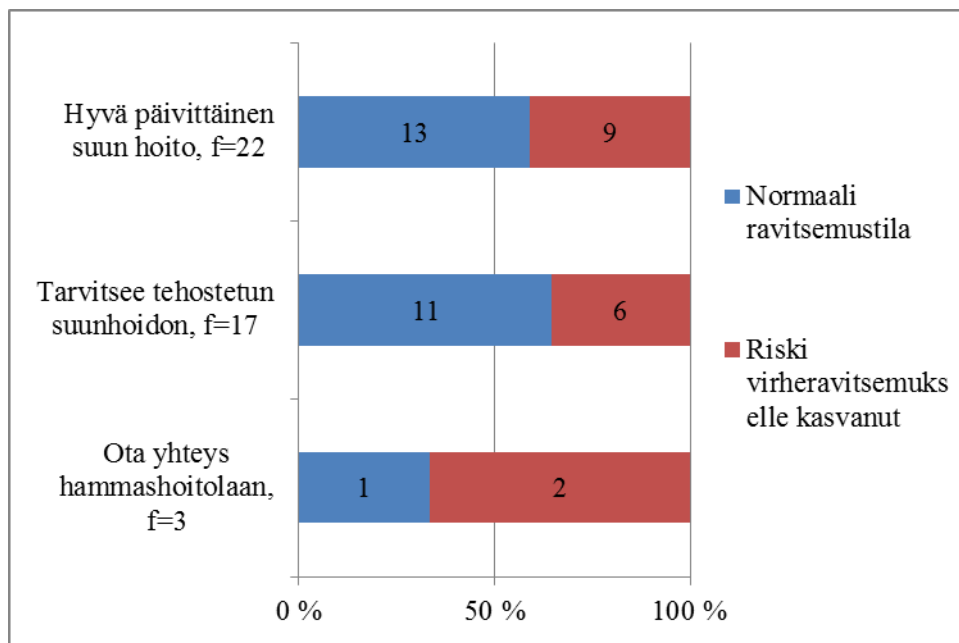
Tutkittavista suurimmalla osalla huulet ja huulia ympäröivän ihon kunto oli hyvä. Heistä yli puolella oli normaali ravitsemustila ja 41 %:lla riski virheravitsemukseen oli kasvanut. Niistä tutkituista, jotka tarvitsivat tehostettua huulten tai huulia ympäröivän ihon hoitoa oli 50 %:lla riski virheravitsemukselle kasvanut. Ne 5 % tutkittavista, jotka ohjattiin huulissa esiintyvien muutosten vuoksi hammashoitolaan, oli normaali ravitsemustila (Kuvio 14).



Kuvio 14. Hoitajan arvio suunterveydestä; huulten terveydentila suhteessa haastattelun ravitsemustilaan (MNA-testi)

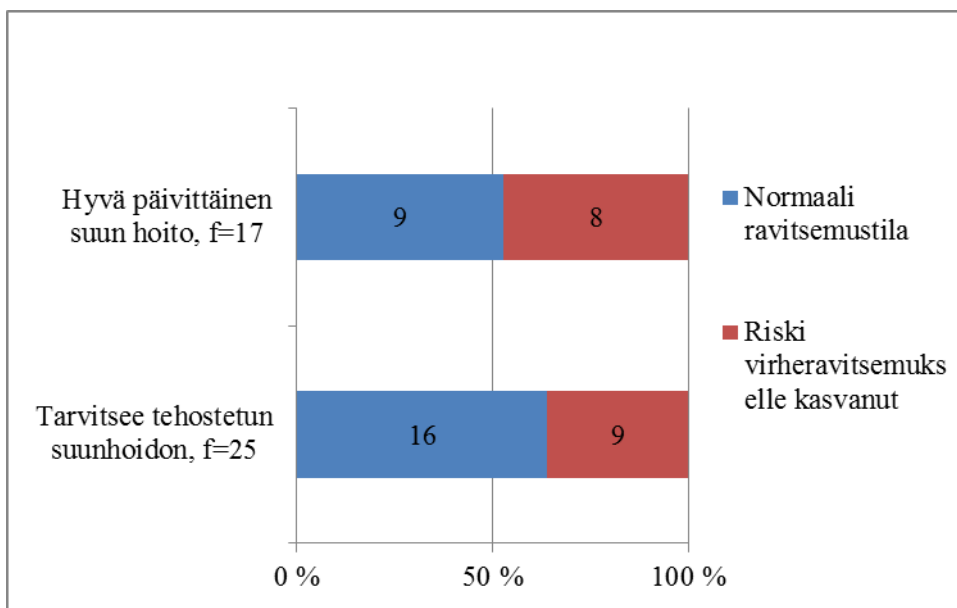
Suun limakalvojen ja ikenien terveys oli hyvä 52 %:lla tutkituista. Virheravitsemuksen riski oli kasvanut tässä ryhmässä 41 %:lla. Tehostettua suunhoitoa tarvitsevista oli

35 %:lla riski virheravitsemukselle kasvanut ja runsaalla puolella oli normaali ravitsemustila. Hammashoitolaan suun limakalvojen tai ikenien ongelmien vuoksi ohjatuista ikääntyneistä 67 %:lla oli virheravitsemuksen riski kasvanut (Kuvio 15).



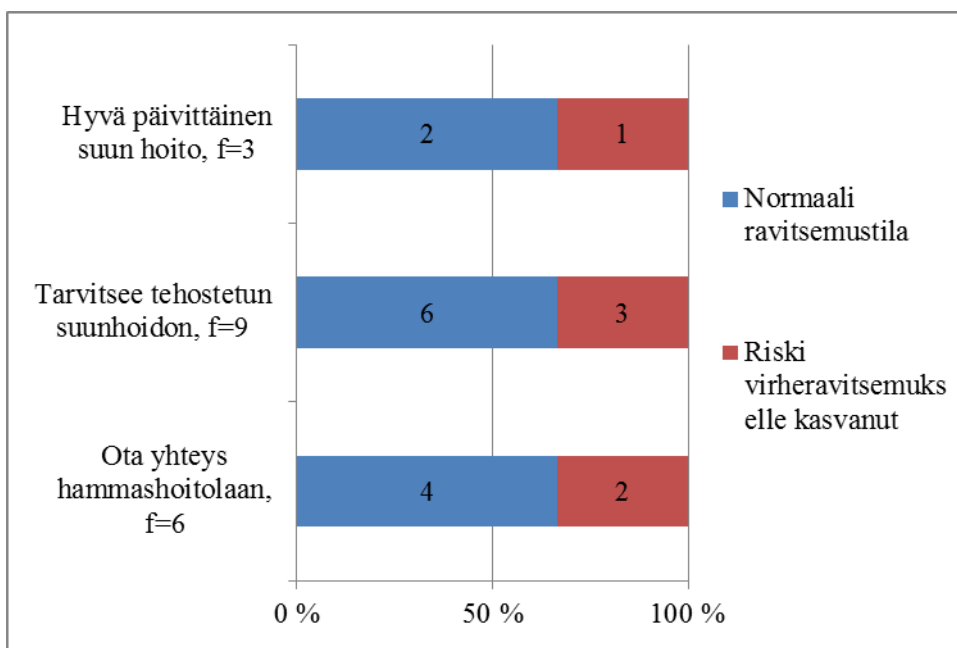
Kuvio 15. Hoitajan arvio suunterveydestä; suun limakalvojen ja ikenien terveydentila suhteessa haastatellun ravitsemustilaan (MNA-testi)

Tehostettua kielen hoitoa tarvitsi kaikista tutkituista 60 % ja heistä 36 %:lla oli kasvanut riski virheravitsemukseen. Vaikka 40 %:lla tutkimukseen osallistuneella oli hyvä kielen terveys, heistä lähes puolet oli virheravitsemusriskissä (Kuvio 16).



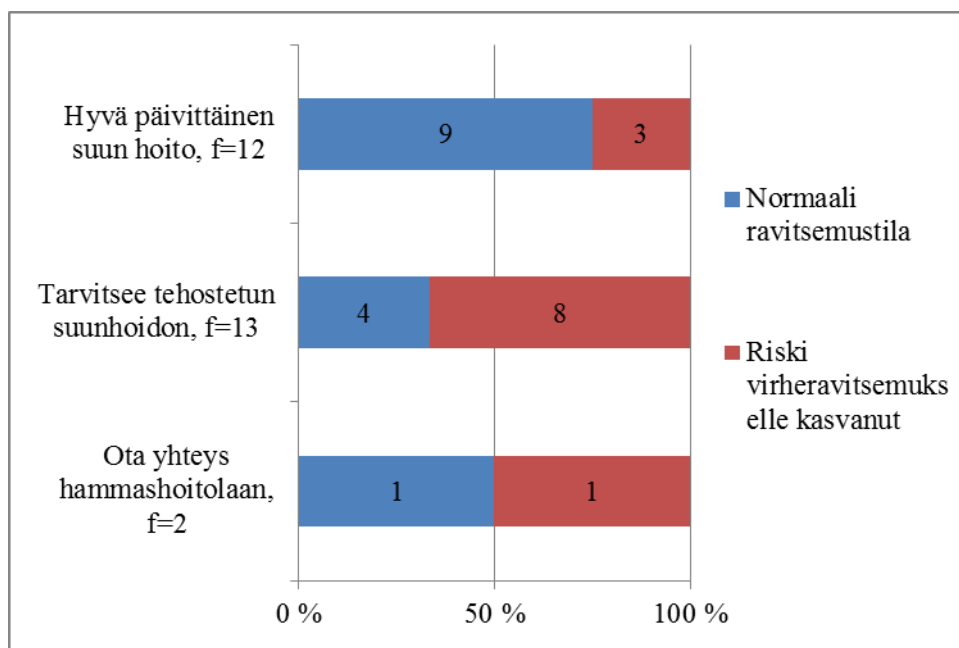
Kuvio 16. Hoitajan arvio suunterveydestä; kielen terveydentila suhteessa haastatellun ravitsemustilaan (MNA-testi)

Hyvä hampaiden puhtaus ja terveys toteutui vain kolmella tutkituista ja heistä yhdellä oli kasvanut riski virheravitsemukselle. Tehostettua hampaiden hoitoa tarvitsevista, sekä hammashoitolaan jatkotutkimuksiin ohjatuista kolmasosalla oli virheravitsemuksen riski kasvanut (Kuvio 17).



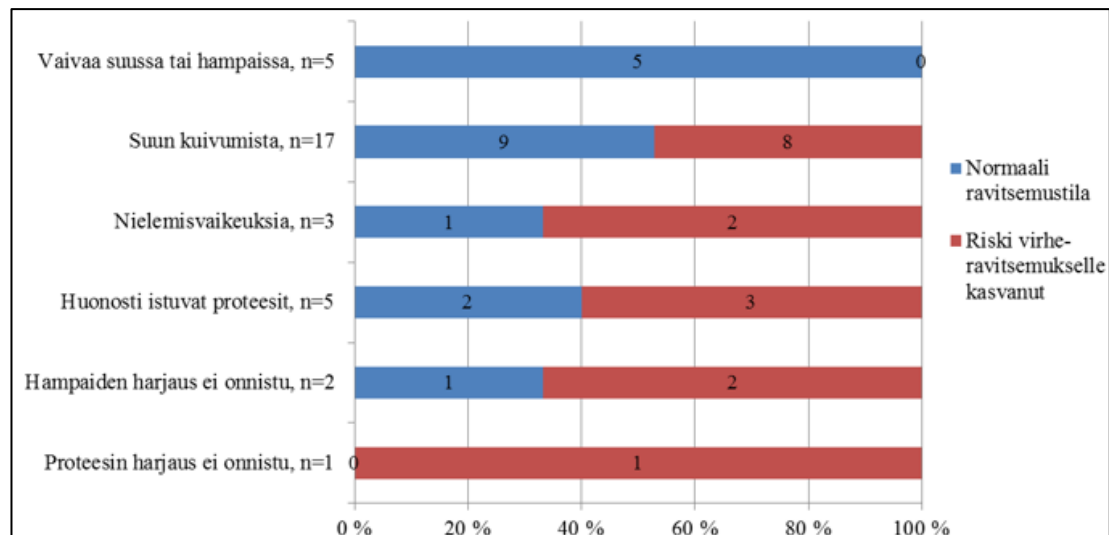
Kuvio 17. Hoitajan arvio suunterveydestä; hampaiden terveydentila suhteessa haastatellun ravitsemustilaan (MNA-testi)

Hyvä proteesien kunto ja niiden onnistunut puhdistus oli 12:lla proteesin käyttäjällä. Heistä 25 %:lla oli virheravitsemuksen riski kasvanut. Tehostettuun proteesien puhdistukseen ohjattiin tutkituista 13. Heistä yli puolella oli riski virheravitsemukselle kasvanut. Hammashoitolaan tai hammasteknikolle ohjatuista 50 %:lla oli riski virheravitsemukselle kasvanut (Kuvio 18).



Kuvio 18. Hoitajan arvio suunterveydestä; proteesien kunto suhteessa haastatellun ravitsemustilaan (MNA-testi)

Tutkimuksen ikääntyneistä, joilla esiintyi suun kuivumista, oli virheravitsemusriskissä 47 %. Ikääntyneistä 7 % koki nielemisvaikeuksia, heistä kaksikolmasosalla oli riski virheravitsemukselle kasvanut. Niistä tutkituista, jotka kokivat proteesien istuvan huonosti suuhun, virheravitsemuksen riski oli kasvanut 60 %:lla. Virheravitsemusriskissä olivat myös ne ikääntyneet, joilla oli ongelmia hampaiden tai proteesien puhdistuksen kanssa (Kuvio 19). Hammaslääkärin vastaanotolla viimeisen kahden vuoden aikana oli käynyt virheravitsemusriskissä olevista ikääntyneistä 53 %. Virheravitsemusriskissä olevista ikääntyneistä 18 %:lla hammaslääkärikäynnistä oli kulunut 5–10 vuotta ja 29 % ei muistanut milloin oli viimeksi käynyt hammaslääkärin vastaanotolla.



Kuvio 19. Tutkitun oma arvio suun ongelmista ja ongelmien vastaavuus tutkitun ravitsemustilaan

8.5 Yhteenvedo suunterveyden yhteydestä ravitsemustilaan

Tutkimustulosten mukaan kaikista tutkituista, joilla huulet ja huulia ympäröivä iho oli kunnossa, oli virheravitsemusriskissä 41 %. Tehostettua huulten tai suunpielien hoitoa tarvitsevista puolet oli virheravitsemusriskissä. Ikääntyneistä, jotka tarvitsivat tehostettua suunhoitoa tai hammaslääkärin palveluita suussa esiintyvien limakalvo- ja ienvaurioiden hoitamiseksi, oli 60 %:lla myös virheravitsemuksen riski kasvanut. Vaikka ikenet ja suun limakalvot olivat 52 %:lla hyvässä kunnossa, oli heistä 41 %:lla virheravitsemusriski kasvanut. Yli puolella tutkituista oli tarvetta kielen tehostettuun puhdistamiseen, heistä 36 %:lla oli virheravitsemustila. Vaikka tutkituista siistin kielen omaavia oli 40 %, oli tässä joukossa lähes puolella virheravitsemusriskin kasvaneen.

Omahampaisista, joka kolmas oli virheravitsemusriskissä, heillä oli myös tehostetun hammashoidon tai hammashoitolakäynnin tarve kasvanut. Niistä ikääntyneistä, jotka tarvitsivat päivittäistä tehostettua proteesien omahoitoa tai hammaslääkärin/-tekniikan palveluita, yli puolella oli virheravitsemuksen riski kasvanut. Tutkimustulosten mukaan ravitsemusongelmia oli niillä ikääntyneillä, jotka kokivat kuivan suun ongelmaa ja nielemisvaikeuksia. Ravitsemustilaan vaikutti myös huonosti istuvat proteesit sekä se, pystyikö ikääntynyt itse huolehtimaan hampaiden tai proteesien puhdistamisesta.

9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

Tämän tutkimuksen ikääntyneillä kolmasosalla oli omat hampaat sekä ylä- että alaleuassa. Ikääntyneistä enemmistöllä oli jokin proteesiratkaisu. Miehistä 31 %:lla oli käytössä kokoproteesi. Naisista lähes 70 % oli hampaattomia, heillä oli joko kokoproteesi käytössä tai yläproteesi ja hampaaton alaleuka. Terveys 2011 -loppuraportin mukaan hampaattomuus on vähentynyt viimeisen vuosikymmenen aikana. Terveys 2011 -loppuraportista selvisi, että yli 75-vuotiaista miehistä 29 % ja naisista lähes puolet olivat hampaattomia. Irrotettavia koko- tai osaproteeseja oli 65–74 -vuotiaista, joka toisella ja 75 vuotta täyttäneistä kahdella kolmasosalla (Suominen, Vehkalahti & Knuutila, 2012, 104–106). Haikola (2014) tutki väitöskirjassaan ikääntyneen suomalaisväestön suunterveyttä (N=1191). Tulosten mukaan 37 % ikääntyvistä 60–78-vuotiaista oli hampaattomia. Naisilla, joita oli tutkittavista 43 %, hampaattomuutta esiintyi huomattavasti enemmän kuin miehillä (30 %). Hampaattomuuden on todettu eri tutkimuksissa olevan yleisempää naisilla kuin miehillä.

Suun omahoidon ohjauksen tulee lähteä ikääntyneen tarpeesta kartoittamalla yksilölliset suunhoitovälineet ja suunhoitoaineet sekä avun tarve suun ja hampaiden puhdistuksessa. Tässä tutkimuksessa hammashoitaja tarkasti tutkittavien suunhoitovälineiden kunnon. Hän antoi ohjeistusta yksilöllisten suunhoitovälineiden käytöstä tai suosittelee suunhoitovälineiden vaihtamista. Suominen ja Raitio (2017) nostavat FinTerveys 2017 -tutkimustuloksista esille huolen hampaiden omahoidon toteutumisesta ikääntyneen väestön keskuudessa. Myös Marjut Komulaisen (2013) opinnäytetyössä ja Komulaisen (2013) väitöskirjassa nousevat esiin kotona asuvien ikääntyneiden ohjauksen, tuen ja avun tarve suun omahoidon toteuttamisessa.

Tämä tutkimuksen pohjalta suurin ohjauksen tarve oli niillä ikääntyneillä, joilla oli käytössä osa- tai kokoproteesi. He tarvitsivat ohjausta niin oikeanlaisen proteesiharjan kuin proteesien puhdistusaineen käytöstä. Proteesin käyttäjistä lähes puolet tarvitsi tehostettua proteesien hoitoa, niissä esiintyvien peitteiden ja ruuantähteiden vuoksi. Kuitenkin oma-arvioinnissa 96 % kertoi pystyvänsä itse puhdistamaan proteesinsa. Omahampaisilla suositusten mukainen fluorihammastahna oli käytössä 93 %:lla ja suurimmalla osalla heistä hammasharja oli hyvässä kunnossa. Tutkimustuloksissa ristiriitaa

esiintyi oma-arvioinnissa eli siinä, kykeneekö tutkittava itse puhdistamaan hampaansa. Tutkittavista 89 % koki pystyvänsä itse huolehtimaan hammashygieniastaan. Kuitenkin hammashoitajan tekemän suunterveyden arvioinnin osalta puolet tarvitsi tehostetua hampaiden puhdistusta. Myös proteesin käyttäjistä lähes puolella oli huono proteesihygieniä, vaikka oma-arvioinnin tuloksena 96 % koki pystyvänsä huolehtimaan proteesien puhtaudesta. Samansuuntaiseen tulokseen päätyi oma-arvioinnin osalta Komulainen (2013, 24) tutkimuksessaan, jossa 90 % kotihoidon asiakkaista ei kokenut avuntarvetta suuhygieniansa ylläpidossa. Suun kliininen tutkimus kuitenkin osoitti, että suuhygieniä ei toteutunut toivotusti 83 %:lla omahampaisista ja 67 %:lla hammasproteesin käyttäjistä, vaan hampaiden ja hammasproteesien pinnalla oli biofilmiä.

Komulainen (2013) tutki väitöskirjassaan kotona asuvien yli 75-vuotiaiden ennalta ehkäisevän hoidon ja terveysneuvonnan tehoa suun itsehoitotottumuksiin ja suun terveyteen liittyen. Tutkimusaineisto kerättiin vuosien 2004–2007 aikana ja se oli osa laajempaa geriatriasta interventiotutkimusta "Ikääntyneiden Hyvän Hoidon Strategia".

Hänen tutkimustulostensa mukaan alentuneella toimintakyvyllä on yhteys hampaiden harjaukseen ja hammastahnan käyttöön sekä harjauksen jälkeiseen runsaaseen jäänösplakkiin. Saarela (2014, 46) selvitti väitöstutkimuksessaan, pääkaupunkiseudun tehostetussa palveluasumisessa asuvien ikääntyneiden (N=1475) hampaistoa, suun terveystottumuksia ja suun ongelmien yleisyyttä sekä arvioi niiden yhteyttä ravitsemustilaan ja kuolleisuuteen. Tutkimustulosten mukaan 17 %:lla päivittäinen suun puhdistaminen ei toteutunut. Kaikista heikointa se oli niillä asukkailla, joilla toimintakyky oli alentunut ja joilla oli avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Asukkaan muistiongelmalla tai aliravitsemustilalla todettiin olevan myös yhteys huonosti toteutuvaan päivittäiseen suun puhdistamiseen. Tässä toimintatutkimuksessa selvitettiin MNA-testin osalta ikääntyneiden neuropsykologisia ongelmia ja tulosten mukaan 43 %:lla oli toimintakyky alentunut muisti- tai masennusongelmista johtuen, mikä osaltaan selittää tehostetun suunhoidon tarvetta niin omahampaisilla kuin proteesien käyttäjillä.

Ien- ja limakalvosairaudet ovat hyvin yleisiä suuhygieniansa laiminlyövyillä ihmisillä. Tässä tutkimuksessa tehostetun suunhoidon tarve ikenien ja limakalvojen osalta oli 48 %:lla tutkituista, heistä naisia oli suurin osa. Osalla proteesien käyttäjistä esiintyi proteesistomatiittia, joka on biofilmin aiheuttama tulehdus suun limakalvolla. Suun

limakalvojen sairauksiin keskittyvässä tutkimusartikkelissa proteesistomatiittia, esiintyy lähes joka kolmannella proteesinkäyttäjällä. Huonon suuhygienian on todettu lisäävän paikallisen infektion sekä systeemisen tulehduksen riskiä. (Kullaa 2010, 4.) Myös Helsingin Myllypuron kotihoidon asiakkailta 30 %:lla esiintyi suun limakalvo-
muutoksia ja erityisesti proteesien käyttäjillä havaittiin löydöksiä, jotka viittasivat hii-
vasieneen. (Lampi & Roos 2009, 224.)

Tässä tutkimuksessa lähes puolet ilmoitti, pitävänsä proteesit yötä päivää suussa. Ylä-
proteesin käyttö yöllä oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Syynä yöaikaiseen käyt-
töön heillä oli tottumus: ei haluta olla ilman hampaita. Tutkimustulos on yhtenäinen
Autonen-Honkosen (2010, 51) pro gradu -tutkielman kanssa, jossa todetaan, että koti-
hoidon asiakkaat pitivät hävettävänä sitä, jos hammasproteesit eivät olleet suussa. Pro-
teesien yöaikainen käyttö estää myös suun limakalvojen lepotauon ja näin ollen sylki
ei pääse huuhtelevaan eikä voitelevaan proteesin alle jäävää limakalvoa (Heikka
2015, 99).

Tehostetun kielen puhdistuksen tarvetta oli yli puolella tutkituista. Kielen limakalvon
pintaan ilmaantuvat muutokset voidaan huomata kotiooloissakin helposti. Tavallisim-
pia kielen ulkonäkömuutoksia, joita tässäkin tutkimuksessa esiintyi ikääntyneillä, oli-
vat kielen katteisuus, punoitus ja laikkuisuus. Kieli on tärkeä elin juuri makujen mais-
tamisessa ja nielemisen mahdollistajana. (Honkala 2015, 19.)

Tämän tutkimuksen ikääntyneistä kuivan suun tunnetta oli lähes joka kolmannella,
nielemisvaikeuksista kertoi 7 % ja muista suun vaivoista 12 %. Suun terveyteen liitty-
vissä väitöskirjoissa Saarela (2014) nostaa esille joka viidennen tehostetun palveluas-
umisen asukkaan kärsivän suun kuivumisesta ja puremisongelmista, nielemisongelmia
esiintyi 12 %:lla ja suun kipua 7 %:lla asukkaista. Komulaisen (2013) väitöskirjan
mukaan kuiva suu oli ongelmana 45 % tutkituista ja 18 % ilmoitti suun kuivumista
olevan usein. Ikääntyneen oma kokemus suun kuivuuden tuntemuksesta on tärkeää ja
otettava huomioon hoidon suunnittelussa. Usein, tämän kiusallisen oireen syynä on
syljen eritystä vähentävä lääke tai monilääkityksen kumuloiva vaikutus. Yli 75-vuoti-
ailla pitkäaikaissairaudet ja niiden lääkehoidot ovat yleisiä, keskimäärin heillä on käyt-
tössä kahdeksan lääkevalmistetta. (Timonen 2015, 55). Kuiva suu voi aiheuttaa ikään-

tyneelle monia ikäviä ongelmia liittyen proteesien käyttöön, ruuan pureskeluun, nielemiseen sekä puhumiseen. Kuiva suu voi olla ikääntyneen monipuolisen ravinnonsaannin esteenä ja tämän seurauksena altistaa virhe- tai aliravitsemustilalle. Tämän tutkimuksen ikääntyneistä suurimmalla osalla oli käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä.

Ikääntyneet, joilla on kuivan suun ongelmaa, käyttävät usein oireita helpottamaan happamia makeisia tai juomia. Tämä lisää suu- ja hammassairauksia, erityisesti reikiintymistä ja hammaseroosiota. (Keskinen & Remes-Lyly 2015, 156.) Tällöin korostuukin säännölliset hammaslääkärin tarkastukset. Suunterveyden säännölliset tarkastukset ovat tärkeitä myös hampaattomalle suulle. Tämän tutkimuksen ikääntyneistä puolet oli käynyt kahden vuoden sisällä hammaslääkärin tai hammashoitajan vastaanotolla. Ikääntyneistä lähes joka neljäs ei muistanut viimeisen hammashoitola kontaktin ajankohtaa. Ikääntyneistä neljälle varattiin heti aika hammaslääkärin vastaanotolle.

Terveys 2011 -tutkimuksesta selviää, että hammashoidon palveluiden käytössä on tapahtunut myönteistä kehitystä vuosikymmenen aikana. Terveyskeskuksen hammaslääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana käyneiden 65–74-vuotiaiden osuus oli sekä naisilla, että miehillä noin 23 %. Yksityisten hammaslääkäripalveluiden käyttö on tässä ikäluokassa huomattavan suuri, ollen naisilla 42 % ja miehillä 38 %. Tutkimuksen mukaan hammaslääkärikäynnit yleisesti vähenevät 75 ikävuodesta lähtien. (Suominen, Vehkalahti & Nguyen 2012, 182.) Ruotsalaisten Skottin ja Wårdhin (2017, 38) tutkimusartikkelista selviää, että juuri kaikkein vanhimmilla hammaslääkärikäynnit ja erityisesti tarkastukset vähenevät. Hammaslääkärissä käydään vain, kun suussa ilmenee akuuttia ongelmaa. Syynä käyntien vähenemiseen on usein sairauksien lisääntyminen ja tämän myötä riippuvuus muiden päivittäisestä avusta. Koska kuitenkin suunterveydellä, yleisterveydellä ja jopa kuolleisuudella on todettu olevan yhteyttä toisiinsa, voidaan säännöllisillä hammashoidon käynneillä saada aikaan epäsuoria terveyshyötyjä ja kustannussäästöjä. Se, miten iäkkäät saataisiin käymään säännöllisesti hammashoidossa tai miten palvelut järjestetään kotiin, on entistäkin ajankohtaisempi kysymys myös meillä Suomessa.

Ikääntyneen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämisen kulmakivenä on tasapainossa oleva ravitsemus. Tässä tutkimuksessa kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa arvioitaessa tulokset osoittivat, että lähes joka kolmannella oli riski virheravitsemukselle kasvanut ja 2 %:lla oli aliravitsemustila. Tulokset ovat parempia kuin viimeaikaiset vastaavat tutkimukset osoittavat. Suominen (2011) mukaan alle puolet iäkkäistä kotihoidon asiakkaista syö riittävästi. Tutkimuksessaan Suominen kartoitti kotihoidon asiakkaiden (N=630) ravitsemustilaa. Osallistujat olivat noin 80-vuotiaita ja heistä joka kymmenes oli aliravittu ja joka neljäs oli vajaaravitsemuksen riskissä.

Hoffrenin (2016) tutkimuksessa selvitettiin MNA-testiä apuna käyttäen kotihoidon säännöllisten asiakkaiden ravitsemustilaa (N=20). Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä runsaalla kolmanneksella oli normaali ravitsemustila, reilulla puolella oli riski virheravitsemukselle kasvanut ja kymmenesosalla todettiin aliravitsemustila. Hoitajien ryhmäkeskusteluista sekä haastatteluista oli noussut myös esiin, että MNA-testiä ei ollut aikaisemmin tehty säännöllisesti kotihoidon asiakkaille. MNA-testi oli aikaisemmin tehty vain niissä tilanteissa, joissa ulkoisten merkkien perusteella kotihoidon asiakkaalla arvioitiin olevan ravitsemuksellisia ongelmia.

Väitöskirjassaan suomalaista tutkimusaineistoa käyttäen Jyväkorpi (2016, 9–10) on selvittänyt kotona asuvien ja pitkäaikaishoidon ikääntyneiden ravitsemustilaa (MNA), ravinnonsaantia (ruokapäiväkirja) ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkittavien ravitsemusohjauksen ja -opetuksen vaikuttavuutta tutkittiin ruokavalion laatuun, ravintoaineiden saantiin, kaatumisiin ja elämänlaatuun. Virheravitsemuksen riski vaihteli ollen vähäisintä itsenäisesti kotona asuvilla 7 % (N=54, ruuan valmistuskurssille osallistuneet hyväkuntoiset ikääntyneet). ”Helsingin johtaja” -tutkimuksen (N=68) mukaan ylemmän sosiaaliluokan iäkkäistä kotona asuvista miehistä virheravitsemuksen riskissä oli 9 %. ”Porvoon sarkopenia” -tutkimuksen (N=208) ikääntyneistä 60 % oli virheravitsemusriskissä ja 3 % virheravittuja. ”Porvoon sarkopenia” -tutkimuksen tulos oli Sormusen gradun (2013, 83) mukaan yllättävä, koska tutkimushenkilöiden ravitsemustila oli hänestä keskimäärin hyvällä tasolla. ”Ravitsemus muistisairaana kodissa” -tutkimuksessa (N=196), Alzheimertautia sairastavista 43 % ja heidän puoliso- hoitajista 17 % oli virheravitsemus riskissä. Helsingin palvelutaloissa asuvien ikääntyneiden (N=374) virheravitsemuksen riski oli 68 % ja virheravittuja 17 %.

Vuosina 2013–2014 tehdyssä tutkimuksessa (Pölonen, Tiiponen, Hartikainen & Nykänen 2016) NutOrMed – laatua kotihoidon asiakkaiden ravitsemukseen, suun terveyteen ja lääkehoitoon, kartoitettiin yksilöllisen ravitsemusohjauksen vaikutusta yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaan. Ikääntyneet oli jaettu interventio- ja vertailuryhmään. Tutkimuksen alkaessa yhdeksän kymmenestä oli aliravitsemusriskissä tai aliravittu. Kuusi kuukautta kestäneen ravitsemushoidon todettiin parantavan hoitoa saaneiden ravitsemustilaa. Tämä havaittiin arvioimalla ravitsemustilaa MNA-testiä käyttämällä (2,5 pisteen nousu) ja veren albumiinitason perusteella. Tutkimuksen loppuvaiheessa, joka toinen ravitsemushoitoa saaneista oli hyvässä ravitsemustilassa. Saarelan (2014) tutkimuksessa nousi esiin suun terveyden ongelmien lisäksi ravitsemukseen liittyvät ongelmat. Tehostetun palveluasumisen yksikön asukkaista vain noin joka viidennellä oli hyvä ravitsemustila. Asukkaista 65 % oli aliravitsemusriskissä ja 13 % oli aliravittuja.

Tämän tutkimuksen tulokset ravitsemustilan arvioinnin osalta osoittivat, että suurimmalla osalla ikääntyneistä ravinnon saanti ei ollut vähentynyt viimeksi kuluneiden kolmen kuukauden aikana. Huomattavaa ravinnon saannin vähenemistä esiintyi ikääntyneistä 5 %:lla ja 14 %:lla ravinnon saanti oli vähentynyt hieman. Ikääntyneistä 22 %:lla oli todettavissa painon pudotusta. Tutkituista 2 %:lla ei ollut tietoa oliko painossa tapahtunut muutoksia, eikä myöskään säännöllisestä painon seurannasta ollut merkintää potilasasiakirjoissa. Suomisen (2011b, 2) tutkimuksessa havaittiin painonlaskua viimeisen kolmen kuukauden aikana esiintyneen ikääntyneistä 8 %:lla ja 11 %:n painoa ei oltu mitattu.

Ikääntyneellä tahaton painonlasku on terveystarve, johon tulee puuttua nopeasti ja selvittää siihen johtaneet syyt. Tämän tutkimuksen ikääntyneillä lähes puolella esiintyi neuropsykologisia oireita kuten dementiaa tai masennusta. Suomisen (2011b, 2) tutkimuksessa kotihoidon asiakkaista muistisairautta sairasti kolmannes. Tahaton painonlasku on yleensä muistisairauden ensioire, ennen diagnoosin varmistumista. Tahaton painonlasku kiihdyttää myös lihaskatoa ja tämän myötä toimintakyvyn heikkenemistä. (Suominen ym. 2012, 172.)

Suurimmalla osalla tutkituista painoindeksi oli yli 23 ja viidellä henkilöllä se jäi alle tämän lukeman. MNA-testin painoindeksirajat eroavat tämänhetkisistä, normaalipainoa kuvaavien ikääntyneiden painoindeksisuosituksista, jotka ovat 24–29. (Hakala 2015, 5.) Suomisen (2011b, 2) tutkimuksessa tuli esille, että vaikka tutkittavien painoindeksin keskiarvo oli ikääntyneiden nykysuositusten mukainen, joka kymmenes oli selvästi alipainoinen ja kuudesosalla paino oli lievästi alhainen. Huomioitavaa onkin, että painoindeksi ei kerro koko totuutta ikääntyneen ravitsemustilasta. Ravitsemustila voi olla heikko myös normaali- ja ylipainoisella erinäisistä syistä johtuen, kuten sairastaminen tai virheravitseminen. Ikääntyneen painonmuutosten seurantaan helpoin ja nopein tapa onkin säännöllinen punnitseminen yksittäisen painomittauksen sijaan. (Suominen ym. 2010, 30.)

Tämän tutkimuksen ikääntyneistä, joilla virheravitsemuksen riski oli kasvanut, oli suurimmalla osalla käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä. Polyfarmasian yleisyys on Kivelän (2013, 339–340) mukaan kasvanut reseptilääkkeiden osalta iäkkäiden kansalaisten keskuudessa huomattavasti viimeisen 20 vuoden aikana. Monet lääkkeet saattavat vähentää ruokahalua niiden sivuvaikutuksista johtuen. Ruokailun vastemmielisyyttä ja ruokahalun katoamista lisäävät myös lääkkeiden aiheuttamat maku- ja hajuaistin muutokset sekä syljen erityksen vähenemisestä johtuva suun kuivuminen. (Jyrkkä, Mursu, Enlund & Lönnroos 2012, 1; Sinisalo 2015, 61).

Vajaaravitsemuksen riskissä olevista tutkimuksen ikääntyneistä vajaa puolet söi kaksi lämmintä ateriaa päivässä ja joka neljäs söi kolme ateriaa päivässä. Suosituksia vähemmän söi runsas kolmannes ikääntyneistä ja heidän päivittäinen lämmin ateriansa jäi yhteen annokseen. Suomisen (2011b, 2, 10) tutkimuksen mukaan vajaa puolet iäkkäistä kotihoidon asiakkaista söi ruokaa suositusten mukaisesti ja lähes kolmannes söi puolet tai vähemmän arvioidusta riittävästä ravinnontarpeesta. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan liian vähäinen ja yksipuolinen ravinnon saanti ovat tekijöitä, jotka usein johtavat aliravitsemukseen. Näiden ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemusta tulisi tukea mahdollisuuksien mukaan sekä ruoan määrää että sen ravitsemuksellista laatua lisäämällä, unohtamatta ruuan rikastamista.

Myös Nykänen (2019) korostaa Ylen haastattelussa, että erityisesti kotihoidon asiakkaille tarjottavien ruokien laatuun tulee kiinnittää huomiota. Ruokien tulisi olla ravintosisällöltään hyviä, mutta myös maultaan ja ulkonäöltään yksinkertaisia. Tämän hetken ikääntyneet eivät pidä ruoasta, johon on sekoitettu kaikki ainekset sekaisin. Tutkimuksen mukaan 75-vuotiaiden pitäisi saada päivän aterioista vähintään 1 500 kilokaloria. Tämä tarkoittaa, että ikääntynyt syö päivässä vähintään yhden lämpimän aterian, aamiaisen, välipaloja sekä iltapalan. Suositeltavaa olisi kuitenkin syödä kaksi lämmintä ateriaa päivässä.

Ravintoaineista erityisesti proteiinin riittävään saantiin tulee kiinnittää huomiota. Tämän tutkimuksen vajaaravitsemusriskissä olevista ikääntyneistä kaikki nauttivat päivittäin ainakin yhden annoksen maitovalmisteita. Samoin lähes kaikki heistä käyttivät lihaa, kalaa tai kanaa päivittäin. Rungas puolet vajaaravitsemusriskissä olevista käytti kananmunia kaksi tai useamman annoksen viikossa. Tämän mukaan vajaa puolet tutkituista sai kaksi pistettä, jonka mukaan heidän päivittäistä proteiinin saantiaan tulisi tehostaa. Purasen (2015, 10) väitöstutkimuksen mukaan kotona asuvista muistisairaista miehistä 47 % ja naisista 71 % sai proteiinia alle 1 g kehon painokiloa kohden ja vastaavat luvut puolisoitajamiehillä oli noin 71 %, ja naisilla 49 %.

Jyväkorven (2016) väitöstutkimuksessa todettiin virheravituilla ja virheravitsemusriskissä olevilla ravintoaineiden saannin olevan yleisesti riittämätöntä, mutta tutkimus osoitti myös hyvässä ravitsemustilassa olevien ikääntyneiden proteiinin ja muiden suojaravintoaineiden saannin olevan heikkoa. Jyväkorven mukaan suosituksia vähemmän proteiinia sai 75 % kaikista tutkittavista. Saarelan (2014) tutkimuksessa tehostetun palveluasumisen yksikön ikääntyneistä puolet sai ruuasta liian vähän proteiinia, ja hampaattomuudella todettiin olevan yhteys proteiinin saannin vajeeseen. Yksilöllisen ravitsemushoidon hyödyistä on tehty jonkin verran tutkimuksia viime vuosina. Pölösen ym. (2016, 2) tutkimuksessa yksilöllinen ravitsemushoito vähensi iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden aliravitsemusriskiä. Aliravitsemusriskissä olevia tai aliravittuja kotihoidon asiakkaita neuvottiin lisäämään päivittäisiä ateriakokoja sekä välipalojen määrää. Lisäksi heitä ohjattiin käyttämään enemmän energia- ja proteiinipitoisia ruokia ja ruoka-aineita.

Kasvisten, marjojen ja hedelmien käyttö on keskeisessä asemassa ikääntyneen suun-terveyttä ja yleisterveyttä edistävässä ruokavaliossa. Suomalaisten ravitsemussuosi-tusten mukaan päivässä tulisi nauttia vähintään 500 g kasviksia, hedelmiä ja marjoja joko kypsennettynä, ruokalajien osana tai sellaisenaan (Valtion ravitsemusneuvottelu-kunta, 2014). Tämän tutkimuksen ikääntyneistä runsas puolet nautti kaksi tai useam-man annoksen hedelmiä tai kasviksia päivässä. Kuitenkin vajaalla puolella tutkituista ravintokuidun saanti marjojen, hedelmien ja kasvisten osalta jäi alle suositusten. Ham-paiston kunnolla ja purentakyvyllä on vaikutusta siihen, kykeneekö ikääntynyt syö-mään hedelmiä ja vihanneksia. Tutkimustulos oli samansuuntainen (55 %) Hoffrenin (2016, 55) tutkimuksen kanssa.

Nesteiden saanti on usein ikääntyneillä riittämätöntä, mikä lisää elimistön kuivumisen vaaraa. Nesteitä on suositeltavaa nauttia 1–1,5 litraa päivässä eli noin 5–8 lasillista juomaa turvaa yleensä riittävän nesteen tarpeen. (Hakala 2015, 5.) Ikääntyneiden ra-vitsemussuositukset suosittelevat juomaksi vettä, maitoa tai hapanmaitotuotteita. Koh-tuudella nautittavia ovat myös vitamiineja ja kivennäisaineita sisältävät tuorehuhut, huomioiden kuitenkin ikääntyneen energiantarpeen ja hammasterveyden. (Suominen ym. 2010, 41–43.) Tämän tutkimuksen vajaaravitsemuksen riskissä olevista ikäänty-neistä runsas puolet nautti nesteitä yli viisi kupillista tai lasillista päivässä. Riittämät-ömäksi nesteiden saanti jäi 41 %:lla ikääntyneistä, jotka joivat vain 3–5 lasillista päi-vän aikana. Hoffrenin (2016, 67) tutkimukseen osallistuneista yli viisi lasillista päi-vässä nesteitä joi kolmannes ja reilulla puolella tutkituista nesteiden nauttiminen jäi 3–5 lasilliseen päivässä.

Tutkimuksessa kysyttiin ikääntyneen omaa näkemystä ravitsemus- ja terveydentilas-taan verrattuna muihin saman ikäisiin. Koetulla terveydellä tarkoitetaan ikääntyneen ilmaisemaa kokemusta omasta yleisestä terveydentilastaan. Tutkimusten mukaan eten-kin hyvin iäkkäät ihmiset arvioivat terveyttään sen mukaan, mikä on yleiskäsitys van-huusiän terveydestä, mutta käyttävät vertailuryhmänä myös edesmenneitä ikätoverei-taan. (Jylhä & Leino 2013, 386–387) Terveydentila on kiinteässä yhteydessä ikäänty-neen ravinnonsaantiin ja ravitsemustilaan. Ravitsemustilaan vaikuttavat myös monet fysiologiset, psykologiset, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät sekä myös sairaudet. (Tuo-vinen & Lönnroos 2008, 212.) Tämän tutkimuksen ikääntyneistä suurin osa (82 %)

koki, että heillä ei ollut ravitsemuksellisia ongelmia, vaikka he olivat virheravitsemusriskissä. Heistä naisia oli 92 % ja miehiä 60 %. Epävarmoja arvioimaan omaa ravitsemustilaansa oli 18 % eikä kukaan tutkituista kokenut olevansa virhe- tai aliravitsemustilassa. Samansuuntaiseen tulokseen päätyi Hoffren (2016, 67) tutkimuksessaan, jossa ravitsemustilansa ongelmattomaksi koki kahdeksan kymmenestä.

Tutkimuksen ikääntyneistä vain 6 % koki terveydentilansa olevan parempi kuin muiden samanikäisten. Terveydentilan yhtä hyväksi arvioi 24 % ja ikäisiään huonommaksi terveydentilansa arvioi 29 %. Suurin osa (41 %) aliravitsemusriskissä olevista ei osannut arvioida terveydentilaansa. Hoffrenin (2016) tutkimuksessa terveydentilansa yhtä hyväksi muihin saman ikäisiin verrattuna koki neljäsosa, tulos on samansuuntainen tämän tutkimuksen kanssa. Viidesosa koki terveytensä huonommaksi muihin saman ikäisiin nähden ja vajaa puolet tutkituista oli epätietoisia terveydentilastaan muihin nähden. FinnTerveys 2017 -tutkimustulos osoitti yli 65-vuotiaiden miesten kokevan terveydentilansa paremmaksi kuin naiset. Tulokset olivat miehillä hieman yli 50 % ja naisilla hieman yli 40 %. (Koskinen, Manderbacka & Koponen 2017, 52.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama alueellinen terveystutkimus keräsi suomalaisten kokemuksellista tietoa mm. terveyteen liittyen. Vuonna 2016 suomalaisista 55–74-vuotiaista terveytensä enintään keskitasoiseksi koki 47 % ja 75 vuotta täytäneistä 67 %. (Murto, Pentala, Koskela & Jussmäki 2017, 4.)

Tutkimustulokset osoittivat suunterveydellä olevan yhteyttä ravitsemustilaan. Omahampaisista joka kolmas oli virheravitsemusriskissä. Heillä oli myös tehostetun hammashoidon tai hammashoitolakäynnin tarve kasvanut. Niistä ikääntyneistä, jotka tarvitsivat päivittäistä tehostettua proteesien omahoitoa tai hammaslääkärin/-tekniikan palveluita, yli puolella oli virheravitsemuksen riski kasvanut. Ravitsemustilaan vaikutti myös huonosti istuvat proteesit sekä se, pystyikö ikääntynyt itse huolehtimaan hampaiden tai proteesien puhdistamisesta. Tutkimustulosten mukaan ravitsemusongelmia oli niillä ikääntyneillä, jotka kokivat kuivan suun ongelmaa ja nielemisvaikeuksia. Saarela (2014, 17) ja Suominen (2011) nostavat esille omissa tutkimuksissaan tämän tutkimuksen kanssa yhteneviä tekijöitä, joita ovat moninaiset suun ongelmat, kuten hampaattomuus, huonosti istuvat proteesit, puremis- ja nielemisongelmat, kivut ja kuiva suu.

Suurimmat nielemisvaikeuksia aiheuttavat tekijät ikääntyneillä olivat Royn ym. (2007) tutkimuksessa ruuan juuttuminen kurkkuun, lisääntynyt yskimisen tarve, vaikeus syödä kiinteää ruokaa, ruokailun hidastuminen ja kuiva suu. Kuivasta suusta kärsii joka kolmas ikääntynyt. Syljen erityksen vähentymisellä on monia haittavaikutuksia ikääntyneen elämänlaatua ja syljen erityksen vähenemisen syyt tulisikin aina selvittää mahdollisimman pian. Yleisimpiä suun kuivumiseen altistavia tekijöitä ovat lääkkeiden haittavaikutukset tai yleissairaudet, joiden myötä syöminen vaikeutuu ja suun puhdistaminen hankaloituu. (Siukonsaari & Nihtilä 2015, 37.) Kuivan suun ongelmista kärsivillä ikääntyneillä huomioitavaa on myös lisääntynyt nesteiden tarve (1,5–2 l/vrk), sillä kuivuneen kehon syljeneritys ei myöskään toimi riittävästi. Ruokavaliossa tulisi myös olla pureskelua vaativia ruoka-aineita, jotka stimuloivat sylkirauhasten toimintaa. Ksylitolipurukumin pureskelu tai ksylitolipastillien imeskely lisäävät syljeneritystä ja samalla estävät hampaiden reikiintymistä.

Suun terveydentilaan ja kykyyn syödä monipuolisesti vaikuttavat suurelta osin hampaiden ja proteesien lisäksi limakalvojen, ikenien ja kielen kunto. Kuivan suun vaikutuksen seurauksena limakalvot ohenevat ja rikkoutuvat helposti. Tämän myötä ikääntynyt voi alkaa laiminlyödä suuhygieniaansa, koska hampaiden harjaaminen on tuskallista ja hammastahna kirvelee rikkoutuneilla limakalvoilla. Kuivassa suussa monet ruoka-aineet aiheuttavat kirvelyä ja ruuan hienontaminen vaikeutuu. Myös nautitun ruuan määrä voi pienentyä ja ruokavalio muuttua yksipuoliseksi. (Suominen ym. 2010.) Suun limakalvo- ja ienvaurioiden osalta virheravitsemusriskissä oli lähes puolet niistä ikääntyneistä, jotka tarvitsivat tehostettua suunhoitoa tai hammaslääkärin palveluita. Vaikka ikenet ja suun limakalvot olivat hyvässä kunnossa hieman yli puolella tutkituista, oli myös heistä lähes puolella virheravitsemusriski kasvanut.

Terveen kielen tuntomerkit ovat kostea, vaaleanpunainen ja siisti pinta. Yleisempiä kielen selkäpinnan ulkonäön muutoksia, joita tämän tutkimuksen ikääntyneillä esiintyi, oli kielen kätteisyys ja punoitus. Yli puolella tutkituista oli tarvetta kielen tehostettuun puhdistamiseen, heistä lähes joka kolmas oli virheravitsemustilassa. Siistin kielen omaavista 47 %:lla todettiin virheravitsemusriskin kasvaneen. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että vaikka huulet ja huulia ympäröivä iho oli kunnossa suurimmalla osalla ikääntyneistä, oli virheravitsemuksen riski kasvanut lähes puolella. Vas-

taavasti hammaslääkärin arvioon ohjatuista ikääntyneistä, joilla esiintyi huulissa muutoksia, oli hyvä ravitsemustila. Tehostettua huulten tai suunpielien hoitoa tarvitsevista puolet oli virheravitsemusriskissä. Suunpielen tulehdus eli keiliitti on melko yleistä ikääntyneillä. (Hiiri 2015, 272.) Suunpielen haavaumien seurauksena ikääntyneen ruokavalio voi kuitenkin muuttua yksipuoliseksi ja pitkittyessä aiheuttaa virheravitsemuksen riskin kasvua.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksen eettiset kysymykset kietoutuvat monella tavalla tutkimuksen tekemiseen. Tutkimusaiheen valinta on jo ensimmäinen tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on pohdittava valitsemansa aiheen merkityksellisyyttä ja hyödyllisyyttä suhteessa tutkittaviin, organisaatioon ja koko yhteiskuntaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 218.) Kotihoidon ikääntyneen suunterveyden- ja ravitsemustilan arviointi oli aiheena ajankohtainen, käytännönläheinen, suoraan yhteydessä työelämään ja toiminnan kehittämiseksi tärkeä. Suunterveys ja hyvä ravitsemustila ovat ikääntyvälle hyvän elämän edellytys. Tutkimusaihetta tukee vielä tieto ikääntyneiden määrän kasvusta tulevina vuosikymmeninä ja suurin osa ikääntyneistä haluaakin asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Tämä tulee lisäämään kotiin annetun hoidon tarvetta, vaativuutta ja luo paineita kehittää kotiin annettavia palveluita.

Tässä tutkimuksessa hyvää tutkimusetiikka pyrittiin noudattamaan koko tutkimusprosessin ajan. ”Tutkimuseettiset normit ihmistieteissä eivät sido tutkijaa laillisesti, mutta ne velvoittavat tutkijaa ammatillisesti. Normeilla sekä ohjataan tutkimuksen tekoa että ilmaistaan niitä arvoja, joihin tutkijoiden toivotaan ja uskotaan sitoutuvan” (Kuula 2011, 58). Ihmistieteiden eettiset normit perustuvat hyötyperiaatteeseen, vahingon välttämisen periaatteeseen, autonomian kunnioittamisen periaatteeseen ja oikeudenmukaisuuden periaatteeseen. Tieteen sisäisen etiikan periaatteina on noudattaa tieteellisiä menettelytapoja avoimesti ja rehellisesti. Normeihin sisältyy myös tutkittavia

koskevien tietojen luottamuksellisuuden turvaamisen periaate. Ihmistieteissä tutkimuseettisten normien lähtökohta on ihmisen itsemääräämisoikeus sekä yksityisyyden kunnioittaminen ja suojeleminen. (Kuula 2011, 59–64.)

Tutkimusetiikka pitää sisällään yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin ja tutkimuskohteeseen. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tutkija pyrkii noudattamaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusaineiston keruussa, tallentamisessa ja tutkimustulosten analysoimisessa sekä tulosten esittämisessä. Tutkija myös toimii vilpittömästi ja rehellisesti toisia tutkijoita kohtaan kunnioittamalla heidän työtään ja saavutuksiaan. Tekstiin tulee merkitä tarkoin lähdeviitteet ja näin omat ja toisten tutkijoiden tulokset voidaan esittää oikeassa valossa. (Vilka 2005, 30–31.)

Tutkimusetiikan takaamiseksi henkilöstöä informoitiin tutkimuksen aloittamisesta ja tutkimuksen kulusta kotihoidon tiimin palaverissa. Huittisten kaupungin perusturva- ja vanhustenhuollon johtajan sekä lähiesimiehen lupa saatiin tutkimuksen tekemiseen helmikuussa 2018. Se, miten tutkimuksesta annetaan informaatiota tutkittaville, vaikuttaa siihen saako tutkija tutkimukseensa riittävästi osallistujia (Kuula 2011, 101). Suunterveyden- ja ravitsemustilan arvioinnista informoitiin kotihoidon asiakkaita suullisesti kotikäynnillä. Samalla annettiin asiakkaalle infokirje, jossa pyydettiin lupaa käyttää tutkimustarkoitukseen suunterveyteen ja ravitsemustilaan liittyviä tietoja. Tuttu hoitaja kävi asiakkaan kanssa infokirjeen läpi. Tämä mahdollisti asiakkaalle tarkentavien kysymysten tekemisen, mikäli jokin asia jäi hänelle epäselväksi.

Tutkimukseen osallistumisessa korostettiin luottamuksellisuutta ja vapaaehtoisuutta sekä mahdollisuutta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Vastauksia analysoitaessa tutkittavien nimet poistettiin ja korvattiin numeroilla. Numeerinen nimilista säilytettiin tutkimustulosten analyysin ajan kotihoidon toimiston lukollisessa kaapissa. Tutkittaville korostettiin, että vastaukset näkyvät tutkimustuloksissa yhteenvetona, jolloin yksittäisten henkilöiden antamat vastaukset eivät ole tunnistettavissa. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen arviointilomakkeet hävitettiin tietosuojajätteen mukana.

11 TUTKIMUKSEN VALIDITEETTI JA RELIABILITEETTI

Määrällisen tutkimuksen arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen pätevyyteen eli validiteettiin. Tämä tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata. Tämä pitää sisällään käsitteiden, perusjoukon ja muuttujien tarkkaa määrittelyä, aineiston keräämisen ja mittarin huolellista suunnittelua. Mittarin kysymyksien tulee kattaa koko tutkimusongelma. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkastelua. Tutkimuksen luotettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa tulosten tarkkuutta, mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuutta. (Vilka 2005, 161-162.) MNA-testin kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että toistettaessa saman henkilön kohdalla testi, saadaan täsmälleen sama mittaustulos riippumatta tutkijasta. MNA-testi on kansainvälisesti validoitu, tarkka ja luotettava mittari ravitsemustilan arviointiin.

Suun terveydentila -materiaalia kerättiin ikääntyneiltä tekemällä heille suppea suun terveyden arviointi. Tutkimukseen laadittu *Suunterveyden arviointi -lomakkeen* toimivuuden tarkasti terveystieteiden kaksikielinen hammashoitajaa. Suunterveyden arvioinnin pohjalta saatiin vastaus tutkimuskysymykseen, mikä on kotihoidon asiakkaan suun terveys. Tutkimustuloksia ei kuitenkaan tule yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle, koska tutkimus on luotettava aina ajassa ja paikassa. (Vilka 2005, 161–162.) Suunterveyden arviointi -lomake liitettiin osaksi gerontologista kokonaisarvioinnin mittaristoa. Yhtenäisillä gerontologisilla testeillä ja mittareilla lisätään mittarien luotettavuutta ja toistettavuutta, jolloin esimerkiksi toimintakykyä heikentäviä tekijöitä tunnistetaan ajoissa. Laadittua suunterveyden arviointilomaketta tulee kuitenkin vielä kehittää. Kirjallisuuteen perehtyessäni esiin nousi suunterveyden kannalta olennaisena osana tupakointi ja alkoholinkäyttö. Näillä ei kuitenkaan ollut tämän tutkimuksen kannalta merkitystä, koska tutkittavien joukossa ei ollut tupakoitsijoita tai runsasta alkoholinkäyttöä.

Pätevyys ja luotettavuus tutkimuksessa muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden katsotaan olevan hyvä, kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta.

Tutkimuksen satunnaisvirheet voivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Satunnaisvirheitä voivat aiheuttaa esimerkiksi, että vastaaja muistaa jonkin asian väärin tai ymmärtää asian eri tavalla kuin tutkija, tutkija merkitsee vastaajan vastauksen väärin lomakkeelle tai tutkija tekee virheen tallentaessaan vastauksia. (Vilkkä 2005, 161–162.) Tarkka ja kriittinen tutkimusote on siis tärkeää. Tärkeää on myös taito tulkita saatuja tutkimustuloksia oikein ja käyttää vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka tutkija hallitsee hyvin. (Heikkilä 2014, 28.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavana ilmiönä olleet ikääntyneen suunterveys ja ravitsemustila olivat melko laajoja tutkimusaiheita. Tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen pyrittiin selvittämään tutkittavien ilmiöiden luonnetta. Tutkimuksessa haluttiin tarkastella ja saada selville, millainen on kotihoidon asiakkaiden suunterveys ja ravitsemustila sekä onko suunterveydellä yhteyttä ravitsemustilaan. Aikaisemmat tutkimukset ja aiheisiin liittyvän kirjallisuuden tarkastelu antoivat tarvittavaa pohjaa tutkimuksen tekemiselle. Tutkimuksessa on pyritty kaikkien esille tulleiden asioiden ja vaiheiden tarkkaan kuvaamiseen, millä on pyritty tältä osin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta.

12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITTÄMIS- SEKÄ JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli saada vastaus prosessin alussa oleviin tutkimuskysymyksiin arvioimalla säännöllistä kotihoitoa saavien ikääntyneiden suun terveyttä, ravitsemustilaa ja suun terveyden yhteyttä ravitsemustilaan. Tutkimustulokset osoittivat kotihoidon palveluita saavien ikääntyneiden tarvitsevan ohjausta ja tukea niin suunhoitovälineiden valinnassa ja käytössä kuin suuhygieniasta huolehtimisessa. Esiin nousi yksilöllisten suunhoitovälineiden valinta, jossa tulee huomioida ikääntyneen käden motoriikka ja hampaiden välitilan koko. Suun puhdistusvälineiden käyttökelpoisuus tulee myös tarkistaa aika ajoin. Omahampaisilla ja proteesien käyttäjillä oli tehostetun suunhoidon tarve kasvanut. Ikääntyneillä esiintyi runsaasti myös suun limakalvo-ongelmia ja tehostettua kielen puhdistuksen tarvetta.

Tutkimustulokset osoittivat sen, että ikääntyneen on vaikeaa itse arvioida omaa suunterveyttään ja suuta pidetäänkin terveenä, ellei siellä esiinny selkeästi vaivaa. Hampaiden tuntoherkkyyden vähentyessä reiät voivat kasvaa ikääntyneellä nopeastikin ilman kiputuntemusta. Ikääntyneistä monella esiintyi suun kuivumista, jonka tiedetään lisäävän hampaiden reikiintymistä. Ksylimolituotteiden käyttö oli suurimmalle osalle tutkimuksen ikääntyneistä vierasta. Tutkitusti ksylimolituotteiden käyttö on suositeltavaa suun hyvinvoinnin kannalta. Tulevien sukupolvien ikääntyneillä ksylimolituotteiden käyttö tulee olemaan paremmalla tasolla, koska he ovat tottuneet jo lapsesta asti niiden käyttöön.

Tutkimustuloksista esiin nousi myös suuri tarve ohjata ikääntyneitä suunterveydenhuollon palveluiden pariin. Useimmilla ikääntyneillä, joilla ei ole säännöllistä kontaktia hammashuoltoon, käyttävät näitä palveluita vain akuuteissa tapauksissa tai ennen isoja elektiiivisiä leikkauksia. Hammashoito on monelle ikääntyneelle alue, josta saatetaan tinkiä ymmärtämättä sen vaikutuksia omaan terveyteen. Säännöllisellä ja ehkäisevällä hammashoidolla voidaan havaita suun vauriot ja piilevät tulehdukset riittävän ajoissa ja kustannuksetkin jäävät silloin pienemmiksi. Ikääntyneet eivät myöskään useinkaan yhdistä suun terveyttä yleisterveyteen, vaikka varsinkin sydänpotilailla parodontiitti saattaa olla kohtalokasta. Diabeteksen huonon tasapainon takana taas voi olla suuhygienian laiminlyönti.

STM on julkaissut toimintamallit ikääntyneiden suunterveyden parantamiseksi vuonna 2015, toimintamallien tavoitteena on edistää ja ylläpitää ikääntyvien suunterveyttä. Näihin tavoitteisiin päästään kannustamalla ikääntyneitä, heidän omaisiaan ja omaishoitajia huolehtimaan suunterveydestä ja säännöllisistä suuntarkastuksista. Ikääntynyt on itse voinut käyttää merkittävän summan rahaa ja aikaa hampaidensa kunnossapitoon tai proteesien hankintaan. Näin ollen meillä on myös hoitajina moraalinen velvollisuus jatkaa ikääntyneen suunterveydestä huolehtimista hänen toimintakykynsä alentuessa.

Tutkimuksen ikääntyneistä 38 % oli virheravitsemusriskissä ja 2 % aliravitsemustilassa. Tutkimuksen ikääntyneistä suurin osa koki, että heillä ei ollut ravitsemuksellisia ongelmia, vaikka he olivat virheravitsemusriskissä. Tutkimustulokset osoittivat myös

sen, miten vaikeaa on silmämääräisesti arvioida ikääntyneen ravitsemustilaa. Monet ikääntyneet voivat olla ylipainoisia ja silti heillä voi olla ravintoainetaso puutoksia. Hampaiden ja proteesien kunnolla on vaikutusta kykyyn syödä terveellisesti ja monipuolisesti. Ikääntyneiden ravitsemustilan arvioinnissa MNA-testi on luotettava, nopea ja helppokäyttöinen menetelmä ravitsemuksen ongelmien tunnistamiseen. Viimeaikaissa tutkimuksissa on kuitenkin noussut esiin, että MNA-testi on heikko arvioimaan ikääntyneen riittävää proteiinin ja energian saantia. Laadukkaan ja monipuolisen ravinnon lisäksi ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttavat monet fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Sairauksilla ja niiden lääkityksillä on vaikutusta niin suunterveyteen kuin ruokahuuon ja ravitsemustilaan. Suun kuivumisesta kärsi joka kolmas ikääntynyt. Suurimmalla osalla käytössä oli yli kolme lääkettä ja monien lääkkeiden haitta-vaikutuksena tiedetään olevan suun kuivuminen. Näiden ikääntyneiden lääkitystä tulisikin tarkastella kriittisesti ja pohtia, voitaisiinko lääkityksen antikolinergista sivuvaikutusta lieventää lääkitystä keventämällä tai valmisteita vaihtamalla.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat gerontologisen kokonaisarvioinnin käytön tärkeyttä kotihoidon ikääntyneillä. Tutkimuksessa käytetty suunterveyden arviointilomake liitettiin osaksi Huittisten gerontologisen kokonaisarvioinnin mittaristoa. Jatkossa suunterveyden arviointi tulee tehdä aina uudelle kotihoidon asiakkaalle MNA -testin yhteydessä. Ikääntyneen suunterveys selvitetään myös aina, jos epäillään hänen ravitsemustilassaan tapahtuneen muutosta tai esiintyy muita ravitsemuksellisia ongelmia. Suun terveyden ja ravitsemustilan arviointi sekä suun omahoito ja ravitsemushoito tulee kuulumaan ja näkymään jatkossa osana ikääntyneen palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Tällä varmistetaan kotihoidon ikääntyneen hoidon ja palveluiden jatkuvuus, koska palvelu- ja hoitosuunnitelma toimii hoidon toteutumisen, seurannan ja arvioinnin välineenä. Hoitotyön kirjaaminen on merkittävä tiedonannon väline ja näin ollen hyvin laadittu palvelu- ja hoitosuunnitelma luo pohjan onnistuneelle kirjaamiselle.

Tämän tutkimuksen aikana ikääntyneen suunterveys on herättänyt keskustelua hoitajien keskuudessa. Huittisten kaupungin vanhustyö on mahdollistanut hoitajien hakeutumisen suunterveyden täydennyskoulutukseen. Kotihoidon hoitajista kaksi on hakeutunut kyseiseen koulutusohjelmaan. Tämän tutkimuksen tekeminen ja suunterveyteen vaikuttaviin tekijöihin perehtyminen antoi tutkijalle mahdollisuuden toimia koulutukseen osallistuvien hoitajien työelämän ohjaajana. Koulutus antaa valmiuksia kehittää

kotihoidon tiimeihin hammasvastaava-toimintaa yhdessä Huittisten kaupungin suun terveydenhuollon kanssa. Kotihoidon hammasvastaavan keskeisenä tehtävänä tuleekin olemaan hoitajien tietotaidon lisääminen työyhteisössä.

Kehittämismuutos kotihoidon ikääntyneen suun terveyden hoitopolun rakentamisen osalta on vielä kesken. Hoitopolkua ja kotiin annettavia palveluja tullaan kehittämään moniammatillisesti yhdessä suun terveydenhuollon kanssa. Kotihoidon tiimien hammasvastaavat tulevat silloin olemaan tärkeässä roolissa toimiessaan yhteyshenkilönä terveyskeskuksen hammashoitolaan.

Kehittämisehdotuksena on suunnata suun terveyteen ja ravitsemukseen liittyvää tietotaitoa jatkossa myös aktiivisille ikääntyneille itselleen eri yhdistysten kohtaamispaikoissa. Päivätoiminta on oiva paikka tarjota ikääntyneille vuosittaista suun terveyden arviointia sekä suun terveyteen liittyvää tietoutta. Ikääntyneiden hoitoon ja huolenpitoon osallistuu ammattihenkilöiden lisäksi suuri joukko omaishoitajia. Myös heille on tärkeää järjestää opastusta ja tukea, niin heidän itsensä kuin omaisensa päivittäisen suun hoidon ja ravitsemuksen toteutumiseksi.

Kehittämisehdotuksena on, että esimiehet huomioisivat henkilöstön täydennyskoulutussuunnitelmissa ikääntyneiden suun terveyteen ja ravitsemukseen liittyvän koulutustarpeen. Koulutusta pitää kohdentaa kaikille ikääntyneiden parissa työskenteleville ammattihenkilöille, sen tulee olla suunnitelmallista ja jatkuvaa, koska hoitoalalla henkilöstö vaihtuu paljon. Ravitsemukseen liittyvää koulutusta hoitajat ovatkin saaneet Kunnan hoitaja -koulutuksen yhteydessä, jota on nyt järjestetty parin viime vuoden aikana.

Mielenkiintoisena jatkotutkimusehdotuksena olisi selvittää kotihoidon hoitajien kokemuksia ikääntyneen suun terveyden arviointilomakkeen käytöstä sekä siitä, onko palvelu- ja hoitosuunnitelmaan tehty suun terveyttä ja ravitsemustilaa koskevia merkintöjä. Jatkotutkimuksena tulisi selvittää kotihoidon hoitajien, mutta myös omaisten, vastuukysymyksiä, asenteita ja näkemyksiä ikääntyneen suun terveyteen ja -hoitoon liittyen. Ravitsemukseen liittyen olisi mielenkiintoista tutkia niiden kotihoidon ikääntyneiden ravitsemustilaa, joilla on käytössä ateriapalvelu. Myös heidän odotuksiaan aterioiden suhteen tulisi selvittää.

Yhteistyöllä ja palvelujen integroitumisella tullaan parantamaan kotihoidon ikääntyneen suunterveyttä ja huomioimaan suunterveys tärkeänä osana ikääntyneen ravitsemusta. Toivotun päämäärän saavuttaminen kotihoidon asiakkaan parhaaksi edellyttää eri ammattilaisten tietotaidon sekä osaamisen yhdistämistä. Johdolla ja esimiehellä on päävastuu kehittämisestä ja tavoitteiden toteutumisesta. Johtamistavoilla ja työyhteisön aktiivisuudella voidaan vaikuttaa hoitokulttuurin kehittymiseen ja suunterveyden hoitopolun rakentamiseen ikääntyneitä hoitavassa organisaatiossa.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. uud. p. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Arajärvi, M. & Kuronen, R. 2017. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2016. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 42/2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135607/Tr42_17.pdf?sequence=4

Autonen-Honkonen, K. 2010. Kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan kartoittaminen sosiaalihuollon lähestymistavalla. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 1.9.2018. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/23030/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aaju-201003111316.pdf>

Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, AJ., Morley, JE., Phillips, S., Sieber, C., Stehle, P., Teta, D., Visvanathan, R., Volpi, E. & Boirie, Y. 2013. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *JAMDA* 14, 542-559. Viitattu 15.10.2018. <https://ac.els-cdn.com>

Eskelinen, K., Hartikainen, S. & Nykänen, I. 2016. Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? *International Journal of Gerontology* 10, 43-45. Viitattu: 7.10.2018. <https://core.ac.uk/download/pdf/81948938.pdf>

Gabre, P. & Twetman, S. 2017. Ikäihmisille hyvä suunterveys – kuinka ehkäistä juurikaries, ientulehdus ja suun kandidoosi? *Suomen Hammaslääkärilehti* 5, 22-29.

Gery ry - Gerontologisen ravitsemuksen www-sivut. Viitattu 26.10.2018. https://www.gery.fi/site/assets/files/1253/mna-_ohje-_uusi.pdf

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, AL. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10. uud. p. Helsinki: WSOYpro.

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. *Duodecim*. Viitattu 11.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. p. Helsinki: Edita.

Heikkinen, H., Rovio, E & Syrjälä, L. 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. uud. p. Vantaa: Kansanvalistusseura.

Hiiri, A. 2015. Iän vaikutus suun terveyteen ja siitä huolehtimiseen. Teoksessa M. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö (toim.) *Terve suu*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 148-150.

Hiiri, A. 2015. Suun sienitulehdukset. Teoksessa M. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö (toim.) *Terve suu*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 270-272.

Huittisten kaupungin www-sivut. Viitattu 30.1.2018. <http://www.huittinen.fi>

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uud. p. Helsinki: Edita.

Jyrkkä, J., Mursu, J., Enlund, H. & Lönnroos, E. 2012. Polypharmacy and nutritional status in elderly people. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 15 (1), 1-6. https://journals.lww.com/co-clinicalnutrition/Fulltext/2012/01000/Polypharmacy_and_nutritional_status_in_elderly.2.aspx

Jyväkorpä, S. 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional interventions on nutrient intake, diet quality and quality of life. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 29.10.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kehitysvamma-alan www-sivut 2014. Viitattu 30.8.2018. <https://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Keskinen, H. & Remes-Lyly, T. 2015. Ikäihmisten terveyden uhkatekijöitä. Teoksessa M. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö (toim.) *Terve suu*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 156-158.

Keskinen, H. 2015. Ravinto ja suun terveys. Teoksessa M. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö (toim.) *Terve suu*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 56-60.

Keskinen, H. 2015. Terve suu on tärkeä osa hyvinvointia. Teoksessa M. Heikka, A. Hiiri, S. Honkala, H. Keskinen & K. Sirviö (toim.) *Terve suu*. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 8-10.

Kimari, L. 2017. Suun biofilmi – siistinä hyvä kaveri. *Suomen Hammaslääkärilehti* 5, 18.

Kivelä, S-L. 2013. Lääkkeet. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Komulainen, K. 2018. Terve suu on ikäihmisen oikeus. Ravitsemusfoorumi Kuopio 6.9.2018. https://www.gery.fi/site/assets/files/1377/6komulainen_kaija060918.pdf

Komulainen, K. & Hämäläinen. 2008. Suun terveydenhoito. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim) *Geriatría arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita, 227-246.

Koskinen, S. Manderbacka, K & Koponen, P. 2018. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi. & S. Koskinen (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 - tutkimus*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 10.2.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kullaa, A. 2010. Suun limakalvomuutoksia Osa 7. Suun hiivasieni-infektiot. *Hammaslääkärinlehti* 1, 4-7.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Jyväskylä: Osuuskunta Vastapaino.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. L 28.12.2012/980. Viitattu 30.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lampi, H. & Roos, M. 2009. Kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoidon kehittämisen moniammatillisena yhteistyönä. Teoksessa Y. Engeström, A-L. Niemelä, J. Nummijoki. & J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito – Uusia toimintamalleja vanhuustyöhön. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Langström, H. 2018. Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi. Turun yliopiston Gerontologian perusopintojen 2017-2018. Verkkotallenne Moodlessa, viikko 40. Kuunneltu 4.10.2018. <https://moodle.utu.fi/course/view.php?id=11658#section-5>

Langström, H. 2018. Ravitsemus ikääntyneiden toimintakyvyn edistäjänä. Luento Turun yliopiston Gerontologian perusopintojen 2017-2018 lähipäivässä 19.9.2018.

Lundqvist, A., Männistö, S., Jousilahti, P., Kaartinen, N., Mäki, P. & Borodulin, K. 2018. Lihavuus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 11.10.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/THL_RAP_2018_04_Finterveys_verkko.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Laskurini www-sivut. Laskureita arkipäivän pulmiin. Viitattu 18.2.2018. <https://www.laskurini.fi/terveys/painoindeksilaskuri>

Martelin, T., Nieminen, T., Sainio, P., Koskinen, S. & Tiikkainen, P. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 4/2018. Viitattu 10.10.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/THL_RAP_2018_04_Finterveys_verkko.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Viro: Jaabes OU.

Mursu, J & Jyrkkä, J. 2013. Hyvä ravitsemus tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Sic! Lääketietoa fimeasta 2, 22-25. Viitattu 6.10.2018. http://sic.fimea.fi/2_2013/hyva_ravitsemus_tukee_iakkaiden_laakehoidon_onnistumista

Murto J., Pentala O., Koskela T. & Jussmäki T. 2017. Poimintoja aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja elinoloista Suomessa 2013–2016 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Raportti 7/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/132117>

Nestle Nutrition Institute www-sivut. Viitattu 25.10.2018. <https://www.mna-elderly.com/default.html>

Nihtilä, A., Tuuliainen, E., Komulainen, K., Autonen-Honkonen, K., Nykänen, I., Hartikainen, S., Ahonen, R., Tiihonen, M. & Suominen A-L. 2017. Preventive oral health intervention among older home care clients. Age and Ageing 46: 846–851. Viitattu 8.9.2018. <https://academic.oup.com/ageing/article/46/5/846/2993058>

- Nissinen, A. 2017. Kotihoidon asiakkaiden yksilölliset omahoito-ohjeet näkyivät suissa. Suomen Hammaslääkärilehti 6, 24.
- Nuotio, M., Tuominen, P., Hartikainen, S., Lampi, K., Luukkaala, T. & Jäntti, P. 2009. Muistihäiriöpotilaan ravitsemustilaa on syytä seurata. Suomen Lääkärilehti 34 (64), 2671-2676.
- Nuutinen, O., Peltola, T. & Siljamäki-Ojansuu, U. 2010. Vajaaravitsemuksen riskin seulonta. Suomen lääkäri-lehti 44, 3605 – 3608. Viitattu 20.10.2018. <https://www-laa-karilehti-fi.lillukka.samk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/vajaaravitsemuksen-riskin-seulonta/>
- Nuutinen, O., Siljamäki- Ojansuu, U., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, ML., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2010. Ravitsemushoito: Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 21.10.2018. https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemushoito_nettti_2.painos.pdf
- Oulun Yliopiston www-sivut. 2015. Viitattu 30.8.2018. http://www.oulu.fi/gasel/esiselvitys_k%C3%A4sitteet
- Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Opas 16. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 2.11.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Puranen, TM., Pietilä, SE., Pitkälä, KT., Kautiainen, H., Raivio, M., Eloniemi-Sulkava, U., Jyväkorpi, SK. & Suominen, M. 2014. Caregivers' male gender is associated with poor nutrient intake in AD families (NuAD-trial). The journal of nutrition, health & aging 18, 672-676. Viitattu 10.10.2018. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-014-0499-z>
- Romero-Ortuno., R, Casey., AM, Cunningham, CU., Squires, S., Prendergast, D., Kenny, RA. & Lawlor BA. 2011. Psychosocial and functional correlates of nutrition among community-dwelling older adults in Ireland. The journal of nutrition, Health & Aging, 15 (7), 527–531. Viitattu 7.10.2018. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-010-0278-4>
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S & Paavilainen. E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Roy, N., Stemple, J., Merrill, RM. & Thomas, L. 2007. Dysphagia in the elderly: Preliminary evidence of prevalence, risk factors, and socioemotional effects. Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology, 116 (11), 858–865. Viitattu: 6.10.2018. <https://www.researchgate.net>
- Runsten, S. Ikääntyneiden päihteen käyttö ja mielenterveys. Luento Turun yliopiston Gerontologian perusopintojen 2017-2018 lähipäivässä 17.10.2018.
- Räihä, I. 2012. Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi. Teoksessa A. Aro., M. Mutanen. & M. Uusitupa (Toim.) Ravitsemustiede. 4. uud. p. Helsinki: Duodecim Oy, 289-290.

- Saarela, Riitta. 2014. Oral and Nutritional Problems among residents in assisted living facilities. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Viitattu 30.1.2019. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/144224/Oralandn.pdf?sequence=1>
- Sinisalo, L. 2015. Ravitsemus hoitotyössä. 2. uud. p. Helsinki: Edita.
- Siukonsaari, P. & Nihtilä, A. 2015. Vanhusten suun terveys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131(1), 36–41.
- Sormunen, L. 2013. Ikääntyminen ja sarkopenia – yli 75-vuotiaiden porvoolaisten ravitsemustila ja ravinnonsaanti. Pro Gradu – tutkielma. Helsingin yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42871/Sormunen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosiaalihuoltolaki. 2014. L 30.12.2014/1301. Viitattu 30.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#a1301-2014>
- Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2018. Viitattu 30.8.2018. <https://stm.fi/kotihoito-koti-palvelut>
- Suhonen, H. 2018. Ikääntyneiden addiktiot I-II - Alkoholien, huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö sekä peliriippuvuus. Turun yliopiston Gerontologian perusopintojen 2017-2018. Verkkotalenne Moodlessa, viikko 44. Viitattu 31.10.2018. <https://moodle.utu.fi/mod/folder/view.php?id=526218>
- Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry:n www-sivut. Viitattu 4.10.2018. <http://dysfagia.fi/>
- Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia suugeriatriinen jaosto. Kohti parempaa iäkkäiden suunterveyttä 2015 - Tieteelliseen näyttöön ja kokemusperäiseen tietoon perustuva konsensusraportti. Viitattu 4.9.2018. www.apollonia.fi
- Suomen Hammaslääkäriliiton www-sivut. 2013. Viitattu 4.9.2018. <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/suunterveys/yleistietoa-suunterveydesta/ravinto-ja-suunterveys/ksylitoli#.W6TimDFRfiU>
- Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä. 2003. Ikäihmisten suun hoito- opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Helsinki: Hammaslääkäriliiton kustannus Oy.
- Suomen Hammasteknikkoseura ry:n www-sivut. 2014. Viitattu 4.9.2018. <http://www.hammasteknikko.fi/tiedostot/selain%20opas.pdf>
- Suominen M, Soini H, Muurinen S ym. 2012. Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 170-179.
- Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Suominen, L., Vehkalahti, M. & Knuutila, M. 2012. Suunterveys. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi

Suomessa 2011. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012. Viitattu 4.9.2018.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf

Suominen, L. & Raittio, E. 2018. Suunterveys. Teoksessa P. Koponen, K. Borodulin, A. Lundqvist, K. Sääksjärvi & S. Koskinen (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 -tutkimus*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Viitattu 4.9.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/THL_RAP_2018_04_Finterveys_verkko.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Suominen, M. 2010. Ravitseminen muuttuu ikääntyessä. *Yleislääkäri* 3, 18-22.

Suominen, M & Kivistö, S. 2005. Ravitseminen osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2016. Ravitsemustilan arviointi vanhuksilla. Teoksessa R. Tilvis., K. Pitkälä., T. Strandberg., R. Sulkava. & M. Viitanen (Toim.) *Geriatría*. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim Oy, 357.

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326. Viitattu 30.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Timonen, P. 2015. Kuiva suu Vanhuksen lääkehaittana. SIC! Lääketietoa fimeasta 1, 55-57. Viitattu 10.9.2018. http://sic.fimea.fi/documents/721167/866793/28620_1_15_55-57_Kuiva_suu_vanhuksen_laakehaittana.pdf

Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:6. Viitattu 30.1.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74697/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf

Tuovinen, A. & Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa S. Hartikainen & E. Lönnroos (toim.) *Geriatría - arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita, 211-226.

Vehkalahti, M. & Knuutila, M. 2008. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. *Suomen Hammaslääkärilehti* 4, 48-56.

Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, ME., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, JE., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, LZ. & Garry, P. 2006. Overview of the MNA - its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 10 (6), 456-465. Viitattu 25.10.2018. https://www.researchgate.net/profile/Antoni_Salva/publication/6617786_Overview_of_the_MNA_-_Its_history_and_challenges/links/0fcfd507dace06baf1000000/Overview-of-the-MNA-Its-history-and-challenges.pdf

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-Kustannus.

INFOKIRJE

HYVÄ KOTIHOIDON ASIAKAS

Huittisten kotihoito on ottanut käyttöön tämän vuoden alussa asiakkaiden hyvinvoinnin tukemisen kokonaisarvioinnin. Tämä arviointi pitää sisällään muun muassa suun-terveyden sekä ravitsemustilan arvioinnin.

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön ylempää amk-tutkintoa. Teen opinnäytetyön aiheesta: Kotihoidon säännöllisten asiakkaiden suun-terveyden yhteys ravitsemustilaan. Tutkimus toteutetaan kotihoito xxx alueella.

Pyydän teiltä lupaa käyttää tutkimustarkoitukseen ravitsemustilaanne ja suun-terveyteen liittyviä tietoja. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja luottamukselista. Ravitsemustilan ja suun-terveyden arvioinnista saatua tietoa käytetään opinnäytetyön tekemiseen anonymisti eli tutkittavan henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää jatkossa kotihoidon toiminnan kehittämisessä ja siten tuottaa asiakkaille oikeanlaisia palveluja. Tutkimuk- sen tarkoituksena on ohjata hoitajia asiakkaan aktiiviseen ravitsemustilan seurantaan. Suun-terveyden arvioinnin osalta tavoitteena on edistää kotihoidon asiakkaan suun- sairauksien ennaltaehkäisevää toimintaa.

Olen saanut tutkimuksen toteuttamiseen ja tiedon keräämiseen tarvittavat luvat van- huspalvelujen johtajalta 2/2018.

Ystävällisin terveisin

Maarit Nieminen

Sairaanhoitaja

Huittisten kotihoito

p. xxx xxxx xxx

Huittisten kotihoito Suun terveyden arviointilomake

Nimi: _____ Synt. aika: _____ Alue: _____

Hammasstatus (laita ruksi)

Yläleuka	Omat hampaat	Osaproteesit	Kokoproteesit	Hampaaton suu, ei proteeseja tai proteesit eivät käytössä		
Alaleuka	Omat hampaat	Osaproteesit	Kokoproteesit	Hampaaton suu, ei proteeseja tai proteesit eivät käytössä		

Yksilölliset suun hoitovälineet ja aineet: x = ok v= vaihdettava s= suositellaan

Hammasharja	Hammasstahna	Hammasvälien puhdistusväline	Limakalvojen pyyhintään: Pumpulitikki/kosteaa tufferi
Proteesiharja	Proteesien puhdistusaine	Ksylitolipastillit	Kuivan suun kostutusgeeli

ARVIOINTI PVM _____._____.2018	ARVIO 1-3	Oireen kuvaus ja asteikko	1 Hyvä päivittäinen suunhoito	2 Tarvitsee tehostetun suunhoidon	3 Ota yhteys hammashoitolaan
Huulet			Vaaleanpunaiset, kosteat, ehjät, ikenet kiinteät	Punoittavat, kuivat tai laikukkaat, irtoavia peitteitä, ienverenvuoto. Proteesit yöksi pois suusta → puhtaana ja kuivana	Haavaumia, patteja, punoitusta, muutoksia limakalvoissa, jotka eivät 14 vrk seurannan ja tehostetun suun puhdistuksen kautta poistu/parane
Suun limakalvot, Ikenet					
Kieli			Vaaleanpunaiset, kosteat, nystyjä	Sileä, punainen, kuiva katteinen	Vaurioita (vuotavia tai ilman verenvuotoa), haavaumia
Hampaat			Puhtaat, ei näkyviä peitteitä (plakkia) eikä ruuantähteitä	Peitteitä (plakkia) → entistäkin huolellisempi harjaus, muista myös ienrajat!	Rikkinäinen hammas, vaurio hampassa, hammaskiveä, kipuja, ongelmia syömisessä
Proteesit			Puhtaat ja toimivat (istuvat hyvin, syöminen onnistuu)	Peitteitä tai ruuantähteitä, huonosti toimivat → huolellinen puhdistus proteesiharjalla	Rikkinäiset, syöminen proteeseilla ei onnistu. Jos proteesit äkinäisesti sopimattomat. Huonosti istuvat proteesit hoitaa erikoishammasteknikko.
Tarvetta päivittää/vaihtaa suunhoitovälineitä?					

Asiakkaan oma arvio suun terveydestä ja hoidosta

	Kyllä	Ei
Onko teillä vaivaa suussa/hampaistossa?		
Kuivaako teidän suuta?		
Onko teillä nielemisvaikksia?		
Istuvatko proteesit hyvin?		
Kykynekkö harjaamaan hampaanne?		
Kykenettekö puhdistamaan hammasproteesinne?		
Kykenettekö puhdistamaan hammasvälinne?		
Otatteko proteesit yöksi pois suusta?		

Missä säilytätte proteeseja? _____

Mahdollisia lisätietoja ja huomioita:

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Sukunimi:	Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikkä:	Paino, kg:	Pituus, cm:	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	<input type="checkbox"/>
B Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana 0 = painonpudotus yli 3 kg 1 = ei tiedä 2 = painonpudotus 1-3 kg 3 = ei painonpudotusta	<input type="checkbox"/>
C Liikkuminen 0 = vuode- tai pyörätuolipottias 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona 2 = liikkuu ulkona	<input type="checkbox"/>
D Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuuttia sairautta? 0 = kyllä 2 = ei	<input type="checkbox"/>
E Neuropsykologiset ongelmat 0 = dementia tai masennus 1 = lievä dementia 2 = ei ongelmia	<input type="checkbox"/>
F Painoindeksi eli (BMI) = paino kg / (pituus m) ² 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 .	<input type="checkbox"/>
Seulonnan tulos (yhteensä maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pistettä: Normaali ravitsemustila 8-11 pistettä: Riski viheravitsemukselle kasvanut 0-7 pistettä: Viheravitsemus	
Perusteellisempaa arviointia varten jatka kysymyksiin G-R	
Arviointi	
G Asuuko haastatettava kotona 1 = kyllä 0 = ei	<input type="checkbox"/>
H Onko päivittäisesti käytössä enemmän kuin kolme receptilääkettä 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla 0 = kyllä 1 = ei	<input type="checkbox"/>
J Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja veitit) 0 = 1 ateria 1 = 2 ateria 2 = 3 ateria	<input type="checkbox"/>
K Sääntöäkö ruokavalio vähintään • yhden annoksen maitovalmistetta (maito, juusto, pilmä, villi) päivässä • kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot) • lihaa, kalaa tai kanaa joka päivä 0.0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastaus 0.5 = jos 2 kyllä-vastaus 1.0 = jos 3 kyllä-vastaus	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia 0 = ei 1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M Päivittäinen nestejuonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu...) 0.0 = alle 3 lasillista 0.5 = 3-5 lasillista 1.0 = enemmän kuin 5 lasillista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Ruokailu 0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä 1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua 2 = syö itse ongelmitta	<input type="checkbox"/>
O Oma näkemys ravitsemustilasta 0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus 1 = on epävarma ravitsemustilastaan 2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia	<input type="checkbox"/>
P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin 0.0 = ei yhtä hyvä 0.5 = ei tiedä 1.0 = yhtä hyvä 2.0 = parempi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Oikavarren keikkikohdan ympärysmitta (OVY om) 0.0 = OVY on alle 21 cm 0.5 = OVY on 21-22 cm 1.0 = OVY on yli 22 cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Pohkeiden ympärysmitta (PYM om) 0 = PYM on alle 31 cm 1 = PYM on 31 cm tai enemmän	<input type="checkbox"/>
Arviointi (maksimi 16 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Seulonta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ravitsemustilan arviointiasteikko	
24-30 pistettä	<input type="checkbox"/> Normaali ravitsemustila
17-23,5 pistettä	<input type="checkbox"/> Riski viheravitsemukselle kasvanut
alle 17 pistettä	<input type="checkbox"/> Viheravitsemus

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its history and challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10:496-495.
Rubenstein LZ, Harter JO, Sava A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001; 56A: M366-377.
Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10:496-497.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 12599 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivulta.