

Tanja Heinonen & Iiris Mäki

IKÄÄNTYNEIDEN OMAISHOITAJIEN RUOKAILUTOTTUMUKSET

IKÄÄNTYNEIDEN OMAISHOITAJIEN RUOKAILUTOTTUMUKSET

Tanja Heinonen & Iiris Mäki
Opinnäytetyö
Syksy 2022
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Sairaanhoitaja

Tekijät: Tanja Heinonen ja Iiris Mäki

Opinnäytetyön nimi: Ikääntyneiden omaishoitajien ruokailutottumukset

Työn ohjaajat: Merja Jylkkä ja Maarit Kaskela

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2022

Sivumäärä: 49 + 2 liitettä

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ruokailutottumuksia Les-tijokilaakson alueella. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda tietoa Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveyspalvelukuntayhtymälle yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ravitsemuksesta, sillä tämän tutkimuk-sen pohjalta omaishoitajille voidaan kohdentaa heidän tarpeisiinsa vastaavaa ravitsemusohjausta. Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä käytimme sekä määrällistä että laadullista menetelmää. Tutkimuksen aineiston keruun toteutimme kyselylomakkeella ja aineiston analysoimme käyttäen SPSS-analyysiohjelmistoa.

Ikääntyneiden määrä väestössä on lisääntymässä ja tavoitteena on, että ikääntyneet asuisivat ko-tona mahdollisimman pitkään. Mahdollista on, että myös omaishoitajuuden rooli nousee eri tavalla esiin. Ravitsemuksella on tärkeä rooli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämi-sessä. Ikääntyneillä riskit virhe-, vajaa- ja aliravitsemukselle kasvavat. Tämän vuoksi heille olisi tärkeä kohdentaa hyvää ajan tasalla olevaa tietoa ikääntyneen ravitsemuksesta.

Opinnäytetyömme teoreettisessa viitekehyksessä käsitelimme omaishoitajuutta, ikääntyneiden ra-vitsemusta ja niiden suosituksia sekä ikääntyneiden ravitsemukseen vaikuttavia tekijöitä. Työmme tietoperustana käytimme monipuolisesti erilaisia ja mahdollisimman uusia tutkimuksia sekä hoito-työn kirjallisuutta.

Tutkimustuloksista selvisi, että ikääntyneet omaishoitajat söivät pääosin monipuolisesti ja säännöl-lisesti. He koostivat ruokavalionsa käyttäen monipuolisesti eri ravintoaineita. Omaishoitajille ei myöskään noussut esille yksittäisiä tapauksia lukuun ottamatta suurempia haasteita ravitsemuk-sessa tai toiveita ravitsemusohjaukselle. Suurin osa vastaajista koki ravitsemuksen tilansa hyväksi tai melko hyväksi.

Asiasanat: omaishoitaja, ikääntynyt, ravitsemus, ravitsemussuositukset

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health care Option of nursing

Authors: Tanja Heinonen and Iiris Mäki
Title of thesis: Elderly caregiver's nutrition habits
Supervisor(s): Merja Jylkkä and Maarit Kaskela
Term and year when the thesis was submitted: autumn 2022
Number of pages: 49 + 2 appendices

The purpose of our thesis was to research the nutrition habits of caregivers aged over 65, around Lestijaakso. The aim of our thesis was to bring information to Central Ostrobothnia's Social and Healthcare Union of Municipality, for them to be able to target specific nutrition guidance for caregivers based on their needs.

Research method used in this thesis was both quantitative and qualitative. The material for the research was collected by using paper questionnaire. The material was analysed by using SPSS analysis software.

The amount of elderly people among the population is growing and the aim is that they could live at home as long as possible. It is possible that in this case the role of caregivers comes up in different ways. Nutrition has an important role on maintaining physical, mental, and social sustenance. Risks of inaccurate and imperfect nourishments, also malnourishment, grow when people age. Because of this, it is important to give them good and up-to-date information about elderly people's nutrition.

In the theoretical part of our thesis we dealt with caregiving, elderly people's nutrition, nutrition recommendations and the things that effect elderly people's nutrition. We used a variety of different, up-to-date studies as our sources, as well as literature about nursing.

The results of the survey showed us that, elderly caregivers in Lestijokilaakso are mostly eating various food types and regularly. Apart from few cases, these caregivers did not face any great challenges with their nutrition or had any wishes for nutrition guidance. Most of the caregivers felt that the state of their nutrition was good or rather satisfying.

Keywords: caregiver, elderly, nutrition, nutrition recommendations

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	OMAISHOITO.....	8
2.1	Omaishoitaja	8
2.2	Ikääntynyt omaishoitajana	9
2.3	Omaishoidon tuki.....	10
3	IKÄÄNTYMINEN JA RAVITSEMUS	12
3.1	Ikääntyneen ravitsemussuositukset.....	12
3.2	Ikääntyneen ravitsemukseen vaikuttavat tekijät	13
3.2.1	Ikääntymisen tuomat fysiologiset muutokset	13
3.2.2	Ikääntyneen ravitsemukseen muut vaikuttavat tekijät	14
3.3	Ikääntyneen ravitsemusongelmat.....	15
4	IKÄÄNTYNEEN ENERGIANTARVE.....	17
4.1	Hiilihydraatit.....	17
4.2	Proteiinit	18
4.3	Rasvat	19
4.4	Suojaravintoaineet.....	20
4.5	Nesteet.....	21
4.6	Ikääntyneen ravitsemusneuvonta	21
5	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	23
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	24
6.1	Tutkimusmenetelmä	24
6.2	Tutkimuksen kohdejoukko	25
6.3	Aineistonkeruun toteuttaminen	26
6.4	Aineiston analyysi.....	27
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
7.1	Tutkimuksen tulokset.....	29
7.1.1	Taustatiedot	29
7.1.2	Ateriointi	30
7.1.3	Ravitsemustila ja ravitsemusohjaus	33
7.1.4	Omaishoitajien haasteet päivittäisessä ruokailussa	33
7.1.5	Lisätiedon tarve ravitsemuksesta omaishoitajilla	34

7.2	Johtopäätökset.....	34
8	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	37
8.1	Luotettavuus.....	37
8.2	Eettisyys.....	38
9	POHDINTA.....	40
9.1	Oma oppiminen.....	40
9.2	Jatkotutkimukset.....	42
	LÄHTEET.....	43
	LIITTEET.....	49

1 JOHDANTO

Suomen lainsäädäntö määrittelee ikääntyneeksi väestöksi yli 65-vuotiaat, joilla on oikeus vanhuuseläkkeeseen (Stranberg & Nykänen 2021, 352). Ikääntyneiden määrä muuhun väestöön suhtautetuna on kasvusuunnassa ja 65-vuotta täyttäneitä oli noin 20 prosenttia väestöstä vuonna 2018. On arvioitu, että vuonna 2030 määrä voi olla noin 26 prosenttia eli 1,5 miljoonaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 14 & 16.) Tavoitteena tulevaisuudessa on, että laitoshoidossa olisi vain 3 prosenttia kaikista yli 75-vuotiaista. Omaishoidon merkitys tulee siis kasvamaan kuntayhtymien palvelujärjestelmässä. (Purhonen 2011b, 21–22.) Suomessa on noin 50 000 omaishoitajaa ja suurin osa heistä on naisia. Valtaosa, noin 80 prosenttia, omaishoitajista hoitaa läheistään melkein ympäri vuorokauden. (THL 2021.)

Ihmiset ikääntyvät hyvin yksilöllisesti ja ikä ei aina ole verrannollinen ihmisen toimintakykyyn. Ravinto vaikuttaa merkittävästi ikääntyneen terveyteen ja toimintakykyyn. Heikko ravitsemusentila voi hidastaa tai estää sairauksien paranemista, pidentää sairaalajaksoja, ja heikentää hoitojen tehoa. Ongelmat ravitsemuksessa johtavat pitkään jatkuessaan ja hoitamattomana virheravitsemuksen kierteeseen, laihtumiseen, lihaskatoon sekä toimintakyvyn alenemiseen. Monipuolinen ravitsemus tukee hyvää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä jouduttaa sairauksista toipumista. (Schwab 2020.)

Satu Jyväkorpi (2016) on selvittänyt väitöskirjassaan kotona ja laitoshuollossa asuvien iäkkäiden ravitsemuksen tilaa. Tuloksista tuli ilmi, että ruokavalion laatu oli heikkoa sekä suojaravintoaineiden ja proteiinin saanti oli monilla puutteellista. (Jyväkorpi 2016, 97.) Susanna Kunvik ja Karoliina Salminen (2018) ovat tehneet tutkimuksen Porin perusturvan yli 65-vuotta täyttäneiden omaishoitajien ravitsemuksesta. Tuloksista ilmeni, että omaishoitajista noin viidennellä oli riski virheravitsemukselle. Lisäksi omaishoitajista noin 80 prosenttia sai ravinnostaan proteiinia alle suositusten. (Kunvik & Salminen 2018, 4.)

Opinnäytetyössämme tutkimme Lestijokilaakson alueen yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ruokailutottumuksia. Tavoitteena oli tuoda tietoa omaishoitajien ravitsemuksesta ja sen pohjalta kohdentaa omaishoitajille heidän tarpeisiinsa vastaavaa ravitsemusohjausta. Opinnäytetyö tehtiin määrällisenä tutkimuksena ja aineistonkeruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Lomake sisälsi myös kaksi avointa kysymystä, joissa noudatamme laadullisen tutkimuksen periaatteita.

2 OMAISHOITO

Laissa omaishoidolla tarkoitetaan iäkkään, vammaisen tai muun sairaan henkilön hoitamista kotiloissa omaisen tai muun läheisen avulla (Laki omaishoidontuesta 937/2005, 2 §). Vaikka omaishoitoa on ollut Suomessa aina, vasta viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana sitä on tehty näkyvämmäksi. Omaishoitotilanne voi syntyä äkillisesti esimerkiksi onnettomuuden seurauksena tai vähitellen hoidettavan hoidontarpeen kasvaessa. Omaishoidettavana voi olla lapsi, työikäinen tai ikääntynyt ja omaishoitajana voi toimia esimerkiksi lapsen vanhemmat, omaishoidettavan puoliso tai ikääntyneen oma lapsi. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 12–13.)

2.1 Omaishoitaja

Laki määrittelee omaishoitajaksi henkilön, joka on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Tämä sopimus on siis toimeksiantosopimus omaishoidon järjestämisestä omaishoitajan ja hoidosta vastaavan kunnan välillä. (Laki omaishoidontuesta 937/2005, 2 §.) Isoin osa omaishoitotilanteista on kuitenkin sellaisia, joissa omaishoitaja ei ole hakenut lakisääteistä tukea, vaikka sitovuus hoidettavaan läheiseen on suuri. Tukea haetaan yleensä silloin, kun ollaan omaishoidon raskaassa vaiheessa. (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011, 13.) Suomessa on arviolta 350 000 henkilöä, jotka auttavat läheistään ja joista hieman vajaa 50 000 on tehnyt kunnan kanssa omaishoitajasopimuksen (Van Aerschot, Eskola & Aaltonen 2021, 266).

Usea ei myöskään tiedosta olevansa omaishoitaja. Vuonna 2008 tehtiin omaishoitotutkimus, jossa haastateltiin 971 henkilöä iältään 15–79-vuotta. Vastaajista neljännes auttaa läheistään, joka tarvitsee apua arjesta selviytymiseen. Silti vain 11 prosenttia vastaajista koki olevansa omaishoitaja. (Purhonen, Nissi-onnela & Malmi 2011, 14.) Omaishoitajan antama hoiva on yksilöllistä ja vaihtelee epäsäännöllisestä aina ympärivuorokautiseen hoivaan (Tikkanen 2016, 32).

On monia asioita, jotka mahdollisesti vaikuttavat omaishoitajaksi ryhtymiseen. Siihen vaikuttavat muun muassa läheinen, rakkautta ja toimivaa vuorovaikutusta sisältävä suhde omaishoitajan ja hoidettavan välillä. Läheisellä voi olla ajatus siitä, että omaishoidettava on tyytyväisempi ja hänen elämänlaatunsa on parempi kotona asuessaan kuin muualla hoidettavana ollessa. (Purhonen 2011a, 18.) Lisäksi on muitakin psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä, jotka motivoivat omaishoittoon,

muun muassa syyllisyyden lieventyminen, auttamisesta saatu tyydytys, itsensä kokeminen tarpeellisenä ja ajatukset siitä, että läheisten hoitaminen kuuluu perheenjäsenille (Hyvärinen ym. 2003).

Omaishoitajuuteen lähdeittäessä oman identiteetin muuttuminen on mahdollista. Puhutaan omaishoitajaidentiteetistä. Tämän identiteetin omaksuminen vie kuitenkin aikansa. Itseään ennen puolisona, vanhempana tai lapsena mieltäneen henkilön voi olla vaikeaa nähdä itseään hoitajana ja auttajana. Omaishoitajaidentiteetin omaksumiseen vaikuttaa paljolti myös se, miten nopeasti omaishoitotilanne on alkanut. Läheisen äkillisessä sairastumisessa elämä muuttuu nopeasti, kun taas sairauden hitaasti edetessä mielikin pysyy paremmin mukana muutoksessa ja ajatus omaishoitajuudesta syntyy vähitellen. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 53–54.)

Omaishoitajan identiteetin muotoutuminen vain omaishoidettavan elämän pohjalta ja omien tarpeiden ja muiden ihmissuhteiden vaalimisen unohtaminen, saattaa aiheuttaa omaishoitajassa stressiä ja kuormitusta. Pitkään jatkunut stressi ja kuormitus ovat yhteydessä verenkiertoelimistön sairauksien ilmaantuvuudessa ja ne voivat liittyä myös ennenaikaiseen kuolemaan puolisoilla, jotka toimivat omaishoitajina. On myös tutkittu, että omaishoidolla on yhteys psyykkisiin sairauksiin, kuten masennukseen. (Juntunen, Era & Salminen 2013, 3.)

Kuormitustekijöiden lisäksi tulisi puhua myös positiivisista tunteista, joita omaishoitajat kokevat ja joiden avulla he jaksavat arjessaan. Heidän arjestaan löytyy iloa, tyytyväisyyttä ja onnellisia hetkiä. (Malmi 2011, 107.) Omaishoitajan ja omaishoidettavan välinen rakkaus on kaiken taustalla. Hoitaessaan omaistaan omaishoitaja voi kokea tunnetta omasta tarpeellisuudestaan. Kun hoidettava voi hyvin, tuo se myös tyytyväisyyttä omaishoitajalle. Ylpeys omaishoidettavasta ja omasta työstään sekä kiitollisuuden saaminen lähipiiriltään ja ammattihenkilöiltä tuovat voimaa ja hyvää mieltä. Arjen kuormitusta lievittää myös huumori. Muistelut arjen humoristisista hetkistä antaa voimia jaksamiseen. (Kaivolainen 2011, 108–111.)

2.2 Ikääntynyt omaishoitajana

Suomen lainsäädännössä ikääntynyt väestö tarkoittaa yli 65-vuotiasta vanhuuseläkkeeseen oikeutettua henkilöä. Sen sijaan iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan toimintakyvyn sosiaalisen, psyykkisen,

fyysisen tai kognitiivisen huonontumista erilaisten iän myötä tulleiden sairauksien ja vammojen takia. (Strandberg & Nykänen 2021, 352.) Ikääntyminen on koko ajan eteenpäin menevä prosessi ja sen eteneminen on yksilöllistä (Suominen 2007, 351). Ikääntyneet ovat useammalla tavoin heterogeeninen ryhmä esimerkiksi terveyden, toimintakyvyn, taloudellisen aseman ja asumisen suhteen. Yli 80-vuotiaalla ei välttämättä ole sairauksia tai säännöllistä lääkitystä, kun taas 65-vuotiaalla voi olla useampi sairaus ja näin ollen avun ja tuen tarvetta. (Paavola & Suominen 2018, 3.)

Ikääntyneet ihmiset asuvat nykypäivän Suomessa kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. Kotona asuminen mahdollisimman pitkään onnistuu läheisen tuen, omaishoitajuuden tai kotiin annettavien palveluiden avulla. (Van Aerschot, Eskola & Aaltonen 2021, 264.) Yli 65-vuotiaita kunnan kanssa omaishoitotosopimuksen tehneitä omaishoitajia oli Suomessa vuonna 2014 arviolta 24 000 (Tikkanen 2016, 14). Ikääntyneellä omaishoitajalla itselläänkin voi olla pitkäaikainen sairaus tai muu toimintakyvyn heikentymä. Oman sairauden tai toimintakyvyn heikentymisen lisäksi omaishoitajuuden kuormittavuutta voi lisätä esimerkiksi taloudellinen tilanne, asuinolosuhteet, asuinalue ja hoidettavan sairaus. (Juntunen, Era & Salminen 2013, 2.)

2.3 Omaishoidon tuki

Omaishoitajalla on oikeus kunnan myöntämään omaishoidon tukeen, mikäli tuen myöntämisedellytykset täyttyvät. Laki omaishoidon tuesta määrittelee ehdot tuen saamiselle. Tuen saamisen edellytyksenä on, että hoidettavan kunto ja terveys vaativat huolenpitoa ja hoitoa, hoidettavan omainen tai läheinen on valmis hoitamaan häntä erilaisten palveluiden avulla ja omaishoitajan terveydentila tulee vastata omaishoidon määrittämiä vaatimuksia. Lisäksi hoidettavan etu sekä hänen terveydentilansa ja turvallisuutensa tulee olla varmistettu hoidettavalle sopivan kodin ja tarvittavien sosiaali- ja terveystalveluiden kautta. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 3§.)

Tukea haetaan hoidettavan henkilön asuinkunnan sosiaalitoimistosta tai siitä yksiköstä, joka vastaa omaishoidon tuesta. Ennen tuen myöntämistä sosiaalitoimi vierailee omaishoitoperheen luona ja tekee arvion siitä, täytyykö tuen myöntämisedellytykset. Kotikäynnistä laaditaan arvio, minkä pohjalta tehdään yhdessä omaishoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Päätös tuen saamisesta tehdään kotikäynnin arvion sekä hoito- ja palvelusuunnitelman teon jälkeen. Omaishoitotosopimus tehdään, kun omaishoidon tuki on myönnetty. Sopimus pitää sisällään

muun muassa tuen määrän, sen maksutavan ja lakisääteiset vapaat ja virkistymiset. Sopimus laaditaan melkein aina toistaiseksi voimassa olevaksi ja siinä on laissa määritetyt irtisanomisajat. (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011, 26–29.)

Omaishoitajalla, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen, on oikeus lakisääteisiin vapaapäiviin, joita on kuukaudessa vähintään kolme. Oikeus vapaapäiviin on, vaikka omaishoidettava olisi muualla osan aikaa päivästä, noin 5–7 tuntia. Edellä mainittujen vapaapäivien lisäksi omaishoitajalle voidaan myöntää lisävapaapäiviä ja virkistysvapaita, jotka ovat alle vuorokauden mittaisia. Omaishoidon tukea maksetaan niin lakisääteisten kuin virkistysvapaidenkin ajalta. Omaishoidon tuki pitää sisällään myös erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja tai tukipalveluja, muun muassa ateriapalvelu, kotisairaanhoidon ja päivätoiminta. Kunta itse voi tarjota kyseisiä palveluita tai antaa omaishoitajalle palvelusetelin yksityisiä palveluntuottajia varten. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 30–31.)

3 IKÄÄNTYMINEN JA RAVITSEMUS

3.1 Ikääntyneen ravitsemussuositukset

Ravitsemussuosituksilla on tarkoitus vaikuttaa kansanterveyteen. Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio edistää terveyttä ja vähentää monien sairauksien riskiä. Ravitsemuksella on merkitystä sepelvaltimotaudin, aivoverenkiertohäiriöiden, verenpainetaudin, joidenkin syöpien, lihavuuden, tyypin 2 diabeteksen, osteoporoosin ja hammaskarieksen synnyssä. Lihavuuden myötä ravinto liittyy muiden sairauksien esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien kehittymiseen. Ruokavalion kokonaisuudella on merkitystä terveyteen ei niinkään yksittäisellä ruoka-aineella. Ravintoaineet täytyvät usein suositusten mukaisella monipuolisella sekä tasapainoisella ruokavaliolla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 11–12.)

Kansalliset ravitsemussuositukset määrittävät ikääntyneiden ravitsemuksen perusteeksi ruokavalion, joka edistää terveyttä sekä kestävyyttä. Ruuasta saadun energianmäärän tulee olla tasapainossa energian kulutuksen kanssa. Ikääntyneillä ruokailu, ravitsemustila sekä ravinnonsaanti ovat tiivisti sidoksissa terveydentilaan ja toimintakykyyn, joten näiden kautta on hyvä tarkastella ravitsemusta. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 15, 18.)

Ravitsemussuosituksissa ikääntyneet on luokiteltu neljään ryhmään toimintakyvyn, sairauksien sekä tarvittavan avun mukaan. Hyväkuntoiset ikääntyneet, kotona asuvat iäkkäät, joilla monia sairauksia, mutta ei tarvetta ulkopuoliselle avulle sekä kotihoidon asiakkaat, joilla tarve ulkopuoliselle avulle ja ympärivuorokautisessa hoidossa olevat, joilla monia avuntarpeita päivittäisissä toiminnoissa. (Puranen & Suominen 2012, 9.) Suositukset pitävät sisällä myös toimintakyvyn säilyttämistä ravitsemuksen avulla sekä ravitsemukseen liittyviä haasteita ja erityispiirteiden huomioimista sekä keinoja niiden eteenpäin viemiseen jokaisessa neljässä eri ryhmässä ikääntyneiden ravitsemuksessa. Ikääntyneiden ravitsemussuosituksissa tuodaan esille liikunnan tärkeys terveyden ja lihaskunnan ylläpitäjänä ravitsemuksen lisäksi. (Schwab 2020.)

Säännöllinen ateriarytmi päivässä pitää sisällään aamupalan, lounaan, päivällisen ja tarpeen mukaan 1–2 välipalaa. Säännöllisen ateriarytmin etuna ovat painonhallinta, tasainen veren glukoosipi-

toisuus ja nälän tunteen hillitseminen. Säännöllinen ateriarytmi myös ehkäisee hampaiden reikiintymistä. Ikääntyneiden on hyvä syödä useita kertoja päivässä. Varsinkin, jos ruokahalu on heikko, ikääntyneet eivät pysty syömään kerralla isompia aterioita. Aterian kokoamisessa on hyvä käyttää lautasmallia. Kasviksia tulisi olla puolet lautasesta. Ateriasta noin neljännes hiilihydraatin lähteitä ja noin neljännes proteiinin lähteitä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 20, 24.) Jodia ikääntyneen tulee saada riittävästi niin kuin muunkin väestön, siksi suositeltavaa on käyttää jodioitua ruokasuolaa. Vuorokauden saanti suosituksena enintään 5 grammaa suolaa. (THL& Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 87.)

3.2 Ikääntyneen ravitsemukseen vaikuttavat tekijät

Ravitsemuksella on merkittävä vaikutus ikääntyneen terveyteen sekä toimintakykyyn. Hyvä ravitsemustila ikääntyneellä ehkäisee sairauksia, jouduttaa sairauksista parantumista, edistää kotona asumista ja parantaa vireystilaa sekä elämänlaatua. (Schwab 2020.) Ikääntyneen hyvään ravitsemustilaan saattavat vaikuttaa ikääntymiseen kuuluvat useat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset (Strandberg & Nykänen 2021, 352).

3.2.1 Ikääntymisen tuomat fysiologiset muutokset

Ikääntyminen tuo mukanaan paljon fysiologisia muutoksia, jotka ovat yhteydessä ravitsemustilaan. Sydämen ja verenkierron toiminta muuttuu niin, että pumppausvoima sydämessä vähenee, joka näkyy varsinkin fyysisessä rasituksessa. Heikentynyt fyysinen rasituksen sietokyky voi ilmetä vaikeuksina päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruoanlaitossa ja peseytymisessä. Verenkierto myös hidastuu ja tällä on vaikutus altistua infektioille. Elimistön koostumuksessa tapahtuu muutoksia; nestepitoisuus pienentyy ja lihaskudoksen määrä vähenee, kun vastaavasti rasvakudoksen määrä suurentuu. Perusaineenvaihdunta hidastuu. Ikääntyneellä luuston tiheyden pienentyminen kasvat-
taa osteoporoosin ja murtumien riskiä. (Suominen 2008, 9.) Aineenvaihdunnan hidastumisen vuoksi ikääntyneellä on monesti erilaisia ruoansulatukseen vaikuttavia ongelmia, kuten ummetusta. Eri ravintoaineiden imeytyminen ohutsuoletta saattaa muuttua huomattavasti, etenkin jos lääkkei-
neet kamppailevat niiden kanssa yhtenäisistä imeytymispaikoista. (Sinisalo 2009, 101.)

Ihmisen ikääntyessä näläntunne, makuaisti ja hajuaisti monesti heikentyvät ja tämän takia riittävä ravinnon saanti saattaa vähentyä sekä ravitsemustila huonontua (Mursu & Jyrkkä 2013, 22). Mahan kyvykkyydessä erittää suolahappoa sekä haiman ja sapen eritystoiminta taantuvat ja se aiheuttaa ruoansulatushäiriöitä. Ravintoaineiden imeytymistä alentaa ikääntymisestä johtuva entsyymitoiminnan muutos. (Haglund ym. 2010, 143.) Hampaiden heikko kunto, suun ongelmat tai huonosti istuvat proteesit vaikeuttavat syömistä, joten hampaiden ja suun terveyteen sekä proteesien istuvuuteen on tärkeä kiinnittää huomiota ruokailujen onnistumiseksi. Heikko ravitsemustila saattaa aiheuttaa muutoksia suun kudoksissa. Tulehdusalttius ja sieni-infektioiden riski kasvaa sekä syljeneritys vähenee. (Suominen 2014, 493.)

Ikääntymisen mukana tulevat fysiologiset muutokset ja sairaudet voivat muuttaa lääkkeiden ja ravintoaineiden vaikutuksia elimistössä. Ravitsemustilan heikkous saattaa vaikuttaa lääkkeiden tehoon ja turvallisuuteen, etenkin jos lääkkeiden mukana tuomat haittavaikutukset kohdistuvat ruoansulatuserimistöön. Lääkkeiden yhteisvaikutukset ravinnon kera voivat joko lisätä tai vähentää lääkkeiden tehoa. Lääkehoidon haitallisten ravitsemusvaikutusten riski suurenee pitkäaikaisessa lääkkeiden käytössä sekä henkilön ollessa monilääkitty tai aliravittu. Lääkehoidon vaikutus ravitsemustilaan on pieni lyhytaikaisessa lääkehoidossa ja ravitsemustilan ollessa hyvä. (Mursu & Jyrkkä 2013, 22–24.)

3.2.2 Ikääntyneen ravitsemukseen muut vaikuttavat tekijät

Yksinäisyys iäkkäiden keskuudessa on yleistä ja koettu yksinäisyys vaikuttaa ihmisen elimistöön monin tavoin. Se lisää sairastavuutta yhtä lailla kuin tupakointi ja ylipaino. Yksinäisyyden on havaittu olevan yhteydessä muun muassa kohonneeseen verenpaineeseen sekä sydän- ja verenkiertosairauksiin. Yksinäisyys saattaa muuttaa ihmisen terveystottumuksia, esimerkiksi läheisen menetys voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta tai lisätä alkoholin käyttöä. (Savikko, Jansson & Pitkälä 2019.) Sosiaalisella ruokailuhetkellä yhdessä hyvän ruoan kanssa on paljon positiivisia vaikutuksia iäkkään ruokailussa. Se muun muassa tekee ruokailusta miellyttävän, uusien ruoka-aineiden maistamisesta helpompaa ja rohkaisee syömään enemmän ruokahalun ollessa huono. Lisäksi yhdessä syöminen antaa uusia aistillisia virikkeitä. Nämä asiat vaikuttavat myönteisesti myös ajattelu- ja muistitoimintoihin. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 17.)

Ihmisen sosioekonomisella asemalla, joka käsittää muun muassa tulot ja koulutuksen, on vaikutus ihmisen terveyteen lapsuudesta vanhuuteen saakka. Se vaikuttaa muun muassa siihen, minkälaisia mahdollisuuksia ihmisellä on käyttää hyödyksi saamaansa tietoa terveyttä edistävästä liikunnasta ja ruokavaliosta. Ihmiset, jotka ovat korkeasti koulutettuja ja kiinnostuneita terveydestään, päätyvät helpommin terveysneuvonnan piiriin kuin he, jotka ovat sosioekonomisesti matalamassa asemassa. Parempi tuloiset voivat lisäksi käyttää elintarvikkeita monipuolisemmin ja hyödyntää erilaisia ruokapalveluja. Eläkkeelle jäädessään ihmisen tulot vähenevät ja jo valmiiksi pienituloisilla terveyteen myönteisesti vaikuttavien valintojen tekeminen voi hankaloitua entisestään. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 21.)

Edellisten lisäksi myös kulttuuri vaikuttaa toteutettavaan ruokavalioon; miten henkilö koostaa ruokavalionsa tai minkälaisia ruokailutapoja hänellä on. Ruokakulttuuri muuttuu koko ajan, mutta on hyvä muistaa, että nuorelle sukupolvelle tutut ruoat voivat olla outoja iäkkäille ihmisille. Suomessa perinteisiä ruoka-aineita ovat olleet peruna, marjat, viljat, kalat ja juurekset ja niillä on edelleen ensisijainen osa iäkkäiden ruokailutottumuksissa. Kun hoitaja tapaa maahanmuuttajataustaisia asiakkaita, korostuu ruokakulttuurin tärkeys. Suomessa käytetyt ruoka-aineet ja niiden käyttö voivat olla vieraita maahanmuuttajille ja heidän käyttämänsä ruoat voivat sen sijaan olla kalliita ja vaikeasti löydettäviä Suomesta. (Arffman 2009, 229–230.)

3.3 Ikääntyneen ravitsemusongelmat

Ikääntyneiden ravitsemusongelmat saattavat ilmetä usealla tavalla. Selkeämmin huomattavissa on liian niukasta energian ja proteiinin saannista peräisin oleva laihduminen ja aliravitsemus. Kyseessä saattaa toisaalta olla virhe- tai vajaaravitsemus. Niissä energiaa tulee sopivasti tai liikaa, mutta liian niukasti suojaravintoaineita. Tukevakin ikääntynyt voi potea puutteellisen ravitsemustilan vaikutuksista. Suuren rasvakudoksen alla saattaa olla hankala lihaskato, joka huonontaa toimintakykyä. Lisäksi kehno ravitsemustila huonontaa immuunipuolustuskykyä, altistaa infektioille sekä hidastaa sairauksista paranemista. (Suominen 2007, 352.) Virheravitsemus, liikunnan puutteellisuus, alipaino ja lihavuus, eteenkin vyötärölihavuus, suurentavat hauraus-raihnausoireyhtymän eli gerasenian, lihaskadon eli sarkopenian ja kognition heikentymisen riskiä. Näiden ehkäisyssä pyritään sellaisiin elämäntapa muutoksiin, joilla pystytään vaikuttamaan fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. (Jyväskorpi ym. 2020, 340.)

Tutkimusten perusteella vajaaravitsemusta tai sen riskiä esiintyy kotona asuvilla hyvässä kunnossa olevilla ikääntyneillä 5–20 %, kotihoidon piirissä olevilla asiakkailla 40–80 % ja laitoshoidossa olevilla ikääntyneillä peräti 90 %. Vajaaravitsemukseen ikääntyneellä on useita syitä, joita ovat oma-toimisuuden aleneminen, somaattiset sairaudet, lääkkeiden haittavaikutukset, fyysiset haitat, kipu, depressio, alkoholismi, pienentynyt energian tarve, suurentunut ravinnontarve, kognitiiviset häiriöt ja sosiaaliset sekä taloudelliset tekijät. Lisäksi ikääntyneen huonontuneet hampaat, sopimattomat proteesit, kuulon ja näön huonontuminen sekä haju- ja makuaistien heikkeneminen. Vajaaravitsemuksen ehkäisyyn ja hoitoon vaikuttaa pitkälti syyt, mitkä ovat johtaneet heikentyneeseen ravitsemustilaan. Ikääntyneiden ravitsemustilan parantamisessa oleellista on huomioida energian ja proteiinin saannin suurentaminen ja toisaalta energiatarpeen lisääminen, joka saavutetaan liikuntaa ja lihasvoimaa lisäämällä. (Strandberg & Nykänen 2021, 360–361.)

Ravitsemustilan parantaminen on haastavampaa, jos siihen liittyy vaikea sairaus tai pitkälle edennyt dementia (Strandberg & Nykänen 2021, 361). Muistisairaana pitkään jatkunut yksipuolinen ruokavalio on saattanut osaltaan edes auttaa muistisairauden etenemistä. Muistisairauden eteneminen voi hidastua, jos lievästi muistisairas henkilö saa kaikki tarvittavat ravintoaineet ruokavaliosta. Ruokavalion laadulla on iso merkitys aivojen ja kognitiivisen toimintakyvyn säilyttämisessä myös silloin kun muistisairaus on todettu. Aivojen kannalta hyviä ravintoaineita ovat eteenkin B-vitamiinit, D-vitamiinit, sinkki, ravinnon kuitu ja omega-3-rasvahapot. (Suominen 2013, 486, 490.)

4 IKÄÄNTYNEEN ENERGIANTARVE

Ikääntyneen energiantarve on varsin yksilöllinen ja sen tulee olla kulutusta vastaava. Energiantarve riippuu lihasmassan, fyysisen aktiivisuuden määrästä sekä hormonaalisista tekijöistä. Sairaana fyysisen aktiivisuuden määrä vähenee ja energiantarve näin ollen laskee. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 79.) Ikääntyneen päivittäinen energian määrä ruuasta saatuna tulisi olla vähintään 1600 kcal (6,5 MJ) (Schwab 2020). Pitkäaikaiset sairaudet ja lääkitys, joilla on vaikutusta ruoansulatukseen, ravintoaineiden imeytymiseen ja aineenvaihduntaan, saattavat nostaa tiettyjen ravintoaineiden tarvetta (Suominen 2013, 487).

FinRavinto 2017- tutkimuksessa on tullut esille, että 65–74-vuotiaiden miesten jokapäiväinen keskiarvo energiansaanti oli 8,0 MJ ja naisten 6,6 MJ, mikä oli melkein suosituksia vastaava. Sen sijaan energiansaanti jäi suosituksia alhaisemmaksi noin 55 prosentilla yli 75-vuotiaista. (Strandberg & Nykänen 2021.) Ikääntyneen ruokavaliossa suositetaan ravintotiheydeltään sellaisia vaihtoehtoja, jossa proteiinien, vitamiinien, kivennäisaineiden ja välttämättömien rasvahappojen saanti olisi kelvollista (Sinisalo 2009, 101).

4.1 Hiilihydraatit

Hiilihydraattien pääasiallisena tehtävänä elimistössä on toimia energianlähteenä sekä turvata glukoositasapaino verenkierrossa (Haglund ym. 2010, 26). Suositusten mukaan koko päivän energiamäärästä hiilihydraatteja pitäisi olla 45–60 %. Hiilihydraatit pitävät sisällään tärkkelyksen, sokerit ja kuidut. Huonompia hiilihydraatin lähteitä ovat sokeri ja valkoinen vilja niiden sisältämän vähäisen kuidun vuoksi. Sokerin käytön rajoittaminen auttaa ehkäisemään suun terveysongelmia sekä turvaa ruokavalion ravintotiheyden. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 16, 81.) Hyviä hiilihydraattien lähteitä ovat täysjyväviljavalmisteen, marjat, kasvikset, hedelmät ja juurekset. Edellä mainitut hiilihydraatit sisältävät paljon vitamiineja, kuituja, kivennäisaineita sekä muita suojaravintoaineita. Palkokasvit ovat myös suositeltavia niiden sisältämän proteiinin vuoksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 21.)

Eläkeikäisen väestön terveystilanteen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009 raportissa kerrotaan, että miehet ja naiset ovat pidemmällä aikavälillä lisänneet kasvisten,

hedelmien sekä marjojen päivittäistä käyttöä. Vuonna 2009 tuoreita kasviksia kertoi päivittäin syövänsä 31 % miehistä ja 30 % naisista, vastaajien ikäryhmä oli 65–84 vuotta. Tässä ikäryhmässä marjoja sekä hedelmiä ilmoitti syövänsä joka päivä 28 % miehistä ja 32 % naisista. Kasviksia, marjoja ja hedelmiä söivät useammin korkeammin koulutetut kuin mitä he, jotka olivat kouluttautuneet alle 9 vuotta. (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2010, 16.)

Kuitupitoisella ruokavaliolla on monia terveyteen kohdistuvia vaikutuksia. Kuitu ei tuota energiaa vaan se on hiilihydraattien sulamaton osa. Liukoinen kuitu vaikuttaa tasaavasti verensokerin vaihteluihin ja laskee veren kolesterolipitoisuutta. Liukoista kuitua saa esimerkiksi kaurasta, marjoista ja vihanneksista. Kuitupitoinen ruokavalio vähentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Liukenemattomalla kuidulla on ehkäisevä merkitys myös ummetukseen. Kuitupitoisella ruokavaliolla on hyvät vaikutukset suoliston bakteerikantaan sekä paksusuolen syövän ehkäisyyn. Iäkkäillä haastetta riittävän kuidunsaantiin voi tuoda liian niukka täysjyvätuotteiden sekä kasvisten syöminen tai huono hampaiston kunto. (Jyväkorpi ym. 2014, 22.) Ravintokuiduissa koko päivän saanti suosituksena on vähintään 25 g naisilla ja 35 g miehillä. FinRavinto 2017- tutkimuksessa 65–74-vuotiaiden ravintokuidun riittävä saanti jäi alle suosituksen. Hiilihydraattien riittävä saanti oli sen sijaan suositusten mukaista yli 75-vuotiailla. (Strandberg & Nykänen 2021, 356.)

4.2 Proteiinit

Proteiinit toimivat olennaisena rakennusaineena lihaksissa, luustossa ja sisäelimissä. Ravinnosta saatavia proteiineja vaaditaan lihasvoiman ja kunnon säilyttämiseen sekä kudosten kasvuun ja uudistumiseen. Ikääntymisen vuoksi elimistön kyky hyödyntää proteiinia heikkenee, joten ikääntynyt tarvitsee ravinnostaan runsaammin proteiinia. (Jyväkorpi ym. 2014, 17.) Ravitsemussuositusten mukaan proteiinia pitäisi olla 15–20 % koko päivän energiamäärästä. Yli 65-vuotiaiden proteiinin saannin suosituksena on 1,2–1,4 grammaa kehon painokiloa kohden. Erityisesti tilanteissa, joissa energiantarve laskee, ikääntyneiden on kiinnitettävä huomiota riittävän proteiini määrän saavuttamiseksi. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 16.)

Sopivasta proteiinin saannista on hyötyä lihasmassan säilyttämisessä ja se antaa suojaa ikääntymiseen liittyvään lihaskatoon. Riittävä proteiinin saanti myötävaikuttaa toimintakyvyn säilymiseen, sairauksista parantumiseen, edesauttaa haavojen paranemista sekä ylläpitää ihon hyvää kuntoa.

Jotta keho kykenee käyttämään proteiinia tehokkaasti, tulee sen saanti jakaa tasaisesti koko päivän aterioille. Tämä on tärkeää erityisesti ikääntyneillä, sillä heidän kehonsa ei kykene hyväksikäyttämään suuria proteiinimääriä kerrallaan. Lihakset voivat tutkimusten mukaan hyödyntää maitoproteiinia varsin hyvin. Hyviä proteiinin lähteitä maitotuotteista ovat maito, piimä, rahka, reajuusto, jogurtti ja juusto. (Jyväskorpi ym. 2014, 17.) Proteiinin lisäksi maitotuotteista saadaan muun muassa kalsiumia ja jodia. Muita hyviä proteiinin lähteitä ovat liha, kala ja kananmuna. Lihojen suhteen tulisi suosia vähemmän punaista lihaa ja enemmän vaaleaa lihaa, joka on rasvan laadultaan parempaa. Kala on myös todella hyvä D-vitamiinin sekä monityydyttämättömien rasvojen lähde ja sitä olisi suotavaa syödä 2–3 kertaa viikossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 16, 21–22.)

Toimintakyvyn alentuessa sekä lisääntyneiden sairauksien myötä proteiinin suositeltava määrä jää monesti alle suosituksen. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa yli 75-vuotiaista pitkäaikaissairaista sekä heidän omaishoitajistaan peräti 75 % sai proteiinia alle suositusten. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 79.) Satu Jyväskorpi (2016) on tutkinut väitöskirjassaan ikääntyneiden kotona asuvien ja pitkäaikaishoidon asukkaiden ravitsemuksen tilaa MNA testillä ja ruokapäiväkirjan avulla. Tutkimus tulosten perusteella tutkittavista 77 % sai ravinnostaan suosituksia vähemmän proteiinia. (Jyväskorpi 2016, 97.) Proteiinin puutteesta voi seurauksena pahimmillaan olla lihaskato eli sarkopenia. Iäkkäällä proteiinin puute saattaa esiintyä myös yleisenä voimattomuutena, lisääntyneenä infektioherkkyytenä sekä heikentyneenä haavojen paranemisena. (Puranen & Suominen 2012, 21.)

4.3 Rasvat

Rasvoja tarvitaan energian lähteeksi, rasvaliukoistenvitamiinien kuljetukseen, välttämättömien rasvahappojen saannin turvaamiseen sekä elimistön solujen ja monien hormonien rakennusaineiksi. Rasvat jaetaan tyydyttyneisiin, kertatyydyttyneisiin sekä monityydyttämättömiin rasvahappoihin. (Puranen & Suominen 2012, 20.) Suositusten mukaan rasvoja tulisi olla 25–40 % koko päivän energiamäärästä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 16). Tyydyttyneitä eli kovia rasvoja on varsinkin eläinperäisissä tuotteissa kuten lihassa ja maidossa. Kovia rasvoja on myös kookosrasvassa, palmuöljyssä ja kovetetuissa kasvisrasvoissa. Tyydyttymättömiä eli pehmeitä rasvoja sisältää kala, kasviöljy, pähkinät sekä siemenet. (Jyväskorpi ym. 2014, 23.)

Rasvoissa suositaan käytettäväksi tyydyttymättömiä rasvoja, jotka ovat eduksi terveyden ylläpitämisessä ja tyydyttyneiden rasvojen käyttöä tulisi hillitä. Välttämättömät rasvahapot elimistölle ovat omega-3-rasvahappo eli alfa-linoleenihappo ja omega-6-rasvahappo eli linolihappo. Näitä elimistö ei pysty itse valmistamaan, ne tulee saada ravinnosta. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 82.) Omega-3-rasvahapon lähteitä ovat rasvaiset kalat, rypsi- pellavansiemen- ja camelinaöljy sekä saksanpähkinät ja pellavansiemenet. Omega-6-rasvahapon lähteinä ovat muut kasviöljyt, siemenet sekä pähkinät. (Jyväskylä ym. 2014, 23.)

Laitalaisen, Helakorven & Uutelan (2010, 15) Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009-raportissa kerrotaan, että pidemmällä aikavälillä ruokatottumukset ovat menneet terveellisempään suuntaan 65–84-vuotiailla naisilla ja miehillä. Voin käyttäminen on vähentynyt leivällä ja ruuanlaitossa. Voi-kasvisöljyseoksen käyttäminen on samalla tasolla aikaisempaan verrattuna, miehistä 15 % ja naisista 18 % laittaa leivälle voi-kasvisöljyseosta. Ruuanlaitossa voita ja voi-kasvisöljyseosta kertoi käyttävänsä vajaa kolmannes vastaajista. Enemmän koulua käyneet sekä nuoremmat eläkeikäiset käyttivät kasviöljyä ruuanlaitossa useammin, kun taas voin käyttäminen oli yleisempää vanhemmalla ikäryhmällä. (Laitalainen ym. 2010, 15.)

4.4 Suojaravintoaineet

Vitamiinit ovat välttämättömiä kasvun, elämän ylläpidon ja kemiallisten reaktioiden säätelyssä. Elimistö ei pysty tuottamaan riittävää määrää vitamiineja, joten niitä on saatava ruoasta tai vitamiinivalmisteista. Ihmisen terveydelle välttämättömiä vitamiineja ovat A-, D-, E-, K-, C- ja B-vitamiinit. (Haglund ym. 2009, 49.) Ikääntyneille suosituksena D-vitamiinilisä 20 mikrogrammaa läpi vuoden. Muut yleiset ravintolisät, joita tarvittaessa käytetään, on B 12-vitamiini, C-vitamiini, jodi sekä rauta- ja kalsiumvalmiste. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 77.)

Kivennäisaineet jaetaan makro- ja mikrokivennäisaineisiin sen mukaan, kuinka paljon niitä on elimistössä ja miten paljon niitä tarvitaan päivittäin. Fosfori, kalsium, magnesium, natrium, kloridi ja kalium ovat makrokivennäisaineita ja niitä tulisi saada päivittäin yli 100 milligrammaa. Mikrokivennäisaineiden päivittäinen tarve on alle 100 mikrogrammaa. Mikrokivennäisaineita ovat jodi, kupari, rauta, seleeni ja sinkki. (Arffman ym. 2009, 26.) Kivennäisaineita käytetään yksilöllisesti tarpeen mukaan. läkkäillä tavallisesti käytössä olevia ravintolisiä ovat rauta- ja kalsiumvalmiste. Kalsium on

tärkeä etenkin silloin, jos ruokavalio ei sisällä tarpeeksi maitovalmisteita. Vegaaniruokavaliota noudattavan iäkkään jodin saannista on huolehdittava. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 77.)

4.5 Nesteet

Elimistölle välttämätöntä on riittävä nesteiden saanti. Nesteitä tarvitaan ruoansulatuksessa, ravintoaineiden imeytymisessä ja kuljettamisessa sekä kuona-aineiden poistumiseen elimistöstä. Ikääntyessä nesteen suhteellinen määrä elimistössä pienentyy, jolloin nestevajaus ikääntyneelle on nuorempia haitallisempi. Nestevajaus saattaa kehittyä ikääntyneelle lyhyelläkin aikavälillä ja aiheuttaa komplikaatioita kuten kaatumista ja verenpaineen laskua. Erityisesti osa lääkkeitä lisäävät nesteen saannin tarvetta. Juomien nauttimista säätelee janontunne, joka saattaa olla ikääntyneellä heikentynyt. (Jyväkorpi ym. 2014, 24.)

Juodun nesteen tarve on yksilöllinen ja tähän vaikuttaa ikä, fyysinen aktiivisuus sekä ympäristön lämpötila. Suosituksena on päivässä juoda 1–1,5 l nesteitä ruuasta saadun nesteen lisäksi. Iäkkään päivittäisessä juoma suosituksessa ovat vesi, kivennäisvesi, maito ja piimä. Näiden lisänä nauttia kahvia, jogurttijuomaa, täysmehua ja mehukeittoa. Nesteen saannin rajoittaminen on hyvä ottaa huomioon, joidenkin sairauksien kohdalla esimerkiksi sydämenvajaatoiminnan ja pitkälle edelleen munuaisten vajaatoiminnan kohdalla. Ikääntyneellä aineenvaihdunta on hidastunut ja elimistön nestepitoisuus pienentynyt tämän takia alkoholin vaikutukset vahvistuvat. Alkoholin käyttö olisi suotavaa vain satunnaisesti ja pieninä annoksina. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 84–86.)

4.6 Ikääntyneen ravitsemusneuvonta

Liikunta- ja ravitsemusohjauksella on keskeinen asema ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn kohentamisessa, sillä oikeanlaisella ohjauksella voidaan parantaa luiden kestävyttä, saada sarkopenian ja gerastenian eteneminen pysähtymään tai hidastumaan ja estää kognition huonontuminen. (Jyväkorpi ym. 2020, 340, 342.) Vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia järjestämään iäkkäille neuvontapalveluita, terveystarkastuksia, vastaanottoja ja kotikäyntejä, jotka edistävät hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Palveluita tulee tarjota etenkin niille ikääntyneille, joiden

elinoloihin tai elämäntilanteeseen liittyy riskitekijöitä. (THL & Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2020, 21.)

Ravitsemusneuvonnassa on tärkeä huomioida lisäksi asiakkaan taidot, taloudelliset tekijät, ruokakulttuuri, ja vakaumus. Kun asiakkaan arvoja ja taustoja kunnioitetaan, hän kokee saamansa neuvot ja ohjeet itselleen tarpeelliseksi. Näin hänen on helpompi osallistua ruokavalionsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Affrman 2009, 228.) Satu Jyväkorven (2016) väitöskirjassa tutkittiin iäkkäiden ravitsemuksen tilan lisäksi myös ravitsemustieto- ja ruoanvalmistuskurssien vaikutusta iäkkäiden ruokavalion laatuun, ravinnonsaantiin ja henkiseen hyvinvointiin. He, jotka osallistuivat kursseille, heidän ruokavalionsa laatu, C-vitamiinin, kuidun saanti ja henkinen hyvinvointi paranivat. (Jyväkorpi 2016, 97.)

5 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ruokailutottumuksia Les-tijokilaakson alueella. Tutkimuksen avulla halusimme selvittää, kuinka monipuolisesti omaishoitajat söivät ja millaisia haasteita he kokivat ravitsemuksessa sekä millaista tukea omaishoitajat toivovat saavansa ravitsemukseen liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda tietoa Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöntekijäyhtymälle yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ravitsemuksesta, sillä tämän tutkimuksen pohjalta omaishoitajille voidaan kohdentaa heidän tarpeisiinsa vastaavaa ravitsemusohjausta.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Minkälaisia ruokailutottumuksia omaishoitajilla on arjessaan?
2. Minkälaisia haasteita omaishoitajat kokevat päivittäisessä ruokailussa?
3. Millaista tukea omaishoitajat kokevat tarvitsevansa ravitsemukseen liittyen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Teimme opinnäytetyömme kvantitatiivisena eli määrällisenä poikittaistutkimuksena. Vilka (2021) kirjoittaa, että kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kuvata, kartoittaa, ennustaa ja vertailla ihmisiin liittyviä asioita, ominaisuuksia, kokemuksia tai ilmiöitä. Kvantitatiivinen tutkimus on menetelmä, joka antaa tutkijalle yleisen kuvan mitattavien ominaisuuksien keskinäisistä suhteista ja eroista. (Vilka 2021, 23.) Määrällinen tutkimus perustuu muuttujien numeeriseen mittaamiseen, tilastollisten menettelytapojen käyttöön sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Kvantitatiivisia tutkimuksia on erilaisia ja ne voidaan jaotella, ryhmitellä ja luokitella eri tavoin. Yksi tapa jakaa on kvantitatiivisen tutkimuksen jakaminen poikittais- tai pitkittäistutkimukseen. Pitkittäistutkimuksesta on kyse silloin, kun aineisto kerätään pitkältä aikaväliltä ja tutkimusilmiö on sama koko tutkimuksen ajan. Poikittaistutkimuksessa sen sijaan aineisto kerätään yhdellä kertaa eikä tutkimusilmiötä ole tarkoitus tutkia suhteessa ajalliseen etenemiseen. Valtaosa hoitotieteen tutkimuksista on poikittaistutkimuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 56, 79.)

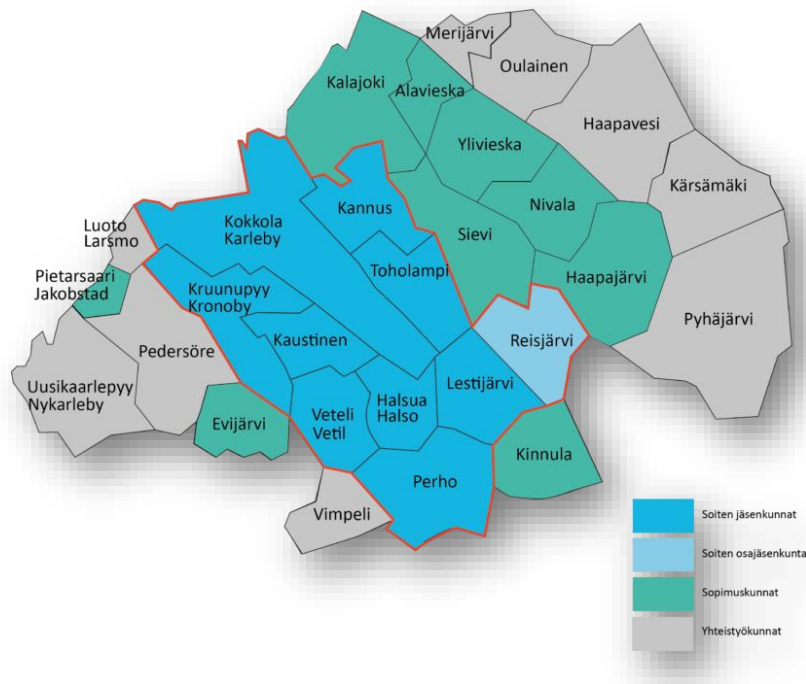
Keskeistä määrällisessä tutkimuksessa on otos ja sen suhde perusjoukkoon. Perusjoukko on se ryhmä väestöstä, johon tutkimuksen tulokset on tarkoitus yleistää, esimerkiksi psoriaasia sairastavat aikuiset. Otos on osa perusjoukosta ja sen tarkoitus olisi kuvata mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. Otanta voidaan tehdä joko kokonaistutkimuksena tai otantatutkimuksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 104–105.) Kokonaistutkimuksesta on kyse silloin, kun koko perusjoukko on mukana tutkimuksessa eikä otantamenetelmiä käytetä. Perusjoukon koko määrittelee sen, käytetäänkö tutkimuksessa kokonais- vai otantatutkimusta. Jos perusjoukon koko on todella suuri, olisi hyvä käyttää jotain otantamenetelmää. (Vilka 2021, 98–99.)

Tutkimuksemme on pääasiassa tehty määrällisenä tutkimuksena, mutta kyselylomakkeessa on kaksi avointa kysymystä. Tällä tavoin halusimme saada laajempaa kuvausta vastaajien omista kokemuksista. Joten tutkimuksessa on käytetty myös laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2018, 74) kirjoittavat kirjassaan Tutkimus hoitotieteessä, että monia ilmiöitä ei voida tutkia vain määrällisen tutkimuksen kautta. Usein tarvitaan myös ihmis-

ten omia kuvauksia kokemuksistaan. Tästä on kyse laadullisessa tutkimuksessa. Kyseisessä tutkimusmenetelmässä painottuu ihmisten omat kokemukset, tulkinnat ja käsitykset. Siinä ei tavoitella yleistettävyyttä, joten otos ei ole sattumanvarainen vaan etukäteen harkittu. Tarkoituksena on saada otokseen henkilöitä, jotka vastaavat mahdollisimman hyvin ja kattavasti tutkittavaa asiaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 65–67 & 74.) Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä aineistoa voidaan kerätä usealla eri tavalla esimerkiksi haastattelemalla, kuten lomakehaastattelulla, ja käyttämällä erilaisia kuva- ja tekstiaineistoja, kuten kirjeitä, päiväkirjoja ja aikakausi- ja ammattilehtiä (Vilka 2015, 122–123).

6.2 Tutkimuksen kohdejoukko

Teimme tutkimuksemme Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymän eli Soiten asiakasohjaus ja avopalveluihin. Sen toiminnan päätehtävänä on mahdollistaa turvallinen kotona asuminen tukipalveluiden avulla, tukea kotihoitoa ja omaishoitajuutta sekä pitkittää siirtymistä palvelu- ja laitosasumiseen. (Soite.) Tutkimuksemme kohdejoukko oli Lestijokilaakson yli 65-vuotiaat omaishoitajat, jotka ovat tehneet kuntayhtymän kanssa omaishoitosopimuksen. Teimme kokonais-tutkimuksen eli mahdollistimme kyselyyn vastaamisen kaikille kohdejoukkoon kuuluville Lestijokilaakson yli 65-vuotiaille omaishoitajille. Lestijokilaakson alueeseen kuuluvat Kannus, Lestijärvi ja Toholampi.



KUVA 1 Kuvasta näkyy Lestijokilaakson alue: Kannus, Toholampi ja Lestijärvi (Soite).

6.3 Aineistonkeruun toteuttaminen

Keräsimme aineiston strukturoituna kyselytutkimuksena. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2018, 144 & 116) kirjoittavat kirjassaan Tutkimus hoitotieteessä, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä kyselylomakkeilla, havainnoimalla tai haastattelujen avulla. Näistä kyselylomakkeet on useimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä. Sen voi vastaaja itse täyttää tai tutkimuksen tekijä voi tehdä sen hänen puolestaan, esimerkiksi puhelinhaastattelutilanteessa. Kyselylomaketta laatiessa pitää muistaa, että sen perustana on luotettava ja laaja kirjallisuuskatsaus. Yleisin tapa tehdä kyselytutkimus on laatia strukturoitu kyselylomake, jossa jokainen tutkittava saa samanlaisen lomakkeen. Niissä kysymysten järjestys ja sisältö on kaikille samanlainen. Suosituksena on, että lomakkeen täyttämiseen ei saa kulua 15 minuuttia kauempaa. Kysely voi olla paperinen, sähköinen tai puhelimitse tehty haastattelukysely. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 144 & 116.)

Toteutimme tutkimuksen paperillisilla kyselylomakkeilla (LIITE 2) kohderyhmän vuoksi. Uskoimme postitetulla kyselylomakkeella saavamme varmemmin vastauksia kuin sähköisellä lomakkeella.

Laadittuamme kysymykset kyselylomakkeeseen, huomioimme niiden selkeyden ja yksinkertaisuuden. Tärkeää oli, että vastaaja ymmärtää kysymyksen ja voi vastata siihen helposti. Lisäksi lomakkeiden ulkoasun selkeyden otimme huomioon. Testasimme kyselylomakkeen etukäteen kahdella yli 65-vuotiaalla omaishoitajalla, jotta mahdolliset virheet tai epäselvyydet tulisivat esiin ennen varsinaisten lomakkeiden lähettämistä.

Kyselylomakkeet lähetimme yli 65-vuotiaille omaishoitajille. Menimme sovittuna aikana Kannuksen kaupungintalolle, jossa laitoimme kyselylomakkeet kirjekuoriin ja palveluohjaaja lähetti ne eteenpäin tutkimuksemme kohderyhmälle, näin emme saaneet tietää vastaajien henkilötietoja. Kyselylomakkeet toimitettiin postin kautta virallisesti rekisteröidyille omaishoitajille Lestijokilaaksossa.

6.4 Aineiston analyysi

Määrällisen tutkimuksen analyysissä aloitetaan aineiston käsittely silloin, kun aineiston keräämisen määräaika on päättynyt. Käsittelyvaiheessa tarkistetaan aineisto vastauslomake kerrallaan ja arvioidaan vastausten laatua ja tyhjät tai sopimattomat lomakkeet poistetaan. Tämä vaihe antaa jo viitteitä tutkimuksen laadusta. Aineiston analysoiminen määrällisessä tutkimuksessa pohjautuu laskennalliseen todennäköisyyteen, matemaattisiin kaavioihin, prosentteihin ja lukumääriin. Analyysi voidaan toteuttaa tilasto-ohjelmilla tai Excelillä. (Vilka 2021, 135–136 & 141.) Opinnäytetyömme aineiston analyysi tapahtui SPSS (Statistical Package for Social Sciences) ohjelmalla, jota käyttämällä saadaan vastaukset tutkimusongelmiin tilastojen muodossa. SPSS on yksi kattavimmista tilastollisista ohjelmistoista. (Vehkalahti 2008, 195–196.)

Palautettu aineisto arvioitiin ja tutkimukseen mukaan otetut kyselylomakkeet numeroitiin järjestykseen 1–45:een. Numerointi auttoi tietojen korjaamista jälkeen päin, kun täytyi tarkistaa tietoja tai korjata virheitä. Numeroituamme tutkimusaineiston syötimme sen ensin Excel-taulukkoon, jonka jälkeen aineisto siirrettiin SPSS-ohjelmaan. SPSS-ohjelman avulla saimme frekvenssi- ja prosenttijakaumataulukot. Tämän jälkeen tulokset analysoitiin numeraalisessa ja sanallisessa muodossa. Tulosten tulkinnan tukena käytettiin SPSS-ohjelman avulla laadittuja taulukoita ja kuvioita.

Avoimet kysymykset analysoimme sisällönanalyysiä käyttäen. Vilka (2015) kirjoittaa, että laadullisen tutkimusmenetelmän tyypillisin analysointimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi

keskittyy siihen, mitä haastateltavat tuovat esille vastauksissaan ja minkälaisia suhteita ja kokonaisuuksia niistä etsitään. Sisällönanalyysin koskevaa tietoa ei tuoda esille numeraalisena tuloksena vaan sanallisessa muodossa. Analyysissa edetään aineiston tutustumisen jälkeen pelkistämiseen, jossa aineistoista jätetään pois epäolennainen tieto. Sen myötä aineistoa tiivistetään ja pilkotaan osiin. Tutkimusongelma ja -kysymykset määrittelevät sen, mitä tiivistetään. Tämän jälkeen aineisto luokitellaan ja tulkitaan sekä luotettavuus arvioidaan. (Vilkkä 2015, 163–164.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

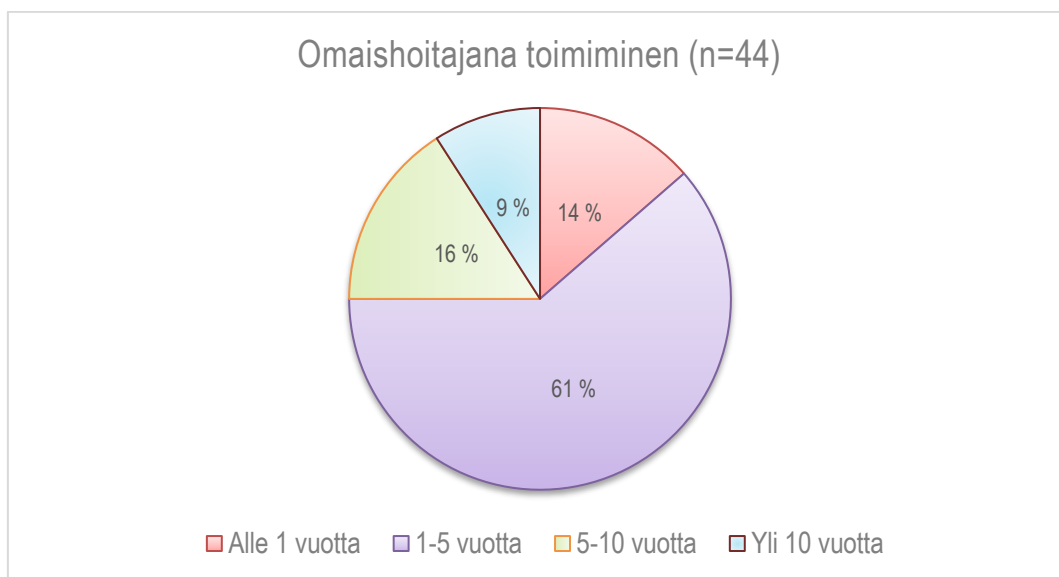
7.1 Tutkimuksen tulokset

7.1.1 Taustatiedot

Tutkimuksemme kohderyhmä oli yli 65-vuotiaat omaishoitajat. Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 104 ja vastauksia saimme 48, joista kolme oli kohderyhmän ulkopuolelta. Näitä emme ottaneet mukaan tutkimukseen. Oikeaan kohderyhmään kuuluvilta saimme vastauksia yhteensä siis 45.

Vastaajat olivat iältään 65–91-vuotiaita ja keski-ikä oli 77 vuotta. Vastaajista kolmasosa, 33 prosenttia, oli 71–75-vuotiaita (n=45). Seuraavaksi eniten oli 76–80-vuotiaita eli 29 prosenttia. Alle 70-vuotiaita ja 81–85-vuotiaita oli molempia 13 prosenttia. Vähiten oli yli 85-vuotiaita. Heitä oli 11 prosenttia vastaajista. Vastaajista 48 prosenttia oli naisia ja miehiä 53 prosenttia.

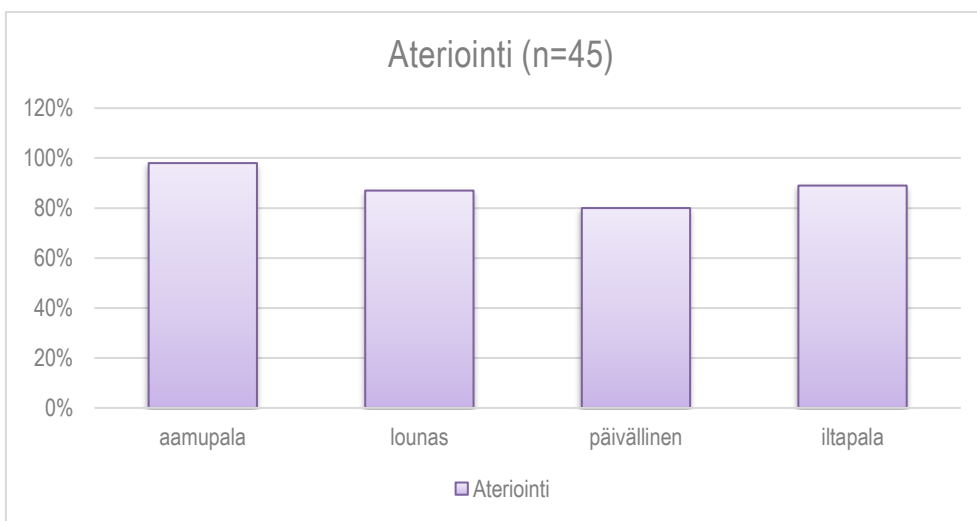
Vastaajista suurin osa, 61 prosenttia (n=44) oli toiminut omaishoitajana 1–5 vuoden ajan. 16 prosenttia oli toiminut omaishoitajana 5–10 vuotta. Alle yhden vuoden omaishoitajana toimineita oli kyselyn mukaan 14 prosenttia. Vastaajista 9 prosenttia oli toiminut omaishoitajana yli 10 vuotta.



KAAVIO 1

7.1.2 Ateriointi

Kyselyyn vastanneista 98 prosenttia (n=45) kertoi syövänsä aamupalan joka päivä. Vain yksi vastaajista ei syönyt aamupalaa päivittäin. Lounaan kertoi syövänsä päivittäin 87 prosenttia vastaajista. 13 prosenttia vastanneista ilmoitti, ettei syö joka päivä lounasta. Päivällistä päivällistä syöviä oli 80 prosenttia vastaajista. 20 prosenttia vastaajista ei syönyt päivällistä päivittäin. Iltapalan söi joka päivä 89 prosenttia vastaajista. 11 prosenttia ilmoitti, ettei syö iltapalaa päivittäin. Vastaajista hieman yli puolet, 58 prosenttia, syö kaikki neljä ateriaa ja loput 42 prosenttia syö päivittäin 2–3 ateriaa.



KAAVIO 2

Kolme tai useamman välipalan ilmoitti syövänsä 2 prosenttia (n=41) vastaajista. Kaksi välipalaa päivässä syöviä oli eniten eli 51 prosenttia vastaajista. Vastaajista 39 prosenttia söi yhden välipalan päivässä. Vastaajista 7 prosenttia kertoi, ettei syö yhtäkään välipalaa.

Kyselyyn vastanneista yli puolet, 59 prosenttia (n=44) teki ruokansa itse. 27 prosenttia vastasi, että tekee osan ruuista itse. Läheinen tai muu tuttava auttoi yhdeksän prosenttia vastaajista. Muu, mikä vastauksen oli valinnut viisi prosenttia vastaajista. Kaksi vastaajista oli vastannut tekevänsä ruuan vielä yhdessä puolisonsa kanssa. Kukaan ei ollut valinnut vastausvaihtoehtoa viisi eli käytän kauppan valmisaterioita tai kohtaa kolme, minulle tulee kaupungin tai yksityisestä ateriapalvelusta yksi tai useampi ateria.

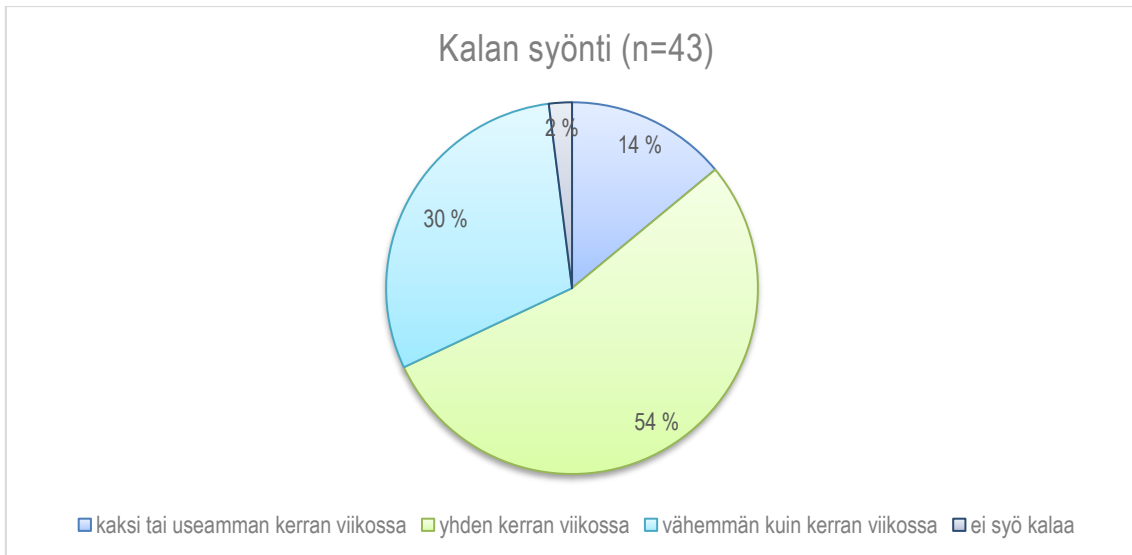
Suurin osa vastaajista, 80 prosenttia (n=44), juo suositellun määrän nesteitä eli 1,5–2 litraa päivässä. Kyselyyn vastanneista 16 prosenttia ei juonut päivittäin suositeltua määrää nesteitä. En osaa sanoa kysymykseen vastasi vähemmistö vastaajista eli neljä prosenttia. Yksi omaishoitaja jätti vastaamatta kysymykseen.

Täysjyväviljavalmisteita, kuten ruista, kauraa, ohraa ja täysjyväpastaa tai -riisiä söi kaikki kysymykseen vastanneista eli 98 prosenttia (n=44). Vastaajista yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Vastaajista suurin osa, 82 prosenttia (n=44) ilmoitti syövänsä suositusten mukaisesti kahden tai useamman annoksen marjoja, kasviksia ja hedelmiä. Yksi annos on esimerkiksi yksi keskikokoinen hedelmä, 2 dl marjoja ja kupillinen kasviksia. Vajaa viidesosa, 18 prosenttia, vastasi etteivät syö kahta tai useampaa annosta. Yksi vastaajista jättänyt vastaamatta kysymykseen.

Maitotuotteiden suhteen lähes suurin osa, 91 prosenttia (n=44) vastaajista ilmoitti käyttävänsä yhden annoksen maitotuotteita päivittäin. Yksi annos maitotuotteita on 2 dl maitoa, piimää, rahkaa tai jogurttia tai 2–3 viipaletta juustoa. Vastaajista yhdeksän prosenttia ilmoitti, etteivät syö suositeltua määrää maitotuotteita. Yksi omaishoitaja jätti vastaamatta kysymykseen.

Lihan, kanan, kananmunien tai kasvisproteiinin suhteen lähes kaikki vastaajista, 95,5 prosenttia (n=44), söivät niitä päivittäin. Vain kaksi vastaajista, 4,5 prosenttia, ilmoitti ettei syö näitä proteiinin lähteitä päivittäin. Yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen.

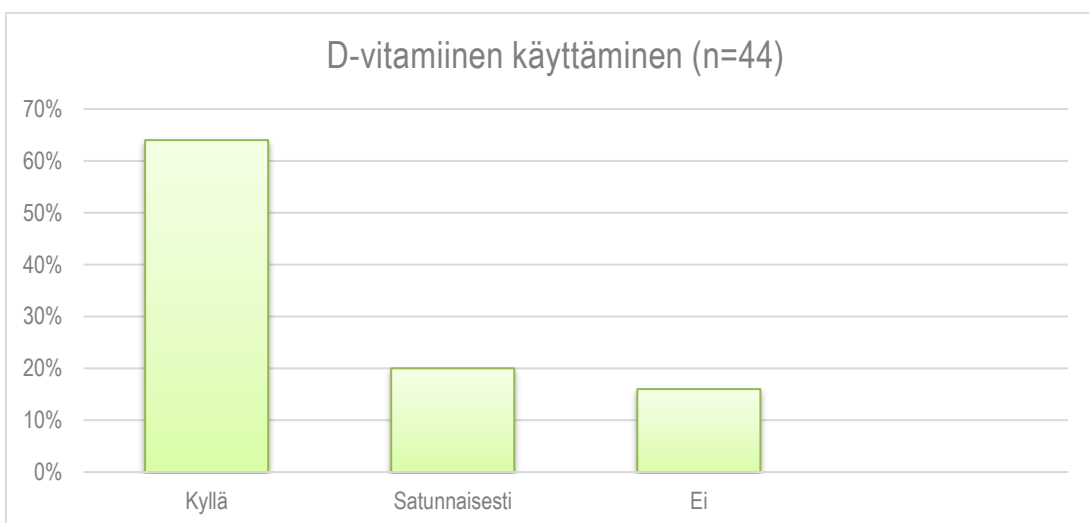
Suosittelun määrän kalaa eli kaksi kertaa viikossa tai useammin söi vastaajista 14 prosenttia (n=43). Kyselyyn vastanneista yli puolet, 54 prosenttia kertoi syövänsä kalaa kerran viikossa. Vajaa kolmasosa, 30 prosenttia, söi kalaa vähemmän kuin kerran viikossa. Vastaajista vain yksi, kaksi prosenttia ilmoitti, ettei syö kalaa koskaan. Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen.



KAAVIO 3

Rasvojen suhteen eniten ääniä sai kohta ”molempia edellä mainituista” eli vastaajista 43 prosenttia (n=44) käytti ruokavaliossaan sekä kasviöljyä ja kasvisrasvaveitettä sekä voita tai voiseosta. Vain voita tai voiseosta käytti melkein saman verran, 41 prosenttia vastaajista. Kasviöljyä tai kasvisrasvaveitettä käytti 16 prosenttia vastaajista. Kohtaa ”en mitään rasvaa” ei vastannut kukaan. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen.

D-vitamiinia suositellaan käyttämään läpi vuoden. Kyselyn mukaan vastaajista yli puolet, 64 prosenttia (n=44) käyttää D-vitamiinia suositusten mukaisesti. Noin viidesosa, 20 prosenttia ilmoitti käyttävänsä D-vitamiinia satunnaisesti. D-vitamiinia kyselyn mukaan ei käyttänyt 16 prosenttia vastaajista.



KAAVIO 4

7.1.3 Ravitsemustila ja ravitsemusohjaus

Suurin osa kyselyyn vastanneista koki ravitsemuksentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Vastaajista lähemmäs puolet, 42 prosenttia (n=45) ilmoitti syövänsä monipuolisesti ja riittävästi. Hieman yli puolet, 51 prosenttia vastasi syövänsä melko hyvin. Vain yksi, kaksi prosenttia, vastaajista vastasi, että syö yksipuolisesti ja niukasti. Neljä prosenttia vastaajista, valitsi en osaa sanoa -kohdan.

Suurin osa vastaajista, 73 prosenttia (n=44) koki etteivät he tarvitse ravitsemusohjausta. Kaksi vastaajista, neljä prosenttia, ilmoitti, että tarvetta ravitsemusohjaukselle olisi. 23 prosenttia vastaajista oli valinnut kohdan ”en osaa sanoa”.

7.1.4 Omaishoitajien haasteet päivittäisessä ruokailussa

Kysymykseen vastanneista suurimmalla osalla ei ollut haasteita päivittäisessä ruokailussa. Kaksi vastaajista koki ruokailun sujuvan ja ruoan olevan monipuolista. Yksi vastaajista ei ollut ajatellut päivittäisen ruokailun haasteita, sillä koki, että on paljon muutakin ajateltavaa. Vastaajista viidellä oli jonkinlaisia haasteita päivittäisessä ruokailussa.

”Vihanneksia ja marjoja pitäisi syödä enemmän!”

”Pitäisi syödä enempi kasviksia.”

Näiden lisäksi yksi vastaajista toi esille haasteena diabeteksen ja erityisruokavalioista laktoosittoman ja gluteenittoman ruokavalion. Yhdellä kyselyyn vastanneista haasteena oli erikoisvälineiden käyttö ruoanlaitossa ja syömisessä. Haasteeksi koettiin myös roolien vaihtuminen ruoanlaitossa eli se, joka ei ole aiemmin vastannut ruoanlaitosta, on joutunut ottamaan siitä nyt suuremman vastuun. Muita esille tulleita yksittäisiä haasteita oli laihtuminen, tyytymättömyys ateriapalveluiden ruoan makuun ja vähäinen avunsaanti omaisilta pitkien etäisyyksien vuoksi. Omaishoitajista 25 jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

7.1.5 Lisätiedon tarve ravitsemuksesta omaishoitajilla

Lisätiedon tarve ravitsemuksesta yli 65-vuotiailla omaishoitajilla oli vähäistä. Vastaaajista 41:llä ei ollut aihetta ravitsemukseen liittyvälle lisätiedolle. Neljällä omaishoitajista nousi tarve lisätietoon ravitsemuksesta.

”Diabetekseen liittyvistä asioista.”

”Tietoa ravitsemuksesta on, mutta käytännönsovellus ”takkuaa”. ”

”Ohjeita terveellisestä ruokavaliosta tulee tuutin täydeltä joka puolelta. Ei pysy perässä, mikä on terveellistä tänään tai huomenna. Vaihtelevat ohjeet vain stressaavat lisää.”

”Ruuan monipuolisuudesta.”

7.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ruokailutottumuksia ja millaista tukea ravitsemukseen liittyen he kokisivat tarvitsevansa. Tutkimuksen avulla halusimme selvittää kuinka monipuolisesti omaishoitajat syövät ja millaisia haasteita he kokevat ravitsemuksessa sekä millaista tukea he toivoisivat saavansa ravitsemukseen liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda tietoa Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukseen yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ravitsemuksesta. Omaishoitajat hyötyvät tutkimustuloksista, sillä tämän tutkimuksen pohjalta heille voidaan kohdentaa heidän tarpeisiinsa vastaavaa ravitsemusohjausta.

Tutkimuksellamme saimme vastaukset kolmeen tutkimustehtävään. Tutkimuksen tulosten mukaan kohderyhmämme ruokailutottumukset olivat pääosin hyvät ja monipuoliset. Tuloksista selviää, että yli puolella omaishoitajista on säännöllinen ateriarytmi: neljä ateriaa päivässä. Lisäksi suurin osa söi ainakin yhden välipalan päivässä. Omaishoitajista suurin osa koki ruokavaliionsa monipuoliseksi ja riittäväksi tai melko hyväksi. Ruoanvalmistamisen suhteen omaishoitajat olivat varsin itsenäisiä, sillä yli puolet vastanneista kertoi tekevänsä ruokansa itse. Valmisruokien suhteen vastaukset olivat yksimielisiä, sillä vastaaajista kukaan ei käyttänyt valmisaterioita. Omaishoitajista 27 prosenttia

oli kuitenkin vastannut, että tekevät osan ruuista itse eli ei voida olettaa, että valmisaterioita ei käytettäisi esimerkiksi osittain.

Ravintoaineiden, hiilihydraattien, proteiinien ja rasvojen saanti oli omaishoitajilla erityisen hyvä. Heidän ravinnossaan oli täysjyväviljavalmisteita, marjoja, kasviksia, hedelmiä sekä erilaisia liha- ja maitotuotteita. Tutkimuksessamme tuli esille marjojen, hedelmien ja kasvien runsas käyttö, sillä omaishoitajista suurin osa söi näitä päivittäin suositusten mukaisen määrän. Tutkimuksemme tulosta tukee Laitalaisen, Helakorven ja Uutelan (2010, 16) tekemä tutkimus, Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009, jossa kerrotaan, että päivittäinen kasvien, hedelmien sekä marjojen käyttö oli kasvanut sekä miehillä että naisilla vuosina 1993–2009 (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2010, 16). Voi olla mahdollista, että tutkimuksemme kohderyhmä on sitä ikäpolvea, joka on tottunut syömään kotona tehtyä ruokaa ja käyttämään luonnosta saamia raaka-aineita, esimerkiksi kalastamalla tai marjastamalla.

Jyväsörven tekemässä väitöskirjassa (2016, 97), Nutritional intervention on nutrient intake, diet quality and quality of life, selvisi, että tutkittavista kotona asuvista ikääntyneistä ja pitkäaikaishoidon asukkaista 77 prosenttia sai ravinnostaan suosituksia vähemmän proteiinia (2016, 97). Sen sijaan tutkimuksemme mukaan lähes kaikki omaishoitajista söi päivittäin jotain proteiinin lähdeä. Toki meidän tutkimuksessamme ei tule esille proteiinin suositeltu päivittäinen saanti vaan vain se syövätkö omaishoitajat päivittäin proteiinia jossain muodossa. Näillä perusteilla ei voida siis tehdä johtopäätöksiä siitä, saavatko omaishoitajat suositusten mukaisen määrän proteiinia ravinnostaan vai eivät.

Eräissä Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin vajaan tuhannen 77–100-vuotiaan toimintakykyä kolmen vuoden ajan. Ennen tutkimuksen aloitusta osallistujien D-vitamiinin pitoisuus verestä tutkittiin. Tutkimuksesta kävi ilmi, että kolmasosa vastaajista sai suosituksia vähemmän D-vitamiinia ja heidän toimintakykynsä lihaskunnon ja liikuntakyvyn suhteen oli huonompi kuin D-vitamiinia riittävästi käyttäneillä. D-vitamiinilla on tärkeä rooli iäkkäiden ihmisten lihaskoordinaation ylläpidossa, kaatumisen ja murtumien ja monien sairauksien ehkäisyssä. Tehdyn tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että liian vähäinen D-vitamiinin saanti heikentää toimintakykyä ajan myötä. Iäkkäällä D-vitamiinin saanti tulee olla vähintään 20 mikrogrammaa. (Uutispalvelu Duodecim 2011.) Tutkimuksemme vastanneista omaishoitajista reilu puolet käytti D-vitamiinia läpi vuoden. Noin kolmasosa ei kuitenkaan käyttänyt D-vitamiinia säännöllisesti. Epäsäännölliseen käyttöön voi olla monia syitä. Kaikilla iäkkäillä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa D-vitamiinin hyödyistä terveyteen

tai säännöllinen D-vitamiinin ottaminen unohtuu arjessa. Tutkimuksestamme ei käy kuitenkaan ilmi, että käyttävätkö omaishoitajat D-vitamiinia suositusten mukaista määrää.

Vastausten perusteella voimme kuitenkin päätellä, että kysymykseen vastanneilla omaishoitajilla ei juurikaan ollut haasteita päivittäisessä ruokailussa. Muutamien vastausten perusteella haasteeksi nousi esille vihannesten, marjojen ja hedelmien riittämätön syönti, erityisruokavalioiden ja sairauksien tuomat haasteet sekä ruoanvalmistajan roolien vaihtuminen. Omaishoitajilla haasteet päivittäisessä ruokailussa olivat siis yksittäisiä. Haasteita käsiteltävään kysymykseen jätti vastamatta kuitenkin 25 omaishoitajaa (n=45). Vastausten kokonaismäärään vuoksi ei voida tehdä oletuksia siitä, onko omaishoitajilla todellisuudessa haasteita vai ei. Haaste on käsitteenä laaja ja sen voi ymmärtää monelta eri kannalta. Tämä on yksi asia, jonka vuoksi vastausten määrä on voinut jäädä pienemmäksi haasteiden osalta.

Tutkimuksestamme nousi esille, että omaishoitajilla oli vain vähäinen tarve ravitsemukseen liittyvään tukeen ja ohjaukseen. Kyselyn perusteella suurimmalla osalla omaishoitajista oli tietoa ravitsemukseen liittyen eikä näin ollen ollut tarvetta tuelle. Tuen tarpeet olivat yksittäisiä kuten haasteidenkin kohdalla. Muutamista vastauksista kävi ilmi muun muassa, että omaishoitaja koki tarvitsevansa tukea esimerkiksi diabeteksen ruokavaliosta ja saadun ravitsemustiedon tuomisesta käytäntöön. Tietoa ravitsemuksesta on tarjolla nykyään laajasti eri lähteissä ja monet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmät korostavat hoidossa ja hoidonohjauksessa ravitsemuksen merkitystä terveyteen. Runsas tieto ravitsemuksesta ja esiin nousevat, nopeastikin vaihtuvat, ruokatrendit voivat tuoda haastetta ruokailutottumuksiin. Vaihteleva tieto voi aiheuttaa myös stressiä, kuten yhdestä vastauksesta kävi ilmi.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

8.1 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta pystytään arvioimaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetti käsitteen avulla arvioidaan, onko tutkimuksessa mitattu juuri niitä asioita, joita oli tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti sen sijaan liittyy tulosten muuttumattomuuteen. Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan myös ulkoisen validiteetin avulla. Se kuvastaa sitä, miten hyvin tutkimuksen tulokset ovat yleistettävissä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 189.)

Tutkimuksen mittarin luotettavuus luo pohjan koko tutkimuksen luotettavuudelle, sillä väärin valittu tai toteutettu mittari antaa epäluotettavia tuloksia tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavan tutkimuksen saamiseksi on esimerkiksi tärkeää, että mittari on tarpeeksi kattava, on perehdytty tutkittavaan ilmiön kirjallisuuteen käsitteiden ja mitattavien ominaisuuksien yhdistämiseksi ja mittari on esitettävä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös tulosten luotettavuuden osalta. Siinä tarkastelun kohteena ovat tulosten sisäinen sekä ulkoinen validiteetti. Sisäinen validiteetti on sitä, että tulokset johtuvat pelkästään asetelmasta eikä muista sekoittavista osatekijöistä. Sisäisen validiteetin riskinä ovat esimerkiksi historia, valikoituminen, poistumat ja kontaminaatio. Ulkoisesta validiteetista on kyse silloin, kun puhutaan tulosten yleistettävyydestä eli siitä voiko tutkimuksen tuloksia yleistää laajemmin. Sen riskeihin kuuluu muun muassa tutkittavan käyttäytymisen muutos tiedostaessaan olevansa tutkimuskohteena, historia ja valikoituminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 190–191 & 195–196.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tulosten täytyy olla kuvattuna ymmärrettävästi, jotta siitä välittyä tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet sekä analyysin tekotapa. Siirrettävyys kuvaa sitä, miten hyvin tutkimustulokset ovat muokattavissa muuhun tutkimusympäristöön. Jotta siirrettävyys toteutuisi, vaaditaan tutkimusprosessin tarkkaa kuvausta aina tutkimusympäristöstä analyysin kuvaukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 197–198.) Vahvistet-

tavuus tutkimuksessa on sitä, että ratkaisut ovat esillä niin tarkasti, että lukijat voivat seurata tutkimuksen tekijän päättelyä. Kun tutkimus tehdään tieteellisiä periaatteita noudattaen, toteutuu tutkimuksen riippuvuus. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 139.)

Luotettavuuden huomioimme siinä, että saamiemme vastaustuloksia emme muuttaneet omia tarkoituksiperiämme vastaaviksi. Vastaustulokset kirjasimme opinnäytetyöhön niin kuin ne on meille esitetty eettisyys huomioon ottaen. Lähetimme kyselylomakkeita 104 omaishoitajalle ja saimme vastauksia kaikkiaan 48. Jouduimme jättämään kolme vastauslomaketta tutkimuksemme ulkopuolelle, sillä ne eivät vastanneet tutkimuksemme kriteereitä. Saatuja lomakkeita oli siis 45. Arvioimme, että tutkimuksessa luotettavuus kuitenkin säilyi hyvänä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää laajasti käytetty ja mahdollisimman ajantasainen lähdeaineisto, jonka pohjalta tuli myös lähteiden vuoropuhelua. Aiheestamme on tehty paljon erilaisia tutkimuksia ja niitä käytimme työssämme hyvin.

8.2 Eettisyys

Tutkimusetiikassa on tarkoituksena saada vastauksia kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tulisi noudattaa tutkimusta tehdessä. Tutkijan eettisiä vaatimuksia on kiinnostus aiheeseen ja uuden tiedon hankkimiseen, tunnollisuus, rehellinen toiminta, vahingon välttäminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalinen vastuunotto, ammatinharjoituksen kehittäminen ja kollegoiden kunnioittaminen. Etiikan toteuttamisen kannalta on tärkeää, että tutkimusaineisto ei perustu keksittyyn tai väärennettyyn aineistoon. Omia ajatusmallejaan ja tapojaan tulee tarkastella monista eri näkökulmista toimiakseen tieteen kriittisyyden edellyttämällä tavalla. Tutkimusta tehdessä tutkija ei saa käyttää plagiointia. Toisen henkilön tekstin lainaaminen sanasta sanaan ilman lähdeviitteitä on plagiointia. Tekstissä on muistettava käyttää lähdeviittemerkintöjä lainattuun asiaan viitattaessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 211–212; 224.)

Hyväksytyn tutkimussuunnitelman jälkeen haimme tutkimusluvan asianmukaisesti Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymältä ja luvan myönsi johtajaylihoitaja huhtikuussa 2022. Tutkimussuunnitelmasta tuli esille opinnäytetyömme tarkoitus ja tavoitteet, joiden pohjalta tutkimuslupa myönnettiin.

On eettisesti tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen perustuu täysin vapaaehtoisuuteen ja tutkittavalla on oikeus kysyä, kieltäytyä tietojen luovuttamisesta ja keskeyttää tutkimus tai kieltäytyä

osallistumasta siihen. Näin tutkittavan itsemääräämisoikeus toteutuu. Osallistuminen tutkimukseen täytyy pohjautua tietoiseen suostumukseen. Lisäksi tutkijan on huomioitava tutkittavien anonymiteetti eli tietoja tutkimuksesta ei anneta ulkopuoliselle. On tärkeää huomioida tasa-arvoisuus ja oikeudenmukaisuus tutkimustyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2018, 219.)

Saatekirjeessä (LIITE 1) toimme esille opinnäytetyön aiheen ja tarkoituksen. Saatekirjeessä käy ilmi, että osallistuminen kyselyyn perustuu täysin vapaaehtoisuuteen. Osallistujien anonymiteetin lupasimme varmistaa saatekirjeessä. Kyselylomakkeet lähetettiin omaishoitajille Soiten asiakasohjaus ja avopalveluiden kautta, joten emme saaneet tietää osallistujien henkilöllisyyttä. Näin vastaajien anonymiteetti säilyi. Laadimme kyselylomakkeen niin, että vastauksista ei voinut päätellä mitään vastaajista. Kyselylomakkeet säilytimme ja hävitimme anonymiteettia suojaten. Opinnäytetyötä kirjoittaessamme vältimme plagiointia työn kaikissa vaiheissa ja kunnioitimme tutkijoiden aiempien tekemiä tutkimuksia tuoden niitä esille työssämme.

9 POHDINTA

9.1 Oma oppiminen

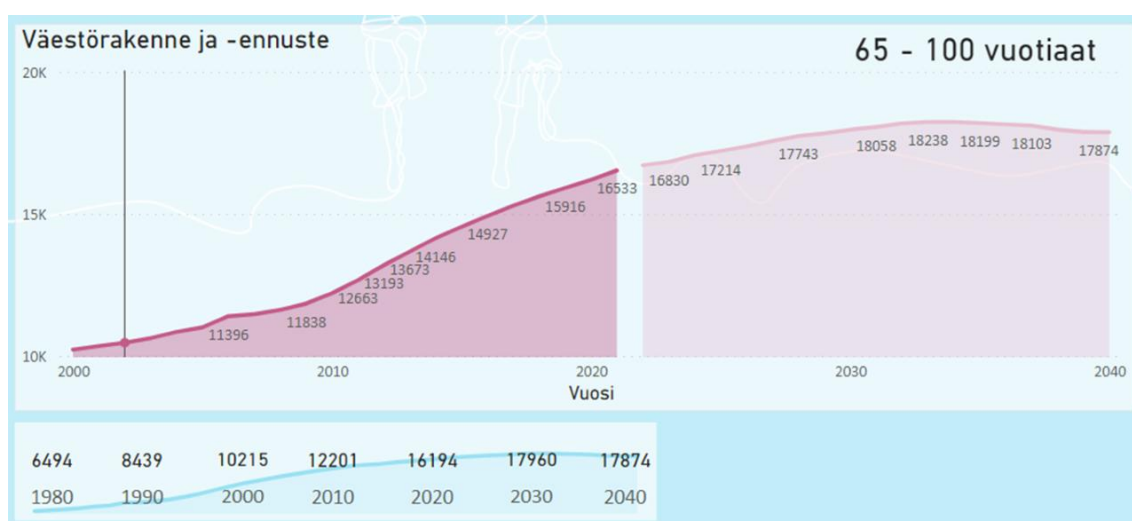
Oppimistavoitteenamme tämän opinnäytetyön myötä oli syventää tietoa ikääntyneen ravitsemuksesta, omaishoitajuudesta sekä näihin liittyvistä ilmiöistä ja haasteista. Ravitsemus on laaja kokonaisuus, joka vaikuttaa merkittävästi ihmisten terveyteen, toimintakykyyn sekä elämänlaatuun. Ikääntyneiden ravitsemus ja siihen liittyvät erityispiirteet ovat oma erityinen kokonaisuus, johon saimme tämän opinnäytetyön tiimoilta perehtyä. Aiheen rajasimme koskemaan ikääntyneiden omaishoitajien ravitsemuksen tilaa ja tätä kautta syvensimme tietoa omaishoitajuudesta, johon sisältyy omaishoidettavan hoidon ja huolenpidon järjestämisen myös niiden sisältämät haasteet.

Koimme positiivisena sen, miten paljon saimme vastauksia tältä kohderyhmältä. Omaishoitajuus on kuitenkin vaativaa ja kokonaisvaltaista, jota tehdään usein kokopäiväisesti. Vastauksia läpikäydessämme yllätyimme siitä, miten paljon kyselyyn vastanneet tekivät itse ruokansa ja miten hyvät ruokailutottumukset kohderyhmällä oli. Lisäksi vastausten perusteella he olivat tyytyväisiä omaan ravitsemuksen tilaansa. Opinnäytetyössämme viitattujen tutkimusten, omien työ- ja harjoittelukokemuksiemme näkökulmasta on tullut vastaan joidenkin ikääntyneiden kohdalla se, että ravitsemus saattaa olla yksipuolista, vähäistä ja ruokaa tehdään harvemmin itse. Ikääntyneet ovat hyvin heterogeeninen ryhmä ja tämä varmasti näkyy vaihtelevuutena myös ravitsemuksen osaluueella. Terveelliseen ruokavalion toteuttamiseen vaikuttaa ikääntymisen fysiologisten muutosten lisäksi sairaudet, sosiaalinen ja sosioekonominen asema sekä kulttuurilliset tekijät.

Oppimiskokemuksena opinnäytetyön tekeminen oli antoisa ja opettavainen siinä vastaan tulleiden eri vaiheiden takia. Opimme aiheen sisällöstä, tiedon etsimisestä, tutkimuksen tekemisen eri osaluueista sekä yhteistyöstä työelämän ja opettajien kanssa. Opinnäytetyön tekemistä tukivat yhteinäiset kokemukset ja ajatukset, jotka sujuvoittivat työn etenemistä. Molemmilla oli myös erilaisia näkemyksiä asioista, joiden pohjalta saatiin monipuolisempaa näkökulmaa työhömmä. Opinnäytetyön tekeminen oli ajoittain haastavaa ja etenkin aiheen rajaaminen ravitsemuksen osalta tuotti ongelmia, koska aiheesta, eteenkin ravitsemuksesta, löytyi hyvin paljon teoreettista tietoa. Tämä asia nousi esille opinnäytetyömme eri vaiheissa. Mielestämme aihe olisi voinut olla vielä rajatumpi

kohdentuen esimerkiksi tiettyihin ruoka-aine ryhmiin. Yhteistyö opinnäytetyötä tehdessä oli sujuvaa, työnjako tasapuolista ja aikataulut saimme toimimaan.

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen, koska ikääntyneiden määrä väestössä on lisääntymässä. Uutisissa on ollut viime aikoina keskustelua, että asumispalvelu- ja osastopaikkoja vähennetään ja tavoitteena on, että potilaita hoidettaisiin enemmän kotona. Alla on nähtävillä 1.1.2023 käynnistyvän Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soiten väestörakenteen ennuste yli 65-vuotiaiden osalta.



KUVA 2 1.1.2023 käynnistyvän Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue Soiten väestörakenteen ennuste yli 65-vuotiaiden osalta (Vesa Sainio 2.9.2022, Soite).

On arvioitu, että yli 65-vuotiaiden lukumäärä tulee nousemaan Suomessa vuoteen 2070 mennessä noin 600 000 henkilöllä ja vastaavasti lasten ja työikäisten määrän ennustetaan vähenevän. Elinajanodotteen nousu selittyy osittain yli 65-vuotiaiden määrän kasvulla. Muutokset väestörakenteessa tuovat useita haasteita esimerkiksi palvelujärjestelmälle. (Kestilä & Martelin 2018, 30.)

Tulevina sairaanhoitajina voimme hyödyntää oppimaamme tietoa huolimatta siitä, missä työskentelemme. Ikääntyneet ovat kasvava asiakasryhmä Suomessa ja sairaanhoitaja kohtaa heitä työssään monissa eri terveydenhuollon palveluissa. Ravitsemus on tärkeässä roolissa ihmisen hyvinvoinnin kokonaisuudessa. Sillä on merkitystä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Tämä opinnäytetyö tukee tulevaa työtämme siinäkin määrin, että omaishoito tulee mahdollisesti olemaan kasvava osa yhä useamman ikääntyneen tulevaisuutta. Omaishoito on erittäin arvokasta työtä, jota tulisi yhä enemmän korostaa ja kunnioittaa muuttuvassa yhteiskunnassamme.

9.2 Jatkotutkimukset

Opinnäytetyötämme tehdessä esille nousi joitakin jatkotutkimusideoita. Mahdollinen jatkotutkimusaihe voisi olla se, onko sillä, miten kauan on toiminut virallisena omaishoitajana vaikutusta ruokailutottumuksiin. Eroavatko ruokailutottumukset lyhyen tai pidemmän aikaa virallisesti omaishoitajina toimineiden välillä?

Kiinnostavaa olisi myös tutkia sitä, miten koettu tahaton yksinäisyys vaikuttaa ikääntyneen ruokailutottumuksiin. Onko ruokailutottumuksissa eroja yksinäisen ja sellaisen ikääntyneen välillä, jolla on sosiaalinen verkosto lähellä. On todettu, että hyvillä sosiaalisilla suhteilla on myönteisiä vaikutuksia ravitsemukseen monin erin tavoin.

LÄHTEET

Arffman, Senja 2009. Ruoan valintaan vaikuttavat psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Teoksessa Ravitsemus hoitotyössä. (toim. Senja Arffman, Raija Partanen, Heidi Peltonen & Laura Sinisalo). Helsinki: Edita Prima Oy. 228–234.

Finlex. 2016. Laki omaishoidon tuesta. Hakupäivä 23.4.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>.

Haglund, Berit, Huupponen, Terttu, Ventola, Anna-Liisa & Hakala-Lahtinen, Pirkko 2010. Ihmisen ravitsemus. (10. uudistettu painos) Helsinki: WSOYpro Oy.

Halmesmäki, Anne-Mari, Herranen, Leena, Järnstedt, Pia, Kauppi, Soile, Lamminen, Miisa, Malmia, Marla, Pitkänen, Anna-Maija & Väisänen, Maarit 2015. Minäkö omaishoitaja? Ensiopas omaishoidosta. Ulvila: Plusprint. Hakupäivä 18.10.2021. https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/06/Ensiopas_netiversio.pdf.

Hyvärinen, Maritta, Saarenheimo, Marja, Pitkälä, Kaisu & Tilvis, Reijo 2003. Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 119(20). Hakupäivä 18.10.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo93845>.

Juntunen, Kristiina, Era, Pertti & Salminen, Anna-Liisa 2013. Kuntoutuskursseille osallistuneiden omaishoitajien elämänlaatu ja kokemukset omaishoidosta. Gerontologia 27 (1), 2–12. Hakupäivä 22.10.2021. <https://elektra-helsinki-fi.ezp.oamk.fi:2047/se/g/0784-0039/27/1/kuntoutu.pdf>.

Jyväkorpi, Satu, Havas, Anu, Urtamo, Annele & Karvinen, Elina 2014. Ikäihmisten liikunta ja ravitsemus, opas ohjaustyöhön. Tampere: Hämeen kirjapaino Oy. 2–55. Hakupäivä 16.12.2021. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2017/01/LIIKUNTA_JA_RAVITSEMUS_VALMIS.pdf.

Jyväkorpi, Satu, Strandberg, Timo, Urtamo, Annele, Pitkälä, Kaisu, Suominen, Merja, Kokko, Katja & Heimonen, Sirkkaliisa 2020. Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky & mielen hyvinvointi. Gerontologia 34(4), 339–344. Hakupäivä 3.1.2022. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99624/57593>.

Jyväkörpi, Satu 2016. Nutrition of older people and the effect of nutritional intervention on nutrient intake, diet quality and quality of life. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Hakupäivä 4.2.2022. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/160518/NUTRITIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kaakkuriniemi, Sinikka 2014. Läheisestä omaishoitajaksi. Teoksessa Omaishoitajan käsikirja. (toim. Sinikka Kaakkuriniemi, Laura Kalliomaa-Puha, Yrjö Mattila, Marketta Uusitalo, Henna Korte, Tuula Mikkola & Eija Palosaari). Paikkakunta: United Press.

Kaivolainen, Merja 2011. Myönteisten tunteiden voima. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 108–112.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kestilä, Lauta & Martelin, Tuija 2018. Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Indikaattorikatsaus. Hakupäivä 15.9.2022. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137679/SH%202018_1%20Suomen%20v%C3%A4est%C3%B6rakenne%20ja%20sen%20kehitys%20%20L%20Kestil%C3%A4%20%20T%20Martelin%20\(1\).pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137679/SH%202018_1%20Suomen%20v%C3%A4est%C3%B6rakenne%20ja%20sen%20kehitys%20%20L%20Kestil%C3%A4%20%20T%20Martelin%20(1).pdf?sequence=1).

Kunvik, Susanna & Salminen, Karoliina 2018. Omaishoitajien ravitsemuksen ja hyvinvoinnin edistäminen. Hakupäivä 5.3.2022. file:///C:/Users/OMISTAJA/AppData/Local/Temp/loppuraportti_omaishoitajien_ravitsemustutkimus.pdf.

Laitalainen, Elina, Helakorpi, Satu & Uutela, Antti 2010. Eläkeikäisen väestön terveystietäytymisen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Raportti 30/2010. Helsinki: Terveystietokeskus ja hyvinvoinninlaitos. Hakupäivä 28.1.2022. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79893/12023db0-7521-4e22-a80c-cb1dbb27b55a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Malmi, Maria 2011. Omaishoitajien tunnekokemukset. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 104–107.

Mursu, Jaakko & Jyrkkä, Johanna 2013. Hyvä ravitseminen tukee iäkkäiden lääkehoidon onnistumista. Lääketietoa fimeasta, 22–25. Hakupäivä 19.12.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120425/2_13%202022-25%20Hyv%c3%a4%20ravitseminen%20tu-kee%20i%c3%a4kk%c3%a4iden%20l%c3%a4%20kehoidon%20onnistumista.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Nissi-Onnela, Sirkka & Kaivolainen, Merja 2011. Minäkö omaishoitaja – omaishoitajaidentiteetti. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 53–58.

Paavola, Salla & Suominen, Merja 2018. Katsaus ikääntyneiden ravinnonsaantiin ja ravitsemustilaan Suomessa. Gerontologinen ravitseminen Gery ry. Hakupäivä 25.10.2021. https://www.gery.fi/site/assets/files/1371/katsaus_ikaantyneiden_ravitsemuksesta.pdf.

Puranen, Taija & Suominen, Merja 2012. Ikääntyneen ravitseminen -opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoittoon. Helsinki: Trinket Oy.

Purhonen, Merja, Mattila, Yrjö & Salanko-Vuorela, Merja 2011. Omaishoidon tuki ja omaishoitospitus. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 26–29.

Purhonen, Merja, Nissi-Onnela, Sirkka & Malmi, Maria 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 12–17.

Purhonen, Merja 2011a. Omaishoidon motiivit ja merkitys omaishoitajille sekä hoidettaville. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18–20.

Purhonen, Merja 2011b. Omaishoitajien oikeudet ja tuen tarve. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 20–23.

Purhonen, Merja & Salanko-Vuorela, Merja 2011. Omaishoitajan hoitopalkkio ja muut omaishoidon tukeen sisältyvät edut. Teoksessa Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. (toim. Merja Kaivolainen, Tuija Kotiranta, Erkki Mäkinen, Merja Purhonen & Merja Salanko-Vuorela). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 29–31.

Ronkainen, Suvi, Pehkonen, Leila, Lindblom-Ylänne, Sari & Paavilainen, Eija 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOY pro Oy.

Sainio, Vesa 2022. Tietojohtamisen asiantuntija. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöryhmä Soite.

Savikko, Niina, Jansson, Anu & Pitkälä, Kaisu 2019. Yksinäisyys on kognition heikkenemisen merkittävä riskitekijä ikääntyneellä. Lääkärilehti 19. Hakupäivä 7.1.2022. <https://www.laakari-lehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/yksinaisyys-on-kognition-heikkenemisen-merkittava-riskitekija-ikaantyneella/?public=543263a7f4cb89972346afa854db46f6>.

Schawab, Ursula 2020. Ikääntyneiden ravitseminen. Lääkärikirja. Terveyskirjasto. Duodecim. Hakupäivä 24.10.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01086>.

Sinisalo, Laura 2009. Ikääntyvät ja vanhukset. Teoksessa Ravitseminen hoitotyössä (toim. Senja Arffman, Raija Partanen, Heidi Peltonen & Sinisalo, Laura.) Helsinki: Edita Prima Oy, 100–103.

Soite. Tietoa Soitesta. Valokuva. Hakupäivä 22.9.2022. <https://soite.fi/soite/tietoa-soitesta/>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Hakupäivä 5.3.2022. file:///C:/Users/OMISTAJA/AppData/Local/Temp/STM_2020_29_J.pdf.

Strandberg, Timo & Nykänen, Irma 2021. Ravitsemustiede. Ikääntyneiden ravitsemus. (toim. Marja Mutanen, Harri Niinikoski, Ursula Schawab & Matti Uusitupa). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 352–363.

Suominen, Merja 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot -Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Suominen, Merja 2013. Ravitsemus. Teoksessa Gerontologia (toim. Eino Heikkinen, Jyrki Jyrkämä & Taina Rantanen.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485–494.

Suominen, Merja 2007. Ravitsemus ongelmat yleisiä. Gerontologia 21, (4), 351–353. Hakupäivä 19.10.2021. <https://elektra-helsinki-fi.ezp.oamk.fi:2047/se/q/0784-0039/21/4/ravitsem.pdf>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021. Omaishoito ja perhehoito. Hakupäivä 31.3.2022. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/omaishoito-ja-perhehoito>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos ja Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2020. Vireyttä seniorivuosiin -ikäntyneiden ruokasuositus. Helsinki. THL. PDF-dokumentti. Hakupäivä 12.11.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL_OHJ_4_2020_Vireytt%c3%a4%20seniorivuosiin_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Tikkanen, Ulla 2016. Omaishoidon arki. Tutkimus omaishoidon sidoksista. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Hakupäivä 28.12.2021. <file:///C:/Users/OMISTAJA/AppData/Local/Temp/omaishoi-4.pdf>.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Uutislehti Duodecim 2011. Huonokuntoiset vanhukset saavat liian vähän D-vitamiinia. Hakupäivä 30.9.2022. https://terveysportti.mobi/terveyskirjasto/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_palsta=10&p_artikkeli=uux15067.

Van Aerschot, Lina, Eskola, Päivi & Aaltonen, Mari 2021. Muistisairaiden ja puoliso-omaishoitajien kokemuksia tuen riittämättömyydestä. Gerontologia 35 (3), 264–282. Hakupäivä 28.12.2021. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99262/65358>.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Vilka, Hanna 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna 2021. Tutki ja kehitä. 5. päivitetty painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta, Oulaisten yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä omaishoitajien ravitsemustottumuksista. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia yli 65-vuotiaiden omaishoitajien ruokailutottumuksia Lestijokilaakson alueella ja millaista tukea ravitsemukseen liittyen he kokisivat tarvitsevansa.

Keräämme paperisten kyselylomakkeiden avulla aineiston tutkimukseemme. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja henkilöllisyyttä ei voida päätellä kysymysten perusteella. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Antamianne tietoja käsitellään täysin luottamuksellisesti ja ne hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Täytetty kyselylomake palautetaan oheisessa palautuskuoressa lähimpään postin palautuslaatikkoon viimeistään **maanantaina 16.5.2022** mennessä. Palautuskuoren postimaksu on jo maksettu ja siinä on vastaanottajan tiedot valmiina.

Ystävällisin terveisin

Iiris Mäki

Tanja Heinonen

Mikäli teillä on kysyttävää, voitte ottaa meihin yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse.

Olkaa hyvä ja vastatkaa lomakkeeseen ympyröimällä teille parhaiten sopivin vaihtoehto tai kirjoittakaa vastaus siihen varatulle viivalle.

TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Kuinka pitkään olet toiminut virallisena omaishoitajana?

1. Alle 1 vuotta
2. 1–5 vuotta
3. 5–10 vuotta
4. Yli 10 vuotta

ATERIOINTI

1. Syön päivittäin seuraavat ateriat

1. Aamupala
2. Lounas

3. Päivällinen
4. Iltapala

2. Päivittäisten aterioiden lisäksi syön myös

1. Kolme tai useamman välipalan
2. Kaksi välipalaa
3. Yhden välipalan
4. En yhtään välipalaa

3. Ruuan valmistaminen, valitkaa itsellenne sopivin vaihtoehto

1. Teen kaikki ruokani itse
2. Teen osan ruuistani itse
3. Minulle tulee kaupungin tai yksityisestä ateriapalvelusta yksi tai useampi ateriala
4. Läheiseni tai tuttavani tekee ateriani
5. Käytän kaupan valmisaterioita
6. Muu, mikä? _____

4. Nautitteko päivittäin nesteistä 1,5–2 litraa päivässä? Juomana voi olla

esimerkiksi vesi, kivennäisvesi, maito, piimä, jogurttijuoma, täysmehu, mehukeitto, kaakao ja tee

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

5. Syöttekö päivittäin täysjyvävilja valmisteita? Kuten ruista, kauraa, ohraa, tattaria, hirssiä, täysjyväpastaa tai -riisiä.

1. Kyllä

2. Ei
3. En osaa sanoa

6. Syötkö päivittäin kaksi tai useamman annoksen marjoja, kasviksia ja hedelmiä? (yksi annos on yksi keskikokoinen hedelmä, 2 dl marjoja, kupillinen kasviksia)

1. Kyllä
2. Ei

7. Käytäkö päivittäin vähintään yhden annoksen maitotuotteita? Kuten maito, piimä, rahka, jogurtti tai juusto (yksi annos maitoa, piimää, rahkaa tai jogurttia on 2 dl, yksi annos juustoa on 2–3 ohutta viipaletta)

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

8. Sisältääkö ruokavalioosi päivittäin lihaa, kanaa, kananmunaa tai kasvisproteiinia?

1. Kyllä
2. Ei

9. Syöttekö kalaa?

1. Kaksi kertaa viikossa tai useammin
2. Kerran viikossa
3. Vähemmän kuin kerran viikossa
4. En koskaan

10. Millaista rasvaa käytätte ruokavaliossanne?

1. Kasviöljyä tai kasvisrasvavite

2. Voi tai voiseosta
3. Molempia edellä mainituista
4. En mitään rasvaa

11. Käyttekö D-vitamiini lisää läpi vuoden?

1. Kyllä
2. Ei
3. Käytän satunnaisesti

12. Millaiseksi koet oman ravitsemustilasi?

1. Syön monipuolisesti ja riittävästi
2. Syön melko hyvin
3. Syön yksipuolisesti ja niukasti
4. En osaa sanoa

13. Onko teillä haasteita päivittäisessä ruokailussa ja millaisia ne ovat?

14. Koetteko tarvitsevanne ravitsemusohjausta?

1. Kyllä, koen tarvitsevani ravitsemusohjausta
2. En koe tarvitsevani ravitsemusohjausta
3. En osaa sanoa

15. Jos vastasitte kyllä edelliseen kohtaan, mistä ravitsemukseen liittyvistä asioista haluaisitte saada lisätietoa?

Paljon kiitoksia vastauksistanne!