

IÄKKÄIDEN HYVÄ RAVITSEMUS LAITOSHOIDOSSA

Ohjeistus hoitohenkilökunnalle

Elli Nurro
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto: Sosiaali- ja terveystieteiden
kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Elli Nurro

Nimi: Iäkkäiden hyvä ravitsemus laitoshoidossa

Ohjeistus hoitohenkilökunnalle

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Lea Rissanen, Yliopettaja, TtT Sirkka-Liisa Halme

Työn valmistumislukukausi ja vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 78 + liitesivuja 31

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää pitkäaikaisasukkaiden hoitajien näkemyksiä iäkkäiden hyvään ravitsemukseen liittyvistä tekijöistä, hoitajien havaintoja siitä, miten tehostettu ravitsemus liittyy iäkkäiden asukkaiden toimintakykyyn ja painoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ikääntyneen ihmisen hyvän ravitsemuksen ohjeet, joiden avulla hoitohenkilökunta voi tehostaa hyvää ravitsemusta pitkäaikaishoidossa.

Lähtökohtana opinnäytetyölle oli laitoksissa asuvien ikääntyneiden ravitsemus, jossa eri tutkimusten mukaan on puutteita, koska pitkäaikaishoidossa asuvat ikääntyneet ovat usein huonokuntoisia ja heillä on useita sairauksia. Aineisto kerättiin sekä määrällisin että laadullisin menetelmin. Hyvän ravitsemuksen toteuttamiseen liittyviä tekijöitä kerättiin haastatteleamalla hoitajia. Tehostetun ravitsemuksen aikaisia toimintakyvyn ja painon muutoksia saatiin hoitajien asukkaiden potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen ja mittausten avulla kolmen kuukauden tutkimusajalta. Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.

Kohdejoukon Mini Nutritional Assessment (MNA) - testin pisteet olivat alhaiset. Havainnointava kohdejoukko oli iäkästä ja heillä oli useita sairauksia. Alhainen paino ja huono ravitsemustila olivat yhteydessä useaan tekijään. Tutkimusajalla tehostetulla ruokavaliohoidolla usealla asukkaalla paino nousi, mutta ravitsemuksen yhteyttä toimintakykyyn on vaikea arvioida kohdejoukon pienuuden vuoksi.

Kuntoutuksella ja ruokailutilanteissa tukemalla jäljellä olevaa toimintakykyä voidaan asukkaiden tyytyväisyyttä ja hyvää oloa lisätä, mikä näkyi asukkaiden ilmeissä, tarkkailun lisääntymisenä ja myös ruokahalun parantumisenä. Ruokailutilanteet ovat asukkaille päivän kohokohtia ja siksi hoitohenkilökunnan on tärkeää panostaa asukkaiden ruokailuun ja viihtyvyyteen.

Asiasanat: ikääntyminen, pitkäaikaishoito, ravitsemus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Higher UAS Degree: Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Author: Elli Nurro

Thesis title: Good Nutrition of Elderly People in Institutional Care – Instructions to Care Personnel

Thesis supervisors: Principal Teacher, Ph.D. Lea Rissanen, Principal Teacher, Ph.D. Sirkka-Liisa Halme

Year and term of thesis completion: Spring 2011

Number of pages: 78 + 31 appendix pages

The purpose of this thesis was to study the views of personnel nursing long-term residents concerning the factors that influence good nutrition as well as the nurses' observations on how enhanced nutrition relates to the functional ability and body weight of elderly people. The goal of the thesis was to create instructions to nursing personnel for good nutrition of an elderly person in order to enhance the nutrition during long-term institutionalisation.

The incentive for the thesis was the nutrition of people living in institutional facilities: according to various studies, the nutrition of the elderly is insufficient because of the poor conditions and multiple ailments of aged people living in long-term care. The data was collected by both quantitative and qualitative methods. In addition, the factors related to realising good nutrition were gathered through nurses' interviews. Changes in the functional ability and body weight of residents during enhanced nutrition were recorded through the entries and measurements made by nurses in the patient documents during the three-month study period. The qualitative data was analysed using inductive content analysis.

The points of the target group in their Mini Nutritional Assessment (MNA) tests were low. The target group under observation was old and they had several maladies. Low body weight and poor nutritional state were connected with many underlying factors. Gained body weight was recorded on many residents during the study period due to an enhanced diet, but the connection between nutrition and functional ability is difficult to assess because of the small size of the target group.

Rehabilitation and supporting the remaining functions of the residents during meals can lead to their increased satisfaction and wellness, which was shown in the residents' expressions, their increased alertness, and even improved appetite. Meal times are among the daily high points for the residents, and that is why it is important for the nursing staff to invest in the residents' meals and thereby their overall satisfaction.

Keywords: aging, long-term care, nutrition

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	6
2 RAVITSEMUS OSANA IKÄÄNTYNEEN.....	8
KOKOKAISHOITOA	8
2.1 Ikääntyneen ravitseminen pitkäaikaishoidossa	8
2.2 Iäkkäiden toimintakyky	10
2.3 Ravitsemusongelmat ikääntyneillä.....	12
2.3.1 Vajaaravitsemukselle altistavat tekijät ikääntyneillä	12
2.3.2 Ruokailua estävät suun ongelmat ja niiden hoito	14
2.4 Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi	15
2.4.1 Mini Nutritional Assessment ja ruokapäiväkirja	17
2.4.2 Ikääntyneen vajaaravitsemuksen hoito.....	17
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	20
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
4.1 Toimintatutkimus	21
5 PITKÄAIKAISHOIDOSSA OLEVAN IKÄÄNTYNEEN	23
RAVITSEMUKSEN TOTEUTTAMINEN	23
5.1 Laadullinen tutkimus	23
5.2 Kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu	23
5.3 Haastatteluaineiston analysointi.....	25
5.3 Ikääntyneen hyvä ravitseminen	27
5.3.1 Yksilöllisyyden huomiointi hoidossa.....	27
5.3.2 Yhteistyö ruokapalvelun kanssa	32
5.3.3 Henkilökunnan yhteiset pelisäännöt	38
5.3.4 Ikääntyneen lääkehoito.....	43
5.3.5 Ikääntyneen itsemääräämisoikeus.....	45
6 IÄKKÄIDEN HYVÄ RAVITSEMUS JA.....	47
TOIMINTAKYKY	47
6.1 Kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu	47
6.2 Asiakirja-aineiston analysointi ja tutkimustulokset	53
6.2.1 Hyvän ravitsemuksen toteuttaminen	54
6.2.2 Hyvää ravitsemusta heikentävät tekijät.....	56

7 TEHOSTETTU RAVITSEMUSHOITO JA	59
IÄKKÄIDEN PAINO	59
7.1 Kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu	59
7.2 Tutkimustulokset	60
7.2.1 Tehostetun ruokavalion liittyminen asukkaan painoon.....	60
7.2.2 Asukkaiden painon muutokset normaalilla ruokavaliolla	61
8 PÄÄTELMÄT	63
8.1 Opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelua.....	63
9 POHDINTA.....	66
9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	68
9.2 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet	70
LÄHTEET	72
LIITTEET.....	79

1 JOHDANTO

Työyhteisössäni tapahtuvaa kehittämistyötä ohjaavat valtakunnalliset vanhustyön kehittämislinjaukset. Terveys 2015 - kansanterveysohjelmassa pääpaino on terveyden edistämässä, mikä ikääntyneiden palveluissa tarkoittaa muun muassa lisää elämää vuosiin eli terveyden ja toimintakyvyn aiempaa parempaa säilymistä läpi elinvuosien. KASTE - ohjelman tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen, palveluiden laadun parantaminen sekä ikääntyneiden hyvinvoinnin parantaminen toimintakyvyn säilyessä hyvänä. Ohjelmassa ikääntyneiden ihmisten ravitsemustilan seuranta sisällytetään palvelujärjestelmän toiminnan tavoitteisiin korostamalla mm. ravitsemuksen ja liikunnan merkitystä osana hoitoa ja huolenpitoa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008:6, 13, 26.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Asiakaslähtöisyys on hyvän hoidon ja palvelun keskeinen osatekijä ja hyvän vanhainkotihoitoon lähtökohta.

Ikääntyneen ravitsemuksesta ja liikunnasta huolehtimisen on oltava osa hyvää hoitoa ja huolenpitoa kotihoidossa, vanhainkodeissa, perusterveydenhuollossa ja sairaaloissa. Terveellinen ja ikääntyneiden tarpeisiin sopiva ruokavalio, säännöllinen liikunta ja lihaskunnan ylläpito sekä terveydentilan seuranta ovat terveyden ja hyvinvoinnin keskeisiä sisältöjä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3, 22, 31.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa nähdään keskeisenä haasteena ikääntyneiden ravitsemus toimintakyvyn ylläpitäjänä. Sen ohjeena on, että ikääntyneiden ravitsemustilaa arvioidaan ja monipuolisen ruokavalion toteutumista tuetaan neuvonnan, yleisötilaisuuksien ja kirjallisen viestinnän sekä ruokapalvelujen avulla. Tärkeä terveyttä ylläpitävä ja edistävä asia niin kotona kuin laitoksessakin asuvalle ikääntyneelle on riittävän ja monipuolisen ravinnon saannin turvaaminen. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 45 - 47, 69.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta on julkaissut ravitsemussuositukset ikääntyneille. Suositusten tavoitteina on selkeyttää iäkkäiden ihmisten ravitsemukseen liittyviä kes-

keisiä eroja ja selkeyttää ravitsemushoidon tavoitteita, lisätä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä ja yhdenmukaistaa hyvät käytännöt sekä ohjata tunnistamaan ravitsemustilan heikkeneminen ja toteuttamaan ravitsemushoitoa koko terveydenhuollossa, osana ikääntyneen hyvää hoitoa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 8.)

Opinnäytetyön aiheeksi valitsin iäkkäiden ravitsemuksen. Hyvä ravitsemus on edellytys iäkkäiden toimintakyvylle. (STM 2006, 45; Medina ym. 2006, 67; Muurinen ym. 2003, 19.) Heikentynyt ravitsemustila liittyy vahvasti iäkkään muuhun sairastamiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen (Pitkälä ym. 2005, 5266). Laitoshoidossa olevien iäkkäiden asukkaiden ravitsemuksessa on puutteita. Normaaliin vanhenemiseen liittyy Rajalan (1991, 116) tutkimuksen mukaan elimistön muutokset, jotka muistuttavat vajaaravitsemustilaa. Huono fyysinen toimintakyky, muistamattomuus ja huonot hampaat sekä masentuneisuus ovat vajaaravitsemuksen riskitekijöitä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla iäkkäiden parissa työskentelevä henkilökunta ymmärtää, mikä merkitys riittävällä ravinnonsaannilla on iäkkään ravitsemustilaan, hyvinvointiin ja toimintakykyyn sekä tunnistaa ne riskiryhmät, jotka ovat alttiita vajaaravitsemukselle. Tavoitteena on luoda hoitohenkilökunnalle sellaiset ohjeet ikääntyneen hyvään ravitsemukseen, joiden avulla tehostetaan ikääntyneiden ravitsemusta pitkäaikaishoidossa. Opinnäytetyössä selvitettiin hoivaosaston kahdentoista pitkäaikaisasukkaan ravinnonsaantia ja ravitsemustilaa ja samalla hoitamisessa tehostettiin asukkaiden ravitsemusta kolmen kuukauden ajan.

Kehittämistyö oli osa Hirosenkodissa toteutettavaa laadukasta hoitotyötä. Oulun kaupungin hoivahoidon laatutavoitteet perustuvat RAI - mittarista valittuihin laatuindikaattoreihin. Yksi laatuindikaattoreista on painoindeksi Body Mass Index eli BMI. Hoidon tilaaja määrittelee yhdessä hoidon tuottajan kanssa hyvän laadun tavoitetasot ja määrittelyssä käytetään apuna Stakesin julkaisua ”Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus”. Julkaisussa hyvän hoidon laadun raja-arvot on määriteltävä mukailleen Yhdysvalloissa kehitettyä pitkäaikaishoidon hyvän laadun raja-arvoja.

2 RAVITSEMUS OSANA IKÄÄNTYNEEN KOKOKAISHOITOA

Hyvä ravitsemus on toimintakyvyn perusedellytys ikääntyneellä. Jokaisella iäkkäällä – huonokuntoisellakin – on oikeus mahdollisimman täysipainoiseen ravitsemukseen ja miellyttävään ruokailuun. Laitoksessa asuvalle ikääntyneelle hyvä ravitsemus on osa kokonaisvaltaista hoitoa. Toteutuuko se niillä ikääntyneillä, jonka voimat eivät riitä viemään lusikkaa suuhun? (Rintala 2000, 1.)

2.1 Ikääntyneen ravitsemus pitkäaikaishoidossa

Pitkäaikaissairas on ympärivuorokautista laitoshoidoa tarvitseva henkilö, jonka hoito kestää yli kolme kuukautta ja jonka toimintakyky on alentunut niin, että hän tarvitsee laitoshoidoa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksusta 1992, 743). Ympäri- vuorokautista hoivaa tarvitsevien iäkkäiden henkilöiden kulmakivenä on riittävä energian ja proteiinin saanti jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja mitä enemmän hoivaa tarvitaan, sen suurempi on riittämättömän ravitsemuksen uhka (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 27).

Hyvän ravitsemuksen tavoitteena on turvata riittävä ravintoaineiden saanti elimistön tarpeiden tyydyttämiseksi sekä sopiva energian saanti. Hyvä ravitsemustila parantaa elämänlaatua ja edesauttaa toimintakyvyn säilymistä. (Suominen 2008, 12; Lahti - Koski & Kilkkinen 2001, 20.) Hyvä ravitsemustila on ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn perusta (Medina ym. 2006, 67; Kivelä 2006, 33). Riittävä ravinnon ja ravintoaineiden saanti on edellytys hyvälle ravitsemustilalle (Haglund ym. 1998, 148). Hyvässä ravitsemustilassa ihmisen nauttima ravinto ja hänen elimistönsä vaatima ravintoaineiden kulutus ovat tasapainossa ja Soini (2008, 196) toteaa, että tasapainon löytyminen on monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat ravinnon määrä ja laatu, elimistön kyky toimia, erilaiset sairaudet, lääkitykset ja vanhenemisen aiheuttamat muutokset. Huono ravitsemustila aiheuttaa terveydellisiä ongelmia, pitkittää kuntoutumista ja lisää ikääntyneiden hoidon kustannuksia (Suominen 2008, 12). Monet iäkkäät ihmiset hyötyisivät

oikein suunnatusta ravitsemushoidosta (Pitkälä ym. 2005, 5269). Lisäksi asiantunteva ja laadukas ravitsemushoito tuottaa kustannussäästöjä mm. hoito- ja lääkekustannusten vähenemisenä (Suominen 2006, 8; Haapa & Pölönen 2002, 3). Soini (2008, 196) korostaa myös, että gerontologisen hoitotyön asiantuntemuksen ja osaamisen avulla voidaan vaikuttaa merkittävästi iäkkäiden elämänlaatuun ja ravitsemustilaan sekä toimintakykyyn ja kuntoutumiseen. Sen takia on tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi tietoa terveellisestä ruokavaliosta, jotta he voivat ohjata ja neuvoa ikääntyneitä ravitsemusasioissa (Suominen 2008, 12).

Iäkkäiden kanssa työskentelevän hoitotyöntekijän on tunnettava ikääntymiseen liittyvät normaalit muutokset, jotta hän voi tukea tervettä ikääntymistä ja ehkäistä ravitsemusongelmien syntymistä (Soini 2008, 196). Ikääntyessä ihmisen elimistössä tapahtuu runsaasti muutoksia. Kehon koostumus muuttuu siten, että elimistön nestepitoisuus ja solumassa vähenevät, lihaskudoksen määrä pienenee ja rasvakudoksen määrä lisääntyy. Kehon vesipitoisuuden ja solunsisäisten elektrolyyttivarastojen pienentyminen aiheuttaa helposti neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöitä ja vaikuttaa muun muassa munuaisten toimintaan. Sisäelinten hormonaaliset muutokset aiheuttavat hormonien erityshäiriöitä, jotka voivat vaikuttaa ikääntyneen ruokahaluun. Fyysinen aktiivisuus vähenee, lihasvoima heikkenee ja tämä altistaa erityisesti kaatumiselle. Luuston tiheys pienenee ja aiheuttaa murtuma-alttiutta ja osteoporoosin riski kasvaa. Janon tunne vaimeenee ja elimistön toiminnat hidastuvat. Ikääntyneen perusaineenvaihdunnan taso laskee noin kaksi prosenttia 10 vuotta kohden, mikä taas vähentää energian tarvetta. Tätä kautta proteiinin, vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti vähenee ja saattaa johtaa huonoon ravitsemustilaan. Huonon ravitsemustilan myötä ikääntyneen omatoimisuus heikkenee, sairauksista toipuminen hidastuu ja tulehdusalttius kasvaa. (Suominen 2008, 9; Tuovinen & Lönnroos 2008, 212; Rähä 2005, 312 - 315; Tilvis ym. 2001, 315 - 316.)

Laitoshoidon tavoitteena on palvelujen käyttäjien hyvä olo ja että ikääntynyt voi kokea elämänsä merkityksellisenä ja ihmisarvoisena sairauksista sekä ikääntymisen aiheuttamista muutoksista ja toiminnanvajavuuksista huolimatta (Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus 2001, 4, 15). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008, 25 - 26) mukaan palveluasumisen ja pitkäaikaisen ylläpitohoidon yksiköt tulee nähdä niissä asuvien ihmisten koteina, joissa hoivan ja hoidon sisältö ei muodostu pelkästään fyysisistä tarpeista, vaan myös asukkaiden henkisistä perustarpeista. Vanhusten ympärivuor-

rokautisen hoidon hyvän laadun määritelmässä Ranzin ym. (1998) tutkimukseen perustuvan mallin mukaan hoidon laatu koostuu hyvän vuorovaikutuksen, hoidon, hoitoympäristön ja ilmapiirin lisäksi ammattitaitoisesta henkilöstöstä. Muurinen (2003, 12, 133) korostaa myös, että henkilöstön koulutustasosta tinkiminen ei ole kunnan kannalta tarkoituksenmukaista tuloksellisen palvelun tarjoamiseksi. Henkilöstöllä on entistä keskeisempi asema hoitotyön laadun ja kohtuullisten kustannusten välisessä tasapainottamisessa.

2.2 Iäkkäiden toimintakyky

Pitkäaikaishoidon keskeisiä tavoitteita Kivelän (2006, 73) mukaan ovat ikääntyneen fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ja elämänlaadun ylläpitäminen palvelu- ja hoitoketjujen kaikissa vaiheissa. Ikääntyneen toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykynä, joiden eri osa-alueita ei voida erottaa toisistaan. Muutokset jollakin osa-alueella vaikuttavat aina kokonaisuuteen. (Lyyra 2007, 23 – 24; Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 57.)

Fyysinen toimintakyky säätelee yksilön selviytymistä päivittäisistä fyysisistä toiminnoista. Sillä voidaan tarkoittaa joko kehon yksittäisten elinten ja elinjärjestelmien toimintaa tai elimistön kykyä selviytyä fyysisistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä. Fyysinen toimintakyky jaotellaan yleisesti yleiskuntoon (aerobiseen kestävyYTEEN), lihas-kuntoon (lihasvoimaan, -kestävyyteen ja notkeuteen) ja motoriseen taitoon (koordinaatiokykyyn, reaktiokykyyn, tasapainoon sekä kinesteettiseen erottelukykyyn). Fyysisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelinten sekä aistielinten toimintakyky. (Voutilainen 2009, 125.) Lyyra 2007 (21 - 22); Medina ym. (2005, 58) lisäävät vielä keskus- ja ääreishermoston toiminnan fyysiseen toimintakykyyn. He korostavat, että erilaiset sairaudet huonontavat fyysisistä toimintakykyä enemmän kuin itse vanheneminen. Heidän mukaan toimintakykyyn voidaan vaikuttaa erilaisilla harjoituksilla ja toiminnoilla. Lisäksi aktiivisella hoidolla ja kuntoutuksella voidaan ikääntyneen ihmisen terveyttä ja elämänlaatua parantaa oleellisesti. Ikäihmisten toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttavat ja laitoshoidon joutumisen syitä ovat dementoivat sairaudet, aivohalvaus, nivelrikko, lonkkamurtuma, sydänsairaudet

sekä näön heikkeneminen ja masennus. Vaikeuksia ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa aiheuttavat muun muassa alentunut kognitiivinen kyky, masennusoireet, heikentynyt näkö ja kuulo. Tasapainoon ja fyysiseen suorituskyykyyn vaikuttaa heikko lihasvoima. (Laukkanen 2003, 256 - 258.)

Ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky muovautuu yksilölliseksi elämäkokemusten, ihmissuhteiden, yhteiskunnallisen aseman sekä elämäntapojen mukaan (Aejmelauus ym. 2007, 25.) Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluu kyky toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa (Voutilainen 2009, 125.)

Psyykinen toimintakyky liittyy ihmisen elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Itsearvostus, mieliala, emotionaaliset voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen ovat osa psyykkistä toimintakykyä. Psyykinen toimintakyky on aina otettava huomioon kognitiivista toimintakykyä määriteltäessä, sillä mieliala ja motivaatio vaikuttavat älylliseen suoriutumiseen. Toisaalta kognitiiviset muutokset ovat osa joidenkin psyykkisten sairauksien oirekuva. (Voutilainen 2009, 125 - 126.) Kognitiiviseen (älylliseen) toimintakykyyn vaikuttavat eksekutiiviset eli toiminnanohjauksen liittyvät tekijät, kuten toimintojen sujuvuus, suunnitelmallisuus ja joustavuus sekä tarkkaavuus, keskittyminen ja kontrollin ylläpitäminen. (Voutilainen 2009, 125 - 126.)

Ruokailu, ravitsemus ja hyvä ravitsemustila liittyvät kiinteästi ikääntyneen hyvinvointiin, toimintakykyyn sekä terveyteen ja sairauteen (Soini 2008, 196). Vanhuus ja fysiologiset vanhenemismuutokset Medinan ym. (2006, 67) mukaan vähentävät harvoin sellaisenaan toimintakykyä. Sairauksien lisääntyessä avuntarve lisääntyy, silloinkin omasta ruokailusta päättäminen ja omatoimisuuden tukeminen on ensiarvoisen tärkeää.

2.3 Ravitsemusongelmat ikääntyneillä

Ikääntyessä ravitsemuksen merkittävimpiä riskitekijöitä ovat ruokahalun heikkeneminen tai katoaminen, hidas laihtuminen, proteiini- ja energia-aliravitsemus sekä siihen liittyvä lihaskato (sarkopenia). Ravitsemusongelmat liittyvät vain osin ikääntymismuutoksiin, useimmiten ne ovat selkeästi yhteydessä iäkkäiden ihmisten sairauksiin. Sairaudet aloittavat usein anorektisen kierteen, joka taas puolestaan pahentaa sairauksia ja heikentää toimintakykyä entisestään. (Pitkälä ym. 2005, 5265 -5269.)

Ympäri vuorokautista hoivaa tarvitsevilla on kaikilla avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Riski vajaaravitsemukselle lisääntyy ja monien ravitsemustila voi olla huono. Asukkaiden tavallisimpia sairauksia ovat sydän - ja verenkiertosairaudet, erityisesti aivohalvaus ja muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti, sekä traumojen, kuten lonkka-murtuman jälkitilat, jotka voivat altistaa virheravitsemukselle. Muita altistavia sairauksia tai oireyhtymiä ovat masennus, kipu, akuutti tai krooninen sekavuus, aistitoimintojen vajeet sekä levottomuus. Usein ikääntyneellä on useita samanaikaisia sairauksia ja toiminnanvajeita sekä monimuotoinen ja runsas lääkitys. (VRN 2010, 27.)

2.3.1 Vajaaravitsemukselle altistavat tekijät ikääntyneillä

Tutkimuksien mukaan ikääntymisen mukanaan tuomat sairaudet, toiminnanvajeet sekä runsas lääkemäärä altistavat vajaaravitsemukselle (Heikkilä ym. 2008, 26; Suominen 2007, 11; Heimonen & Voutilainen 2006, 130; Tikkanen 2005, 1; Soini 2004, 1; Muurinen 2003, 19; Heikkinen 2002, 1; Rintala 2000, 1; Rajala 1991, 116). Soinin (2004, 1) mukaan ravitsemukseen vaikuttaa mieliala sekä Suomisen (2007, 11) mukaan myös ummetus. Mitä iäkkäämmästä ja sairaammasta henkilöstä on kyse, sen useammin virheravitsemus on vajaaravitsemusta (Heikkilä ym. 2008, 26; Tikkanen 2005, 1). Suun ja hampaiden ongelmilla on eri tutkimusten mukaan vaikutusta sairaaloissa ja vanhainkodeissa olevien iäkkäiden ravitsemustilaan (Soini 2004, 1; Muurinen 2003, 19; Rintala 2000, 1; Rajala 1991, 116). Ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat yleisimpiä laitoksissa ja hoitokodeissa, koska niissä asuu huonokuntoisia ikääntyneitä (Suominen 2006, 8). Laitosasukkaista noin joka kolmas on vajaaravittu, minkä lisäksi noin joka viidennellä on vajaaravitsemuksen uhka. palvelutalojen iäkkäistä asukkaista vajaaravitsemus

tai sen uhka on 20 – 40 prosentilla ja haitallinen ylipaino 15 – 30 prosentilla (Heimonen & Voutilainen 2006, 130).

Ikääntyneen ravitsemustila on seurausta elämänaikaisista elintavoista. Siihen vaikuttavat ravinnon ja liikunnan lisäksi perintötekijät, ikääntymismekanismit sekä sairaudet. (Suominen 2006, 8.) Ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat hyvin yksilöllisiä. Iäkkäillä on ongelmana huono ruokahalu ja liian vähäisestä energian määrästä aiheutuva painon lasku. Tämä yhdessä sairauksien kanssa johtaa liikkumisvaikeuksiin ja kunnon yleiseen heikkenemiseen. (Soini 2008, 197.)

Iäkkäiden hidas syöminen tai avun tarve ruokailussa, riittämätön nesteiden ja hyvälaatuisten ravinnon saanti voivat (Kivelän 2006, 33) mukaan johtaa iäkkäiden vajaaravitsemukseen ja tätä kautta fyysisen kunnon heikkenemiseen sekä hoidon tarpeen lisääntymiseen. Lisäksi hoitoyksilöiden työntekijöiden vähäinen määrä, kiire ja työntekijöiden puutteelliset ravitsemustiedot lisäävät iäkkäiden vajaaravitsemuksen uhkaa laitoksissa.

*TAULUKKO 1. Virhe- ja vajaaravitsemuksen määritelmät
(Tuovinen & Lönnroos 2008, 223)*

Virheravitsemus

riittämätön energian ja proteiinin saanti
riittämätön vitamiinien tai kivennäisaineiden saanti
liiallinen energian saanti
ravintoaineiden saannin epätasapaino

Vajaaravitsemus

riittämätön proteiinin ja energian saanti

2.3.2 Ruokailua estävät suun ongelmat ja niiden hoito

Vähäisetkin ravitsemushäiriöt voivat johtaa suun kudosten muutoksiin lisäten tulehdusalttiutta ja sieni-infektioiden vaaraa. Lisäksi ravitsemushäiriöt aiheuttavat limakalvon muutoksia ja heikentävät syljen eritystä (RTY 2008, 41). Ikääntyneillä kuiva suu on yleinen ongelma (RTV 2008, 41; Rähä 2005, 313; Paavola ym. 2003, 8). Syljen erityksen väheneminen johtuu ennen kaikkea sairauksista ja lääkehoidosta (RTV 2008, 41; Rähä 2005, 313). Sylki on tärkeä suun terveydelle, koska sen tehtävänä on huuhdella mikrobit ja ruoan tähteet hampaista ja suun limakalvoilta. Suun kuivuus heikentää proteesien pysymistä paikoillaan ja hidastaa myös proteesien aiheuttamien haavaumien paranemista. Palan tunne kurkussa voi olla yksi kuivan suun oire. (Paavola ym. 2003, 8.) Täydellinen hampaattomuus vaikeuttaa syömistä ja voi Rähän (2005, 314) mukaan vähentää monien ravintoaineiden saantia. Eri tutkimustulosten mukaan suun ja hampaiden ongelmilla on vaikutusta iäkkäiden ravitsemustilaan. (Soini 2004, 1; Muurinen 2003, 19; Rintala 2000, 1; Rajala 1991, 116.)

Syljen erityks ja hampaiden kunto vaikuttavat syömiseen. Pienten sylkirauhasten toiminta heikkenee iän myötä. Suun kuivuuden oireita voidaan lievittää kostuttamalla suuta usein vedellä (ei makeilla juomilla) tai voitelemalla suuta ruokaöljyllä. Syljen eritystä voidaan lisätä myös ksylitolipastilleilla ja -puristeilla. (Paavola 2003, 8.)

Kun syljen määrä vähenee tai sen koostumus muuttuu, suu altistuu erilaisille sairauksille. Suupielihaavaumat voivat liittyä myös vastustuskykyä heikentävään sairauteen, vaje-ravitsemukseen tai puutostiloihin, kuten B-ryhmän vitamiinien ja raudan puutteeseen. Puutteet ravitsemuksessa vaikuttavat nopeasti suupieliin, mutta Paavola ym.(2003, 13) korostavat, että suupielissä solut uusiutuvat nopeasti. Suun ja proteesien huono kunto voi pahentaa puutostiloja jos syöminen on vaikeaa. Sileäpintainen kieli voi olla arka ja saattaa kertoa anemiasta, B-ryhmän vitamiinien puutteesta tai ravitsemushäiriöistä. Se on yleinen proteesia käyttävillä ja Paavolan ym. (2003, 15) mukaan saattaa liittyä ravinnon yksipuolistumiseen.

Suupielihaavaumien paikallishoitona on suupieliin voitelu sienilääkevoiteella. Lisäksi on syytä arvioida potilaan ravitsemustila sekä se, pystyykö hän kunnolla syömään. Ko-

ko suu tulee tutkia ja hoitaa mahdollinen sienitulehdus. Puhdistamalla proteesit hyvin ja säilyttämällä ne yön yli kuivana voidaan useimmat suutulehdukset ehkäistä ja hoitaa. On suuri etu, jos tällä tavoin voidaan vähentää sienilääkkeiden käyttöä, koska iäkkäillä on usein monia lääkkeitä ja haitallisen yhteisvaikutusten vaara on suuri esimerkiksi verenohennuslääkkeitä käytettäessä. (Paavola ym. 2003, 14)

Happohyökkäyksiä välttämiseksi syöminen tulisi keskittää 5-6 ruokailukertaan, esimerkiksi kolmeen ateriaan ja kolmeen välipalaan. Ruokailun jälkeen happohyökkäyksen voi torjua ksylitolipastilleilla. Hampaiden reikiintymien ehkäisyyn voidaan käyttää apteekista saatavia fluoritabletteja. Fluoritabletit imeskellään hitaasti, nieltynä ne eivät tehoa. Vaikka fluoritabletti luiskahtaisikin vanhuksen hengitysteihin, siihen ei tukehdu, vaan se liukenee. Fluoria, ksylitolia ja kalsium- ja fosforisuoloja sisältävät imeskelytabletit ovat mineraalisaatiokykyssä vuoksi erityisen tehokkaita reikiintymisen ehkäisyyn ja kuivan suun hoitoon. (Paavola ym. 2003, 26 - 27.)

Hyvä suun terveys on merkittävä osa iäkkäiden hyvinvointia. Hoiva- ja hoitotyössä suun terveyteen kiinnitetään enemmän huomiota. Ammatillinen yhteistyö iäkkäiden suun hoidossa korostuu, kun iäkkäiden määrä kasvaa. Suun vaivojen ja sairauksien hoitaminen ajoissa ja suun terveyden säännöllinen ylläpito ovat tärkeitä iäkkään elämänlaatua ja yleistä terveydentilaa parantavia tekijöitä. (Komulainen & Hämäläinen 2008, 226.) Osastolla jokaisella asukkaalla on yksilöllinen suunhoitosuunnitelma, joka sisältää suuhygienistin ja hammaslääkärin tarkastukset. Iäkkäiden asukkaiden suun ja hampaiden hoidosta vastaa hoitohenkilökunta. Suun kunto tulee tarkistaa aina päivittäisen hoitokerran yhteydessä.

2.4 Ikääntyneen ravitsemustilan arviointi

Ravitsemustilan arviointi tarkoittaa toimenpiteitä, joilla voidaan arvioida yksilön ravitsemustilaa. Iäkkäiden ravitsemustilan arviointiin ei ole yleisesti hyväksyttyä arviointimenetelmää. Ravitsemustilan arviointiin ja mittaamiseen voidaan käyttää ravinnon saannin arviointia, antropometrisiä mittauksia kuten painoa, painoindeksiä (BMI), käsivarren ympärysmittaa, laboratoriokokeita (esim. hemoglobiini, albumiini, lymfosyytit) sekä toimintakykymittareita. Kaikki nämä menetelmät ovat yksinään epäherkkiä tunnistamaan ravitsemusongelmia ja siksi näitä menetelmiä käytetäänkin useimmiten yhdes-

sä. (Suominen 2006, 19.) Käytetyin ja käyttökelpoisin painoon perustuva lihavuuden ja laihuuden osoitin on painoindeksi (body mass index eli BMI). Painoindeksi saadaan jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä (m²). Painoindeksin viitearvot soveltuvat parhaiten 20 - 60 -vuotiaalle aikuisväestölle. Yli 65-vuotiaiden suositeltava painoindeksi on 24 - 29 ja yli 75 -vuotiaiden 25 - 30 (Sinisalo 2009, 102).

Painonlasku katsotaan merkittäväksi, jos se on enemmän kuin kaksi prosenttia viikossa, viisi prosenttia kuukaudessa, seitsemän prosenttia kolmessa kuukaudessa tai yli kymmenen prosenttia puolessa vuodessa (Uusitupa & Fogelholm 2005, 278 - 292). Ravitsemustila ja hoidon tarve on syytä arvioida aina, kun paino on selvästi laskenut, suorituskyky on heikentynyt, ruoansulatuskanavan toiminnassa on häiriöitä, on epäily puutteellisesta ravinnosta tai henkilöllä on vaikea sairaus. Ravitsemushoidon toteuttaminen edellyttää arviointia ja ikääntyneen kohdalla tärkeimmät ravitsemustilan arvioinnin välineet ovat MNA - testi ja säännöllinen painon seuranta (Suominen - Kivistö 2007, 27; Aro ym. 2005, 291).

Räihä (2005, 321) toteaa, että iäkkäiden ravitsemustilan määrittäminen on usein vaikeaa, koska paino ja painon muutos eivät kuvasta ravitsemustilaa enää siinä määrin kuin nuorilla ja keski-ikäisillä. Tähän on syynä muun muassa nestetasapainon vaihtelu, lihasmassan ja rasvakudoksen osuuden muuttuminen. Räihä korostaa myös, että painotaulukot on tehty nuorten ja keski-ikäisten normaaliarvojen mukaan. Ravitsemustilan arviointia iäkkäillä vaikeuttaa edelleen se, että useimmiten ravitsemustilan huononemisen taustalla on tekijöitä, jotka tulee huomioida ravitsemustilaa määriteltäessä.

Ravitsemustilaa Suomisen (2006, 54) mukaan voidaan arvioida myös silmämääräisesti, jolloin päätellään onko ikääntynyt lihava, laiha, kuivunut, turvoksissa yms. Ikääntymiseen liittyvät piirteet kuten laihtuminen, hiustenlähtö ja ihon kuivuus voivat olla myös merkki puutteellisesta ravitsemuksesta. Tikkasen tutkimuksen (2005, 101) mukaan aliravitsemusriskissä olevien vanhusten seerumin albumiiniarvot ja veren hemoglobiinipitoisuudet olivat merkittävästi alhaisempia kuin hyvässä ravitsemustilassa olevilla vanhuksilla.

2.4.1 Mini Nutritional Assessment ja ruokapäiväkirja

Mini Nutritional Assessment (MNA -testi, liite 5) on iäkkäiden ihmisten ravitsemustilan arviointiin kehitetty, useassa maassa validoitu testi. MNA -testin avulla on mahdollista löytää riittävän varhaisessa vaiheessa ne ikääntyneet, joilla on ravitsemusongelmia. (Pitkälä ym. 2005, 5267.) MNA -testi on helppokäyttöinen ja sen tekeminen kestää noin kymmenen minuuttia. Iäkkäiden ravitsemustilaa arvioitaessa testin etuna on se, että testi ei mittaa pelkästään antropometrisia suureita ja ravinnon ottoa, vaan huomioi myös seikkoja, jotka liittyvät iäkkään fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn sekä sosiaaliseen ympäristöön. Yhteispistemäärän (0-30) perusteella ravitsemustila voidaan luokitella seuraavasti: hyvä (MNA > 24), vajaaravitsemusvaara on olemassa (MNA 17 – 23,9) ja vajaaravitsemustila (MNA < 17). Testistä on olemassa myös validoitu lyhyt versio (0-14 pistettä). (Räihä 2005, 321.) Testiä voidaan käyttää ravitsemusongelmien seulontaan ja ennaltaehkäisyyn (Suominen 2006, 19).

Ruokailun seurannan ja ravinnon saannin arvioinnin tarkoituksena on selvittää ruuan määrän ja laadun riittävyyttä hyvän ravitsemustilan ylläpitämiseksi (Suominen 2006, 21). Ruokapäiväkirjan täyttäminen antaa konkreettista tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen arvioinnissa. Ruokapäiväkirjalla tarkoitetaan kaikkien nautittujen ruokien ja juomien kirjaamista päiväkirjan muodossa tietynä ajanjaksona. Ajanjakso vaihtelee yhdestä päivästä muutamaa päivään (Männistö & Pietinen 2005, 39).

Ruokapäiväkirjan avulla selvitetään jokaisesta nautitusta ruuasta tai juomasta se, mitä syödään tai juodaan ja kuinka paljon. Lisäksi nautitun ruoan tai juoman annoskoko voidaan punnita tai annoskoon voi merkitä myös talousmitoilla: lasi tai desilitra (Männistö & Pietinen 2005, 40).

2.4.2 Ikääntyneen vajaaravitsemuksen hoito

Iäkkäiden henkilöiden vajaaravitsemuksen ehkäisy- ja hoitomahdollisuudet riippuvat syistä, jotka ovat johtaneet vajaaravitsemustilaan. Vajaaravitsemus johtuu yleensä monista syistä, joten ravitsemustilan korjaamiseen ei välttämättä riitä pelkkä ravinnon

määrän lisääminen. Iäkkäiden ravitsemustilaa voidaan parantaa (Pitkälä ym. 2005, 5268; Rähä 2005, 323) mukaan varsin yksinkertaisin keinoin, mikäli vajaaravitsemus ei liity vaikeaan sairauteen tai loppuvaiheen dementiaan, jolloin potilas vähentää ravinnonottoaan ja tulee syödessä riippuvaiseksi ulkopuolisesta avusta. Rähä (2005, 323) korostaa, että tällöin on tärkeää tiedostaa, ettei vajaaravitsemus johdu tarjolla olevan ruoan liian vähäisestä määrästä, ruoan laadusta tai henkilökunnasta. Iäkkäiden ravitsemustilan korjaamisessa olennaista on energiatarpeen kasvattaminen, joka onnistuu liikuntaa ja lihasvoimaa lisäämällä. Ikääntyneiden on tärkeää ruokailla monta kertaa päivässä, koska he eivät jaksaa syödä suuria aterioita kerrallaan. (Suominen 2008, 25).

Oikein ajoitetuilla toimenpiteillä voidaan ylläpitää hyvän ravitsemustilan säilyminen. Hyvällä ravitsemushoidolla voidaan ehkäistä tai hidastaa sairauksien pahenemista. (Suominen 2006,8.) Ravitsemushäiriöiden hoitoa voi Tilviksen ym. (2001, 320) mukaan pitää laitoshuolteen hyvän hoidon yhtenä tunnusmerkkinä. Haasteeseen vastaminen ei aina ole helppoa, sillä mitä pidemmälle vajaaravitsemus on edennyt, sitä vaikeampaa on sen korjaaminen. Tämän takia olisi tärkeää löytää ne iäkkäät ihmiset jo siinä vaiheessa, kun heitä uhkaa vajaaravitsemus. Ikääntyneiden ravitsemuksessa haasteellista onkin, koska runsaankin rasvakudoksen alla voi olla vaikeaa lihaskatoa. Lihavakin ikääntynyt voi siis olla vajaaravittu. (Soini 2008, 197; Pitkälä ym. 2005, 5265.) Tilvis ym. (mts.) korostavat, että ravitsemushäiriöiden hoito on perusteltua silloin, jos vanhuksella on edessä lonkkaleikkaus, jonka tavoitteena on toimintakyvyn palauttaminen. Keskeisintä ikääntyneiden ravitsemushoidon järjestämisessä on ammatillinen yhteistyö varsinkin hoito- ja ruokapalveluhenkilökunnan kesken (VRN 2010, 319).

Iän myötä energian tarve vähenee, mutta ravintoaineiden tarve pysyy samana kuin nuorella. Ikääntyneen ihmisen ruokavaliossa riittävä valkuaisen eli proteiinin saanti on vaikea turvata, ellei ruokailuun kiinnitetä erityistä huomiota. Energiarikasta dieettiä ja proteiinilisäravinteita kannattaa harkita osana ikääntyneen kokonaishoitoa. Koska proteiinin tarve ei vähene iän myötä, tulee proteiinin osuus kokonaisruokavaliosta lisääntyä. (Pitkälä 2002, 141.)

Kivelän (2006, 33) mukaan lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden ravitsemustiedoissa on puutteita. Ravitsemusterapeutteja ja ravitsemussuunnittelijoita työskentelee erikoissairaanhoidossa, mutta perusterveydenhoidossa heitä on vähän. Ravitsemusasiantuntijoi-

den konsultoinnissa on puutteita. Iäkkäiden ravitsemushäiriöitä hoidettaessa tulisi ottaa huomioon se, että ruokailu ei ole vain energian ja ravintoaineiden tarpeen tyydyttämistä, vaan siihen liittyy tradition välittämiä sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä, yhteisöllisyyttä sekä monenlaisia esteettisiä arvoja. Myös vajaakuntoiset ja dementiaa sairastavat ymmärtävät ja kaipaavat näitä ruokailun ulottuvuuksia. Toisaalta ruokaan liittyy myös negatiivisia ja uhkaavia merkityksiä ja uskomuksia, jotka voivat johtaa turhaan pelkoon ja ahdistukseen ja ruokavalion kaventumiseen. Näitä pelkoja tulisi yrittää hälvittää. (Räihä 2005, 323).

TAULUKKO 2. Vajaaravitsemuksen hoito (Räihä 2005, 323)

Vajaaravitsemuksen hoito

Liikunnan ja lihasvoiman lisääminen,
makutottumusten kunnioittaminen,
riittävästi aikaa ruokailuun,
yksinäisyyden välttäminen,
ruokailun sosiaalisten ulottuvuuksien korostaminen,
avun järjestäminen,
lisäravinteet,
depression hoito,
aliravitsemuksen varhainen toteaminen (riskiryhmien seulonta).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen **tarkoituksena** oli selvittää hoitajien näkemyksiä ikääntyneiden pitkäaikaisasukkaiden hyvän ravitsemuksen toteuttamiseen liittyviä tekijöitä haastattelun avulla. Toimintatutkimuksella kerättiin hoitajien havaintoja siitä, miten tehostettu ravitsemus liittyy iäkkäiden toimintakykyyn ja painoon hoitajien asukkaiden potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen perusteella kolmen kuukauden tutkimusajalta.

Tehtävänä oli löytää vastaus kysymyksiin:

1. Miten päivittäisessä hoitotyössä ylläpidetään pitkäaikaishoidossa olevien iäkkäiden hyvää ravitsemusta?
2. Miten hyvä ravitsemus liittyy iäkkään toimintakykyyn?
3. Miten tehostettu ravitsemus liittyy iäkkään painoon?

Tutkimuksen **tavoitteena** oli luoda hoitohenkilökunnalle ohjeet ikääntyneen hyvään ravitsemukseen, joiden avulla tehostetaan ikääntyneiden ravitsemusta pitkäaikaishoidossa.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus luokitellaan yleisesti laadulliseksi tutkimusmenetelmäksi, mitä käsitystä voidaan pitää virheellisenä. Toimintatutkimus ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä, vaan enemmänkin lähestymistapa tai asenne, jolla toiminnan kehittäminen ja tutkimus yhdistetään. Se on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähittäin. (Heikkinen 2008, 36 - 37.) Tässä kehittämistyössä etsittiin vastauksia tutkimustehtäviin kaksi ja kolme toimintatutkimuksen avulla.

Toimintatutkimus tavoittelee käytännön hyötyä, käyttökelpoista tietoa. Tässä tutkimuksessa Hirosenkodissa toimivan osaston kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten tehostettu ruokavaliohoito liittyy iäkkäiden toimintakykyyn ja painoon. Toimintatutkimuksen tavoitteena oli kehittää yhteisön toimintaa, joten tutkijalta edellytetään kiinnostusta havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia.

Tutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija ja hänen on oltava valmis vauhdittamaan kehitystä omalla työpanoksellaan yhdessä tutkittavan yhteisön kanssa. Toimintatutkimus voidaan karkeasti jaotella kahteen osaan. Tutkija joko ryhtyy kehittämään omaa työtään tai etsii tutkimuskohteen, jota tutkii ja kehittää. Tällöin tutkijasta käytetään nimitystä tutkija-toimija. Tutkimusaiheen kiinnostuksen herättää käytännön ongelma. Aihe tulee aiemman tutkimuksen tai kirjallisuuden pohjalta. (Huovinen & Rovio 2008, 94 - 95.) Lähtökohtana kehittämistyölle oli laitoksissa asuvien ikääntyneiden ravitsemus, jossa eri tutkimusten mukaan on puutteita. Iäkkäiden laitoshoidon arvostelu erityisesti riittämättömästä ravitsemisesta. Osastolla voi olla useita asukkaita, joilla on alhainen paino.

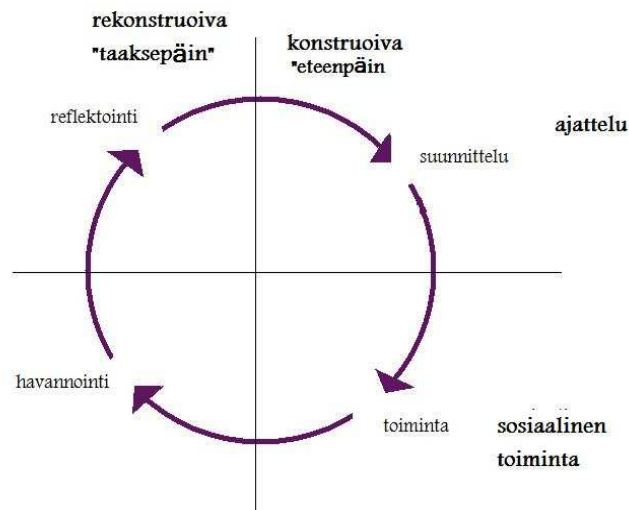
Toimintatutkimus alkaa suunnitteluvaiheesta, jossa toimintatutkija hahmottelee tutkimusasetelmaa ja -tehtävää koskevia kysymyksiä ja ideoita kenttätöitä. Alussa on tärkeää tutustua aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Sen jälkeen tutkija valitsee menetelmät muun muassa siitä, miten aineisto hankitaan. Toimintatutkimukseen kuuluu ar-

vaamattomuus, minkä takia tutkija ei voi ennalta varautua kaikkiin kehittämisprosessissa esiin nouseviin kysymyksiin. (Huovinen & Rovio 2008, 96.)

Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu. Sen kuluessa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Toimintatutkimus kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. (Heikkinen 2008, 16 - 19.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaika oli kolme kuukautta.

Toimintatutkimukseen kuuluu syklisyys. Yhteen suunnitelmaan perustuvaa kokeilua seuraa kokemusten pohjalta parannettu suunnitelma. Toimintaa hiotaan useiden peräkkäisten suunnittelu- ja kokeilusyklarilla ja näin muodostuu kokeilujen ja tutkimuksen vuorovaikutuksessa etenevä spiraali. (Heikkinen 2008, 19.) Asukkaiden painon muutokset olivat yksi mittari, josta reflektointiin ja mikä oli pohjana uudelle suunnittelulle. Tehostettuun ravitsemukseen liittyvistä muutoksista keskusteltiin raporteilla ja päivittäisessä hoitotyössä. Ruokailuun ja asukkaiden toimintakykyyn liittyvät havainnot merkittiin asukkaiden sähköiseen potilasasiakirjaan.

Toimintatutkimuksen sykli



KUVIO 1. Toimintatutkimuksen sykli (Heikkinen, Rovio, Kiilakoski 2008, 78)

5 PITKÄAIKAISHOIDOSSA OLEVAN IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein varsin pieneen määrään tapauksia ja pyritään analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti. Aineiston tieteellisyyden kriteeri ei näin ollen olekaan sen määrä vaan laatu, käsitteellistämisen kattavuus. (Eskola & Suoranta 1999, 18.)

Opinnäytetyöni oli laadullinen tutkimus, jonka tavoitteena oli kehittää käytäntöä paremmaksi. Tässä työssä kehitettiin iäkkäiden pitkäaikaishoidossa olevien hyvän ravitsemuksen toteuttamista päivittäisessä hoitotyössä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa oli lähtökohtana todellisen elämän, sen ilmiöiden tai tapahtumien kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja aineiston kokoaminen luonnollisissa tilanteissa ja pyrkimyksenä oli löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään muodostamaan mielekäs tulkinta jollekin tietylle ilmiölle ja ymmärtämään tiettyä toimintaa sekä kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tässä tutkimuksessa laadullista aineistoa analysoitiin laadullisesti sisällönanalyyysiä käyttäen.

5.2 Kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu

Ensimmäistä tutkimustehtävää varten kohderyhmäksi valitsin jo pitkään vanhustyötä tehneet kolme hoitajaa, avainhenkilöä, ja heiltä katsoin saavani monipuolista, kokemuksellista tietoa ja erilaisia näkemyksiä siitä, miten ylläpidetään päivittäisessä hoitotyössä ikääntyneiden hyvää ravitsemusta pitkäaikaishoidossa. Laadullista tutkimusta tehtäessä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta on tärkeää. Tuomi & Sarajärven (2009, 86) mukaan tutkijan on kerrottava, miten tiedonantajien valinta on harkittu ja miten valinta täyttää tarkoitukseen sopivuuden kriteerin. Tutkimukseen osallistuvia valittaessa täytyy huomioida, että tutkittavilla on tarvittavat edellytykset osallistua tutkimukseen sekä heillä täytyy olla kyky tuoda kokemuksensa tutkittavasta asiasta esille.

Heidän tulee lisäksi olla motivoituneita osallistumaan tutkimukseen. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 58 - 59.) Tiedonantajat olivat kiinnostuneita kehittämistehtävästä ja omalla tietämyksellä valmiita kehittämään asukkaiden ravitsemuksen toteuttamista osastolla, mistä kertoi se, että ennen haastattelua he olivat yhdessä pohtineet haastattelun teema-alueita.

Haastattelutilannetta varten tein haastattelurunon, joka rakentui tutkimustehtävien kannalta olennaisiin teemoihin. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 66; Vilkkä 2006, 23.) Kysymykset laadin siten, että sain kartoitettua päivittäisessä hoitotyössä hyvään ravitsemushoitoon liittyviä tekijöitä iäkkäiden pitkäaikaishoidossa. Jotta tiedonantajien oli helppo sisäistää teema-alueet, täydensin haastattelunrunkoa merkitsemällä osalle teema-alueita keskeisiä asioita. Pyysin myös pohtimaan vastauksia siten, että hyvän ravitsemuksen toteuttamisessa nousivat esille mahdollisuudet, vahvuudet sekä hyvää ravitsemusta estävät tekijät sekä mahdolliset uhkat.

Toimitin 20.11.09 haastattelurunon (liite 2) ja esitteen opinnäytetyöstäni sekä pyynnön (liite 1) haastatteluun tiedonantajille. Haastattelussa tärkeintä oli saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta, ja siksi oli perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aiheet tiedonantajille jo hyvissä ajoin etukäteen tutustuttaviksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

Ensimmäisen tutkimustehtävän aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna teemojen avulla. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska haastattelun aihealueet ovat kaikille samat. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 48.) Teemahaastattelussa edettiin tiettyjen, keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa ja siinä pyrittiin löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelma asetteluun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Joustavaa haastattelussa oli myös se, että kysymykset voi esittää siinä järjestyksessä kuin katsoin ne aiheelliseksi. Haastattelun aikana oli mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selvittää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Haastattelun etu oli myös siinä, että haastatteluun voitiin valita henkilöt, joilla oli kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 73 -74.)

Tiedonantajien määrään vaikutti osaltaan se, että ryhmähaastatteluun aika järjestyi hyvin ja haastattelupäivänä 10.12.2009 kaikki olivat työvuorossa. Haastattelutilanteessa

olivat läsnä tutkijan lisäksi kolme hoitajaa. Istuimme kaikki saman pöydän ääressä. Haastateltavat istuivat vierekkäin ja haastattelija heitä vastapäätä. Haastattelu nauhoitettiin sanelukoneella. Nauhoitus onnistui hyvin, koska tiedonantajat puhuivat kukin vuorollaan ja antoivat tilaa toiselle kertoa omat mielipiteet ja näkemykset. Lisäksi vuorovaikutus oli aktiivista. Anttila (2006, 198) korostaakin, että ryhmähaastattelun avulla voidaan selvittää tavanomaista haastattelua paremmin kuinka ihmiset muodostavat ja kehittävät ajatuksiaan ja perustelevat niitä. Sen avulla voi tutkija saada esiin uusia näkökulmia asiasta. Ryhmädynamiikka tekee sen, että tilanteessa saatetaan generoida luovalla tavalla uusia asioita esiin. Haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen ja turvallinen haastateltaville. Tämä mahdollistaa teemahaastattelun edellyttämän hyvän kontaktin haastateltaviin. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 74.) Haastattelupaikka oli rauhallinen huone, jossa viisikymmentä minuuttia kestänyt haastattelu toteutettiin.

5.3 Haastatteluaineiston analysointi

Analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi. Se perustuu Tuomen & Sarajärven (2009, 113) mukaan tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa käytettävä analyysimenetelmä. Sisällön analyysillä koetetaan tutkittava ilmiö kuvata tiivistetysti ja yleisesti, sisältö esitetään sanallisessa muodossa. Huomioita kiinnitetään tutkimusongelmiin, aineistossa esiintyvien samankaltaisuuksien ryhmittelyyn ja yhdistämiseen ja sitä kautta käsitteiden muodostamiseen sekä tutkimuksen kannalta merkittävän tiedon poimimiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109 - 112.) Tulosten analysoinnin jälkeen tuloksia on selitettävä ja tulkittava. Tulkinta tarkoittaa analyysissä esiin nousevien merkitysten avaamista ja pohdintaa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 229.)

Laadullinen aineisto on tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sanasta sanaan (Hirsijärvi, Hurme & Sajavaara 2009, 222). Aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Analyysi aloitetaan pelkistämällä eli redusoinnilla. Analysoitava informaatio eli data voi olla auki kirjoitettu haastatteluaineisto, muu asiakirja tai dokumentti. Pelkistäminen tarkoittaa analysoinnin vaihetta, jossa tutkimusaineistosta karsitaan epäolennaiset asiat pois. Auki kirjoitetusta aineis-

tosta etsitään tutkimustehtävän kannalta oleellisia ilmaisuja. Ilmaisut kerätään peräkkäin erilliselle paperille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Aloitin analyysin lukemalla litteroidun aineiston useaan otteeseen läpi. Tein aineistoon alleviivauksia ja nostin tutkimustehtävän kannalta tärkeitä ilmauksia. Alkuperäisilmaukset poimin litteroidusta tekstistä erilliseen tiedostoon. Ilmaukset alleviivasin erivärisillä kynillä siten, että eri värit vastasivat (vahvuudet, mahdollisuudet, heikkoudet ja uhat) tutkimustehtävän kysymyksiin (Liite 3.).

Analyysin toisessa vaiheessa tehdään aineiston klusterointi eli ryhmittely ja aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmät yhdistetään ja niistä muodostetaan alaluokka. Luokat nimetään käsitteillä, jotka kuvaavat niiden sisältöä. Aineisto tiivistyy käsitteiden avulla, koska yksittäiset tekijät sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. Klusteroinnin avulla saadaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Käsitteiden ryhmittelystä käytetään nimitystä alaluokka. Jäsentelyä jatketaan muodostamalla alaluokille yläluokka ja yhdistämällä yläluokasta pääluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Analyysin kolmas vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella tutkija muodostaa teoreettisia käsitteitä. Klusterointi on osa abstrahointiprosessia. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111 – 112.)

TAULUKKO 3. Alaluokka – yläluokka, esimerkki.

Alaluokka	Yläluokka
ihanne olisi jos voisi tarjota asukkaille pieniä aterioita kerralla, asukkaat saisivat lääkkeit ja hoidot ajallaan, asukkaalle aamupala mieleiseen aikaan. ruoat säilytetään lämpövaunuissa	yksilöllisyyden huomiointi päivittäisessä hoitotyössä

Alkuperäisilmaisujen muodostamisen jälkeen etsin niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia sekä ryhmittelin ne alaluokiksi. Alaluokista syntyi viisi yläluokkaa, niitä olivat yksilöllisyyden huomiointi hoidossa, yhteistyö ruokapalvelun kanssa, henkilökunnan yhteiset pelisäännöt, ikääntyneen lääkehoito ja ikääntyneen itsemääräämisoikeus. Niistä yhdistyi yksi pääluokka: **Pitkäaikaishoidossa olevan ikääntyneen ravitsemuksen toteuttaminen.**

5.3 Ikääntyneen hyvä ravitsemus

Hyvä ravitsemus muodostuu seuraavista tekijöistä: Yksilöllisyyden huomiointi hoidossa, yhteistyö ruokapalvelun kanssa, henkilökunnan yhteiset pelisäännöt, ikääntyneen lääkehoito ja ikääntyneen itsemääräämisoikeus.

5.3.1 Yksilöllisyyden huomiointi hoidossa

Ruoan lämpimänä pitäminen

Haastateltavat hoitajat pitivät tärkeänä ennen aamupalan tarjoamista, että asukkaat on pesty. Asukkaalle tämä on paljon miellyttävämpää ja asukas voi nousta ruokailemaan pöydän ääreen jolloin tuetaan asukkaiden omatoimisuutta ruokailussa. Nykyisin asukkaiden ruokailuajat joudutaan sovittamaan keittiöllä tehdyn aikataulun mukaan, koska ruoka tulee osastolle määrättyinä aikana ja asukkaille tarjotaan ruoka silloin. Soini

(2008, 25) korostaa, että ikääntyneiden ateria-aikojen suunnittelun tärkeimpänä tavoitteena tulee olla ikääntyneen oman rytmin kunnioittaminen ja kulutusta vastaavan energiansaannin turvaaminen, koska ikääntyneen henkilön kylläisyyden ja nälän tunne on erilainen kuin nuoremmilla. Mahalaukun fundus-osan (pohja-osa) laajenemiskyky huononee iän myötä ja tämän vuoksi kylläisyyden tunne tulee ennemmin kuin nuoremmilla (Räihä 2005, 314).

Kehittämistehtävässä nostettiin esille lämpökärryt, hoitajat kuvasivat lämpökärryjen tarpeellisuutta sillä, että niissä voi säilyttää ruokia ja ruoka pysyisi lämpimänä. Henkilökunta voisi näin enemmän ottaa huomioon asukkaiden yksilöllisyyttä ruokailussa ja hoidossa etenkin aamuisin, koska toiset asukkaat haluavat nukkua pitempään ja toiset heräävät hyvinkin aikaisin. Henkilökunnan työajan käyttö (Peltokorven 2007, 41) mukaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa asukkaiden ravitsemuksesta huolehtiminen välittömästä hoitotyöstä aamuisin oli 18,6 % ja iltavuorossa 21 %. Hoitajilla asukkaiden ruokailun järjestäminen vie ison osan päivän työajasta, myös asukkaiden yksilöllisyyden huomiointi ja ruokailun porrastus etenkin aamuisin mahdollistaa henkilökunnan työn oman organisoinnin ja tutut hoitajat osaavat toimia asukkaiden mieltymysten mukaan.

...voisiko yksilöllisyyttä ottaa huomioon, koska toiset asukkaat tykkää nukkua pitempään ja toiset taas herää aikaisin että asukkaat saisivat aamupalan silloin kun he mielellään ruokailisivat...

...jos asukas ensin pestäisiin, niin ruokailutilanne olisi hänelle miellyttävämpi ja henkilökunta voi organisoida työtään paremmin, kun tuntee asukkaat ja heidän mieltymyksensä...

Ikääntyneen ruokailun järjestämisessä on haasteita. Kokonaisenergian saanti Pitkälän ym. (2005, 5269) mukaan on sitä suurempi, kun iäkäs saa vuorokauden aikana useita pieniä aterioita riittävän pitkälle ajalle jaettuna. Ateria-ajat eivät saa olla liian lähellä toisiaan. Suositeltava lounaan ja päivällisen väli on noin neljästä ja puolesta viiteen tuntia ja iltapalan tulisi olla niin myöhään, että ruoaton aika yön aikana ei ole yli 10 - 11 tuntia. (Soini 2008, 204.) Haastattelussa esille nousi myös se, että pääruoilla: aamupala, lounas ja päivällinen, annoskoot ovat suuret. Ruokaa tulee yhdellä kertaa paljon ja asukkaat eivät jaksaa syödä kaikkea tarjottua ruokaa. Esille nousivat helpot välipalat esim. Piltti-ruoat, joita on helppo tarjota, säilyvät huoneenlämmössä pöydillä ja ovat hyviä tarjota myös huonosti nieleville asukkaille. Soini (2008, 204) korostaa myös, että

mahdollisuus valita erilaisista välipalavaihtoehdoista on tärkeää. Erilaisilla välipaloilla (mehukeitto, hedelmät, mieliruoat, täydennysravintovalmisteet) voi järjestää asukkaille useampia pieniä aterioita ja samalla heille voi tarjota nestettä, minkä saanti jää hyvinkin vähäiseksi useilla asukkailla. Myöhäisen iltapalan sijaan aamuvirkuille voidaan tarjota varhaista aamupalaa ennen varsinaista aamiaista. Näin saadaan energiamäärää lisättyä ja siksi työaikajärjestelyjä on mietittävä yhdessä tavoitteena iäkkäiden hyvä ravitsemustila.

...ongelmana ovat nämä meidän määrätyt ruoka-ajat, kun ruoka tulee osastolle, niin se tulee antaa asukkaalle silloin ja me joudutaan aikalailta toimimaan tuon keittiön mukaan...

Välipalat/mieliruoat

Ikääntyneiden ateria-aikojen suunnittelun tärkeimpänä tavoitteena tulee olla ikääntyneen oman rytmin kunnioittaminen ja kulutusta vastaavan energiansaannin turvaaminen. Ikääntyneen henkilön kylläisyyden ja nälän tunne on erilainen kuin nuoremmilla. Pienet annoskoot ja useat välipalat ovatkin suositeltavia iäkkäille; tosin silloin myös iäkkään omia toiveita on kuunneltava. (Soini 2008, 25, 197) Iltapäiväkahvi erillisenä ateriointikertana on suositeltava (Ravitsemussuositukset 2010, 28).

...ajattelin, että onko se kahvi yleensä hyväksi silloin ruuan yhteydessä aamulla lähinnä lääkkeiden imeytymisen vuoksi ja lounaan jälkeen niin nopeasti meillä tarjotaan se kahvi, että se ei ole paras mahdollinen juttu...

... mieliruokien toteutus on aika rajallista, ainut on nyt tuo riisipuuro, sitä varmaan vanhukset ovat tottuneet syömään ja lempiruokat pitäisi saada poimittua aikaisemmilta ajoilta ja kysyä omaisilta, tietenkin pystytään seuraamaan kun syötetään seuraamalla ilmeitä ja nähdään että mitkä on niitä mieliruokia...

Nesteen merkitys iäkkään ruokavaliassa

Riittävä nesteen saanti ja ruoka ovat yhtä tärkeitä iäkkään ravitsemuksessa. Häiriöt nestetasapainossa heijastuvat ravitsemustilaan ja yleiseen hyvinvointiin. Nesteiden saanti iäkkäillä on usein niukkaa. Kiinteä ruoka sisältää nestettä noin 700 ml. Suun kautta nautitun nesteen päivittäinen tarve on 30 – 35 ml/painokilo eli vähintään 1,5 l/vrk. (Hanusen ym. 1992, 34.)

Kehittämistyön tiedonantajien mukaan iäkkäät saavat päivän aikana liian vähän nestettä ja he korostivat, että iäkkäiden juottamiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Hyvä käytäntö olisi, että vuoteessa oleville asukkaille tarjottaisiin juomista aina kun heidän huoneessaan käydään ja kun asukas viedään istumaan päivä- tai ruokasaliin, hänelle tarjottaisiin nestettä.

Nesteen saantiin täytyy erityisesti kiinnittää huomiota niiden asukkaiden kohdalla, joilla on nielemisvaikeuksia. Nesteen voi sakeuttaa tai tarjota sakeampia nesteitä ja silloin neste on hyvä tarjota lusikalla, lääkelasilla tai muulla keinoin. Laitinen (2004, 8) korostaa, että kylmän ruoan tunteminen suussa käynnistää syömisen ja nielemisen. Huomiota on kiinnitettävä erityisesti maidon saantiin, koska sen tarjoaminen rajoittuu ruokailuaikeihin. Proteiinin saannin turvaaminen iäkkään ravitsemuksessa on tärkeää.

...aamulla suu on kuiva, annetaan ensin juomaa että suu kostuu ja limakalvot ennekuin aletaan sitä ruokaa tarjota...

...sehän melkein rajoittuu niihin ruoka-aikeihin se juottaminen ja kyllä se on meidän henkilökunnan aktiivisuudesta kiinni osittain, pitäisi muistaa aina tarjota nestettä joka välissä kun käy niissä huoneissa..

...jos on huono nielemään ja juomaan, niin meidän tulee käyttää mielikuvitusta ja tarjota paksumpia nesteitä ja käyttää eri kikkoja tarjoamisessa: kuka ottaa lusikan tai lääkelasin kautta nesteen vai minkä muun avulla...

Vatsantoiminta

Ummetus on ikääntyneillä erittäin yleinen vaiva. Paksusuolen supistelu vähenee jonkin verran iän myötä, mutta se ei Rähän (2005, 315) mukaan yksin selitä iäkkäillä yleistyvää ummetusta. Tärkeimmät tekijät ummetuksen kehittymisessä ovat vähentynyt liikunta ja ruokavalion vähäinen kuitupitoisuus. Iäkkäillä kuidun merkitys liittyy ennen kaikkea suolen toimintaan. Ravintokuidun määrän lisääminen lievittää ummetusta sekä paksusuolen divertikuloositaudin ja ärtyneen paksusuolen aiheuttamia oireita. Suomisen (2008, 82) mukaan myös nesteiden liian vähäinen määrä lisää ummetusta ja siksi nesteen saanti on tärkeä tekijä ummetuksen hoidossa. Säännöllinen ruokailu, riittävä juominen ja vessassa käynti ovat tärkeimmät ja ensisijaiset, luonnolliset hoitomuodot.

... kun yöpöydällä on se hapettunut vesi, niin aamulla olisi hirveän tärkeä juottaa se jo vatsan toiminnankin vuoksi...

Omatoimisuuden tukeminen

Laitoshoidossa iäkkäiden fyysinen aktivointi tapahtuu arjen rutiineissa. Fyysinen aktivointi antaa iäkkäille virikkeitä ja samalla luo turvallisuuden tunnetta. Ruokailut ovat päivän kohokohtia. Ruokailun ajaksi monet huonokuntoisemmatkin nousevat ylös sängyistään ja kokoontuvat koko osaston yhteiseen sosiaaliseen tapahtumaan, jossa koko asukas- ja henkilökunta ovat mukana. (Kokkonen - Kärki 2007, 8 - 9.) Päivittäisessä ikääntyneiden hoidossa jäljellä olevaa toimintakykyä voidaan tukea ruokailun ja liikunnan avulla. Ruokailutilanteissa asukkaita rohkaistaan omatoimisuuteen, sillä ruokailun avulla on mahdollista aktivoita ja kuntouttaa ikääntyneitä (RTY 2008, 16).

...jos on fyysisesti siinä kunnossa, että asukas pystyy rollaattorin avulla kävelemään, niin kävelytettäisiin syömään ruokasaliin ja näin tulisi sitä kuntoilua ja se toisi sitten sitä ruokahalua...

Työvuorosuunnittelu

Pitkäaikaishoitoa tarjoava laitos on ikääntyneen viimeinen koti (Voutilaisen 2004, 74). Hoitohenkilöstön määrä ja rakenne ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa ovat olennaisen tärkeitä asiakkaiden hoitotulosten kannalta. Hoitotyöntekijöiden aika kuluu pitkälti asiakkaan fyysisten tarpeiden tyydyttämiseen. Voutilainen (2004, 75) toteaa, että alimitoitus on kallista, jos asiaa tarkastellaan yhtään pidemmällä aikavälillä. Pitkälän ym. (2005, 5266) mukaan laitoshoidossa ja sairaalassa olevilla ikääntyneillä vajaaravitsemus on yleistä, sillä hoitohenkilökunnalla ei ole aikaa huolehtia heidän riittävästä energiansaannistaan. Vajaaravitsemusriskissä ovat toisten avusta riippuvaiset sairaut ikääntyneet, joiden toimintakyky on heikko.

Henkilöstön mitoittamisen peruslähtökohta on ikääntyneiden toimintakyky ja avun tarve. Henkilökunnan mitoitus saadaan jakamalla hoitajien määrä hoidettavien määrällä. Valtakunnallinen suositus ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5 - 0,6 hoitotyöntekijää asukasta kohden vuorokaudessa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 3, 32.)

Hoitajien haastattelussa esille tulleet kehittämissuositukset vaikuttavat työvuorosuunnitteluun niin osastolla kuin ruokapalvelussakin. Lounasaikaan tulisi olla riittävästi hoitohenkilökuntaa paikalla. Hyvässä työvuorosuunnittelussa tulee huomioida hoitohenkilökunnan selkeä työnjako. Hoidon jatkuvuutta tukee yhdessä suunnitellut työvuorolistat.

Työaikojen porrastaminen on tarpeen, jotta henkilökunta määrä olisi riittävä etenkin lounasaikana.

...miten järjestettäisiin työaikoja niin, että ruokailuaikoina olisi enemmän väkeä sekä työajanlyhennykset siten, että lounasaikaan on syöttäjiä, myös perjantaisin...

5.3.2 Yhteistyö ruokapalvelun kanssa

Ruokapalvelu valmistaa ruoan ja vastaa sen laadusta. Hyvä ravitsemus ja ravitsemushoito edellyttävät eri ammattiryhmien yhteistyötä ja yhdessä toimimista. Siksi säännölliset tapaamiset ruokapalvelun ja hoitohenkilökunnan kesken ovat tärkeitä. (VTN 2010, 31; Soini 2009, 202.) Ravitsemusterapeutin mukana olo tapaamisissa on Soinin (2009, 202) mukaan keskeistä. Tapaamisissa voidaan saada suoraa palautetta puolin ja toisin ja yhdessä miettiä sitä, millaiset toimet ovat mahdollisia ottaen huomioon käytössä olevat voimavarat. Toimenpiteiden tavoitteena on turvata iäkkäiden hyvä ravitsemustila.

Jokaisella asukkaalla on yksilöllinen ruokakortti, jossa näkyy ruokavalio, allergiat, perus/sosieruoka ja erityisruokavaliot sekä annoskoko. Hoitajien haastattelussa yhteistyö ruokapalvelun kanssa tässä kehittämistehtävässä tarkoittaa keittiön paneutumista entistä tarkemmin asukkaiden ruoka-annoksiin; annoskoko, lämpötilaan, ruoan rakentamiseen, annoksien ulkonäköön. Välipaloihin toivottiin vaihtelua kuten myös ruokailussa käytettäviin apuvälineisiin ja astioiden väreihin. Etenkin iltapalalle toivottiin perinteisiä ruokia ja myös puuroja. On kuitenkin muistettava se, että puurojen ravintosisältö on pienempi verrattuna perinteisiin ruokiin ja etenkin sosieruokaa syövät saavat puuroissa vähemmän energiaa.

Ruokien annoskoot

Lounaalle ruoka-annokset tulevat valmiiksi annosteltuna keittiöltä. Hoitajien haastattelussa esille nousivat asukkaille lounaalla tarjottavat annokset, koska annoskoot voivat vaihdella paljonkin eri päivinä.

... nuo asukkaiden ruoka-annokset lounaallakin ovat joko isoja tai pieniä ja kun tarkkailee annoksia, niin toisella saattaa olla hirveän iso annos ja jollakin isolla miehellä taas pieni annos ...

... näkee ja riippuu kyllä siitä kuka siellä keittiöllä on ollut jakamassa ruokaa, sillä toisena päivänä tulee hyvin pieniä annoksia ja taas toisena päivänä tulee valtavan suuria annoksia ...

Ruoan lämpötila

Kuumana tarjottavan ruoan lämpötilan on pysyttävä vähintään + 60 C° astetta ja kylmänä tarjottavan alle +7 C° astetta. Lisäksi ateriat tulisi jakaa kahden tunnin sisällä ruoan valmistuksesta (Hasunen ym. 1992, 50).

Lounaalla valmiiksi annostellut annokset tulevat osastolle lämpövaunuissa. Lämpölautasia etenkin soseruokaa syöville toivottiin, koska he joutuvat toisinaan odottamaan ruokaa pitempään. Ohjeiden mukainen ruoan lämpötila laskee ja hoitajien on lämmitettävä annos ennen sen tarjoilua asukkaalle. Iltapalalla useat asukkaat tykkäävät syödä riisipuuroa. Puuro tulee osastolle kylmänä ja sen lämmittäminen on toisinaan vaikeaa, kun osastolla yritetään saavuttaa ruoalle oikea tarjoilulämpötila.

...ruokahan tahtoo aina viimeisillä syötettävillä olla haaleita ja en tiedä, että onko se hirveän hyvä, että me tuolla mikrossa niitä käydään lämmitämässä...

... kyllähän joskus vanhuskin sanoo, että eikä tätä ruokaa saisi yhtään lämpimämmäksi, etenkin riisipuurot, vaikka niitä yritetään uunissa pitää hyvällä lämpötilalla pitkän aikaa, niin aina ne eivät lämpiä kunnolla, kun on niin iso kattila...

Ruoan rakenne

Kiinteä ruoka pakottaa ikääntynyttä pureskelemaan ruokansa, mikä lisää syljeneritystä, mikä taas helpottaa ruoan nielemistä (Hasunen ym.1992, 80). Hasunen ym. (1992, 50) korostaa, että niille huonokuntoisille asukkaille, jotka kuitenkin kykenevät puremaan ruokaa, tulee tarjota välimuoto sose- ja perusruoan väliltä syljen erityksen edistämiseksi.

si.. Ateriat tulee Hasusen ym. (1992, 80) mukaan koostaa tavallisista ruokalajeista, jotka ovat pehmeitä ja helposti nieltäviä sekä maultaan ja ulkonäöltään ruokahalua herättäviä. Pehmeitä ruokalajeja ovat esimerkiksi laatikkoruoat, keitetyt lihapullat, liha- ja kalamureke, pataruoat, keitot, muhennokset, puurot, vellit ja vanukkaat.

Rakennemuutetun ruoan eri muodot ovat seuraavat: **Pehmeä**, jolloin ruoka voidaan hienontaa haarukalla ja ruoan syöminen ei vaadi voimakasta pureskelua. **Karkea sosemainen**, jossa ruoka on hienonnettua, mutta karkeampaa kuin sileässä sosemaisessa, jossa tasarakenteisuus ei ole välttämätöntä. **Sileä sosemainen**, jossa ruoka sakeaa ja täysin sileää ja on helposti nieltävää. Ruoasta ei saa irrota nestettä tai kokkareita. **Nestemäinen**, jossa ruoka niin ohutta, että se voidaan juoda tarvittaessa nokkamukista. Rakennemuutettujen ruokien vaihtelevuus, ulkonäkö, maku ja ravintosisältö ovat haasteellisia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 72 - 74.)

Säännölliset, monipuoliset ateriat ovat tärkeitä suun hyvinvoinnille. Monipuolisuuteen kuuluu, että ruoka on pureskeltavaa. Vaikka ikäihminen ei pystyisi hampaillaan tai proteeseillaan pureskelemaan leipää, hedelmiä tai vihanneksia, **ruuan ei pitäisi olla täysin soseutettua, ellei se syömis- ja nielemisvaikeuksien takia ole välttämätöntä**. Koostumukseltaan monipuolinen ruoka edistää syljen eritystä, ja pureskeluliikkeet auttavat suun huuhtoutumista. Sylkeä erittyy vähemmän, jos ravinto on nestemäistä. (Paavola ym. 2003, 24.)

Hoitajien mukaan ruoan rakenteeseen tulee kiinnittää keittiöllä enemmän huomiota, sillä lounaalla perunamuusi tai muu soseutettu pääruoka on usein kovaa ja sitä täytyy syötettävälle löysentää ja käydä lämmittämässä, ennen kuin huonosti nielevä asukas voi sitä syödä. Ruuan lämmittäminen laskee ruuan makua ja myös lisää hoitajien työtä entistään. Kiinnittämällä huomiota ruoan rakenteeseen parannetaan myös kuitujen saantia soseruokaa syöville asukkailla. Etenkin hiutalepuurot ovat välillä hyvin löysiä ja niitä on hankala syöttää asukkaalle. Löysän hiutalepuuron syöminen on vaikeaa myös oma-toimisesti ruokaileville.

*...tietenkin kuitua vanhusten pitäisi saada tosi paljon jo vatsan toiminnan vuoksi, jotta saataisiin nuo ulostuslääkkeet ja peräruiskeiden käyttö lopet-
taa tai vähentää, puurot ovat kuidun lähteenä tosi hyviä ja muutenkin
ruokaan voisi vähän lisätä lesettä...*

...monesti lounaalla kun tulee se muusi, niin se on niin kovaa ja tämmöistä ja huonosti syötettävälle pitää tehdä niin kuin uudestaan, laittaa maitoa ja käy lämmittämässä uudestaan, että pystyy syöttämään...

Ruoan ulkonäkö

Ruoan ulkonäkö kärsii rakenteen muutoksista, mikä vaikuttaa ruoan nautittavuuteen ja sitä kautta myös ruokahaluun (Hasunen ym.1992, 80). Tutkimuksen tulosten mukaan soseruokaa syövien asukkaiden ruoka-annoksien ulkonäköön tulisi kiinnittää huomiota. Ruoan asettelussa lautaselle jo esimerkiksi pieni ripaus persiljaa tekee annoksesta kauniin. Kaunis annos taas herättää ruokahalua. Lisäksi annoksesta on toisinaan hyvinkin vaikea ottaa selvää, mitä pääruoka pitää sisällään. Hasunen ym. (1992, 80) korostavat, että jokainen ruokailija haluaa tietää, mitä ruokaa on hänen lautasellaan. Sosemaista ja nestemäistä ruokaa syöville se on vielä tärkeämpää, sillä ruoan ulkonäöstä ei aina pysty tunnistamaan ruokaa.

Hasunen ym. (1992, 80) ehdottaa, että pehmeälle, sosemaiselle ja nestemäiselle ruokavaliolle suunnitellaan kiertävät ruokalistat. Niiden avulla pyritään varmistamaan vaihtelevuus ja aterioiden miellyttävä ulkonäkö. Laitoskohtaisten vakioruokaohjeiden käyttö on erityisen perusteltua ruoan ravitsemuksellisen laadun varmistamiseksi ruoan rakenteita muunneltaessa.

...jos on soseruoka, niin ei siitä aina ota selvää, että mitä se on, koska ne ovat aina samannäköisiä, ei osaa sanoa onko perunaa vai makaronia soseutettu...

...soseruoka voi joskus lautasella olla hyvinkin epäesteettisen näköinen, voisiko sitä siihen lautaselle jotain muuta myös laittaa esille, että se ruoka olisi lautasella syötävän ja miellyttävän näköinen, että sekin puoli vaikuttaa ruokahaluun...

Ruoan rikastaminen

Ikääntyneelle suositellaan pieniä aterioita tarjottavaksi lyhyin väliajoin. Nautitut ruokamäärät ovat pieniä, siksi ruokavalion tulee olla monipuolinen ja ruoan energia- ja ravintoainetiheyden tavanomaista suurempi. (VRN 2010, 33.) Ongelmana on riittävän energian ja ravintoaineiden saanti niillä iäkkäillä, joilla on käytössä sose- tai nestemäinen ruokavalio. Ruokaa soseutettaessa sen tilavuus kasvaa, mikä aiheuttaa ravintoainepitoisuuden laskua. Nestemäisessä ruokavaliossa ruoan ravintoainepitoisuus laime-

nee nesteen lisäyksen myötä. Aterian nestemäärä on suuri kerralla nautittavaksi. Riittävän energian ja ravintoaineiden saannin turvaamiseksi sekä sose- että nestemäinen ruoka tulee täydentää kliinisillä ravintovalmisteilla ruoan valmistuksen yhteydessä. Ruoan täydentäminen pelkästään kermalla, maitojauheella tai rasvalla ei ole suositeltavaa, koska ravintoaineiden saanti jää edelleen riittämättömäksi. (Hasunen ym. 1992, 82.)

Jotta proteiinin saanti säilyisi riittävänä nautittujen ruoka-annosten pienentyessä, tulisi ruoan proteiinitihyyttä lisätä (Tuovinen 2008, 213). Normaali ruokavalio voi iäkkäillä laitoksessa olla jo itsessään riittämätön, jos merkittävä osa ruoasta on ravintotiheydeltään huonoa (Soini 2008, 197).

Riskipotilaiden ravinnon saantia voidaan parantaa monin eri keinoin: ravitsemusohjauksen/neuvonnan avulla, parantamalla tavanomaisesti ruokavalioita, syömällä säännöllisesti ja käyttämällä täydennysravintovalmisteita. Vajaaravitsemustilaa korjattaessa ruokaa tarjotaan usein sekä suositaan mieliruokia. Ruokaan lisätään kermaa ja voita sekä rasvalisää laitetaan lämpimiin ruokiin. Ruokajuomaksi valitaan energiapitoinen vaihtoehto ja jälkiruokiin voidaan lisätä esimerkiksi kermavaahtoa. Mitä pienempi ruokamäärä on, jonka iäkäs syö, sitä energiapitoisempaa ruoan tulisi olla (Laitinen 2004, 8.10).

Osaa täydennysravintovalmisteita voidaan käyttää ainoana ravinnon lähteenä, mutta etenkin muun ruoan ohella täydentämään ruokavalion ravintosisältöä. Jauhemaiset täydennysravintovalmisteet voi sekoittaa ruokiin. Niiden avulla ravintosisältö paranee ruoan volyyymiin säilyessä ennallaan. Tämä on hyödyllistä muun muassa iäkkäille, joiden ruokahalu on huono ja jotka eivät jaksaa syödä suuria annoksia. (Alakokko ym. 2005, 630.)

Välipalat

Tiedonantajien toiveena oli, että välipalalla olisi eri vaihtoehtoja kahvin sijaan, koska useat syötettävät eivät kykene syömään pullaa. Ehdotettiin soppaa tai vellii, mitkä sopivat huonosti nielevälle iäkkäälle asukkaalle. Maitopohjaisia ruokia asukkaat syövät mielellään. Lisäksi perinteisiä ruokia toivottiin maustettujen ruokien sijaan etenkin iltapalalla. Maustettuja ruokia tarjottaessa tulee enemmän jätettä. Iäkkäät eivät ole tottuneet syömään voimakkaasti maustettuja ruokia. Puuroja toivottiin iltapalalle kuidun

saannin lisäämiseksi. Lisäksi toivottiin keittoja raskaiden laatikoiden sijaan, sillä keitot maistuvat asukkaille paremmin yötä vasten.

... iltaruualla on monesti vähän eksoottisemman tuoksuisia ruokia, ei nämä vanhukset ole ehkä nuorempana syöneet mitään tämmöisiä mausteisia ruokia ja silloin vanhukset jättävät syömättä ja huomaa, että se jäteastia tulee aivan täyteen ...

... iltapalalla keitot voisivat olla kivempää kuin nuo raskaat laatikot yötä vasten ...

Astiat ja apuvälineet

Silmälasit ja kuulolaite ovat tärkeitä apuvälineitä ruokailussa. Erilaiset apuvälineet, kuten lämpölautaset, paksuvartiset lusikat ja astioiden oikea muoto esimerkiksi riittävän korkea lautasen reuna, tukevat omatoimista ruokailua (Soini 2008, 203.) Dementoituvat sairaudet vaikuttavat ruokailutilanteeseen taudin edetessä ja siksi ruoan hahmottaminen voi olla vaikeaa. Muistisairaiden yksiköissä selkeät värit auttavat ruokailutilanteissa ja siksi on tärkeää, että lautanen erottuu alustasta eikä pöydällä ole häiritseviä tekijöitä. Hahmottamista voidaan helpottaa valitsemalla oikeat ruokailuvälineet ja ruokailupaikan tulisi olla rauhallinen (Voutilainen 2002, 142; Tilvis ym. 2001, 319). Syömisestä on suuri merkitys, sillä itsenäinen syöminen voi olla viimeisiä päivittäisiä toimia, jonka dementoitunut voi tehdä omatoimisesti. Itsenäinen syöminen on iäkkäiden identiteetille erittäin tärkeää (Ikonen & Mäkisalo 2004, 23).

Hoitajat toivoivat myös erivärisiä astioita. Erivärisillä juomamukeilla voi tukea asukkaita ruokailemaan itse. Hänelle kerrotaan, mitä juomaa erivärisissä astiassa on ja mielikuvat esimerkiksi maidosta voivat saada asukkaan juomaan vaikka valkeasta mukista.

...niitä värikkäitä liukuesteitähän astioiden alle saisi olla laajempia, niin on helpompi erottaa ruokailuvälineet toisistaan, riittävästi valoa jotta ei tarvitse hämärässä syöttää tai syödä...

...ruoka tulee keittiöltä ja astiat, niin ei pysty hirveästi vaikuttamaan hoitajana astioiden väreihin...

...jos on vaikka huono näkö, niin vanhus voi katsoa sitä kuppia, että tuo on valkoinen, niin siinä on varmaan maitoa eli erotettaisiin astioiden väreillä eri ruoka-aineet...

5.3.3 Henkilökunnan yhteiset pelisäännöt

Ruokailuapu

Iäkkäiden omatoimisen ruokailun esteenä voi olla muun muassa heidän toimintakyvyn arvioinnin vähäisyys, huono asento ruokailutilanteessa ja apuvälineiden käytön vähäisyys. Pienilläkin muutoksilla voidaan iäkkäiden toimintakykyä lisätä myös ruokailutilanteessa. Hoitajien tulee kiinnittää huomiota ruokailupaikkaan ja syömisasentoon sekä arvioida iäkkään kyky syödä itsenäisesti tai osittain omatoimisesti. (Ikonen & Mäkisalo 2004, 23.) Hyvä ruokailuasento saavutetaan parhaiten tukevassa tuolissa pöydän ääressä. Sängyssä syöminen on joskus välttämätöntä, ja silloin on tärkeää käyttää hyväksi sängyn säätömahdollisuutta niin, että ruokailuasento saadaan sopivaksi. Riittävä pystyasento takaa sen, että ikääntynyt voi käyttää omia käsiään, ruoan matka lautaselta suuhun ei ole liian pitkä ja nieleminen on helpompaa kuin takakenossa asennossa. (Soini 2008, 203.)

Hoitajien haastattelussa esitettiin, että ennen ruokailua pari hoitajaa kiertäisi huoneet avustaen kaikki vuoteessa olevat asukkaat hyvään ruokailuasentoon tai ainakin siirtämällä asukkaan niin, että ruoan tuojan tarvitsee vain sängyn selkänöjan avulla avustaa ruokailija hyvään ruokailuasentoon. Omatoimisesti syöväälle tarjottava ruoka asetettaisiin hyvin esille ja kerrottaisiin, mitä ruokaa on tarjolla sekä varmistettaisiin omatoimisen ruokailun käynnistyminen.

...pidetään siitä kiinni, että kun ruoka tulee osastolle, niin ollaan syöttämässä...

...vuoteessa olevien ruokailuasentoon pitää kiinnittää huomiota ja käytäisiin ennen ruokailua laittamassa asukkaat vuoteissa hyvään ruokailuasentoon valmiiksi, hoitajien työaika kohdistuu oikein ja parityöskentely on miellyttävämpää asukkaalle ja henkilökunnalle...

Kiireettömyys

Laitoshoidossa ruokailu on myös viimeisimpiä nautinnon lähteitä. Ruokailutilanteen kiireettömyyteen ja miellyttävyyteen tulisi tämän vuoksi kiinnittää huomiota työyhteisössä. (Mäkisalo - Ropponen 2008, 18.) Lähtökohtana hoitotyössä on, että ikääntynyt syö itse. Hän voi vaikuttaa ruokailujärjestykseen, ruokailussa käytettävään aikaan ja näin ruokailun nautinnollisuus lisääntyy. Ruokailuun pitää varata riittävästi aikaa ja iäkkäiden annetaan syödä omaan tahtiin. Ruokailussa avustettava tuetaan hyvään istuma- tai kohoasentoon. Ruokailijan on hyvä nähdä ruokansa. Kun hoitaja syöttää ikääntynyttä on tärkeää pitää yllä katsekontaktia ja kertoa mitä kulloinkin on tarjoamassa. (RTY 2008, 39 - 40.)

... ainakin siinä vaiheessa, kun vie sen ruuan, niin olisi hetki aikaa asukkaalle ja rauhassa kertoa mitä ruokaa on tarjolla, koska joku ruoka voi olla mieleistä ja lisää näin ruokahalua ja auttaa sitten se lusikka käteen jos itse pystyy syömään ja tehdään rauhassa ne esityöt...

...syötettäessä keskitytään syötettävään ja kun hoitaja syöttää, niin kertoo mitä on antamassa, nyt tässä tulee tätä toisenlaista...

... sehän on rajallista, aikamoista kiirettä on tuo ruokailu ja kun sitä kahdestaan työvuorossa syöttää ja jos ei suosiolla syö niin kyllä sitten pitää mennä jo toisen luo syöttämään...

Ruokalajit tarjoillaan erillään

Ruoan tulee olla houkuttelevasti tarjolla. Soseutetun ruokavalion soseet asetellaan erikseen ja myös kerrotaan, mitä ruoka sisältää (RTY 2008, 39). Hoitajat korostivat myös sitä, että soseruokaa syötettäessä ruokalajit tulee pitää erillään, koska näin saadaan poimittua mieliruokia esille seuraamalla asukkaan ilmeitä ja eleitä. Syötettäessä tulee kertoa, mitä kulloinkin on tarjoamassa ja samoin niille asukkaille, jotka syövät itse, tulee kertoa mitä ruokalajeja on tarjolla. Tällöin saattaa nousta esille mieleisiä ruokia, jotka herättävät ruokahalua. Ruokia ei saa sekoittaa keskenään, jotta voi nauttia eri maunautinnoista.

...ruokia ei sekoiteta keskenään, sillä onhan se varmasti mielekkäämpää että saa maistaa aina mitä tulee milloinkin...

Proteiini

Iäkkäiden proteiinin saantiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ikääntyessä proteiinin tarve ei vähene ja suurimmassa riskiryhmässä proteiinin saannin kannalta ovat ne iäkkäät, jotka syövät vähän. Tällöin nautitusta proteiinista suurin osa kuluu energian tarpeen tyydyttämiseen. Ikääntyneen tulisi saada proteiinia 1 -1,2 grammaa painokiloa kohti vuorokaudessa (maitolasi ja kananmuna sisältävät proteiinia 6 grammaa kumpikin). Akuutit stressitilanteet ja sairaudet lisäävät proteiinin tarpeen jopa kaksinkertaiseksi. Proteiininivaje heikentää elimistön immuunipuolustusta, altistaa infektioille ja hidastaa niistä toipumista. Kudosvaurion paranemiseen tarvitaan proteiineja. Proteiinien saannin riittävyyttä ja proteiininivajeen hoidon onnistumista voidaan arvioida määrittämällä seerumin tai plasman albumiinipitoisuus. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 217 - 218.)

...maitomäärää, mitä suositellaan päivässä, taitaa jäädä alle rajojen, koska se on juuri se nesteen saanti ja se juottaminen on ongelmana usealla asukkaalla ja välttämättä tarjottu maitomäärä ei mene heille mitä heille on tarjottu...

...kun ajatellaan, että on kolme pääruokaa ja niillä antaa kupillisen maitoa niin kyllä se rajoittuu siihen, eikä väliajoilla varmaan kukaan käy antamassa maitoa tai muutakaan nestettä...

Kuitu

Kuitu täyttää ruoansulatuskanavaa, edistää suolen toimintaa ja ehkäisee ummetusta sekä hidastaa sokerin imeytymistä vähentäen verensokerin nousua (RTY 2008, 24). Kuidun saantisuositus on 25 -35 g/vrk. Kuidun parhaita lähteitä ovat täysjyväleipä ja -puurot, kasvikset sekä marjat ja hedelmät. Runsaskuituisessa ruisleivässä on noin 14 g kuitua 100 grammassa, joten kun syö 3 - 4 palasta ruisleipää vuorokaudessa, niin saa jo lähes puolet suositellusta kuitumäärästä. Soseruokaa syöville voi lisätä ruisleivästä tehtyä korppujauhoa, mikä tuo myös makua esimerkiksi keittoihin. (VRN 2010, 47). Runsaskuituinen ruokavalio sitoo runsaasti nesteitä, joten riittävästä juomisesta on huolehdittava. Erityisen tärkeää kuitujen ja nesteiden riittävä saanti on ummetuksesta kärsiville iäkkäille. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 217.)

...moni hampaatonkin pystyy syömään pehmeää leipää, kun ottaa kuoret pois, tietenkin valvontaa tulee enemmän ...

... useasti jolla on soseruoka niin leipä jää pois, se on vähän ongelmallinen tilanne...

Ruokailuympäristö

Ruokailuympäristöllä on suuri merkitys kaikkien, myös ikääntyneiden ruokahaluun. Hyvän ruuan lisäksi myös ruokailuympäristö on tärkeä. Ruokailuympäristön käsite sisältää tilan jossa ruokaillaan, tuoksut, äänet, liikkumisen, toiset ihmiset ja myös astiat ja ruokailuvälineet. Ympäri vuorokautisessa hoidossa asuva kaipaa kodikasta ympäristöä, jossa hyvä ruokailuasento ja tarvittava apu turvataan. (Soini 2008, 203.) Hoitajien haastattelussa tuli esille, että asukkaita ruokasaliin viedessä täytyy harkita, miten heidät sijoitetaan pöytiin istumaan. Kaikki eivät välttämättä tule toimeen keskenään ja tämä vaikuttaa ruokailuympäristön miellyttävyyteen. Asukkaille, joiden ei ole mahdollista ruokailla siististi oman toimintakyvyn puutteiden vuoksi, tulee luoda mahdollisuus yksilölliseen ruokailuun omassa huoneessaan.

Kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpidon keskeinen edellytys on riittävä ravitseminen. Ruokailu ja siihen liittyvät tilanteet ovat nautinnon lähde, joiden tiedetään edistävän runsaampaa ja monipuolisempaa ravinnonsaantia myös laitososuhteissa. Kiireetön, rauhalliseen tahtiin sujuva yhteisöllinen ruokailuhetki on elämän laadullinen itseisarvo kaikissa dementian vaiheissa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 130.)

...ruokailuympäristön tulee olla sellainen rauhallinen ja katsoa, että ketä laitetaan syömään samaan pöytään, koska kaikki eivät pysty sietämään toisiaan, sillä toinen on äänekäs ja toinen saattaa yskiä ja toinen taas saattaa valuttaa ruokaa ja toinen ei saata katsoa ja sillä jää ne omatkin ruuat syömättä...

Äänekkyyks

Pöytäseuralla ja ruokarauhalla on vaikutusta asukkaiden hyvän ja miellyttävän ruokailun onnistumiseen. Ruokailutilanteet tulee miettiä niin, että turvataan ruokarauha. Työntekijöiden istuminen ruokapöydässä yhdessä ruokailijoiden kanssa on yksi tapa rauhoittaa ruokailuhetki ja turvata riittävä apu ruokailutilanteissa. Yhdessä ruokailu lisää ikääntyneiden välisen tasa-arvon ja normaaliuden tunnetta. Tärkeää on, että henkilökunta istuu, vaikka he eivät itse ruokailisikaan. Pöytäkuntien kokoonpanolla on merkitystä, ja ikääntyneiden toiveita kunnioitetaan valinnoissa. (Soini 2008, 203.)

Hoitajien haastattelussa korostettiin ruokailupaikan äänekkyyttä ja toivottiin, että kaikki hoitajat omaksuisivat samat käytännöt. Ruokailutila tulisi rauhoittaa sulkemalla televisiot ja radiot sekä porrastamalla istumista siten, että äänekkäät asukkaat istuisivat seurustelutiloissa muulloin ja näin edistettäisiin miellyttävämpää ruokailutilannetta kaikille.

... on hyvä että myös äänekkäät asukkaat pääsevät toisten seuraan päiväsaliin istumaan, mutta ei tuoda välttämättä silloin kun on ruokailutilanne ja on paljon henkilöitä yhdessä, näin huomioitaisiin kaikkein mukavuutta ruokailutilanteessa ja katsotaan myös ketä laitetaan samaan pöytään ruokailemaan...

...on sellaisia ihmisiä, jotka haluaa olla siellä omissa oloissa syömässä, saattaa olla joku toispuolen halvaus ja saattaa vähän sotkea ja sitten itse häiriintyy siitä, että toiset katsovat ja annettaisiin hänelle mahdollisuus ruokailla yksin...

... se television katselu ei ole oikein ruoka-aikana semmoinen asia, koska se häiritsee keskittymistä itse ruokailuun ja meilläkin on televisio auki, radiot ovat auki ja jotkut omaiset tykkää katsoa sitä televisiota samalla kun syöttävät omaistaan...

... osa henkilökunnasta on omaksunut sen tavan, että me laitetaan televisio kiinni ja rauhoitetaan sitä ruokailutilannetta ja tähän voitaisiin kiinnittää huomiota ja kaikki ottaisivat saman tavan osastolla, että saataisiin rauhallinen ruokailutilanne...

Muistihäiriöt

Iäkkäiden avuntarve vaihtelee ja sen vuoksi tulisi kiinnittää huomiota myös heihin, jotka tarvitsevat tukea vähän. Heidän avustamisensa kunnioittavalla ja toimintakykyä tukevalla tavalla on tärkeää. Ruokailuun on varattava riittävästi aikaa ja huomioimalla yksilölliset apuvälineet voidaan iäkkäiden omatoimista ruokailua tukea. (Soini 2008, 203). Ravitsemustilaan vaikuttaa myös toimintakyvyn heikkeneminen, jolloin ruoan käsittely lautasella, ruoan vieminen suuhun sekä pureminen ja nieleminen voivat aiheuttaa vaikeuksia (Soini 2008, 197). Itsenäisen toiminnan tukeminen ruokailun eri vaiheessa tuo ikääntyneelle onnistumisen iloa, mielihyvää ja normaaliuden tunnetta. Kun ruokailuun on riittävästi aikaa, dementoitunut ihminen myös voi käyttää omia taitojaan, vaikka ruokailu sujuisikin hitaasti. (Sormunen, Topo, Vuori & Virkkola 2005, 7-8.)

...jos ei ole muistanut syödä ruokaansa niin ei viedä ruokaa pois vaan autetaan ja muistutetaan ruokailusta, ruoka laitetaan esille niin, mikä muistuttaa siitä, että nyt on ruoka-aika...

...ja monesti kun on paljon ruokailijoita yhdessä niin saattaa se huomio kiinnittyä seuraamaan niitä muita ja oma ruokailu unohtuu kokonaan ja siksi kannattaa laittaa ruoka ositettuna esille, ensin pääruoka ja käydään antamassa aina seuraava ruokalaji...

...on hyvä mennä syöttämään toista ja samalla voi seurata toisen ruokailua ja huomautella jos ruokailu keskeytyy että nyt on ruoka-aika...

Koulutus

Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden ravitsemustiedoissa on puutteita (Kivelä 2006, 33). Kivelä toteaa myös, että ravitsemusterapeuttien osaaminen tulee kytkeä ikääntyneiden hoitoon mm. täydennyskouluttajina, ruokahuollon suunnittelijoina ja yksilöllisen hoidon asiantuntijoina (2006, 60). Suomisen (2007, 11) mukaan hoitajat tunnistivat huonosti vajaaravitsemuksen. Tämän vuoksi työntekijöiden ravitsemuksen osaamisen edistäminen ja ylläpitäminen koulutuksen avulla on tärkeää.

...on hyvä saada ravitsemuksen osalta lisäkoulutusta ja varsinkin nyt kun koulutusmäärärahoja on vähennetty, niin annettaisiin talon sisäistä koulutusta...

...diabeetikkojen ravitsemukseen tulee kiinnittää enemmän huomiota...

...ravitsemuksen asiantuntijat voivat pitää osastotunteja...

...vanhusten ravitsemustilaa seurataan paremmin ja enemmän paneudutaan asiaan ja otetaan ne painot säännöllisesti ja nähdään heti onko tarpeellista lisätä ja kiinnittää enemmän huomiota asukkaan kohdalla ravitsemusasiaan...

5.3.4 Ikääntyneen lääkehoito

Lääkkeet voivat heikentää ruokahalua muuttamalla haju- ja makuaistia. Ikääntyneillä saattaa olla monia lääkkeitä, ja suuri lääkemäärä sinänsä voi heikentää ruokahalua. Hoitajien on tärkeä tarkistaa, onko lääkkeissä erityisesti ruokahaluun tai suun kuivumiseen vaikuttavia aineita ja miettiä, löytyisikö ruokahalua vähentäville lääkkeille vaihtoehtoja. (Soini 2009, 200.) Syljeneritystä heikentävät erityisesti nesteentoisto-, ja eräät aller-

gia-, masennus - ja unilääkkeet, virtsanpidätyslääkkeet ja Parkinsonin taudin hoitoon tarkoitettut lääkkeet. Iäkkäillä Alzheimerin taudin hoitoon tarkoitettut lääkkeet sekä depressiolääkkeet voivat aiheuttaa pahoinvointia. Lisäksi depressiolääkkeet voivat aiheuttaa myös ummetusta. (RTY2008, 43.) Erityisesti mielialalääkkeiden käyttö oli Tikkasen (2005,101) mukaan yhteydessä vajaaravitsemusrisktiin. Antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet voivat olla ongelmallisia hyvän ravitsemustilan ylläpidon kannalta. Muutkin lääkkeet voivat aiheuttaa painonlaskua ja iäkkäillä tulee ottaa huomioon myös muut painoa pudottavat sairaudet kuten GI -kanavan ongelmat, hypertyreososi, hyperglykemia tai syöpä. (Pitkälä ym. 2005, 5266). Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota lääkitysten mahdollisiin sivu- ja haittavaikutuksiin. Hoitajien haastattelussa esille nostettiin kivun hoito, sillä kivut laskevat ruokahalua.

Lääkkeet on hyvä jakaa ennen ruokailutapahtumaa, jotta lääkehoito ja ruokailu eivät sekoitu. Lääkkeitä ei saa sekoittaa ruoan joukkoon, jotta lääkkeiden teho ei heikkene tai ruoan maku huonone. Lisäksi on huomioitava joidenkin lääkeaineiden vaikutus ruoka-aikoihin. Yleensä lääkkeiden kanssa tulisi nauttia lasillinen vettä. Jos tabletit ja kapselit eivät mene alas, niin lääke voidaan antaa nestemäisenä. (RTY 2008, 44 - 45.)

Haastattelussa keskusteltiin lääkkeiden annon ajankohdasta ennen lounasta. Tällä hetkellä omatoimisesti ruokaileville lääkkeet annetaan suuhun siinä vaiheessa kun ruoka tarjoillaan. Koska lääkkeiden nieleminen tuottaa usealle ikääntyneelle vaikeuksia, tämä vaikuttaa myös ruokailun onnistumiseen. Nykyinen käytäntö koetaan osittain ongelmalliseksi. Hoitajien haastattelussa esitettiin, että pari hoitajaa jakaisi lääkkeet asukkaille ennen lounasta ja samalla asukkaat saisivat nestettä. Nesteen nauttimisella tuntia ennen lounasta on todettu olevan vaikutusta ruokahaluun Pitkälän ym. (2005, 5269) mukaan. Esitetyillä muutoksilla olisi myönteistä vaikutusta asukkaiden ruokahaluun ja ravinnon saantiin.

...jos ensiksi annetaan lääkkeet, niin silloin menee ruokahalu mutta ne jotka itse syövät, niin niille annetaan etupäässä ensin ne lääkkeet, syötettävälle voi lääkkeiden annon ajoittaa paremmin, mutta unohtuuko ne lääkkeet sitten kokonaan antamatta jos niitä ei anna heti aluksi ja missä vaiheessa ja kuka niitä kävisi sitten antamassa?

...olisi pari hoitajaa, jotka huolehtisivat lääkkeet asukkaille ennen lounasta, niin silloin lääke tulisi oikeaoppisesti annettua ja meidän tulee kiinnit-

tää enemmän huomioita lääkkeiden yhteisvaikutuksiin ja että jos ne kerralla annetaan vielä lämpimän puuron tai ruuan kanssa, niin mitä oikein tapahtuu?

...kivunhoito on kaikin puolin tärkeä asia ja vaikuttaa myös ruokahuon...

5.3.5 Ikääntyneen itsemääräämisoikeus

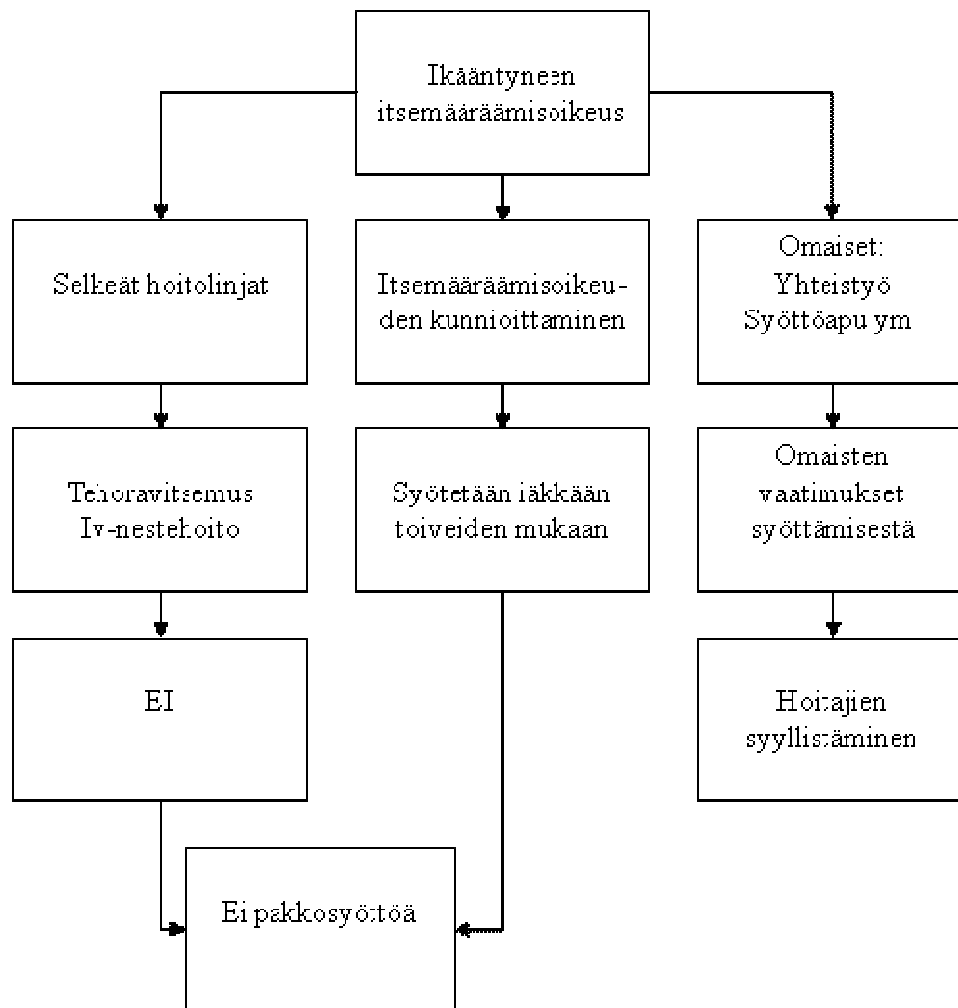
Pakkosyöttämiseen ei Tilviksen (2001, 320) mukaan tarvitse turvautua koskaan vajaa-ravitsemuksen kriteerien perusteella tai omaisten painostuksesta. Janoista ja nälkäistä on aina juotettava ja syötettävä hänen toiveiden mukaisesti.

Ikäkkäiden elämänlaadun näkökulmasta on olennaisen tärkeää, että omaiset osallistuvat asukkaan psyko-sosiaaliseen hoitoon ja että omaisten osallistumista tuetaan. Omaisen roolin selkiyttäminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa on tärkeää. Omaisten osallistumista tulee paitsi tukea myös arvostaa. (Voutilainen 2004, 77).

...iäkäs ihminen voi itse tehdä päätöksen olla syömättä...

...varsinkin terminaalivehessä ei tunnettaisi niin että ollaan huonoja hoitajia ja väkisten yritettäisiin syöttää, meidän tulee kunnioittaa ikääntyneen omaa päätöstä...

...omaisille on monesti vaikea asia kun iäkäs kieltäytyy syömästä ruokaa ja omaiset voivat siirtää syyllisyyttä meihin hoitajiin, ne ovat niitä ongelmatilanteita...



KUVIO 3. Ikääntyneen itsemääräämisoikeus

6 IÄKKÄIDEN HYVÄ RAVITSEMUS JA TOIMINTAKYKY

6.1 Kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu

Toisen tutkimustehtävän osallistujiksi valitsin 12 osaston pitkäaikaisasukasta. Asukkaiden ravitsemustilasta ja mahdollista ravitsemukseen liittyvistä ongelmista saadaan tietoa RAI - mittarilla, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä hoitosuunnitelmien teossa ja sen avulla pyritään löytämään iäkkään toimintakyvyn vahvuudet ja heikkoudet (Aejmelaeus ym. 2007,114). Monista sairauksista johtuen asukkaiden päätöksentekokyky oli alentunut, osalla heistä erittäin vaikeasti, mitä kuvaa se että, lähes puolet solun asukkaista vastasi kysymyksiin joko yhdellä tai muutamalla sanalla. Osa pystyi tekemään pieniä päätöksiä esimerkiksi mieliruokiin liittyen. Syötettäviä asukkaita oli seitsemän, yksi heistä söi yleensä itse istuessaan. Viisi asukasta söi itse, kuitenkin lääkkeet heille oli huolehdittava suuhun asti. Ruokailutilanteissa myös omatoimisesti ruokailevat tarvitsivat ohjausta ja osalle ruoka tarjoiltiin ositettuna. Ruokailuaikana asukkaita täytyi käydä muistuttamassa syömisestä, kertoa missä mitäkin on tarjolla, koska ruokien hahmottaminen ja motoriset toiminnot olivat hidastuneet huomattavasti.

Toisen vaiheen tutkimustehtävän liittyen tutustuin kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin suunnittelun käynnistämiseksi. Ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat yleisimpiä laitoksissa ja hoitokodeissa, koska niissä asuu huonokuntoisia ikääntyneitä (Suominen 2006, 8). Muurisen (2003, 133) mukaan tulevaisuudessa vanhusten määrä kasvaa ja laitoshoidon ohjataan tämänhetkisen vanhustenhoidon toimintamallin mukaan vain hyvin huonokuntoisia henkilöitä. Iän myötä ruokahalu huononee ja Soini (2008, 197) toteaa, että riittämättömän energiansaannin seurauksena iäkkään paino laskee ja ravitsemustila huononee, mikä heikentää toimintakykyä entisestään ja riski laitoshoidon lisääntyy. Iäkkäät asukkaat tarvitsivat runsaasti apua päivittäisissä toiminnoissa. Toimintatutkimuksen avulla toteutetun kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten tehostettu ruokavaliohoito liittyi iäkkäiden toimintakykyyn ja painoon. Iäkkäiden ravitsemuksen kehittäminen pitkäaikaislaitoksissa oli aiheena ajankohtainen ja tärkeä. Koska osastolla tilastojen mukaan usealla asukkaalla oli alhainen paino, sovit-

tiin kehittämistehtävän aiheeksi ravitsemuksen tehostaminen. Tietoa ravitsemuksen merkityksestä iäkkäiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun ei ollut hoitohenkilökunnalla riittävästi, jotta ravitsemus nähtäisiin tärkeänä osana kokonaisuhoitoa. Palveluesimies oli informoinut hoitohenkilökuntaa tulevasta tutkimuksesta, kehittämistyösuunnitelman yhteistyösopimuksen allekirjoitti palvelupäällikkö. Hoidon tilaajan ja tuottajan välisessä sopimuksessa uutena laatuindikaattorina vuoden 2009 sopimukseen tuli toimintakyvyn lasku, joka koskee pitkään säilyviä taitoja. Syöminen on yksi näistä iäkkäillä piimpään säilyvistä taidoista (Valvanne 2001, 346).

Perehtyminen aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen

Ikääntyneiden ravitsemustilaa koskevia tutkimuksia on Suomessa tehty useita. Helsingin vanhainkodeissa kartoitettiin iäkkäiden ravitsemustilaan vaikuttavia tekijöitä ja ravitsemukseen liittyviä käytäntöjä. Tutkimuksen mukaan iäkkäistä 60 %:lla oli riski vajaan ravitsemukselle. Tuloksiin vaikutti se, että asukkailla oli useita sairauksia ja toimintakyky oli huono. Suun ja hampaiden ongelmilla oli yhteys ikääntyneiden ravitsemustilaan. (Muurinen 2003,19 – 21.) Soini (2004) on tutkinut kotona asuvien iäkkäiden ravitsemustilaa, ravitsemukseen liittyviä ongelmia ja niiden hoitoa sekä suun terveyttä. Virheravitsemusriskiä lisäsivät toimintakyvyn heikkeneminen ja pitkäaikaissairaudet sekä suun huono kunto ja nielemis- ja puremisongelmat. Liikunta, sairaudet, lääkitys ja mieliala vaikuttivat ruokahaluun ja ravitsemustilaan. Suominen (2007, 11) on tutkinut sairaaloissa ja vanhainkodeissa asuvien ikääntyneiden ihmisten ravitsemustilaa ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Erityisesti haluttiin selvittää, onko hoidolla ja ravitsemushoidolla yhteyttä ravitsemustilaan. Dementia, heikentynyt toimintakyky, nielemisvaikeudet ja ummetus pääasiassa selittivät tulosta. Hoitajat tunnistivat vajaan ravitsemuksen huonosti.

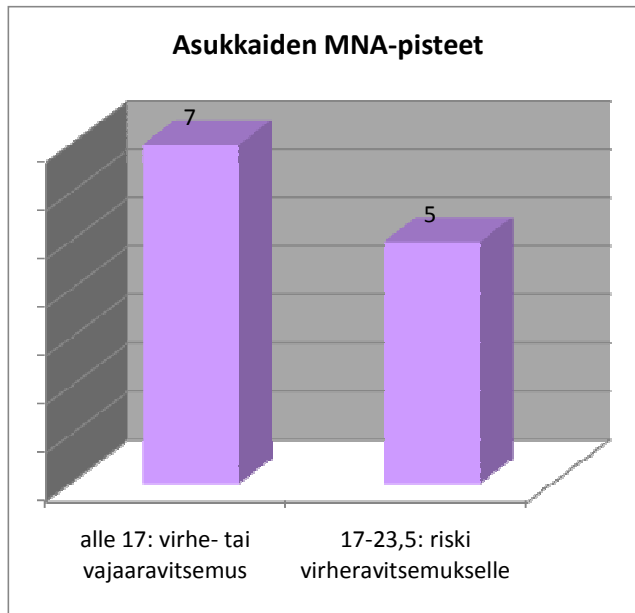
Heikkinen (2002) on tutkinut suomalaisten kotona asuvien iäkkäiden ravitsemustilaa ja toimintakykyä. Tutkimuksessa MNA -pisteiden mukaan vajaan ravitsemusriskissä olevat iäkkäät asettuivat merkittävästi useammin huonon toimintakyvyn luokkiin. Rajala (1991,116) on tutkinut poikkileikkaustutkimuksella kotona ja vanhainkodeissa asuvien iäkkäiden ravitsemus- ja terveydentilan sekä toimintakyvyn välisiä yhteyksiä. Proteiinin ja energian vajaan ravitsemustila oli todennäköisempää sairailta, huonon toimintakyvyn omaavilla, vähän liikkuvilla, masentuneilla, huonomuistisilla ja huonohampaisilla. Rintalan (2000,1) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää erityyppisissä laitoksissa asuvien

vanhusten ravitsemustilaa ja vajaaravitsemusriskiä. Kyseessä oli kokonaistutkimus, jossa huonokuntoisetkin iäkkäät olivat mukana. MNA -mittarin tulosten mukaan vajaaravitsemusta ja vajaaravitsemusriskiä esiintyi, vaikka suurin osa ikääntyneistä söi hyvin ja monipuolisesti. Rintalan tutkimuksen yhteenvedona todetaan, että laitoksessa asuvan iäkkään vajaaravitsemus ja vajaaravitsemusriski eivät johdu ainoastaan ravinnon puutteesta, vaan niihin olivat yhteydessä huonot hampaat, ikääntymiseen liittyvät sairaudet ja heikentynyt fyysinen toimintakyky, jolloin avuntarve esim. ruokailussa ja liikkumisessa kasvoi.

Tikkanen (2005) on tutkinut iäkkäiden ravitsemustilaa ja sen arviointia. Tutkimukseen osallistui 100 kotona asuvaa yli 75 -vuotiasta henkilöä. Ikääntymisen mukanaan tuomat sairaudet ja toimintakykyjen vajeet sekä runsas lääkemäärä altistavat virheravitsemukselle. Mitä iäkkäämmästä oli kyse, sen useammin virheravitsemus oli vajaaravitsemusta. Tutkimuksen mukaan korkea ikä ja runsas lääkkeiden käyttö olivat yhteydessä vajaaravitsemusriskiin. Edellä olevissa tutkimuksissa ravitsemustilan arvioinnissa käytettiin MNA – testiä. Muiden tutkimuksien lisäksi myös Köykän (2006, 52) sekä Tikkasen (2005, 102) pro gradu -tutkielmat vahvistivat, että MNA -testi oli helppo ja nopea keino silloin, kun arvioitiin kotona asuvien ikääntyneiden ravitsemustilaa kotikäynnin aikana.

Alkukartoitus ja tutkimuksen kulun suunnittelu

Alkukartoitus toteutettiin tekemällä asukkaille MNA -testi ja heille tehtiin myös ruokapäiväkirja. Ruokapäiväkirjan tekeminen jokaiselle asukkaalle toteutettiin 10 - 11.10.2009. Ruokailun seuranta-kaavakkeeseen (luentomateriaali, liite 6) merkittiin jokaisella ruokailukerralla syöty ruoan määrä. Nesteet merkittiin nesteensaannin (luentomateriaali, liite 7) seuranta-kaavakkeelle. Tutkimukseen osallistuvilla osaston 12 pitkäaikaisasukkaalle tehdyssä MNA -testissä viisi asukasta sai pisteet, jossa riski virheravitsemukselle on kasvanut (17 - 23,5) ja seitsemän asukkaan pisteet olivat alle 17, jolloin kärsii virhe - tai vajaaravitsemuksesta. Asukkaiden ikäjakauma oli 70 - 83 vuotta, naisia heistä oli kahdeksan ja miehiä oli neljä.



KUVIO 4. Asukkaiden MNA – pisteiden jakautuminen

Ravitsemustilan arviointi oli perustana asukkaiden ravitsemushoidolle ja hoidon suunnittelussa oli tärkeää ottaa huomioon ravitsemukseen ja ruokailuun liittyvät seikat, jotta voitiin suunnitella yksilölliset toimenpiteet ravitsemustilan parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. MNA - testin ja ruokapäiväkirjasta saatujen tietojen perusteella tehtiin suunnitelma toimenpiteistä, jotka paransivat, tukivat tai ylläpitivät asukkaiden ravitsemustilaa. Ravitsemusterapeutin kanssa kävimme 21.10.2009 läpi alustavasti asukkaiden päivän ruokapäiväkirjan ja koosteen siitä, mitä kukin asukas keskimäärin söi ja joi päivän aikana sekä muut ravitsemukseen liittyvät tekijät. Lisäksi jokaisen asukkaan munuaisten vajaatoiminnan arvo oli nähtävissä. Näiden tietojen pohjalta ravitsemusterapeutti suunnitteli rasvalisän ja täydennysravintovalmisteiden lisäykset asukkaille.

Tehostetun ruokavalion mukaan jokaiselle solun asukkaalle tarjottiin aamulla mukillinen täysmehua. Ruokajuomana tarjottiin täysmaitoa, aamupuuroon sekä iltaruokaan lisättiin lusikallinen voita. Nämä lisäykset toivat asukkaille lisää energiaa 370 kcal. Lisäksi huonosti syöville lisäsimme ruokaan kermaa.

TAULUKKO 4. Lisäykset jokaisella asukkaalla

ruoka-aine	määrä g	kJ	kcal
täysmehu	150	280,42	67,02
täysmaito	300	794,10	189,79
voi	16	485,62	116,06
kerma	30	314,36	99,03

TAULUKKO 5. Täydennysravintovalmiste ja rasvalisä

henkilö	tehojuoma/ml/päivä	rasvalisä/ml	kertaa/päivä
5 nainen	200 x 1	rypsiöljy 15	1 - 3
1 mies	200 x 1	rypsiöljy 15	1 - 3
2 nainen		calogen 30	3
1 nainen		rypsiöljy 15	3

Kuudelle asukkaalle tarjottiin tehostetun ruokavalion lisäksi kerran päivässä täydennysravintovalmiste sekä rasvalisä. Kolmelle asukkaalle tarjottiin rasvalisä. Jokaisen asukkaan tehostetusta ravitsemuksesta tehtiin kirjaus sähköiseen potilastietojärjestelmään ravitsemuslehdelle. Tilanteessa oli mukana ravitsemusterapeutin ja tutkijan lisäksi myös silloinen osaston lääkäri, joka tarkisti, ettei lisäyksille ollut mitään estettä.

Täydennysravintovalmiste ja rasvalisä merkittiin asukkaiden lääkekortteihin. Täydennysravintovalmiste jaettiin aamulla ja illalla. Tällä varmistettiin se, että asukkaat saivat lisäravinteen. Tätä ohjeistusta toteutimme 5.11.2009 lähtien kokeiluna. Koska henkilökunta tiimissä voi vaihdella päivittäin, aloitimme tehostetun ruokavaliohoidon ennen seuranta-aikaa 14.11.2009 - 14.2.2010. Tämän tarkoituksena oli tuoda uusi toiminta käytäntöön tutuksi hoitajille eri työvuoroissa ja näin myös sisäistää muutokset kunkin asukkaan ravitsemushoidon toteuttamisessa.

Toiminnan ja arvioinnin suunnittelu

Toisena aineistonkeruumenetelmänä oli havainnointi. Havainnointi on tutkimusaineiston keräämistä kuuntelemalla, katselemalla, haistamalla ja maistamalla (Vilka 2006, 21). Kaikkea tutkimusaineistoa ei tarvitse itse kerätä, vaan tutkimusaineisto voi koostua eri lähteistä. Havainnointia voi tehdä myös dokumenttiaineistosta, johon myös sähköinen potilastietojärjestelmä lukeutuu. (Vilka 2006, 22; Eskola & Suoranta 2005, 117.) Tutkija toimii tiimissä sairaanhoitajana ja on myös tiimivastaava. Työvuoroissa ollessani osallistuin hoitotyöhön. Yhteisissä tiloissa ja ruokailutilanteissa oli hoitajien hyvä tarkkailla ja havainnoida muun muassa asukkaiden ruokahalua, siihen liittyvän sosiaalisen seurauksen merkitystä asukkaalle ja mielialalle. Fyysinen toimintakyky ja siihen liittyvät muutokset tulivat esille eri siirtymistilanteissa ja kävellessä. Kuula (1999, 218) toteaa, että tutkijan ja tutkittavien perustana on yhteistyö ja yhteinen osallistuminen. Havainnointi kohdistetaan tiettyihin tapahtumiin, tilanteisiin ja asioihin tutkimuskohteessa (Vilka 2006, 44).

Päivittäin asukkaiden ruokailua raportoitiin Effica -potilastietojärjestelmän hoitolehdelle ravitsemus otsikon alle, jonne kirjattiin syödyn ruoan määrä; kokonaan, puolet jne. sekä nautittujen nesteiden määrä esim. mukillisen maitoa ja kahvia. Täydennysravintovalmisteista ei tehty erillistä merkintää, jos asukas söi kaiken tarjotun ruoan. Hoitolehdelle kirjattiin myös, oliko ruokailu sujunut itseltä vai autettuna.

Aktiviteetiksi merkittiin, jos asukas oli istumassa päiväsalissa. Päiväsaliin asukkaat avustettiin jokaisen omaa toimintakykyä tukien. Samoin asukkaiden wc-käynnit kirjattiin ylös. Tiimissä oli käytössä istumalista, johon merkittiin asukkaiden istuminen/kävelytys eri vuoroissa. Listasta oli helppo seurata eri asukkaiden istuminen päivittäin ja myös vuorojen vaihtuessa. Osastolla päivittäisessä hoitotyössä hoitajat tukivat asukkaiden oman toimintakyvyn säilymistä/parantamista niin, että asukas osallistui itseään koskeviin hoitotoimenpiteisiin mahdollisimman pitkälle itse omien voimavarojensa mukaan.

Arviointi

Asukkaiden painossa tapahtuneista muutoksista keskusteltiin tiimissä asukasraporteilla ja tiimipalavereissa. Painon tarkkailussa kiinnitettiin erityistä huomiota painon laskuun, josta keskusteltiin ja jaettiin erilaisia kokemuksia kunkin hoitajan keinoista saada asu-

kasta syömään. Mikäli asukkailla paino putosi, konsultoitiin myös ravitsemusterapeuttia ja lääkäri tarkasti lääkityksen. Painon laskuun oli eri syitä, muuan muassa infektiot ja kipu. Kun infektiot oli hoidettu ja sopiva kipulääkitys löydetty, havainnoimme toimenpiteiden liittymistä painoon.

Uuden toiminnan käynnistäminen

Asukkaille, joilla paino oli kääntynyt nousuun tai pysynyt samana, jatkettiin tehostettua ruokavaliohoitoa entiseen tapaan ja niille joilla paino oli laskenut, heidän ruokailua seurattiin entistä tarkemmin päivittäisessä hoitotyössä. Ruokailuun liittyvät huomiot kirjattiin asukkaiden papereihin ja keskusteltiin päivittäisillä raporteilla. Toimintatutkimuksen sykli alkaa, kun uusi toimintatapa on suunniteltu ja toteutettu. Toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana ja sen päätyttyä, ja kokemusten pohjalta suunnitellaan uusi parempi toimintatapa. Toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, havainnointi, reflektointi ja suunnittelu seuraavat toisiaan. (Heikkinen 2008, 35.)

6.2 Asiakirja-aineiston analysointi ja tutkimustulokset

Hoitajien asukkaiden asiakirjoihin tekemien merkintöjen perusteella tehostetun ravitsemuksen liittymisestä asukkaiden toimintakykyyn ja painoon on tutkija tehnyt yhteenvedon. Tehostettuun ravitsemushoitoon liittyviä merkintöjä on tutkija kerännyt asukkaiden sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Käytössä olivat ravitsemuslehti, lääkärin määräykset, verenpaineen seurantaletti (paino merkitään), lääkitystiedot, fysiologiset toiminnot (vatsantoiminta merkitään), hoitoletti (päivittäiset kirjaukset tehtiin), sekä lisäksi istumalista, josta tutkijan oli helppo katsoa jokaisen asukkaan aktiiviteetti ja kävelytys. Lisäksi tutkimusaineistoa olivat henkilökunnan ja omaisten havainnot. Asukkaisissa ilmenneitä tehostettuun ravitsemukseen liittyviä muutoksia nousi esille eri vuorovaiikutustilanteissa ja päivittäisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä sekä päivittäisillä raporteilla. Painot asukkailta otettiin kerran kuussa.

Tutkimusaikana ja tutkimustulosten yhteenvedossa tein muistiinpanoja asukkaiden ruokahuonon ja painonmuutoksiin yhteydessä olevista tekijöistä; asukkaiden käytössä olevat lääkkeet, syödyn ruoan ja juoman määrät, lisäravinteet, tutut hoitajat, sairaudet,

infektioiden vaikutus ruokahaluun, vatsantoiminta, mieliala, vuodenaika, suun kunto, ruokailuympäristö ja -seura, painon muutokset, omatoimisuus ruokailussa ja liikkumisessa. Nämä aihealueet listasin erilliselle paperille ja asukkaat sijoitin jokaiseen alueeseen, mitkä vaikuttivat ruokailuun ja painoon. Tutkimusaineiston kävin läpi SWOT -analyysin (liite 4) avulla Vilkan (2006, 84) mukaan seuraavasti:

- 1) Etsin ensin koko tutkimusaineistosta tehostetun ravitsemuksen *vahvuudet*, jotka liittyivät toimintakykyyn ja painon nousuun
- 2) Sen jälkeen poimin havainnot, jotka viittasivat *heikkouksiin*.
- 3) Seuraavaksi etsin tutkimusaineistosta *mahdollisuuksia*.
- 4) Lopuksi etsin *uhkat*.

6.2.1 Hyvän ravitsemuksen toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan hyvän ravitsemuksen toteuttaminen tarkoittaa sitä, mihin hoitohenkilökunta voi työssään vaikuttaa. Nämä tekijät on merkitty *vahvuudet* osion alle, jossa on yhteinen nimittäjä; *hyvään ravitsemukseen vaikuttavat tekijät*. Se, mihin henkilökunnan asukkaiden ravitsemuksen toteuttamisessa tulee panostaa, on merkitty *heikkoudet* osion alle, jossa yhteinen nimittäjä; *ravitsemuksessa panostettavat tekijät*.

TAULUKKO 6. Hyvän ravitsemuksen toteuttaminen (Vilka 2006, 85)

Näihin voi vaikuttaa	Näihin voi vaikuttaa
Vahvuudet	Heikkoudet
kivun hoito	kipu laskee ruokahalua
ummetuksen hoito	ummetus laskee ruokahalua
ruokailuympäristö	ruokailu huoneessa/vuoteessa
ruokailuseura	yksinäisyys lisääntyy
tutut/omahoitaja	hoitajien vaihtuvuus
hampaat käytössä, syljeneritys	soseruokaa syöville yksipuolisempi
parempi ja kuidun saanti	ruokavalio, kuiva suu, syljeneritys vähentynyt
kokonainen ruoanrakenne	ruoan maku kärsii soseutettuna
monipuolinen ruokavalio	kuidun saanti vähäistä
nesteen/proteiinin saanti hyvä	huonosti nielevät, herkästi aspiroivat
toimintakykyä jäljellä	tarvitsee apua ruokailussa
päätöksentekokyky	alentunut päätöksentekokyky
lääkkeiden antoaika	lääkkeet laskevat ruokahalua
ravitsemuskoulutus	
ravitsemustilan arviointi	ravitsemustiedon puutteellisuus
yhteistyö ravitsemushoidossa	yhteistyö ei toimi
täydennysravintovalmisteiden	
käyttö hoidossa	asukas ei halua ottaa lisäravinteita
Yhteinen nimittäjä	Yhteinen nimittäjä
Hyvään ravitsemukseen vaikuttavat tekijät	Ravitsemuksessa panostettavat tekijät

Iäkkäiden pitkäaikaisasukkaiden hyvän ravitsemuksen toteuttamisessa on huomioitava useita asioita, joihin juuri hoitohenkilökunta voi vaikuttaa ja Mäkisalo toteaa (2003, 65), että vahvuuksia kannattaa edelleen vahvistaa. Heikkoudet ovat niitä asioita, mihin pitää puuttua ja pyrkiä korjaamaan niitä.

6.2.2 Hyvää ravitsemusta heikentävät tekijät

Ne seikat, joihin asukkaiden ravitsemushoidoissa on vaikea vaikuttaa, on kerätty *mahdollisuudet* osion alle, jossa yhteinen nimittäjä on; *hyvää ravitsemusta heikentävät tekijät*. Asukkaiden ravitsemustilaan heikentävästi liittyviä tekijöitä olen kerännyt *uhkat* osion alle. *Tässä ennaltaehkäisy on tärkeää.*

TAULUKKO 7. Hyvää ravitsemusta heikentävät tekijät (Vilka 2006, 85)

Näihin vaikea vaikuttaa	Näihin vaikea vaikuttaa
Mahdollisuudet	Uhkat
kipulääkkeen tarkistus	kipu laskee ruokahalua, paino laskee
oikea ulostuslääkeannostus sekä kuidun ja nesteiden lisäys	käytettävä pienoisperäruiskeita
hyvä ruokailuasento vuoteessa	ruoka ei maistu vuoteessa
yhteenkuuluvuus lisääntyy	tuntee eristäytyneisyyttä, mieliala laskee
hoidonjatkuvuus	omahoitajuus kärsii
hyvä suun hoito	suuinfektiot vaikeuttavat syömistä
soseruoka kauniisti tarjolle	ruoka ei maistu
huolehditaan nesteen saannista	yleiskunto laskee kuivumisen vuoksi, infektiot lisääntyvät
jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen	toinen tekee päätökset
lääkkeet annetaan ennen ruokailua	asiakas kieltäytyy ruoasta ja lääkkeistä
ravitsemusuhkat tulevat esille	ravitsemustilaa ei arvioida
kehitetään yhteistyössä ravitsemushoitoa	asukaslähtöinen ravitsemus ei toteudu
ravitsemus monipuolistuu	riittämätön ravitsemus
Yhteinen nimittäjä	Yhteinen nimittäjä
Hyvää ravitsemusta heikentävät tekijät	Ravitsemustilaa heikentävät tekijät, ennaltaehkäisy tärkeää

Iäkkäiden pitkäaikaisasukkaiden hyvässä ravitsemuksessa on myös useita estäviä tekijöitä, joissa ennaltaehkäisy on tärkeää. Uhkien tiedostaminen on Mäkisalón (2003, 65) mukaan tärkeää siksi, etteivät ne pääsisi yllättämään. Uhkien tiedostamisen jälkeen voidaan miettiä mitä niistä on mahdollista torjua tai onko sellaisia uhkia, jotka voidaan kääntää jopa mahdollisuuksiksi. Keskeistä ravitsemushoidossa on mahdollisimman varhainen puuttuminen. Tämän vuoksi iäkkään ravitsemustilan arviointi ja hoito kuuluu hoitohenkilökunnan arkirutiiniin. Lisäksi tärkeää on koulutuksen tarjoaminen kaikille ravitsemushoitoon osallistuville ammattiryhmille. Toimiva yhteistyö ruokahuollon kanssa on välttämätöntä. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 224 – 225.)

Tehostetun ruokavaliohoidon liittymistä asukkaiden toimintakykyyn on vaikea arvioida, koska kolmen kuukauden tutkimusaika oli lyhyt ja kohdejoukko oli pieni. Asukkaille tehdyn RAI - toimintakykyarvion mukaan heidän toimintakykynsä oli matala ja kaikki tarvitsivat päivittäisessä toiminnoissa kahden hoitajan tuen.

Tehostetun ruokavaliohoidon toteuttaminen vaatii henkilökunnalta sitoutumista ja panostamista asukkaiden päivittäisissä ruokailutilanteissa. Myös laitoksissa olevien iäkkäiden ravitsemukseen panostaminen tuotti myönteistä tulosta, mikä heijastui asukkaiden hyvinvoinnissa ja jaksamisessa. Tehostettu ravitsemus piristi asukkaita. He jaksivat olla ylhäällä enemmän ja tyytyväisyys kuvastui kasvojen ilmeissä, hymynä kasvoilla ja lisäksi puhuttuja sanoja tuli lisää vuorovaikutustilanteissa. Ruokahalu parani ja helposti syötävää käsiruokaa osa asukkaista saattoi ohjattuna ottaa omasta kädestä.

Pitkälän ym. (2005, 5269) mukaan positiiviset tunteet, mielikuvat sekä sosiaalinen ruokailutilanne lisäävät iäkkään ruokahalua ja hänen nauttimiaan energiamääriä. Juhlapyhien merkitystä mielialaan pohdin, koska omatoimisesti ruokaileva asukas ei suostunut syömään juuri mitään ennen joulua ja tunteet näkyivät kiukkuna hoitotoimien yhteydessä, mutta joulun jälkeen muutos tapahtui parempaan. Soini (2009, 197) korostaa, että tutulla henkilökunnalla on suuri merkitys huonosti syövien avustamisessa, koska he tuntevat asukkaat ja osaavat panostaa ravitsemuksen toteuttamiseen kokemuksen kautta ja näin voidaan parantaa ikääntyneiden elämänlaatua.

Paine - ja makuuhaavojen paranemista näyttäisi edistäneen kahdella asukkaalla proteiinia sisältävä täydennysravintovalmiste. Alakokon ym. (2005, 631) mukaan täydennys-

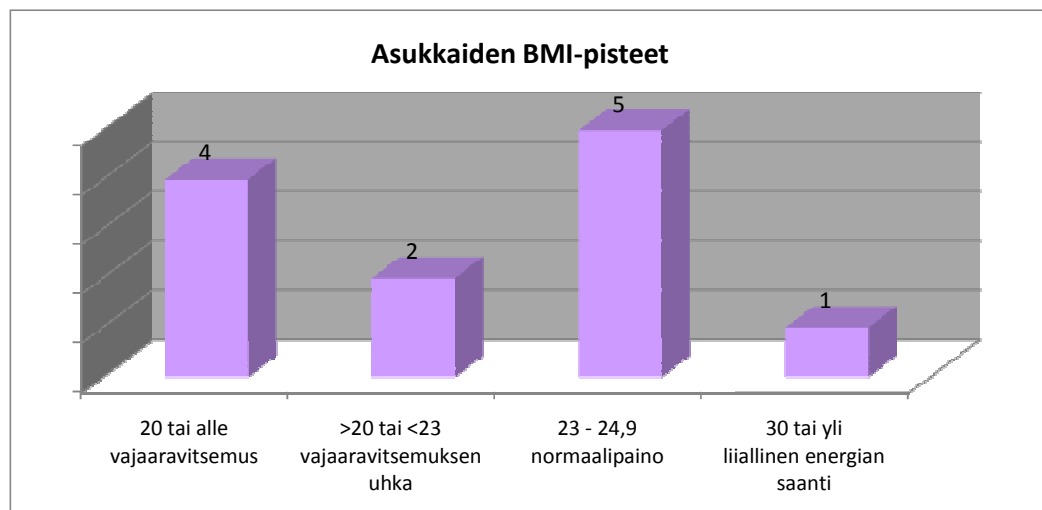
ravintovalmisteiden käytöstä on runsaasti tutkimusnäyttöä ja hyötyä on osoitettu seuraavissa potilasryhmissä: Lapsipotilaat, vanhukset, keuhkohtaumatautia sairastavat, kirurgiset potilaat, ortopediset potilaat, maksasairauksista kärsivät, syöpäpotilaat, munuaistaudista kärsivät, painehaavapotilaat ja tulehduksellisista suolistosairauksista kärsivät, neurologiset potilaat sekä HIV-potilaat.

Ummetus on yleinen ikääntyneiden vaiva. Sairaudet, lääkitys, vähäinen liikunta, vähäkuituinen ravinto ja riittämätön nesteiden saanti ovat usein ummetuksen taustalla. Ummetuksen hoito on lähes täysin hoitohenkilökunnan vastuulla. Vaivaa hoidetaan yleensä lääkkeillä. Yhteistyössä on mietittävä keinoja ummetusongelmien ratkaisuun. Tehostetun ruokavalioidon aikana osalla asukkaista oli käytössä myös rypsiöljy. Tulosten mukaan rypsiöljyllä oli vaikutusta vatsantoimintaan, mikä näkyi siinä, että vatsa toimi spontaanisti pitkiäkin aikoja. Peräruiskeiden käyttö väheni. Spontaanista vatsantoimintaa auttoi se, että asukkaat nostettiin istumaan joko vessatuolille tai kävelytettiin vessaan ja he saivat toimittaa vatsansa luonnollisessa asennossa. Kun vatsa toimi hyvin, niin eri aineistonkeruupapereiden mukaan ruokakin maistui paremmin. Suominen (2008, 82) korostaa myös, että ummetuksen hoidossa säännöllinen ruokailu ja vessassa käynti ovat tärkeimmät ja ensisijaiset, luonnolliset hoitomuodot.

7 TEHOSTETTU RAVITSEMUSHOITO JA IÄKKÄIDEN PAINO

7.1 Kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu

Kolmannen tutkimustehtävän osallistujina olivat osaston 12 pitkäaikaisasukasta. Asukkaiden kerran kuukaudessa tapahtuva punnitus osoitti painon/painoindeksin olevan usealla matala. Heikkilä ym. (2008, 26) mukaan painoindeksi 20 tai vähemmän viittaa liian vähäiseen energiansaantiin, yli 20 mutta alle 23 vajaaravitsemuksen uhkaan, 23 - 24,9 normaaliin ja painoindeksi 30 tai enemmän liialliseen energiansaantiin. Kohdejoukon painoindeksit jakaantuivat 14.11.2009 alkupunnituksessa siten, että neljä asukasta sijoittui ensimmäiseen ryhmään, kaksi asukasta ryhmään kaksi ja kuuden asukkaan painoindeksi sijoittui ryhmään 23 - 30.



KUVIO 5. Asukkaiden BMI – pisteiden jakautuminen

Tutkimuksessa käytettyjä antropometrisiä mittauksia ovat paino, pituus ja painoindeksi. Painot jokaiselta solun asukkaalta otin aina samana päivänä säännöllisin väliajoin kerran kuukaudessa. Käytössä oli digitaalinen nostovaaka, jossa nostoliinan avulla asukkaat nostettiin vuoteista ilmaan. Punnitus tapahtui joka kerta aamupesujen jälkeen

ennen lounasta. Efficatietojenkäsittelyjärjestelmässä painot merkittiin RR-lomakkeelle. Kun asukkaan pituus oli merkitty lomakkeelle, niin ohjelma näytti suoraan BMI arvon. Jos pituus ei ole tiedossa, pituutta voidaan arvioida kyynärvarren pituuden ja polven korkeuden avulla. Kyynärvarsi- sekä kantapää-polvi -mittaukset tarvitsevat muuntotaulukot. Muuntotaulukosta saatu tulos (tutkittavan pituus) määräytyy tutkittavan sukupuolen ja iän mukaan (Liite 8.).

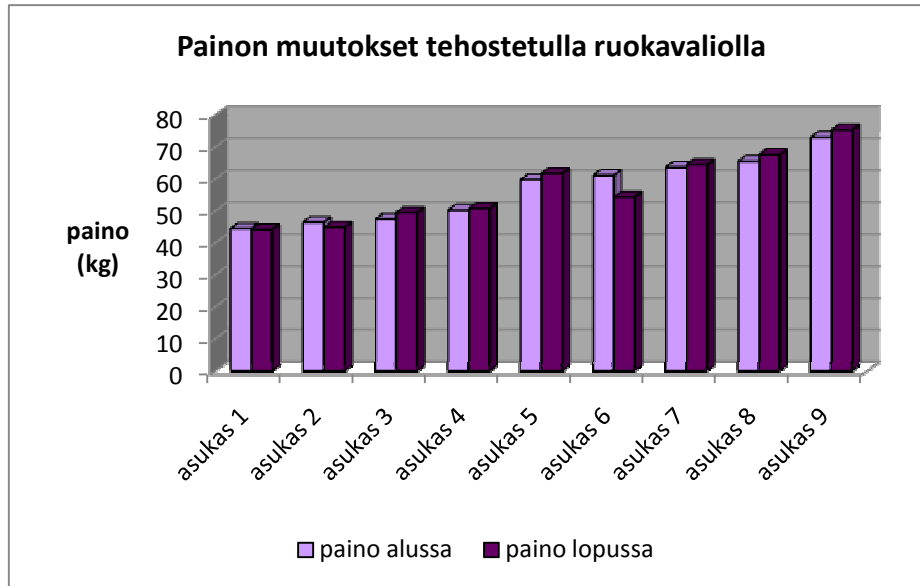
7.2 Tutkimustulokset

Tutkimustehtävässä kolme verrataan kohdejoukon tehostetun ruokavaliohoitoon liittyviä painon muutoksia kolmen kuukauden seuranta-ajalta 14.11.2009 - 14.2.2010. Asukkaiden ensimmäinen punnitseminen tapahtui 14.11.2009 ja seuranta-ajan aikana painot otettiin kuukauden välein jokaiselta asukkaalta samana päivänä ennen lounasta.

7.2.1 Tehostetun ruokavalion liittyminen asukkaan painoon

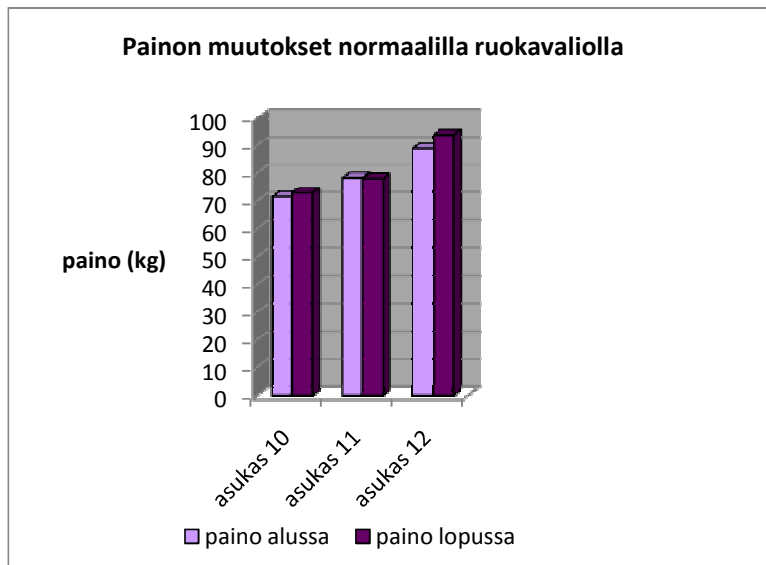
Kuvio 6 ilmaisee painon muutokset kolmen kuukauden tehostetun ruokavaliohoidon jälkeen. Kuvioista voidaan nähdä, että kuudella asukkaalla yhteenlaskettu paino nousi kaikkiaan 9,7 kg. Tehostetusta ruokavaliosta huolimatta kolmella asukkaalla paino laski kaikkiaan 8,7 kg. Syitä painon laskuun olivat muuan muassa sairastetut infektiot, erityisruokavalio, huono nieleminen ja tätä kautta kuidun ja nesteen saanti väheni.

Lääkkeiden annon ajankohdalla oli merkitystä. Heti ruokailun aluksi annetut lääkkeet syötettävillä eivät menneet alas, mikä vaikeutti syönnin jatkumista. Tutkimuksen alussa osastolle muutti kaksi uutta asukasta, joiden paino osastolle tullessa oli alhainen ja ruokahalu huono. Vei aikaa ennen kuin hoitohenkilökunta löysi mieliruoat ja oikean syötötekniikan. Ruokahalua laskivat myös kivut, mutta sopivan kipulääkityksen löytymisen jälkeen ruokahalu parani.



KUVIO 6. Painon muutokset tehostetun ruokavalioidon jälkeen

7.2.2 Asukkaiden painon muutokset normaalilla ruokavaliolla



KUVIO 7. Painon muutokset normaalin ruokavalioidon jälkeen

Kuvio 7 ilmaisee painonmuutokset normaalin ruokavalioidon jälkeen. Normaalilla ruokavalioidolla yhteenlaskettu paino nousi kahdella asukkaalla 6,7 kg. Yhdellä

asukkaalla paino laski 0,4 kg. Tässä ryhmässä asukkaiden päätöksentekokyky oli parempi, painonnousuun vaikutti myös ruokavalion monipuolistuminen sekä neuvonta ja ohjaus ruokailun yhteydessä.

Koko solun 12 asukkaasta tutkimusajalla kahdeksan asukkaan yhteenlaskettu paino nousi kaikkiaan 16,4 kg ja neljällä asukkaalla paino laski 9,1 kg. Erotus on 7,3 kg painoa lisää. Tulokset osoittavat, että tehostetulla ruokavalioidoilla voidaan jo lyhyelläkin ajalla osoittaa asukkaiden painossa tapahtuneet myönteiset muutokset.

8 PÄÄTELMÄT

8.1 Opinnäytetyön tutkimustulosten tarkastelua

Iäkkäiden hyvä ravitseminen ja päivittäinen hoitotyö

Iäkkäiden hyvän ravitsemuksen toteuttaminen päivittäisessä hoitotyössä tarkoittaa yksilöllisyyden huomioimista siten, että iäkkäälle tarjotaan useita pieniä aterioita ja nestettä päivän aikana. Yöpaasto nykyisin on liian pitkä ja pieniä aterioita tulee lisätä tarjoamalla mieleisiä ja helppoja välipaloja. Miellyttäviä ruokailuhetkiä toteutetaan rauhoittamalla ruokailutila ja omatoimisuutta tuetaan ruokailun avulla kiireettömästi. Ruokailutilanteissa henkilökunta on ruokailijoita varten. Ruokapalvelu vastaa ruoan valmistuksesta ja hyvän ravitsemuksen toteuttaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Useat lääkkeet voivat laskea ruokahalua ja ruoan maistuvuuden lisäämiseksi lääkehoito ja ruokailu on hyvä eriyttää toisistaan. Hyvän ravitsemuksen toteuttamisen lähtökohtana laitoshoidossa on iäkkään itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, jolloin iäkkäälle tarjotaan ravintoa hänen toiveiden mukaisesti.

Hyvä ravitseminen ja iäkkäiden toimintakyky

Saatuihin tutkimustuloksiin vaikuttivat kohdejoukon huono toimintakyky ja pitkälle edenneet sairaudet. Tällöin myös avuntarve ruokailussa ja liikkumisessa kasvaa. Samanlaisia päätelmiä olivat Suomisen (2007), Soinin (2004), Muurisen ym. (2003), Rintalan (2000) sekä Rajalan (1991) tutkimuksissa. Heikkisen (2002) tutkimuksessa MNA - pisteiden mukaan aliravitsemusriskissä olevat iäkkäät asettuivat merkittävästi useammin huonon toimintakyvyn luokkiin. Tässä opinnäytetyössä kohdejoukon MNA - pisteet olivat myös alhaiset ja tarvitsivat eniten apua päivittäisissä toiminnoissa. Hyvän ravitsemuksen yhteyttä iäkkäiden toimintakykyyn oli vaikea arvioida kohdejoukon pienen ja lyhyen seuranta-ajan vuoksi.

Tehostetun ruokavalioidon myötä asukkaat piristyivät ja he muun muassa jaksoivat istua pitempään. Ulkoisessa olemuksessa tehostettu ravitseminen näkyi asukkaiden tyytyväisyytenä, kasvojen ilmeiden muuttumisena ja tarkkaavaisuutena. Lisäksi asukkailla ruokahalu parani. Helposti syötävää ruokaa/juomaa osa asukkaista välillä ohjattuna teutti itse, esimerkiksi piti leipää omassa kädessä ja haukkaisi siitä ja juomalla mukista

nestettä. Kuntoutuksella ja ruokailutilanteissa tukemalla jäljellä olevia voimavaroja voidaan asukkaiden tyytyväisyyttä ja hyvää oloa lisätä, mitä tukee myös kivuton olotila.

Suomisen (2008, 8) mukaan toimintakyvyn heikkenemisen taustalla on pitkäaikaissairaus, mutta toimintakyky voi heiketä myös harjoitusten puutteesta. Toimintakykyä voidaan ylläpitää riittävän ravitsemuksen ja harjoitusten avulla sekä hoitamalla mahdollisesti taustalla olevat sairaudet. Fyysisen toimintakyvyn ohella myös henkinen ja sosiaalinen toimintakyky kaipaavat virikkeitä ja harjoitusta. Tutkimustulosten mukaan toisten seura virkisti asukkaita, millä oli vaikutusta ruokahaluun. Tehostella ravitsemuksella oli merkitystä asukkaiden ruokahaluun. Alakokon (2005, 631) mukaan täydennysravintovalmisteiden käyttö ei vähennä muun ruoan syöntiä, vaan eri tutkimustulosten mukaan tavallisen ruoan syönti lisääntyi täydennysravintovalmisteiden käytön yhteydessä.

Tehostettu ravitsemus ja iäkkäiden paino

Tehostetun ravitsemushoidon liittyminen iäkkäiden painon nousuun on mahdollista. Tässä tutkimuksessa aika oli kolme kuukautta. Kohdejoukon 12 asukkaasta yhdeksällä oli käytössä tehostettu ruokavaliiohoito ja kolmella normaali ruokavaliiohoito. Kaikkiaan kahdeksalla asukkaalla paino nousi, mutta neljällä asukkaalla paino laski. Painon laskuun olivat yhteydessä muun muassa sairastetut infektiot, kipu ja huono ruokahalu. Kahdella asukkaalla oli osastolle tullessa vajaaravitsemus. He tulivat osastolle seuranta-jakson alussa. Hyvän ravitsemushoidon toteuttamisessa tärkeää on tuttu henkilökunta ja hoidon jatkuvuus ja silloin etenkin omahoitajan rooli korostuu.

Useissa tutkimuksissa Suominen (2007), Soini (2004), Muurinen ym. (2003) ja Rajala (1991) toteavat, että huonoon ravitsemustilaan vaikuttavat suun - ja syömiseen liittyvät ongelmat. Kohdejoukolla oli omat hampaat seitsemällä, kokoproteesi käytössä kahdella ja kolmella proteesin käyttö ei enää onnistunut. Tässä opinnäytetyössä ei hampaiden ja nielemisvaikeuksien yhteyttä voinut erottaa, vaan alhainen paino ja huono ravitsemustila olivat yhteydessä useaan tekijään. Soseruoka oli käytössä hampaiden puuttumisen ja nielemisvaikeuksien vuoksi, mutta myös kuidun ja proteiinien vähäinen saanti yhdistyy tekijöihin.

Osalle asukkaista annettiin säännöllisesti rypsiöljyä, millä oli myönteinen vaikutus myös vatsantoimintaan. Vatsantoimintaa edisti myös se, että niitä jotka pysyivät istu-

maan, käytettiin vessassa/ vessatuolilla ja silloin he saattoivat toimittaa vatsansa normaalissa asennossa. Suominen (2007) väitöskirjassaan toteaa, että ummetus oli havaittu liittyvän yhtenä tekijänä vajaaravitsemustilaan.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on syventänyt tietämystä iäkkäiden huonoon ravitsemustilaan johtavista syistä. Olen saanut vahvistusta sille, että tehostettuun ravitsemukseen panostaminen kannattaa myös niillä, joilla on huono toimintakyky. Ruoalla on tärkeä merkitys laitoksessa olevan iäkkään elämässä, ei ainoastaan ravinnon lähteenä, vaan nautintojen antajana ja elämän laadun parantajana. Toisaalta kaikki syömiseen liittyvä vie paljon henkilökunnan aikaa, mutta ravitsemuksen puutteet aiheuttavat vielä enemmän avun tarvetta ja siksi on tärkeää löytää tasapaino, jotta laitoksessa elävien ikääntyneiden ravitsemustila pysyy mahdollisimman hyvänä. Ravitsemushoito vaatii koko henkilökunnan ja kaikkien ravitsemushoitoon osallistuvien yhteistä työpanosta. Lyhyelläkin ajalla voi tehostetulla ravitsemuksella olla merkitystä asukkaiden voinnissa, mikä auttaa tukemaan iäkkäiden elämänlaatua laitoshoidossa.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää pitkäaikaisasukkaiden hoitajien näemyksiä iäkkäiden hyvään ravitsemukseen liittyvistä tekijöistä, hoitajien havaintoja siitä, miten tehostettu ravitsemus liittyy iäkkäiden toimintakykyyn ja painoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda hoitohenkilökunnalle ohjeet ikääntyneen hyvään ravitsemukseen, joiden avulla tehostetaan ikääntyneiden ravitsemusta pitkäaikaishoidossa.

Iäkkäiden ravitsemus aiheena oli ajankohtainen ja tärkeä. Pitkään vanhustyötä tehneelle tutkijalle aihe oli mielenkiintoinen. Lähtökohtana opinnäytetyölle oli laitoksissa asuvien ikääntyneiden ravitsemus, jossa eri tutkimusten mukaan on puutteita, koska pitkäaikaishoidossa asuu huonokuntoisia ja monisairaita ikääntyneitä. Iäkkäitä on yleisesti pidetty riittämättömän ravinnonsaannin ja ravitsemuksellisten ongelmien riskiryhmänä.

Tutkija on opinnäytetyössä syventynyt iäkkäiden henkilöiden ravitsemuksen kokonaisuuteen, johon vaikuttavat ikääntymisprosessin lisäksi monet laitoksessa vaikuttavat ympäristötekijät samoin kuin fysiologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Pitkäaikaisasukkaiden ruokailutilan kodinomaisuudella on merkitystä. Asukkaat vaistoavat kiireen herkästi ja siksi etenkin ruokailutilanteessa tulee keskittyä syötettävään. Ruokailun tulisi olla asukkaille moniaistillinen elämys ja sen merkitys korostuu heidän elämässään sosiaalisena ja aktiivisena tapahtumana ja lähtökohtana onnistuneelle ruokailuhetkelle on rauhallinen ympäristö.

Lisäksi opinnäytetyö on mahdollistanut perehtymisen toimintatutkimukseen menetelmänä sekä teoreettisesti että käytännön näkökulmasta käsin. Toimintatutkimuksen myönteisenä tuloksena pidän työyhteisössäni omaksuttuja uusia tapoja ajatella, keskustella ja kehittää iäkkäiden ravitsemusta. Tässä opinnäytetyössä tutkija kuului työyhteisöön, jolloin tutkijalla oli avainasema havainnoida yhtenä tiimin jäsenenä tutkittavia asioita. Tärkeää oli myös tiiminvetäjän vastuu ja esimerkkinä oleminen siitä, mitä eri asioita oli huomioitava iäkkäiden ravitsemuksessa ja mitkä seikat liittyivät eri kokonaisuuksiin. Kehittämistehtävän tulokset osoittivat sen, että jo kolmen kuukauden tehostetulla ravitsemushoidolla oli asukkaissa havaittavissa muutoksia elämänlaadussa, mitkä liittyivät tehostettuun ravitsemukseen.

Pitkäaikaishoidossa työ yleensä koetaan raskaaksi. Silloin on hyvä miettiä niitä positiivisia asioita, joita vanhustyössä on. Jo pienetkin muutokset ikääntyneessä tuovat mielihyvää ja juuri heidän tyytyväisyys ja positiivinen palaute on parasta kiitosta tehdystä työstä. Iäkkäiden kanssa työskentelevän hoitotyöntekijän on tunnettava vanhenemiseen liittyvät muutokset voidakseen tukea tervettä vanhuutta ja ehkäistä ravitsemusongelmien syntymistä. Vanhustyöhön hakeutuvat juuri tunnolliset ja vastuuntuntoiset hoitajat ja heidän gerontologisen hoitotyön asiantuntemuksen ja osaamisen avulla voidaan vaikuttaa iäkkäiden elämänlaatuun ja ravitsemustilaan tukemalla iäkkäiden jäljellä olevaa toimintakykyä, mikä on tärkeä osa ravitsemushoitoa.

Hoitotyön lähtökohtana on iäkkään itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Yksilöllisyyden huomiointi voi jäädä vähälle huomiolle ja mielestäni hoitajien haastattelussa esille tuomat lämpövaunut olisi hyvä ratkaisu asukkaiden yksilöllisyyden huomioimisessa. Hoitohenkilökunta voisi organisoida etenkin aamulla työtään paremmin ja toimia asukaslähtöisesti. Tällä olisi varmasti myönteistä vaikutusta myös hyvään ravitsemuksen toteuttamiseen, koska kaikille ei tuhti aamupala maistu heti aamusta, vaan voisi antaa kevyempää välipalaa ja sen kanssa aamulääkkeitä.

Ongelmana laitoshoidossa ovat ateria-ajat, välipaloja ei ole tarjolla ja yöllinen paasto on liian pitkä. Ravitsemussuosituksen mukaan iäkkäiden ateriat tulisi jakaantua tasaisesti useampiin pieniin aterioihin ja välipaloja tulisi tarjota pääruokien välissä. Jo nyt pitkäaikaislaitoksissa on vaikeuksia saada henkilökuntaa, etenkin sairaanhoitajia. Jotta ammattitaitoinen henkilökunta jatkossakin työskentelee vanhustyössä, mielestäni henkilökunnan ammattirakenteiden työn sisältöä on tarkistettava, näin tuetaan myös työssä jaksamista. Ruokailuaikoina riittävän henkilökunnan määrän turvaamiseksi tulee porrastaa hoitajien työaikoja. Tämä edellyttää hyvää ja joustavaa työvuorosunnittelua, jotta iäkkäiden ravitsemussuositukset toteutuisivat.

Lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden tulisi konsultoida ravitsemusterapeutteja vanhusten ravitsemusongelmissa enemmän. Kysymys voi olla myös asenteista, jos ravitsemushoidon merkitystä ei ymmärretä. Ravitsemukseen tulee kiinnittää huomiota hoidon kaikissa vaiheissa. Hyvä ravitsemushoito on eri ammattiryhmien yhteistyötä ja yhdessä toimimista. Lääkäreiden asenne on myös tärkeä, koska he ovat myös vastuussa asukkai-

den ravitsemushoidosta ja sen huomioon ottaminen lääkityspäätöksiä tehdessä on tärkeää.

Iäkkäiden ravitsemuksen toteuttaminen vaatii monia eri toimintoja sekä moniammatillista yhteistyötä sekä tutun, osaavan ja sitoutuneen henkilökunnan, jotta asukkaiden hyvä ravitsemus toteutuisi pitkäaikaishoidossa. Tässä opinnäytetyössä kaikki osastolla työskennelleet hoitajat osoittivat tätä kaikkea; sitoutuneisuutta sekä vanhustenhoitoon paneutuvaa ja panostavaa asukaslähtöistä työtä. Lisäksi haastattelussa hoitajien motivoituneisuus vanhustyöhön ja sen kehittämiseen oli ihailtavaa.

Kehitystehtävän tutkimustuloksia on hiljalleen toiminnan kautta siirtynyt käytäntöön. Täydennysravintovalmisteiden käyttö ruokavaliossa osastolla on lisääntynyt sekä samoin rypsiöljyn, mikä tutkimustulosten mukaan edisti vatsantoimintaa. Kahvi tarjotaan myöhemmin omana välipalana. Yhteistyö ravitsemusterapeutin kanssa on lisääntynyt ja myös osastolla asukkaiden painossa tapahtuneisiin muutoksiin reagoidaan välittömästi.

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiteetin käsitteillä. Validiteetti tarkoittaa Heikkisen & Syrjälän (2008, 147) mukaan tutkimusmenetelmän ja -kohteen yhteensopivuutta: miten menetelmä sopii juuri tämän ilmiön tutkimiseen, jota sillä on tarkoitus tutkia.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita vaan tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisällön johdonmukaisuus painottuu. Tutkijan tulee siis antaa lukijoille riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he voivat arvioida tutkimuksen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135 -138.) Sisällönanalyysiä käytetään laadullisessa tutkimuksessa, missä tutkittava ilmiö kuvataan tiivistetysti ja esitetään myös sanallisessa muodossa. Tutkimustehtävien yksi ja kaksi aineistot olen analysoinut SWOT -analyysin avulla. Mielestäni se oli tässä työssä käyttökelpoinen, koska tietoa tuotettiin käytännön kehittämiseksi.

Tutkimustehtävässä yksi kohderyhmäksi valitsin jo pitkään vanhustyötä tehneet kolme perus- ja lähihoitajaa. Vaikka tiedonantajia on vain kolme, niin aineiston laatu oli hyvä. He vastasivat kaikkiin haastatteluteemoihin. Mielestäni vastaukset olivat hyvin perusteltuja, pitkiä ja yhdessä pohdittuja. Haastattelussa tuli selkeästi esiin kohdejoukon ammattitaito ja motivoituneisuus. Tutkimuksen eri tehtävissä kohderyhmien pienestä koosta huolimatta oli tutkimusmateriaali sisällöllisesti kattavaa ja luotettavaa.

Reliabilitetin eli toistettavuuden avulla arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja alttiutta satunnaisvaihteluille. Heikkinen ym. (2008, 147) kuvaa esimerkillä miten vaaka on epäreli-aabeli, jos se antaa jokaisella mittauskerralla eri tuloksen ja mittausten luotettavuutta vahvistetaan laskemalla niiden keskiarvo ja jättämällä pois pienin ja suurin tulos. Antropometrisissa mittauksissa mittausten menetelmä, laitteisto, mittaaja ja kohderyhmä vaikuttavat aina mittausten tuloksiin ja Fogelholmiin (1998) mukaan eri menetelmillä saatuja tuloksia ei tule verrata toisiinsa. Myös kahden henkilön mittausten vertailu, vaikka ne olisi tehty samalla menetelmällä, on tehtävä varoen (Tikkanen 2005, 36). Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tutkija itse suoritti MNA - testit ja painon otot jokaisella punnituskerralla. Asukkaiden punnitseminen tapahtui samalla mittausmenetelmällä, samalla laitteella, samana päivänä kaikilta asukkailta sekä samaan aikaan aamupäivästä ennen lounasta.

Tutkijan tulee esittää analyysin tueksi riittävä määrä alkuperäishavaintoja, kuten suoria lainauksia (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 219). Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että olen käyttänyt tutkittavien puheista suoria lainauksia. Olen kirjoittanut haastattelujen pohjalta raportin niin, että lukijan on helppo arvioida, ovatko johtopäätökset samansuuntaisia kuin mitä tutkittavat ovat kertoneet.

Triangulaatio, joka liittyy tutkimusaineistoon, tarkoittaa useiden erilaisten tutkimusaineistojen yhteiskäyttöä saman ongelman ratkaisemiseksi ja tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan useammasta näkökulmasta. Kun kerätään erilaisia aineistoja tutkittavalta alueelta, pyritään asiasta saamaan monipuolisempi ja rikkaampi kuva. Triangulaatiossa voidaan yhdistää määrällisiä ja laadullisia tutkimusmenetelmiä. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 225.) Mielestäni kolmen triangulaation yhdistäminen lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen etiikkaan kuuluu, että tutkimusluvut on hankittu asiallisesti, tutkimus on tehty asiallisesti eikä sisällä vilppiä (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 33.) Tein tutkimussuunnitelmani syksyllä 2009, jonka jälkeen anoin tutkimuslupaa palvelupäälliköltä. Tutkimusluvan sain syyskuussa 2009.

Tutkimuskohteen valinta on jo eettinen ratkaisu. Tutkimuskohdetta valittaessa on huomioitava se, miksi tutkimus on valittu ja miksi tutkimukseen on ryhdytty (Hirsijärvi ym. 2009, 24; Tuomen & Sarajärven (2009, 129) mukaan aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkeyttä se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Nämä eettiset kannanotot tulevat esille tahtoen tai tahtomatta tutkimuksen julkilausutussa tarkoituksessa ja tutkimusongelman tai -tehtävän muodossa. Tutkimusta tehtäessä on aihe rajattava tarkasti ja pohdittava oma näkökanta tutkittaviin asioihin (Vehviläinen – Julkunen 1998, 28).

Laadulliseen tutkimukseen liittyy paljon eettisiä periaatteita kuten vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen. Vaikka työssä on käytetty haastattelun suoria lainauksia, ei suorissa lainauksissa tuoda esiin persoonallisia sanontoja tai näkemyksiä. Nauhoitetun haastattelun auki kirjoittaminen tapahtui tutkijan kotona tietokoneella, teksti tallennettiin muistitikulle. Sanelukone ja muistitikku olivat vain tutkijan käytössä. Tietokone on erillisessä huoneessa, jossa haastattelun auki kirjoittaminen tapahtui, kun paikalla ei ollut muita perheen jäseniä. Yhdessä haastattelukäytösten kanssa oli haastattelupyynnö, jossa kerroin tutkittaville, että materiaali käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

9.2 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet

Tavoitteeni oli oman ammatillisen tietämyksen lisääminen iäkkäiden ravitsemukseen liittyvissä asioissa. Saadun tiedon myötä pystyn paremmin ohjaamaan asiakkaita, hoitohenkilökuntaa ravitsemusasioissa sekä perustelevaan, mikä merkitys hyvällä ravitsemuksella on laitoshoidossa asuville iäkkäille.

Ravitsemustilan arviointi MNA -testi tehdään jatkossa jokaiselle asukkaalle. Ravitsemustilan arviointi liitetään asukkaille tehtävään RAI -toimintakykyarviointiin, joka päi-

vitetään puolivuositain. Ravitsemustilan arviointiin on hyvä lisätä nestelistan ja ruokapäiväkirjan pitäminen.

Niiden iäkkäiden kohdalla, jolla nesteiden juonti on vähäistä, tulee pitää kirjaa nestelisteiden avulla. Tällöin saadaan tietoa päivittäisestä juotujen nesteiden määristä. Ruokapäiväkirjan avulla on hyvä tarkistaa iäkkäiden energian saanti, mikäli ruokailussa on tapahtunut muutoksia tai paino on laskenut. Ravintoaineiden saannin laskennan tekee ravitsemusterapeutti.

LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R., Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Alakokko, S., Alaluhta, S., Nuutinen, L. 2005. Tehostetun ravitsemushoidon ravitsemussuunnitelma. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. (toim.). Ravitsemustiede.2005. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta. Tallinna: AS Pakett - kirjapaino.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Haapa, E. & Pölönen, A. 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:14. Helsinki.

Haglund, B., Hakala-Lahtinen, P., Huupponen, T & Ventola, M-L. 1998. Ihmisen ravitsemus. Porvoo: WSOY

Hasunen, K., Klementti, S., Lyytikäinen, A., Mäki, K., Nurttila, A., Rissanen, P., Silta-
nen I., Turpeinen, L. 1992. Vanhus, ruoka ja elämänlaatu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 12/92. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Heikkilä, R., Finne-Soveri, H., Ripsaluoma, J., Parikka, A., Suojalehto, E., Noro, A. 2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI -järjestelmällä arvioituna 2006 -2007. Stakes. Raportteja 13/2008. Helsinki.

Heikkinen, H., Rovio, E. ja Syrjälä, L. (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. painos. Helsinki: Hansaprint Direct oy.

Heikkinen, M. 2002. Vanhusten ravitsemustila ja toimintakyky. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Kliinisen ravitsemustieteen laitos.

Heimonen, SL. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutusta edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Ikonen, J. & Mäkisalo, M. 2004. Dementoituneen potilaan toimintakyvyn edistäminen hoitotyön ja fysioterapian yhteistyönä. Suorituksen parantamisen toimintamallin kokeilu. Sairaanhoidaja-lehti 4/2004.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2008:3. Helsinki.

KASTE- ohjelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. 2008:4.

Kivelä, S-L. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2006.

Kokkonen – Kärki, S. 2005. ”Sitä normaalia mitä on pystynyt hyvinäkin vuosina tekemään”, Kuntouttava työote vanhainkodin asukkaiden hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Komulainen, K. & Hämäläinen, P. 2008. Suun terveydenhoito. Teoksessa: Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vas-tapaino.

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

Lahti - Koski, M & Kilkkinen, A. 2001. Ravitsemuskertomus 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2001. Helsinki.

Laitinen, J. 2004. Ravitsemus ja dementoivat sairaudet. Dementiauutiset 2.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992, 743.

Laukkanen, P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehuksesta päivitettäisiin selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Duodecim.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P.(toim.) Vanheneminen ja toimintakyky. Tampere: Tammer - Paino Oy.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V., Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Muurinen, S., Soini, H., Suur - Uski, I., Peiponen, A., Pitkälä, K. Vanhainkotiasukkaan ravitsemustila 2003. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimuksia 2003:6.

Männistö, S. & Pietinen, P. 2005. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. (toim.). Ravitsemustiede. 2005. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Mäkisalo - Ropponen, M. 2008. Omaiset pitkäaikaishoidossa. Sairaanhoitaja-lehti. 11/2008.

Nutricia. Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä MUST. www-dokumentti. http://nutriciafi.nutricia.fi/upload_dir/docs/MUSTopas_netti.pdf. luettu 20.12.2010

Paavola, P., Lahtinen, A., Ainamo, A., Eerikäinen, T., Eerola, A., Huhtala, S., Nordblad, A., Rantala, S., Remes-Lyly, T., Siukosaari, P. 2003. Ikäihmisten suunhoito. Opas sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstölle. Helsinki: Nordmanin Kirjapaino OY.

Paunonen, S. & Vehviläinen – Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.

Pitkälä, K. 2002. Ikäihmisen ravitsemus. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H.(toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes. Helsinki. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Peltokorpi, P. 2007. Hoitohenkilökunnan työajankäyttö ja henkilöstömitoitus vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pitkälä, K., Suominen, M., Soini, H., Muurinen, S., Strandverg., T. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suomen Lääkärilehti 2005; 60. (51.52) 5265 -5270.

Rajala, T. Lounaissaumalaisten vanhusten ravitsemustila. Poikkileikkaustutkimus kotona ja vanhainkodeissa asuvien vanhusten ravitsemustilan, terveydentilan ja toimintakyvyn välisistä yhteyksistä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus. Turku 1991.

Rintala, R. 2000. Laitoksissa asuvien vanhusten aliravitsemus. Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Räihä, I. Vanhusten ravitseminen. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. (toim.). Ravitsemustiede. 2005. 2.uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sinisalo, L. 2009. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa: Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H., Sinisalo, L. (toim.) Ravitseminen hoitotyössä. 2009. Helsinki: Edita Prima Oy.

Soini, H. 2004. Nutrition in patients receiving home care (Kotisairaanhoidon potilaiden ravitseminen). Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Soini, H. 2008. Ikääntyneen hyvä ravitseminen. Teoksessa: Voutilainen, P. ja Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Suominen, M. 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Suominen, M., Kivistö, S. (toim.) 2007. Ravitseminen osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Suominen, M. 2006. Ravitseminen vanhusten toimintakyvyn ylläpitäjänä. Loppuraportti. Vanhustyön keskusliitto. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Uusitupa, M., Fogelholm, M. Antropologistiset mittaukset. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. (toim.). Ravitsemustiede. 2005. Helsinki: Duodecim.

Uusitupa, M. & Fogelholm, M. Ravitsemustilan arviointi. Teoksessa: Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. (toim.). Ravitsemustiede. 2005. Helsinki: Duodecim.

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:19. Helsinki.

Tikkanen, A-M. 2005. Vanhusten ravitsemustila ja sen arviointi. Pro gradu -tutkielma, Kuopion Yliopisto.

Tilvis, R. 2001. Vanhusten ravitseminen. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A. Jäntti, P. Lehonen, A. Sulkava, R. (toim.). Geriatria. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuovinen, A. & Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa: Hartikainen, S., Lönnroos, E.(toim.) Geriatria. 1 painos. Helsinki: Edita Prima.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja laatua koskeva laatusuositus. Julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. 2008:6.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito.
http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/.../fi/vrn/ravitsemushoito_netti.pdf. luettu 10.02.2011.

Valvanne, J. 2001. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa: Tilvis, R., Hervonen, A. Jäntti, P. Lehonen, A. Sulkava, R. (toim.). Geriatria. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Vallevo Medina, A. , Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2005. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY.

Vilkkä, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski; Gummerus Kirjapaino Oy.

Sormunen, S. Topo, P. Vuori, U. & Virkkola, C. 2005. Ruokailu voi olla päivän kohokohta. Dementiauutiset 1/2005.

Voutilainen, P. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes, Tutkimuksia 142. Helsinki 2004. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sormunen, S., Topo, P., Vuori, U. & Virkkola, C. 2005. Ruokailu voi olla päivän kohokohta. Dementiauutiset 1/2005.

Voutilainen, P: 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa: Voutilainen, P. ja Tiikkainen, P. (toim.). 2009. Gerontologinen hoitotyö.1. painos. Helsinki: WSOY.

Muut lähteet:

Soini, H. Iäkkäiden ravitsemus. Luento Oulun kaupungin sairaala, Salokannel sali 21.4.2009.

LIITTEET

LIITE 1: Haastattelupyyntö

LIITE 2: Haastattelurunko

LIITE 3: Haastattelun analysointi

LIITE 4: Havainnoinnin analysointi

LIITE 5: Ravitsemustilan arviointi

LIITE 6: Ruokailun seuranta

LIITE 7: Nesteen saannin seuranta

LIITE 8: Pituuden arviointi kyynärvarren pituuden avulla

20.11.2009

HYVÄT ASiantuntijat

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Oulun seudun ammattikorkeakoulussa. Opiskeluun liittyy kehittämistehtävä ja aiheena työssäni on hyvä ravitsemus ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa.

Kehittämistyön tavoite on luoda ohjeet hoitohenkilökunnalle ikääntyneen hyvään ravitsemukseen, joiden avulla tehostetaan ikääntyneiden ravitsemusta pitkäaikaishoidossa.

Kehittämistyöni yhdessä tutkimustehtävässä on tarkoituksena selvittää haastattelujen avulla hoitajien näkemyksiä toteuttaa asukkaiden hyvää ravitsemusta pitkäaikaishoidossa. Haastattelua ohjaa SWOT – analyysi.

Pyydän sinua asiantuntijaksi haastatteluun/.....2009 klo Avoin ryhmähaastattelu nauhoitetaan ja haastattelu tapahtuu Hirosenkodin E-tilassa.

Henkilöllisyytesi ei paljastu missään vaiheessa. Haastatteluaineiston säilytän kotona, missä sen auki kirjoittaminen tapahtuu. Tuhoan nauhoituksen heti, kun olen saanut opinnäytetyöni valmiiksi. Yhteenvetoa haastattelusta kerron mielelläni opinnäytetyön edetessä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Opinnäytetyön yhteistyösopimuksen on Raija Asikainen allekirjoittanut elokuussa 2009.

Kiittäen Elli Nurro

Pitkäaikaislaitoksissa olevista asukkaista esiintyy tutkimusten mukaan paljon virhe/vajaaravitsemusta.

Miettikää tiimissä, mistä se voi johtua?

Miten tilanteeseen voi käytännön hoitotyössä vaikuttaa?

Mitkä asiat auttavat (mahdollisuus/vahvuus) hyvän ravitsemuksen toteuttamista?

Mitkä asiat heikentävät/estävät ravitsemuksen toteutumista?

Mikä on hoitohenkilökunnan/keittiön rooli asukkaiden hyvän ravitsemuksen toteuttamisessa?

Haastatteluteemat:

1. ruoka-ajat (suositus iäkkäille; useita pieniä aterioita, ateriat tulee jakautua tasaisesti)
2. ruokailuun käytettävä aika (muistihäiriöt, suun kunto, huono ruokahalu)
3. ruuan määrä/välipalat (huonosti syövät, käsien vapina jne.)
4. ruoan lämpötila
5. ruoan koostumus (kuitu, proteiini, vitamiinit, nesteen saanti)
6. ruokailuympäristö(toisen seura, äänekkyys)
7. ruokailussa käytettävät apuvälineet (huono näkö, kuulo, valaistus, värikkäät astiat)
8. lääkkeiden antoajat muulloin kuin ruoka-aikoina
9. toivomukset mieliruoasta/tutut ruoka-aineet
10. ruokailuapu (ruokailuasento, kiireettömyys, keskittyminen syötettävään)
11. muut hyvään ravitsemukseen vaikuttavat tekijät

VAHVUUDET

RUOKA-AJAT (vahvuudet)

- ... *ihanne, jos voisi tarjota iäkkäille pieniä aterioita kerralla ...*
- ... *aamupalan voisi tarjota heti työvuoron alussa ...*
- ... *saivat lääkkeet ajallaan ...*
- ... *aamupesut ajallaan asukkaille ...*
- ... *voidaanko ottaa yksilöllisyyttä enemmän huomioon ...*
- ... *lämpökärryjä osastolle ...*
- ... *lämpökärryt mahdollistaisivat hoidon porrastuksen ...*
- ... *ateriat pitää jakautua tasaisesti koko päivälle ...*
- ... *paastoaika lyhenee illan ja aamun välillä ...*

yksilöllisyyden huomiointi

lämpökärryt mahdollistaisivat hoidon porrastuksen
säännöllinen ateriarytmi

RUOKAILUUN KÄYTETTÄVÄ AIKA (vahvuudet)

- ... *saa syöttää sitten kun asiakas itse haluaa ...*
- ... *miellyttävämpi ruokailutilanne asukkaalle ...*
- ... *henkilökunta voi organisoida työtään paremmin ...*
- ... *jää enemmän aikaa muuhun työhön ...*
- ... *henkilökunta tietää asukkaiden mieltymykset ...*
- ... *antaisi asukkaalle paremman tilanteen ...*

yksilöllisyyden huomiointi

henkilökunta voi organisoida työtään paremmin

RUUAN MÄÄRÄ/VÄLIPALAT (vahvuudet)

- ... *asukkaiden tulisi saada useampia pieniä aterioita ...*
- ... *välipaloissa piltit olisivat helppo nielaista, ovat hyviä välipaloja ...*
- ... *pilttiruuat, niissä on potkua ja ovat hyvän makuisia ...*
- ... *saa päivän aikana syöttää ...*
- ... *säilyvät huoneen pöydällä ...*
- ... *jogurttijuomat ovat ravitsevia ja hyvänmakuisia ...*
- ... *tehosekoittajalla voi tehdä hedelmäsoseita ja pirtelöitä ...*

helppoja välipaloja osastolle, mahdollistaa useampien pienten aterioiden saannin
voi tarjota asukkaalle yksilöllisten toiveiden mukaan

RUUAN LÄMPÖTILA (vahvuudet)

... iltapalalla ruoka pysynyt hyvin lämpimänä ...
... lämpömittari osastolla ruuan lämpötilan mittaamiseen ...
... otan lautasen käteen, jos lautanen on kuuma, niin ruokakin on kuumaa ...

thyroksilaatikossa iltapalalla ruoka pysynyt hyvin lämpimänä
mahdollisuus tarkistaa ruuan lämpötila

RUOAN KOOSTUMUS (vahvuudet)

... koristeltu annos herättäisi ruokahalua ...
... runsaampi kuitu edistäisi vatsantoimintaa ...
... ulostuslääkkeiden käyttö vähenisi ...
... puurot tosi hyviä ...

kiinnitettävä huomioita lounaalla ruokien asettelussa lautaselle
kuitujen määrää lisättävä

RUOKAILUYMPÄRISTÖ (vahvuudet)

... tulee olla rauhallinen ...
... istuminen porrastetaan ...
... eliminoidaan ruokahalua laskevat seikat yleisissä tiloissa ...
... huomioidaan yksilöllisyys ...
... henkilökunta omaksuu samat käytännöt ...
... luodaan rauhallinen ruokailutilanne asukkaille ...

eliminoidaan ruokahalua vähentävät seikat yleisissä tiloissa
yksilöllisyyden huomiointi
yhteiset pelisäännöt henkilökunnalle

MIELIRUOKIEN TOTEUTUS (vahvuus)

... riisipuuroa useat vanhukset saavat ja ovat tottuneet syömään ...
... maitopohjaiset puurot ja vellit kovaa huutoa ...
... tutut ruoka-aineet ovat suosiossa ...
... syövät mieluummin perinteistä ruokaa ...
... iltapalalla keitot tykätympiä kuin raskaat laatikot yötä vasten ...
... vanhukset ovat tottuneet syömään puuroja ...
maitopohjaiset ja puurot suosittuja

perinteinen ruoka suosiossa

RUOKAILUAPU (vahvuudet)

... vuoteessa ruokaileville mahdollistettava hyvä ruokailuasento ...
... yksintyöskentely jää pois ...
... asukkaat valmiina ruokailuasennossa kun viedään ruoka ...
... siirrot miellyttävämpiä niin asukkaille kuin hoitajillekin ...
... säästää hoitajien aikaa, ei tarvitse odotella kaveria nosto avuksi ...

työn organisointi ennen ruokailua

jokaiselle vuoteessa ruokailevalle hyvä ruokailuasento

RUOKAILUN APUVÄLINEET (vahvuudet)

... erotetaan erivärisillä astioilla juomat ...
... huononäköinen erottaa eri juomat ...
... tukee omatoimisuutta ...
... helppo erottaa astiat toisistaan ...

yksilöllisyyden huomiointi apuvälineiden käytössä

LÄÄKKEIDEN ANTOAJAT (vahvuudet)

... lääke tulee antaa oikeaoppisesti ...
... huomioida enemmän, missä vaiheessa lääkkeet annetaan ...

vahvuutta henkilökunnalla lääketietämyksessä

oikea tiedon käytäntöön soveltaminen

MUUT HYVÄÄN RAVITSEMUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT (vahvuudet)

... eri makunautinnot lisäävät ruokahalua ...
... syötettäessä kerrotaan mitä annetaan, mieleinen ruoka lisää ruokahalua ...
... saadaan selville asukkaan mieliruoat ...
... kivun eliminoiminen pois ...
... kuntoileminen ja liikkuminen lisäävät ruokahalua ...
... tarjotaan yksi ruoka kerrallaan, ei sekoiteta ruokia keskenään ...

eri vaihtoehtoja tarjotaan

mieliruokien toteutus

kivun hoito

mahdollistetaan eri makunautinnot

KOULUTUS(vahvuus)

... ravitsemuksen osalta tulee saada henkilökunnan koulutusta ...
... ravitsemuksen asiantuntijat eri osastoilla ...

hyödynnetään ravitsemuksen asiantuntijoita

yhteiset osastotunnit

MAHDOLLISUUDET

RUOKA-AJAT (mahdollisuus)

... ravitsemustilaan kiinnitetään enemmän huomiota ...
... aamurytmi työssä parempi ...
... asukkaat saisivat aamupalan itselleen mieleiseen aikaan ...
... hoitajien työvuoroja pitäisi muuttaa/porrastaa ...
... mahdollistaa iltapalan asukkaille myöhäisemmäksi ...
... keittiön henkilökunnan pitäisi tulla aikaisemmin työhön ...
... henkilökunta voi antaa tietenkin jääkaapista esim. jogurtteja ...

yksilöllisyyden huomiointi

henkilökunta voi organisoida työtään paremmin

hoitohenkilökunnan työvuorosuunnittelu

keittiön henkilökunnan työvuorosuunnittelu

RUOKAILUUN KÄYTETTÄVÄ AIKA(mahdollisuus)

*... jos aikaa olisi enemmän, niin tarjoaisi jotakin muuta syötävää asukkaille ...
... asukkaat olisi pesty ennen aamupalaa ...*

työvuorossa riittävästi henkilökuntaa

RUOAN MÄÄRÄ/VÄLIPALAT (mahdollisuudet)

*... kannattaa olla yhteydessä keittiölle, että huomioisivat annoskoot ...
... keittiön pitäisi petrata tähän ...*

keittiö kiinnittää huomioita annoskokoihin

yhteistyö keittiön kanssa

RUOAN LÄMPÖTILA (mahdollisuudet)

*... käyty usein keittiöllä puhumassa lämpöalustoista ...
... hoitajien pitäisi pystyä määrittelemään ruokien lämpötila ...
... hoitajien tulee enemmän kiinnittää huomioita ruokien lämpötilaan ...
... hyvä keino testata nesteen lämpötila on tiputtaa muutama pisara kämmenelle ...*

lämpöalustoja lautasten alle lounaalla

hoitajat kiinnittävät enemmän tarjotun ruuan lämpötilaan asukkaalle

RUOAN KOOSTUMUS (mahdollisuudet)

*... lesetä voi lisätä ruokiin ...
... leipää voi liottaa tai lisätä ruuan mukaan ...
... leivän reunat otetaan pois, voi syödä omasta kädestä ...
... moni hampaatonkin voi syödä pehmeää leipää ...
... leivän voi pieniä soseruuan joukkoon ...*

käytettävä eri vaihtoehtoja kuidun lisäämiseksi

RUOKAILUYMPÄRISTÖ (mahdollisuudet)

*... äänekkäät ruokailijat ruokailevat omissa huoneissa ruokailuaikoina ...
... katsoa ketä tuodaan ruokailuaikoina yleisiin tiloihin syömään ...*

... kaikkien ruokailijoiden hyvä keskittyä ruokailuun ...
... rauhoitetaan ruokailutilanne sulkemalla radio ja televisio ...

yksilöllisyyden huomiointi yhteisissä tiloissa
yhteiset pelisäännöt henkilökunnalle

MIELIRUOKIEN TOTEUTUS (mahdollisuus)

... vellit mm. sopivat hyvin välipalallakin ...
... puuroista vanhukset saavat kuituja ...
... kuitu edistää vatsantoimintaa ...
... ainut on riisipuuro, joka tulee joillekin asukkaille ...
... marjapohjaiset ruuat hyviä ja suosittuja ...

maitopohjaiset ruuat suosiossa, yleensä puurot
kuitujen määrä ruokavaliassa lisääntyy

RUOKAILUAPU (mahdollisuudet)

... hyvä ruokailuasento mahdollistaa miellyttävän ruokailuhetken ...
... ruokailuasentoon hoitajien kiinnitettävä enemmän huomioita ...
... ennen ruokailua asukkaat laitetaan hyvään ruokailuasentoon ...
... kun vie ruuan asukkaalle, varattava aikaa kertoa mitä ruokaa on tarjolla ...
... auttaa rauhassa lusikka käteen omatoimisille ruokailijoille ...
... ja katsoa miten ruokailu onnistuu itseltä ...

hyvä oheistus ja toimintakyvyn tukeminen ennen ruokailua asukkaalle
työn organisointi ennen asukkaiden ruokailua

RUOKAILUN APUVÄLINEET (mahdollisuudet)

... uudenlaiset reumalusikat ovat keveämpiä ja lusikasta saa paremman otteen ...
... värikkäät laajemmat liukuesteet ruokailuvälineiden alle ...
... mahdollistetaan hyvä valaistus ...

hyvä valaistus
yksilöllisyyden huomiointi apuvälineiden käytössä, käytetään niitä enemmän

LÄÄKKEIDEN ANTOAJAT(mahdollisuudet)

- ... *omatoimisille ruokailijoille annetaan ensin lääkkeet, sitten jatkavat ruokailua...*
- ... *yski tai kaksi hoitajaa voisi jakaa lääkkeet ...*
- ... *missä vaiheessa tämä tapahtuisi ...*
- ... *voiko systeemiä jotenkin kehittää? ...*
- ... *syötettävälle voi lääkkeet antaa myöhemminkin ...*

yksilöllisyyden huomiointi lääkkeiden annossa

oikea-aikainen lääkkeen anto, työnjakoa kehitetään lääkityksessä

MUUT HYVÄÄN RAVITSEMUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT (mahdollisuudet)

- ... *hoitaja voi seurata ilmeitä ja eleitä syötettäessä ...*
- ... *saadaan selville mistä ruuasta asukas pitää ...*
- ... *tuetaan liikkumista ja kävelytetään asukkaat ruokailemaan päiväsalin ...*
- ... *istumassa oleville tarjotaan nestettä ...*
- ... *enemmän kiinnitettävä huomiota vuoteessa olevien juottamiseen ...*
- ... *huonosti juoville tarjotaan eri vaihtoehtoja ...*
- ... *sakeutetaan juominen, tarjotaan piimää, soppaa ...*
- ... *käytettävä eri kikkoja huonosti nielevien kohdalla; lusikkaa lääkelasia jne ...*
- ... *pitkäjännittyyttä juottamisessa ...*

enemmän henkilökuntaa, taataan rauhallinen syöttäminen, kuntoutus

nestettä tarjotaan enemmän kaikille asukkaille

pitkäjänteisyyttä juottamiseen huonosti nieleville, eri vaihtoehtojen huomiointi

KOULUTUS(mahdollisuus)

- ... *annetaan talon sisäistä koulutusta ...*
- ... *osastotunneilla keskustellaan vanhusten ravitsemuksen erityispiirteistä ...*
- ... *monet asukkaat sairastavat diabetesta ...*
- ... *heidän ravitsemukseen enemmän huomiota ja koulutusta ...*

tietoa lisää eri erikoisruokavalioista

ravitsemuskansio

ESTEET

RUOKA-AJAT (esteet)

... eivät jaksu syödä yhdellä kertaa paljoa ...
... nämä meidän ruoka-ajat osastolla, jotka on määrätty ...
... ruoka tulee määrättyyn aikaan ja se tulee antaa silloin ...
... ei voi jatkuvasti antaa jotakin uutta ...
... joudutaan toimimaan keittiön mukaan ...
... esteenä ovat henkilökunnan työajat ...
... ei saa tilata ylimääräisiä ...

määrätyt ruokailuajat

keittiön toiminta rajoittaa

taloudellisuuden huomiointi ruokatilauksissa

henkilökunnan työajat

RUOKAILUUN KÄYTETTÄVÄ AIKA (esteet)

... ruokailun aikaan lounaalla on tosi hässäkkä ...
... henkilökuntaa syöttämässä viikonloppuisin /iltaisim tiimissä kaksi hoitajaa ...
... on jouduttava syöttämään seuraavaa ...
... jos ei syö suosiolla, on lähdettävä syöttämään toista ...

henkilökunta määrä etenkin iltaisim ja viikonloppuisim

kiire työssä, ruokailu tapahtuu määrättyyn aikaan, keittiö rajoittaa

RUOKA MÄÄRÄ/VÄLIPALAT (esteet)

... lounaalla annokset joko isoja tai pieniä ...
... me yritetään syöttää kaikki ...
... kun tarkkailee annoksia toisilla voi olla iso annos ja isolle miehellä voi olla hyvinkin pieni annos ...
... näkee ja riippuu kyllä siitä, kuka siellä on ollut jakamassa annoksia ...
... toisena päivänä tulee hyvin pieniä annoksia, toisena päivänä tulee valtavan isoja annoksia ...
... katsooko ne aina ruokavalioita? ...
... joudutaan juoksemaan ja hakemaan kun on jäänyt pois ...

keittiö kiinnittää annoskokoihin huomiota

paljon ruokaa tarjotaan yhdellä kertaa

Yhteistyö keittiölle, tarkkuutta ruokavalioihin ja ruokatilauksiin

RUOAN LÄMPÖTILA (esteet)

*... ruuan lämpötila on ainainen ongelma...
... lämpöalustoja ei tahdo olla ...
... hyödynnetäänkö me sitä lämpömittaria tarpeeksi? ...
... jos ruoka lähtiessä on oikean lämpöistä, mitä se siten on kun me viimeisille
asukkaille syötetään ...
... riisipuuro vaikea saada lämpimäksi, vaikka yritetään pitää kauankin uunissa
hyvällä lämpötilalla ...
... ruoka ei kunnolla lämpiä, kun on iso kattila ...
... onko kahvi yleensä hyvä tarjota ruuan yhteydessä aamulla ...
... se voi estää joitakin juttuja imeytymästä esim. rauta ...*

lämpöalustat eivät ole kaikissa ruuissa

riisipuuro vaikea saada lämpimäksi, tulee kylmänä illalla osastolle

ruokia joudutaan lämmittämään mikrossa

kuumien juomien ja lääkkeiden yhteisvaikutus

RUOKA-AJAT (uhkat)

*...aika on rajallista...
...ongelmana on työ rahakysymys...
...kaikki maksaa ja kaikessa pitää säästää...*

kiire työssä

taloudellinen asia aina ruokatilauksissa huomioitava

RUOKAILUUN KÄYTETTÄVÄ AIKA (uhkat)

*...aika on rajallista...
...ei yhtä ihmistä jouda kauan syöttämään...*

kiire, henkilökuntaa vähän

RUOAN MÄÄRÄ/VÄLIPALAT (uhkat)

*...tulee ruokaa yhdellä kertaa hirveän paljon...
...ennen kahvi tarjottiin myöhemmin...
...itse tarjoaisin kahvin joskus neljän maissa...*

*...myös lounaan jälkeen nopsaan meillä tarjotaan se kahvi, mikä ei ole paras mahdollinen juttu, koska vanhukset ovat juuri syöneet vatsansa täyteen...
...tulee pitkä väli ruokailujen välille, koska ensimmäiset syö lounaan yhden maissa ja iltapala saattaa olla puoli seitsemän maissa...
...sitten ruuat jakautuisivat tasaisemmin pitkin päivää...*

paljon ruokaa yhdellä kertaa

kahvi tarjotaan myöhemmin

ateriat jakautuvat tasaisesti koko päivälle

paastoaika lyhenee

RUOAN LÄMPÖTILA (uhkat)

*...viimeisillä syötettävillä ruoka haaleaa...
...onko hyvä asia mikrossa niitä lämmittää...
...asiakkaatkin joskus sanovat, eikö ruoka voisi olla lämpimämpää...
...samoin lounasruoat jäähtyvät, silloin kun on vähempi henkilökuntaa syöttämässä silloin viimeiset joutuvat kauankin odottamaan lounasta ja ruuat ehtivät jäähtyä...
...toinen ääripää on kuumat ruuat...
...kuuma ruoka voi aiheuttaa rakkuloita ja haavaumia suuhun...
...sitten tulee näitä ruokahaluttomuusongelmia...
...aamupalalla on oltava tarkempi ruuan lämpötilan kanssa, koska puuro on vasta keitetty ja samoin kahvit ja tee...
...kuuman kahvin kanssa on oltava varovainen jo asukkaan turvallisuudenkin vuoksi...
...kuuma kahvi saattaa vahingossa kaatua asukkaan päälle ja näin polttaa ihoa...*

kaikkien asukkaiden saatava ruoka lämpimänä

henkilökuntaa ei aina tarpeeksi syöttämässä

varovaisuutta kuumien juomien/ruokien tarjoilussa

RUOAN KOOSTUMUS (uhkat)

*... kuitua vanhukset saavat liian vähän ...
... soseruokaa syövillä kuidun saanti vähäistä ...
... leipä soseruokaa syövilta jää usein pois ...
... leivän lisääminen soseruokaan lisää valvontaa ...*

soseruokaa syöville enemmän kuitua
työntekijöitä enemmän, valvonta lisääntyy

RUOKAILUYMPÄRISTÖ (esteet)

... kaikki eivät sovi/viihdy kaikkien kanssa ...
... äänet estävät keskittymistä ruokailuun ...

yksilöllisyyden huomiointi
henkilökunnalle yhteiset pelisäännöt

MIELIRUOKIEN TOTEUTUS (esteet)

... mieliruokia voi toteuttaa aika rajallisesti ...
... iltapalalla eksoottisen tuoksuisia ruokia ...
... vanhukset eivät ole tottuneet syömään voimakkaasti maustettuja ruokia ...
... puurojen tarjontaa ei nykyisin iltapalalla ole ...
... ei pysty tilaamaan/ostamaan mieliruokia ja välipaloja kuten esim. pilttiruokia
kun kaikki ylimääräinen maksaa ...

puuroja lisää iltapalle
vanhukset eivät pidä maustetuista ruuista
vaihtoehtoja välipaloissa

RUOKAILUAPU(esteet)

... työaikojen järjestely siten, että ruokailuaikoina on enemmän syöttäjiä ...
... työajanlyhennykset siten, että lounaalla on syöttäjiä ...
... kun ruoka tulee asukkaille, silloin mennään syöttämään ...

panostetaan enemmän ruoka-aikoihin
työvuorosuunnitteluun enemmän kiinnitettävä huomioita

RUOKAILUN APUVÄLINEET(esteet)

... vähän apuvälineitä ...
... astiat tulevat osaston ulkopuolelta ...

... vaikea vaikuttaa astioiden väreihin ...

yhteistyö keittiön kanssa ruokailu- ja apuvälineissä

LÄÄKKEIDEN ANTOAJAT (esteet)

... lääkkeet annetaan ensin ennen ruokailua, voivat jäädä pyörimään suuhun ...

... unohtuuko lääkkeiden anto, jos ei näin toimita? ...

... missä välissä lääkkeet käydään antamassa? ...

... enemmän kiinnittää huomioita lääkkeiden yhteisvaikutuksiin ja antoaikaan ...

määrätyt henkilöt hoitavat lääkkeiden annon ennen lounasta

lääkkeiden yhteisvaikutuksiin kiinnitetään enemmän huomiota

MUUT HYVÄÄN RAVITSEMUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT (esteet)

... hoitajien tulee kiinnittää enemmän huomiota asukkaiden juottamiseen ...

... asukkaiden nesteen saanti henkilökunnan aktiivisuudesta usein kiinni ...

... pitkäjänteisyyttä juottamisessa ...

... ei tarjota sitä mikä ei maistu ...

... omatoimisille ruokailijoille kerrotaan eri ruokavaihtoehdot ...

mieliruokien toteutus

kaikki panostavat juottamiseen

hyvät esivalmistelut omatoimisille ruokailijoille, kerrotaan eri vaihtoehdot

MIELIRUOKIEN TOTEUTUS (uhkat)

...mausteisia ruokia päätyy enemmän jätteisiin...

ruokajätettä tulee paljon

RUOKAILUAPU (uhkat)

... kiirettä ei voida välttää...

... esityöt tulee tehdä rauhassa ...

...samassa huoneessa syötettäessä asukasta hoitajat eivät keskustele keskenään...

... keskityttävä syötettävään ...

keskitytään syötettävään
rauhallinen esivalmistelu ennen ruokailua

LÄÄKKEIDEN ANTOAJAT (uhkat)

... lääkkeet vaikuttavat ruokahaluun ...
... mitä tapahtuu kun lääkkeet annetaan yhtä aikaa lämpimän ruuan kanssa...

lääkkeiden yhteisvaikutus
lääkkeiden vaikutus ruokahaluun

KOULUTUS (uhkat)

... koulutusmäärärahat vähissä ...

ravitsemusterapeutin pitämät koulutustilaisuudet hyödynnetään
tietoa viedään koulutuksista osastolle

MUUTA

... vanhus voi tehdä päätöksen olla syömättä ...
... hoitajat eivät saa tuntea huonoa omaa tuntoa ...
... terminaalivaiheessa asukkaan ravitsemus on tärkeä asia ottaa huomioon ...
... vanhuksen päätöstä tulee kunnioittaa ...
... monesti vanhuksen syömättömyys on vaikea vanhuksen omaisille ...
... omaiset voivat tuntea syyllisyyttä ja siirtävät sitä hoitajiin ...
... tietoa omaisille nesteytyksen hyödyllisyydestä ...
... avoin keskustelu eettisistä asioista ...
... palaverit lääkärin kanssa järjestetään ...

itseään määräämisoikeuden kunnioittaminen elämän loppuvaiheen ravitsemuksessa
hyvä yhteistyö omaisten/ lääkärin kanssa
hoitohenkilökunta toimii yhteisten hoitolinjojen mukaan

RUOAN KÄSITTELY SUUSSA

VAHVUUDET omat hampaat/proteesit käytössä, kokonainen ruoka, ruoan pureskeleminen lisää syljen eritystä, kuidun saanti hyvä	HEIKKOUEDET kuitua asukkaat saavat vähemmän, lisää ummetusta ja myös pureskelu vähenee ja tätä kautta syljen eritys
MAHDOLLISUUDET mikäli hampaita ei käytössä, leivän voi liottaa, pieniä tai ottamalla kuoret pois, leivän syönti onnistuu valvottuna niillä, joilla ei ole hampaita käytössä tai käytössä vain osittain, soseruokaa syöville voi kuidun saantia lisätä ruiskorppujauhoa käyttämällä	UHKAT suun infektiot lisääntyvät, kipeä suu vaikeuttaa ruokailua

RUOAN RAKENNE

Soseruokaa söi asukkaista kahdeksan. Kokonainen ruoka oli neljällä asukkaalla.

VAHVUUDET maku säilyy kokonaisessa ruoassa paremmin	HEIKKOUEDET ruoan maku kärsii soseutettuna, annos ei herätä ruokahalua
MAHDOLLISUUDET annoksen tulee herättää ruokahalua	UHKAT makunautinnot jäävät vähäisiksi, eri ruokalajit sekoittuvat herkästi keskenään

NESTEEN/PROTEIININ SAANTI

Rajoittuu vuoteessa oleville lähinnä ruoka-aikoihin, kuusi asukasta joi runsaasti nestettä, vastaavasti kuusi joi nestettä vähän. Maito oli kaikilla ruokajuomana. Maitoa hyvin joi päivittäin neljä – viisi asukasta. Nieleminen oli huonoa neljällä asukkaalla.

VAHVUUDET ruoka-aikoina omatoimiset juovat nestettä/ maitoa enemmän	HEIKKOUEDET huonosti nielevät ja enemmän apua tarvitsevat asukkaat saavat vähemmän nestettä, herkästi aspiroivat
MAHDOLLISUUDET nestettä tarjotaan huoneissa käydessä eri tekniikoilla ja proteiinipitoisia ruokia tarjotaan enemmän, tarvittaessa sakeutetaan tai tarjotaan sakeampia juomia	UHKAT elimistö kuivuu, yleiskunto laskee, infektioita herkemmin

OMATOIMISUUDEN TUKEMINEN

Säännöllisesti istui seitsemän asukasta, heistä viisi kävelytettiin päiväsalin istumaan ja omatoimisuutta tuettiin mm. liikunnan ja ruokailun avulla. Yksi asukas liikkui pyörätuolilla itsenäisesti. Asukkaiden ylhäällä oloon vaikutti päivittäinen henkilökuntamäärä ja myös tutut hoitajat. Tavoitteena oli kuitenkin, että vähintään kerran päivässä asukkaat olivat ylhäällä voinnin mukaan. Käytössä oli istumalista, johon merkittiin kävelytys ja ylhäällä olo.

VAHVUUDET jäljellä oleva toimintakyky käytössä, syö itse	HEIKKOUEDET tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa ja ruokailussa
MAHDOLLISUUDET ruokailun ja liikunnan avulla tuetaan jäljellä olevaa toimintakykyä	UHKAT täysin autettava vuodepotilas

PÄÄTÖKSENTEKOKYKY

Viisi asukasta pysyi esittämään omia toiveita liittyen omaan hoitoon ja mieliruokiin. Heidän toimintakyky oli parempi ja ruokailu onnistui itseltä omatoimisesti, ohjattuna ja ruoat tarjottiin ositettuna. Lisäksi yksi asukas söi itse, kun oli istumassa. Kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta, pakko ei ole syödä, mutta juomista on tarjottava.

VAHVUUDET osallistuu itseään koskevan hoitoon esittämällä toiveita	HEIKKOUEDET alentunut päätöksentekokyky heikentää mahdollisuutta osallistua itseään koskeviin päätöksiin
MAHDOLLISUUDET esitetään vaihtoehtoja asukkaalle, mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon säilyy	UHKAT hoitaja tekee asukkaan puolesta päätökset, kiire hoitotyössä voi johtaa siihen, ettei asukas aina saa tarpeeksi huomiota

LÄÄKKEIDEN ANTOAIKA

Lääkkeet annetaan ruokailujen yhteydessä. Lääkkeet tarjotaan jokaiselle sopivassa olomuodossa, osalle asukkaista lääkkeet on jauhettava tai lietettävä, etupäässä soseruokaa syöville. Lääkkeiden tarjoaminen ruoan yhteydessä alentaa ruoan makua ja ruokahalua. Lääkkeiden vaikutus heikkenee ja oikea antoaika ei toteudu kaikkien lääkkeiden kohdalla mm. Thyroxin ja rautalääke.

VAHVUUDET lääkkeen oikea teho hyödyksi	HEIKKOUEDET lääkkeiden vaikutus heikkenee ja ruokahuu laskee
MAHDOLLISUUDET lääkehoito ja ruokailu toteutetaan omina osioina	UHKAT lääkkeet jäävät antamatta, ruoka ei maistu ja asukas kieltäytyy syömästä

RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI

Tehdään MNA – testi, syödyn ja juodun nesteiden määrän seuranta ruoka päiväkirjan avulla jokaiselle asukkaalle.

VAHVUUDET saadaan selville asukkaan ravitsemustila	HEIKKOUEDET ravitsemustiedon vähäisyys
MAHDOLLISUUDET saadaan selville asukkaiden mahdollinen virheravitsemus	UHKAT ravitsemustila jää arvioimatta, henkilökunnan asenne

YHTEISTYÖ RAVITSEMUKSEN JÄRJESTÄMISESSÄ

Asukkaiden ravitsemuksen toteuttamisessa yhteistyö kaikkien ruokahuoltoon osallistuvien kanssa on välttämätöntä ja yhteistyötä kehitetään jatkuvasti.

VAHVUUDET asukas saa yksilöllisen ravitsemushoidon	HEIKKOUEDET yhteistyö ei pelaa hoitohenkilökunnan ja ruokahuollon välillä
MAHDOLLISUUDET kehitetään yhteistyössä asukkaiden ravitsemushoitoa	UHKAT asukkaiden riittävä ravinnon saanti ei toteudu

TÄYDENNYSRAVINTOVALMISTEET

Ravitsemustilan arvioinnin perusteella täydennysravintovalmisteita tarjottiin seitsemälle asukkaalle muun ruoan lisäksi. Tehostettu ravitsemus näkyi virkeytenä ja jaksoivat istua pitempään, ruokahalu parani osalla ja myös proteiinipitoiset valmisteet auttoivat mm. haavan paranemisessa.

VAHVUUDET saa vitamiineja ja kivennäisaineita, jos ruokavalio on puutteellinen	HEIKKOUEDET tiedon puute täydennysvalmisteiden vaikutuksista, henkilökunnan asenne voi myös vaikuttaa niiden käyttöön hoidossa
MAHDOLLISUUDET yleiskunto kohenee	UHKAT puutteellinen ravitsemus



Mini Nutritional Assessment MNA®

Sukunimi:		Etunimi:			
Sukupuoli:	Ikä:	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

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 tai masennus
1 = lievä dementia
2 = ei ongelmia

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

0 = BMI on alle 19
1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21
2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23
3 = BMI on 23 tai enemmän

Seulonnan tulos

(välisumma 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

1 = kyllä 0 = ei

H Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin kolme reseptilääkettä

0 = kyllä 1 = ei

I Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

0 = kyllä 1 = ei

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J Gerontol 2001;56A: M366-377
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
Enemmän tietoa löydät: www.mna-elderly.com -sivuilta.

J Päivittaiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

0 = 1 ateria
1 = 2 ateria
2 = 3 ateria

K Sisältääkö ruokavalio vähintään

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

L Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia

0 = ei 1 = kyllä

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

0.0 = alle 3 lasillista
0.5 = 3-5 lasillista
1.0 = enemmän kuin 5 lasillista

N Ruokailu

0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä
1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua
2 = syö itse ongelmitta

O Oma näkemys ravitsemustilasta

0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus
1 = on epävarma ravitsemustilastaan
2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia

P Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin

0.0 = ei yhtä hyvä
0.5 = ei tiedä
1.0 = yhtä hyvä
2.0 = parempi

Q Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)

0.0 = OVY on alle 21 cm
0.5 = OVY on 21-22 cm
1.0 = OVY on yli 22 cm

R Pohkeiden ympärysmitta (PYM cm)

0 = PYM on alle 31 cm
1 = PYM on 31 cm tai enemmän

Arviointi (maksimi 16 pistettä)

Seulonta

Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)

Ravitsemustilan arviointiasteikko

17-23,5 pistettä riski virheravitsemukselle kasvanut

alle 17 pistettä kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta

MNA on tutkimuksissa validoitu mittari, eikä sen kysymyksiä saa muuttaa. Tätä ohjeistusta voi sen sijaan muokata käyttäjien tarpeiden mukaan helposti ymmärrettäväksi.

Tavoite:

MNA –testiä voidaan käyttää yli 65-vuotiaiden henkilöiden virhe- tai aliravitsemusriskin määrittämiseksi. Käyttäjäoppaan avulla opit täyttämään lomakkeen tarkasti ja yhdenmukaisesti. Ohjeessa käydään läpi jokainen MNA –testin kysymys ja siinä kuvaillaan myös pisteiden laskemista.

MNA-testi eli Mini Nutritional Assessment:

MNA –testi suo yksinkertaisen ja nopean keinon tunnistaa iäkkäät henkilöt, jotka kärsivät ali- tai virheravitsemuksesta tai joilla on lisääntynyt riski virhe- tai aliravitsemukselle. MNA –testi voidaan suorittaa avohoidossa tai hoitolaitoksessa.

Seulonta

1. *Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruoansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia?*
Onko asukas/asiakas syönyt viimeisen kolmen kuukauden aikana vähemmän kuin normaalisti? Johtuuko se ruokahaluttomuudesta, puremis- tai nielemisongelmista? Jos vastaus on myönteinen, kysy onko hän syönyt huomattavasti vähemmän vai vain hiukan vähemmän kuin ennen?
2. *Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana*
Laske painonpudotus aiemmin mitatusta painosta. Mikäli painoa ei ole mitattu, käytä lomakkeesta vaihtoehtoa ”ei tiedä”
3. *Liikkuminen*
Onko asukkaalla/asiakkaalla liikuntarajoituksia? Jos on, kuinka suuria rajoitukset ovat. Voiko hän liikkua rajoituksetta ilman apuvälineitä tai apuvälineiden kanssa. Voiko hän siirtyä itse sängystä pyörätuoliin ja päinvastoin? Pystyykö hän liikkumaan ulkona ilman apuvälineitä tai niiden kanssa? Jotta vanhus voi testissä saada 2 pistettä, hänen on kyettävä liikkumaan ulkona joko ilman apuvälineitä tai niiden kanssa.
4. *Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus*
Psyykkisellä stressillä tarkoitetaan sellaisia tapahtumia, jotka johtavat vanhuksella huomattaviin seurauksiin yksilötasolla. Esimerkiksi omaisen menetys, muutto vanhainkotiin jne.. Akuutilla sairaudella tarkoitetaan tässä sairautta, joka on vaatinut lääkärissä käyntiä tai sairaalahoitoa. Se voi olla myös krooninen sairaus, joka on huonontunut niin että on tarvittu lääkäreitä.
5. *Neuropsykologiset ongelmat*
Asukkaan/asiakkaan potilasasiakirjoista tarkistetaan maininta dementiasta tai depressiosta. Jos asiakirjoista ei löydy mainittuja diagnooseja, mutta hoitajien mielestä tutkittavan muisti on heikentynyt tai hän on masentunut, annetaan 1 piste (lievä dementia, depressio yms.)
6. *Painoindeksi eli BMI (= paino/ (pituus)² = kg/m²)*
Paino ja pituus kirjataan kyselylomakkeen alkuun niille varattuun kohtaan. BMI arvioidaan jakamalla paino (kiloissa) pituuden neliöllä (metreissä).

Käytä apuna BMI-**taulukkoa.**

$$\text{BMI} = \frac{\text{paino (kg)}}{\text{pituus (m}^2\text{)}}$$

Pituuden mittaus:

1. Pituus selvitetään luotettavasti aiemmista tiedoista, potilaalta itseltään tai omaiselta, esim. tiedossa oleva passiin / sotilaspassiin kirjattu pituus, tai
2. Mitataan pituusmitalla pystyasennossa, ellei potilas ole voimakkaasti kumara, tai
3. Mitataan potilaan maatessa tasaisella vuoteella selällään mahdollisimman suorassa tai
4. Mitataan puolikas demispan pituus ja käytetään muuntotaulukkoa pituuden saamiseksi. Puolikas demispan mitataan keskisormen ja nimettömän tyvestä rintalastan keskikohtaan.
5. Muuntotaulukko:
Naiset: Pituus senttimetreissä = (1,35 x puolikas demispan senttimetreissä) + 60,1
Miehet: Pituus senttimetreissä = (1,40 x puolikas demispan senttimetreissä) + 57,8

Kun seulontaosan kysymyksiin on vastattu, laske pisteet yhteen.

JATKA MNA-LOMAKKEEN ”ARVIOINTIOSAAN”.

ARVIOINTI

7. Asuuko haastateltava kotona?

Palvelutalossa, vanhainkodissa ja pitkäaikaisosastolla asuvan kohdalla vastataan tähän kysymykseen ”ei”.

8. Onko päivittäisessä käytössä enemmän kuin 3 reseptilääkettä

Kyseeseen tulevat lääkärin määräämät lääkkeet, jotka asukas ottaa säännöllisesti, ei siis tarvittaessa otettavat lääkkeet.

9. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla?

Kysy haavaumista asukkaalta. Painchaavan eri asteita ovat ehjällä iholla oleva punoitus, joka ei häviä asennonmuutoksessa, rakkula tai halkeama epiteelikudoksessa, koko ihon paksuuden käsittävä haava. Huomioon otetaan myös säärihaavat sekä muut ihorikot.

10. Syökö vanhus päivittäin lämpimiä/täysipainoisia aterioita

Täysipainoiseksi ateriaksi määritellään aamiaisen/aamupala, lounas ja päivällinen. Tärkeää on, että ateriat koostuvat eri ruoka-aineista, joista saadaan monipuolisesti ravintoaineita. Täysipainoisessa ateriasa on sekä perunaa/riisiä/pastaa että lihaa/kanaa/kalaa ja kasviksia (vihanneksia/juureksia). Aamiaisella tai iltapalalla vaihtoehtoisesti voi olla puuroa/velliä/viiliä sekä voileipää leikkeleen/juuston kera ja hedelmää/marjoja/täysmehua/kasviksia.

Pisteissä otetaan huomioon, jos asukas syö vain osan ateriaan kuuluvista ruoka-annoksista, vaikka ne tarjotaan hänelle.

11. Sisältääkö ruokavalio joka päivä vähintään

- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, piimä, juusto, viili, jogurtti).
- kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruoissa, esim. laatikoissa)
- lihaa, kalaa, kanaa tai kalkkunaa päivittäin

Kysymyksillä saadaan kuva vanhuksen proteiinin saannista.

Yksi annos maitoa/viiliä/jogurttia/piimää = 2 dl

HELSINGIN KAUPUNKI
Sosiaalivirasto ja Palmia

Ruokailun seurantalomake 1 (2)

RUOKAILUN SEURANTA

Alipainoisten ja huonosti nielevien sekä ruokahaluttomien asukkaiden aliravitsemustilan ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi asukkaan ruokailua on seurattava ainakin parin päivän osalta, jotta voidaan arvioida, syökö asukas riittävästi. Tarvittaessa konsultoidaan ravitsemusterapeuttia.

Asukkaan nimi		Osasto	Päiväys
Perusruokavalio <input type="checkbox"/>	Erityisruokavalio mikä:		Annoskoko <input type="checkbox"/> yksi annos <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1,5 annosta
Ruuan rakenne	<input type="checkbox"/> normaali <input type="checkbox"/> sosemainen	<input type="checkbox"/> pehmeä <input type="checkbox"/> nestemäinen	
Asukkaalle tarjottu ruoka	Määrä	Arvio asukkaan syömästä ruokamäärästä	Muita huomioita
Aamuateria:			
Puuroa/velliä		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Täysmehua/tuoreannos		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Maitoa/viiliä/jogurttia		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leipää, viipaleita		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leipärasva		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leikkelettä, viipaleita		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Sokeria, palaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Lounas:			
Pääruokaa, annos		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Perunaa/riisiä /pastaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Kasviksia		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Maitoa/piimää		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leipää, viipaleita		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leipärasvaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Jälkiruokaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Päiväkahvi:			
Kahvia/teetä		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Maitoa/kermaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Sokeria, palaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Kahvileipää		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	

HELSINGIN KAUPUNKI
Sosiaalivirasto ja Palmia

Ruokailun seurantalomake 2 (2)

Asukkaalle tarjottu ruoka	Määrä	Arvio asukkaan syömästä ruokamäärästä	Muita huomioita
Päivällinen:			
Laatikko-, pata- tai keittoruokaa, annos		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Maitoa/piimää		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leipää, viipaleita		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leipärasva		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Jälkiruokaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Ilta-ateria:			
Leipää, viipaleita		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leipärasvaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Leikkelettä, viipaleita		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Tuoreannos/täysmehua		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Sokeria, palaa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Muuta, esim.			
Mehukeittoa		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Puuroa/velliä		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Pirtelöä		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Maitoa, piimää		<input type="checkbox"/> Kaikki <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼ <input type="checkbox"/> Ei mitään	
Asukkaan pituus cm	Asukkaan paino kg	BMI	
Arvio energian saannista			

Annoskoot:

1 annos = 1800 kcal (7.5 MJ)

Sosiaalivirasto ja Palmia

NESTEEN SAANNIN SEURANTA

Päivämäärä	Asukkaan nimi
------------	---------------

Kelloaika	Tarjottu nestemäärä	Nautittu nestemäärä	Huomautuksia

Mitä lasketaan nesteisiin?:
vesi, mehut, kahvi, tee
virvoitusjuomat, kivennäisvedet
kotikalja
maito piimä
viili, jogurtti
kiisselit
vellit
puurot
keittoruokien liemi
pirtelöt
täydennysravintovalmisteet

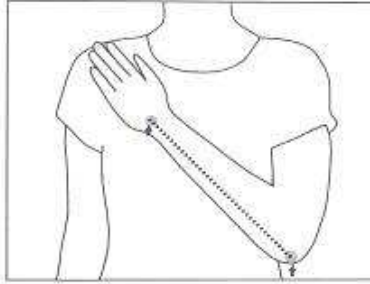
Talousmittoja (Lähde: Annoskuvakirja. KTL ja Helsingin yo):
juomalasillinen= 170 ml
kahvikupillinen= 110 ml
teekupillinen = 170 ml
teemukillinen = 220 ml

Muuta huomioitavaa:
Kiinteästä ruoasta tulee nestettä n. 700-800 ml/vrk. *Nesteen kokonaistarve on 2-3 litraa/vrk.*
Jos asukkaan nesteen saantia pitää arvioida tarkasti esim. dialyysipotilaat, otetaan huomioon myös hedelmien, marjojen ja kasvien sisältämä neste.

Liite 8: Pituuden arviointi kyynärvarren pituuden ja polven korkeuden avulla LIITE 8/1

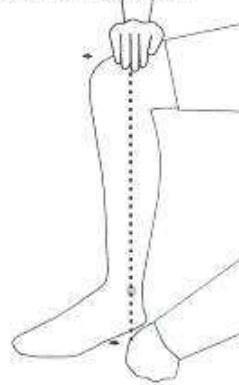
(i) Kyynärvarren pituus

- Potilasta pyydetään koukistamaan käsivartensa (vasen käsi, mikäli mahdollista), kämmen rintaa vasten, sormet osoittaen kohti vastapäistä olkapäätä.
- Mittanauhaa käyttäen mitataan kyynärvarren pituus kyynärpään päästä (olecranon) ranteen esiin työntyvän luun (kyynärluun puikkolisäke, processus styloideus ulnae) keskikohtaan saakka 0,5 cm:n tarkkuudella.
- Seuraavalla sivulla (s. 15) olevan taulukon avulla kyynärvarren pituuden voi muuntaa koko kehon pituudeksi.



(ii) Polven korkeus

- Mitataan vasen jalka, mikäli mahdollista
- Mitattavan henkilön tulee istua tuolilla ilman jalkineita, polvi ja nilkka suorassa kulmassa
- Mittaaja pitää mittanauhaa keskisormen ja nimettömän välissä siten, että lukema 0 on sormien välissä.
- Mittaaja asettaa mittanauhaa pitelevän kämmentensä poikittain mitattavan henkilön reiden päälle, noin 4 cm päähän polven etuosasta ja pitää sormet suorina.
- Mittanauha suoritetaan lattiaa kohti säären sivulta nilkan ulostyöntyvän luun (ulkokehäras, malleolus lateralis) kohdalta. Mittauslukema luetaan lattiapinnasta ja pyöristetään lähimpään 0,5 senttimetriin.
- Mittaustulos luetaan ja käytetään sivun 16 taulukkoa polven korkeuden muuntamiseksi koko kehon pituudeksi.



Pituuden arviointi kyynärvarren pituuden avulla

Pituus (m)	Miehet (< 65 v.)	1,94	1,93	1,91	1,89	1,87	1,85	1,84	1,82	1,80	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71
Pituus (m)	Miehet (> 65 v.)	1,87	1,86	1,84	1,82	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,67
Pituus (m)	Kyynärvarsi (cm)	32,0	31,5	31,0	30,5	30,0	29,5	29,0	28,5	28,0	27,5	27,0	26,5	29,0	25,5
Pituus (m)	Naiset (< 65 v.)	1,84	1,83	1,81	1,80	1,79	1,77	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,68	1,66
Pituus (m)	Naiset (> 65 v.)	1,84	1,83	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,66	1,65	1,63
Pituus (m)	Miehet (< 65 v.)	1,69	1,67	1,66	1,64	1,62	1,60	1,58	1,57	1,55	1,53	1,51	1,49	1,48	1,46
Pituus (m)	Miehet (> 65 v.)	1,65	1,63	1,62	1,60	1,59	1,57	1,56	1,54	1,52	1,51	1,49	1,48	1,46	1,45
Pituus (m)	Kyynärvarsi (cm)	25,0	24,5	24,0	23,5	23,0	22,5	22,0	21,5	21,0	20,5	20,0	19,5	19,0	18,5
Pituus (m)	Naiset (< 65 v.)	1,65	1,63	1,62	1,61	1,59	1,58	1,56	1,55	1,54	1,52	1,51	1,50	1,48	1,47
Pituus (m)	Naiset (> 65 v.)	1,61	1,60	1,58	1,56	1,55	1,53	1,52	1,50	1,48	1,47	1,45	1,44	1,42	1,40

Pituuden arviointi polven korkeuden avulla

Pituus (m)	Miehet (18-59 v.)	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,865	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81
Pituus (m)	Miehet (60-90 v.)	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80
	Polven korkeus (cm)	65	64,5	64	63,5	63	62,5	62	61,5	61	60,5	60	59,5	59	58,5	58
Pituus (m)	Naiset (18-59 v.)	1,89	1,88	1,875	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76
Pituus (m)	Naiset (60-90 v.)	1,86	1,85	1,84	1,835	1,83	1,82	1,81	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76	1,75	1,74	1,73
	Polven korkeus (cm)	57,5	57	56,5	56	55,5	55	54,5	54	53,5	53	52,5	52	51,5	51	50,5
Pituus (m)	Miehet (18-59 v.)	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76	1,75	1,74	1,73	1,72	1,71	1,705	1,70	1,69	1,68	1,67
Pituus (m)	Miehet (60-90 v.)	1,79	1,78	1,77	1,76	1,74	1,73	1,72	1,71	1,7	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64
	Polven korkeus (cm)	57,5	57	56,5	56	55,5	55	54,5	54	53,5	53	52,5	52	51,5	51	50,5
Pituus (m)	Naiset (18-59 v.)	1,75	1,74	1,735	1,73	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62
Pituus (m)	Naiset (60-90 v.)	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,625	1,62	1,61	1,60	1,59
	Polven korkeus (cm)	50	49,5	49	48,5	48	47,5	47	46,5	46	45,5	45	44,5	44	43,5	43
Pituus (m)	Miehet (18-59 v.)	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,555	1,55	1,54	1,53
Pituus (m)	Miehet (60-90 v.)	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,49	1,48
	Polven korkeus (cm)	50	49,5	49	48,5	48	47,5	47	46,5	46	45,5	45	44,5	44	43,5	43
Pituus (m)	Naiset (18-59 v.)	1,61	1,60	1,59	1,585	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48
Pituus (m)	Naiset (60-90 v.)	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48	1,47	1,46	1,45	1,44