

Niina Voutilainen

# Kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä ja monipuolinen ravitseminen

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Tutkinto: Sairaanhoidtaja

Koulutusohjelma: Hoitotyö

Opinnäytetyö

Päivämäärä 25.4.2014

Tekijä Otsikko	Niina Voutilainen Kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä ravitseminen – Kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	34 sivua + 2 liitettä 25.4.2014
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Marja Salmela Osastonhoitaja Tarja Blomvall
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä ja monipuolinen ravitseminen kirjallisuuskatsauksen avulla.</p> <p>Opinnäytetyö on osa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen Osaamisen ennakoitihanketta joka toteutetaan yhdessä Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeen tavoitteena on kehittää terveyttä ja toimintakykyä vahvistavia asiakaslähtöisiä palveluja. Tavoitteena on uudistaa hoitotyön toimintakäytänteitä, parantaa asiakaslähtöistä toimintaa, edistää hoitohenkilökunnan osaamista näyttöön perustuen sekä parantaa terveyttä ja toimintakykyä tukevia palvelukokonaisuuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on tuloksien hyödynnettävyys kuntoutuvan vanhuspotilaan hoidossa, niin laitoksissa kun avoterveydenhuollon puolellakin (moniammatillisesti). Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja osaamista toimia näyttöön perustuen.</p> <p>Opinnäytetyö on toteutettu mukailien systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tutkimusaineisto on kerätty hoitotieteellisistä tietokannoista ja aineisto on analysoitu laadullisen sisällönanalyysin mukaisesti.</p> <p>Ravitsemushoidon käytännöt eivät vielä ole kaikkialla Euroopassa yhdenmukaisia ja aliravitsemuksen esiintyvyys on laajaa. Ikääntyneen ravitsemustilan heikentymisen taustalla on usein jokin fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen tekijä. Ravitsemustilaa heikentäviä tekijöitä oli; matala itsehoidon kyky, heikko elämänhallinta, ei-aktiivisuus, säännöllisen avun saaminen jokapäiväiseen elämään, koettu avuttomuus. Korkea ikä ja yksin asuminen lisäsivät riskiä virheravitsemukseen. Ravitsemustilaa ylläpitävä tekijöitä oli yksilöllinen ravitsemussuunnitelma, ravitsemustilan seuranta ja arviointi, omahoidon tukeminen, hoitajien tietämys, tietoisuus ja kiinnostuneisuus ravitsemushoitoa ja potilasta kohtaan. Hedelmien, vihannesten ja proteiinin syöminen sekä säännöllinen juominen ylläpitää hyvää ravitsemustilaa.</p> <p>Ikääntyneiden keskuudessa ravitsemushäiriöiden esiintyminen on yleistä. Varhaisella tunnistamisella ja puuttumisella saataisiin parannettua yksilön terveyttä, sekä vähennettyä terveydenhuollon kustannuksia. Ravitsemushoitoa voitaisiin parantaa kouluttamalla hoitohenkilökuntaa enemmän, ottamalla käyttöön yhtenäiset ravitsemushoidon hoitokäytännöt sekä seurantamittarit.</p>	
Avainsanat	Ravitseminen, kuntoutuminen, ikääntynyt

Author Title Number of Pages Date	Niina Voutilainen Rehabilitating Elderly Patients Goog And Varied Nutrition. Literature review 34 pages + 2 appendices 25 April 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Senior Lecturer Marja Salmela, Charge Nurse Tarja Blomvall
<p>The purpose of this thesis is to picture a desirable and versatile nutrition of an elderly patient with the help of literary overview.</p> <p>The thesis is a part of City of Vantaa Social and Health Care Services Osaamisen Ennakointi- project, executed in cooperation with Metropolia University of Applied Sciences. The goal of the project is to develop those customer-oriented services that promote health and performance, renew old procedures in health care work, improve customer-oriented actions, enhance the evidence based know-how and professional skills of the health care professionals and upgrade service concepts that support health and performance. The goal is also the useability of the results in rehabilitation of elderly patients, both in institutions and in health-care clinics (multiprofessionally).</p> <p>The thesis has been carried out after a systematic literature review. The material has been collected from nursing science databases and the data has been interpreted according to a content analysis.</p> <p>The practice of nutrition care is still not consistent throughout Europe and malnutrition occurs widely. There is commonly a physical, mental or a social factor behind the decline of an elderly person's nutrition. Those factors included a low level of self-care, poor control of own life, not being active, received help in everyday life and helplessness. Old age and living alone added the risk of poor nutrition. The state of nutrition was maintained by individual nutrition plans, control and evaluation, the support of self-care, the knowledge of the nursing personal and awareness and a level of interest towards the patient and nutrition care. The consumption of fruits, vegetables and protein and regular hydration maintains a good level of nutrition.</p> <p>Problems with nutrition among the elderly are very common. Early recognition and interference would improve individual health and would reduce health care costs. Nutrition care could also be improved by training the health care professionals more and deploying coherent policies and control indicators to nutrition care.</p>	
Keywords	Nutrition, rehabilitation, aged

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Ihmisen vanheneminen	2
2.1	Vanhenemisen muutoksia	2
2.2	Vanhenemiseen liittyvät muutokset elimistössä	2
2.3	Kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset	3
3	Kuntoutuminen	4
3.1	Kuntoutumisen määritelmä	4
3.2	Ikääntyneen kuntoutumisen haasteet	5
3.3	Kuntoutumisen tavoitteet	5
3.4	Toimintakyvyn arviointi	7
3.5	Kuntoutumisen muotoja	7
4	Ravitsemus	8
4.1	Ravitsemuksen määritelmä	8
4.2	Ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttavat tekijät	8
4.3	Ikääntyneen ravitsemustilan hälytysmerkit	10
4.4	Ikääntyvien ravitsemussuositukset	10
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	11
6	Aineiston keruu	12
6.1	Kirjallisuuskatsaus	12
6.2	Aineiston valintakriteerit	14
6.3	Aineiston tiedonhaun kuvaus	15
7	Laadullinen sisällönanalyysi	17
8	Tulokset	20
8.1	Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen	20
8.2	Ravitsemustilan arviointi	22
8.3	Aliravitsemukseen yhteydessä olevat tekijät	23
9	Pohdinta	26
9.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	26
9.2	Opinnäytetyön tulosten pohdinta	28

9.3 Opinnäytetyö prosessina	31
Lähteet	32
Liitteet	
Liite 1. Hakuhistoria	
Liite 2. Tutkimusaineiston kuvaus	

## 1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joka käsittelee aihetta mikä on kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä ja monipuolinen ravitsemus. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvää ravitsemusta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä kirjallisuuskatsauksen avulla. Ravitsemus on yksi keskeinen osa päivittäisistä toiminnoista ja sillä on merkittävä vaikutus elämänlaatumme sekä terveyteen ja hyvinvointiin. Hyvä ravitsemus edistää kotona asumisen mahdollisuuksia, vähentää terveydenhuollon kustannuksia sekä edesauttaa sairauksien ennaltaehkäisyssä ja paranemisessa.

Opinnäytetyö on osa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen Osaamisen ennakointihanketta. Hankkeen tavoitteena on terveyttä ja toimintakykyä vahvistavien asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen. Hanke toteutetaan yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä ja osaamista kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvää ravitsemusta kohtaan.

Suomalaisen tutkimusyhteenvedon mukaan 65-vuotiailla aliravitsemuksen esiintyvyys oli pientä, mutta jo 80 ikävuoden jälkeen sen ilmaantuvuus lisääntyi huomattavasti. Tutkimusyhteenvedon mukaan kotona asuvilla ikääntyneillä vain 7 % oli hyvä ravitsemustila, 84 % oli lisääntynyt riski sairastua aliravitsemukseen ja 9 % esiintyi aliravitsemusta. palvelutaloissa asuvista ikääntyneistä vain 22 % oli hyvä ravitsemus, 64 % oli lisääntynyt riski aliravitsemukseen ja 14 % esiintyi aliravitsemusta. Vanhainkodin asukkaista vain 11 % oli hyvä ravitsemus, 60 % oli lisääntynyt riski aliravitsemukseen ja 29 % asukkaista oli aliravittuja. Sairaalan ikääntyneistä potilaista vain 4 % oli riittävä ravitsemus, 41 % oli kohonnut riski aliravitsemukseen ja 57 % potilaista oli aliravittuja. (Suominen 2013: 487.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on julkaissut vuonna 2010 Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset ikääntyneille. Niiden tavoitteena on että hoitohenkilökunta niin kotihoidossa, vanhainkodeissa, sairaaloissa kuin koko terveydenhuollossa tunnistaisi ikääntyneen ravitsemustilan heikkenemisen ja osaisi toteuttaa ravitsemushoitoa osana ikääntyneen ihmisen hyvää hoitoa. Tavoitteena on myös yhteisten hoitokäytäntöjen omaksuminen sekä lisätä tietoa ikääntyneiden ihmisten ravitsemuksen erityispiirteistä. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010.)

## 2 Ihmisen vanheneminen

### 2.1 Vanhenemisen muutoksia

Ihmisen elämänkaaren pitkittyessä tuo ikä ajan myötä erilaisia yksilöllisiä muutoksia niin fyysiseen kuin psyykkiseen vointiimme. Elämän erilaiset tapahtumat, niin iloiset kuin surullisetkin muokkaavat ajatusmaailmaamme ja myös voivat muuttaa sitä. Kehon fyysiset muutokset saapuvat pikkuhiljaa ja iän kertyessä ne yleensä lisääntyvät.

Ikääntymisen muutokset voidaan jakaa fyysiseen, biologiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ikääntymiseen. Fyysiset ja biologiset ikääntymisen muutokset vaikuttavat kehoon heikentäen sitä. Tämän vuoksi ikääntyneillä terveys ja toimintakyky laskevat iän myötä. Kognitiiviset muutokset tapahtuvat älykkyyden, muistin ja oppimiskyvyn alueella. Psyykkiset ja sosiaaliset ikääntymisen muutokset näkyvät yksilön ja yhteiskunnan välisinä muutoksina. (Kari – Niskanen –Lehtonen – Arslanoski 2013: 124.)

### 2.2 Vanhenemiseen liittyvät muutokset elimistössä

Fyysisinä muutoksina painon laskeminen alkaa ikääntyneellä 70 vuoden jälkeen. Normaali lasku on keskimäärin 2-3 kg vuodessa. Painon laskemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat krooniset sairaudet, huono ravitsemustila, geneettiset - ja ympäristötekijät. (Suominen 2013: 130–131.)

Luumassan väheneminen alkaa noin 40 ikävuoden jälkeen. Tämän seurauksena luun lujuus ja tiheys alkaa hiljalleen heikentyä. Kun luun tiheys on muuttunut 2,5 SD:tä pienemmäksi, puhutaan osteoporoosista. Osteoporoosia voidaan ennaltaehkäistä riittäväällä d-vitamiinin ja kalsiumin saannilla sekä säännöllisellä liikunnalla. (Tilvis 2010: 301–302.)

Ikääntymisen myötä lihasvoima alkaa heikentyä. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat hormonaaliset ja hermostolliset muutokset, aliravitsemus, entsyymiaktiivisuuden muuttuminen, sairaudet, fyysisen aktiivisuuden- ja lihaskudosten muutokset. (Sipilä – Rantanen – Tiainen 2013: 144.)

Nivelten liikkuvuus huononee liikkumattomuudesta tai nivelsairauksista johtuen. Nivelvaivat rajoittavat toimintakykyä ja liikkumista entisestään, jolloin ne lisäävät haasteita jokapäiväisiin elämisen toimintoihin. (Kari ym. 2013: 124–125.)

Aistien muutokset. Ikääntymisen seurauksena kuuloaisti heikentyy ilman minkään sairauden vaikutusta. Kuitenkin siihen vaikuttavia tekijöitä ovat aiemmat elämisen aikana syntyneet kuulon alenemat, erilaiset sairaudet, perinnöllisyys ja ympäristötekijät. (Sorri – Huttunen 2013: 186–187.)

Näköaistin muuttuessa yleisin näköön liittyvä muutos on näön heikentyminen, eli niin kutsuttu ikänäköisyys. Tällöin lukuetäisyydelle näkeminen epätarkentuu ja luettavaa joutuu siirtämään hieman totuttua kauemmaksi. Ikänäköä voidaan korjata silmälasien avulla. Näkökyvyn heikentymiseen voi olla syynä myös erinäiset sairaudet. (Hyvärinen 2013: 198–199.)

### 2.3 Kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset

Lyhytkestoisen muistin heikentyminen kuuluu kognitiivisiin ikääntymisen muutoksiin. Tällöin ikääntynyt muistaa hyvin vanhat asiat, esim. nuoruudestaan tai muusta elämästään, mutta ei kykene muistamaan mitä on aamulla syönyt tai mitä on edellisenä päivänä tehnyt. (Kari ym. 2013: 125.) Ikääntyneen muistin toimintaan voidaan vaikuttaa edistävasti tai heikentävästi. Muistia edistäviä tekijöitä ovat aktiivisuus, uudet kokemukset, harjoitukset, hyvä motivaatio, myönteinen asenne, positiivinen mieliala, hyvä terveys ja kunto, liikunta, virkeä olo, riittävä uni ja hyvä ravitsemus. Muistia heikentävät tekijät ovat passiivisuus, ärsykeetön ympäristö, muistin vähäinen käyttö, motivaation puute, kielteinen asenne, mielialaongelmat, sairaudet, huono kunto, liikunnan puute, väsymys, unettomuus ja huono ravitsemus. (Suutama 2013: 220.)

Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat ikääntyneen taloudellinen tilanne, yksinäisyys, äkilliset suuret muutokset elämässä esimerkiksi leskeksi jääminen, toimintakyvyn heikentyminen, tiedon puute ja riippuvuus toisen avusta. Esimerkiksi muistot yhdessä puolison kanssa tehdyistä hyvistä ruoista ja mukavista ruokailuhetkistä saavat aikaan mielihyvän tunteen. Jos ikääntynyt on menettänyt puolisonsa, eikä ole päässyt surutyössään ylitse siitä, tällaisten asioiden muisteleminen masentaakin mielihyvän tuottamisen sijaan ja tällöin se myös heikentää ruokahalua. Myös huono taloudellinen tilanne voi olla este monipuoliselle ja terveelliselle ravitsemukselle. Tällöin ikääntyneel-



lä on vain vähän rahaa käytössä ruokaan, jolloin syödään usein halpaa ja vähän ravintoaineita sisältävää ruokaa. (Tuovinen – Lönnroos 2008: 213–214).

Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat ikääntyneen suhde yhteiskuntaan, yhteisöön, ympäristöön ja sosiaaliseen verkostoon. Onko ikääntyneellä harrastuksia, kuinka hän selviytyy arkipäivän toimista, osallistuuko hän elämän eri tilanteisiin tai onko hänellä vastavuoroista sosiaalista tukea. Vaikuttavia tekijöitä olivat lisäksi vuorovaikutukselliset suhteet ja niiden ylläpitäminen sekä kanssakäyminen ystävien, sukulaisten tai tuttavien kanssa. Ikääntymisen tuomat muutokset voivat vähentää sosiaalista toimintakykyä. Esimerkiksi fyysisen liikuntakyvyn huonontuminen voi vaikeuttaa ikääntyneen liikkumista niin paljon, että hän alkaa välttää tätä, jolloin esim. ystävien tapaaaminen ja sosiaaliset menot vähenevät ja vaikuttavat täten sosiaaliseen toimintaan heikentäen sitä. Myös heikentynyt kuulo tai huonontunut näkö vaikuttavat samalla tavalla ikääntyneen sosiaaliseen toimintakykyyn. Tämä on usein noidankehä, joka johtaa lopulta ikääntyneen yksinäisyyteen joka on yksi keskeisimmistä ikääntyneiden ongelmista. (Tiikkainen 2013: 285–288.)

### **3 Kuntoutuminen**

#### **3.1 Kuntoutumisen määritelmä**

Kuntoutumisen avulla edistetään ja ylläpidetään itsenäistä toimintakykyä, kotona selviytymistä, osallistumismahdollisuuksia, hyvinvointia ja jaksamista. Kuntoutuminen suunnitellaan omien voimavarojen mukaan ja sen tarkoituksena on löytää keinoja elämisen selviytymisen tueksi. (Kari ym. 2013: 7.) Ikääntyneiden ihmisten kuntoutuksella on suppeammillaan tarkoitettu sairauksien jälkeistä akuuttia kuntoutusta. Näissä kuntoutuksen toimintamallit ja – menetelmät ovat samoja kuin nuoremman aikuisväestön kuntoutuksessa. Gerontologisen kuntoutuksen lähtökohtana onkin vanhenemisilmiön laaja-alainen ymmärtäminen. Sen tarkoituksena on yksilöllinen elämänvaiheiden huomioiminen ja yksilöllinen kuntoutumisen suunnittelu. Gerontologisen kuntoutuksen tulisi olla niin promotiivista, eli terveyttä ja toimintakykyä edistävää kuin preventiivistä, eli erilaisien sairauksien ennaltaehkäisyä. (Pikkarainen – Era – Grönlund 2011.) Kuntoutuksella on sairauksien ja haittojen hoitamisen lisäksi merkitys myös syrjäytymisen ehkäisyssä sekä huono-osaisuuteen ja köyhyyteen liittyvien ongelmien hoitamisessa. Kuntoutus ei

ole pelkästään korjaavaa toimintaa, vaan siihen liittyy myös haittojen ennaltaehkäisy. Kuntoutuksen tavoitteena on aina ihmisen elämäntilanteen muutos ja parempi selviytyminen arkielämässä tai omassa toimintaympäristössään. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 33.)

### 3.2 Ikääntyneen kuntoutumisen haasteet

Ikääntyneen kuntoutumiseen vaikuttavia haasteita on useita. Tärkeintä on tunnistaa erilaiset riskiryhmät ja löytää niitä parhaiten palvelevat kuntoutusvaihtoehdot. Ikääntymisen muutoksena on loogista, että toimintakyky alkaa iän myötä heikentyä. On kuitenkin tärkeää tässä vaiheessa kartoittaa toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttamat riskit, jotta toimintakykyä voidaan ylläpitää kuntouttamisen avulla. Ihminen tottuu ikäännytyessään erilaisiin toimintakyvyn heikkenemisiin ja mukautuu niihin sen mukaan. Kun esimerkiksi kävellessä polvet tuntuvat kipeytyvän, hidastetaan vauhtia tai vähennetään kävely pituuksia. Samoin myös puolison kuollessa sosiaalinen elämä helposti vähentyy ja ikääntynyt voi olla alakuloinen pitkään. Tämä taas voi aiheuttaa kognition heikentymistä ja kiihdyttää dementoitumista. Tällaiset asiat yhdessä johtavat helposti noidankehään, missä toimintakyky alkaa laskea entisestään. Kun liikkuminen vähentyy, vähenee myös ruokahalu jolloin lihaskato ja osteoporoosi kiihtyvät. Toimintakyky huonontuu entisestään ja avuntarve lisääntyy. (Koskinen – Pitkälä – Saarenheimo 2008: 552–553.)

Gerontologisten tutkimusten mukaan on havaittavissa tietyt riskitekijät, jotka liittyvät ikääntyneiden toimintakyvyn huonontumiseen, avuntarpeen lisääntyneisyyteen, laitoshoitoon sekä ennenaikaiseen kuolemaan. Näitä tekijöitä ovat liikkumisvaikeudet, heikentynyt lihasvoima, alakuloisuus, masennus, verisuonisairaudet, huimaus, kaatuilu, luukato, murtumat, kognitiivinen heikkeneminen, yksinäisyys, sosiaalinen eristyneisyys sekä inkontinenssi. Nämä tekijät aiheuttavatkin haasteita suunniteltaessa ikääntyneen kuntoutumista. (Koskinen ym. 2008: 554.)

### 3.3 Kuntoutumisen tavoitteet

Ikääntyneen kuntoutumisen tavoitteet luodaan yksilöllisen tilanteen mukaan. Yksilöllisten tavoitteiden luominen on tärkeää, sillä ikääntyneillä on usein useita eri sairauksia sekä heidän jokapäiväisessä selviytymisessään on suuria eroja. Useimmat ikääntynei-

den kuntoutujien tavoitteista ovat toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, omatoimisuuden tukeminen ja avuntarpeen vähentäminen, kotona asumisen mahdollistaminen, elämänhallinnan parantaminen, laitokseen joutumisen ehkäiseminen, sosiaalisen eristyneisyyden murtaminen ja sosiaalinen aktivoituminen, terveellisten elintapojen vahvistaminen sekä liikunnan lisääminen arkeen. Kuntoutumisen suunnittelussa onkin tärkeää arvioida ensin ikääntyneen jäljellä olevat voimavarat ja kuinka niitä voitaisiin tukea toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Koskinen ym. 2008: 555.) Kuntoutumista suunniteltaessa tulee ottaa huomioon ikääntyneen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat sekä voimavarat. Kuntoutumisen suunnittelun pohjalla tulisi aina olla kuntoutujan omat toiveet, tarpeet, motivaatio, voimavarat, ennakkokäsitysten ja kompensatiokeinojen selvittäminen. (Koskinen ym. 2008: 559.)

Kuntoutuksen avulla pyritään muutokseen yksilön ja ympäristön välisessä suhteessa ja sen tarkoituksena on toimintakyvyn ja – mahdollisuuksien parantaminen, parempi selviytyminen arkielämässä, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan vahvistuminen sekä sosiaalisen osallisuuden vahvistuminen. Tärkeää kuntoutuksen suunnittelussa on omien voimavarojen löytyminen ja niiden hyödyntäminen. Kuntoutumisen tavoitteisiin päästään paremmin jos kuntoutuja itse on mukana suunnittelemassa kuntoutustaan ja hänellä on mahdollisuus vaikuttaa kuntoutumiskeinoihin. Tällöin hän tuntee olevansa osana hoitoansa ja sitoutuu paremmin omaan kuntoutumiseensa. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 14–15.)

Kuntoutus voidaan jakaa sisällöltään ja toimintatavoiltaan neljään eri osa-alueeseen. Näitä ovat lääkinällinen -, ammatillinen -, kasvatuksellinen -, ja sosiaalinen kuntoutus. Näiden avulla voidaan jakaa kuntoutumisen tavoitteet omiin osa-alueisiinsa ja näin painottaa eri osa-alueiden tavoitteita ja niihin sisältyviä toimenpiteitä. Lääkinällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutuksessa käytettäviä lääketieteellisiä tutkimuksia ja niiden pohjalta alkavia toimenpiteitä. Niiden tavoitteena on pyrkiä parantamaan kuntoutujan fyysisistä ja psyykkistä toimintakykyä. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteena on pyrkiä parantamaan kuntoutujan ammatillisia valmiuksia, parantaa hänen työkykyään ja edistää hänen työmahdollisuuksiaan. Kasvatuksellisessa kuntoutuksessa on yleensä kyse lapsen tai nuoren kehitysprosessin tukemisesta kuntoutumisen keinoin. Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteiksi voidaan asettaa parempi selviytyminen arkipäivän haasteista, selviytyminen erilaisista sosiaalisista tilanteista tai monipuolinen osallistuminen yhteiskuntaan. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 21–22.)

### 3.4 Toimintakyvyn arviointi

Ikääntyneen toimintakykyä arvioidessa tulee ottaa huomioon moniammatillisesti ja laaja-alaisesti kuntoutujan omat voimavarat sekä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Toimintakykyä arvioidessa on otettava huomioon kuntoutujan omat toiveet, tarpeet ja odotukset. Arvioinnissa kartoitetaan gerontologiset riskitekijät, kuntoutujan omat vahvuudet, voimavarat ja kompensointitavat. Siinä otetaan myös huomioon toimintakyky, sairaudet, lääkitys, ravitseminen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä kartoitetaan kotona asumisen ympäristö. Ikääntyneen toimintakyvyn arvioimisen apuna käytetään erilaisia mittareita, joiden avulla voidaan arvioida kuntoutujan fyysisistä ja psyykkisistä toimintakykyä. Nämä kuitenkin ovat vain yksi osa arviointia, keskeinen osa toimintakyvyn arvioinnissa on kuntoutuja itse. Haastattelun avulla saadaan kartoitettua mitkä ovat hänen omat mielipiteensä ja näkemyksensä omaan toimintakykyynsä ja vointiinsa nähden. Sen avulla kartoitetaan tämänhetkinen elämäntilanne ja voidaan yhdessä miettiä mitkä on kuntoutujan voimavarat ja millainen kuntoutumismuoto tukisi niitä. (Koskinen ym. 2008: 559–560.)

### 3.5 Kuntoutumisen muotoja

Kuntoutuminen voidaan jakaa John Youngin mukaan pehmeään ja kovaan kuntoutukseen. Pehmeä kuntoutus pitää sisällään asiakkaan neuvomisen, rohkaisemisen, kuuntelemisen, ohjaamisen, kouluttamisen ja sopeutumisvalmennuksen. Nämä kuntoutustoimenpiteet sopivat parhaiten muistisairaille ja heidän omaisilleen. Kovaan kuntoutukseen kuuluvat lääkkeet, fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, apuvälineet, muutostyöt ja kotihoito. Nämä kuntoutustoimenpiteet ovat tarkoitettu jo vaativammille kuntoutujille. (Lönnroos 2008: 280.)

## 4 Ravitsemus

### 4.1 Ravitsemuksen määritelmä

Hyvä ja monipuolinen ravitseminen on oleellinen osa ihmisen hyvinvointia ja jokapäiväisiä tarpeita. Ravitsemuksella on merkittävä osa hyvinvointiimme, fyysiseen jaksamiin kuin kokonaisvaltaiseen elimistöömme toimintaan. Hyvällä ja monipuolisella ravitsemuksella voidaan ehkäistä sairauksien syntyä ja niiden aiheuttamia komplikaatioita. (Suominen – Pitkälä 2010: 350). Hyvä ravitsemustila parantaa kotona asumisen mahdollisuuksia, vähentää terveydenhuollon kustannuksia, sekä nopeuttaa sairauksista paranemista. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010:14.)

Virheellinen ravitsemustila johtaa pitkittyessään virheravitsemuksen noidankehään joka lisää ennenkuoleman riskiä. Huono ravitsemustila johtaa laihtumiseen, toimintakyvyn huononemiseen, iho-ongelmiin ja tulehduskierteeseen. Tämä hidastaa tai pahimmillaan estää sairauksista toipumista, hoitojen tehoamista ja pitkittää sairaalassaoloaikoja. Nämä kaikki lisäävät myös terveydenhuollon kustannuksia. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 13.)

### 4.2 Ikääntyneen ravitsemustilaan vaikuttavat tekijät

Ikääntymisen myötä monet fysiologiset, psykososiaaliset ja lääketieteelliset tekijät vaikuttavat ikääntyneen ravitsemukseen. Fysiologisina muutoksina energian tarve vähentyy ja ikääntynyt ei enää tunne nälkää samalla tavalla kuin ennen. Maku- ja hajuaistin heikentyminen vähentää syödyn ravinnon mielekkyyttä ja näin ollen myös vähentää ruokahalua. Myös näön ja kuulon heikentyminen vähentävät syömisen mielekkyyttä. Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat myös omalta osaltaan ikääntyneen ravitsemukseen. Esimerkiksi leskeksi jääneen ikääntyneen ruokahalu usein vähenee, eikä ruoan syöminen tai tekeminen ole enää niin mielekästä kun on yksin. Huono taloudellinen tilanne tai riippuvuus toisen avusta voi johtaa siihen, että ikääntyneellä ei ole riittävästi rahaa ostaa terveellistä ja monipuolista ruokaa tai mahdollisuutta saada ruokaa riittävän usein. Toimintakyvyn heikentymisen myötä ikääntyneen voi olla vaikea käydä kaupassa tai enää valmistaa ruokaa, jolloin ravitsemustila voi heikentyä. Lääketieteellisiksi tekijöiksi luetellaan erilaiset sairaudet ja lääkkeet. Jos ikääntynyt sairastaa esim. dementiaa tai masennusta voi tällä olla hänen ruokahalunsa vähentävä vaikutus. Monet

lääkkeet myös vaikuttavat omalta osaltaan ravitsemukseen. Lääkkeet voivat lisätä mm. pahoinvointia jolloin syömisen mielekkyys häviää. (Tuovinen – Lönnroos 2008: 214).

Suunterveys vaikuttaa omalta osaltaan ikääntyneen ravitsemukseen. Suussa olevat tulehdukset voivat hankaloittaa syömistä, juomista ja ovat usein kivuliaita ikääntyneelle. Epäsopivat tai huonosti istuvat proteesit voivat myös estää ravitsemuksen toteutumista. Pureminen saattaa tuntua ikävältä tai olla kivuliasta. Nämä tekijät vähentävät syömisen mielekkyyttä ja edesauttavat syömättömyyttä. (Komulainen – Hämäläinen 2008: 228–230.)

Sairaudet ja lääkitys vaikuttavat myös omalta osaltaan ikääntyneen ravitsemukseen heikentäen sitä. Akuutin sairauden yhteydessä on tavanomaista, että ravitsemustila heikkenee ikääntyneellä nopeasti. Tulehduksen tai tapaturman aiheuttaman kudostuhoion takia ravintoaineiden tarve kasvaa, samalla ravinnon hankkiminen hankaloituu mahdollisten fyysisten rasitusten takia ja ruokahalu heikentyy. (Tuovinen – Lönnroos 2008: 213.)

Alkoholin käyttö ikääntyneillä altistaa ravitsemushäiriöille. Alkoholi saattaa syrjäyttää ravinnon saannin, jolloin riskeiksi muodostuvat ravinnon yksipuolisuus sekä hivenaineiden ja vitamiinien puute. (Aira 2008: 270–271.)

Ihmisen vanhentuessa kehossa tapahtuu fysiologisia muutoksia, jotka ovat suoraan yhteydessä ravitsemustarpeeseen ja niiden häiriöihin. Fyysinen aktiivisuus vähentyy, jonka johdosta myös energiantarve pienenee. Nälän- ja janontunne heikentyy, jonka seurauksena ikääntynyt ei tunne tarvetta syödä tai juoda niin usein kuin kuuluisi. Tämä osaltaan johtaa aliravitsemukseen ja nestetasapainon häiriöihin. Haju- ja makuaistimukset heikentyvät, jolloin aromaattisten yhdisteiden tunnistaminen vaimentuu ja ruokailun mielihyvä vähenee. Vatsalaukku tyhjenee hitaammin, joka aiheuttaa kylläisyyden tunteen korostumista. (Tilvis 2010: 56–59.)

Kipu ja erilaiset kiputilat ovat suorassa yhteydessä vähentyneeseen ruokahaluun. Hoitamaton kipu huonontaa elämänlaatua, aiheuttaa fyysistä kärsimystä sekä huonontaa kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä. Kivusta johtuva ruokahalun menetys johtaa usein vähentyneeseen liikkumiseen kun taas vähentynyt liikkuminen johtaa liikuntakyvyn huonontumiseen. Tämä suora syy-yhteys suhde tulisi katkaista mahdollisimman pian, jotta iäkkään toimintakykyä saataisiin pidettyä yllä. (Finne-Soveri 2008: 190–94.)

### 4.3 Ikääntyneen ravitsemustilan hälytysmerkit

Aliravitsemus ja puutteellinen ravinnon saanti on yleistynyttä ikääntyneillä vanhuksilla. Tämän vuoksi onkin erityisen tärkeää kiinnittää huomiota ravitsemukseen, erityisesti silloin kun ikääntyneen voinnissa on tapahtunut muutoksia tai hän on kotiutunut sairaalasta. Yleisimpiä ravitsemukseen liittyviä hälytysmerkkejä on painoindeksi alle 23kg/m<sup>2</sup>, painon laskeminen yli 3kg kolmen kuukauden sisällä, ikääntyneen niukka syöminen, ikääntynyt pystyy syömään pelkästään soseutettua tai nestemäistä ruokaa, ikääntyneellä esiintyy toistuvasti infektioita tai painehaavoja tai ikääntynyt on menossa leikkaukseen tai on toipumassa sairaudesta. (Hakala 2012.)

### 4.4 Ikääntyvien ravitsemussuositukset

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) on antanut 2008 valtakunnalliset ohjeet ja ravitsemussuositukset ikääntyneille ihmisille. Näiden suositusten tavoitteena on ohjata hoitohenkilökuntaa niin yksityisellä, kunnallisella kuin kolmannellakin sektorilla tunnistamaan hoitotyössä ravitsemustilan heikentyminen ja ohjata hoitohenkilöstöä toteuttamaan ravitsemushoitoa yhtenä osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Tavoitteena on lisätä tietoa ikääntyneiden ravitsemuksen erityispiirteistä, selkeyttää ravitsemushoidon tavoitteet ja yhdenmukaistaa hyvät käytännöt. Ravitsemussuositusta tulisi käyttää apuna ikääntyneiden ravitsemuksen arvioinnissa, ohjauksessa ja käytännön hoitotyössä. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 5–6.)

Ravitsemussuositukset painottuvat;

1. Ravitsemustilan arviointiin perustuen nykyiseen terveydentilaan ja toimintakykyyn
2. Säännölliseen ravitsemustilan arviointiin
3. Riittävään energian, proteiinin, ravintoaineiden, kuidun ja nesteen saantiin
4. D-vitamiinin lisäksi 20mikrogrammaa kaikille yli 60-vuotiaille

Näiden lisäksi suosituksissa painotetaan mahdollisuutta liikkumiseen, lihaskunnan ylläpitämiseen sekä ulkoilemiseen. Liikunta auttaa pitämään yllä hyvää elämänlaatua, mie-

lenterveyttä ja hyvinvointia. Se lisää energiankulutusta, mikä taas lisää mahdollisuutta riittävään proteiinin ja ravintoaineiden saamiseen. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 9.)

Ikääntyneen päivittäinen energiansaanti tulisi olla vähintään 1500 kcal vuorokaudessa. Tällöin ruokavalion laatu pysyy hyvänä ja voidaan olettaa useimpien ravintoaineiden todennäköinen saanti. Ikääntyneet tarvitsevat proteiinia 1-1.2 grammaa/kehonpainoa kg/vrk. Akuutisti sairailta proteiinin tarve kuitenkin kasvaa tästä. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 14). Mikäli ikääntynyt käyttää niukasti maitotuotteita, tulisi kalsiumin saanti varmistaa ravintolisien avulla. Kalsiumin vähimmäissuositus annos on 800mg vuorokaudessa. (Hakala 2012.)

Ravitsemussuositukset kuntotuvalla vanhuspotilaalle ovat;

1. Riittävä energian saanti kulutukseen nähden.
2. Monipuolinen ravitsemus (hiilihydraatit, rasvat, kuidut, kivennäisaineet, salaatti /vihannekset) ja riittävä proteiinin saanti. Sairauksien ja tulehdusten aikana tehostettu ruokavalio sekä ruokavalion toteutus yksilöllisesti suunniteltuna.
3. Ravitsemustilan seuraaminen säännöllisesti esim. punnitus 1x kk.
4. Säännöllinen liikunnan harrastaminen.
5. D-vitamiinilisä 20mikrog./vrk ympäri vuoden.
6. Suunterveydestä huolehtiminen.
7. Huomioidaan ruokailutilanteen psykososiaaliset tekijät ja mielihyvä (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010: 21–23).

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä ja monipuolinen ravitsemus kirjallisuuskatsauksen avulla.

Ravitsemus on keskeinen osa päivittäisiä toimintojamme ja sillä on merkittävä vaikutus elämänlaatuamme, terveyteemme ja hyvinvointiimme. Hyvä ja monipuolinen ravitsemus edistää kotona asumisen mahdollisuuksia, vähentää terveydenhuollon kustannuksia sekä edesauttaa sairauksien ennaltaehkäisyssä ja paranemisessa. Suomalaisen tutkimusyhteenvedon mukaan 80 ikävuoden jälkeen aliravitsemuksen riski ikääntyneillä



lisääntyy huomattavasti. Riittämätöntä ravitsemustilaa esiintyy niin kotona asuvilla, kuin myös terveydenhuollon tarjoamassa hoidossa. (Suominen 2013: 487.)

Myös kansainvälisten tutkimusten mukaan ikääntyneillä jotka asuivat palvelutaloissa, vanhainkodeissa tai sairaaloissa oli suurentunut riski sairastua aliravitsemukseen. Heistä jopa 2/3 osalla oli suurentunut riski sairastua aliravitsemukseen. (Kaiser ym. 2010: 1734.) Tämä lisääkin ravitsemukseen puuttumisen tärkeyttä ja hoitohenkilöstön tulisi ottaa se yhdeksi keskeiseksi osaksi suunniteltaessa ikääntyneen kokonaisvaltaista hoitoa.

Opinnäytetyö on osa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimen Osaamisen ennakointihanketta joka toteutetaan yhdessä Metropolia Ammattikorkeakoulun kanssa. Hankkeen tavoitteena on kehittää terveyttä ja toimintakykyä vahvistavia asiakaslähtöisiä palveluja. Tavoitteena on uudistaa hoitotyön toimintakäytänteitä, parantaa asiakaslähtöistä toimintaa, edistää hoitohenkilökunnan osaamista näyttöön perustuen sekä parantaa terveyttä ja toimintakykyä tukevia palvelukokonaisuuksia.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuloksien hyödynnettävyys kuntoutuvan vanhuspotilaan hoidossa, niin laitoksissa kun avoterveydenhuollon puolellakin (moniammatillisesti). Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja osaamista toimia näyttöön perustuen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat;

1. Millainen on kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä monipuolinen ravitsemus?
2. Mitkä ovat kuntoutuvan vanhuspotilaan ravitsemukseen yhteydessä olevat tekijät?

## **6 Aineiston keruu**

### **6.1 Kirjallisuuskatsaus**

Kirjallisuuskatsauksia on useita erilaisia, on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, perinteinen kirjallisuuskatsaus, systemoitu kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kirjallisuuskat-

sauksen valinta perustuukin siihen, mitä kirjallisuuskatsauksen avulla on tarkoitus selvittää. Tämä opinnäytetyö toteutetaan mukaillen systemaattista kirjallisuuskatsausta. (Johansson 2007: 3–4.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus voimassa oleviin tutkimuksiin, jotka on rajattu tarkasti valikoituihin tutkimuksiin. Se pitää sisällään tarkan tutkimuksen valinnan, analysoinnin ja syntetisointiprosessin. Sen jokainen kohta on tarkkaan määritelty ja se etenee vaihe vaiheelta suunnittelusta raportointiin. Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet on tarkkaan kirjattu virheiden minimoimiseksi, sekä toistettavuuden mahdollistamiseksi. (Johansson 2007: 4–5.)

Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa pääpiirteittään kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe pitää sisällään aiheeseen tutustumisen ja katsauksen suunnittelun. Siinä etsitään aiempaa tietoa aiheesta, määritellään kirjallisuuskatsauksen tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma pitää sisällään katsauksen tutkimuskysymykset, joidenka tulee vastata selkeästi ja ytimekkäästi siihen mitä aiheesta halutaan tutkia. Toisen vaiheen aikana valitaan menetelmät, hakutermit ja tietokonnat joista katsaus tehdään. Manuaalinen haku lisää relevantin aineiston määrää. Tutkimukselle asetetaan sisäänotto ja poissulkukriteerit, joiden perusteella valitaan tutkimusaineisto. Tutkimusten valinta tehdään tarkasti valmiiksi asetettujen kriteerin mukaisesti. Katsauksen toinen vaihe etenee tutkimussuunnitelman mukaisesti etsimällä artikkelit jotka vastaavat tutkimuskysymykseen sekä läpäisevät ennalta asetetut valintakriteerit. Tämän jälkeen aineisto analysoidaan sisällöllisesti sekä laadukkuuden mukaan. Viimeinen vaihe pitää sisällään katsauksen raportoinnin, tulokset ja johtopäätökset, sekä mahdolliset suositukset. Tarkka kirjaaminen katsauksen kaikissa vaiheissa on edellytys hyvän työn onnistumiselle sekä lisää tulosten relevanttiutta. (Johansson 2007: 5–7.)

Aloitin kirjallisuuskatsaukseen suunnittelun tutustumalla ensin aiheeseen ja siitä löytyvään aineistoon. Tein harjoitusmielessä aineistonhakuja ja kävin läpi aiheesta löytyvää materiaalia. Tutustuin myös tieteellisen tutkimuksen perusteisiin, kuinka valitaan oikea lähestymistapa tutkimukselleni, sekä mitä kirjallisuuskatsaus pitää sisällään ja kuinka sen tekemisessä edetään.

Tutkimuksen lähestymistavaksi valitsin kvalitaavisen tutkimuksen. Kvalitaavisen tutkimuksen avulla voidaan tuoda aiheesta esille uusi näkökulma, eli millainen on kuntotuvan vanhuspotilaan hyvä ravitsemus. Ravitsemussuositukset muuttuvat koko ajan kehi-

tyksen ja tieteen mennessä eteenpäin kuin myös tieteellinen tieto kuntoutumisesta ja siihen liittyvistä tekijöistä kehitty eteenpäin. Kvalitaavista tutkimusmenetelmää ohjaa tutkimuskysymykset, jotka määrittelin tutkimussuunnitelmaa tehdessäni. (Kankkunen – Julkunen – Vehviläinen 2013: 66.)

Tutkimussuunnitelmassa tarkensin opinnäytetyöni tarkoitusta. Työtäni ohjaavat tutkimuskysymykset olivat; millainen on kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä ja monipuolinen ravitseminen sekä mitkä ovat kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvään ravitsemukseen yhteydessä olevat tekijät. Tutkimussuunnitelmassa täydensin teoriatietoa ravitsemuksesta, kuntoutumisesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Valitsin myös suomenkieliset ja englanninkieliset hakusanat, sekä mistä haen hoitotieteellistä aineistoa. Kartoitin tutkimuksieni valintaa koskevat sisäänotto ja poissulkukriteerit, joiden avulla rajaan haettavan tutkimusaineiston. Aineiston käsittelymenetelmäksi valitsin laadullisen sisällönanalyysin, jonka toteutan mukailen laadullisen sisällönanalyysin runkoa. Tutkimussuunnitelmassa tarkennettiin myös opinnäytetyön aikataulu.

## 6.2 Aineiston valintakriteerit

”Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu tiedonhaun prosessi, joka on uudelleen toistettavissa”. (Tähtinen 2007: 10). Aineiston valintakriteereitä miettiessäni pyrin valitsemaan sellaiset kriteerit joidenka tuotoksena saisin riittävästi aiheeseen liittyvää aineistoa.

Tämän tutkimuksen sisäänottokriteereitä olivat;

- julkaisu on hoitotieteellinen artikkeli
- tutkimuksen julkaisukieli on Suomi tai Englanti
- tutkimusartikkeli on julkaistu vuonna 2008- 2013
- tutkimuksesta on saatavilla koko tutkimusartikkeli ilmaiseksi

Tämän tutkimuksen poissulkukriteereinä olivat;

- julkaisu on vanhempi kuin vuonna 2008 tehty
- julkaisukieli muu kuin Suomi tai Englanti
- julkaisu on maksullinen
- julkaisu muu, kuin hoitotieteellinen tutkimus

### 6.3 Aineiston tiedonhaun kuvaus

Aineiston tiedonhaun aloitin Suomenkielisillä hakusanoilla Helkasta (Helsingin yliopistot). Hakusanoina käytin sanoja ravitse? AND kuntou? Hakutulos antoi 22 osumaa, joista valitsin otsikon perusteella neljä teosta. Mikään hakutuloksista ei ollut hoitotieteellinen tutkimus, mutta sain teoksista materiaalia opinnäytetyön teoriapohjaan varten.

Seuraavaksi tein aineistohaun Medic- tietokantaan, jossa hakusanoina käytin sanoja ravitse\*, vanh\*. Rajasin haun kieleksi suomen, sekä valitsin teokseksi sellaiset aineistot joidenka ikä ei ole yli viisi vuotta vanha. Hakutuloksena löytyi 9 osumaa, joista valitsin kolme teosta tarkempaan katsaukseen aineiston otsikon perusteella. En valinnut kuitenkaan yhtään teosta lopulliseen katsaukseen, koska löydetty aineistot eivät olleet hoitotieteellisiä tutkimuksia.

Koska hoitotieteellistä aineistoa suomenkielisillä hakusanoilla tuntui löytyvän huonosti, tein aineistohaun Medic- tietokannasta nimellä tutkiva hoitotyö, jonka rajasin ensin viisi vuotta vanhoihin teoksiin. Aineistoa tuntui kuitenkin löytyvän niukanpuoleisesti, joten laajensin aineistojen ikää vuosiväliin 2003–2013. Rajasin aineiston pelkästään suomenkieliseksi sekä käytin asiasanojen synonyymeja haussa. Tuloksena löytyi 199 osumaa, joista valitsin otsikon perusteella kaksi aineistoa. Tutustuessani tarkemmin valittuihin aineistoihin, en valinnut niitä lopulliseen aineistoon, koska ne eivät olleet relevantteja.

Seuraavaksi tein aineistohaun Medic- tietokannasta lehden nimellä hoitotiede ja hakutulos antoi 314 osumaa. Haku rajattiin välille 2003- 2013, hakukielenä oli pelkästään suomi sekä asiasanojen synonyymit käytössä. Valitsin otsikon perusteella viisi hoitotieteellistä tutkimusta tarkempaan katsasteluun. Mitkään valituista tutkimuksista ei kuitenkaan olleet relevantteja tutkimuskysymyksiini, joten en valinnut niitä lopulliseen aineistoon. Molemmat lehtien nimellä tehdyt Medic- aineistohaut tehtiin 10 vuoden rajauksella, koska tuntui että materiaalia ei olisi löytynyt muuten riittävästi. Päädyin kuitenkin takaisin alkuperäisiin valintakriteereihini, joissa olin määrittänyt teosten sisäänottokriteereihin korkeintaan viisi vuotta vanhat aineistot.

Seuraavaksi siirryin tekemään englanninkielisiä hakuja. Tein aineistohaun ESBCO (CINAH)- tietokannasta hakusanoilla good nutrition and geriatric and rehabilitation nursing. Hakuvalinnassa valitsin smart text haun ja yhteenkuuluvien sanojen käyttämisen.

Rajasin haun koko tekstin ja tiivistelmän saatavuuteen. Julkaisuvuosisiksi valitsin 2008–2013 julkaistut aineistot. Kieleksi rajasin englannin ja valitsin hakutyyppiä tutkimusartikkelin. Tein myös aineiston rajauksen ikäryhmiin + 65 ja aineiston saatavuudeksi pdf-kokotekstin. Hakutuloksena löytyi 50 artikkelia, joista artikkelin otsikon perusteella valitsin neljä tutkimusta tarkempaan katsaukseen. Johdannon ja aineiston sisällön perusteella valitsin kaksi artikkelia tutkimuksen lopulliseen aineistoon.

Hyvän edellisen hakutuloksen perusteella päätin tehdä lisää hakuja EBSCO (CINAH)-tietokantaan. Seuraavan tein haun samoilla valintakriteerillä kuin aiemman haun, mutta vaihdoin hakusanoiksi nutrition, elderly patients. Hakutuloksena löytyi 288 artikkelia, joista valitsin otsikon perusteella tarkempaan tarkasteluun viisi artikkelia. Johdannon ja aineiston sisällön perusteella valitsen näistä neljä tutkimusartikkelia lopulliseen aineistoon.

Seuraavaksi tein edelleen samaan tietokantaan uuden haun, hakusanoilla good nutrition, elderly patients, rehabilitation. Hakutuloksena löytyi 363 artikkelia, joista valitsin otsikon perusteella neljä artikkelia tarkempaan katsaukseen. Johdannon luettuani en kuitenkaan valinnut näistä artikkeleista yhtään aineistooni, koska ne eivät olleet relevantteja.

Tein vielä yhden haun EBSCO (CINAH) -tietokantaan haun sanoilla; rehabilitating the patient, nutrition, senior citizen. Tuloksena löytyi 11 artikkelia, joista en kuitenkaan valinnut otsikon perusteella yhtään tutkimusartikkelia tarkempaan käsittelyyn. Tein EBSCO-tietokantaan monta eri hakuja, käyttäen eri englanninkielisiä hakusanoja, koska löysin sieltä kaikista kattavimmin tutkimusaineistoa.

Seuraavaksi tein aineistohakuja PubMed-tietokannasta, joissa tein kaksi eri hakuja käyttäen eri hakusanoja. Valitsin artikkelin tyyppiä tutkimusartikkeli, rajasin haun ilmaiseen tekstiin, viisi vuotta vanhoihin aineistoihin sekä julkaisukieliä englannin- ja suomenkielen. Hakusanoilla good nutrition ja elderly löytyi hakutuloksena 230 artikkelia, joista valitsin otsikon perusteella tarkempaan katsaukseen 7 artikkelia. Luettuani kaikista artikkeleista johdannon, valitsin lopulliseen aineistoon 2 artikkelia. Toisessa haussa hakusanoina olivat good nutrition ja rehabilitation. Hakutuloksena löytyi 706 artikkelia, joista valitsin 4 otsikon perusteella tarkempaan katsaukseen. Näistä valitsin johdannon perusteella yhden tutkimusartikkelin lopulliseen aineistoon. Luettuani tutkimusartikkelin kokonaan päätin, etten valitse sitä lopulliseen aineistoon. Aineiston haun kuvaus on havainnollistettu työn lopussa taulukon muodossa (liite1).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineisto koostuu kahdeksasta englanninkielisestä hoitotieteellisestä tutkimuksesta. Aineiston teoriapohjaan löytyi hyvin suomen kielellä materiaalia ja aineistoa, mutta suomenkielisiä uudempia hoitotieteellisiä artikkeleita en kuitenkaan aiheesta löytänyt. Teoriapohjaa tehdessäni, jouduinkin miettimään mitä asioita haluan siinä nostaa esille, ilman että aiheesta tulee liian laaja. Tutkimusartikkelien kuvaus on havainnollistettu taulukon avulla työn lopussa (liite 2).

## **7 Laadullinen sisällönanalyysi**

Sisällönanalyysin tarkoituksena on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja selkeä tuotos. Tarkoituksena on tiedon lisääminen tutkittavasta aiheesta. Sisällönanalyysin avulla tehdään selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108.)

Laadullisen tutkimuksen analyysimuodot voidaan jakaa kolmeen eri pääluokkaan. Nämä ovat aineistolähtöinen analyysi, teoriaohjaava analyysi ja teorialähtöinen analyysi. Eri analyysimuodot eroavat toisistaan viitekehyksen määrittämisessä, aineiston hankkimisessa, aineiston analyysissä ja niiden raportoinnissa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 98–99.)

Tämä opinnäytetyö analysoidaan aineistolähtöisen analyysin mukaan. Laadullisen aineiston analyysi jaetaan induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli teoriapohjaiseen sisällönanalyysiin. Aineistolähtöinen, eli induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen päävaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on redusointi eli pelkistäminen ja se pitää sisällään analysoitavan tiedon pelkistämisen. Tällöin aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen osa pois. Tässä vaiheessa määritellään myös analyysiyksikkö jota ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lauseenosa tai ajatuskokonaisuus. Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa, aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä käydään läpi aineiston alkuperäisilmaukset. Nämä ryhmitellään samankaltaisuuden perusteella ylä- ja alaluokkiin. Kolmas vaihe pitää sisällään abstrahoinnin, eli teoreettisten käsitteiden luomisen. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä luodaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se on aineiston kohdalla mahdollista. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 107–111.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin induktiivista sisällönanalyysia noudattaen. Induktiivisuudella tarkoitetaan etenemistä yksittäisistä havainnoista ylempiin väitteisiin. Tutkimuksen pääpaino oli aineistossa, jolloin analyysiyksiköt eivät olleet ennalta määrättyjä. Opinnäytetyön teoria rakennettiin aineiston lähtökohtana. (Saaranen – Puusniekka 2006.) Opinnäytetyöni analyysiyksikkönä minulla oli ravitseminen.

Aloitin tutkimusaineiston redusoinnin eli pelkistämisen alleviivaamalla tutkimusartikkeleista vastaukset jotka vastasivat tutkimuskysymyksiini ja samalla laadin niistä pelkistetyt ilmaukset. Pyrin karsimaan aineistoista epäolennaiset asiat pois ja nostamaan esille pelkistykset jotka vastasivat tutkimuskysymyksiini. Pelkistin jokaisen artikkelin eri värillä, jolloin se auttoi minua myöhemmin yhdistämään pelkistykset artikkeleihin. Kun olin pelkistänyt kaikki tutkimusartikkelini aloin klusteroimaan, eli ryhmittelemään pelkistykseksi samankaltaisuuksien mukaan omiin ryhmiinsä. Tämän jälkeen pyrin muodostamaan samankaltaisista ryhmityksistä alaluokat jotka kuvaisivat luomiani ryhmiä. Alaluokista muodostin yläluokat jotka pyrin nimeämään niin, että ne vastaisivat alaluokkien asiasisältöä. Tämän jälkeen aloitin abstrahoinnin, jossa pyrin teoreettisten käsitteiden luomiseen. Pyrin erottelamaan tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon joista muodostin teoreettisia käsitteitä. Nämä käsitteet on havainnollistettu tässä työssä taulukko muodossa (taulukko 1-4).

Taulukossa 1. olen havainnollistanut tekemäni induktiivisen sisällönanalyysin taulukon avulla. Taulukossa näkyvät vasemmalla puolella alkuperäiset ilmaukset jotka olin poiminut tutkimusartikkeleita läpi käydessäni. Taulukko etenee selkeästi vasemmalta oikealle ensiksi tullen alkuperäisilmaus, pelkistys, alaluokka ja yläluokka. Taulukon alkuperäisilmaukset on numeroitu jotta voidaan yhdistää oikea alkuperäisilmaus oikeaan tutkimusartikkeliin. Numeroidut alkuperäisartikkelit löytyvät tämän työn lopusta (liite 2).

Taulukko 1 esimerkin mukaisesti kävin ensin alkuperäisilmaukset läpi ja pelkistin ne lyhempiin asiakokonaisuuksiin. Näin ollen yhdestä alkuperäisilmauksesta tuli useampia pelkistettyjä ilmauksia. Tämän jälkeen kun olin käynyt läpi kaikki alkuperäisilmaukset aloin ryhmittelemään niitä samankaltaisuuksien mukaan omiin ryhmiinsä. Näistä ryhmistä muodostui alaluokat, jotka pyrin nimeämään niin että ne kuvaisivat pelkistettyjä ilmauksia. Esimerkkinä tässä taulukossa alaluokiksi muodostui tiheennetty ruokavalio ja tasainen ravintoaineiden saanti, säännöllinen ruokailu sekä vihannesten ja hedelmien saanti, ravitsemukselliset hoitokäytännöt, yksilöllinen ravitsemusneuvonta ja suunnit-

telma, potilaan motivoituneisuus ja itsehoidon tukeminen sekä riittämätön proteiinin-saanti heikentää toimintakykyä. Näistä alaluokista muodostin yhden yhteisen yläluokan, josta tuli hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen. Tein kaikki tässä työssä esiintyvät taulukot samalla tavalla.

Taulukko 1. Hyvän ravitsemuksen ylläpitäminen

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
4. Tihennetyllä ruokavaliolla avulla saatiin parannettua C-, D,- E- vitamiinien ja proteiinin, folaatin, kalsiumin ja seleenin arvoja	Tihennetty ruoka paransi vitamiinien saanti	Tihennetty ruokavaliio ja tasainen ravintoaineiden saanti	Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen
	Tihennetyt ruokavaliot paransivat proteiinin saanti kasvoilla		
	Tihennetty ruokavaliio paransi folaatin, kalsiumin ja seleenin arvoja		
4. Ravinnosta energiaa tulisi olla 15-24% proteiinia, 40-50% rasvaa 24-45% hiilihydraatteja	Ravintoaineiden jakautuminen proteiinin, rasvan ja hiilihydraattien kesken		
5. Hedelmien, vihannesten, proteiinin syöminen sekä säännöllinen juominen vähentää riskiä sairastua aliravitsemukseen	Säännöllinen syöminen ja juominen edesauttavat hyvää ravitsemustilaa	Säännöllinen ruokailu sekä vihannesten ja hedelmien saanti	
	Hedelmien ja vihannesten säännöllinen saanti		
8. Ravitsemuksellisilla hoitokäytännöillä on positiivinen vaikutus pot. ravitsemustilaan	Ravitsemuksellisten hoitokäytänteiden avulla voidaan parantaa ravitsemustilaa	Ravitsemukselliset hoitokäytännöt, yksilöllinen ravitsemusneuvonta ja suunnitelma	
8. Toistamalla ravitsemuksellista seuranta, painon seuranta, ruokailun arviointia, yksilöllistä ravitsemus suunnitelmaa aliravitsemuksesta kärsiville ja noudattamalla sitä voidaan parantaa ravitsemustilaa.	Yksilöllinen ravitsemussuunnitelma edesauttaa ylläpitämään hyvää ravitsemustilaa		
1. Yksilöllinen ravitsemusneuvonta sairaalahoidon aikana ja jälkeen parantaa potilaan ravitsemustilaa	Ravitsemusneuvonta sairaalassa olon aikana, sekä sen jälkeen parantaa ravitsemustilaa		
1. Sairaanhoidotietämys ja tietoisuus ravitsemukseen liittyvistä kysymyksistä, kiinnostuneisuus, aika kuunnella potilasta, arvioida potilaan motivaatioita paransi potilaan ravitsemustilaa	Potilaan oma motivoituneisuus auttoi parantamaan hänen ravitsemustilaansa	Potilaan motivoituneisuus ja itsehoidon tukeminen	
7. Tukemalla itsehoitoa autetaan säilyttämään hyvä ravitsemustila	Itsehoidon tukeminen auttaa ylläpitämään hyvää ravitsemustilaa		
2. Riittämätön proteiinin saanti heikentää pot. toimintakykyä, vähentää lihasmassaa ja elimistön kykyä palautua stressistä	Riittämätön proteiinin saanti vähentää lihasmassaa	Riittämätön proteiinin saanti heikentää toimintakykyä	
	Riittämätön proteiinin saanti heikentää toimintakykyä		
	Riittämätön proteiinin saanti vähentää elimistön kykyä palautua stressistä		



## 8 Tulokset

Työn tuloksissa kuvataan ravitsemukseen liittyviä tekijöitä. Mitkä asiat ovat yhteydessä hyvään ja monipuoliseen ravitsemustilaan. Tuloksista muodostui kolme yläluokkaa, hyvän ravitsemustilan ylläpitämiseen vaikuttavat tekijät, ravitsemustilan arviointi sekä aliravitsemukseen yhteydessä olevat tekijät. Tulokset on havainnollistettu taulukoiden avulla. Tämän työn lopusta löytyy aineistossa käytetyt tutkimusartikkelit (liite 2).

### 8.1 Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen

Taulukossa 2. on kuvattu hyvän ravitsemustilan ylläpitämiseen vaikuttavat tekijät. Ikääntyneet joilla oli huonontunut ruokahalu hyötyivät tihennetystä ruokavaliosta joka oli heille yksilöllisesti suunniteltu. Tutkimuksen tulosten (Lammes ym. 2009: 213–214) mukaan potilaat joilla oli käytössä tihennetty ruokavalio saivat enemmän proteiinia, C-, D-, ja E-vitamiineja, folaattia, kalsiumia sekä seleneeniä. Tulosten perustella tihennetty ruokavalio tulisikin ottaa huomioon suunniteltaessa ruokavaliota iäkkäille, joilla on huonontunut ruokahalu.

Ikääntyneiden hyvää ravitsemustilaa ylläpitäviä tekijöitä Ribeiron (2011) mukaan olivat hedelmien tai vihannesten syöminen vähintään kahdesti päivässä, lihan, kanan tai kalan jokapäiväinen nauttiminen sekä vähintään kolmen lasillisen juominen nesteitä.

Ruotsin nykyisten ravitsemussuositusten mukaan (Lammes ym. 2009: 231–214) potilaille jotka ovat vaarassa sairastua aliravitsemukseen tai joilla on huono ruokahalu, suositellaan energia tihennettyä ruokavaliota. Päivittäisen energiansaannin tulisi koostua 15–25 % proteiinista, 40–50 % rasvasta ja 24–45 % hiilihydraateista. Tällaisen ruokavaliotyypin on osoitettu lisäävän energian saantia ikääntyneillä potilailla, mutta se ei riitä kattamaan hivenaineita, jotka tulisikin lisätä vielä erikseen ruokavalioon.

Feldblumin ym. (2011) tutkimustulosten mukaan yksilöllinen ravitsemushoito sairaalassa olon aikana, sekä kotiutumisen jälkeen vähentää kuolleisuutta ja parantavat ravitsemustilaa. Myös ravitsemuksellisilla hoitokäytänteillä on positiivinen vaikutus potilaan ravitsemustilaan. Sairaanhoidajien tietämyksellä, tietoisuudella, kiinnostuneisuudella ja ajalla kuunnella potilasta ja hänen ravitsemukseen liittyviä ongelmia, oli potilaan ravitsemustilaa parantava vaikutus. Kun potilaat tunsivat sairaanhoidajien olevan kiinnostu-

neita heidän ravitsemuksestaan, kokivat he olevansa itse mukana hoidossa ja näin ollen olivat motivoituneempia parantamaan omaa ravitsemustilaansa. Kuuntelemalla potilasta ja keskustelemalla hänen kanssaan vuorovaikutteisesti pystyi sairaanhoitaja yhdessä miettimään potilaan ravitsemuksessa esiintyviä ongelmia sekä ratkaisuja niihin. Myös tukemalla potilaan itsehoitoa saatiin parannettua hänen ravitsemustilaansa.

Gaillardin ym. (2008) tutkimuksen mukaan riittämätön proteiinin saanti ikääntyneellä voi johtaa suuriin rakenteellisiin ja toiminnallisiin muutoksiin kudoksissa, joilla on välitön vaikutus ikääntyneen terveydenkykyyn. Proteiineilla on keskeinen osa elimistön toiminnassa. Ne muun muassa rakentavat ja korjaavat kudoksia ja lihasmassaa, auttavat lihaksen supistumisessa, vaikuttavat hormonisynteesiin, immuunipuolustukseen ja metaboliseen säätelyyn. Riittämätön proteiinin saanti heikentää toimintakykyä, lihasten massaa sekä heikentää elimistön kykyä palautua stressistä. Tämän vuoksi riittävä proteiinin saanti ikääntyneillä olisikin ensiarvoisen tärkeää taata, sillä huonontunut toimintakyky taas itsessään altistaa sairauksille ja infektioille.

Taulukko 2. Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Tihennetty ruoka paransi vitamiinien saanti	Tihennetty ruokavalio ja tasainen ravinto aineiden saanti	Hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen
Tihennetyn ruokavalion avulla proteiinin saanti kasvoi		
Tihennetty ruokavalio paransi folaatin, kalsiumin ja seleenin arvoja		
Ravintoaineiden jakautuminen proteiinin, rasvan ja hiilihydraattien kesken		
Säännöllinen syöminen ja juominen edesauttavat hyvää ravitsemustilaa	Säännöllinen ruokailu sekä vihannesten ja hedelmien saanti	
Hedelmien ja vihannesten säännöllinen saanti		
Ravitsemuksellisten hoitokäytänteiden avulla voidaan parantaa ravitsemustilaa	Ravitsemukselliset hoitokäytännöt, yksilöllinen ravitsemussuunnitelma ja ravitsemusneuvonta	
Yksilöllinen ravitsemussuunnitelma edesauttaa ylläpitämään hyvää ravitsemustilaa		
Ravitsemusneuvonta sairaalassa olon aikana, sekä sen jälkeen parantaa ravitsemustilaa		
Potilaan oma motivoituneisuus auttoi parantamaan hänen ravitsemustilaansa	Potilaan motivoituneisuus ja itsehoidon tukeminen	
Itsehoidon tukeminen auttaa ylläpitämään hyvää ravitsemustilaa		
Riittämätön proteiinin saanti vähentää lihasmassaa	Riittämätön proteiinin saanti vähentää lihasmassaa, toimintakykyä ja stressistä palautumista	
Riittämätön proteiinin saanti heikentää toimintakykyä		
Riittämätön proteiinin saanti vähentää elimistön kykyä palautua stressistä		

## 8.2 Ravitsemustilan arviointi

Taulukossa 3. on kuvattu ravitsemustilan arviointiin vaikuttavat tekijät. Tomstad ym. (2012) mukaan esteitä hyvän ravitsemushoidon toteutumiselle oli tiedon puute, priorisointi, selkeästi määritellyt vastualueet, vähäiset resurssit, sairaanhoitajien vähäisyys tai asenne ravitsemushoitoa kohtaan.

Söderhamin ym. (2008) tutkimuksen mukaan potilaan ravitsemustilaa arvioidessa tärkein sairaanhoitajan tiedonlähde oli potilas itse. Vuorovaikutuksellisella vuoropuhelulla sairaanhoitajan ja potilaan välillä saatiin parhaiten tietoon potilaan ravitsemukselliset ongelmat ja tarpeet. Potilaat saattoivat usein itse ajatella, että söivät ja joivat riittävästi vaikka asia ei niin ollutkaan. Vuorovaikutuksellisen vuoropuhelun avulla sairaanhoitaja myös sai selville esim. sairauksien vaikutuksen potilaan syömiseen. Jos potilas ei ollut halukas puhumaan ravitsemuksestaan, oli tärkeää kääntyä lähiomaisten puoleen joilla usein oli tietoa potilaan ravitsemuksesta. Edellytykset ravitsemuksellisen hoitotyön arviointiin oli; vuoropuhelun käyttäminen, tietojen ja havaintojen seuranta, hallintalaitteiden yhteiskäyttö muiden hoitajien ammattiryhmien kanssa, jatkuva seuranta sekä moniammatillisen tiimin yhteistyö. Sairanhoitajilla on ratkaiseva rooli tunnistaa ihmisen ravitsemukseen liittyviä ongelmia kuuntelemalla potilasta ja näin ymmärtää häntä.

Tomstadin ym. (2012) tutkimuksen mukaan toistamalla ravitsemuksen säännöllistä seurantaa, havainnoimalla potilasta, painon säännöllisellä tarkkailulla ja ruokailun arvioinnin avulla voidaan parantaa potilaan ravitsemuksellista tilaa. Toistamalla ravitsemuksellista seurantaa voidaan seurata potilaan ravinnonkulutusta ja ruokahalua sekä huomata mahdolliset ongelmat siinä. Säännöllisen seurannan avulla huonontuneeseen ravitsemustilaan voidaan puuttua sekä tehdä tarvittaessa hoitosuunnitelma ravitsemustilan parantamiseksi.

Tutkimuksen Söderhamn ym. (2008) mukaan sairaanhoitajilla on ratkaiseva rooli tunnistaa iäkkään ravitsemukseen liittyviä ongelmia kuuntelemalla potilasta ja näin pystyä ymmärtämään häntä ja tukemaan ravitsemuksellisissa ongelmissa.

Taulukko 3. Ravitsemustilan arviointi

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Tiedon puute esti hyvän ravitsemushoidon toteutumista	Tiedon puute, työtehtävien priorisointi, vähäiset resurssit, Sh:n huono asenne ja selkeät vastualueet estivät ravitsemushoidon toteutumista	Ravitsemustilan arviointi
Työtehtävien priorisointi oli esteenä hyvän ravitsemushoidon toteutumiselle		
Selkeästi määritetyt vastualueet edesauttoivat huonoa ravitsemustilan arviointia		
Vähäiset resurssit ja sairaanhoitajien vähäisyys olivat esteitä hyvän ravitsemushoidon toteutumiselle		
Sairaanhoitajien huono asenne ravitsemushoitoa kohtaan esiintyi estävänä tekijänä hyvän ravitsemushoidon toteutukselle		
Potilaan ravitsemustilan arvioinnin edellytys oli vuorovaikutuksellinen vuoropuhelu sairaanhoitajan kanssa	Sh:n tietämys, vuorovaikutuksellisuus, kiinnostuneisuus	
Sairaanhoitajien kiinnostuneisuus potilaan ravitsemusta kohtaan paransi potilaan ravitsemustilaa		
Sairaanhoitajien tietämys ravitsemuksesta paransi potilaan ravitsemustilaa		
Ravitsemuksen säännöllinen seuranta auttaa parantamaan ravitsemustilaa	Havainnot, arviointi, seuranta, tarkkailu	
Sairaanhoitajan havainnot potilaan ravitsemuksesta auttoivat potilaan ravitsemustilan arvioinnissa		
Potilaan ravitsemustilan säännöllinen seuranta auttoi arvioimaan ravitsemuksellista hoitoa		
Painon säännöllisen tarkkailulla avulla voidaan pitää yllä hyvää ravitsemustilaa		
Ruokailun arvioinnin avulla voidaan parantaa ravitsemustilaa		
Sairaanhoitajat voivat tunnistaa ravitsemukseen liittyvät ongelmat kuuntelemalla potilasta	Sh:n kuunteleminen, läsnäolo, tukeminen	
Sairaanhoitajan rooli on tukea potilasta ravitsemuksellisissa ongelmissa		
Sairaanhoitajan läsnäolo ja potilaan kuunteleminen paransi potilaan ravitsemustilaa		

### 8.3 Aliravitsemukseen yhteydessä olevat tekijät

Taulukossa 4. on käyty läpi aliravitsemukseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tomstadin ym. (2012) Tutkimuksen mukaan riskit sairastua aliravitsemukseen oli kohonnut ikään-tyneillä joilla oli matala itsehoidon kyky, heikko elämänhallinta, ei-aktiivisuus, ikään-tyneet jotka saivat jokapäiväistä apua, kokivat avuttomuutta tai olivat korkea ikäisiä. Tämä perustui siihen, että ikään-tyneillä joilla oli muutenkin vaikeuksia huolehtia itsestään, ei ollut myöskään riittävästi mahdollisuuksia paneutua ravitsemukseensa. Korkea ikä-

sillä riski sairastua aliravitsemukseen oli kohonnut koska heidän toimintakykynsä oli huonontunut iän tuomien toimintakyvyn muutoksien tai sairauksien vuoksi.

Tutkimuksen Lammes ym. (2009) mukaan ikääntyneiden alhaiseen energiansaantiin liittyviä tekijöitä oli useita. Muutokset suun- ja hampaiden kunnossa olivat yksi tekijä minkä vuoksi ikääntyneiden energian saanti oli vähentynyt. Nielemisvaikeudet, syömis-  
kyvyn huonontuminen, huonosti istuvat proteesit tai hampaiden huono kunto vaikuttivat ikääntyneen syömiskykyyn heikentäen sitä. Myös sairaudet ja niiden hoito vaikuttivat ravitsemustilaan heikentäen sitä. Sairaudet ja niiden lääkitys saattoivat aiheuttaa ikään-  
tyneellä esim. pahoinvointia, jonka vuoksi hänen ei ollut mielekästä syödä. Sairauksista johtuen ikääntynyt saattoi myös unohtaa syödä tai luulla jo syöneensä.

Lammesin ym. (2009) tutkimuksessa useat eri sosiaaliset tekijät vaikuttivat myös ikään-  
tyneen ravitsemustilaan heikentäen sitä. Näitä tekijöitä olivat yksin asuminen, heikko  
elämänhallinta, aktiivittomuus, huono sosiaalinen tilanne, masennus ja elintaso. Ikään-  
tyen asuessa yksin ravitsemustilan heikentyminen johtui useimmiten siitä, että hänen ei  
ollut niin mielekästä laittaa ruokaa itselleen tai hänellä ei ollut läheisiä ympärillään jotka  
olisivat voineet auttaa ravitsemuksen toteuttamisessa. Ikääntynyt joka oli masentunut  
tai aktiiviton ei ollut kiinnostunut omasta ravitsemustilastaan ja näin ollen hoiti sitä hu-  
nosti. Ikääntyneillä joilla oli huono sosiaalinen tilanne, ei ollut lähiympäristössä sukulai-  
sia tai ystäviä jotka olisivat voineet auttaa ravitsemuksen toteuttamisessa. Ikääntynyt  
saattoi päästä omin avuin ruoka ostoksille vain harvoin tai ruokaostosten kantaminen  
oli hankalaa, jolloin hän joutui valitsemaan kaupassa käydessään vain välttämättömät  
ruoka-aineet. Elintaso vaikutti ikääntyneen ravitsemukseen niin, että ikääntyneillä ei  
ollut riittävästi rahaa ostaa tarpeeksi ruokaa itselleen tai riittävän laadukasta ruokaa.  
Ikääntyneet saattoivat ostaa kaupasta vain halpoja elintarvikkeita joissa oli huono ra-  
vintoainepitoisuus tai he saattoivat syödä yksipuolista ruokaa.

Tomstadin ym. (2012) tutkimuksen mukaan ikääntyneet jotka joutuivat suoraan hoito-  
kodista sairaalaan, olivat todennäköisemmin aliravittuja verrattuna ikääntyneisiin jotka  
joutuivat kotoa sairaalaan. Samansuuntaisen tutkimustuloksen antoi myös Wander-  
ween ym. (2010) tekemä tutkimus jonka mukaan ikääntyneet jotka asuivat hoitokodissa  
ennen sairaalan vuodeosastolle joutumista, olivat todennäköisemmin aliravittuja kuin  
ikääntyneet jotka tulivat sairaalaan suoraan kotoa tai saivat säännöllistä palvelua. Mitä  
pitempään ikääntyneet olivat sairaalan osastolla, sitä suurempi mahdollisuus heillä oli  
sairastua aliravitsemukseen.

Söderhamnin (2008) tutkimuksen mukaan Aliravitsemuspotilaat ovat pitkälti tunnistamattomia. Aliravitsemuksen tunnistaminen on tärkeää, koska se lisää sairastavuutta, riskiä komplikaatioiden syntyyn, lisää kuolleisuutta sekä pidentää sairaalassaoloa aikaa, jolloin se myös osaltaan nostaa terveydenhuollon kustannuksia.

Taulukko 4. Aliravitsemukseen yhteydessä olevat tekijät

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Ikääntyneen kokema avuttomuus lisäsi riskiä sairastua aliravitsemukseen	Avuttomuus, korkea ikä, avuntarve, matala itsehoidon kyky, yksin asuminen	Aliravitsemukseen yhteydessä olevat tekijät
Ikääntyneet jotka saivat jokapäiväistä apua oli riski sairastua aliravitsemukseen		
Ikääntyneen matala itsehoidon kyky lisäsi riskiä sairastua aliravitsemukseen		
Korkea ikäisyys lisäsi riskiä sairastua aliravitsemukseen		
Alhainen energiansaanti ikääntyneillä voi johtua nielemisvaikeuksista	Nielemisvaikeudet, suun- ja hampaiden kunto	
Alhainen energian saanti ikääntyneillä voi johtua syömiskyvyn huonontumisesta		
Alhainen energian saanti ikääntyneillä voi johtua hampaiden huonosta kunnosta		
Ravitsemustilaan vaikuttaa hampaiden ja suun huono kunto		
Ravitsemustilaan vaikuttaa sairaudet	Sairaudet ja niiden hoito	
Ravitsemustilaan vaikuttaa monilääkitys		
Alhainen energian saanti ikääntyneillä voi johtua useista sairauksista ja niiden hoidoista		
Yksin asujilla oli korkeampi riski sairastua aliravitsemukseen	Sosiaaliset tekijät	
Heikko elämänhallista lisäsi riskiä sairastua aliravitsemukseen		
Aktiivittomuus lisäsi riskiä sairastua aliravitsemukseen		
Ravitsemustilaan vaikuttaa huono sosiaalinen tilanne		
Ravitsemustilaan vaikuttaa masennus		
Ravitsemustilaan vaikuttaa elintaso		
Hoitokodista sairaalaan joutuneet vanhukset olivat todennäköisemmin aliravittuja kuin vanhukset jotka joutuivat suoraan kotoa sairaalaan	Sairaalassa olo lisää aliravitsemuksen riskiä	
Sairaalassaolo aika lisäsi aliravitsemuksen riskiä		
Aliravitsemus lisää sairaalassaolo aikaa		
Aliravitsemus lisäsi komplikaatioiden riskiä	Komplikaatioiden ja kuolleisuuden lisääntyminen	
Aliravitsemus lisää kuolleisuutta		

## 9 Pohdinta

### 9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Luotettavuutta mittaa se, onko tutkimuksessa tutkittu sitä aihetta mitä oli tarkoitus, onko tutkimukseen valittu oikea tutkimusmenetelmä ja analyysi, onko käsitteet operationalisoitu luotettavasti sekä tutkimuksen teoreettinen rakenne. (Kankkunen–Vehviläinen-Julkunen 2013: 198–190.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi olen pyrkinyt miettimään tarkkaan oikeanlaiset tutkimuskysymykset jotka ohjaavat opinnäytetyöni kulkua. Luotettavuuden lisäämiseksi olen myös tarkkaan miettinyt, pohtinut ja tutustunut erilaisiin tutkimusmenetelmiin ja niiden tekemiseen, sekä valinnut tutkimuksella sopivimman tutkimus ja analyysimenetelmän. Olen tehnyt opinnäytetyötä tarkasti ja tunnollisesti, perehtyen käsiteltävään aiheeseen hyvin. Opinnäytetyön tekemistä oikeaan suuntaan, on auttanut opinnäytetyöni ohjaaja joka on antanut vinkkejä ja korjauskehotuksia. Aiheeseen liittyneet käsitteet ja teoretiedon olen valinnut niin, että se on oleellinen osa opinnäytetyön aihetta. Käsitteet ja teoretiedon olen pyrkinyt avaamaan lyhyesti ja ytimekkäästi, perustuen mahdollisimman uuteen tutkittuun tietoon. Tutkimuksen teoreettisesta rakenteesta olen pyrkinyt tekemään relevantin, sekä johdonmukaisen.

Opinnäytetyön luotettavuuden vähentäviä tekijöitä ovat; dokumentoinnin epätasällisuus, menettelytapojen kuvauksien epätasällisuus, eettinen täsmällisyys on heikko, prosessin aikaiset päätökset on kuvattu heikosti. (Kankkunen ym. 2013: 200.) Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerit voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen, joiden avulla tutkimusta voidaan arvioida. Nämä osa-alueet ovat kuvauksen elävyys, metodologinen sopivuus, analyttinen täsmällisyys ja teoreettinen loogisuus. Kuvauksen elävyydellä tarkoitetaan todellisuuden kuvaamista mahdollisimman tarkasti ja elävästi. Tutkimuksen luotettavuutta heikentääkin aineisto mikä on kirjoitettu yksipuolisesti ja epäselvästi, kuvauksen epäuskottavuus ja pinnallisuus, epätasälliset sitaatit, puutteellinen itsetuntemus ja heikot havainnointikyvyt. Tutkimuksen metodologisella sopivuudella tarkoitetaan tutkimuksen oikeanlaisen menetelmän valitsemista. Tämä edellyttää perehtymistä käytettyyn menetelmään sekä arviointiin, sopiiko menetelmä tutkittavaan ilmiöön. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tarkka menettelytapojen noudatta-

minen ja kirjaaminen on oleellista. Tutkimuksen luottavuutta heikentää epäsoviva valittu metodologia, epätarkka kirjaaminen ja menettelytapojen kuvaus, heikko eettinen täsmällisyys sekä huonosti kuvatut prosessinaikaiset päätökset. Analyttisellä täsmällisyydellä tarkoitetaan analyysiprosessin selkeyttä. Sitä kuinka loogisesti ja selkeästi alaja yläluokat on saatu kuvattua. Luotettavuutta lisää tarpeeksi runsas aineisto sekä riittävä otos. Heikentävinä tekijöinä esiintyvät liian niukka aineisto, jolloin johtopäätökset on tuotettu liian niukasta materiaalista. Tällöin tulokset perustuvat vain osa-aineistoon. Teoreettisella loogisuudella tarkoitetaan aineiston teoriapohjan loogisuutta. Teoreettisen pohjan tulee olla myös perusteltu. Luotettavuutta heikentää jos tutkija ei ole ollenkaan tavoittanut teoreettista tasoa, mallia tai käsitteellistä kehystä. (Kankkunen ym. 2013:199–201.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä niin sanottujen sulkeisten avulla. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija on tietoinen omista ennako oletuksistaan tutkittavaa ilmiötä kohtaan ja pyrkii työssään etenemään, niin ettei ennako oletukset ohjaisi työtä. Käymällä läpi ennako-oletukset, voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Näitä tekijöitä ovat tutkimuksen tarkoitus, asetelma, otoksen valinta, analyysi, tulkinta, refleksiivisyys ja eettinen näkökulma. Tutkimuksen tarkoituksen avulla tarkastetaan tutkimuskysymysten selkeys sekä perustelut. Sen avulla voidaan tarkastaa vielä, että konteksti perustuu kirjallisuuteen. Tässä vaiheessa tulee olla tutkimuskohteesta selkeä kuvaus ja tarkoituksen esittäminen. Asetelman avulla tarkastetaan ilmiön oikea metodi, selkeä asetelma ja loogisuus. Otoksen valinnassa tarkastellaan sopivaa otoksen valintaa. Mikä on valintakriteerien yksityiskohtainen kuvaus, perustelut otoksen valinnalle, pohdinta miten saadaan laadukas aineisto sekä alkuperäisen suunnitelman mukaisen aineiston ja saadun näytteen epäsuhtaan pohdinta. Analyysissä käydään läpi asianmukainen analyysimenetelmä. Siinä tulee kuvata mm. selkeä lähestymistapa, valitun menetelmän sopevuus, käsitteellisten jäsennysten syntyminen, analyysi, kontekstin huomioiminen ja muiden tutkijoiden roolin kuvaus. Tulkinnassa käydään läpi kontekstin kuvaus ja käyttö tulkinnassa, tutkimusprosessin kuvaus sekä aineisto tulkinnan tukena. Refleksiivisyyden avulla käydään läpi tutkijan refleksiivisyyttä. Mikä oli tutkijan ja osallistujan suhteen kuvaus, tutkijan vaikutuksen tarkastelu, itsearviointi, tutkimuksen vaikutus tutkijaan sekä ongelmien ratkaisutavat. Eettisen näkökulman avulla pohditaan tutkijan eettistä vastuuta. Se sisältää eettisen toimikunnan lausunnon, sitoutumisen, tiedonantajien kunnioittamisen, tutkimuseettisen ongelmien ratkaisutavat, autonomian, suostumuksen, luottamuksellisuuden ja anonyymiyden takaamisen. (Kankkunen ym. 2013: 202–203.)



Tutkimusetiikan, eli normatiivisen etiikan tulisi vastata kysymyksiin, oikeista säännöistä mitä tutkimuksessa tulee noudattaa. Jotta tutkimuksen hyvän etiikan tavoitteisiin päästäisiin, voidaan apuna käyttää Pietarisen (2002: 211–212.) esittämiä kahdeksaa eettisen vaatimuksen kohtaa. Nämä kohdat ovat; älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen ym. 2013: 211–212.)

Tutkimusaiheen valinta on tutkijan itsensä tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee pohdita aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti, kuinka se vaikuttaa siihen osallistuviin ja mikä on sen hyödyllisyys. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisinä lähtökohtina toimii potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeus, osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti, haavoittuvat ryhmät, lapset tutkimukseen osallistujina sekä tutkimuslupa. (Kankkunen ym. 2013: 218–223.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet ohjaavat tutkijaa työssään yhdeksän eettisen periaatteen mukaan. Tämän ohjeistuksen mukaan tutkijan tulee noudattaa tutkittavien tietoiseen suostumukseen perustuvaa osallistumista ja määrittää mahdolliset negatiiviset seuraukset tutkimukseen osallistumisesta. Tutkijan tulee estää ja minimoida kaikki mahdolliset haitat, joita tutkimuksessa saattaa esiintyä. Tutkijan tulee myös edistää kaikkien tutkittavien ryhmien hyvää. Tutkijan tulisi ymmärtää tutkittavien persoonalliset erot, heidän perheitään sekä muita läheisiään ja arvostaa heidän erilaisuuttaan. Tutkijan täytyy varmistaa että kaikki tutkittavat ovat samanarvoisessa suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin nähden. Tutkijan tulee suojella tutkittavien yksityisyyttä mahdollisimman hyvin sekä varmistaa erilaisin tarkastuksin tutkimuksen eettisyys sen kaikissa eri vaiheissa. Tutkijan tulee myös raportoida mahdolliset ja oletetut tieteelliset virheet asianmukaiselle tutkimustoimikunnan valvojalle. Tutkijan tulee säilyttää kompetenssinsa suhteessa tutkimusaiheeseen ja – metodologiaan, muihin ammattilaisiin ja yhteisöllisiin seikkoihin, jotka vaikuttavat hoitotyön tutkimukseen ja yleiseen hyvään. Tutkijan on myös eläintutkimusta tehdessään suojattava eläimet kärsimyksiltä ja haitoilta. (Kankkunen ym. 2013: 217–218.)

## 9.2 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla millainen on kuntoutuvan vanhuspotilaan hyvä ravitsemus ja mitkä tekijät ovat yhteydessä siihen.

Tutkimusartikkeleita valittiin työhön kahdeksan kappaletta, jotka kaikki olivat englanninkielisiä. Tutkimukset koostuivat kahdesta yhdysvaltalaisesta, kahdesta ruotsalaisesta, yhdestä norjalaisesta, yhdestä belgialaisesta, yhdestä brasilialaisesta sekä yhdestä saksalaisesta tutkimuksesta (liite 2).

Ikääntyneet joilla on huonontunut ruokahalu, hyötyisivät tihennetystä ruokavaliosta. Tämä tulisikin ottaa huomioon suunniteltaessa ravitsemushoitoa. Ruotsissa onkin olemassa suositus, jossa kehoitetaan käyttämään energiatihennettyä ruokavaliota ikääntyneille jotka sairastavat aliravitsemusta tai ovat vaarassa sairastua siihen. Hyvää ravitsemustilaa ylläpitää jokapäiväinen lihan, kalan tai kanan syöminen, kasvikset ja hedelmät sekä säännöllinen juominen. (Lammes ym. 2009: 210–211.)

Ravitsemushoidon käytännöt eivät ole vielä kaikkialla Euroopassa kovin tehokkaasti käytössä, sillä Belgialaisen tutkimuksen mukaan jopa 1/3 vuodeosaston iäkkäistä potilaista oli aliravittuja. Ravitsemushoitoa voitaisiin kuitenkin parantaa ottamalla käyttöön yhtenäiset ravitsemukselliset hoitokäytännöt sekä seurantamittarit, kuten MNA. (Vanderwee ym. 2010: 739–740.)

lääkäiden ravitsemustilan taustalla oli usein jokin fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen tapahtuma, kuten vähentynyt fyysinen aktiivisuus, toimintakyvyn rajoitukset, puolison menetys, masennus tai sosiaalinen syrjäytyminen. Ikääntyneen ravitsemusta voitaisiin parantaa suunnittelemalla yksilöllisesti ravitsemushoito. Tämä parantaisi ikääntyneen ravitsemustilaa. Myös sairaanhoitajan vuorovaikutteisella vuoropuhelulla potilaan kanssa on ikääntyneen ravitsemusta parantava vaikutus. Kun sairaanhoitaja kysyy potilaalta tämän ravitsemuksesta ja mahdollisista ongelmista, sekä on samalla läsnä oleva ja kiinnostunut potilaasta saa tämä potilaan tuntemaan itsensä osaksi hoitoa, ja näin ollen on motivoituneemmaksi parantamaan omaa ravitsemustaan. (Söderhamn – Söderhamn 2008: 434–436.)

Tutkimusartikkeleissa nousi eniten esille aliravitsemus ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Tämä lienee johtuneen siitä, että aliravitsemus on edelleen yksi iso ongelma iäkkäiden keskuudessa. Lisäksi aliravitsemuksen riskejä lisäsi ikääntyminen, mikä tuo tullessaan erilaisia sairauksia ja toiminnallisia ongelmia, jotka taas osaltaan johtavat ravitsemuksellisiin toimintahäiriöihin esim. nielemisvaikeuksiin tai ruokahaluttomuuteen. Nämä tekijät taas omalta osaltaan johtavat laihtumiseen ja tämä taas aliravitsemukseen. Aliravitsemus osaltaan lisää riskiä sairastua sairauksiin ja erilaisiin infektioihin

sekä toiminnan vajauksiin. Tämä on eräänlainen noidankehä, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. (Tomstad ym. 2012: 213.)

Mielenkiintoisena itse pidin sitä, että kahdessa tutkimusartikkelissa mainittiin samansuuntaiset tutkimustulokset. Näiden tutkimustulosten mukaan ikääntyneet jotka joutuivat hoitokodista suoraan sairaalaan olivat todennäköisemmin aliravittuja verrattuna ikääntyneisiin jotka joutuivat kotoa sairaalaan. Tämän osaltaan selittää varmasti se, että kotona asuvat ikääntyneet ovat vielä paremmassa fyysisessä ja psyykkisessä kunnossa kuin hoitokodissa asuvat. Toisaalta taas, mikä minua tässä mietityttää on se, että hoitokodissa asuvat ikääntyneet ovat taas koko ajan hoitohenkilöstön hoidossa, jolloin luulisi ravitsemustilan olevan parempi. Tämä ehkä näyttääkin sen vajoavaisuuden, minkä mukaan ravitsemushoito ei ole vielä optimaalista. Aliravitsemuksen tunnistaminen olisikin erityisen tärkeää, sillä samalla kun se laskee terveyttä ja elämänlaatua, nostaa se terveydenhuollon kustannuksia. Tällöin varhaisella tunnistamisella ja hoidolla saataisiinkin niin paremmat vaikutukset yksilön terveyteen, kuin myös taloudelliset vaikutukset yhteiskunnalle. (Tomstad ym. 2012: 238–239; Wanderwee ym. 2010: 739–744.)

Jokainen tutkimusartikkeli vastasi jompaankumpaan tutkimuskysymykseen ja useampi artikkeli vastasi myös molempiin. Tutkimusaineistoa oli runsaasti tarjolla, joten enemmän vaikeuksia tuotti osasta valita osuvimmat tutkimukset. Tarkoitukseni oli alun perin valita kahdeksan tutkimusartikkelia, joten se ohjasi minua tutkimusartikkeleiden valinnassa, jotta en valitsisi liian vähän tai liikaa aineistoa työhöni.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuottaman tiedon avulla voidaan nähdä, että ravitsemushoidon käytännöt eivät ole vielä yhtenäiset ja virheravitsemuksen esiintyvyys on suuri. Ravitsemukseen vaikuttavia tekijöitä on paljon, joten hoitohenkilökunnalle se on yksi haastavimmista osista potilaan hoitoa. Ikääntynyt täytyy ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti ravitsemushoitoa suunniteltaessa, jolloin tulee ottaa huomioon fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Käyttämällä ravitsemushoidon suunnittelussa moniammatillista yhteistyötä, yhtenäisiä ravitsemus käytäntöjä, yksilöllistä ravitsemus suunnittelua, arviointimittareita sekä päivittäistä kirjaamista apuna käyttäen voidaan parantaa ikääntyneen ravitsemusta. Hoitohenkilökunnan kouluttamisella ja tiedon lisäämisellä voidaan puuttua varhaisessa vaiheessa ravitsemustilan häiriöihin ja näin pyrkiä parantamaan sitä.

### 9.3 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen ja haastava prosessi. Aihevalinta oli minulle mielenkiintoinen, ja sain aiheen jonka olin halunnutkin. Opinnäytetyön suunnitelma, aukeni minulle vaihe vaiheelta kun olin tutustunut asiaan tarkemmin. Työ eteni koko ajan loogisesti, joten sen tekeminen oli tavallaan helppoa. Eniten vaikeuksia minulle työssä tuotti perehtyminen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemiseen ja sen eri vaiheisiin. Kun olin ymmärtänyt sen vaiheet tarkemmin, työn tekeminen tuntui paljon yksinkertaisemmalta ja loogisemmalta.

Haastavalta työtä tehdessäni koin myös tutkimusartikkeleiden haun, mihin sain apua opinnäytetyöpajoista. Koska kaikki tutkimukseni olivat englanninkielisiä, oli haasteena myös niiden kääntäminen suomen kielelle, ilman että tutkimusten tulokset muuttuivat. Tähän kuluikin ylivoimaisesti eniten aikaa koko prosessin aikana. Nyt kun olen saanut tehtyä koko prosessin lähes loppuun, on kaikki työvaiheet selkeytyneet ja yksinkertaisuneet. Itse koen, että olen oppinut opinnäytetyöprosessista paljon ja mikäli tekisin samanlaisen työn uudestaan, osaisin tehdä sen jo paljon jouhevammin ja yksinkertaisemmin.

Opinnäytetyön tekeminen yksin oli minulle kaikista sopivin vaihtoehto, sillä pystyin tekemään sitä omien aikataulujeni mukaisesti, mikä myös ylläpiti työn mielekkyyttä. Koin myös että yksin tekemällä saisin tehtyä työstäni sellaisen kun juuri haluan. Opinnäytetyön tekeminen yksin myös todistaa minulle itselleni, kuinka hyvin pystyn tekemään tällaisen työn itsekseni. Prosessi on ollut opettavainen, koska työtä tehdessä ei ole tullut turvaututtua opiskelijatoveriin, vaan on joutunut yksin miettimään mikä on oikea tapa tai ratkaisu. Tämä on vahvistanut ja opettanut minua oppijana paremmaksi.

## Lähteet

Aira, Marja. Iäkkäät ja alkoholi 2008. Teoksessa Hartikainen, Sirpa – Lönnroos, Eija (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 270–271.

Feldblum, Ilana – German, Larisa – Castel, Hana – Harman-Boehm, Ilana – Shahar, Danit R 2011. Individualized nutritional intervention during and after hospitalization: The nutrition intervention study clinical trial. The American Geriatrics Society Vol. 59:10–17.

Finne-Soveri, Harriet 2008. Kipu. Teoksessa Hartikainen, Sirpa – Lönnroos, Eija (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 190–194.

Gaillard, Cathy – Alix, Emmanuel – Boirie, Yves – Berrut, Gilles – Ritz, Patrick 2008. Are elderly hospitalized patients getting enough protein? The American Geriatrics Society Vol. 56:1045–1049.

Hakala, Paula 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti  
<[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01086&p\\_haku=ik%C3%A4%C3%A4ntynyt](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086&p_haku=ik%C3%A4%C3%A4ntynyt)>. Luettu 20.2.2014.

Hyvärinen, Lea 2013. Näkö. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 198 –209.

Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. 3 –9.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5.painos. Helsinki: WSOY.

Kaiser, Matthias J. – Bauer, Jürgen M. – Rämisch, Christiane – Uter, Wolfgang – Guigoz, Yves – Cederholm, Tommy – Thomas, David R. – Anthony, Patricia S. – Charlton, Karen E. – Maggio, Marcello – Tsai, Alan C. – Vellas, Bruno – Sieber, Cornel C. 2010. Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. The American Geriatrics Society Vol. 58 (9). 1734–1738.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kari, Outi – Niskanen, Tuula – Lehtonen, Heidi – Arslanoski, Virpi 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Komulainen, Kaija – Hämäläinen, Pasi 2008. Suun terveydenhoito. Teoksessa Hartikainen, Sirpa – Lönnroos, Eija (toim.): Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 227 –245.

Koskinen, Simo – Pitkälä, Kaisu – Saarenheimo, Marja 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. 2. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 547 –563.

Lönnroos, Eija 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, Sirpa – Lönnroos, Eija (toim.): Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 278 –287.

Pikkarainen, Aila – Era, Pertti – Grönlund, Rainer. 2011. Gerontologinen tutkimus. Kuntoutussäätiö. Verkkodokumentti.

<[http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elamankaari\\_ja\\_ikavaiheet/gerontologinen\\_kuntoutus/](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elamankaari_ja_ikavaiheet/gerontologinen_kuntoutus/)>. Luettu 14.4.2014.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Verkkodokumentti.

<<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>>. Luettu 29.10..2013.

Ribeiro, Rita Suselaine Vieira – Da Rosa, Maria Inès – Bozzetti, Mary Clarisse 2011. Malnutrition and associated variables in an elderly population of Criciúma, SC. Artigo Original. Rev Assoc Med Bras Vol. 57 (1). 56–61.

Saaranen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Tampere. Verkkodokumentti

<[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html)>. Luettu 14.4.2014.

Sipilä, Sarianna – Rantanen, Taina – Tiainen, Kristina 2013. Lihavoima. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 141 –152.

Sorri, Martti – Huttunen, Kerttu 2013. Kuulo. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 186 –197.

Suominen, Harri 2013. Kehon rakenne ja koostumus. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 129–133.

Suominen, Merja 2013. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 487.

Suominen, Merja – Pitkälä, Kaisu 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Teoksessa Tilvis, Reijo – Pitkälä, Kaisu – Strandberg, Timo – Sulkava, Raimo – Viitanen, Matti (toim.): Geriatria. 2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 350 – 357.

Suutama, Timo 2013. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 220.

Söderhamn, Ulrika – Söderhamn Olle 2008. A successful way for performing nutritional nursing assessment in older patients. Journal of Clinical Nursing Vol 18: 431–439.

Tiikkainen, Pirjo 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, Eino – Jyrkämä, Jyrki – Rantanen, Taina (toim.) Gerontologia. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 284 –288.

Tilvis, Reijo 2010. Hauraat luut ja luunmurtumat. Teoksessa Tilvis, Reijo – Pitkälä, Kaisu – Strandberg, Timo – Sulkava, Raimo – Viitanen, Matti (toim.): Geriatria. 2.painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 301 –307.

Tilvis, Reijo 2010. Vanhenemismuutokset. Teoksessa Tilvis, Reijo – Pitkälä, Kaisu – Strandberg, Timo – Sulkava, Raimo – Viitanen, Matti (toim.): Geriatria. 2.painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 20– 61.

Tomstad, Solveig T. – Söderhamn, Ulrika – Espnes, Geir Arild – Söderhamn, Olle 2012. Living alone, receiving help, helplessness and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *International Journal of General Medicine* 5: 231–240.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuovinen, Anne – Lönnroos Eija 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa Hartikainen, Sirpa – Lönnroos, Eija (toim.): Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 213 –225.

Tähtinen, Helena 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.): Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. 10 – 45.

Vanderwee, Katrien – Clays, Els – Bocquaert, Ilse – Verhaeghe, Sofie – Lardennois, Miguel – Gobert, Micheline – Defloor, Tom 2010. Malnutrition and nutritional care practices in hospital wards for older people. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 67 (4). 736–746.

## Hakuhistoria

Tietokanta	Hakusanat	Löydös	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Aineistoon hyväksytyt
EBSCO (CINAL) 1.haku	Good nutrition, geriatric, rehabilitation nursing	50	4	2	2
EBSCO (CINAL) 2.haku	nutrition, elderly patients	288	5	3	4
EBSCO (CINAL) 3.haku	good nutrition, elderly patients, rehabilitation	363	4	0	0
EBSCO (CINAL) 4.haku	rahabilitating the patient, nutrition, senior citizen	11	0	0	0
Helka (Helsingin yliopistot)	ravitse?, kuntou?	22	4	0	0
Manuaalinen haku		4			
Medic	tutkiva hoitotyö	199	2	0	0
Medic	hoitotiede	314	5	0	0
Medic	kuntou*, vanh*	9	3	0	0
Medic	ravitse*, vanh*	9	3	0	0
PubMed	good nutrition, elderly	230	7	3	2
PubMed	good nutrition, rehabilitation	706	4	1	0



## Tutkimusaineiston kuvaus

Tekijät, vuosi, maa	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Tulokset
1. Feldblum, Ilana – German, Larisa – Castel, Hana – Harman-Boehm, Ilana – Shahar, Danit R 2011 USA	Testata olettamusta (hypoteesiä), että yksilöllinen ravitsemushoito sairaalassa olon aikana sekä kotiutumisen jälkeen parantaa ravitsemusta ja vähentää kuolleisuutta.	259 potilasta sisätautien osastolta. Ikäjakauma yli 65- vuotiaat. Aineisto kerättiin v.2003- 2005.	Satunnaistettu, kontrolloitu tutkimus. Kolme tutkimusryhmää.	Potilailla jotka saivat yksilöllistä ravitsemushoitoa sairaalassa olo aikana sekä kotiutumisen jälkeen oli parantunut ravitsemus sekä pienempi kuolleisuus.
2. Gaillard, Cathy – Alix, Emmanuel – Boirie, Yves – Berrut, Gilles – Ritz, Patrick 2008 USA	Määrittää proteiinin tarve sairaalassa oleville iäkkäille potilaille	36 sairaala potilasta lyhytaikais- ja kuntoutusosastolta. Ikäjakauma 65–99 vuotiaat. Otos: Miehiä 17kpl, Naisia: 19kpl	Poikkileikkaus tutkimus	Tutkimuksen mukaan proteiinin tarve iäkkäillä potilailla on 1.06g/kg/vrk.
3. Kaiser, Matthias J. – Bauer, Jürgen M. – Rämisch, Christiane – Uter, Wolfgang – Guigoz, Yves – Cederholm, Tommy – Thomas, David R. – Anthony, Patricia S. – Charlton, Karen E. – Maggion, Marcello – Tsai, Alan C. – Vellas, Bruno – Sieber, Cornel C. 2010 Saksa	Tarjota yhdistettyjä tietoja aliravitsemuksen esiintymisestä ikääntyneillä ihmisillä käyttäen Mini Nutritional Assessment (MNA) testiä.	Sairaalat, kuntoutus- ja hoitokodin ja yhteisöt. Osallistujia oli 4507 ihmistä, joista 75,2 % oli naisia. Keski-ikä oli 82,3 vuotta.	Katsaus aiemmin julkaistuihin yhdistettyyn analyysiin.  Yhdistetyssä tietokannassa tarkasteltiin neljää eri ryhmää.  Retrospektiivinen tutkimus	24 tutkimusaineistoa tutkittiin 12 eri maasta. Tutkimukseen osallistuneista yli kaksi kolmasosaa oli vaaraksi sairastua aliravitsemukseen (46,2 %).

Tekijät, vuosi, maa	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Tulokset
4. Lammes, E.– Törner, A. – Akner, G. 2009 Ruotsi	Tutkia ravintoaineiden tiheyttä ikääntyneiden ruokavaliossa vanhainkodissa sekä laskea kuinka muutokset energian saannissa vaikuttavat ravintoaineiden saantiin.	Tutkimukseen osallistui 76 vanhainkodin asukasta ajalla 2000- 2001. Ravinto punnittiin 5 päivän ajan joka kuudes kuukausi 1,5 vuoden ajalta ja ravintoaineiden tiheys laskettiin. Ikäjakauma oli 67- 102 vuotta ja keski-ikä oli 84v.	Pitkittäistutkimus	Ravintetihennetty ruoka tulisi ottaa huomioon iäkkäillä potilailla joilla on huono ruokahalu.
5. Ribeiro, Rita Suselaine Vieira – Da Rosa, Maria Inês – Bozzetti, Mary Clarisse 2011. Brasilia	Aliravitsemuksen määrittäminen ja siihen liittyvät tekijät iäkkäillä.	Valittiin 236 iäkästä potilasta, jotka oli rokotettu influenssaa vastaan. Tutkimus tehtiin etelä- Brasiliassa. Ikäjakauma oli 60- 92 vuotta. Keskiarvo oli 68 vuotta.	Poikkipinta tutkimus	Esiintyvyyden aliravitsemukseen tutkimushenkilöillä oli alhainen. Stressi ja akuutti sairaus olivat yhteydessä aliravitsemuksen syntyyn, kuin taas säännöllinen juominen, hedelmien, vihannesten sekä proteiinien syöminen vähensivät riskiä sairastua aliravitsemukseen.
6. Söderhamn, Ulrika – Söderhamn Olle 2008. Ruotsi	Hankkia lisää tietoa miten voidaan lisätä sairaanhoitajien osaamista ravitsemustilan arviointiin iäkkäillä potilailla.	Haastateltiin 10 sairaanhoitajaa kahdesta eri länsiruotsalaisesta sairaalasta, jotka työskentelivät iäkkäiden potilaiden kanssa.	Laadullinen tutkimus  Aineisto analysoitiin hermeneuttisella tutkimusotteella	Sairaanhoitajilla todettiin paljon tietämystä liittyen iäkkään ravitsemustilaan ja sen arviointiin. Hoitotyön arviointia paransi-

Tekijät, vuosi, maa	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Tulokset
		<p>Sairaanhoidtajien keski-ikä oli 40 vuotta.</p> <p>Neljä haastatteluista tehtiin vuonna 2003 ja kuusi vuonna 2006.</p>		<p>vat vuorovaikutukselliset keskustelut potilaan kanssa, hoitajan läsnäolo, kiinnostus, potilaan kuuntelu ja hänen toiveidensa huomiointi.</p>
<p>7. Tomstad, Solveig T. – Söderhamn, Ulrika – Espnes, Geir Arild – Söderhamn, Olle 2012 Norja</p>	<p>Kuvata aliravitsemuksen esiintyvyys kotona asuvien iäkkäiden keskuudessa Norjassa, sekä raportoida tuloksiin, itsehoitoon, elämänhallintaan, omaan koettuun terveyteen ja muihin terveyteen liittyviin kysymyksiin</p>	<p>Kyselylomake lähetettiin Etelä- Norjassa 450 henkilölle, jotka olivat täyttäneet vähintään 65- vuotta. Otos käsitti 270 naista ja 180 miestä.</p>	<p>Poikkileikkaus tutkimusta soveltaen. Satunnaistettu otos. Kyselylomake.</p>	<p>Tunnistamalla riski potilaat ja tukemalla iäkkäiden omahoitoa, voidaan säilyttää ja parantaa ravitsemustilaa.</p>
<p>8. Vanderwee, Katrien – Clays, Els – Bocquaert, Ilse – Verhaeghe, Sofie – Lardennois, Miguel – Gober, Micheline – Defloor, Tom 2010 Belgia</p>	<p>Saada parempi käsitys nykyisistä ravitsemushoidon käytännöistä ikääntyneillä potilailla sairaalan vuodeosastoilla, sekä tutkia niiden yhteyttä aliravitsemukseen ja ravitsemushoidon ominaisuuksiin.</p>	<p>2094kpl vuodeosaston ikääntyneitä 140 eri osastolta.</p> <p>Otantaryhmä oli Belgian vuodeosaston iäkkäistä potilaista Yli 75 vuotiaat potilaat Ikäjakauma 75-102 vuotta</p> <p>Keski-ikä 83,8v.</p>	<p>Poikittaistutkimus</p> <p>Standardoitu kyselylomake</p>	<p>Aliravitsemuksen yleisyys vuodeosaston ikääntyneillä potilailla oli 31.9% sekä riski sairastua aliravitsemukseen oli 36, 2% ja hyvän ravitsemustilan omaavia oli 31, 9%. Osastojen välillä todettiin suuria eroavaisuuksia.</p> <p>Ravitsemukselliset hoitokäytännöt eivät ole kansainvälisten ohjeiden mukaisia, eivätkä ole vielä yhtenäinen käytäntö Euroopan sairaaloissa.</p>

