



# **IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSTILA IISALMEN KOTIHOIDOSSA**

**Opinnäytetyö**

**Tuula Huttunen  
Sari Vainio**

**Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto**

Hyväksytty \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Koulutusala: Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Työntekijä/tekijät: Huttunen Tuula ja Vainio Sari	
Työn nimi: Ikääntyneen ravitsemustila Iisalmen kotihoidossa	
Päiväys: 13.11.2009	Sivumäärä/liitteet: 45/4
Ohjaaja/ohjaajat: Hämäläinen Susanne ja Jauhiainen Annikki	
Toimeksiantaja: Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymä, kotihoito	
<p><b>Tiivistelmä:</b></p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin ikääntyneiden ravitsemustilaa Iisalmen kotihoidossa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Keväällä 2009 Iisalmen kotihoidossa oli 530 asiakasta, joista 56 osallistui tähän tutkimukseen. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, johon aineisto kerättiin Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarilla ja strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineisto analysoitiin SPSS 16.0.2. for Windows tilasto-ohjelmalla.</p> <p>Viime vuosina tehtyjen tutkimusten mukaan ikääntyneet kärsivät ravitsemusongelmista ja aliravitsemuksesta, jotka aiheuttavat lisäkustannuksia toistuvien sairaalahoitajaksojen vuoksi yhteiskunnalle ja yksilölle itselleen. Ravitsemushoitoa tehostamalla voidaan ylläpitää ikääntyneen toimintakykyä ja pitkittää hänen kotona selviytymistä.</p> <p>Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarilla arvioituna lähes puolella tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä oli kasvanut riski virhe- tai aliravitsemukselle. Tutkimuksen ikääntyneistä seitsemän prosenttia kärsi virhe- tai aliravitsemuksesta. Ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttavat monet tekijät, kuten yleiskunto, ruokahalu, sairaudet, lääkitykset, erityisruokavaliot, hampaiden kunto, nielemisvaikeudet ja ruoansulatuskanavan toiminta.</p> <p>Tulokset osoittavat, että ikääntyneiden ravitsemukseen tulee kiinnittää huomiota aikaisempaa enemmän. Erityisesti akuutin sairauden tai psyykkisen stressin yhteydessä tulee kiinnittää huomiota ikääntyneen ravinnonsaantiin. Ikääntyneen hyvä ravitsemustila on merkittävä toimintakyvyn ylläpitäjä ja hyvinvoinnin perusedellytys.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden ravitsemushoitoa kehitettäessä. Jatkotutkimuksen aiheeksi nousivat: ikääntyneen ravitsemuksen tutkiminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja ravitsemushoitomallin luominen.</p>	
Avainsanat: Ikääntyneet, ravitsemus, kotihoito	
Luottamuksellisuus:	

Field of study: Social Services, Health and Sports	
Degree Programme: Nursing	Option: Nursing /Registered Nurse
Author(s): Huttunen Tuula and Vainio Sari	
Title of Thesis: Nutritional status of elderly people in Iisalmi home care	
Date: 13.11.2009	Pages/appendices: 45/4
Supervisor(s): Hämäläinen Susanne and Jauhiainen Annikki	
Project/Partners: Iisalmi area District of public health work, home care	
<p><b>Abstract:</b></p> <p>The purpose of the thesis was to study the nutritional status of elderly people in Iisalmi home care and discover factors that are influencing the nutritional status. Iisalmi home care had 530 clients in spring 2009 and 56 of them participated in the survey. The thesis was quantitative. The material was gathered by Assessment of Nutritional Status MNA and structured questionnaire. Circumstantial evidence was analyzed through SPSS 16.0.2 for Windows -based program.</p> <p>The studies done in recent years show that elderly people are suffering from nutrition problems and malnutrition. This causes to additional costs to the society and individuals because of repeated periods of hospitalization. Elderly people can live home longer and their ability to function can be maintained by improving their nutritional care.</p> <p>According to the MNA results of this research, half of the clients in the final sample were at risk of malnutrition, and seven percent of elderly people were malnourished. There are many factors affecting the nutritional status of the elderly, such as constitution, appetite, diseases, medications, special diets, condition of teeth, dysphagia and gastrointestinal activity.</p> <p>Research results show that more attention should be paid to nutrition of elderly people. Particular attention to dietary intake of elderly should be paid during acute illness or psychological stress. Good nutritional status of an elderly person is an important maintainer of ability to function and it is also a requirement for well-being.</p> <p>These results can be used while developing nutritional care of older people. In future there could be researches concerning elderly nutrition examination from the perspective of care staff, or creation of nutrition care model.</p>	
Keywords: Aged, Nutritional, Home care services	
Confidentiality:	

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	6
2	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS .....	8
3	IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSONGELMAT .....	10
4	IKÄÄNTYNEEN VIRHE- JA ALIRAVITSEMUS.....	12
	4.1 Sosiaaliset ja ympäristöstä johtuvat syyt .....	13
	4.2 Psyykkiset syyt .....	13
	4.2.1 Ruokahaluttomuus .....	14
	4.2.2 Ikääntyminen ja alkoholin käyttö.....	14
	4.2.3 Muistisairaahan ravitseminen .....	15
	4.3 Fysiologiset, sairauksista ja lääkkeiden käytöstä johtuvat syyt.....	15
	4.3.1 Ravinto ja lääkkeet .....	16
	4.3.2 Suun ja hampaiden terveys .....	16
	4.3.3 Ummetus.....	17
5	RAVITSEMUSHOITO .....	18
	5.1 Ravitsemustilan arviointi.....	18
	5.1.1 Ravintohaastattelu .....	19
	5.1.2 Ravitsemustilan arviointi MNA-mittari.....	19
	5.2 Ravitsemushoidon suunnitelma .....	20
	5.3 Ateriapalvelu ravitsemushoidon tukena .....	21
6	HOITOTYÖNTEKIJÄ IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN TUKIJANA ...	23
	6.1 Ravitsemushoidon toteuttaminen.....	23
	6.2 Hoitotyön kirjaaminen .....	23
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	25
8	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	26
	8.1 Tutkimusmenetelmä.....	26

8.2 Aineiston keruu.....	26
8.3 Aineiston analysointi.....	27
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	29
9.1 Vastaaajien taustatiedot.....	29
9.2 Vastanneiden ravitsemustottumukset.....	30
9.3 Vastanneiden ravitsemustila .....	31
9.4 Vastanneiden ravitsemustilaan vaikuttavat tekijät.....	34
10 POHDINTA .....	37
10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	37
10.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....	38
10.3 Ammatillinen kasvu .....	41
LÄHTEET .....	43
LIITTEET	

Liite 1	Ravitsemustilan arviointi MNA
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Kyselylomake
Liite 4	Saatekirje

## 1 JOHDANTO

Viime vuosina tehtyjen tutkimusten mukaan suomalaiset ikääntyneet kärsivät ravitsemusongelmista ja aliravitsemuksesta, jotka aiheuttavat lisäkustannuksia toistuvien sairaalahoitojaksojen vuoksi yhteiskunnalle ja yksilölle itselleen. Ravitsemushoitoa tehostamalla voidaan ylläpitää ikääntyneen toimintakykyä ja pitkittää hänen kotona selviytymistään. (Häll 2006.) Hyvä ravitsemustila on erityisesti ikääntyneelle merkittävä toimintakyvyn ylläpitäjä ja hyvinvoinnin perusedellytys (Päivärinta & Haverinen 2002, 82). Ikääntyneen heikko ravitsemustilanne vaikuttaa heikentävästi immuunipuolustukseen, altistaen infektioille ja hidastaa sairauksista toipumista (Suominen 2008, 467).

Ikääntyneen palvelujen laatusuosituksessa kehoitetaan ylläpitämään ja edistämään ikääntyneen hyvinvointia ja terveyttä. Tavoitteena on terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen. Keinoina siihen ovat terveellinen ja ikääntyneiden tarpeiden mukainen ruokavalio, säännöllinen liikunta ja lihaskunnan ylläpitäminen sekä terveydentilan seuranta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 22.)

Ravitsemushoito- ja ruokailu -suositus on valmisteilla, ja sen on määrä valmistua vuoden 2009 loppuun mennessä. Suosituksen tarkoituksena on yhdenmukaistaa ravitsemushoitoa ja esitellä ravitsemushoidon toimintamalli. Suositus on tarkoitettu ravitsemushoitoa ja ruokapalveluja tarjoavien yksiköiden, kuten sairaaloiden ja terveyskeskusten sekä palvelutalojen henkilökunnalle. (Nuutinen ym. 2009, 5.)

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän kotihoito. Kotihoito sisältää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon. Maaliskuussa 2009 kotihoidossa oli asiakkaita 530, joista 130 pelkästään kotisairaanhoidon asiakkaita. (Marjoniemi 2009.)

Tutkimuksessa selvitettiin ikääntyneiden kotihoitoasiakkaiden ravitsemustilaa ja ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarilla ja strukturoidulla kyselyllä. Tässä opinnäytetyössä ikääntyneellä tarkoitetaan 65 vuotta täyttänyttä hen-

kilöä. Työn tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ikääntyneiden ravitsemushoidon kehittämiseksi.

Ikääntyneiden ravitsemustila on ollut esillä mediassa viime aikoina, joka on nostattanut aiheen yleiseen keskusteluun. Aiheen ajankohtaisuus ja aikaisempi työkokemuksemme lähihoitajina on herättänyt mielenkiintomme aiheeseen. Näkemyksemme mukaan ikääntyneiden ravitsemukseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Tutkiessamme ikääntyneiden ravitsemushoitoa, saamme valmiuksia hyvän ravitsemushoidon toteutukseen. Toivomme opinnäytetyömme herättävän keskustelua niin opiskelijoiden kuin jo työssä olevienkin keskuudessa.

## 2 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

Syöminen ja juominen ovat yksi elämisen toimintomme. Syömisen ja juomisen toiminto rytmittää päivän kulkua, sen ympärille nivoutuvat monet muut elämisen toiminnot. Syöminen ja juominen vievät suuren osan päivittäisestä hereilläoloajasta, mikä sisältää aterioinnin lisäksi ruuan valmistuksen ja hankinnan. Syömisen ja juomisen tarkoituksena on antaa soluille niiden tarvitsemat ravintoaineet kasvaakseen ja ylläpitääkseen niiden toimintaa. Tämän biologisen syyn lisäksi syömiseen ja juomiseen liittyy sosiaalinen merkitys. (Roper, Logan & Tierney 1995, 154–155.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on laatinut ravitsemussuositukset. Ravitsemussuositukset on laadittu väestötasolla, joten yksilöiden väliset eroavaisuudet ovat mahdollisia riippuen perusaineenvaihdunnasta ja fyysisestä aktiivisuudesta. Ravitsemussuositukseen on lisätty myös liikunnan osuus. (Suomalaiset ravitsemussuositukset–ravinto ja liikunta tasapainoon 2005, 6–7.) Ravitsemuksesta annettujen suositusten mukaan koostettu ruokavalio, joka tyydyttää ikääntyneen energiantarpeen sisältää todennäköisesti riittävästi ravintoaineita. Poikkeuksena D-vitamiini, josta on ikääntyneille oma saantisuositus. (Suominen 2008, 468.)

Ikääntyessä ihmisen energian tarve vähenee lähinnä fyysisen aktiivisuuden vähenemisen seurauksena. Aktiivinen ja paljon liikkuva ikääntynyt kuluttaa lähes yhtä paljon energiaa kuin keski-ikäinen. Suojaravintoaineiden tarve pysyy samana, joten ravinnon laatuun tulee kiinnittää huomiota. Ikääntyneen energian tarvetta voidaan arvioida kehonpainon ja fyysisen aktiivisuuden perusteella. Taulukossa 1 on kuvattu ikääntyneen laskennallista energian tarvetta painokiloa kohti. Esimerkiksi vuodepotilaan energian tarve saadaan, kun perusaineenvaihduntaan (PAV) lisätään 30 prosenttia. (Suominen 2008, 467–468.)



TAULUKKO 1. Yli 70-vuotiaiden energian tarve henkilön painokiloa kohti  
(Suominen 2008, 468)

Fyysinen aktiivisuus	kcal/kg
Perusaineenvaihdunta (PAV)	20 kcal
Vuodepotilas, PAV + 30%	26 kcal
Liikkeellä oleva, PAV + 50%	30 kcal
Sairaudesta toipuminen	36 kcal

Nesteentarvetta on vaikea määrittää tarkasti, koska siihen vaikuttavat monet tekijät kuten ikä, ruokavalio, ilmasto ja liikunnan määrä. Nesteiden arvioitu tarve on 30 millilitraa painokiloa kohti. Nesteentarve voidaan laskea ruuasta saadun energian mukaan: 1 ml/kcal. Ikääntyneiden nesteentarve suositellaan laskettavaksi painokiloa kohden. Ruuasta saadaan nesteitä keskimäärin noin litra päivässä, tämän lisäksi on juotava vähintään litra. Ikääntyneille suositellaan runsaampaa juomista noin 1,5 litraa päivässä, koska janon tunne on vähentynyt ja munuaisten kyky konsentroida virtsaa on alentunut. (Suomalaiset ravitsemussuositukset–ravinto ja liikunta tasapainoon 2005, 40.)

### 3 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUSONGELMAT

Ikääntyneen ravitsemustilanteeseen vaikuttavat monet tekijät, kuten yleiskunto, ruokahalu, sairaudet, lääkitykset, erityisruokavaliot, hampaiden kunto, nielemisvaikeudet ja ruoansulatuskavanan toiminta (Päivärinta & Haverinen 2002, 82). Ravitsemusongelman taustalla voi olla myös aistitoiminnon muutoksia, sillä ikääntymisen myötä heikkenevät ruuan maistamiseen liittyvät aistit, erityisesti hajuaisti. Makuaisti muutosten on todettu olevan makusidonnaisia. Happaman, karvaan ja suolaisen maun aistiminen heikkenevät, kun taas makean ikääntyneet maistavat hyvin. (Suominen 2008, 470.)

Ikääntymiseen liittyvät elimistön fysiologiset muutokset ja lääkitys saattavat heikentää ravintoaineiden hyväksikäyttöä, jolloin niitä pitää saada tavallista enemmän. Parhaiten ravintoaineiden saannin turvaa monipuolinen ja vaihteleva ruokavalio. Ravintoaineiden saannin turvaamiseksi voi olla perusteltua suositella täydennysravintovalmisteita, varsinkin sairastumisen tai leikkauksen yhteydessä, sillä akuutisti sairaan ravitsemustila heikkenee nopeasti. (Suominen 2008, 470.)

Ravinnon proteiinien hyväksikäyttö heikkenee ikääntymisen mukana. Proteiinien saantisuosituksena on 10–20 prosenttia päivittäisestä energian saannista, mutta pienentyneen ateriakoon ja vähentyneen energian saannin vuoksi sen tulee olla 15–20 prosenttia. Vähäinen proteiinin saanti vaikuttaa epäedullisesti immuunipuolustukseen ja elimistön solu- ja lihassmassaan. Työikäisen proteiinisuositus on 0,8 g/paino(kg)/vrk, ikääntyneille suositellaan saatavaksi 1–1,2 g/kg/vrk. Akuutisti sairaiden proteiinin tarve on kaksinkertainen. (Suominen 2008, 470.)

Suomalaiset saavat niukasti D-vitamiinia luonnostaan, koska sitä muodostuu iholla auringon ultraviolettivalon vaikutuksesta. Vuodesta 2003 lähtien nestemäisiin maitovalmisteisiin ja ravintorasvoihin on lisätty D-vitamiinia. Uusi D-vitamiinin saantisuus 2–60-vuotiailla on 7,5 µg. Pienille lapsille ja ikääntyneille on omat saantisuositukset. Yli 60-vuotialle suositeltava D-vitamiini annos on 10 µg vuorokaudessa. D-vitamiinilisän käyttöä suositellaan pimeään vuodenaikaan (loka–maaliskuu) ja ympärivuotisesti henkilöillä, jotka ulkoilevat vähän. (Suomalaiset ravitsemussuositukset–ravinto ja liikunta tasapainoon 2005, 24–27.) D-vitamiinin on todettu vaikuttavan

luuston kuntoon hidastaen luuston haurastumista ja osteoporoosin etenemistä. D-vitamiinin on todettu vaikuttavan myös lihaskoordinaatioon. Jotta D-vitamiini ehkäisi ikääntyneiden kaatumisia ja murtumia on sitä saatava riittävän suuria annoksia 17,5–20 µg vuorokaudessa. Helsingin kaupungin vanhainkodeissa tehdyn ravitsemustutkimuksen mukaan ikääntyneistä vain kolmasosa käytti D-vitamiinivalmistetta. Annokset olivat yleensä pieniä, vain 3.5 prosenttia sai riittävän ison annoksen suojaamaan murtumilta ja kaatumisilta. (Suominen 2008, 469.)

Yksittäisten ravintoaineiden puutoksia voidaan määrittää laboratoriotutkimuksella. Hematologiset ja immunologiset muutokset voivat johtua vanhenemisesta, sairauksista tai aliravitsemuksesta. Ikääntyneiden puutostiloista tavallisimpia ovat raudan ja B12-vitamiinin puutteet, joiden aiheuttajana yleensä on maha-suolikanavan sairaus. (Suominen 2008, 473.) Dementian taustalla voi olla B12-vitamiinin puute, joka voidaan hoitaa vitamiinilisällä (Sulkava 2003, 72).

#### 4 IKÄÄNTYNEEN VIRHE- JA ALIRAVITSEMUS

Ikääntyneen ravitsemusongelmat ilmenevät eri tavoin. Aliravitsemuksella tarkoitetaan tilannetta, jolloin energiaa saadaan liian vähän. Vähäinen energian ja proteiinien saanti ilmenee laihtumisena. Aliravitsemusta selittäviä tekijöitä ovat huono toimintakyky, dementia, nielemisvaikeudet ja ummetus. Virheravitsemuksesta on kyse silloin, kun energiaa saadaan riittävästi tai liikaa, mutta suojaravintoaineita liian vähän. Lihavakin ikääntynyt voi kärsiä huonosta ravitsemuksesta. Runsaasta rasvakudoksesta huolimatta ikääntyneellä voi olla vaikeaa lihaskatoa. Virhe- ja aliravitsemuksen synnyllä on todettu yhteys sairauksiin sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemiseen. (Suominen 2008, 467; Suominen 2007, 25, 48.)

Ikääntyneiden virhe- ja aliravitsemukseen liittyvät myös käsitteet ikääntyneen ihmisen anoreksia ja malnutrition. Ikääntyneen kohdalla anoreksialla tarkoitetaan iästä johtuvaa ruokahaluttomuutta ja tahatonta painonlaskua. Malnutritionilla tarkoitetaan ravitsemushäiriötä tai virheravitsemusta. (Suominen 2008, 477.)

Virhe- ja aliravitsemuksen katsotaan johtuvan syistä, jotka voidaan jakaa kolmeen ryhmään: sosiaaliset ja ympäristöstä johtuvat syyt, psyykkiset syyt sekä fysiologiset, sairauksista ja lääkkeiden käytöstä johtuvat syyt. Virhe- ja aliravitsemuksesta katsotaan seuraavan: mieliala laskee, ruokahalu heikkenee, lihakset heikkenee (hengitys ja sydämen toiminta huononevat), liikkuminen vähenee, infektioherkkyys lisääntyy, intensiivihoidon tarve lisääntyy, hoidon teho huononee, sairaalassaoloaika pitenee ja kustannukset lisääntyy. (Suominen 2008, 476–478.)

Suomisen (2007, 42–44) tutkimuksen mukaan virhe- ja aliravitsemus on yleistä vanhainkodeissa ja sairaaloissa. Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarilla tutkittuna tutkimukseen osallistuneista potilaista 11–57 prosenttia kärsi virhe- tai aliravitsemuksesta ja virheravitsemuksen riski oli kasvanut 40–89 prosentilla. Hyvän ravitsemustila oli vain alle 16 prosenttia tutkituista. Virhe- ja aliravitsemusta selittäviä tekijöitä ovat dementia, heikentynyt toimintakyky, nielemisvaikeudet ja ummetus. Vähäisellä syömisellä, puolet tai vähemmän tarjotusta ruoka-annoksesta syömällä ja välipalojen syömättömyydellä oli yhteyttä virhe- ja aliravitsemukseen. Hoitajat tunnustivat huonosti aliravitsemuksen, koska vain joka neljäs tapaus tunnistettiin.

#### 4.1 Sosiaaliset ja ympäristöstä johtuvat syyt

Ravitsemustilaan vaikuttavat myös sosioekonomiset tekijät. Näiden vaikutus ravitsemukseen liittyy ikääntyneen kokemiin muutoksiin sosiaalisessa toiminnassa ja omassa sosiaalisessa roolissa sekä taloudelliseen tilanteeseen. Muutoksia sosiaalisessa tilanteessa aiheuttavat eläkkeelle jääminen, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, sairastuminen tai läheisen kuolema ja yksinäisyys. Keskivertoa huonompi taloudellinen tilanne tai köyhyys on merkittäviä aliravitsemuksen aiheuttajia. (Köykkä 2006, 19.)

Eläkkeelle jääminen on suuri muutos ikääntyneen elämässä, ja siihen liittyy muutoksia päivittäisessä rytmissä ja tulotasossa. Alhainen tulotaso ja köyhyys on merkittävin yksittäinen syy siihen, että syödään liian vähän ja yksipuolisesti. Sosiaalisten suhteissa tapahtuu muutoksia, jonka seurauksena voi olla yksinäisyyttä ja eristäytymistä, mikä puolestaan voi altistaa yksipuoliselle ja huonolle syömiselle. (Suominen 2006, 56.) Yksinasuvien ikääntyneiden ravitsemustilan on todettu olevan huonompi kuin yhdessä jonkun kanssa asuvien. Yhdessä asuminen ja tekeminen, kuten kaupassa käyminen, ruuan valmistaminen, esille laittaminen ja syöminen sekä vanhojen tapojen säilyttäminen vaikuttavat positiivisesti ravitsemustilaan. (Köykkä 2006, 19.)

#### 4.2 Psyykkiset syyt

Psyykkisten syiden katsotaan olevan tahattoman painon laskun taustalla etenkin palvelutaloissa ja vanhainkodeissa asuvilla. Puolison menetys ja leskeys voivat johtaa yksinäisyyteen ja sosiaaliseen eristyneisyyteen, johon voi liittyä myös masentuneisuutta. Masentunut ikääntynyt voi kieltäytyä syömisestä, alitajuisena toiveenaan kuolla. (Suominen 2006, 56.)

Masennuksesta kärsii 65 vuotta täyttäneistä naisista liki 18 %:a ja miehistä 14 %:a. Riskissä sairastua masennukseen ovat kotihoidon palveluita käyttävät ja pitkäkestoisessa laitoshoidossa olevat ikääntyneet. Masentunut ikääntynyt vetäytyy sosiaalisista suhteista ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen heikkenee. Kiinnostus liikkumiseen ja fyysisen kunnon ylläpitämiseen vähenee. Ruokailusta ja ravitsemuksesta huolehtiminen jäävät toteuttamatta. (Kivelä 2003, 112–113.)

#### 4.2.1 Ruokahaluttomuus

Ruokahaluttomuutta voivat aiheuttaa sairaus, lääkitys, psyykkiset syyt, suun huono terveydentila tai tarjotun ruuan soveltuvuus ikääntyneelle. Ruokahaluttomuuden syy pyritään selvittämään ja poistamaan. Huonosta ruokahalusta kärsivään ikääntyneeseen täytyy suhtautua ymmärtäväisesti. Asiakkaan toiveita kuunnellaan ruokien ja juomien suhteen ja pyritään toteuttamaan hänen toiveensa. (Suominen 2006, 33.)

Kun ruoka ei maistu pyritään riittävä ravinnonsaanti turvaamaan tarjoamalla runsaasti energiaa sisältäviä ruokia, välipaloja tai täydennysravintovalmisteita sekä vitamiini- ja kivennäisvalmisteita. Huonosti syövien ikääntyneiden ruokahaluun voidaan vaikuttaa myös sosiaalisilla ja psykologisilla tekijöillä. Miellyttävä ilmapiiri ja kiireettömyys vaikuttavat merkittävästi ruokahaluun. (Suominen 2006, 19, 33.)

#### 4.2.2 Ikääntyminen ja alkoholin käyttö

Suomalaisten alkoholin kulutus on nykyään eurooppalaista keskitasoa, ja siihen liittyy suuri kertakulutus ja runsas krapulatilojen esiintyminen. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan viimeksi kuluneen vuoden aikana krapulan oli kokenut 75–84-vuotiaista miehistä noin 14 prosenttia ja naisista noin 2 prosenttia. (Heikkinen 2008, 342.) Ikääntyminen muuttaa alkoholin metaboliaa siten, että ikääntyneen veren alkoholipitoisuus nousee enemmän samalla alkoholimäärällä kuin työikäisellä. Ikääntyvät alkoholiongelmaiset koostuvat kahdesta ryhmästä; vanhenevista alkoholisteista ja henkilöistä, joille alkoholin käytöstä tulee ongelma vasta myöhemmällä iällä. Alkoholin käytön lisääntymiselle altistaa eläkkeelle jääminen, leskeksi jääminen, lapsista vieraantumisen sekä heikentynyt kunto ja itsetunto. (Tilvis 2003, 316–317.)

Ikääntyneiden alkoholiongelma on alidiagnosoitu terveydenhuollossa. Ikääntyneiden antama päihdeanamneesi on usein epäluotettava, koska suorilla kysymyksillä alkoholin käytöstä ei saada luotettavaa tulosta. Asian puheeksi ottaminen on kuitenkin tärkeää. Alkoholin liikakäyttöä on syytä epäillä, kun asiakkaalla alkaa esiintyä selittämättömiä epäsiisteyttä, kaatuilua, inkontinenssia ja unihäiriöitä. Muistisairauden nopean etenemisen taustalla voi olla alkoholin liikakäyttö. (Tilvis 2003, 316–317.) Runsaasti

alkoholin käyttö pahentaa kaikkia sairaustiloja ja altistaa ravitsemushäiriöille (Heikkinen 2008, 343).

#### 4.2.3 Muistisairaana ravitseminen

Keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastaa noin yhdeksän prosenttia yli 65-vuotiaista suomalaisista (Suominen 2006, 87). Muistisairaudet aiheuttavat vähitellen pahenevia muisti- ja käytöshäiriöitä, jotka vaikuttavat ruokailutilanteeseen taudin edetessä. Ruokailua hankaloittaa hahmottamiskyvyn aleneminen, jota voidaan helpottaa sopivilla ruokailuvälineillä. Ruokailutilanteeseen ja -ilmapiiriin voidaan vaikuttaa taustamusiikilla, pöytäliinoilla, mieliruoalla ja muistoilla. (Suominen 2008, 482.)

Muistisairauteen liittyy usein syömiskäyttäytymisen häiriöitä, kuten ruuasta kieltäytymistä, harhaluuloja ja -aistimuksia, poskisyömistä ja ruualla sotkemista. Muistisairauteen liittyy usein laihtumista, jonka arvellaan johtuvan levottomuuden ja jatkuvan liikehinnän lisääntymisestä. Muistisairaana ravitsemuksesta tulee huolehtia laihtumisen estämiseksi. (Häll 2006.) Muistisairaana henkilön laihtuminen voi johtua siitä, että hän unohtaa syödä tai ei tunnista nälän tunnetta. Toisaalta muistisairaus aiheuttaa muutoksia maku- ja hajuaistimuksissa, minkä vuoksi tuttuakin ruoka voi maistua epämiellyttävältä. (Suominen 2008, 478.)

#### 4.3 Fysiologiset, sairauksista ja lääkkeiden käytöstä johtuvat syyt

Ikääntymisen myötä aktiivisen kudoksen määrä elimistössä vähenee. Myös ruuansulatusentsyymien erittyminen heikkenee. Nämä muutokset voivat aiheuttaa ikääntyneelle nopeasti tulevan kylläisyyden tunteen, jolloin syöminen jää vähäiseksi. Iän myötä muutoksia tapahtuu myös maku- ja hajuaisteissa, mitkä voivat heikentää ruuasta nauttimista ja vähentävät nautitun ruuan määrää. (Suominen 2008, 478.)

Ravitsemustilaa heikentävät ikääntyneillä monet sairaudet kuten Parkinsonin tauti, aivohalvaus, syöpä, keuhkohtaumatauti, suun ja nielun sairaudet, masennus ja muistisairaudet. Nämä sairaudet heikentävät ikääntyneen toimintakykyä, mikä hankaloittaa

ruokailua. Ruuan käsitteleminen lautasella, suuhun vieminen ja pureskeleminen sekä nielaiseminen voivat muuttuvat hankalaksi. (Soini 2009, 197.)

#### 4.3.1 Ravinto ja lääkkeet

Ikääntyneet käyttävät paljon lääkkeitä erilaisten sairauksien ja oireiden hoitoon. Eniten käytettyjä lääkkeitä ovat sydän- ja verisuonisairauksien hoidossa käytettävät lääkkeet ja kipulääkkeet. Lääkehoidon ongelmat johtuvat ikääntyneen alentuneesta lääkkeiden sietokyvystä, useista samanaikaisesti käytössä olevista lääkkeistä ja niiden haittavaikutuksista. (Suominen 2006, 42.)

Lääkeaineilla on monenlaisia vaikutuksia ikääntyneiden ruokailuun ja ravitsemukseen. Lääkkeet voivat aiheuttaa maku- ja hajuaistimusten muutoksia ja vaikuttavat näin ikääntyneen ruokahuuun. Useat lääkkeet, kuten verenpaine-, nesteentoisto-, masennus- ja unilääkkeet sekä Parkinsonin taudin hoitoon tarkoitetut lääkkeet heikentävät syljen eritystä. Kuiva suu vaikeuttaa ruuan pureskelua ja nielemistä sekä vaikuttaa ruuansulatukseen. Runsaasta lääkkeiden käytöstä aiheutuu mahan ja suolen ärtymistä, mikä aiheuttaa ravintoaineiden imeytymisen heikkenemistä. (Suominen 2006, 42–44.)

#### 4.3.2 Suun ja hampaiden terveys

Suun hyvä terveys on ruuasta nauttimisen ja monipuolisen ruokavalion perusedellytys. Hyvä suunterveys auttaa pitämään ruokavalion monipuolisena ja ravitsemustilan hyvänä. Suunterveydentilalla oli yhteys ikääntyneen ravitsemustilaan, hyvä suunterveys viittasi korkeampaan painoindeksiin (Soini 2004, 38). Suussa tapahtuu ikääntyessä erilaisia muutoksia, mitkä vaikuttavat syömiseen ja nielemiseen. Syljeneritys vähenee ja suun limakalvot kuivuvat heikentyneen verenkierron seurauksena. Merkittävin syy suun kuivumiseen ovat kuitenkin sairaudet ja lääkkeet. Hampaiden kunto ja lukumäärä vaikuttavat erityisesti pureskeltavien ruokien, kuten kasvisten ja leivän syöntiin. (Suominen 2008, 472.) Hiltunen ja Luukkonen (2006, 44–45) käyttivät ruokailun seurantalomaketta, joka paljasti potilaiden syövän pääaterioiden lämpimän ruoan hyvin,



mutta lisäkkeet kuten salaatti ja leipä jäivät usein syömättä. Tämä voi johtua aterioiden liian isosta annoskoosta. Potilaiden viljavalmisteiden syönti jäi liian vähäiseksi.

Ravitsemushäiriöt vaikuttavat myös suunterveyteen aiheuttaen suun kudosten muutoksia. Ne aiheuttavat limakalvomutoksia ja heikentävät syljen eritystä sekä lisäävät tulehdusalttiutta ja sieni-infektioita. Syljen erityksen vähenemisen yhteydessä kieli tarttuu kitalakeen, suupielet tulehtuvat ja kieltä kirvelee, mikä vaikeuttaa nielemistä. Nieleminen ei tahdo onnistua ilman nestettä. Kun sylkeä erittyy vähän, on helpointa syödä kosteaa kasvisvoittoista, pehmeää ja nestemäistä ruokaa. Vähäinen pureskelu vähentää entisestään syljen eritystä ja nimenomaan pureskelu tuo ruoan maun esille. (Suominen 2008, 472.)

#### 4.3.3 Ummetus

Ummetus on yleinen vaiva ikääntyneiden keskuudessa, mikä heikentää elämänlaatua. Ummetusta esiintyy 60 vuotta täyttäneillä miehillä kahdella ja naisista seitsemällä prosentilla. (Vuoristo 2003, 158.) Sitä aiheuttavat sairaudet, lääkitys, vähäinen liikunta ja vähäkuituinen ruokavalio sekä riittämätön nesteiden saanti. Ummetus pahentaa inkontinenssia, virtsankarkailua. (Soini 2009, 197.)

Ummetuksen hoito on yleensä hoitohenkilökunnan vastuulla. Valitettavan usein ummetusta pyritään hoitamaan lääkkeillä, mikä nostaa hoitokustannuksia. Tämä ei kuitenkaan merkittävästi paranna ikääntyneen elämänlaatua. Ummetuksen hoito vaatii paneutumista ja asiantuntemusta, jossa tulee huomioida ikääntyneen yksilölliset tarpeet. Lisäksi kiinnitetään huomiota ravinnon laatuun, riittävään nesteiden saantiin ja liikuntaan. (Soini 2009,197.)

## 5 RAVITSEMUSHOITO

Ravitsemushoidosta on osoitettu olevan hyötyä virhe- ja aliravitsemuksen hoidossa ja ennaltaehkäisemisessä. Ravitsemushoito käsittää asiakkaan ruokailun ja ravitsemustilan arvioinnin, ateriapalvelun järjestämisen, ruokailun toteuttamisen, tarvittaessa ravitsemushoidon tehostamisen ja ohjauksen sekä näiden arvioinnin. (Päivärinta & Haverinen 2002, 81.) Ravitsemushoidon mahdollisuudet ikääntyneen toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseksi ovat suurelta osin hyödyntämättä (Suominen 2006, 62).

Ikääntyneiden hyvän ravitsemustilan turvaamiseksi ruokavalion tulee olla monipuolinen ja ruuan energia- ja ravintoainetiheyden tavallista suurempi. Iän myötä kerralla syödyn ruuan määrä vähenee, joten annoskoko pienenee. Pieniä aterioita ja välipaloja tulee tarjota tiheämmin. Täydennysravintovalmisteet tai ruoan täydentäminen rasvoilla ja hiilihydraateilla on lisännyt vähän syövien ikääntyneiden energian saantia 200–300 kilokalorilla vuorokaudessa. Energiatiheällä ruokavaliolla voidaan lisätä ikääntyneiden energian saantia, parantaa heidän ravitsemustilaansa ja ylläpitää toimintakykyä. (Suominen 2008, 479–480, 484–485.)

### 5.1 Ravitsemustilan arviointi

Ravitsemustilan arvioinnilla tarkoitetaan kaikkia keinoja, joilla saadaan tietoa asiakkaan ravitsemustilasta. Ravitsemustilaa voidaan arvioida antropometrisillä mittauksilla, pituuteen ja painoon perustuvilla mittauksilla, esimerkiksi painoindeksi. Laboratoriomittauksia voidaan käyttää apuna ravitsemustilaa arvioitaessa, näistä yleisimmin käytettyjä ovat seerumin albumiinipitoisuus, hemoglobiini ja B 12-vitamiini sekä foolihappo. Asiakkaan esitiedoilla on suuri merkitys ravitsemustilan arvioinnissa. (Hiltunen & Luukkonen 2006, 13–15.)

Ikääntyneiden ravitsemustilan arviointiin on kehitetty erilaisia kysymyssarjoja eli ravitsemusarvioita, kuten esimerkiksi MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), MNA (Mini Nutrition Assessment) ja SGA (Subjective Global Assessment). MUST-mittari on kehitetty aikuisten vajaaravitsemusriskin havaitsemiseksi, sitä voidaan käyttää myös ylipainon ja lihavuuden tunnistamiseen (Malnutrition Universal Screening

Tool 2006). MNA on kehitetty erityisesti ikääntyneiden (> 65-vuotiaiden) aliravitsemuksen tunnistamiseen. SGA on hyödynnetty erityisesti syöpäpotilaiden hoidossa. SGA on yhdenvertainen MNA kanssa aliravitsemuksen toteamisessa. (Soini 2004,17–18.)

### 5.1.1 Ravintohaastattelu

Ravintohaastattelulla (ravintoanamneesin) saadaan tietoa asiakkaan ravitsemustilasta. Haastattelu antaa tietoa ruokavalion ravintosisällöstä, aterioiden määrästä ja säännöllisyydestä sekä ruokailutavoista ja -tottumuksista. Tietoa kerätään havainnoimalla ja keskustelemalla asiakkaan kanssa, jollei hän kykene itse vastaamaan haastatellaan hoitavaa henkilöä. (Suominen 2006, 60.)

Asiakkaan ravinnonsaantiin vaikuttavat monet tekijät, kuten esimerkiksi elinolot ja mahdollisuudet ruuanvalmistukseen. Haastattelu aloitetaan yleisillä kysymyksillä tietoa keräämällä elinolosuhteista, toiminta- ja liikuntakyvystä sekä taloudellisesta tilanteesta. Selvitetään asiakkaan terveydentila: sairaudet, lääkitys, suun terveys, ruokaallergiat ja erityisruokavaliot sekä mahdolliset ruokailua hankaloittavat tekijät. Selvitetään asiakkaan ruokailutottumukset ja henkilökohtaiset toiveet, esimerkiksi mielihuomat, vastenmieliset ruuat ja ateria-ajat. (Suominen 2006, 60–61.)

### 5.1.2 Ravitsemustilan arviointi MNA -mittari

Ravitsemustilan arviointiin on kehitetty MNA (Mini nutritional assesment) -mittari (liite 1), joka on saatavana myös internetistä (Ravitsemustilan arviointi MNA 1998). MNA-mittarilla voidaan löytää ne ikääntyneet (yli 65-vuotiaat) ihmiset, joiden ali- ja virheravitsemuksen riski on kasvanut. Se jakaa ikääntyneet kolmeen ryhmään ravitsemustilan mukaan: virhe- ja aliravitsemuksesta kärsiviin, virhe- ja aliravitsemusriskissä oleviin ja hyvään ravitsemustilaan. MNA-mittarilla on mahdollista löytää riittävästi varhain ne ikääntyneet, joilla on ravitsemusongelmia. Ravitsemukseen voidaan tällöin kiinnittää erityistä huomiota. (Suominen 2008, 473.)

Ravitsemustilan arviointi MNA -mittari koostuu kahdesta osiosta, seulonta- ja arviointiosuus, joissa on yhteensä 18 kysymystä. Kysymykset ovat neljästä aihealueesta: antropometriset mittaukset [BMI (Body Mass Index), painon muutos, olkavarren ja pohkeen ympärysmitta], yleistila (elämäntavat, lääkitys, sairaudet), ravitsemuksellinen arvio (lämpimien aterioiden määrä, hedelmien syönti) ja oma-arvio (oma käsitys terveydestä ja ruokailusta). Seulontaosuuden kysymyksiin vastaa ikääntynyt itse. Niistä saadun pistemäärän ollessa 11 tai vähemmän jatketaan arviointiin. Arviointiosuuden kysymyksissä hoitaja arvioi ikääntyneen ravitsemustilaa. Arviointiosuudessa mitataan olkavarren ja pohkeen keskiosan ympärysmitta. MNA-mittarin maksimi pistemäärä on 30 pistettä. Yli 23,5 pistettä saaneiden ravitsemustila on hyvä. Riski virhe- ja aliravitsemukseen on kasvanut ikääntyneillä, jotka saivat testistä 17–23,5 pistettä. Alle 17 pistettä testistä saanut kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta. (Suominen 2007, 22–23.)

Ravitsemustilan arviointi MNA -mittari on tarkka ja halpa tapa ikääntyneiden ravitsemustilan arviointiin. Mittarin käyttö on helppoa ja nopeaa sekä asiakasystävällistä, koska se ei vaadi laboratoriotutkimuksia. Kuka tahansa terveydenhuollon ammattilainen voi tehdä ravitsemustilan arvioinnin MNA-mittarilla. Tämän vuoksi mittari voidaan suorittaa myös asiakkaan kotona. (Köykkä 2006, 22–23.) Soinin (2004, 29–32) tutkimuksessa MNA -mittarin kokonaistulos korreloi tilastollisesti merkittävästi MNA-mittarin yksittäisiin kysymyksiin. Nämä koskivat painonpudotusta, stressiä, potilaan omaa arviota ravitsemustilastaan ja terveydentilastaan, vähentynyttä syödyn ruuan ja aterioiden määrää, olkavarrenympärysmittaa ja painoindeksiä.

## 5.2 Ravitsemushoidon suunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa perehdytään asiakkaan ruokatalouden hoitoon, ravitsemustilaan sekä arvioidaan ja selvitetään mahdollinen ravitsemushoidon tarve (Päivärinta & Haverinen 2002, 81). Ravitsemusongelmien ennaltaehkäisyyn tulee kiinnittää huomiota, sillä ikääntyneen ravitsemustilan korjaaminen on vaikeaa. Ravitsemushoitoa suunnitellaan yhdessä ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa. Suunnittelussa tulee hyödyntää myös moniammatillista yhteistyötä lääkärin, hoitajan, ruokahuoltohenkilökuntaan kuuluvien ja fysioterapeutin sekä ravitsemusterapeutin kanssa. (Suominen 2006, 62).

Ravitsemushoidon suunnitelmassa asiakkaan ravitsemukselliset tarpeet määritetään hyvän ravitsemustilan palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi ja ravitsemushäiriöiden ennaltaehkäisemiseksi. Tarpeiden määrittämisessä apuna käytetään ravintohaastattelun ja ravitsemustilan arvion antamaa tietoa. Ravitsemushoidolle asetetaan tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoitteet tulee olla mitattavissa ja ne ilmaistaan toivottuina käyttäytymisen muutoksina; esimerkiksi syön aamiaisen päivittäin. Tavoitteisiin pääsemiseksi mietitään menetelmät, joilla ravitsemusongelma ratkeaa ja tarpeet tyydytetään. Menetelmät ilmaistaan ravitsemussuunnitelmassa selkeästi. Ravitsemushoidon toteutumista arvioidaan säännöllisin väliajoin. Arviointimenetelminä voidaan käyttää esimerkiksi painon mittaamista ja tavoitteiden täyttymistä. (Suominen 2006, 62–63.)

### 5.3 Ateriapalvelu ravitsemushoidon tukena

Ateriapalvelu on kotihoidon tukipalvelu, jolla tuetaan asiakkaan kotona selviytymistä. Kun asiakkaan voimavarat eivät riitä ruuan valmistukseen, kotiin kuljetetulla aterialla voidaan ylläpitää hyvää ravitsemustilaa ja ehkäistä virheravitsemuksen syntyä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Ateriapalvelua voidaan toteuttaa kolmen perusmallin mukaisesti. Ateriapaikka-mallissa asiakkaat menevät ruokailemaan kunnan järjestämään ruokapaikkaan esimerkiksi palvelutalolle. Noutopaikka-mallissa asiakkaat noutavat valmiin aterian valmistuspaikalta. Kolmas vaihtoehto on kotiateria, joka kuljetetaan asiakkaalle kotiin. (Suominen 2006, 29–31.)

Tiedonkulkuun eri ammattiryhmien (kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja ateriapalvelun työntekijän) välillä tulee kiinnittää huomiota, jotta tieto erityisruokavalioista, allergioista sekä ruuan koostumuksesta välittyy ateriapalvelulle. Tarpeettomia rajoituksia kuitenkin tulee välttää, koska ne heikentävät yleensä ruuan maistuvuutta ja ravintoarvoa. Näin ateriapalvelu vastaa mahdollisimman hyvin asiakkaan tarpeisiin. Ateriapalvelu pyritään suunnittelemaan yksilöllisesti, sillä asiakkaiden mielestä tärkeintä on ruuan hyvä maku, tutut ruuat ja säännöllinen aterian tuontiajankohta. (Suominen 2006, 29–30). Ateriapalvelua käyttävien painoindeksi oli matalampi kuin sitä käyttämättömien. Yksi kolmesta ateriapalvelun käyttäjästä söi aterian kerralla, muut (68 %) jakoivat sen useampaan ateriakertaan. (Soini 2004, 31.)

Ateriapalvelu tulee suunnitella osaksi muuta ruokavaliota, jotta riittävä ravinnon saanti turvataan, sillä ateriapalvelun lounas takaa vain osan ikääntyneen päivittäisestä energiantarpeesta. Ateriapalvelua suunniteltaessa yhdessä ikääntyneen ja hänen läheisten kanssa siten, että huomioidaan päivän muiden aterioiden järjestäminen ja tarvittavien ruokien hankinta. On tärkeää miettiä kuinka toteutetaan aamiainen, päivällinen ja iltapala. (Soini 2009, 201.)

## 6 HOITOTYÖNTEKIJÄ IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN TUKIJANA

### 6.1 Ravitsemushoidon toteuttaminen

Ikääntyneen ravitsemuksessa on hoitotyöntekijällä suuri merkitys. Hoitaja seuraa ruokailua ja arvioi ravitsemuksen toteutumista, neuvoo ja ohjaa ikääntynyttä terveellisen ruokavalion toteuttamisessa sekä opastaa ja avustaa ruuan hankinnassa. Ikääntyneen toimintakyvyn heiketessä hoitaja huolehtii hyvästä ruokailuasennosta ja tarvittaessa avustaa ruokailussa. (Soini 2009, 198.)

Hoitaja huolehtii, että ruoka on rakenteeltaan oikeanlaista. Ruoka ei saa olla liian kovaa tai sitkeää. Ruuan houkuttelevuuteen vaikuttavat ruuan ulkonäkö ja tarjoilulämpötila sekä sopiva annoskoko. Liian suuri annoskoko voi heikentää ruokahalua. Ruuan maistuvuutta voidaan parantaa lisäämällä vähän suolan ja rasvan määrää. Ikääntyneiden mieliruokia tarjotaan riittävän usein. Niitä ovat perinteiset kotiruuat esimerkiksi liha- ja kalakeitot, laatikkoruuat, sianlihakastike ja lihapullat sekä paistettu kala. (Suominen 2008, 480.)

### 6.2 Hoitotyön kirjaaminen

Sähköisen potilastietojärjestelmän myötä on tullut käyttöön rakenteinen kirjaaminen, joka perustuu Suomalaiseen hoitotyön luokitukseen (FinCC). Suomalainen hoitotyön luokitus sisältää hoitotyön tarve- ja toimintaluokituksen sekä hoidon tuloksen tilan luokituksen (SHTaL, SHToL ja SHTuL). Hoitoluokituksessa on yhdeksäntoista komponenttia, joista yksi on ravitsemus. Hoitosuunnitelmaa luotaessa ja päivitettäessä tulee huomioida asiakkaan selviytyminen kaikkien näiden komponenttien alueella. Ravitsemus sisältää ravinnon ja ravintoaineiden saannin turvaamiseen liittyvät osatekijät. Asiakkaalla voi olla yksi tai useampi hoitotyön tarve ravitsemuksen osa-alueella. Hänellä voi olla esimerkiksi nielemisvaikeuden aiheuttama ravitsemuksen muutos. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 23.)

Hoitotyöntarpeisiin vastataan erilaisin hoitotyön toiminnoin, joilla seurataan, turvataan ja huolehditaan asiakkaan ravitsemuksen toteutumisesta sekä ohjataan asiakasta ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Hoitotyötoimintona nielemisvaikeudesta kärsivälle voi olla esimerkiksi erityisruokavalio, pehmeä ruoka ja hyvästä ruokailu asennosta huolehtiminen. (Liljamo ym. 2008, 42.)

Arviointi on yksi osa hoitotyön kirjaamista, jossa arvioidaan hoidon tuloksia suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteeseen sekä toteutuneeseen hoitoon. Rakenteisessa kirjaamisessa arviointi tapahtuu asteikolla parantunut, huonontunut ja ennallaan, ja lisäksi arviointia voidaan täydentää vapaalla tekstillä. (Liljamo ym. 2008, 14.)



## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata kysymykseen mikä on ikääntyneiden kotihoiton asiakkaiden ravitsemustila ja selvittää ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ikääntyneiden ravitsemushoitoa.

Tutkimusongelmat:

Mikä on Iisalmen kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilanne?

Mitkä tekijät vaikuttavat heidän ravitsemustilanteeseen?

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 8.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutustutaan aikaisempaan teorian tietoon ja tutkimustuloksiin. Näiden pohjalta määritellään tutkimusongelmat ja keskeiset käsitteet. Teoriatiedon ja tutkimusongelmien pohjalta valitaan aineistonkeruumenetelmä. Aineiston keruussa on tärkeää huomioida havaintoaineiston soveltuminen määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Iisalmen kotihoidon asiakkaat (N=530). Aineiston keräämiseen käytettiin Ravitsemustilan arviointi MNA -mittaria ja strukturoitua kyselylomaketta. Tutkimuksen kohderyhmä oli riittävän suuri, jotta voitiin käyttää määrällistä tutkimusmenetelmää.

### 8.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syyslukukaudella 2008 aiheen valinnalla. Ideaseminaari pidettiin joulukuussa 2008 ja tämän jälkeen aloitettiin tutkimussuunnitelman tekeminen. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin 26.3.2009, jonka jälkeen haettiin tutkimuslupaa Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymältä, joka myönnettiin 31.3.2009 (liite 2). Tämän jälkeen välittömästi aloitettiin aineiston kerääminen.

Kyselylomake (liite 3) laadittiin teoria ja tutkimustiedon pohjalta täydentämään Ravitsemustilan arviointi MNA -mittaria. Aikaisemmista tutkimuksista kerättiin tekijöitä ja käsitteitä, jotka altistavat virhe- ja aliravitsemukselle. Nämä käsitteet muutettiin tutkittavaan muotoon operaationalisoinnilla. Esimerkiksi heikentyneen toimintakyvyn on todettu altistavan virhe- ja aliravitsemukselle. Toimintakykyä kysyttiin kyselylomakkeessa seuraavasti: Kuinka selviydytte päivittäisistä askareista, kuten peseytymisestä?

Kyselylomake sisälsi kuusi monivalintakysymystä ja kaksi avointa kysymystä, joihin asiakkaat vastasivat omin sanoin. Monivalintakysymyksissä annettiin valmiit vastausvaihtoehdot, joista asiakas valitsi hänelle sopivimman/sopivimmat. Avoimissa kysymyksissä kysyttiin asiakkaan mielestä ruokahalua parantavia ja sitä heikentäviä tekijöitä. Avoimilla kysymyksillä haluttiin antaa asiakkaille mahdollisuus oman mielipiteen ilmaisemiseen. Avoimissa kysymyksissä toivottiin syntyvän uutta tietoa ruokahuon vaikuttavista tekijöistä.

Kyselylomake esiteltiin huhtikuussa 2009 kahdella yli 65-vuotiaalla henkilöllä. Esitestauksessa ei ilmennyt muutostarpeita kyselylomakkeessa. Esitestauksen jälkeen kuusikymmentä kappaletta kyselylomakkeita, Ravitsemustilan arviointeja MNA ja saatekirjeitä (liite 4) toimitettiin kotisairaanhoidon toimistoon, josta kotisairaanhoidaja otti ne mukaansa kotikäynneille. Kotihoidon henkilökunnalle pidettiin tiedotustilaisuus opinnäytetyöstä ja ohjattiin ravitsemustilan arvioinnin tekemiseen. Kyselylomakkeita ja Ravitsemustilan arviointi MNA palautui 56 kappaletta 1.4.–26.4.2009 välisenä aikana. Kaikki palautuneet kyselylomakkeet hyväksyttiin tutkimukseen.

### 8.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensin tarkistetaan aineiston mahdolliset puutteet ja virheet sekä arvioidaan sen käyttökelpoisuus. Toisena selvitetään aineiston kattavuus. Kolmantena aineistosta muodostetaan muuttujia ja koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. Tiedot koodataan, jolloin jokaiselle havaintoyksikölle annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 216–217.) Vastaukset luettiin ja numerointiin. Aineisto syötettiin SPSS 16.0.2. for Windows-tilasto -ohjelmaan.

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa pyritään selittävään lähestymistapaan, jossa käytetään tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa analyysi etenee lineaarisesti. Tämä tarkoittaa aineiston vaiheittaista etenemistä seuraavasti: kuvaaminen, luokittelu, yhdistäminen ja selittäminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 218–219.) Määrällinen aineisto kuvattiin frekvensseinä ja prosenttilukuina. Avoimet

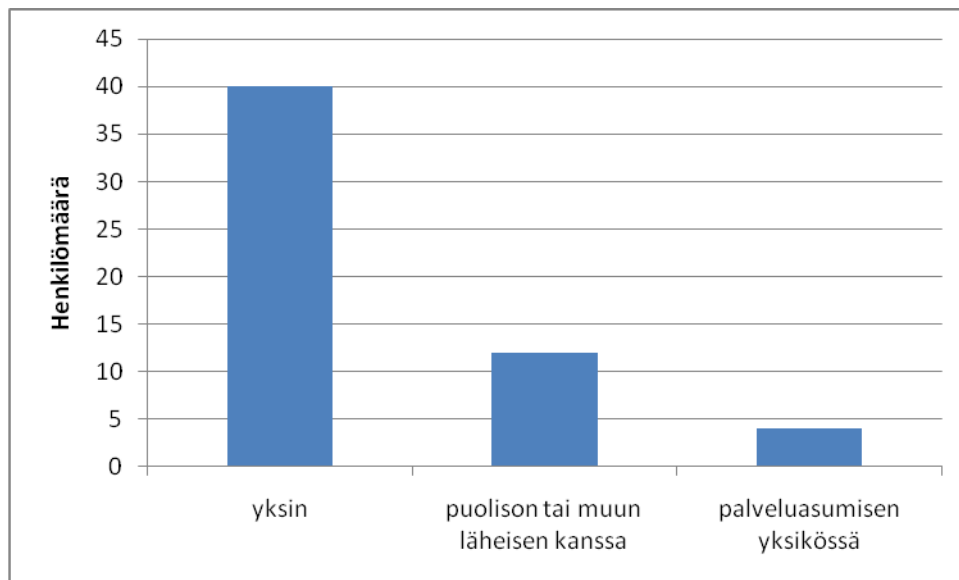
kysymykset kirjattiin sellaisenaan ja niistä etsittiin yhtäläisyydet. Opinnäytetyön tutkimustulokset havainnollistettiin kuvioin ja taulukoin.

Tutkimustuloksia voidaan ristiintaulukoida, jolloin tarkastellaan kahden muuttujan välistä yhteyttä. Tutkimustulosten ristiintaulukoinnilla ja riippumattomuustestillä aineistosta pyrittiin löytämään ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä. Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin syötyjen aterioiden määrän yhteyttä ravitsemustilaan ja painoindeksin yhteyttä ravitsemustilaan. Ristiintaulukoinnilla selvitettiin myös ateriapalvelun käytön yhteyttä ikääntyneen ravitsemustilaan.

## 9 TULOKSET

### 9.1 Vastaajien taustatiedot

Ravitsemustilan arviointi MNA tehtiin 56 Iisalmen kotihoidon asiakkaalle, jotka vastasivat myös strukturoituun kyselyyn. Naisia heistä oli 41 ja miehiä 15. Vastanneiden keski-ikä oli 79 vuotta. Nuorin oli 56-vuotias ja vanhin 98-vuotias. Valtaosa vastaajista asui yksin. Viidennes vastanneista asui puolison tai muun läheisen kanssa. Palveluasumisen yksikössä asui neljä vastaajaa. Vastaajien asumista kuvataan tarkemmin kuviossa 1.



KUVIO 1. Vastanneiden asumismuoto (n=56).

Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä kaksikymmentäkolme selviytyi päivittäisistä askareista, kuten peseytymisestä itsenäisesti. Päivittäin ulkopuolista apua tarvitsi kolmannes vastaajista ja neljännes tarvitsi apua satunnaisesti. Tutkimuksen ikääntyneiden liikkuminen oli pääsääntöisesti hyvää, he pystyivät liikkumaan myös ulkona yksin tai avustajan kanssa. Kaksi vastaajista oli vuode- tai pyörätuolipotilasta ja kymmenen henkilöä pystyi liikkumaan vain sisätiloissa (n=56).

Ateriapalvelu oli käytössä 30 henkilöllä, ja sen lisäksi ruuan valmisti omainen kahdeltoista henkilölle, kotipalvelu avusti neljää ruuanvalmistuksessa ja 23 valmisti ainakin osan ruuistaan itse (n=56). Ruuanvalmistuksessa oli erilaisia toteutusmalleja päivittäisestä ateriapalvelun käytöstä kaupan valmisaterioihin. Päivittäin ateriapalvelu tuli 22 henkilölle, kahdeksalle henkilölle ateriapalvelu tuli 3–4 kertaa viikossa.

## 9.2 Vastanneiden ravitsemustottumukset

Vastanneista puolet söi kaksi lämmintä ateriaa päivässä. Neljännes vastaajista söi yhden lämpimän aterian päivässä. Päivittäisten lämpimien aterioiden määrä ei ollut tilastollisesti merkittävästi yhteydessä ikääntyneen ravitsemustilaan ( $p=0,376$ ). Virhe- tai aliravitsemuksesta kärsivistä puolet söi vain yhden lämpimän aterian päivässä (n=30).

Päivittäinen nesteiden juominen oli vähäistä, vain yhdeksän joi viisi lasillista tai enemmän. Kahden vastaajan nesteiden juominen jäi alle kolmeen lasilliseen päivässä. Valtaosa vastaajista joi 3–5 lasillista päivässä. Maitovalmisteiden käyttö oli ikääntyneiden keskuudessa riittävää. Kolmella vastaajalla päivittäinen maitovalmisteiden käyttö jäi alle yhteen annokseen. Sen sijaan hyvänä proteiinin lähteenä pidettyjen kananmunien syöminen oli niukkaa. Vain viisi vastaaja söi kananmunia kaksi annosta tai enemmän viikossa. Vähäproteiininen ruokavalio altistaa painehaavaumille ja muille haavoille, tutkimuksen ikääntyneistä viidellä oli joko painehaavaumia tai muita haavoja (n=30). Vastaajien ravitsemustottumuksia kuvataan taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Vastanneiden ravitsemustottumukset (n=30)

Ravinto	Vastaajien määrä (%)
Yhden annoksen tai enemmän maitovalmisteita päivässä	90
Lihaa, kalaa tai linnunlihaa päivittäin	80
Kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa	17
Kaksi annosta tai enemmän kasviksia ja hedelmiä päivässä	63
Viisi lasillista tai enemmän nesteitä päivässä	30

### 9.3 Vastanneiden ravitsemustila

Vastaajat kokivat ravitsemustilansa paremmaksi kuin se todellisuudessa oli. Ravitsemustilansa koki hyväksi 21 vastaajaa, mutta vain viidellä heistä oli hyvä ravitsemustila (n=30). Yksi vastaaja koki itsellään olevan vaikean virhe- tai aliravitsemuksen. Virhe- tai aliravitsemuksesta kärsi neljä henkilöä, heistä kolme ei tiennyt tai koki kärsivänsä lievää virhe- tai aliravitsemusta. Yhdellä omasta mielestään ei ollut ravitsemuksellisia ongelmia. Vastaajista puolet koki terveydentilansa huonommaksi kuin muilla samanikäisillä tai eivät osanneet sanoa. (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Oma näkemys ravitsemustilasta ja Ravitsemustilan arvion MNA välinen yhteys (n=30).

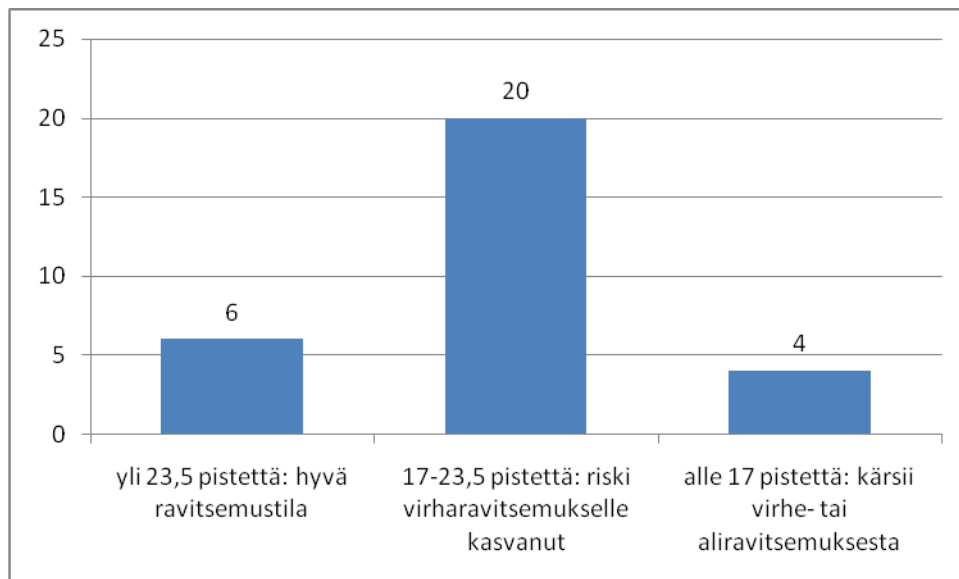
Oma näkemys ravitsemustilasta	Ravitsemustilan	arviointi MNA -mittarin	kokonaispistemäärä
	Yli 23,5 pistettä	17–23,5 pistettä	Alle 17 pistettä
Vaikea virhe- tai aliravitseminen	0	1	0
Ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitseminen	1	4	3
Ei ravitsemuksellisia ongelmia	5	15	1

Ravitsemustilan arvioinnin MNA seulontaosiolla tarkoitetaan mittarin alkuosaa, jossa selvitetään ikääntyneen ravinnonsaannissa, liikunnassa ja terveydentilassa sekä painossa tapahtuneita muutoksia viimeksi kuluneen kolmen kuukauden ajalta. Seulontaosiosta 12 pistettä tai enemmän saaneilla katsotaan olevan hyvä ravitsemustila. Vastanneista lähes puolet sai seulontaosiosta 11 pistettä tai vähemmän. Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarin seulontaosiosta pisteitä vastanneet saivat vähimmillään neljä pistettä ja enimmillään täydet neljätoista pistettä. Seulontaosion pisteiden keskiarvo oli 11,2. (n=56).

Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarin arviointiosioon jatkoivat asiakkaat, joiden seulontaosion pistemäärä oli 11 tai vähemmän. Arviointiosiossa selvitetään tarkemmin



ikäntyneen ravitsemukseen vaikuttavia tekijöitä, kuten esimerkiksi lämpimien aterioiden määrää ja lääkkeiden käyttöä. Ravitsemustilan arviointia oli jatkettu arviointiosioon myös viidellä henkilöllä, joiden seulontaosion pisteet olivat 12 tai enemmän, heistä kahdella oli kasvanut riski virhe- tai aliravitsemukselle. Arviointiosioon vastasi 30 ikääntynyttä, heistä kuudella oli hyvä ravitsemustila ja neljällä oli virhe- tai aliravitseminen. Vastaajien ravitsemustilaa kuvataan kuviossa 3.



KUVIO 3. Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarilla saadut yhteispisteet (n=30)

Painoindeksi oli 23 kg/m<sup>2</sup> tai enemmän liki 80 prosentilla vastanneista. Vastanneista 7 prosentilla painoindeksi jäi alle 19, mikä on työikäisen väestön normaalipainon alaraja. Vastanneiden painoindeksin keskiarvo oli 26,58, kun alhaisin oli 16 ja korkein 40. Painoindeksi korreloi tilastollisesti merkittävästi ravitsemustilan kanssa (p=0,02). Kaikilla neljällä vastaajalla, jotka kärsivät virhe- tai aliravitsemuksesta oli painoindeksi alle 21.

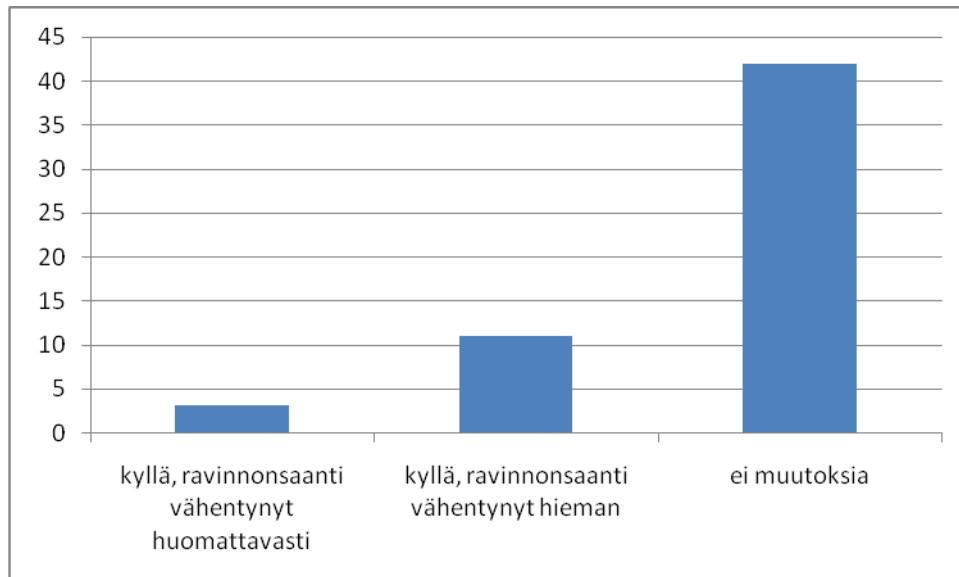
#### 9.4 Vastanneiden ravitsemustilaan vaikuttavat tekijät

Huonosta ruokahalusta kärsivät olivat muita todennäköisemmin alipainoisia. Ruokahalulla oli tilastollisesti merkittävä yhteys vastaajan painoindeksiin ( $p=0,032$ ). Puolet vastaajista piti ruokahaluaan hyvänä, kun taas 16 prosenttia vastaajista koki ruokahalunsa huonoksi.

Ruokahalua parantavaksi asiaksi mainittiin yleisimmin ulkoilu ja liikkuminen. Neljännes vastasi kysymykseen ”en osaa sanoa”. Yhdeksän vastaajaa kertoi ruuanmaun ja mieliruokien parantavan ruokahalua. Ruokahalulääkkeen tai vitamiinivalmisteen ruokahalua parantavaksi tekijäksi koki kolme vastaajaa. Kolmen vastaajan mielestä sosiaaliset kontaktit tai ruokaseura paransi ruokahalua. Yksi vastaaja kertoi ruokahalua parantavan ruuan herkullisen tuoksun ja ulkonäön. Yksi kertoi tupakanpolton lopettamisen parantaneen ruokahalua. Yksi vastaaja mainitsi ruokailuympäristön, jonka tulisi olla rauhallinen ( $n=56$ ).

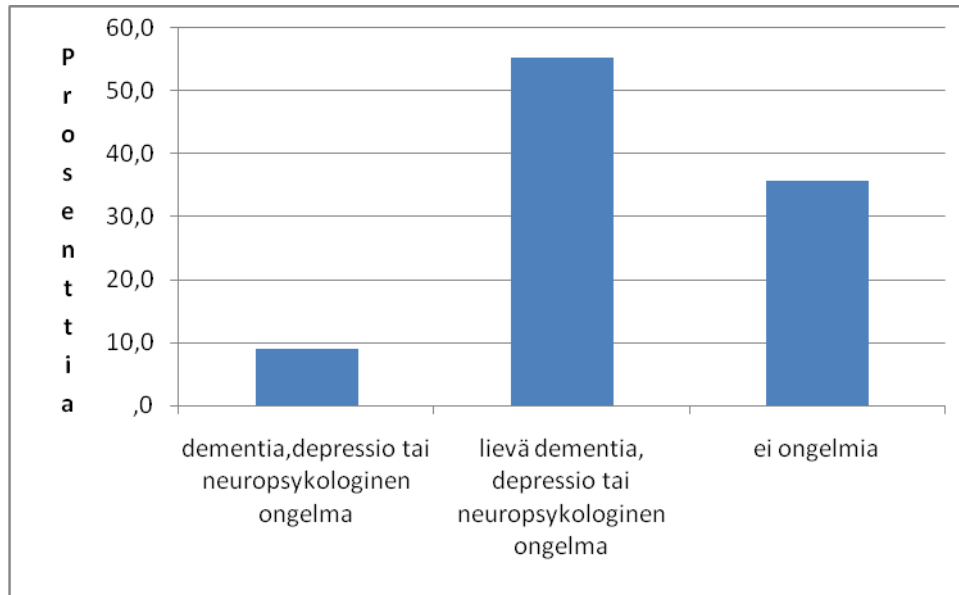
Ruokahalua heikentäviä tekijöitä ei osannut mainita 17 henkilöä. Ruokahalua heikentäviksi tekijöiksi yleisimmin mainittiin terveydentila, kuten sairaudet, ”romuska” eli flunssa ja vointi. Kahdeksan henkilöä koki liikkumattomuuden huonontavan ruokahaluaan. Kuusi henkilöä kertoi ruuan ominaisuuksien, kuten maun, hajun ja mieltymysten, heikentävän ruokahalua. Neljäntoista vastaajan mielestä ateriapalvelun ruuanlaadussa olisi parannettavaa ( $n=30$ ). Liikkumisen ja ruokahalun välillä ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä, vaikka avoimessa kysymyksessä liikkuminen ja ulkoilu koettiin ruokahalua parantavaksi tekijäksi ( $p=0.233$ ). Lääkityksen ruokahalua heikentävänä tekijänä mainitsi yksi vastaaja ( $n=56$ ). Kyselyyn vastanneista ikääntyneistä valtaosalla oli päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä. Vain viidellä vastanneista oli päivittäisessä käytössä reseptilääkkeitä kolme tai vähemmän ( $n=30$ ).

Ravinnonsaanti viimeisen kolmen kuukauden aikana oli pysynyt samana valtaosalla vastaajista. Kuitenkin 27 prosentilla vastaajista oli paino pudonnut tai eivät tienneet painossa tapahtuneista muutoksista. Ravinnonsaanti oli vähentynyt huomattavasti kolmella vastanneista ja heillä kaikilla oli ollut viimeisen kolmen kuukauden aikana psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus. Ravinnonsaannin ja psyykkisen stressin tai akuutin sairauden välillä oli tilastollisesti erittäin merkittävä yhteys ( $p=0,000$ ). Kolmanneksella ikääntyneistä oli ollut viimeksi kuluneen kolmen kuukauden aikana psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus. Ravinnon saannissa tapahtuneita muutoksia kuvataan kuviossa 4.



KUVIO 4. Ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana (n=56)

Neuropsykologiset ongelmat, kuten muistisairaus ja depressio olivat yleisiä vastanneilla. Neuropsykologisten ongelmien esiintyvyyttä kuvataan kuviossa 5. Neuropsykologisen ongelman ja ravitsemustilan välillä oli tilastollisesti merkittävä yhteys ( $p=0,045$ ). Tutkimukseen vastanneista neljällä oli joko virhe- tai aliravitsemus, ja heillä kaikilla oli myös jokin neuropsykologinen ongelma.



KUVIO 5. Neurologisten ongelmien esiintyvyys (n=56)

Ruansulatuskanavan ongelmat vaikuttavat ikääntyneen ravitsemukseen. Syömisvaikeuksia oli viidenneksellä vastaajista, ja niistä yleisin oli nielemisvaikeus. Nielemisvaikeus hankaloitti syömistä liki 13 prosentilla vastanneista. Suun terveyden valtaosa ikääntyneistä koki hyväksi, vaikka suun kuivuminen haittasi lähes 38 prosenttia vastanneista. Ruansulatusvaivoja oli 45 prosentilla vastaajista. Ruansulatusvaivoista yleisin oli ummetus, jota oli kuudellatoista henkilöllä. Närästystä tai pahoinvointia oli kymmenellä ja ripulia viidellä vastaajalla (n=56).

## 10 POHDINTA

### 10.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta, kun useampi tutkija päätyy samaan tulokseen, tai samaa henkilöä tutkittaessa saadaan sama tulos eri tutkimuskerroilla. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan mittarin ja tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri tutkittavaa asiaa. Esimerkiksi tutkittava voi ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut ja tämä voi aiheuttaa tuloksiin virheitä. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Iisalmen kotihoidossa ei ollut aikaisemmin tutkittu ikääntyneiden ravitsemustilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä, joten se haluttiin selvittää opinnäytetyössä. Määrällisellä tutkimuksella saatiin yleiskuva ikääntyneiden ravitsemustilasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä Iisalmen kotihoidossa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa käytetyn mittarin luotettavuus. Opinnäytetyöhön käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka laadittiin teoria- ja tutkimustiedon pohjalta siten, että se täydensi Ravitsemustilan arviointi MNA -mittaria. Kyselylomake esiteltiin kahdella ikääntyneellä, jotta voitiin varmistua sen toimivuudesta. Esitetauksessa ei ilmennyt muutos- eikä kehittämistarpeita.

Opinnäytetyössä käytettiin myös valmista mittaria, Ravitsemustilan arviointi MNA, joka on kehitetty ikääntyneiden ravitsemustilan arviointiin. Mittari on kehitetty Ranskassa 1990-luvun alussa, mittarin luotettavuutta arvioiviin tutkimuksiin osallistui yli 600 ikääntynyttä. Tutkimuksissa todettiin Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarin korreloivan ravintoaineiden saannin, antropometrinen mittausten ja laboratoriotestien kanssa. Mittari todettiin tarkaksi ja herkäksi ravitsemustilan arvioinnissa. (Köykkä 2006, 30.) Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarin kokonaistulos korreloi tilastollisesti merkittävästi seuraavien mittarin yksittäisiin kysymyksiin: painonpudotus, stressi, potilaan oma arvio ravitsemus- ja terveydentilastaan, vähentynyt ruuan määrä, ol-

kavarren ympärysmitta, liikuntakyky, painoindeksi ja syötyjen aterioiden määrä. (Soini 2004, 30.)

Luotettavuutta lisäsivät saatekirje ja henkilökunnalle järjestetty tiedotustilaisuus. Kyselyn mukana oli saatekirje, jossa vastaajille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja luotettavuus. Saatekirjeessä ohjeistettiin kyselylomakkeen täyttämiseen ja kerrottiin kotihoitohenkilökunnan tekemästä ravitsemustilan arvioinnista. Henkilökunnalle järjestetyssä tiedotustilaisuudessa esiteltiin opinnäytetyön suunnitelma. Henkilökunnalle ohjattiin Ravitsemustilan arviointi MNA -mittarin ja kyselylomakkeen täyttäminen. Näin varmistuttiin, että aineisto on laadukasta ja samalla lailla kerättyä.

Tutkimuksen kohderyhmästä (N=530) valikoitiin satunnaisotoksena tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet. Tarkoituksena oli tehdä ravitsemustilan arviointi kaikille asiakkaille, joiden luona käytiin tutkimusaikavälinä. Tämä ei ehditty toteutunut kotihoiton työajalla, joten on mahdollista, että tutkimukseen osallistujat valikoituivat. Tutkimukseen osallistuminen oli asiakkaille vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistui 56 henkilöä, joka on noin 10,6 %:a Iisalmen kotihoiton asiakaista. Tutkittavien määrä oli riittävän suuri määrälliseen tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, otoksen pienuuden vuoksi. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa, joten tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina.

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu tiedonhankinta ja tutkijan vastuu tutkimustulosten esityksessä. Tutkimustulokset raportoidaan niin, että tuloksia ei väärennetä eikä niistä jää mitään oleellista asiaa kertomatta. Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu myös tutkittavien vapaaehtoisuus sekä oikeus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–27.)

## 10.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Opinnäytetyössä selvitettiin Iisalmen kotihoiton asiakkaiden ravitsemustilaa ja saada tietoa siihen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää kotihoiton asiakkaiden ravitsemushoidon suunnittelemisessa ja kehittämisessä. Opinnäytetyön aiheen valintaan osaltaan vaikutti mielikuvamme ikääntyneiden heikosta

ravitsemustilasta. Valitettavasti tämä osoittautui todeksi; ikääntyneillä on suuri riski virhe- tai aliravitsemukselle.

Tutkimustuloksissa selviää, että lähes puolella (44,6 %) kotihoidon asiakkaista oli Ravitsemustilan arviointi MNA -seulontaosion mukaan kasvanut riski virheravitsemukselle. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa; Soinin (2004, 30) tutkimuksessa 48 prosentilla oli kasvanut riski virheravitsemukselle, ja Köykan (2006, 32) mukaan virheravitsemusriskissä oli 43 prosenttia.

Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä kärsi ali- ja virheravitsemuksesta seitsemän prosenttia. Soinin (2004, 30) ja Köykan (2006, 32) tutkimusten mukaan ali- ja virheravitsemuksesta kärsi kolme prosenttia vastanneista. Kun taas Suominen (2007, 42) sai ali- ja virheravitsemuksesta kärsivien osuudeksi 11–57 prosenttiin tutkiessaan vanhainkotien ja pitkäaikaisvuodeosastojen potilaita. Opinnäytetyössämme ali- ja virheravitsemuksesta kärsivien kohtalaisen suurta osuutta voi selittää tutkimukseen osallistuneiden valikoituminen tai heikentynyt toimintakyky. Kotihoidossa hoidetaan entistä kauemmin, mikä tarkoittaa heikompaa toimintakykyä ja tämä taas altistaa ravitsemushäiriöiden kehittymiselle. Ravitsemustilan arviointiin kiinnitetään huomiota erityisesti niiden ikääntyneiden kohdalla, joilla on heikentynyt toimintakyky, muistisairaus tai muu neuropsykologinen ongelma.

Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä reilulla neljänneksellä oli paino pudonnut tai eivät tienneet painossa tapahtuneista muutoksista viimeksi kuluneen kolmen kuukauden aikana. Tämä on huolestuttavaa, sillä ikääntyneiden ali- ja virheravitsemuksella on yhteys heikentyneeseen toimintakykyyn, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Lisäksi ikääntyneen heikko ravitsemustila on vaikeasti korjattavissa.

Alhainen painoindeksi viittaa heikentyneeseen ravitsemustilaa. Tutkimuksessa painoindeksi korreloi tilastollisesti merkittävästi ravitsemustilan kanssa. Samoin Soinin (2004, 30) tutkimuksessa oli tilastollisesti merkittävä yhteys painoindeksin ja ravitsemustilan välillä. Painoindeksi on nopea ja helppo tapa arvioida ikääntyneen ravitsemustilaa. Ongelmaksi voi syntyä ikääntyneen pituuden mittaaminen ryhdin ja selkärangan muutosten vuoksi. Painoindeksiä laskettaessa voidaan käyttää hyödyksi aiempaa tietoa esimerkiksi sotilaspassista tai arvioida pituus kyynärvarren pituudesta.

Ikääntyminen voi heikentää ruokahalua, mikä taas altistaa ravitsemustilan häiriöille. Ruokahaluun vaikuttavat heikentävästi monet tekijät, kuten sairaudet, lääkitykset ja mieliala. Tutkimuksessa kysyttiin ikääntyneiltä itseltään ruokahaluun vaikuttavia tekijöitä avoimella kysymyksellä. Ikääntyneet kokivat ulkoilun ja liikunnan sekä sosiaalisten kontaktien ja ruokaseuran parantavan ruokahalua. 23 vastaaja mainitsi ruokahalua heikentäviksi tekijöiksi terveydentilan tai sairaudet. Akuutin sairauden tai psyykkisen stressin ja ravitsemustilan välillä olikin tilastollisesti merkittävä yhteys. Tämän vuoksi ikääntyneiden ravitsemukseen tulee kiinnittää huomiota erityisesti akuutin sairauden yhteydessä.

Ateriapalvelu on keskeinen osa ikääntyneiden kotihoitoasiakkaiden ravitsemushoitoa. Tutkimukseen osallistuneista 30 henkilöä käytti ateriapalvelua. Ateriapalvelun käytön ja ravitsemustilan välillä ei todettu olevan yhteyttä. Soinin (2004, 31) tutkimuksen mukaan ateriapalvelua käyttävillä kotihoidonasiakkailla oli muita vastaajia alhaisempi painoindeksi. Ateriapalvelun käyttäjistä joka kolmas jätti osan ateriapalvelun tuomasta ruuasta syömättä tai myöhemmin syötäväksi. Aterioiden jakaminen voi johtua ikääntyneiden heikosta taloudellisesta asemasta, sillä osa ikääntyneistä kertoi ateriapalvelun olevan liian kallis. Kotiin kuljetettu ateria maksaa noin 8–9 euroa ja tämä kattaa vain osan päivän ravinnontarpeesta. Tutkimuksessa olisi ollut hyvä selvittää myös taloudellisen tilanteen vaikutusta ravitsemukseen.

Ikääntyneiden ravitsemustilaan vaikuttanee myös kotihoidon pirstaleisuus, sillä nykyään kotihoidon henkilökunnan tehtäviin ei kuulu ruuanvalmistaminen. Tämä voi osaltaan heikentää ikääntyneen ruokahalua ja vähentää syödyn ruuan määrää, koska ei voi osallistua itse ruuanvalmistukseen eikä välttämättä näin saa mieliruokiaan. Ikääntyneiden ruuanhankinta on monimutkaistunut, sillä kotihoidon henkilökunnan tehtäviin ei kuulu kaupassa käynti. Ruokaostokset voidaan tilata tukipalveluna kaupasta, mutta tällöin helposti tilataan aina samoja ruokia.

Tutkimuksessa viidellä henkilöllä oli jatkettu Ravitsemustilan arviointi MNA seulontaosiosta arviointiin, vaikka he olivat saaneet enemmän kuin 11 pistettä. Heistä kahdella oli silti kasvanut riski virheravitsemukselle. Tämä herätti epäilyksen seulontaoision pätevyydestä yksittäisenä mittarina ikääntyneiden ravitsemustilan arvioinnissa. Ravitsemustilan arviointi MNA rinnalla on hyvä käyttää ravintohaastattelua, sillä



MNA-mittarin avulla ei voi tehdä arvioita ravinnon laadusta tai yksittäisten ravintoaineiden saannista. Tutkijoina olemme pohtineet miksi näillä viidellä oli jatkettu arviointiosioon, vaikka seulontaosioin perusteella siihen ei olisi ollut tarvetta. Jatkamiseen on voinut vaikuttaa hoitajan huoli ikääntyneen ravitsemustilasta tai inhimillinen erehdys.

Opinnäytetyömme tulosten perusteella ikääntyneiden ravitsemushoitoa voidaan kehittää tehostamalla ravitsemustilanseuranta. Jatkossa tulee miettiä yhtenäinen toimintamalli ikääntyneiden ravitsemustilanseurantaan ja -hoitoon. Ikääntyneiden ravitsemushoidon tehostamiseksi tulee miettiä uusia toimintatapoja, kuten yhteiset päiväkahvit ja ruokailuseura tai muuta sosiaalista toimintaa ikääntyneille. Kotihoidon asiakkaista valtaosa asuu yksin, tämä altistaa yksinäisyydelle, sosiaaliselle eristäytyneisyydelle ja masennukselle, jotka ovat merkittäviä virhe- ja aliravitsemukselle altistavia tekijöitä. Voidaan pohtia kotihoidon tarjoamien palveluiden riittävyyttä ikääntyneiden hyvään hoitoon.

Jatkotutkimusaiheeksi nousi ikääntyneiden ravitsemus hoitohenkilökunnan näkökulmasta tutkittuna. Jatkotutkimuksena voidaan kehittää ravitsemushoidonmalli, joka auttaa toteuttamaan hyvää ravitsemushoitoa. Ravitsemushoidonmallissa selvitetään, mitä ravitsemushoito on Iisalmen kotihoidossa. Jatkotutkimuksena mielenkiintoista olisi tutkia ikääntyneiden ravitsemushoitoa havainnoimalla ruokailutilanteita ja hoitajan osuutta ravitsemuksen tukijana.

### 10.3 Ammatillinen kasvu

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2008, jolloin aloimme ideoida opinnäytetyötä. Idea opinnäytetyölle löytyi Verkkosalkun opinnäytetyön ideapankista. Kiinnostuimme aiheesta, koska meillä molemmilla on aikaisempaa työkokemusta kotihoidosta. Mielestämme ikääntyneiden ravitsemukseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. Koimme aiheen tärkeäksi, koska ikääntyneiden ravitsemusta ei ole aikaisemmin tutkittu Iisalmen kotihoidossa.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa, koska tämä on ensimmäinen tutkimuksemme. Tätä tehdessä olemme tutustuneet määrällisen tutkimuksen vaiheisiin. Aiheen rajaaminen ja tutkimusongelmien asettaminen olivat haastavia tehtäviä. Opinnäytetyö on kehittänyt tiedonhankintataitoja sekä lisännyt uuden tutkimustiedon käyttöä. Lisäksi oma kriittinen ajattelu ja pohdinta kehittyivät. Opinnäytetyöprosessi on auttanut ymmärtämään tutkitun tiedon merkitystä osana laadukasta hoitotyötä.

Tutkimuksen sanotaan olevan juuri niin luotettava kuin siihen käytetty mittari on, siksi sen laatiminen oli vaikeaa. Kyselylomake laadittiin aikaisemman tutkimus- ja teorian pohjalta. Itse laatimamme kyselyn lisäksi käytimme valmista ravitsemustilan arviointia. Näiden kahden erillisen mittarin yhteensovittaminen oli hankalaa.

Opinnäytetyön tekeminen on sujunut aikataulun mukaisesti. Aikataulusta ja työn tekemiselle varatusta ajasta olemme pitäneet tiukasti kiinni, sillä kahden perheenäidin aikataulujen yhteensovittaminen muutoin olisi vaikeaa. Kesällä emme tehneet lainkaan opinnäytetyötä. Se osoittautui hyväksi ratkaisuksi, koska saimme etäisyyttä opinnäytetyöhön ja se antoi uusia näkökulmia työhön.

Hankalimmaksi vaiheeksi opinnäytetyön tekemisessä osoittautui tulosten esittäminen ja pohdinnan kirjoittaminen. Pohdimme paljon työn luotettavuutta ja eettisyyttä, mitä meidän tutkijoina täytyy kertoa lukijoille ja mitä voimme jättää kertomatta. Tutkimustulosten peilaaminen tutkimusongelmiin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin oli haastavaa.

## LÄHTEET

- Heikkinen, E. 2008. Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhene-  
miseen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu  
painos. Keuruu: Otava. 333–344.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu  
painos. Keuruu: Tammi.
- Kivelä, S.-L. 2003. Vanhusten masennustilat. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A.,  
Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim.  
111–120.
- Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A. J. 1995. Hoitotyön perusteet. 2.–6. painos.  
Tampere: Kirjayhtymä.
- Soini, H. 2004. Nutrition in patients receiving home care. Turun yliopiston julkaisuja  
D. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Soini, H. 2009. Ikääntyneen hyvä ravitseminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkai-  
nen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 196–207.
- Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti,  
P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim, 72–101.
- Suominen, M. 2006. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Opas ikääntyneitä  
hoitavalle henkilökunnalle. 6. uudistettu painos. Vammala: Ravitsemusterapeuttien  
yhdistys r.y.
- Suominen, M. 2008. Ravitseminen vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, E. &  
Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Keuruu: Otava. 467–486.
- Tilvis, R. 2003. Vanhusten ravitseminen. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P.,  
Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim, 315–320.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Pounonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26–34.

Vuoristo, M. 2003. Gastroenterologia. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim, 121–166.

#### Painamattomat lähteet

Hiltunen, H. & Luukkonen, T. 2006. Ikääntyneen potilaan ravitsemus ja siihen vaikuttavien tekijöiden kartoitus akuuttiosastolla. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu, Hoitotyö, Helsinki. Opinnäytetyö. [Viitattu 18.2.2009.] Saatavissa: [https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6760/stadia\\_1163272945\\_3.pdf?sequence=1](https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6760/stadia_1163272945_3.pdf?sequence=1).

Häll, H. 2006. Hyvinvointivaltion aliravitut ikääntyneet. Sairaanhoitaja-lehti 31.8.2006. [Viitattu 24.11.2008.] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p\\_artikkeli=sle00011](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=sle00011).

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. [Viitattu 10.2.2009.] Saatavissa: [http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;10316](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;10316).

Köykkä, T. 2006. Kotona asuvien vanhusten ravitsemustilan arviointi - MNA -mittarin (Mini Nutritional Assessment) käyttö. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. [Viitattu 6.2.2009.] Saatavissa: [http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC\\_OHJEKIRJA\\_VERSION\\_1\\_0\\_final\\_a.pdf](http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/A20CD2AC-379F-4E11-8B52-2651B90C094D/13507/FinCC_OHJEKIRJA_VERSION_1_0_final_a.pdf).

Malnutrition Universal Screening Tool. 2006. Bapen Advancing Clinical Nutrition. [Viitattu 14.9.2009]. Saatavissa: [http://www.bapen.org.uk/must\\_tool.html](http://www.bapen.org.uk/must_tool.html).

Marjoniemi, S. 2009. Kotisairaanhoidonasiakkaat. [Sähköpostiviesti]. sirpa.marjoniemi@iisalmi.fi 12.3.2009. [Viitattu 13.3.2009].

Nuutinen, O., Mikkonen, R., Peltola, T., Silaste, M.-L., Siljamäki-Ojansuu, U., Uotila, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravitsemushoito ja ruokailu. [Viitattu 15.9.2009.] Saatavissa:  
[http://www.sairaalaruoka.fi/tiedostot/suositusluonnos/KOKO\\_SUOSITUSLUONNOS.pdf](http://www.sairaalaruoka.fi/tiedostot/suositusluonnos/KOKO_SUOSITUSLUONNOS.pdf).

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes. [Viitattu 8.2.2009]. Saatavissa: [www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;29;353;11124;32154;32155](http://www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;29;353;11124;32154;32155).

Ravitsemustilan arviointi MNA. 1998. [Viitattu 13.3.2009]. Saatavissa: [http://www.mna-elderly.com/forms/MNA\\_finnish.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf).

Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.[Viitattu 12.2.2009.] Saatavissa:  
<http://www.mmm.fi/fi/index/etusivu/elintarvikkeet/laatujaaturvallisuus/valtionravitsemusneuvottelukunta.html>.

Suominen, M. 2007. Nutrition and nutritional care of elderly people in finnish nursing homes and hospitals. Helsingin yliopisto, Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavissa:  
<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/ajankohtaista/index.php?nid=50>.

## Ravitsemustilan arviointi MNA

Nimi \_\_\_\_\_ Sukupuoli \_\_\_\_\_ Ikä \_\_\_\_\_

Pituus (cm) \_\_\_\_\_ Paino (kg) \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_

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

### Seulonta

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

0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti

1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman

2 = Ei muutoksia

**B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana**

0 = painonpudotus yli 3 kg

1 = ei tiedä

2 = painonpudotus 1-3 kg

3 = ei painonpudotusta

**C. Liikkuminen**

0 = vuode- tai pyörätuolipotilas

1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona

2 = liikkuu ulkona

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

0 = kyllä      2 = ei

**E. Neuropsykologiset ongelmat**

0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma

2 = ei ongelmia

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

0 = BMI on alle 19

1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21

2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23

3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä)

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

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

### Arviointi

**G. Asuuko haastateltava kotona**

0 = ei      1 = kyllä

**H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke**

0 = kyllä      1 = ei

**I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla**

0 = kyllä      1 = ei

**J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)**

0 = 1 ateria

1 = 2 ateriaa

2 = 3 ateriaa



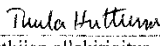
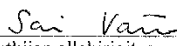


IISALMEN SEUDUN  
KANSANTERVEYSTYÖN  
KUNTAYHTYMÄ

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPIN-  
NÄYTETYÖLUPA-ANOMUS  
Terveystieteiden hallinto/  
Hoitotiede / muu tieteenala / AMK

Mikä: AMK, Hoitotyö

Anomus lähetetään kolmena kappaleena, joista yksi palautuu päätöksen teon jälkeen anojalle. Anomuksen käsittelytapa on kuvattu hoitotyön tutkimuslupaohjeessa. Tutkimuslupasuunnitelma aineiston keruulomakkeineen liitetään mukaan, samoin tutkimuseettisen toimikunnan lupa-anomus liitteineen.	
<b>Anoja</b>	Nimi/nimet (tekstaten) Huttunen Tuula _____ Vainio Sari _____
	<b>Opiskelu- tai työpaikka</b> Savonia ammattikorkeakoulu, Iisalmen yksikkö
	<b>Opiskeluaste</b> <input type="checkbox"/> Koulu <input type="checkbox"/> Opisto <input checked="" type="checkbox"/> Ammattikorkeakoulu <input type="checkbox"/> Yliopisto <input type="checkbox"/> Muu
	<b>Opinnäytetyö</b> <input checked="" type="checkbox"/> Päättötyö <input type="checkbox"/> Pro gradu <input type="checkbox"/> Lisensiaattityö <input type="checkbox"/> Väitöskirja
	<b>Suoritettava tutkinto</b> <b>Sairaanhoidtaja</b>
	<b>Virka/toimi</b> (ei koske opiskelijoita) _____
<b>Tutkimus</b>	<b>Tutkimuksen nimi ja lyhyt kuvaus tutkimuksen toteutuksesta kuntayhtymässä</b> (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisu- ja tiedotus- ja viestintäsuunnitelma. Ikkäänmuutoksen ravitsemustilaa Iisalmen kotihoidossa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ikääntyneiden ravitsemustilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kohderyhmänä on kotisairaanhoidon asiakkaat. Tutkimus on määrällinen, mittarina käytetään Ravitsemustilan arviointi MNA -lomaketta ja strukturoitua kyselylomaketta. Tavoitteena on saada vähintään 60 asiakasta vastaamaan kyselyyn. Opinnäytetyö julkaistaan Theseos-tietokannassa pdf-muodossa.
	Tutkimuksen kokonaisaikataulu Tutkimus valmis 12/2009
	Aikataulu kuntayhtymässä 30.3–26.4.2009
	Tutkimustyön ohjaajat ja yhteystiedot: Hämäläinen Susanne <i>Susanne Hämäläinen</i>
	<i>Annikki Jauhainen</i> Jauhainen Annikki
	Ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys
	Ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys <i>SAVONIA-AMK PL 72 74101 IISALMI</i>
	Osoite, puhelin, fax, e-mail susanne.hamalainen@savonia.fi
	Osoite, puhelin, fax, e-mail annikki.jauhainen@savonia.fi p. 044-7856610



<b>Allekirjoitus ja sitoumus</b>	Allekirjoittaneet tutkijat sitoutuvat noudattamaan tulosyksikön esimiesten antamia ohjeita, kuntayhtymän yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään tutkimusraportin luvan myöntäneelle johtavalle ylihoitajalle / johtavalle ylilääkärille.  26 / 3 2009  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             Tutkijan allekirjoitus         </div> <div style="text-align: center;">             Tutkijan allekirjoitus         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">Tutkijan allekirjoitus</div> <div style="text-align: center;">Tutkijan allekirjoitus</div> </div> Tutkimuslupapäätös lähetetään osoitteella: _____	
<b>Puolto</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input checked="" type="checkbox"/> Puollan anomusta  <input type="checkbox"/> En puolla            Huomautuksia:         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Puollan anomusta  <input type="checkbox"/> En puolla            Huomautuksia:         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           27 / 3 20 09              Allekirjoitus ja nimen selvennys         </div> <div style="text-align: center;">           _____ / _____ 20____             Allekirjoitus ja nimen selvennys         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Puollan anomusta  <input type="checkbox"/> En puolla            Huomautuksia:         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Puollan anomusta  <input type="checkbox"/> En puolla            Huomautuksia:         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           _____ / _____ 20____            Allekirjoitus ja nimen selvennys         </div> <div style="text-align: center;">           _____ / _____ 20____            Allekirjoitus ja nimen selvennys         </div> </div>	
<b>TE TMK</b>	Anomus mennyt tutkimuseettiseen toimikuntaan <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei _____ / _____ 20____  Tutkimuseettisen toimikunnan lupa myönnetty <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei _____ / _____ 20____	
<b>Päätös</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään tutkimusluvan <input type="checkbox"/> En myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuseettisen toimikunnan lupa anottava <input type="checkbox"/> Ei tarvitse anoa <input type="checkbox"/> Johtavan ylihoitajan päätös nro _____ <input type="checkbox"/> Johtavan ylilääkärin päätös nro _____  31 / 3 20 09  <div style="text-align: right;">             Allekirjoitus         </div>	
<b>Yhdys- henkilö kunta- yhtymässä</b>	Nimi _____ Työyksikkö _____ Osoite _____ Puhelinyhteys _____	

## KYSELYLOMAKE

**Hyvä vastaaja. Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne siihen varattuun tilaan.**

1. Kuinka asutte?
  - a. yksin
  - b. puolison tai muun läheisen kanssa
  - c. palveluasumisen yksikössä
  - d. muu, mikä \_\_\_\_\_
  
2. Kuinka selviydte päivittäisistä askareista, kuten esimerkiksi peseytymissä?
  - a. selviydyn itsenäisesti
  - b. tarvitsen apua päivittäin
  - c. tarvitsen apua satunnaisesti
  
3. Kuinka toteutate ruoanvalmistuksen?
  - a. itse
  - b. omainen
  - c. kotipalvelu
  - d. ateriapalvelu

Jos teillä on käytössä ateriapalvelu, kuinka usein käytätte sitä?

- a. päivittäin
- b. 3–4 kertaa viikossa
- c. 1–2 kertaa viikossa

Pidättekö ateriapalvelun tarjoamista ruoista?

- a. aina
- b. useimmiten
- c. harvoin
- d. en koskaan

Minkälainen ruokahalu teillä yleensä on?

- a. hyvä
- b. kohtalainen
- c. huono

**Vastatkaa kysymyksiin 4 ja 5 omin sanoin siihen varattuun tilaan**

4. Mikä mielestänne parantaa ruokahaluanne?

---

---

---

5. Mikä mielestänne heikentää ruokahaluanne?

---

---

---

6. Onko teillä syömisvaikeuksia?

- a. ei
- b. kyllä

Jos on, niin millaisia ne ovat?

- a. nielemisvaikeuksia
- b. pureskelu on hankalaa
- c. käsien vapina
- d. muu, mikä

7. Millainen on mielestänne suunne terveys?

- a. hyvä
- b. suu kuivuu
- c. kipeä, haavainen

8. Onko teillä ruuansulatusvaivoja?

- a. ei
- b. kyllä

Jos teillä on ruuansulatusvaivoja, niin millaisia ne ovat?

- a. närästys
- b. pahoinvointi
- c. ripuli
- d. ummetus
- e. muu, mikä \_\_\_\_\_

## SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulun Iisalmen yksiköstä ja teemme opinnäytetyötämme aiheesta ”Ikääntyneen ravitsemustila Iisalmen kotihoidossa”. Opinnäytetyöllemme on saatu tutkimuslupa Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymältä.

Tarkoituksenamme on selvittää ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä Iisalmen kotihoidossa. Kotisairaanhoidon henkilökunta tekee Teille ravitsemustilan arvioinnin, jonka lisäksi pyydämme Teitä vastaamaan kyselylomakkeeseen. Vastauksenne ovat tärkeitä, sillä niiden avulla pyrimme kehittämään ikääntyneiden ravitsemushoitoa. Tarvittaessa voitte pyytää apua kotisairaanhoidon henkilökunnalta.

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Ravitsemustilan arvioinnin tulokset ja vastatun kyselylomakkeen hoitohenkilökunta toimittaa opinnäytetyöntekijöille. Kyselylomakkeet tuhoaan asianmukaisesti käsittelyn jälkeen.

Kyselylomakkeessa on ohjeistus ennen kysymyksiä. Kysymyksiin vastataan joko ympyröimällä yksi tai useampi vaihtoehto. Kyselylomake sisältää myös kaksi avointa kysymystä, joihin voitte vastata vapaamuotoisesti.

Kiitos osallistumisestanne.

Ystävällisin terveisin

\_\_\_\_\_  
Tuula Huttunen, sairaanhoitajaopiskelija

\_\_\_\_\_  
Sari Vainio, sairaanhoitajaopiskelija