



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Ikääntyneen ravitsemus –Järvenpään kaupunki, erityisasuminen

Timonen, Anu

2014 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

Ikääntyneen ravitseminen – Järvenpään kaupunki,  
erityisasuminen

Anu Timonen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Joulukuu, 2014

Timonen, Anu

**Ikääntyneen ravitseminen - Järvenpään kaupunki, erityisasuminen**

Vuosi 2014 Sivumäärä 35

---

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa hoitohenkilöstölle tietoa vajaa- ja aliravitsemukseen johtavista syistä sekä tarkastella varhaisen puuttumisen ja ennakoinnin mahdollisuuksia niiden ehkäisyssä. Tavoitteena on tarjota haastattelun tulosten perusteella väline ikääntyneen varhaiseen aliravitsemuksen tunnistamiseen. Haastattelun tuloksena selvitetään ikääntyneiltä itseltään, mikä mahtaa olla syynä siihen, ettei ruoka maistu, jolloin vajaa- ja aliravitsemusta pääsee syntymään. Tutkimuksen tulosten perusteella on jatkossa tarkoituksena tehdä ravitsemushoidon suunnitelma tai ohjelma Järvenpään kaupungin erityisasumisen palveluihin. Tässä suunnitelmassa huomioidaan ikäihmisen oma näkökulma ja kirjataan sen perusteella toimintatavat ravitsemushoitoon, jotta ikääntyneiden mahdollisimman hyvä ravitseminen toteutuisi.

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmäksi valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän. Haastattelut toteutin puolistrukturoituna teemahaastatteluna lokakuussa 2014. Tutkimukseen osallistui Järvenpään kaupungin erityisasumisen piiristä kolme ikääntynyttä henkilöä, jotka pystyivät kertomaan käsityksiään omasta senhetkisestä ravitsemustilastaan, kuvailemaan ruokailutottumuksiaan ja mainitsemaan mahdollisia vajaa- ja aliravitsemukseensa johtaneita syitä. Kaikkien haastateltavien painoindeksi oli 24 tai alle.

Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että ensisijainen keino ehkäistä ravitsemuksen ongelmia on ruokailutilanteiden kehittäminen. Jokaisen haastateltavan toiveena oli ruokailutilanteiden rauhallinen ilmapiiri. Myös kanssaruokailijoilla on merkitystä viihtyvyyden kannalta. Ruuan itsensä koettiin olevan hyvää, sitä on runsaasti tarjolla, ja sitä saa riittävän usein. Makeita herkkuja ja välipalaa on saatavilla päivittäin. Mutta kuten ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa (2010) todetaan, erityisesti ruuan proteiinipitoisuuteen tulisi kiinnittää huomiota. Salaattien, kasvien ja hedelmien runsaampaa ja monipuolisempaa tarjontaa ikääntyneille tulisi miettiä uudelleen, sillä haastateltavat kokivat ne mieluisiksi syödä. Rakenteeltaan ne voivat tuottaa hankaluutta monille nielemisvaikeuksista tai huonoista hampaista kärsiville, mutta voisiko hedelmiä tarjota esimerkiksi mehujen muodossa, ja voisiko salaatin tarjota hyvin hienoksi pilkottuna. Omaisten merkitystä hyvän ravitsemuksen ylläpitäjänä ei myöskään pidä kyseenalaistaa, ja ehkä heille olisi hyvä tarjota tietoisuutta ikääntyneen ravitsemushoidosta esimerkiksi omaistenillassa.

Asiasanat: ikääntynyt, ravitseminen, aliravitseminen, vajaaravitseminen, laitoshoido, hoitotyö, sairaudet, haastattelututkimus, kvalitatiivinen tutkimus

Timonen, Anu

**Elderly nutrition – City of Järvenpää , special housing services**

Year	2014	Pages	35
------	------	-------	----

The purpose of this work oriented thesis was to contribute to nursing staff's knowledge on reasons which lead to malnutrition and undernourishment as well as on possibilities of early intervention and prevision in preventing them. In addition, the purpose of this thesis is to offer nursing staff a tool for early identification of malnutrition in elderly people. For this study, elderly people were interviewed and on the basis of the interviews it was analyzed why they eat insufficient amounts of food and malnourishment and malnutrition are able to emerge. Based on this study, there is an intention to create a diet therapy plan or a diet program for the services of the special housing services of city of Järvenpää in the future. In this plan, the focus is on the elderly people's own viewpoints. The results of this study will be registered in the city's diet therapy plans for elderly people to be able to have as good nutrition as possible.

For my study, I chose a qualitative research method as the research method. I carried out the interviews in October 2014 as semi-structured theme interviews. My informants were three elderly ones from the special living services of city of Järvenpää and they were asked to describe their eating habits, their own nutritional state and possible reasons that had led them to malnutrition. All my informants' body mass index was 24 or below.

On the basis of the study results, the primary method to prevent malnutrition seems to be improvement of eating situations. Every interviewee wished for a peaceful atmosphere in eating situations, and also other diners can significantly influence the atmosphere. It was experienced that the food itself was good and there is plenty of food available often enough. There are sweet delicacies and snacks available every day. However, attention should be paid especially to proteins, which is emphasized also in Nutrition recommendations for elderly person (2010). Availability and versatility of vegetables and fruits should to be rethought, because the informants found them nice to eat. Due to vegetables' and fruits' structure, they can be challenging to eat by people with difficulties in swallowing or have bad teeth. Could it therefore be possible to offer fruits for example in the form of juice and vegetables in very finely chopped salads? The role of family members and relatives as keepers of good nutrition should not be questioned either, and perhaps it would be good to offer them information packages for example in family meetings.

Keywords : elderly, malnutrition, undernourishment, structured theme interview, nursing

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Ikääntyminen fysiologisena ilmiönä .....	7
3	Ravitsemus osana ikääntyneen hoitotyötä .....	8
	3.1 Ravitsemushoito ympärivuorokautisessa hoidossa .....	11
	3.2 Erialaisten ruokailutilanteiden ja ravinnon koostumuksen huomioiminen ravitsemushoidossa .....	12
	3.3 Vajaa- ja aliravitsemuksen ehkäisy ja hoito .....	15
4	Ravitsemustilan arviointi .....	18
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	20
6	Tutkimuksen toteuttaminen.....	21
	6.1 Tutkimusjoukko.....	21
	6.2 Tutkimusaineiston keruumenetelmä .....	22
	6.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi .....	23
7	Tutkimustulokset.....	25
	7.1 Tutkimustulosten luotettavuus.....	25
	7.2 Tutkimustulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset .....	27
	Painetut lähteet .....	30
	Sähköiset lähteet .....	30
	Taulukot.....	32
	Liitteet .....	33

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on auttaa löytämään niitä keinoja ja työkaluja, joiden avulla ikääntyneiden ravitsemustilaa parannetaan sekä huomioida aliravitsemusriskissä olevat ikääntyneet, jotka ovat alttiita vajaaravitsemustilalle.

Hyvällä ravitsemuksella tavoitellaan ikääntyvän ihmisen parempaa elämänlaatua. Huono ravitsemustila heikentää toimintakykyä, ja sairaudet ja kuolleisuus lisääntyvät. Ikääntyneen aliravitsemustilojen korjaaminen on haasteellista, ja hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot seuraava tiiviisti ravitsemusta ennaltaehkäisevät aliravitsemuksen syntyä ja ovat tärkeä osa hoitotyötä. Ikääntyneen ravitsemukseen vaikuttavat monet vanhenemiseen liittyvät fysiologiset, psykologiset, sosiaaliset ja taloudelliset muutokset. Hyvä ravitsemustila on yhtenä edellytyksenä ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn ja henkisen vireyden säilymiselle. Ravitsemustilasta huolehtimalla voidaan ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista, hidastaa sairauksien pahenemista ja edistää toipumista. Hyvällä ravitsemustilalla voidaan pienentää ikääntyneiden hoidon kustannuksia ja lyhentää sairaalajaksoja. Myös lääkehoidon onnistuminen riippuu osaltaan hyvästä nestetasapainosta ja oikeanlaisesta ravitsemuksesta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 16–17.)

Ravitsemusongelmien tunnistaminen riittävän ajoissa ehkäisee niiden pahenemisen, jolloin mahdollisuudet ikääntyneen toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpitämiseen säilyvät parhaiten. Ikäihmisen ravitsemustilan arvioinnin tulisi olla osa kokonaisarviointia, ja se pitäisi tehdä yhteistyössä hoitohenkilökunnan ja lääkärin kanssa. Suuri vaikutus ravitsemushoidon onnistumiseen on myös henkilökunnan asenteilla ja osaamisella, joten tulevaisuuden haasteena on kiinnittää entistä enemmän huomiota henkilöstön ravitsemusosaamiseen osana hoitotyön ammattitaitoa. Hyvä ravitsemushoito ja aliravitsemuksen ennaltaehkäisy tulee myös sen hoitoa halvemmaksi, ja nykypäivänä on mietittävä myös hoidon kustannuksia tarkasti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 22–23.)

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa hoitohenkilöstölle tietoa vaja- ja aliravitsemukseen johtavista syistä ja tarkastella varhaisen puuttumisen ja ennakoinnin mahdollisuuksia niiden ehkäisyssä. Tavoitteena on haastattelun tulosten avulla tarjota väline ikääntyneen varhaiseen vaja- ja aliravitsemuksen tunnistamiseen. Haastattelun avulla selvitetään ikääntyneiltä itseltään, mikä mahtaa olla syynä siihen, ettei ruoka maistu, ja vaja- ja aliravitsemusta pääsee syntymään. Tutkimuksen tuloksien perusteella tarkoituksena olisi tehdä jatkossa ravitsemushoidon suunnitelma tai ohjelma Järvenpään kaupungin erityisasumisen palveluihin. Tässä suunnitelmassa huomioidaan ikäihmisen oma näkökulma ja kirjataan sen perusteella toimintatavat ravitsemushoitoon, jotta ikääntyneiden mahdollisimman hyvä ravitsemus toteutuisi.

## 2 Ikääntyminen fysiologisena ilmiönä

Ihmisen elinikä pitenee ja ikääntyminen lisääntyy nyky-yhteiskunnassa. Tätä pidetään merkkinä yleisen hyvinvoinnin lisääntymisestä. Ikääntymiseen vaikuttavat monet asiat. Terveet elämäntavat, stressittömyys ja antioksidanttien riittävä saanti ravinnosta ovat terveelle ikääntymiselle välttämätöntä. Ikääntymiseen vaikuttavat geenit muodostuvat rasva aineenvaihdunnan ja stressin siedon geneista. Perustana ovat solujen muutokset, niiden metabolian hidastuminen ja solunjakaantumisen loppuminen. Ikään liittyviä ilmiöitä ilmentävät mm. kehon rakenteen muutokset, aistien, muistin ja uudenoppimisen muutokset sekä toimintakyvyn heikkeneminen. Ihmisen geneettisenä maksimi-ikä pidetään noin 120 vuoden ikää. Ikääntymisen estäminen nykytiedoilla on mahdotonta, mutta ikääntymiseen ja sen hidastamiseen pystytään vaikuttamaan terveillä elintavoilla ja oikeanlaisella ravitsemuksella. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013,121–124.)

Ihmisen kehonkuvassa tapahtuu muutoksia ikääntyessä kirjoittavat Heikkinen ym.(2013, 29). Pituus vähenee yli 60-vuotialla keskimäärin kaksi senttimetriä kymmenessä vuodessa. Pituuden lyheneminen johtuu asennon ja ryhdin muutoksista, nikamavälilevyjen kokoonpuristumisesta ja nikamia tukevien nivelsiteiden höllentymisestä. Naisten pituus vähenee nopeammin kuin miesten, mikä johtuu luuston nopeammasta haurastumisesta vaihdevuosiässä. Paino kääntyy yleensä laskuun noin 70-vuotiaana ja se laskee noin 2–3 kg kymmenessä vuodessa. Ikääntymisen tuoma hoikkuus ja painonlasku ovat usein yhteydessä kroonisiin sairauksiin ja huonontuneeseen ravitsemustilaan. Pituuden ja painon muutosten taustalla ovat lähes aina geneettiset tekijät ja ympäristö. Säännöllinen liikunta vaikuttaa positiivisesti ikääntymiseen ylläpitämällä lihasmassaa. Ikääntyneen vajaa- ja aliravitsemus koetaan hyvin haitalliseksi, sillä lihasten menetys johtaa sarkopenian kehittymiseen. Tämän vuoksi ikääntyneen aineenvaihdunta hidastuu ja toimintakyky vähenee lisäten ikääntyneen avuntarvetta. Samaan asiaan viittaa Vuori (2010) artikkelissaan. Hänen mukaansa lihasmassa menetetään 50 ikävuoden jälkeen noin 1 % vuodessa ja lihasten voima ja varsinkin teho eli kyky nopeisiin suorituksiin vaikeutuvat. Sarkopeniasta tarkemmin kohdassa vajaa- ja aliravitsemuksen ehkäisy ja hoito.

Lihassoiman on todettu kiistatta olevan yhteydessä kuolemaan. Ikääntyneitä potilaita tutkittaessa lihasvoima on yleisen terveyden ja hyvinvoinnin mittari. Tähän vaikuttavat myös jo lapsuuden ravitsemustila ja kasvu, työikäisenä työn laatu ja työperäiset altistukset sekä koko elämän eri vaiheet. Ikääntyneillä voimaharjoittelu kasvattaa lihasmassa jopa 100 % muutaman kuukauden harjoittelun seurauksena. Tutkittaessa on käynyt ilmi, että jo muutaman kuukauden voimaharjoittelulla ikääntyneen vointi on parantunut jopa kävelemättömästä itsenäisesti liikkuvaksi. Kuntosaliharjoittelulla ja liikunnalla on positiivinen vaikutus lihasvoiman lisääntymiseen, lihaskudoksen lisääntymiseen ja hermoston hyvinvointiin. Hyvä ravitsemus, erityi-

sesti proteiinipitoinen ruoka ja juomat, on tärkeää lihasten hyvinvoinnin kannalta. (Heikkinen ym. 2013.)

Heikkinen ym. (2013) kertovat luuston määrän vähenemisen alkavan jo noin 40 vuoden iässä, ja selvimmät muutokset ovat havaittavissa yli 50-vuotiailla, etenkin naisilla. Naisilla vaihdevuodet vaikuttavat hormonituotantoon ja luun resorptio lisääntyy. Riittävä D-vitamiinin ja kalsiumin saanti, liikunta ja fyysinen aktiivisuus sekä elintavat vaikuttavat luumassan syntyyn ja kestävyYTEEN. Tupakoinnin vaikutus luumassan tiheyteen vaikuttaa negatiivisesti ja tupakoivien luumassan tiheys on vähäisempi kuin tupakoimattomilla, ja erityisesti ikääntyneillä tupakoitsijoilla lonkkamurtuman vaara on suuri. Osteoporoosista eli patologisesta luukadosta on kyse, kun luuntiheys on pieni.

### 3 Ravitsemus osana ikääntyneen hoitotyötä

Ikääntyneen ravitsemusta säätelee vähentynyt energian tarve, kirjoittavat Aro, Mutanen ja Uusitupa (2005,315). Ravitsemus ajautuu helposti epätasapainoon sairauksien ja epäedullisten sosiaalisten olosuhteiden johdosta. Sairaudet ja stressi lisäävät proteiinin tarvetta. Proteiinilla, hiilihydraateilla, hyvällä rasvalla ja vitamiinien oikealla suhteella on ravitsemukselle suuri merkitys. Hiilihydraattien tulisi koostua hyvistä ravintokuiduista (täysjyväviljat, kasvikset, hedelmät), sillä niiden on todettu edistävän terveyttä, ehkäisevän syöpää ja alentavan kolesterolia. Kuidun merkitys vaikuttaa ikääntyneillä myös suolen toimintaan lievittäen ummetusta. Ikäihmisillä vajuus energiantarpeessa ja proteiinien saannissa on vaikeammin korjattavissa kuin nuoremmilla (Aro ym. 2005, 315–320). Myös Suominen kirjoittaa (2000) kuiduista. Ravintokuitu edistää ruuansulatusta, ja sitä tulisi lisätä päivittäiseen ruokavalioon ikääntyneellä runsaasti. Parhaita kuidun lähteitä ovat täysjyväleivät ja -puurot. Kuivasta ruisleivästä tehtyä korpunjauhoa voi esimerkiksi sekoittaa lihaliemeen tai keittoihin. Hedelmistä ja marjoista saadaan geelikuitua, joka edistää sokeri- ja rasva-aineenvaihduntaa.

Vitamiinia saadaan energiantarpeeseen nähden vähän niukkaenergisessä ruokavaliossa ja se jää usein ikäihmisillä riittämättömäksi. D-vitamiinin suositus alittuu yli puolella ikääntyneistä, etenkin laitospotilailla. Sen puute voi aiheuttaa luukatoa ja tulehdusalttiutta. Vitamiineista B12-vitamiinin puutteen on todettu altistavan muistisairauksille sekä aiheuttavan ääreis- ja keskushermoston tulehduksia. Tiamiinin (B1-vitamiini) puutteen on epäilty aiheuttavan väsymystä, ruokahaluttomuutta sekä sekavuutta. Foolihapon puutoksesta kärsivät usein muistisairaavat ja laitoshoidossa olevat ikääntyneet. Sen puutteen on huomattu aiheuttavan anemiaa ja samankaltaisia neurologisia oireita kuin B12-vitamiinin puutteen. C-vitamiinin puutoksesta eivät Suomessa yleensä kärsi muut kuin ikääntyneet alkoholitit tai ihmiset, jotka eivät lainkaan käytä ruokavaliossaan hedelmiä ja vihanneksia. Vitamiinien liiallisella nauttimisella on myös kuitenkin haittapuolensa. Liiallinen C-vitamiinin saanti voi lisätä virtsatiekivien vaaraa



ja häiritä B12-vitamiinin imeytymistä. Kivennäisaineista tärkeintä on huomioida kalsiumin riittävä saanti, jota heikentää ikääntyneiden laksatiivisten kuituvalmisteiden runsas käyttö. Kalsium vaikuttaa merkittävästi myös luukadon syntyyn, sillä se estää sekundaarista lisäkilpirauhasen liikatoimintaa ja vähentää luuston murtumia. Mahalaukun happamattomuus ja ruokavalion muutokset ikääntyessä voivat aiheuttaa myös puutosta raudan imeytymisessä, mutta ikääntyminen sinänsä ei vaikuta raudan imeytymiseen. Sinkki on tärkeä immuunijärjestelmän toiminnalle, ja sen ominaisuutta on tutkittu myös vastuskykyä lisäävänä tuotteena. Rasvan kokonaismerkitys ei ole kovin suuri sairauksien kannalta ikääntyneillä. Rasvan laadulla on todettu olevan vaikutusta kokonaiskolesteroliin, mutta kolesterolin merkitys sydän- ja verisuonitautien vaaratekijänä vähenee ikääntyessä. Ravintosuosituksen mukaan rasvan osuus kokonaisenergiasta tulee olla 30 %, josta kovaa rasvaa saisi olla kuitenkin vain 10 %. (Aro ym. 2005, 315–320.)

Ikääntymisen myötä ruokahalu vähenee sekä janon tunne heikkenee. Näläntunnetta ei tunnista yhtä helposti kuin aiemmin, kun sekä maku- että hajuaisti muuttuvat. Lääkitykset ja psyykinen tila vähentävät ruokahalua. Hampaiden kunto voi olla huono, syljen erityys vähentynyt ja suu voi olla hyvinkin kipeä. Suun ollessa arka ja haavainen on vaarana vajaa- ja aliravitsemus. Erityistä huomiota on kiinnitettävä riittävään nesteiden nauttimiseen, sillä tämä voi johtaa kuivumiseen, ellei nesteitä nautita tarpeeksi. Aineenvaihdunnan muuttuminen, ruuansulatuksen hidastuminen ja vähäinen kuitujen nauttiminen johtaa siihen, että ravintoaineet imeytyvät huonommin. Ikääntyessä suurin ravinnon tarpeen muutos on energiatarpeen väheneminen, mutta suojaravintoaineiden tarve voi jopa lisääntyä. Ravinnossa onkin hyvä suosia ravintotiheydeltään hyviä vaihtoehtoja, jotta taataan proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden sekä rasvahappojen riittävyys. Jos syöty ruokamäärä jää vähäiseksi, on ruokavaliota täydennettävä lisäravinnolla. (Arffman, Partanen, Peltonen & Sinisalo 2009, 100–105.)

Valtion Ravitsemusneuvottelukunta on tehnyt ikääntyneille omat ravitsemussuositukset vuonna 2010. Suositusten tavoitteena on, että jokaiselle ikääntyneelle turvattaisiin tarvittaessa laadukasta ja tarvetta vastaavaa ravitsemushoitoa henkilön asuinoloista riippumatta. Suosituksessa on tutkittua tietoa ravitsemukseen liittyvistä ongelmakohdista ja keinoja niiden ratkaisemiseksi. Suosituksessa huomioidaan ravinnon lisäksi myös liikunnan tärkeys terveyden ja lihaskunnan ylläpitäjänä. Liikunnan tärkeyteen viittaavat myös Arffman ym. (2009, 100).

Ikääntyessä myös liikuntatottumukset ja ulkoilu vähenevät, jolloin ruokahalu luonnollisesti pienenee. Ikääntyessä energian kulutus vähenee, sillä liikkuminen hiipuu ja lihasmassa katoaa. Kun energiasaanti on 1500 kcal/vrk, ja kun syöty ruoka on hyvälaatuista, ravintoaineita saadaan todennäköisesti tarpeeksi. Tulehdusriski suurenee ja lihaskato nopeutuu, jos ruoka sisältää liian heikosti energiaa ja proteiinia. Sairaudet ilmenevät ihmisen ikääntyessä usein noin 75 -vuotis syntymäpäivien tienoilla. Tällöin erityisesti huomiota on kiinnitettävä sydän- ja verisuonisairauksiin, muistin ongelmiin, nivelvaivoihin, kipuihin sekä kaatumisten lisääntymisiin. Suunniteltaessa ravitsemushoitoa otetaan huomioon ikääntyneen toiveet, tottumukset ja raha-

asiat. Masennus, yksinäisyys, lääkkeiden runsaus (yhdeksän lääkettä tai enemmän) ja alkoholin käyttö todistetusti heikentävät ravitsemustilaa. Ravitsemushoidon on oltava tarpeenmukaista ja toimintakykyä tukevaa. Tavoitteena on, että vajaa- ja aliravitsemuksesta aiheutuvat sairaudet pystytään ennaltaehkäisemään.

Sairauksia hoidettaessa lääkitykset voivat häiritä ravitsemustilaa, mikä kävi ilmi myös Ravitsemussuosituksista ikääntyneille (2010, 23–24). Hyvä ravitsemustila on taas yksi edellytys hoidettaessa etenkin kroonisia sairauksia. Ravitsemukseen ja lääkitykseen vaikuttavat monet tekijät, ja onneksi ongelmia esiintyy melko harvoin. Ongelmat kohdentuvat pitkään jatkuviin ja suurilla annoksilla annettaviin lääkityksiin. Kuitenkin yksipuolisesti ja niukasti ruokailevat ikääntyneet ovat alttiina ongelmille myös lääkehoidossa. Lääkkeillä on monia sivuvaikutuksia, joista tavallisin on pahoinvointi, joka luonnollisesti vähentää ruokahalua. Ikääntyneillä on huomioitava etenkin diureettisten lääkeaineiden vaikutus ravitsemuksessa. Diureettien vaikutuksesta elimistöstä poistuu vettä, natriumia sekä kaliumia ja magnesiumia normaalia enemmän. Tämä voi aiheuttaa lihasvoiman vähentymistä ja ongelmia sydänsairaille. Muutkin lääkeaineet aiheuttavat toisinaan muutoksia ruokahalussa. Esimerkkinä mainittakoon paljon ikääntyneillä käytössä olevat ulostuslääkkeet, jotka voivat heikentää ravintoaineiden imeytymistä sekä pitkäaikaiset antibioottikuurit. Nämä lääkkeet tuhoavat suolen bakteeristoa, mikä tällöin vaikuttaa myös K-vitamiinin eli veren hyytymistekijän tuotantoon. (Aro ym, 2005, 341–348.) Vajaaravitsemuksen vaikutuksesta sairauksien (erityisesti sydänsairauksien) syntyyn kertoo myös espanjalaisen tutkimus (Bonilla-Palomas, Gámez-López, Anguita-Sánchez, Domínguez, García-Fuertes, Crespín-Crespín, López-Granados & Suárez de Lezo 2011, 113–201). Tutkimuksen mukaan vajaaravitseminen lisää kuolleisuutta lähes 4,5 % aliravituilla sydänsairailta kuin hyvässä ravitsemustilassa olevilla sydänsairailta. Tutkitut potilaat olivat iältään 63–83 -vuotiaita joista 46 % oli naisia. Heistä 59,5 % kärsi vajaaravitsemuksesta. Potilaita seurattiin 25 kuukautta, ja tutkimus tehtiin MNA-testiä hyödyntäen.

Lääkkeen kanssa tulisi nauttia aina lasillinen vettä, kirjoittaa Suominen (2008, 44–45). Lääkkeiden antotavoissa on toteutettava erityisen huolellista hoitotyötä. Jos tabletteja ja kapseleita murskataan ja sekoitetaan ruokaan, niiden vaikutus ja teho muuttuvat. Tämä vaikuttaa myös lääkkeen vaikuttavuuteen elimistössä, ja lääkkeen tehosta voidaan menettää suurin osa. Mikäli ollaan tilanteessa, jossa lääkkeitä on vaikea niellä, ne voidaan antaa mehukeiton tai kiisselin kanssa välittömästi sekoittamisen jälkeen. On tärkeää huomioida, että monia lääkevalmisteita saa myös nestemäisinä, laastareina tai suussa liukenevana muotona. Lääkkeen oikea-aikainen imeytyminen on hyvä huomioida ruoka-ajoissa ja suunnitella lääkehoito ja ateriat ajoittain oikeaoppisesti.

Ikääntyessä tapahtuu muutoksia usein myös sosiaalisissa suhteissa, ja tämän on havaittu vaikuttavan ruokavalintoihin ja syömistottumuksiin. Vajaaravitsemuksen vaara on sitä suurempi,

mitä iäkkäämpi ja huonokuntoisempi ihminen on. Hyvä ja oikeaoppinen ruoka koostuu monista aisteista: väreistä, tuoksuista, makuaistimuksista ja kauniista kattauksesta. Vaikka ravitsemukseen kiinnitettäisiin paljon huomiota ja suunniteltaisiin oikeaoppinen ruokavalio yhdessä ikääntyneen ja omaisten kanssa, pitää hoitajan huolehtia ja tukea niiden toteutumista, sillä vasta syöty ruoka ravitsee ja ylläpitää terveyttä. (Arffman ym. 2009, 100–105.) Sosiaalisten suhteiden merkityksestä kirjoittavat lisäksi Suominen ja Jyväkorpi (2012, 39). Ravitsemus mielletään usein vain fyysiseen terveyteen liittyväksi tekijäksi. Hyvä ravitsemus sisältää myös sosiaalisia ja emotionaalisia elementtejä. Sillä on huomattava psykososiaalinen merkitys ikäihmisille. Ruokailutilanteiden ja ruuan on tyydytettävä ravitsemuksellisten tarpeiden lisäksi emotionaalisia, sosiaalisia ja kulttuurisia tarpeita. Hyvän kokonaisvaltaisen ruokailutilanteen avulla voidaan virkistää ja aktivoida ikääntynyttä myös sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvissä asioissa. Syömiseen liittyvän tunnekokemuksen toivotaan olevan positiivinen, mutta pitää huomioida myös tilanteen mahdolliset negatiiviset vaikutukset.

Lisää sosiaalisen tilanteiden ja kulttuurisen vaikutuksen merkityksestä viittaa Arffman ym. (2009, 228–229). Ruokailuun liittyy aina myös muitakin tarpeita ja arvoja kuin nälkä. Ruualla juhlitaan, se kerää ihmiset yhteen, siitä saadaan lohdutusta ja sen avulla ilmennetään elämänarvoja. Elämänsä aikana ihminen yhdistää ruuan myös erilaisiin tunnetiloihin. Ruoka voi olla myös keino käsitellä tunteita. Vaikein tilanne voi johtaa syömishäiriöön myös ikäihmisillä. Monikulttuurisuus näkyy tulevaisuudessa myös ravitsemushoidossa ja hoitohenkilökunnan onkin hyvä tuntee eri kulttuureiden ja uskontojen keskeisiä ravitsemuskysymyksiä.

### 3.1 Ravitsemushoito ympärivuorokautisessa hoidossa

Ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa asuvilla on usein muistisairautta, ja he tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa ympäri vuorokauden. Muistisairailla on lisääntyneen vajaa- ja aliravitsemuksen riski. Tämä voi johtua monista tekijöistä, esimerkiksi vaikeudesta päättää, mitä syödä, vaikeudesta syödä ja pureksia ruokaa sekä levottomuudesta, aggressiivisuudesta tai kärsimättömyydestä ruokailutilanteissa. Huono ravitsemus aiheuttaa useita haitallisia seurauksia, mm. vaikeasti paranevia iho-ongelmia, kuivumista, keuhkokuumetta, kaatumisia ja virtsatietulehduksia. Muistisairaavat ovat erityisen alttiita virheravitsemukselle ja painon vähenemiselle. Kulkeminen tai vaeltelu vie energiaa, ja he voivat kieltäytyvä ruoasta puuttuvan ruokahalun, levottomuuden tai muistinmenetyksen vuoksi. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen voi johtaa omien ruokailutaitojen heikentymiseen. Muistisairaiden erityistarpeet pitää huomioida ympärivuorokautisessa hoidossa ja oikean ravitsemuksen turvaaminen on merkittävä haaste kirjoittaa Heikkinen ym. (2013, 489–490.) Ympärivuorokautisen hoidon piirissä on hoidettavana myös vuodepotilaita. Vajaa- ja aliravitsemuksen riski on huomattava ja ravitsemustila voi olla jopa hyvinkin huono. Ympärivuorokautisessa hoidossa riskiä vajaa- ja aliravitsemukseen kasvattavat lisäksi monet samanaikaiset sairaudet, sekavuus, levottomuus ja aisti-

toimintojen vajuus. Toimintakyvyn ollessa vajaa ja avuntarpeen ollessa suuri myös hyvän ravitsemuksen toteutumisessa tarvitaan runsaasti apua, jatkaa Suominen (2008, 27, 86–89) ja antaa ohjeita ruokailuhetken onnistumiselle. Hoitajan apu ruokailutilanteissa, ruoka-annosten pienuus, oikea ruuan koostumus, välipalat (myös yöllä), mieliruokien tarjoaminen ja tasaiset ruokailuvälit tekevät ravitsemuksesta oikeaoppisen. Yöllinen paasto ei saa olla liian pitkä, mihin on kiinnitettävä huomiota päivällisen ja iltapalan aikataulutuksessa. Myös iltapäiväkahvien tulisi olla erikseen lounaasta omana ateriointikertanaan. Syöttämiseen tulisi käyttää aikaa riittävästi ilman kiireen tuntua, ja ruokaa ja juomaa tulisi tarjota vuorotellen. Ruokailutilanteessa tulisi kertoa, mitä syödään, ja eri ruokalajit tarjota ryhmitettyinä lautaselle. Lisäksi huomioidaan oikea syömisasento ja valaistus ruokailutilassa. Ruoka on tärkeä tarjoilla oikean lämpöisenä ja tarvittaessa käyttää erityisaterimia, -lautasia ja -mukeja helpottamaan syömistä. Ravitsemussuosituksissa ikääntyneille (2010) painotetaan muistisairauksien vaikutuksia ja avuntarpeen lisääntymistä virheravitsemuksen riskin suurenemisen ja ikääntyneiden ravitsemustilan huonontumisen välillä.

Turun yliopisto on vuonna 2008 yhdessä Vanhustyönkeskusliiton kanssa julkaissut oppaan ”Opas ikäihmisten ravitsemukseen”. Oppaan on kirjoittanut Merja Suominen ja siinä käsitellään hyvin ja selkeästi ikääntyneen ravitsemusta ja hyvän ravitsemustilan hyötyjä. Julkaisussa kirjoitetaan ateriarytmin ja suomalaisten tuttuun ruoka-aineiden tärkeydestä. Ateriat tulisi jaksoittaa tasaisesti koko päivälle. Aterioita ja välipaloja kehoitetaan yhdistämään tai jakamaan useammaksi väliateriaksi kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan. Ikääntyneelle myöhäinen iltapala on tärkeä ja yöpaasto ei saa venyä liian pitkäksi. Kahvilla on mukava nauttia pullaa ja makeita herkkuja, jotta päivittäinen ravinnon tarve täyttyisi. Ohessa esimerkki, kuinka päivittäisen energian saannin tulisi jakaantua ikääntyneillä (Vanhusten ravitsemus 2008)

Taulukko 1: Päivittäisen energiatarpeen jakautuminen

Ruoka	Kelloaika	Energia
Aamiainen	7–10.30	15–25%
Välipala	9.30–10.30	5–10 %
Lounas	11–13.00	20–30%
Päiväkahvi	14–15.00	5–10 %
Päivällinen	17–19.00	20–25%
Iltapala	19–21	10–15%

### 3.2 Erialaisten ruokailutilanteiden ja ravinnon koostumuksen huomioiminen ravitsemushoidossa

Lautasmalli helpottaa ikääntyneen aterian suunnittelua, mutta jos syöty ruokamäärä on pieni, kasvien osuutta on tarpeen vähentää ja rasvan osuutta voi lisätä. Ateriaa täydennetään

juomalla ja leipäviipaleella sekä jälkiruualalla. Osan aterista, esim. jälkiruuan, voi syödä myös välipalana. Valtion Ravitsemusneuvottelulautakunta onkin laatinut Ravitsemushoidon Suositukset (2010) sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoivakoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Suosituksista voidaan todeta, että aina ensisijaisesti tarjottava ruoka on koostumukseltaan normaalia kokonaista ruokaa. Perusruokavalio sopii lähes kaikille, mutta on myös muiden ruokavalioiden suunnittelun perusta. Eri syistä johtuvat puremis- ja nielemisvaikeudet ovat syy siihen, miksi ruoka tarjotaan helposti purtavassa tai nieltävässä muodossa. Ruuan rakennetta voidaan myös muuttaa helpottamaan ikääntyneen ruokailua, mutta rakenteen muutos ei saa vaikuttaa energian ja ravintoaineiden pitoisuuteen. Ravitsemushoidossa on hyvänä muistisääntönä muistettava, että mitä nestemäisempää ruoka on, sitä merkittävämpää on ravinnon rikastaminen kliinisillä ravintovalmisteilla tai energiapitoisilla elintarvikkeilla.

Ravitsemussuositukset ikääntyneille (2010, 36–37, 48–51) suosituksissa kirjoitetaan ravinnon koostumuksesta ja sen erilaisista vaihtoehdoista. Pehmeää ruokaa tarjoillaan ikääntyneille, jotka kärsivät puremisongelmista. Ruokalajien on oltava niin pehmeitä, että ne voidaan hienontaa haarukalla. Karkea sosemainen ruoka valitaan silloin, kun purentakyky ei riitä pehmeän ruuan syömiseen tai tarvitaan helposti nieltävää ruokaa. Sileä ja sakea sosemainen ruoka on tarpeellinen ikääntyneelle silloin, kun ilmenee vakavia nielemishäiriöitä. Ravinnossa ei saa olla kokkareita, että ruoka ei ohjaudu henkitorveen, joka voi aiheuttaa aspiraation vaaraa. Juomat voidaan sakeuttaa sakeuttamisaineella tai tarjoilla sakeampaa piimää tai mehukeittoja juomana. Nestemäinen ruoka on rakenteeltaan niin ohutta, että sitä voidaan nauttia nokkamukista. Päivän ravitsemus jaetaan kokonaisuudessaan monelle aterialle ja välipaloja nautitaan usein, jotta kerta-annos ei kasva liian suureksi. Ravitsemusterapeuttia voidaan konsultoida arvioitaessa ravitsemustilaa. Ravitsemusterapeutti on asiantuntija myös ravitsemushoidon suunnittelussa jos poikkeavaa ruokavaliota toteutetaan pitkään.

Ikääntyneiden ravitsemussuositusten (2010, 33–34) mukaan ympäristön ja tunnelman merkitys korostuu erityisesti laitospöytäruokailussa. Ruokailutilapahtumat rytmittävät päivää ja ovat vaikutukseltaan merkittävä osa ikääntyneen ravitsemushoitoa liittyvät ikääntyneen ravitsemustilaan ja elämänlaatuun. Ruokailutilan viihtyvyys, siisteys ja rauhallisuus vaikuttavat positiivisesti ikääntyneen ravitsemukseen. Pöytien kattaminen kauniisti, asukkaiden oikeanlainen sijoittelu ruokapöytiin ja ylimääräisen hälinän minimoiminen tuovat ruokailuun kodinomaista tunnelmaa. Lääkehoito tulisi toteuttaa selkeästi erillään ruokailutilanteista, ennen ruokailua, sillä tällä erotetaan ruokailu ja lääkehoito toisistaan. Hoitohenkilökunnan riittävyyden ruokailutilanteessa tuli olla hyvä. Kodinomainen ruokailu vaikuttaa elämänlaatuun positiivisesti. Fyysinen kunto pysyy hyvänä, kun ruokailuun aktivoidaan ja kannustetaan, mikä näin ollen ehkäisee vajaa- ja aliravitsemusta. Ennen ruokailua voidaan pitää pieni liikuntatuokio, joka aktivoi aivoja ja käsien käyttöä. Täysipainoinen ateria yhdistettynä liikuntaan on terveellisen ruokavalioiden perusta ja takaa riittävän ravintoaineiden saannin ikääntyneillä, kir-

joittavat myös Suominen (2008) ja Aro ym. (2005,321). Liikunnan vähenemisellä ja aineenvaihdon hidastumisella on yhdessä hormonaalisten ja metabolisten muutoksien kanssa ravinnontarpeeseen liittyvä vaikutus. Ruokahalua kasvatetaan erilaisten aktiviteettien avulla.

Jos ikääntynyt ei pysty itse syömään, pitäisi häntä syöttää hänen omilla ehdoillaan ja kunnioittaen hänen tarpeitaan, kirjoittavat Arffman, ym. (2009, 119–120). Syöttäminen voi olla ikääntyneelle syötettävälle henkisesti epämiellyttävä ja uusi kokemus. Ennen kuin päädytään täysin ikääntyneen syöttämiseen, on sitä hyvä kokeilla tai toteuttaa osittaisena, jolloin sekä syöttäjällä että syötettävällä on omat ruokailuvälineet. Erityistä huomiota on kiinnitettävä ruokailijan hyvään syömisasentoon ja sekä syöttäjän että syötettävän asianmukaiseen käsihygieniaan. On myös huomioitava tekohampaiden istuvuus, jos ikääntyneellä on tekohampaat. Lisäksi täytyy kiinnittää huomiota kuulolaitteen ja silmälasien käyttöön tarvittaessa ruokailuhetken aikana. Ruoka asetetaan lähietäisyydelle, jotta syötettävä näkee sen. Hänelle kerrotaan, mitä syödään ja mitä aina laitetaan suuhun. Ruokia ei sekoiteta lautasella eikä juomia sekoiteta ruokaan. Suuhun laitetaan riittävän pieni määrä ruokaa kerrallaan. Syötettäessä muoviset ruokailuvälineet tuntuvat mukavammilta kuin metalliset. Ruokailutilanteesta tehdään kiireetön, sillä syöttäminen lisää aspiraatiovaaraa. Syötettävä aistii myös kiireen ja voi lamautua tilanteesta sekä tuntee olonsa vaivautuneeksi.

Suun kautta syöty ruoka, joka on riittävän monipuolista ja tyydyttää elimistön ravinnon tarpeen on aina ensisijainen tavoite toteutettaessa ravitsemushoitoa. Aina tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, ja tällöin syömisen tukena tai ainoana ravitsemushoitona voidaan käyttää letkun avulla ruuansulatuskanavaan annosteltavaa ravintoa, enteraalista ravitsemusta. Suonensisäinen ravitsemus, parenteraalinen ravitsemus, toteutetaan sairaalassa. Enteraalista ravitsemusta suositellaan, kun ikääntynyt ei jostain syystä pysty tai halua syödä normaalisti tai hänellä on vajaaravitsemusta tai sen suuri vaara. Enteraalinen ravitsemus voidaan toteuttaa nenä-mahaletkulla mahaan tai suolistoon sekä vatsapeitteiden läpi mahalaukuun tai ohutsuoleen PEG-letkun (perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia) avulla. Hyvän hygienian ja oikeiden ravintoaineiden saannin takaamiseksi enteraalisessa ravitsemuksessa käytetään vain siihen tarkoitettuja letkuravintovalmisteita. Enteraalisessa ravitsemuksessa on huomioitava myös nesteen (veden) tarve ja lääkehoidon erityisvaatimukset. Lääkkeet voidaan annostella syöttöletkuun liuotettuina mikäli ne soveltuvat siihen tarkoitukseen. (Arffman ym. 2009, 114–118.)

Ikääntyneen tulee juoda runsaasti, sillä tämä on elimistön toiminnalle elintärkeää. Nestettä tarvitaan aineenvaihdon ylläpitämiseen ja ravintoaineiden hyödyntämiseen kehossa. Ikääntyneellä on vettä kehossa noin 50–60 %, joten nestevajaus syntyy helposti. Jatkuva nestevajaus voi olla vakavaa tai edetä helposti vakavaksi. Nestevajauksesta voi aiheutua sydänoireita, kaatumisia ja virtsatietulehduksia. Virtsan määrä kertoo elimistöstä poistuvan

nesteen määrän helpoimmin vaikka myös iho, ruuansulatuselimistö ja keuhkot erittävät vettä. Suosituksen mukaan nesteitä tulisi saada 1–1,5 litraa eli 5–8 lasillista juomaa päivässä. Mikäli juomien nauttimisessa ilmenee ongelmia, tuo vaihtelua juoda virvoitusjuomia, kaakaota, pirtelöä, jogurttijuomia sekä sosekeittoja, mikä vain maistuu ikääntyneelle parhaiten. Nesteen tarpeen arvioidaan olevan noin 30ml/kg kohden vuorokaudessa. Esimerkiksi noin 60 kg painoisen ikääntyneen tulisi saada nesteitä juomissa ja ruuassa yhteensä noin 2 litraa vuorokaudessa. (Ikääntyneiden ravitsemussuositukset 2010.)

### 3.3 Vajaa- ja aliravitsemuksen ehkäisy ja hoito

Vajaa- ja aliravitsemuksesta puhuttaessa on kyse energian, proteiinin ja muiden ravintoaineiden epätasapainosta tai vajeesta ravitsemuksessa. Tämä vaikuttaa elimistön toimintaan ja sairauksien hoitoon. Vajaa- ja aliravitsemustila voi syntyä niin laihoille kuin lihaville ikääntyneille. Jatkuvasta vajaanavitsemuksesta syntyy aliravitsemusta. Näitä käsitteitä käytetään yhdessä puhuttaessa ravitsemuksen ongelmista. (Ikääntyneiden ravitsemussuositukset 2010.) Ikäihmisen ravitsemustilan määrittäminen voi olla vaikeaa, sillä paino ja painon muutos ei aina ilmennä ravitsemustilaa kuten nuoremmalla väestöllä. Nestetasapaino vaihtelee ja lihasmassan ja rasvakudoksen määrä muuttuvat ihmisen ikääntyessä. Ravitsemustilan huononemisen taustalla on usein useita tekijöitä, niin fysiologisia, psyykkisiä, taloudellisia kuin sosiaalisiaakin muutoksia, jotka tulee ottaa huomioon ravitsemustilaa tutkittaessa. Ikääntyessä ongelmana ei niinkään ole lihavuus ja siihen liittyvät ongelmat, vaan energian, proteiinin ja ravintoaineiden riittävä saanti ruuasta, mikä tutkimusten mukaan on usein vajavaista. Ravintorikkaan ravinnon saanti voi olla liian vähäistä tai ruoka on hyvin yksipuolista, mikä johtaa vajaanavitsemustilaan ja aiheuttaa aliravitsemusta. Vajaa- ja aliravitsemus aiheuttaa yleisemmin ikääntyneellä kuolemanvaaran lisääntymistä, tulehdusalttiutta, lihasvoiman heikkoutta ja omatoimisuuden heikkenemistä, kaatuilua, anemiamia ja depressiota. Huono ravitsemustila lisää myös painehaavojen syntyä ja heikentää haavojen paranemista. (Aro ym. 2005, 321–323.)

Ravitsemusongelmat johtavat ennen pitkää vajaa- ja aliravitsemukseen, toimintakyky heikkenee, laihumista tapahtuu liikaa ja infektioriski kasvaa. Vajaa- ja aliravitsemus lisää myös kuolleisuutta kirjoittavat myös Heikkinen ym. (2013, 485–487). Heikentynyt ravitsemustila voi näyttäytyä monin eri tavoin. Aliravitsemustilassa voi painoindeksi olla myös korkea ja ikääntyneellä olla ylipainoa, mutta hän ei saa ravinnostaan riittävästi proteiinia, vitamiinia ja kivennäisaineita. Ruokavalion koostumus on silloin yksipuolinen, ja tuoreiden kasvien ja hedelmien syönti vähäistä. Iän karttuessa ja liikuntakyvyn heiketessä sekä sairauksien ilmaantumista ruokahalu usein heikkenee, syödyn ruuan määrä vähenee ja paino alkaa laskea. Iäkään ohjaaminen ja hoitaminen ravitsemuksen osalta edellyttää perehtyneisyyttä ravitsemuksen erityiskysymyksiin Hakala kirjoittaa (2012) ennaltaehkäisyn tärkeydestä. Hyvällä ravitse-

mushoidolla pyritään hidastamaan ikääntyneen laihtumista ja ylläpitämään hänen toimintakykyään tai jopa parantamaan sitä. Vajaa- ja aliravitsemusvaaran ilmetessä varmistetaan sekä energian että proteiinin saanti ruokavaliosta. Laihtumiskierteessä olevan ikääntyneen tasaisesta ravitsemuksesta on huolehdittava erityisen hyvin. Hoitohenkilökunnan pitäisi tunnistaa ikääntyneet, joita ravitsemushoito hyödyttää ja hoito voidaan suunnitella heidän vaatimustaan parhaiten vastaavalla tavalla yhdessä heidän ja omaistensa ja läheistensä kanssa. Vanhainkodeissa ja pitkäaikaissosastoilla asuville ikääntyneille ravitsemushoito on erityisen tärkeää. Tehostetun ravitsemushoidon tarvetta arvioidaan, ja ruuan lisänä nautitaan täydennysravintovalmisteita. Täydennysravintovalmisteissa on pienessä annoksessa paljon proteiinia ja energiaa sekä lisättyjä suojaravintoaineita. Ruokavaliota voidaan tarvittaessa lisätä esimerkiksi tarjoamalla ikääntyneelle hänen lempiruokiaan, jälkiruokia sekä ylimääräisiä energiapitoisia juomia ja muita välipaloja. Jos ruokahalu on huono, on parasta syödä sitä, mikä maistuu, joten mieluisten ruokien merkitys korostuu. Tehostetusta ravitsemushoidosta puhuu myös Suominen (2008), tarkoittaen ruokavaliota, joka on välttämätön ruokahaluttomille ikäihmisille ja sitä käytetään vajaa- ja aliravitsemuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Samoin kuin Hakala (2012), Suominen korostaa proteiinilisää sisältäviä täydennysravintovalmisteita runsasproteiinisen ruuan tukena. Ruuan annoskoko on normaalia pienempi, jotta koko annos tulisi syötyä kerralla. Tehostetun ruokavaliota noudattaa perusravintovaliota, johon tehdään vain tarvittavat energialisät.

Ruokahaluttomuutta voi ilmetä useanlaisista. Sairaudet, lääkitys, suun huono hygienia, psyykkiset syyt, tarjottu ruoka ei maistu tai ruokailuympäristö on epämiellyttävä voivat johtaa aliravitsemukseen. Aliravitsemuksen syitä etsittäessä on hyvä aina selvittää ruokahaluttomuuden syyt ja pyrkiä vaikuttamaan niihin ensisijaisesti. Ensimmäiseksi kysytäänkin, miksi ruoka ei maistu. Käsiteltäessä ruokahaluttomuutta on tärkeää olla ymmärtäväinen, sillä pakottaminen ja syyllistäminen eivät auta eivätkä helpota tilannetta. Vajaa- ja aliravitsemuksesta tiedusteltaessa selvitetään, mitkä ruuat ja juomat maistuvat parhaiten, ja mihin vuorokaudenaikaan ikääntynyt syö mieluiten. Näitä tietoja pyritään hyödyntämään ruokailujen suunnittelussa sekä kotona että laitoshoidossa. Ruokailutilanteesta pyritään tekemään mahdollisimman miellyttävä ja kiireetön. Ikääntynyttä kannustetaan ja hänelle kerrotaan, että ravitsemus on tärkeä osa hoitoa. Tarjotut ruoka-annoskoot ovat kerrallaan pieniä ja niitä tarjoillaan usein. Mikäli ruokahaluttomuuteen ei puututa, se johtaa helposti aliravitsemukseen. (Arffman ym. 2009, 120–121.)

Vajaa- ja aliravitsemuksen ehkäisy ja hoito riippuvat paljolti myös asioista, jotka ovat johtaneet aliravitsemukseen. Kroonisesti sairaiden ja laitoksissa asuvien ikääntyneiden aliravitsemusta ei välttämättä pystytä ehkäisemään ravinnon määrää lisäämällä, jolloin syötyyn ruokaan tulisi lisätä ravintolisiä erimuodoissa. Hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää huomiota, että tarjottu ruoka on monipuolista ja koostumukseltaan ikääntyneelle sopivaa. Ikääntyneen ravit-



semushäiriöitä hoidettaessa huomioidaan myös tilanne, että ravitsemus ei ole vain ruokahalun tyydyttämistä, vaan siihen liittyy sosiaalisia ja kulttuurisia arvoja ja niiden huomioiminen ikääntyneen ja erityisesti ikääntyneen muistisairaana kohdalla on merkityksellistä. Kylläisyyden tunnetta aiheuttava kolekystokiniinin erityis lisääntyminen ikääntymisen myötä ja esim. insuliinin ja testosteronin tuotannon muutokset kytkeytyvät ravinnon tarpeen vähenemiseen ja painon laskuun. Aliravitsemustila on usein alidiagnosoitu ja jää tällöin hoitamatta. Tutkimuksien mukaan noin 20–60 % laitoshoidossa olevista ikäihmisistä kärsii aliravitsemuksesta, kotona asuvista ikäihmisistä 5–20 %, jolloin painoindeksi on alle 20 kg/m<sup>2</sup>. (Aro ym. 2005, 321–323.)

Ikääntyneen ruokahaluttomuus ruokailutilanteissa voi johtua monistakin eri syistä. Totutusta ruokarytmistä voi olla vaikea siirtyä laitospöydästä kotihoidosta laitoshoidon. Levottomuus ja kiire ruokasalissa, riittämätön valaistus, vääränlainen lämpötila ruokasalissa tai ikääntyneen vaatetus vaikuttavat myös paljon kokemukseen. Myös yksinkertaisesti ruuan ulkonäkö, maku ja tuoksu voivat laukaista erilaisia tunteita ruokailijassa. Aina ruokailutilanteessa kerrotaan, mitä on tarjolla ja mitä syödään. Olisi hyvä, jos kukin pysyisi valitsemaan itselleen edes osan nauttimistaan ruokalajeista päivittäin. Ruokaseuran olisi hyvä olla samantasoista kussakin ruokapöydässä. Toinen voi hävetä hidasta syömistään, kun taas toista häiritsee epäsiisteys. Yksin syödessä ruoka ei useinkaan maistu ja esimerkin voima jää puuttumaan. Jos vain mahdollista, ruokaa voi laittaa yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa (esim. iltan- ja välipalat), sillä ruuanlaittoon liittyvät taidot säilyvät pitkään muistissa. (Suomen 2008, 34–36.)

Virta kirjoittaa (2010) sarkopeniasta, lihassmassan vähenemisestä ikääntyessä. Oireena tämä liittyy vahvasti ali- ja vajaaravitsemukseen. Sarkopenian kehittymiseen vaikuttavat monet syyt, esim. geneettiset, hormonaaliset ja ravintotekijät, sairaudet, ohjelmoitunut solukuolema sekä lihasten vähentynyt käyttö. Sarkopenia aiheuttaa monia ongelmia ikääntyneelle. Sarkopenia huonontaa toimintakykyä ja lisää vajaakuntoisuutta. Siihen liittyy pienentynyt energiankulutus, kehon rasvaosuuden ja viskeraalisen rasvan määrän kasvu, insuliiniresistenssi, osteoporoosin riskin kasvu, valkuaisreservin pieneneminen, kylmän siedon ja vastustuskyvyn heikkeneminen sekä hauraus-raihnausoireyhtymän riskin kasvu. Huomioitava on, että fyysisellä harjoittelulla on merkitystä vielä hyvin vanhoilla ja huonokuntoisillakin henkilöillä. Heikkinen kirjoittaa (2013, 332–338) vuorostaan hauraus-raihnaus oireyhtymästä. Hauraus-raihnaus-oireyhtymä on sarkopenian seurausta. Siitä kärsivät ikääntyneet, joiden yleinen terveydentila on huonontunut, toimintakyky heikko, stressinsietokyky alentunut ja lihaksiston, luuston ja verenkiertoelimistön toiminta on heikentynyt. Kyseessä on katabolinen tila, jossa keho ottaa energiaa valkuaisaineista. Habitukseltaan ikääntynyt on laiha, kumarassa hitaasti kävelevä vanhus, jonka lihakset ovat surkastuneet. Riski joutua sairaalaan kaatumisen ja sairastelun vuoksi on suuri. Ikäihmisessä korostuu ravitsemustilan ja lihaskunnan heikkous, sarkopenia. Ikääntyneen vajaa- ja aliravitsemus, virheravitsemus ja aiemmat elintavat sekä sii-

hen liittyvät eräät sairaudet, kuten verenpainetauti, diabetes, metabolinen oireyhtymä sekä liikunnan vähyyks altistavat hauraus-raihnaus-oireyhtymän syntymekanismille. Tärkein hoitomuoto on ravitsemustilan korjaaminen ja lihaskunnan ylläpitäminen. Liikunnan avulla sekä proteiinipitoisen ravinnon turvaamisen voimin hoito antaa positiivisia tuloksia. Lääkehoito sairautta vastaan on kehitteillä.

#### 4 Ravitsemustilan arviointi

Ikääntyneen ravitsemustilaa olisi hyvä arvioida säännöllisesti. Kun ravitsemustilaa ja ravinnonsaantia arvioidaan, tehdään myös ravitsemushoidon suunnitelma. Painon seuranta on helpoin keino arvioida ravitsemustilaa. Erityisesti hoitolaitoksissa henkilökunnan arviointi ikääntyneen ravitsemustilasta korostuu. Jos huomataan painonlaskua, tulisi siihen kiinnittää huomiota välittömästi, jotta ravitsemustila ei heikkene. Ikääntyneen paino on hyvä mitata kuukauden välein, tarvittaessa jopa useammin. Ikääntyneille suositellaan painoindeksiä 24–29. Pieni ylipaino ei ole vaarallista, ja elinajan ennuste onkin pisin lievästi ylipainoisilla. Lievä ylipaino suojaa ikääntynyttä aliravitsemukselta, lihaskadolta sekä osteoporoosilta. Laihdutuksessa on vaarana lihasmassan menetys. Painoindeksin (BMI) laskukaava on:  $\text{paino (kg) / pituus (m)} \times \text{pituus (m)}$ . (Suominen & Jyväkorpi 2012, 24–25.)

Hoppu, Kuitunen & Ahonen (2013,1098) kirjoittavat ravitsemustilan arvioinnista. Vajaaravitsemus tai sen riskitekijät olisi huomioitava heti ja ravitsemuksen suunnittelu tulisi aloittaa välittömästi, kun tarve huomioidaan. Aliravittu ikääntynyt on väsynyt ja aloitekyvytön. Hänellä on tyypillisesti kuiva iho, lohkeilevat kynnet ja kuivat hiukset. Rasvakudos voidaan arvioida ihopoimusta, painoindeksi lasketaan sekä painon muutokset huomioidaan. Vajaa- ja aliravitsemus ilmenee huonona ruokahaluna, oksenteluna, syömisvaikeutena tai nielemisvaikeutena. Ravitsemushoitojen tarpeellisuus on kiistatonta, sillä ilman oikeanlaista ravitsemusta ikääntynyt menehtyy.

Helsingin vanhainkodeissa tehdyn ravitsemustutkimuksen (Muurinen, Soini, Suur-Uski, Peipponen & Pitkälä 2003) mukaan, lähes kolmasosa vanhainkodeissa asuvista yli 65-vuotiasista kärsi virhe- tai aliravitsemuksesta. Ikääntyneistä kymmenellä prosentilla ravitsemustila tutkitusti oli hyvä. Tutkimukseen osallistuivat kaikki Helsingin kaupungin vanhainkotiasukkaat sekä yksityisissä vanhainkodeissa ostopalvelupaikoilla olevat vanhukset. Tutkimuksessa oli mukana 2036 (N=2036) asukasta. Samankaltainen tutkimus Ruotsissa oli antanut yhtäläisiä tuloksia. Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että ruoka itsessään on ravitsevaa. Niiden ikääntyneiden, jotka syövät tarjotusta ruuasta suurimman osan ja lisäksi välipaloja, ravitsemustila on parempi kuin muilla. Hoitohenkilökunnan rooli asukkaiden ravitsemusseurannassa ja ravitsemushoidossa on keskeinen. Tutkimuksen pohjalta tehtiin ravitsemussuositus.

Arffman ym. (2009) pitää merkittävänä, että ikääntyneen painoa seurataan huolellisesti. Yli 75-vuotiaiden suositeltava painoindeksi on 25–30. Ruoka-aineita ei ole syytä rajoittaa, sillä tämä supistaa ruokavaliota ja altistaa vajaaravitsemukselle. Ikäihmisen laihduttaminen on aiheellista vain, jos laihduttamisella on sairauden hoitoon, kuten sydämen vajaatoimintaan, diabetekseen tai nivelrikkoon merkittävä vaikutus. Painon pudottaminen tehdään tällöin valvotusti ja hitaasti. Ikääntyneen ruuan koostumuksen tulee olla helposti syötävää ja maistuvaa, ravintorikasta, kuitupitoista ja runsaasti valkuaisaineita sisältävää, ja mieliruuat huomioidaan suunniteltaessa ruokalistaa. Juotavaa on oltava tarjolla riittävästi ja riittävän usein. Hyvässä ravitsemustilassa oleva ikäihminen kestää sairaudet paremmin, ja niistä toipuminen on nopeampaa. Erityisen merkittävää on, että ravitsemusta pidetään yhtenä hyvän hoidon kulmakivenä sekä ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Ikääntyneen omat toiveet ja osallistuminen mahdollisuuksien mukaan ravitsemushoitoon ovat avainasemassa hoidon tulosten suhteen. Hoitaja antaa tietoa, suunnittelee hoidettavan ja omaisten kanssa ravitsemusta, ohjaa ja neuvoo sekä motivoi oikean ravitsemuksen toteutumiseen. Päivä rytmittyy usein ruokailujen mukaan ainakin hoitolaitoksissa. Tarvittaessa hoitajan tehtävä on tukea ja avustaa, motivoida ja mahdollistaa ruokailun vaivaton sujuminen ja riittävä ravinnon saanti.

Aro, ym. (2005) kirjoittaa ravitsemuksen arvioinnin merkitystä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Ravitsemushäiriöt liittyvät sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Ravitsemushäiriöiden ehkäisy ja korjaus vähentävät sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Vajaa- ja aliravitsemus on lähes aina jatkoa liian vähälle ravinnonsaannille, mutta ikääntyneen perussairauksilla ja mahdollisilla muilla sairauksilla on vaikutuksensa vajaa- ja aliravitsemustilan arvioinnissa käytettäviin testeihin. Ravintoaineiden puute aiheuttaa jopa muutamissa tunneissa tai päivissä aineenvaihdunnallisia muutoksia energia- ja proteiiniaineenvaihdunnassa, mutta näitä ei havaita ravitsemustilan arviointiin käytettävissä mittareissa kovinkaan nopeasti. Ravitsemustilan arvioinnissa on hyvä lähtökohta haastatella ikääntynyttä ja tehdä hänestä kirjallisia havaintoja. Henkilökunta huomioi painonmuutokset 2 viikon ja 6 kk aikana ja laskee ikääntyneen painoindeksin. Ennakoidaan etukäteen riskiryhmään kuuluvat ikääntyneet huolellisen seurannan avulla. Ikääntyneen kanssa on hyvä keskustella ja tehdä hänelle kysymyksiä esim. seuraavasti: Onko ravintoa ollut saatavilla riittävästi? Onko hänellä ollut ruuansulatuskanavan oireita kuten pahoinvointia, oksentelua tai ripulia? Miltä fyysinen kunto näyttää ja onko elämässä stressaavia tekijöitä. Hoitohenkilökunta huomioi myös ikääntyneen turvotukset, limakalvo- ja iho-oireet ja perussairaudet. Tarvittaessa tehdään laboratoriotutkimuksia lääkärin määräyksellä.

Mini Nutrition Assessment (MNA) testi on ylisesti käytetty ravitsemuksen arvioinnin välineenä. Sen avulla voidaan nopeasti ja helposti testata ikäihmisen ravitsemustilaa ja huomata ne ikäihmiset, joilla on vaara ali- tai virheravitsemukseen tai näiden mahdollinen riski. Mittari on kehitetty erityisesti yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. MNA-testi sisältää antropo-

metrisiä mittauksia, ruokavalion arvioinnin, yleisen toimintakyvyn arvioinnin sekä henkilön oman arvioinnin omasta terveydestään ja ravitsemuksestaan. Kokonaispisteityksen avulla voidaan todeta ravitsemuksen tila; hyvä, riski virheravitsemukseen tai onko ravitsemustila heikko. Mittaria käytetään ravitsemustilan seulontaan sekä ennaltaehkäisyyn. (Heikkinen ym. 2013, 487.) Myös terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012) kehottaa ikääntyneiden ravitsemusta arvioitaessa käyttämään MNA-testiä, joka soveltuu iäkkäiden ihmisten ravitsemustilan arviointiin ja aliravitsemustilan tunnistamiseen parhaimmin. Myös Suominen ja Jyväkorpi (2012, 24–25), suosittavat ruokapäiväkirjan lisäksi säännöllistä MNA-testin käyttöä. Hoitajat ovat avainasemassa ikääntyneen ravitsemusta seurattaessa ja hoidettaessa. Heidän tulisi reagoida mahdollisimman nopeasti ravitsemuksen muutoksiin, erityisesti puhumattoman muistisairaana ravitsemuksessa, ja heitä suurin osa erityisasumisen piiriin kuuluvista ikääntyneistä on. Avainasemassa ali- ja vajaaravitsemuksen ehkäisyssä on painon säännöllinen mittaaminen, MNA-lomakkeiden käyttäminen hoitotyön välineenä ja akuuttien sairauksien nopea hoito. Huonosti syöväälle ikääntyneelle tulisi tarjolla riittävän usein proteiinipitoista ruokaa ja välipaloja nesteytystä unohtamatta. Ali- ja vajaaravitsemusta voimme ehkäistä puuttamalla siihen tarpeeksi nopeasti ja luomalla tutkimustukoksen kaltaiset olosuhteet hyvälle ravitsemukselle.

Ruokapäiväkirjaa käytettäessä seurataan syödyn ravinnon määrää ja tällöin voidaan selvittää mitä ikääntynyt todellisuudessa syö. Ruokapäiväkirjaan merkitään tarjottu ruoka ja syöty ruoka omiin sarakkeisiinsa. Ruokailua olisi hyvä seurata aina keralla 1-3 vrk. Päivän lopuksi laskeaan yhteensä energiansaanti sekä arvioidaan proteiinit. Ruokapäiväkirjaa on hyvä pitää jos ikääntyneen paino laskee huomattavasti, ruokahalu on huono ja syödyn ruuan määrä on vähäinen tai epäily ikääntyneen vajaa- ja aliravitsemuksesta syntyy hoitohenkilökunnalle. (Suominen & Jyväkorpi 2012, 24–25.)

## 5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Oman tutkimukseni tarkoituksena on selvittää vajaa- ja aliravitsemuksen syitä pitkäaikaisesti laitoshoidossa asuvien ikääntyneiden kannalta. Hain tutkimustietoa kvalitatiivisen teemahaastattelututkimuksen avulla. Avainkysymyksenä pidän kysymystä ”mikä on ikääntyneen oma kokemus ravitsemuksestaan” ja mitkä ovat ne syyt, jotka johtavat lopulta aliravitsemuksen syntyyn. Haluan kuulla asukkaiden itsensä kertomana oman näkemyksensä ravitsemuksesta ja näin ollen hyödyntää tietoa tutkimuksen näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on huomioida ikääntyneen näkökulma omasta ravitsemuksestaan ja saada näin tietoa ikääntyneiden vajaa- ja aliravitsemukseen johtavista syistä Järvenpään kaupungin erityisasumisen asukkailta. Haastattelututkimuksen perusteella on tarkoitus edistää ikääntyneiden hyvää ravitsemusta ja luoda ja kehittää uusia ravitsemusta edistäviä toimintatapoja, jotta asukkaiden mahdollisimman hyvä ravitsemus toteutuisi.

Tutkimuskysymyksenä minulla on ”miten ikääntynyt kuvailee ravitsemustaan”. Vastausta tähän haen kolmella alakysymyksellä:

1. Millaisena ikääntynyt kuvailee oman ravitsemustilansa?
2. Miksi ruoka ei maistu?
3. Millainen on hyvä ruokailuhetki?

## 6 Tutkimuksen toteuttaminen

Teemahaastattelun avulla kerätään aineisto, jonka pohjalta voidaan luotettavasti tehdä päätelmiä tutkitusta aiheesta. Haastattelussa on tärkeää huomioida myös haastattelun aika ja paikka. Ikääntyneitä haastateltaessa on huomioitava myös mahdolliset kuulo- ja näkövammot sekä muistisairaudet. Haastattelun kysymykset on laadittava selkeään ja helposti ymmärrettävään muotoon, eikä vierasperäisiä sanoja ole hyvä käyttää. Luottamuksen syntyminen haastattelijan ja haastateltavan välille on tärkeää. Haastattelurunkoa laadittaessa ei tehdä yksityiskohtaista kysymysrunkoa vaan teema-aiheeseen liittyvä luettelo, joita haastattelussa tarkennetaan lisäkysymyksillä. Teema-alueiden pohjalta haastattelijalla tarkentaa keskustelua, huomioiden haastateltavan kiinnostuksen ja orientaation aiheeseen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 133–134.)

### 6.1 Tutkimusjoukko

Valitsin haastatteluun ikääntyneitä viimeisimpien RAI-arviointien perusteella (lokakuu 2014) niin, että tutkimukseen valikoitui vain sellaisia henkilöitä, joiden painoindeksi (BMI) oli 24 tai alle. Valitsin haastatteluun sellaisia asukkaita, jotka pystyivät itse kertomaan ravitsemuksestaan. Alun perin tarkoitukseni oli saada tutkimukseeni mukaan 2–4 ikääntynyttä, ja haastattelu kolmen henkilön kanssa onnistuikin. Haastattelu toteutettiin anonymina, ja haastattelin tutkittaviani yksilöhaastatteluna puolistrukturoitua lomaketta apuna käyttäen. Kerroin tutkittaville etukäteen haastattelun luonteesta ja toimintatavoista, ja pyysin heiltä suullisen suostumuksen haastatteluun. Nauhoitin, litteroin, analysoin ja tulkitin haastattelut, ja lopuksi muodostin analyysin pohjalta tutkimusraportin. Haastatteluun valitsin muutaman teeman, jotka ohjasivat haastattelun kulkua. Haastattelukysymykset olivat kaikille samat. Haastattelussa edettiin ennalta suunniteltujen teemojen ja tarkentavien kysymysten avulla. (Liite 1)

Tutkimukseen osallistuvat asukkaat Järvenpään kaupungin pitkäaikaishoidosta erityisasumisen piiristä. Erityisasumisen toiminta-ajatuksena on tuottaa hoivaa ja toimintakykyä ylläpitävää hoitoa yli 65-vuotiaille järvenpääläisille, joilla on muistihäiriöitä, vanhuuteen liittyviä sairauksia tai psyykkisiä ongelmia. Lokakuussa 2014 RAI-arviointien perusteella Pihlavistokodissa, Lehmustokodissa ja osasto 3:lla RAI-arviointi on tehty 98 asukkaasta, ja BMI alle 24 oli asukkaista 52:lla eli 53 %:lla. Lukuihini ole otettu mukaan lyhytaikaishoidon yksiköitä eikä Tam-

mistokotia. RAI on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seuranta-järjestelmä. Haastattelun toteutin 31.10.2014. Siihen osallistui kolme ikääntynyttä, joiden jokaisen painoindeksi oli 24 tai sen alle. Haastatteluun valikoituivat ennakkoon ikääntyneet, joiden oletin pystyvän kertomaan ravitsemuksestaan selkeäsanaisesti.

Osallistujien valintaperusteena kvalitatiivisessa tutkimusaineiston keruussa on otoksen määrä, jotta tutkimustulos oli riittävä, tieteellisesti laadukas ja yleistettävissä olevaa tietoa. Osallistujien valintaperusteena käytetään henkilöitä, jotka pystyvät kertomaan paljon tietoa tutkitavasta asiasta. Tutkittavan asian luonne ja laatu vaikuttavat myös aineiston keruun laajuuteen. Laadukasta aineistoa saadaan parhaiten hyvin tietoa jakavilta haastateltavilta, ja tällöin otos voi olla pienempi kirjoittavat Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 110–110) sekä Hirsjärvi ja Hurme (2000, 58). Jo muutamaa henkilöä haastattelemalla voidaan saada merkittävää tietoa. Kohdejoukko vaikuttaa haastattelun toteutukseen ja haastateltavien valintaan.

## 6.2 Tutkimusaineiston keruumenetelmä

Aineiston keruumenetelmäksi valitsin haastattelun, koska haluttiin saada lisää tietoa asukkaiden omista kokemuksista. Teemahaastattelussa halutaan tietää, mitä haastateltava ajattelee mistäkin asiasta. Haastateltavan on mahdollisuus tuoda esiin mielipiteensä, jota voidaan hyödyntää, kun halutaan saada uutta tietoa asiasta ja muuttaa mahdollisesti toimintatapoja tutkimuksen tuloksena. Teemahaastattelussa aihepiirit on etukäteen määriteltä, mutta kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä ei ole. Haastattelija pitää huolen siitä, että haastateltavalta kysytään kuitenkin kaikki ennalta päätetyt teema-alueet, ja haastattelu pysyy aiheessa. Haastattelija ei saa johdatella haastattelua kuitenkaan liikaa. Kysymysten ja järjestys ja laajuus vaihtelevat haastateltavan mukaan. Haastattelija tekee tukilistan käsiteltävistä asioista, mutta ei valmiita kysymyksiä. Haastattelutilanteen tulisi muistuttaa tavallista keskustelua. Haastateltavien määrän ei tarvitse olla suuri, mutta haastateltavien valintaan tulee kiinnittää huomiota, ja on hyvä mainita, millä perusteella haastatteluun osallistujat ovat tulleet valituiksi. Tähän viittaavat sekä Aaltola ja Valli (2010, 28–29) ja Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 125–126). Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on kerätä ihmisten omia kuvauksia, ja näin saatu tieto tekee mahdolliseksi arvioida uudella tavalla toimenpiteitä tutkittavan asian edistämiseksi ja kehittämiseksi. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä sen joustavuus, kokonaisvaltaisuus, luonnolliset aineiston keruun kontekstit, ihmisen toimiminen tiedon keruun välineenä ja tulosten ainutlaatuisuus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan koota aineistoa monin menetelmin. Puolistrukturoidussa haastattelussa keskeiset kysymykset ovat kirjattu ylös lomakkeelle, ja aihepiiri on sovittu, mutta haastattelijalla on oikeus tarkentaa kysymyksiä ja tehdä apukysymyksiä, ja kysymysten järjestys voi vaihdella. Tätä haastattelumallia käytetään, kun halutaan selvittää ihmisten omia tulkintoja ja merkityksiä.

Hirsjärvi ja Hurme (2000, 34–35) kirjoittavat haastattelusta tutkimusmenetelmänä ja sen eduista ja haitoista. Haastattelu on käytetyimpiä tiedonkeruun muotoja ja erilaisten haastattelumuotojen käyttö on lisääntynyt sen joustavuuden vuoksi. Haastattelu sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelun etuina koetaan, että sen pohjalta saadaan monia erilaisia vastauksia monitahoisesti ja haastattelutilanteessa voidaan esittää tarpeen vaatiessa lisäkysymyksiä. Myös arkoja ja vaikeita asioita koetaan olevan helppo tutkia haastattelun avulla. Myös haastattelulla on haittoja. Haastattelijan pitäisi olla hyvin selvillä haastateltavasta aiheesta ja hänellä pitäisi olla kokemusta haastatteluista. Joskus myös haastateltavien löytäminen on hankalaa. Haastattelu itsessään, litterointi ja sen analysointi, tulkinta ja raportointi vievät runsaasti aikaa.

### 6.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Kvalitatiivinen aineisto analysoidaan usein litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelunauhojen aineisto tekstimuotoon. Nauhoitettu materiaali on hyvä aukikirjata sanasta sanaan. Sisällön analyysin tuloksen tavoitteena on ilmiön laaja, mutta kuitenkin tiivis esittäminen ja sen avulla voidaan luoda malleja, käsitekarttoja luokitella asioita sekä muodostaa uusia käsitteitä. Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia käytetään usein hoitotieteellisissä tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164.)

Litteroinnin tarkoituksena on puhumalla ja keskustelemalla kerätyn ja äänitetyn aineiston tai puhtaaksi kirjoittaminen. Kerätty materiaali kirjoitetaan keräämisen jälkeen analysoimista helpottavaan muotoon yleensä tekstinkäsittelyohjelmalla. Litteroinnissa pohditaan, kuinka tarkasti haastattelu kirjoitetaan puhtaaksi. Kyseenalaisena pidetään myös sitä, onko teksti kirjoitettava sanasta sanaan ja merkitäänkö myös äänneet ja välimerkit. Haastattelijan on myös otettava huomioon eri murteissa käytettävät sanonnat ja sanojen merkitykset. Haastattelijan on päätettävä litteroinnin keinot jo etukäteen ja se kuinka tarkasti hän puhtaaksi kirjoittaa tekstin. Haastatteluista voidaan ottaa käyttöön myös vain keskeisimmät asiat, eli puheesta litteroidaan ainoastaan tutkittavan aiheen kannalta keskeisimmät seikat. Litteroinnissa kannattaa analysoida tekstiä pienissä pätkissä. Litterointi aloitetaan kirjoittamalla kuultu ylös, kelataan kuuntelu, jotta voidaan varmistaa kuultu kuunnellaan taas ja kirjoitetaan. Tätä voi toistaa useamman kerran. Pienissä erissä purettu haastattelu kannattaa lopussa vielä toistaa kokonaisuudessaan vielä tarkistusta varten. Haastattelu on hyvä litteroida melko pian haastattelun jälkeen. Litteroitaessa on helpointa ja selkeää numeroida haastattelut, tämä helpottaa tulevaa analysointia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemahaastattelun avulla kerätty aineisto on yleensä laaja. Kaikkea materiaalia ei ole aina tarpeen analysoida ja kaikkea saatua tietoa ei tarvitse hyödyntää. Aineiston analyysiin on paneuduttava mielellään heti keräämisen jälkeen, tällöin aineisto on tuoreena haastattelijan

mielessä ja mielenkiinto tutkittavaa aineistoa kohtaan säilyy. Analyysia voidaan lähestyä usealla eri tavalla. Hirsjärvi ja Hurme (2000) kirjoittaa kirjassaan aineiston litteroinnin olevan tavallisimpia tapoja haastattelun analysoinnissa. Aineisto puretaan kuuntelemalla äänitetty haastattelu ja se puhtaaksikirjoitetaan mieluiten tietokoneelle aineiston käsittelyn helpottamiseksi. Aineiston analyysi käsittää monia vaiheita. Analyysin tarkoituksena on eritellä ja luokitella aineistoa, luodaan aineistosta kokonaiskuva ja esitetään tulkinnallinen lopputulos.

Haastatteluni kirjoitin analysoiden sen sisältöä litteroimalla ja näin sain arvokasta tietoa raportoitavaksi. Haastattelun avulla saadusta tiedosta on apua tulevaisuudessa ravitsemussuunnitelman tekoon. Raportti perustuu saatuun aineistoon. Tutkimuksen uskottavuus ja luotettavuus selittyvät tutkimuksen kuvauksella ja tulosten selkeällä ja oikealla tulkinnalla. Uskon, että tulokset ovat luotettavat myös toisessa vastaavassa ympäristössä ja siirrettävissä. Tutkimuksessa kuvataan todellisuus mahdollisimman selkeästi. Tutkittavat esiintyvät tutkimuksessa anonyymeinä, jolloin varmistetaan tutkimuksen eettisyys. Tutkimuksen validiteetti eli luotettavuus toteutuu, sillä tutkimuksella kerätään uutta tietoa tarkastelun kohteena olevasta asiasta. Reliabiliteettia arvioitaessa mietitään, miten tutkimustulokseni vastaavat tutkimukseni tutkimusaihetta.

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) kirjoittavat analyysiin käytettävästä koodaustekniikkasta, jota käytin omassa työssäni. Koodit auttavat jäsentämään aineiston analysointivaiheessa ja niihin on helppo kerätä aineistoa, tämä taas helpottaa tulkintaa. Koodit ovat kuvailevia tulkitsevia ja selittäviä. Aineisto jaetaan näiden mukaan eri kategorioihin, jolloin saadaan muodostettua käsitekarttoja ja teoria tutkitusta asiasta. Raportointi on tällöin aineistolähtöistä.

Ennakkokyselyt haastateltavista tein puhelimitse osastojen hoitajille. Kaikki ennakkoon valituista suostuivat haastatteluun. Haastattelu pohjautui vapaaehtoisuuteen. Haastattelutilanne jännitti kaikkia haastateltavia, kun he kuulivat, että nauhoitan haastattelun. Haastattelemani aineiston nauhoitin, litteroin sanasta sanaan ja koodasin kysymykset ja vastaukset eri väreihin ja luokittelin tästä saadut vastaukset. Yhteensä litteroitavaa aineistoa tuli viisi sivua. Kuuntelin aineiston läpi useampaan kertaan, jotta varmistin oikeinkirjoituksen ja asiasisällön. Omasa tutkimuksessani kirjaan ylös raportin muodossa tutkimustulokset ja esitän sen Järvenpään erityisasumisen palaverissa hoitajille ja esimiehille. Tutkimustuloksiani hyödyntäen laaditaan uudet ja päivitettyt ravitsemushoidon suositukset Järvenpään kaupungin erityisasumiseen. Tätä varten on tarkoitus perustaa oma moniammatillinen työryhmänsä, joka työstää asiaa eteenpäin.

Haastattelun eettisyyttä tulee pohtia etukäteen. Tutkimukseni eettisyyttä mietin jo haastattelututkimuksen suunnitteluvaiheessa. Ohjenuorana pidin Sairaanhoidon eettisiä ohjeita, jotka on julkaistu jo vuonna 1996. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja toiminnallaan tukee potilaan mahdollisuutta osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin.



Sairaanhoitajalla on salassapitovelvollisuus koskien potilaan luottamuksellisia tietoja ja hän harkiten keskustelee niistä toisten hoitoon osallistuvien kanssa. Tämän kohdan lisäksi tekemäni haastattelututkimus, joka liittyy nimenomaan ikääntyneen hyvinvointiin ja elämänlaadun parantamiseen siteeraa hyvin kohtaa sairaanhoitaja vastaa oman asiantuntijuutensa kehittämisestä, syventää omaa ammattitaitoaan, kehittää koulutusta ja edistää tiedettä. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden tulee näkyä hyvän olon edistämisenä väestön keskuudessa. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996).

## 7 Tutkimustulokset

Tutkimuskysymyksenä tarkoitukseni oli selvittää vajaa- ja aliravitsemuksen syitä pitkäaikaisesti laitoshoidossa asuvien ikääntyneiden kannalta Järvenpään kaupungin erityisasumisen yksiköissä. Tutkimustulosten perusteella ensisijainen keino ehkäistä ravitsemuksen ongelmia on ruokailutilanteet, joihin pitäisi kiinnittää erityisesti huomiota. Jokaisen haastateltavan toiveena oli ruokailutilanteiden rauhallinen ilmapiiri. Myös kansaruokailijoilla on merkitystä viihtyvyyden kannalta. Ruuan itsensä koettiin olevan hyvää, sitä on runsaasti tarjolla ja riittävän usein. Makeita herkkuja ja välipalaa on saatavilla päivittäin. Kuitenkin erityisesti proteiinipitoiseen ruokaan myös ikääntyneiden ravitsemussuosituksen mukaan (2010) tulisi kiinnittää huomiota. Salaattien, kasvien ja hedelmien runsaampaa ja monipuolisempaa tarjontaa ikääntyneille tulisi miettiä uudelleen, sillä ne koettiin mieluisiksi syödä. Rakenteeltaan ne voivat tuottaa hankaluutta monille nielemisvaikeuksista tai huonoista hampaista kärsiville. Voisiko hedelmiä tarjota esimerkiksi mehujen muodossa ja salaattia hyvin hienoksi pilkottuina? Omaisten osuutta hyvän ravitsemuksen ylläpitäjänä ei pidä kyseenalaistaa ja ehkä heille olisi hyvä tarjota tietoisuutta ikääntyneen ravitsemushoidosta esimerkiksi omaistenillassa. Myös suunnitelma ikääntyneen ravitsemussuunnitelman päivittämisestä on tarpeen.

### Tutkimustulokset:

- ruokailutilanteen rauhallisuus ja viihtyvyys, huomioidaan kansaruokailijat ja tehdään ruokailusta miellyttävä sosiaalinen tilanne
- ruuan laatuun tulee kiinnittää enemmän huomiota: toiveena enemmän proteiinia, hedelmiä ja salaattia oikeassa muodossa
- omaisten vaikutus merkittävä vajaa- ja aliravitsemuksen ehkäisyssä

### 7.1 Tutkimustulosten luotettavuus

Tutkimustuloksia voidaan arvioida tutkimusraportin perusteella. Arviossa käytetään esim. seuraavia kriteereitä: oliko sisältö merkityksellinen hoitotieteelle, ovatko tulokset uskottavia ja onko ne tulkittu oikein, oliko tutkimus eettisesti luotettava ja onko kirjoitettu teksti tarpeeksi selkeää ja loogista. Tutkimuksen tuloksia arvioidaan myös sen perusteella, vahvistaako tut-

kimus jo olemassa olevaa tietoa ja tuoko se uutta tutkimustietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Kvalitatiivisen teemahaastattelututkimuksen tuloksen raportoinnin laajuus ja tarkkuus vaihtelevat tutkimuksen julkaisutyyppin mukaan. Sen voi esittää tekstinä (julkaisut, artikkelit) numeroina, kuvina ja kaavioina. Sama tulos voidaan esittää useammallakin tavalla tai eri tapoja yhdistelemällä. Tutkimusraportista tulee kuitenkin selvittää neljä asiaa: tutkimusongelma ja perustelut, miksi ilmiötä tutkitaan, tutkimuksen toteuttaminen (keitä, miksi ja milloin), tutkittavan ongelman tai ilmiön kuvaus sekä tutkimuksesta saadut johtopäätökset. Tutkimusraportissa esitetään mahdollisimman elävästi haastateltavan antama kuva tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, mutta tutkija esittää omia yhteenvedoja ja päätelmiä kaikista haastatteluista. (Hirsjärvi & Hurme 2000.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kyseenalaistaa Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) kirjoittavat. Jos tutkija työskentelee yksin, hän saattaa sokaistua omalle työlleen ja saattaa päätyä virheellisiin päätelmiin tutkimuksessaan. Luotettavuuden arviointiin voidaan käyttää kriteereinä uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Tulokset tulee kuvata selkeästi ja analysoida oikein. Tutkittavia ei saa tunnistaa tutkimusraportista. Tutkimus tulee olla siirrettävissä myös toiseen vastaavaan tutkimusympäristöön. Tutkimuksen tulee vastata myös kysymykseen, onko tutkittu tieto todellisuutta.

Aineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Pääseekö haastattelija haastattelutilanteessa objektiivisesti käsiksi todellisuuteen ja totuuteen? Luotettavuutta arvioitaessa mietitään päästäisiinkö haastateltaessa kaksi kertaa samaan tulokseen. Huomioon on kuitenkin otettava, että jokainen tutkija luo oman haastattelutyylinsä haastateltaessa ja tekee omia tulkintojaan omassa tutkimuksessaan. Tutkimusotoksen ollessa pieni sen luotettavuus ja todenperäisyys lisääntyvät. Tutkijan on mietittävä, että on osannut ottaa kaiken käytössä oleva aineiston käyttöönsä ja dokumentoinut sen oikein. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 186–189.)

Nieminen (2006, 215–220) kirjoittaa oman näkökulmansa kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta. Hänen mukaansa laadullisen tutkimuksen aineiston tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat aina mukana tutkijan tunteet ja intuitiot. Tutkitun aineiston luotettavuus ja arviointikriteerit kohdistuvatkin kyseisen aineiston keräämiseen, analysointiin sekä raportin esittämiseen. Laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on luoda uusia käsityksiä, joita tulevaisuudessa hyödynnetään käytännössä. Tulosten raportoinnin on oltava selkeää, uudet näkökulmat tutkitusta asiasta on esitettävä selkeästi ja aineiston on oltava tuore.

Oman tutkimushaastattelun luotettavuutta en kyseenalaista. Tutkimustilanne oli aito, haastateltavat eivät olleet minulle ennestään tuttuja, joten en ollut muodostanut heistä mielikuvaa etukäteen tai luonut mitään ennakoasenteita. Täysin samankaltaista haastattelututkimusta, jossa kerätään tietoa kuunnellen asukkaan omia mielipiteitä, en muista tutkimusaineistoista

löytänyt. Kuitenkin vajaa- ja aliravitsemusta esiintyy paljon ikääntyneiden laitoksissa asuvien joukossa. Aiemmin kerroin helsinkiläisissä vanhainkodeissa tehdystä tutkimuksesta (Muurinen ym. 2003), jossa oli saatu hyvin samankaltaisia tuloksia ikääntyneiden ravitsemuksesta kuin Järvenpäässä. Aro (2005) kirjoittaa tutkimuksesta, jossa todettiin 20–60 % laitoshoidossa olevista ikäihmisen kärsivän aliravitsemuksesta. Järvenpään kaupungin erityisasumisen piirissä olevilla luku oli 53 %. Toisin sanoen, jotain pitää asialle pystyä tekemään tarpeeksi ajoissa, jotta ravitsemuksen ongelmilta vältyttäisiin. Tutkimuksessa ne ikääntyneet, jotka pystyivät kertomaan, miten ongelmilta voitaisiin välttyä, osallistuivat haastatteluuni. Kuitenkin tutkimusjoukkoni oli hyvin pieni (N=3), mikä osaltaan heikentää tulosta, mutta todellisuudessa he olivat lähes ainoat, joilla muistisairaus ei tutkittavasta joukosta ole edennyt niin pitkälle, että voivat osallistua tämänkaltaiseen haastatteluun. Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan nimenomaan tutkimusotoksen ollessa pieni sen luotettavuus on hyvä.

## 7.2 Tutkimustulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuskysymyksenä tarkoitukseni oli selvittää vajaa- ja aliravitsemuksen syitä pitkäaikaisesti laitoshoidossa asuvien ikääntyneiden kannalta Järvenpään kaupungin erityisasumisen yksiköissä. Tutkimustulosten perusteella ensisijainen keino ehkäistä ravitsemuksen ongelmia on ruokailutilanteet, joihin pitäisi kiinnittää erityisesti huomiota. Jokaisen haastateltavan toiveena oli ruokailutilanteiden rauhallinen ilmapiiri. Myös kansaruokailijoilla on merkitystä viihtyvyyden kannalta. Ruuan itsensä koettiin olevan hyvää, sitä on runsaasti tarjolla ja riittävän usein. Makeita herkkuja ja välipalaa on saatavilla päivittäin. Kuitenkin erityisesti proteiinipitoiseen ruokaan, myös ikääntyneiden Ravitsemussuositusten mukaan (2010), tulisi kiinnittää huomiota. Salaattien, kasvien ja hedelmien oikeanlaista rakennetta ikääntyneille tulisi miettiä tarkemmin, sillä ne koettiin mieluisiksi syödä. Rakenteeltaan ne voivat tuottaa hankaluutta monille nielemisvaikeuksista tai huonoista hampaista kärsiville. Voisiko hedelmiä tarjota esimerkiksi mehujen muodossa ja salaattia hyvin hienoksi pilkottuina? Omaisten osuutta vaikuttaa hyvän ravitsemuksen ylläpitäjänä ei pidä kyseenalaistaa ja ehkä heille olisi hyvä tarjota tietoisuutta ikääntyneen ravitsemushoidosta esimerkiksi omaistenillassa. Myös suunnitella ikääntyneen ravitsemussuunnitelman päivittämisestä on tarpeen.

Tulevaisuudessa on tarkoitus perustaa ravitsemustyöryhmä, joka luo tutkimusta apuna käyttäen ravitsemussuunnitelman Järvenpään erityisasumispalveluihin. Ravitsemushoidon suunnitelmassa huomioidaan ikäihmisen oma näkökulma ja kirjataan sen perusteella toimintatavat ravitsemushoittoon, jotta ikääntyneiden mahdollisimman hyvä ravitsemus toteutuisi. Tutkimus toimii työkaluna hyvään hoitotyöhön.

Ensimmäisenä kysymyksenä kysyin haastateltavan omaa näkemystä ravitsemuksestaan: onko siinä ongelmia, ja miten haastateltava haluaisi muuttaa tai vaikuttaa ravitsemukseensa. Tu-

losten perusteella kukaan haastateltavista ei kokenut ravitsemuksessaan mitään ongelmaa, eikä kokenut olevansa ali- tai vajaaravittu. Eräs vastaajista koki saavansa liian vähän proteiinia, sillä hän on kasvissyöjä. Hän toivoi lisää kalaruokia eri muodoissa, jotta proteiinin tarve täyttyisi. Hiilihydraattipitoista ruokaa, puuroja ja perunamuusia on runsaasti tarjolla. Tässä muutama suora lainaus:

- syö mitä jaksaa, loput jää
- täällä laitetaan sopivasti ruokaa
- ei voi moittia
- kaikki on riittänyt ja tuonut ravinnon

Toisena teemana minulla oli kysymys, mikä on haastateltavan näkemys hyvästä ja mielisestä ruuasta, ja avaavana kysymyksenä he kertoivat, mikä tekee ruokailuhetkestä miellyttävän tai epämiellyttävän. Tähän kysymykseen sain runsaimmin vastauksia ja hyvää tietoa. Ruokaan toivottiin lisää salaattia ja hedelmiä ja ruuan olisi hyvä olla aivan tavallista kotimaista ruokaa. Negatiivisena asiana nousi hedelmien vähäisyys ruokavaliossa, ja niitä toivotaan lisää. Voileipää on hyvä olla tarjolla myös päiväkahvilla. Koettiin, että kiisseleitä ja rahkoja sekä makeaa pullaa ja kakkua on tarjolla tarpeeksi, ja niistä pidetään. Ruoka ei saisi olla liian raskasta ja käsiteltyä, ja sen pitää olla laitettu hyvin.

Ruokailuhetken toivotaan olevan rauhallinen, ja taustalla voi soida rauhallinen musiikki. Vierustoveriksi toivottiin sellaista asukasta asukas, jonka kanssa voi vaihtaa kuulumisia. Toivottiin, että toiset ruokailijat huomioitaisiin. Kaikki haastateltavat ruokailivat toisten seurassa ruokasalissa, mutta väsymyksen yllättäessä ruoka tarjoillaan myös huoneeseen. Ruokasaliin mentäessä saa hyvin liikuntaakin. Negatiivisina asioina koettiin asukkaiden keskinäiset tapahumat ja käyttäytyminen ruokailussa, suun soittaminen ja turha mölinä. Myös hoitajilla voi olla ongelmia, jotka häiritsevät ruokailua, mutta niihin eivät asukkaat puutu. Esittelen haastateltujen omia mielipiteitä asioista:

- enemmän salaattia, ei aina perunamuusia ja herneitä
- hedelmät olisivat aivan ihania
- pullat ja kakut, niistä tykkään
- viikossa saa hyvä jos edes puolikkaan banaanin
- tykkään syödä toisten seurassa
- hiljaisuus on hyvä
- tarjolla hyvää ruokaa ja usein
- ei tarvitse ahnehtia ruokaa
- omalla käytöksellään huomioi muita

Kolmannessa teemassa pohdimme sairauden vaikutusta vajaa- ja aliravitsemuksen syntyyn sekä aikaisempien elintapojen merkitystä. Muotoilin kysymyksen haastateltavalle muotoon, onko hänellä käsitystä ja mikä on hänen oma näkemysensä, mitkä ovat hänen alhaisen painonsa syyt. Sairauksilla koettiin olevan vaikutusta siihen, mitä voi syödä. Eräs asukas kertoi myös seuraavansa painoaan. Kaikki haastateltavat ovat olleet pääsääntöisesti hoikkia myös nuoruudessa ja työelämässä. Omaisten vaikutus ravitsemukseen ilmeni kaikilla haastatteluilla, vaikka sitä ei kysytty erikseen. Eräs kertoi, että hänen tyttärensä sanovat että ”ei saa enää laihtua”, toinen mainitsi poikansa olevan makeislakossa ja pohti näin herkkujen liiallista syöntiä. Eräs haastateltava kertoi lapsuudessa isän vaatineen hyvää käytöstä ja hyviä pöytätapoja, joita myös hän on vaatinut lapsiltaan. Kukaan haastatelluista ei tarvitse apua ruokailussa ja syö kokonaista ruokaa.

Samankaltaisia toteamuksia kuin tutkimukseni tulokset osoittavat löytyy käsitellystä kirjallisuudesta. Suominen (2008) kirjoittaa ruokaseuran olevan tärkeää ja toiveena olisi, että pöydässä istuisi samantasoista ruokaseuraa. Levottomuus ja kiire ruokailutilanteessa vaikuttavat negatiivisesti ravitsemukseen. Samoin ruuan sosiaalisesta arvosta kirjoittavat Aro ym. (2005). Arffmannin ym. mukaan (2009) painotetaan mieliruokien merkitystä ja ruokailutilanteiden miellyttävyyttä ja kiireettömyyttä vajaa- ja aliravitsemus vaarassa olevilla ikääntyneillä. Myös Heikkilä (2012) kirjoittaa vajaa- ja aliravitsemuksen ennaltaehkäisyn merkityksestä. Hän painottaa hoitohenkilökunnan merkitystä ruokailutilanteessa ja ravitsemushoidon onnistumisessa erityisesti laitoshoidossa asuvilla ikääntyneillä. Lempiruuat, jälkiruuat sekä välipalat ovat tärkeitä, ja ruokahalun ollessa huono pitää saada syödä sitä mikä ikääntyneelle maistuu parhaiten.

### Painetut lähteet

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 3. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 2009. Ravitseminen hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) 2005. Ravitsemustiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) 2013. Gerontologia. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro .

Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitseminen ja erityisruokavaliot. 7. painos. Helsinki: Dieetti-media.

Suominen, M., Jyväkorpi, S. 2012 . Ikääntyneen ravitseminen ja ruokapalvelut. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

### Sähköiset lähteet

Bonilla-Palomas, J., Gámez-López, A., Anguita-Sánchez, M., Domínguez, J., García-Fuertes, D., Crespín-Crespín, M., López-Granados, A. & Suárez de Lezo, J. 2011. Impact of Malnutrition on Long-Term Mortality in Hospitalized Patients With Heart Failure. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Spain. Viitattu 19.3.2014.  
<http://www.revespcardiol.org/en/malnutrition-and-heart-failure/articulo/90027165/>

Hakala, P. 2012. Ikääntyneiden ravitseminen. Duodecim. Viitattu 8.1.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01086](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086)

Hoppu, S., Kuitunen, T. & Ahonen, A. Parenteraalinen ravitseminen vuodeosastolla. Lääkärilehti. 15/2013. Viitattu 5.3.2014.  
[http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto15\\_1.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto15_1.pdf)

Muurinen, S., Soini, H., Suur-Uski, I., Peipponen, A. & Pitlälä, K. 2003. Vanhainkotiasukkaiden ravitsemustila. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimus 2003:6. Viitattu 30.6.2014.  
[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/b2597b004a1563d89743f7b546fc4d01/6\\_muurinen.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b2597b004a1563d89743f7b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/b2597b004a1563d89743f7b546fc4d01/6_muurinen.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b2597b004a1563d89743f7b546fc4d01)

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniikka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Viitattu 9.10.2014  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 30.10.2014.  
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Suominen, M. 2008. Ikäihmisen ravitsemusopas ammattilaisille. Koulutus- ja kehittämiskeskus Brahean julkaisuja. Turun Yliopisto. Viitattu 10.3.2014.  
[http://www.ravitsemusopas.fi/ikaihminen\\_ravitsemusopas-ammattilaisille.pdf](http://www.ravitsemusopas.fi/ikaihminen_ravitsemusopas-ammattilaisille.pdf)

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012. Iäkkäiden ravitsemus ja liikunta. Viitattu 20.3.2014  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/ravitsemustietoa/suomalaiset/iakkaat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/ravitsemustietoa/suomalaiset/iakkaat)
- Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta. Viitattu 15.1.2014  
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>
- Ikääntyminen.2014. Vernerin, Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 24.11.2014  
<http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>
- Vanhusten ravitsemus. 2008. Opas ikäihmisen ravitsemukseen ammattilaisten käyttöön. Viitattu 13.12.2014  
<http://ravitsemusopas.fi/materiaalit.php?menu=6>
- Vuori, I. 2010. Ikääntymiseen liittyviä fysiologisia muutoksia ja liikunta. Duodecim. Viitattu 24.11.2014  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01182](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01182)

## Taulukot

Taulukko 1: Päivittäisen energiantarpeen jakautuminen .....	13
---	----



## Liitteet

Liite 1 Haastattelulomake .....	34
---------------------------------	----

## Liite 1 Haastattelulomake

### Haastattelun runko

1. Haastateltavan oma näkemys ravitsemuksestaan
  - kokeeko itse ravitsemuksen ongelmaksi
  - kokeeko olevansa vajaa-tai aliravittu
  - miten haluaisi muuttaa ravitsemustaan
  
2. Haastateltavan näkemys hyvästä ravitsemuksesta
  - ruokailutottumukset
  - mieluisat ruuat ja välipalat
  - mikä tekee ruuasta tai ruokailuhetkestä epämiellyttävän
  - minkälainen on hyvä ruokahetki
  
3. Vajaa - ja aliravitsemuksen aiheuttajat haastateltavan oman kokemuksen mukaan
  - aikaisemmat elintavat (nuoruus, työelämä)
  - sairauden vaikutus
  - tarvitseeko ruokailussa apua