

Paula Kumpula

# **Kotona asuvien ikäihmisten ruokatottumukset ja ravitseminen Kalajoen kaupungissa**

Opinnäytetyö

Kevät 2015

SeAMK Elintarvike ja maatalous

Ravitsemispalvelut

**SeAMK** 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: SeAMK Elintarvike- ja maatalous

Tutkinto-ohjelma: Ravitsemispalvelut

Tekijä: Paula Kumpula

Työn nimi: Kotona asuvien ikäihmisten ruokatottumukset ja ravitsemus Kalajoen kaupungissa

Ohjaaja: Kaija Nissinen

Vuosi: 2015

Sivumäärä: 59

Liitteiden lukumäärä: 1

---

Ikäihmisten hyvä ravitsemustila, säännöllinen ruokailu ja riittävä ravinnonsaanti ovat olennaisen tärkeitä asioita kotona asumisen tukemisessa.

Sairauksien ja avuntarpeen lisääntyessä usein myös ravitsemustila heikkenee. Virheravitsemuksesta seuraa lisääntyntä sairastuvuutta, tahatonta laihtumista, lihaskadon kiihtymistä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Samoin sairauksista toipuminen hidastuu tai estyy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2013/980 (Ikälaki) velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman toimenpiteistä, joilla se tukee ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä, sekä itsenäistä suoriutumista. Suunnittelussa tulee painottaa kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä.

Opinnäytetyön tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Kalajoen kaupungissa kotona asuvien  $\geq 75$ -vuotiaiden ikäihmisten ravitsemuksellista nykytilaa. Tutkimusaineisto koottiin kyselylomakkeella, jossa heiltä kysyttiin tietoja elintarvikkeiden hankinnasta, ruoanvalmistustavoista, aterioinnista, elintarvikkeiden käytöstä, itse koetusta terveyden- ja ravitsemustilasta sekä saadusta ravitsemusohjauksesta.

Tutkimuksen pääkohderyhmänä olivat kotonaan asuvat  $\geq 75$ -vuotiaat ( $n=76$ ), päivätoiminnan ryhmissä olevat henkilöt, joista osa kuului jo kotiin annettavien palveluiden piiriin ja osa heistä pystyi suoriutumaan kaikista toimistaan vielä itsenäisesti sekä kotona asuvat kotihoidon- ja ateriapalveluiden asiakkaina olevat henkilöt.

Tutkimuksen tulosten perusteella ravitsemusohjaukselle ja -neuvonnalle on tarvetta. Erityisesti miesten ruokailuun ja ravitsemuksellisiin asioihin kokonaisuudessaan tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Tulosten mukaan alle puolet yksin ruokailevista miehistä ilmoitti syövänsä säännöllisesti lounaan ja päivällisen ja puolet iltapalan. Yksin ruokailevista naisista 96 % ilmoitti syövänsä säännöllisesti lounaan, 80 % päivällisen ja 89 % iltapalan. Lisäksi avio- tai asumusero sekä leskeksi jääminen vaikuttavat ruokailtavien aterioiden määrään alentavasti.

Avainsanat: ikääntyneet, ravitsemus, ravitsemustilan arviointi, ravitsemusohjaus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: Food and Agriculture

Degree programme: Food and Hospitality

Author: Paula Kumpula

Title of thesis: Eating habits and nutrition among the elderly living at home in the town of Kalajoki

Supervisor: Kaija Nissinen

Year: 2015      Number of pages: 59      Number of appendices: 1

---

Elderly people's good nutritional state, regular eating and sufficient nutrition intake are essential matters when supporting their home living.

Increasing illnesses and need for assistance weaken the nutritional state of the elderly. Incorrect nutrition leads to the risk of illness, unintentional weight loss, accelerated muscle atrophy and decreasing ability to function. Likewise the recovery from illnesses slows down or is prevented.

Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons 28.12.2013/980, obliges municipalities to draw up a plan of measures to support the welfare of the senior population, their ability to function and manage independently. Home living and rehabilitation measures should be emphasized.

The objective of the thesis was to find out the current nutritional state of the home living elderly people aged  $\geq 75$ , in the town of Kalajoki. The research material was collected with a questionnaire. The elderly were asked about their acquisition of foods, food preparation methods, dietary habits, use of foodstuffs, experiences of their own health and nutritional state and the nutritional guidance they had received.

The main target of the study were the elderly people who participated in day activity groups, some of them already belonging in the home service circuit, some of them still being able to perform the daily tasks independently as well as the home living customers of home care and catering services.

On the basis of the results of the study, there is a need for nutrition guidance. More attention should especially be paid to men's eating and nutritional matters. Less than 50% of the alone eating men had a regular lunch and dinner. 50 % of them had an evening meal regularly. 96 % of the alone eating women had a regular lunch, 80 % dinner and 89 % an evening meal regularly. Divorce or judicial separation and remaining a widow affected reducing the number of the daily meals.

Keywords: the elderly, nutrition, evaluation of the nutritional state, nutrition guidance

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	8
2 KOTONA ASUVIEN IKÄIHMISTEN RAVITSEMUS.....	10
3 RAVITSEMUKSEN HAASTEET IKÄÄNTYESSÄ.....	14
3.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset.....	14
3.2 Ruoankäytön ja ravitsemustilan arviointi.....	15
3.2.1 Ruokailutilanne.....	16
3.2.2 Ruokailutottumukset.....	17
3.2.3 Ateriarytmi.....	18
3.3 Ravitsemustilan arviointi.....	18
3.3.1 MNA-testi.....	18
3.3.2 MUST-menetelmä.....	20
4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN ERITYISKYSYMYKSIÄ.....	22
4.1 Ikääntyneen laihuminen / lihavuus.....	22
4.2 Nestetasapaino.....	22
4.3 D-vitamiini.....	23
4.4 Suun terveys.....	23
4.5 Ikääntyneiden erityisruokavaliot.....	24
4.5.1 Kihti.....	24
4.5.2 Sappikivitauti.....	25
4.5.3 Diabetes.....	25
4.5.4 Verenohennuslääkkeiden käyttö (Marevan-hoito).....	26
4.5.5 Keliakia.....	26
4.6 Fyysinen aktiivisuuden vaikutus ravitsemukseen.....	26
5 TUTKIMUS KALAJOEN KAUPUNGISSA KOTONA ASUVIEN IKÄIHMISTEN RAVITSEMUKSESTA.....	28
5.1 Tutkimuksen tavoitteet.....	28
5.2 Tutkimuksen aineisto ja menetelmät.....	28

5.3 Tutkimuksen tulokset ja analysointi.....	29
5.3.1 Taustatiedot.....	30
5.3.2 Ateriointi.....	35
5.3.3 Itse koettu terveydentila.....	41
5.3.4 Ravitsemusohjaus .....	45
5.4 Kotiin annettavat palvelut.....	46
5.5 Kalajoen kaupungin tulosten vertaaminen Terveyden- ja hyvinvoinnin- laitoksen vuonna 2013 tekemään ravitsemistutkimukseen .....	48
<b>6 KEHITTÄMISEHDOTUKSET .....</b>	<b>50</b>
6.1 Elintarvikkeiden käyttökyselyt, frekvenssikyselyt tai ruuankäyttöhaastattelut .....	50
6.2 Ravitsemisalan ammattilaisen kotikäynnit.....	50
6.3 Henkilökohtainen ravitsemusohjaus.....	50
6.4 Ravitsemusluennot, tietoisuus ja keskustelutuokiot .....	51
6.5 Ravitsemuskäsikirjan laatiminen .....	51
6.6 Menukat–ateriapalvelujärjestelmä .....	51
<b>7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>53</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>56</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>59</b>

## Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Tutkimukseen osallistuneet $\geq 75$ -vuotiaat henkilöt (n= 76).....	31
Kuvio 2. Tutkimukseen osallistuneet alle 75-vuotiaat henkilöt (n=15).....	31
Kuvio 3. Tutkimusryhmään kuuluvien $\geq 75$ -vuotiaiden siviilisäätö (n=76).....	32
Kuvio 4. Tutkimuksen vertailuryhmään kuuluvien alle 75-vuotiaiden siviilisäätö (n=15) .....	33
Kuvio 5. Ruokatalouden koko $\geq 75$ -vuotiailla (n=76) .....	34
Kuvio 6. Siviilisäädyn vaikutus ateriointiin $\geq 75$ -vuotiailla .....	36
Kuvio 7. Siviilisäädyn vaikutus ateriointiin alle 75-vuotiailla .....	36
Kuvio 8. Erityisruokavalioiden osuus $\geq 75$ -vuotiailla (n=68) .....	37
Kuvio 9. Ruuan valmistaminen yli $\geq 75$ -vuotiaiden talouksissa (n=74).....	38
Kuvio 10. Vertailu yksin ja puolison tai muun lähiomaisen kanssa ruokailevien $\geq 75$ -vuotiaiden aterioinnissa.....	39
Kuvio 11. Päivittäinen fyysinen aktiivisuus $\geq 75$ -vuotiailla (n=74).....	44
Kuvio 12. Päivittäinen fyysinen aktiivisuus alle 75-vuotiailla (n=13) .....	44
Kuvio 13. Ravitsemusohjaus $\geq 75$ -vuotiaat (n=69).....	45
Kuvio 14. Ravitsemusohjauksen antaja, $\geq 75$ -vuotiaat (n=22) .....	46
Kuvio 15. Kotiin annettavat palvelut, $\geq 75$ -vuotiaat (n=65) .....	47
Taulukko 1. Elintarvikkeiden hankintatapa ja ruokaostosten tiheys .....	35
Taulukko 2. Päivittäisen nesteen saantisuosituksen toteutuminen .....	39
Taulukko 3. Keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttäminen .....	40

Taulukko 4. D-vitamiinilisän käyttö.....	41
Taulukko 5. Painoindeksit vastaajaryhmittäin .....	43
Taulukko 6. Kotiin toimitettavien palveluiden vaikutus keskeisimpien ruoka- aineryhmien käyttämiseen $\geq$ 75-vuotiailla .....	48
Taulukko 7. Keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttämisen vertailu $\geq$ 75-vuotiailla .....	48

# 1 JOHDANTO

Hyvällä ravitsemustilalla on tärkeä merkitys toimintakyvyn säilymiselle ja näin ollen myös kotona asumisen tukemiselle. Myös kunnat järjestävät monia erilaisia tukimuotoja, jotka auttavat tämän pyrkimyksen toteuttamisessa.

Ihmisen ikääntyminen on yksilöllistä. Liikunnan vähetessä usein myös ruokahalu heikkenee. Tulee sairauksia, jotka usein heikentävät toimintakykyä. Samoin liikuminen muuttuu varovaisemmaksi. Ulkoileminen vähenee, mikä vaikuttaa energiankulutukseen ja kun ravinnonsaantikin vähenee, myös D-vitamiinin saanti niin ravinnosta kuin auringonvalosta vähenee. Kun energiaa ja proteiineja saadaan entistä vähemmän, lihaskato ja tulehdusriski lisääntyvät. Kaupassa käyminen ja ostosten tekeminen vaikeutuvat, jolloin ruokavalionkin laatu muuttuu heikommaksi. Ikääntymisen myötä yksinäisyys, omiin oloihinsa jääminen ja taipumus masentuneisuuteen lisääntyvät, samoin kuin avuntarve lisääntyy. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 14.)

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Pohjois-Pohjanmaalla sijaitsevassa Kalajoen kaupungissa kotona asuvien  $\geq 75$ -vuotiaiden ikäihmisten ravitsemuksellista nykytilaa. Heiltä kysyttiin tietoja elintarvikkeiden hankintaa, ruoanvalmistustapoja, ateriointia, elintarvikkeiden käyttöä, itsekoettua terveyden- ja ravitsemustilaa sekä saatua ravitsemusohjausta koskevista asioista.

Tutkimusaineiston keruumenetelmänä oli strukturoitu kyselylomake, joka sisälsi myös muutamia avoimia kysymyksiä. Menetelmänä se soveltui hyvin tämän suunnitaisen tutkimuksen toteuttamiseen. Avointen kysymysten vastauksista voidaan saada tutkimukseen osallistuvilta uusia näkökulmia, jotka täydentävät tutkimuksen tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2013, 199.)

Kyselylomakkeita jaettiin 130 kappaletta ja niihin vastasi 96 henkilöä (74 %). Tutkimuksen pääkohderyhmänä oli kotonaan asuvat  $\geq 75$ -vuotiaat, päivätoiminnan ryhmissä olevat henkilöt, joista osa kuului jo kotiin annettavien palveluiden piiriin ja osa heistä pystyi suoriutumaan kaikista toimistaan vielä itsenäisesti. Tämän lisäksi tutkimusryhmään kuuluivat kotona asuvat kotihoidon- ja ateriapalveluiden asiakaina olevat henkilöt.



Saadut vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettöminä. Joukossa olleista alle 75-vuotiaiden ja pienkodeissa asuvien henkilöiden vastauksista muodostettiin tutkimuksen pääkohderyhmälle vertailuryhmät. Vertailuryhmien tulosten kautta tutkimuksen pääkohderyhmän tuloksiin saatiin lisää näkökulmaa.

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan nähdä, että ravitsemusohjaukselle ja –neuvonnalle on tarvetta. Erityisesti miesten ruokailuun ja ravitsemuksellisiin asioihin kokonaisuudessaan, tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Yksinäisyys ja leskeksi jääminen on myös havaittavissa tuloksista. Se näkyy erityisesti ateriarytmissä ja ruokailtujen aterioiden määrissä.

## 2 KOTONA ASUVIEN IKÄIHMISTEN RAVITSEMUS

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2013/980 (Ikälaki) velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman toimenpiteistä, joilla se tukee ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista. Suunnitelma tulee laatia myös iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palveluiden ja omaishoidon järjestämisestä ja kehittämisestä. Suunnittelussa tulee painottaa kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma tulee laatia osana kunnan strategista suunnittelua, jonka kunnanvaltuusto hyväksyy ja se tulee tarkistaa valtuustokausittain. (L 28.12.2013/980 5§ 1 mom.)

Kalajoen kaupunki järjestää vuosittain kaikille 75 vuotta täyttävälle henkilölle seniorineuvolan, joka on yksi sosiaali- ja terveydenhuollon hyvinvointia tukevan toiminnan muodoista. Kaikki edellä mainittuun ryhmään kuuluvat henkilöt kutsutaan henkilökohtaisesti kirjeellä. Siellä tehdään kokonaisvaltainen arvio ikäihmisen toimintakyvystä ja arjen sujumisesta. Seniorineuvolatoiminnan tarkoitus on ylläpitää ja edistää ikäihmisen toimintakykyä, niin että ikäihmisillä olisi mahdollisuus asua omassa kodissaan mahdollisimman kauan itsenäistä elämää tai tarvittavia avopalveluita käyttäen. Edellä mainituilla käynneillä keskustellaan muun muassa terveydentilasta, liikkumisesta, ravitsemuksesta, aistien toiminnasta ja muistista. Kaikille 80 vuotta täyttävälle henkilölle tarjotaan mahdollisuus hyvinvointia edistävään kotikäyntiin. Kotikäynnin aikana ikäihmisille tarjotaan tietoa kotona asumisen tueksi saatavilla olevista palveluista, jotka edesauttaisivat toimintakyvyn säilymistä hyvänä mahdollisimman pitkään. (Kalajoen kaupunki.)

Ikääntyneiden terveydentilaan ja toimintakykyyn liittyy tutkimusten mukaan olennaisesti ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti. Sairauksien ja avuntarpeen lisääntyessä usein myös ravitsemustila heikkenee, josta seuraa virheravitsemuksen noidankehä. Tämä näkyy lihaskadon kiihtymisenä, toimintakyvyn heikkenemisenä, laihtumisena, lisääntyvinä sairauksina ja terveyspalveluiden käyttönä. Toipuminen sairauksista on hitaampaa tai estyy kokonaan. Sairaalajaksot pitenevät, eivätkä hoidot tehoa toivotulla tavalla ja terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät. Liian vähäinen proteiinin saanti erityisesti pitempään jatkuessaan voi johtaa siihen, että

elimistön tulehdusvaste heikkenee. Tämä johtaa erilaisiin tulehtumisriskeihin ja haavojen hitaampaan paranemiseen. Myös kuolleisuuden riski kasvaa hoitamattoman virheravitsemuksen myötä. (Suominen ym. 2013, 13.)

Masennus, yksinäisyys, köyhyys, runsas lääkitys, liiallinen alkoholin käyttö tai lonkkamurtumat ovat asioita, joiden on havaittu vaikuttavan ikääntyneiden heikentyneeseen ravitsemustilaan. Kotiin annettavan avun, kuten kotiavun, erilaisten tukien ja kotisairaanhoidon turvin ikääntyneen on mahdollista pärjätä omassa kodissaan vuosia pidempään. Erilaisista kotiin annettavista tukimuodoista huolimatta, kotona asuvan iäkkään ihmisen hoito on yleensä verrattain edullista. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 16.)

Kotona asuvien muistisairaiden ravitsemuksesta tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet keskeisten ravintoaineiden saannin jäävän suositusten alle suurella osalla tutkituista. Heidän ravintoaineiden saantiin ja elämänlaatuun on voitu myönteisesti vaikuttaa vuoden pituisella, seikkaperäisellä, yksilöidyllä ja kannustavalla ravitsemushoidolla. Tutkimus osoitti myös sen, että ravitsemustilan paranemisen myötä myös heidän elämänlaatunsa kohoaa. Osalle tähän tutkimukseen ja ravitsemushoitoon osallistuneista tarvitsi riittävän ja suositusten mukaisen energian ja ravintoaineiden saamisen turvaamiseksi myös täydennysravintovalmisteita. (Suominen ym. 2013, 49.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa antanut vuonna 2013 kunta-alalle ikälain (L 28.12.2013/980) voimaantulon jälkeen laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, niin väestö-, kuin yksilötasollekin. Laatusuosituksilla pyritään kokonaisvaltaisesti turvaamaan ikääntyville mahdollisimman hyvä terveys ja toimintakyky, sekä järjestämään kokonaisvaltaisesti laadukkaita ja asianmukaisia palveluita niitä tarvitseville. Suositusten mukaan ikääntyville järjestettävän neuvonnan ja ohjauksen sisältöön tulee kiinnittää yleisten terveystietojen lisäksi erityishuomiota ravitsemussuosituksen mukaisen ravitsemustiedon lisäämiseen. Tärkeinä asioina nousevat esiin ruokailun laatu, säännöllisyys ja monipuolisuus. Ruuan tulee sisältää riittävästi proteiinia ja energiaa. Nesteen ja kuidun saantiin tulee kiinnittää huomiota. Ikääntyvän ravitsemustilaa tulee seurata ja huomioida erityisesti painon muutokset, mikäli se alkaa laskea. D-vitamiinilisän riittävään käyttöön tulee antaa ohjeistusta. Suun ter-

veydentilaa ei sovi myöskään unohtaa, koska se vaikuttaa syötävän ruuan määrään ja laatuun. Tukipalveluja, kuten kauppa- ja ateriapalveluja tulee järjestää yksilön tarpeet huomioiden. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11, 10, 28.)

Kalajoen kaupungissa on vuoden 2014 aikana laadittu ja elo-syyskuussa 2014 kaupungin asianomaisissa hallintoelimissä hyväksytty Kalajoki-Merijärvi sote-yhteistoiminta-alueen suunnitelma ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseksi vuoteen 2025. Tähän suunnitelmaan on sisällytetty laatusuosituksen mukainen toimintasuunnitelma myös ravitsemustiedon lisäämisen osalta. Ateriapalvelua tarjotaan sitä tarvitseville, on järjestetty mahdollisuus kaupassa asiointiin, suun terveydentilan tarkastuksia järjestetään tarpeen mukaan, D-vitamiinilisän käyttöön kiinnitetään huomiota, samoin ruokailun laatuun ja sen säännöllisyyteen. (Kalajoen kaupunki 2014.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos on toteuttanut keväällä 2013 *Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys* -postikyselytutkimuksen, joka toteutetaan joka toinen vuosi 65–84-vuotiaiden suomalaisten keskuudessa. Yhtenä osa-alueena tässä tutkimuksessa on ollut myös ruokatottumuksiin liittyvät kysymykset. (Helldán & Helakorpi 2014, 10.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen keväällä 2013 tekemään *Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys* -postikyselytutkimuksen mukaan sekä lounaan että päivällisen oli ilmoittanut syövänsä noin kolmasosa vastaajista, aamupalan oli ilmoittanut syövänsä miehistä 92 % ja naisista 97 %. Hedelmien marjojen ja kasvien päivittäinen käyttö oli kokonaisuudessaan lisääntynyt vuosien 1993–2013 aikana niin miehillä, kuin naisillakin. Tuoreita kasviksia oli ilmoittanut syövänsä päivittäin 36 % miehistä ja 37 % naisista. Hedelmiä ja marjoja ilmoitti syövänsä päivittäin 35 % miehistä ja 40 % naisista. (Helldán & Helakorpi 2014, 17, 59.)

Edellä olevassa THL:n tutkimuksessa 65–84-vuotiaiden ikäryhmässä, miehistä 66 % ja naisista 63 % ilmoitti juovansa maitoa, samaan ryhmään kuuluvista miehistä 32 % ja naisista 36 % ilmoitti edellisen lisäksi juovansa piimää. Juustoja käytti miehistä 93 % ja naisista 90 %. Tutkimuksessa kysyttiin ainoastaan maidon, piimän ja juustojen käyttämisestä, ei niiden päivittäisestä käytöstä. (Helldán & Helakorpi 2014, 17, 67–68.)

Finriski 2012 on Suomessa viiden vuoden välein toteutettava sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin suuntautunut väestötutkimus. Ensimmäinen tutkimus tehtiin vuonna 1972 Pohjois-Karjala projektin toteuttamisen yhteydessä. Vuodesta 1982 alkaen tutkimuksissa on huomioitu muitakin kroonisiin kansantauteihin liittyviä riskitekijöitä sekä terveyden edistämiseen liittyviä asioita. Tutkimuksen pääkohde-ryhmänä ovat 25–74-vuotiaat henkilöt. (Borodulin ym. 2013, 6.)

Finriski 2012–tutkimukseen liittyy myös Finravinto 2012–tutkimus, jossa mitataan suomalaisten ruuan käyttämistä ja ravinnonsaantia. Koska tutkimus toteutetaan viiden vuoden välein, nähdään myös ruokavalioiden muuttuminen ravitsemussuositukseen nähden. Tutkimus on kokonaisuudessaan seikkaperäinen ja sen tuloksena saadaan tarkka kuva terveyden- ja ravitsemuksen tilanteesta ja siinä tapahtuneista muutoksista 25–74-vuotiaiden henkilöiden osalta. (Raulio 2013.)

### 3 RAVITSEMUKSEN HAASTEET IKÄÄNTYESSÄ

Suomisen ym. (2013, 38–42) *Ravitsemus muistisairaana kodissa* –loppuraportin mukaan tilanteessa, jossa puoliso hoitaa kotona muistisairasta kumppaniaan ja huolehtii toisen ravitsemuksesta ja syömisestä, 44 %:lla muistisairaista ja 16 %:lla heidän puolisohoitajillaan oli kasvanut riski virheravitsemukselle. Myös sillä, oliko puolisohoitajana mies vai nainen, oli tutkimuksen mukaan merkitystä. Kun puolisohoitajana oli mies, jäi ravinnonsaanti muistisairaalla ja usein myös heillä itselläänkin tasoltaan heikoksi. Heidän osaltaan tämä näkyi saadun energian määrässä ja sen myötä myös useiden ravintoaineiden, kuten proteiinin ja C-vitamiinin määrässä.

Kotona asuvat iäkkäät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä ja tarve yksilöidylle ravitsemusohjaukselle on ilmeinen. Tutkimusten mukaan niiden henkilöiden osalta, joille järjestettiin ravitsemusohjausta ja -hoitoa, ravinnonsaanti ja elämänlaatu paranivat. Jotta yksilöity ravitsemushoito on mahdollista, edellyttää se ravinnonsaannin arviointia. Ruokavalion laatua ja ravitsemusta on mahdollista arvioida energian ja proteiinin saantia kartoittavan lomakkeen avulla. Tutkimukset ovat osoittaneet, että monia iäkkäitä kiinnostaa hyvin paljon oma terveys ja ravitsemukseen liittyvät asiat, joten ravitsemusohjaus olisi hyvin toivottavaa. Ruokavalion pienillä muutoksilla tai lisäyksillä on myönteinen vaikutus terveyteen, jaksamiseen ja elämänlaatuun. Nämä ovat tärkeitä asioita, joiden myötä iäkkäiden ihmisten on mahdollista selviytyä pidempään omassa kodissa. (Suominen ym. 2013, 55.)

#### 3.1 Ikääntyneiden ravitsemussuositukset

Ikääntyneiden ravitsemussuositukset on annettu valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksina vuonna 2010. Suositukset ovat ikääntyneiden ravitsemukseen perehtyneen asiantuntijaryhmän valmistelemat ja niiden tavoitteina on selkeyttää iäkkäiden ihmisten ravitsemuksen liittyviä eroja ja ravitsemushoidon tavoitteita eri elämänvaiheissa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010.)

Kotona asuvien ikäihmisten suhteen voidaan tarkastella kolmea pääryhmää.

Hyväkuntoisen ikääntyneen toimintakyky on hyvä, samoin heidän ravitsemustilansa. He pystyvät asumaan kotona itsenäisesti, eivätkä tarvitse ulkopuolista apua. Heillä saattaa olla pitkäaikaissairauksia, kuten kohonnutta verenpainetta tai verensokeria tai kohonneita veren kolesteroliarvoja, mutta niiden hoitotasapaino on hyvä ja arki sujuu joustavasti. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 20.)

Toisen ryhmän muodostavat kotona asuvat ikääntyneet, joilla on useita sairauksia, mutta he selviävät vielä ilman kotiin annettavia palveluita. Yleensä tähän ryhmään kuuluvilla on havaittavissa toiminnanrajoituksia, haurautta ja hitautta. Haurastumisprosessi voi ilmetä hitaasti etenevänä lihaskatona, heikkoutena, liikkumisen hidastumisena ja lisääntyneenä kaatumistaipumuksena. Yleensä he kuuluvat perusterveydenhuollossa lääkärin ja / tai terveydenhoitajan hoidon piiriin. Heidän ravitsemustilansa on vielä hyvä, mutta riski virheravitsemukselle on jo lisääntynyt. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 21–22.)

Kolmantena ryhmänä ovat kotihoidon asiakkaat, omaishoidon piirissä olevat ja useita sairauksia omaavat ikääntyneet, joilla on todettu olevan toiminnanvajauksia. He tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissaan ja heille on järjestetty palveluja kotiin. Usein heillä on havaittavissa muistin heikkenemistä, toistuvuutta sairastumisissa sekä sairaalajaksoja. Joskus voi ilmetä myös sekavuustiloja. Heidän osallaan virheravitsemuksen riski on usein lisääntynyt. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 22–23.)

### **3.2 Ruoankäytön ja ravitsemustilan arviointi**

Ravitsemusta arvioitaessa painoa seurataan säännöllisesti kerran kuukaudessa. Ravitsemustilaa voidaan arvioida painoindeksin avulla, joka on suositusten mukaan ikääntyneillä korkeampi (24–29 kg/m<sup>2</sup>), kuin työikäisillä (18,5–25 kg/m<sup>2</sup>). Ikääntyneen ravitsemustilan arviointiin soveltuu myös MNA-testi (Mini Nutritional Assessment), jota voidaan käyttää yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. Huono ihon kunto, heikentynyt toimintakyky ja lisääntyneet sairaudet voivat kertoa myös heikentyneestä ravitsemuksesta. Ravitsemushoitoa suunniteltaessa keskeisiä asioita ovat tiedot ateriarytmistä ja ruokailutottumuksista sekä energian ja proteiinin saannista. (Pelkonen 2012.)

Terveystilaa tulee katsoa kokonaisvaltaisesti, eikä yksinomaan painoindeksin kautta. Mikäli painoindeksi laskee nopeasti, tulee siihen johtaneet syyt selvittää. Nopea painon lasku voi olla seuraus riittämättömästä ravinnonsaannista tai siitä, että elimistö ei pysty käyttämään hyväkseen ruuan sisältämiä ravintoaineita, joten sen syyt tulee aina selvittää. Alipaino ja vajaaravitsemustila vaativat aina hoitoa. (Suominen & Kivistö 2009, 27–28.)

### 3.2.1 Ruokailutilanne

Ikääntyminen tuo mukanaan myös ruokailuun liittyviä fysiologisia muutoksia. Maku- ja hajuaisti, joita tarvitaan keskeisesti ruuan maistamiseen, heikkenevät ikääntyvillä. Samoin näläntunne heikkenee, mikä taas johtuu ikääntymisen tuomista elimistön säätelyjärjestelmien toiminnan muutoksista. Nämä tekijät vaikuttavat niin, että ikääntyessään yhä harvemmin syödään siksi, että olisi nälkä, ruoka ei enää maistu samanlaiselta kuin aiemmin ja kylläisyydentunne tulee nopeammin. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 212.)

Ruulla ja sen valmistamisella on katsottu olevan myös psykologista ja sosiaalista merkitystä fysiologisten vaikutusten, eli ravinnontarpeen tyydyttämisen lisäksi. Niiden merkitys saattaa tulla vielä korostetummin esille ihmisen vanhetessa. Mielihyvää tuottavat maistuva ruoka, mukava ruokaseura ja muistot, jotka ruokailuun liittyvät. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 213.)

lääkkäille ovat tärkeitä arkisten tilanteiden, kuten hajujen, makujen, tunnelman ja tuoksujen mukanaan tuomat ruokamuistot. Muistoja voi heijastua omasta lapsuudesta, nuoruudesta tai aikuisuudesta. Heille muistot merkitsevät elämän jatkuvuutta, koko elämänkaarta. Tämän vuoksi ruokamuistot ovat hyvin tärkeitä asioita myös muistisairaiden kohdalla. (Perttula ym. 2015, 51.)

Psykkistä ja sosiaalista mielihyvää saadaan hyvällä ruualla ja miellyttävällä ruokailuympäristöllä. Ruokailuun ja mahdollisuuksien mukaan myös ruuanvalmistukseen osallistumalla voidaan ikääntynyttä aktivoida liikkumaan. Aterioinnit rytmittävät päivää ja auttavat ylläpitämään vuorokausirytmää. Ruokailulla saadaan aikaan myös turvallisuuden tunnetta, kun valmistetaan ja tarjoillaan ruokia, jotka ovat tut-



tuja lapsuuden ajoilta. Erilaisten ruokalajien avulla on mahdollisuus muistella menneitä aikoja ja luoda joustavaa vuorovaikutusta ruokailutilanteisiin. (Suominen & Kivistö 2009, 5.)

Ikääntyvän aistien heikkeneminen on yksilöllistä. Oikeilla apuvälineillä voidaan helpottaa ruokailua silloin, kun voimat käsistä alkavat vähetä ja ruokailuvälineiden ja juomalasin pitäminen alkavat tuntua hankalalta. Näön heikentyessä tulee kiinnittää huomiota ruokailupaikan hyvään valaistukseen sekä kattamiseen niin, että se tehtäisiin päivittäin samalla tavalla. Värikontrastien avulla, esimerkiksi laittamalla tumma ruoka vaaleaan astiaan, on ruuan hahmottaminen helpompaa. (Suominen & Kivistö 2009, 12.)

### **3.2.2 Ruokailutottumukset**

Ikääntyneille ihmisille ruualla on erilaisempi merkitys kuin nuorille ja monille aikuisille. Ruuan jättäminen lautaselle ja sen heittäminen pois voi tuntua monista ahdistavalta, koska he muistavat vielä ajat, jolloin saatavilla olevaa ruokaa on ollut niukasti ja siten sen merkitys korostuu. Tavallisimmat kotiruuat, kuten keitot, kastikkeet, lihapullat ja laatikot sekä erilaiset kalaruuat ovat ikäihmisten mieliruokia. Hyvä maku ja sopiva rakenne ovat tärkeimpiä ruualle asetettavia ominaisuuksia. Ruokaan saadaan houkuttelevuutta sopivalla annoskoolla, kauniilla ulkonäöllä sekä oikealla tarjoilulämpötilalla. (Suominen & Kivistö 2009, 5.)

Mahdollisuus virheravitsemukselle kasvaa, kun ruokahalu ja janon tunne heikkenevät. Ruuan maistuvuutta ja sen myötä ruokahalua voidaan lisätä käyttämällä hieman runsaammin suolaa ja muita mausteita. Kun ruokahalu on huono, tulee erityisesti iäkkäiden ihmisten osalta tilanteita, jolloin ruuan maistuvuus ja energiasisältö ovat terveellisyyttä tärkeämpiä asioita. Ruokahalua voidaan herättää myös tuoksujen avulla, kuten pullan paistamisella. (Suominen & Kivistö 2009, 12.)

### 3.2.3 Ateriarytmi

lökkäiden henkilöiden tulisi ruokailla useamman kerran päivässä, koska he eivät jaksa syödä yhdellä kertaa kovin suuria aterioita. Tähän voi vaikuttaa myös huono ruokahalu. Välipaloja tulisi nauttia riittävästi ja aterioiden tulisi jakaantua koko päivän ajalle. Yöpaaston suositeltava pituus ei saisi ylittää 11 tuntia. (Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 26.)

Ateria-aikoja suunnitellessa, tulisi asettaa tavoitteeksi ikääntyneen oman rytmin kunnioittaminen ja huolehtia siitä, että kulutusta vastaava energian saanti pystytään turvaamaan. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 34.)

Välipaloilla ja iltapalalla on tärkeä merkitys ja se korostuu niiden henkilöiden kohdalla, jotka syövät erityisen vähän. Välipalojen syöminen saattaa unohtua, jos ruokahalu on huono. Kuitenkin riittävän energiansaannin turvaamiseksi tulisi välipalat ja iltapalat saada syötyä. Jos syötävät annokset ovat pieniä, tulisi niiden energiatiheydestä huolehtia niin, että ne sisältävät riittävästi energiaa, proteiineja ja ravintoaineita. Mikäli näitä ei pystytä turvaamaan monipuolisen ja vaihtelevan ruokavalioiden keinoin, voi mukaan ottaa erilaisia täydennysravintovalmisteita, joita voi lisätä ruokiin tai syödä sellaisenaan. (Suominen & Kivistö 2009, 12–13.)

## 3.3 Ravitsemustilan arviointi

Ikääntyneen painon säännöllinen tarkkaileminen ja punnitseminen kerran kuukaudessa on yksinkertainen ja hyvä keino ikääntyneen ravitsemustilan seuraamisessa. Ravitsemustilan tarkempaan arviointiin on kehitetty MNA-testi ja MUST-menetelmä. (Puranen & Suominen 2012, 14; Ravitsemushoito 2010, 29.)

### 3.3.1 MNA-testi

MNA (Mini Nutritional Assessment) on validoitu mittari, jota käytetään kansainvälisesti yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. Pisteytyksen perusteella, ikääntyneet jaetaan kolmeen ryhmään; virhe- tai aliravitsemuksesta kärsivät, virheravit-

semuksen riskissä olevat ja hyvän ravitsemustilan omaavat. (Puranen & Suominen 2012, 14.)

MNA-testi on kaksivaiheinen. Siihen kuuluu seulonta ja seulonnan pistemäärän perusteella tehtävä arviointi. Seulontavaiheen kysymyksillä selvitetään tutkittavan syömisen vähenemistä ja siihen johtaneita syitä viimeisen kolmen kuukauden aikana, samoin kolmen kuukauden aikana tapahtunutta painon vähenemistä. Myös liikkumiseen liittyviä asioita ja liikuntarajoituksia kartoitetaan tässä osiossa. Seulontavaiheessa kysytään lisäksi tietoja viimeisen kolmen kuukauden aikana ilmeneestä psyykkisestä stressistä, joita voi olla omaisen menetys tai muutto vanhainkotiin tai akuutista kroonisesta, huonompaan suuntaan edenneestä, lääkärin hoitoa vaatineesta sairaudesta. Samoin kartoitetaan neuropsykologiset ongelmat, kuten dementia, depressio tai muistin huononeminen ja lasketaan painoindeksi (BMI) taustatiedoissa kysytyjen pituuden ja painon perusteella. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 61–66; Ravitsemushoito 2010, 217–222.)

Mikäli tutkittavan pistemäärä seulonnan jälkeen on vähintään 12, voidaan todeta, ettei riski virheravitsemukselle ole kasvanut, eikä arviointiosuutta tarvitse suorittaa. Pistemäärän jäädessä alle 12 tehdään tutkittavalla henkilöllä tarkempi arvio esimerkiksi haastattelemalla. Arviossa kysytään vastaajan asumismuodosta, asuuko hän kotona, palvelutalossa, vanhainkodissa tai pitkäaikaisosastolla. Reseptilääkkeiden määrästä, onko niitä enemmän kuin kolme. Iholla olevista haavaumista tai painehaavoista. Päivittäin syötävistä lämpimistä ja / tai täysipainoisista aterioista. Sisältyykö ruokavalioon päivittäin vähintään yksi annos maitovalmisteita, lihaa, kalaa, kanaa tai kalkkunaa, tai viikoittain vähintään kaksi annosta kananmunia. Kuuluuko ruokavalioon päivittäin vähintään kaksi annosta hedelmiä tai muita kasviksia, kuin perunaa. Vastaajalta kysytään hänen päivittäin nauttimiensa nesteiden määrästä. Pystyykö vastaaja omatoimiseen ruokailuun, vai tarvitseeko siinä muiden apua. Vastaajan oma näkemys ravitsemustilastaan, samoin kuin hänen näkemyksensä muihin samanikäisiin verrattuna omasta terveydentilastaan. Arvioinnissa mitataan myös olkavarren ja pohkeen ympärysmittat. Vastausten perusteella saatavien pistemäärien mukaan voidaan määritellä, onko riski virheravitsemukselle kasvanut, mikäli kokonaispistemäärä on 17–23,5 vai kärsiikö henkilö virhe- tai

aliravitsemuksesta, jolloin kokonaispistemäärä jää alle 17. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 61–66; Ravitsemushoito 2010, 217–222.)

### 3.3.2 MUST-menetelmä

Vajaaravitsemuksen riskin seulontaan voidaan käyttää myös **MUST** (Malnutrition Universal Screenig Tool) -menetelmää, jossa tarkastellaan ja pisteytetään viisi eri vaihetta. Järjestelmä on kehitetty Isossa-Britanniassa vajaaravitsemuksen seulontaa varten ja on käytössä avoterveydenhuollossa myös Suomessa. Vajaaravitsemuksen riskin seulonnan lisäksi menetelmää voidaan käyttää muissa yhteyksissä myös aikuisten ylipainon ja lihavuuden tunnistamisessa. Vitamiinien tai kivennäisaineiden puutetta tai liikasaantia tällä järjestelmällä ei pystytä havaitsemaan. (Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä MUST. Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa 2008, 4.)

Tutkimuksen aluksi mitataan henkilön pituus ja paino, jonka jälkeen lasketaan painoindeksi (BMI). Selvitetään, onko henkilöllä ollut lähiaikoina havaittavissa taha-tonta painon laskua. Arvioidaan, onko painon laskuun vaikuttanut akuutti sairaus. Saadun pisteytyksen perusteella arvioidaan henkilön vajaaravitsemusriskin suuruus tai sen aste ja määritellään toimintaohjeet. (Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä MUST. Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa 2008, 13–16.)

Mikäli henkilö saa nolla (0) pistettä, on hänen ravitsemusriskinsä vähäinen ja seulonta on suositeltavaa toistaa kotihoidossa yli 75-vuotiaille vuosittain. Henkilö, joka saa yhden (1) pisteen, on kohtalaisessa ravitsemusriskissä ja heidän kohdalla seurataan kolmen päivän ajan ravinnon ja nesteiden saantia. Kotihoidon asiakkaille seulonta toistetaan tuolloin vähintään 2–3 kuukauden välein. Mikäli henkilö saa kaksi pistettä tai enemmän ( $\geq 2$ ), on hänen virheravitsemusriskinsä korkea. Heidän ravitsemustilaansa tulee hoitaa ravitsemusterapeutin ohjeiden mukaan, noudattaen paikallisia hoitokäytäntöjä. Ruuan ravitsemuksellista laatua voidaan täydentää tai käyttää kliinisiä ravintovalmisteita ja ravitsemushoidon onnistumista tulee seurata kotihoidossa kuukausittain. (Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä

MUST. Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa 2008, 22.)

Kaikissa vajaaravitsemuksen riskiluokissa, mikäli henkilö on sairaalahoidossa, suositellaan seulonnan toistamista viikoittain ja vanhainkodeissa oleville henkilöille kuukausittain. (Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä MUST. Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa 2008, 22; Ravitsemushoito 2010, 216).

Kaikkien henkilöiden kohdalla, kuuluivatpa he mihin vajaaravitsemusluokkaan tahansa, on tärkeää hoitaa taustalla olevaa sairautta. Lisäksi annetaan tarpeen mukaisesti ohjeistusta ruokavalioiden koostamiseen ja autetaan tarvittaessa syömisessä ja juomisessa. Vajaaravitsemusriskien suuruus kirjataan ylös, samoin kuin mahdolliset ruokavalioon liittyvät erityistarpeet. (Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä MUST. Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa 2008, 6–11, 13; Ravitsemushoito 2010, 216.)

## 4 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUKSEN ERITYISKYSYMYKSIÄ

### 4.1 Ikääntyneen laihtuminen / lihavuus

lästä johtuva ruokahalun heikkeneminen tai ruokahalun puute johtaa yleensä tahattomaan painon laskuun ja samalla lisää kuolemanriskiä. Tahaton painonlasku voi olla seurausta akuuteista tai kroonisista infektiosta, vakavista sairauksista, kuten syövästä, ruoansulatuskanavan sairauksista, lääkkeistä tai muista tekijöistä, jotka voivat vaikuttaa ruokahaluun, syljenerityksen vähenemiseen, pahoinvointiin tai haju- ja makuaistin muutoksiin. Myös ruuan hankkimiseen tai valmistamiseen liittyvät tekijät, dementoituminen, masentuneisuus tai neuropsykologiset ongelmat voivat aiheuttaa tahatonta laihtumista. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 37–38.)

Elämänaikainen lihavuus vaikuttaa useiden sairauksien ja toiminnallisten ongelmien syntyyn. Suurimpina riskeinä ovat sydän- ja verisuonitaudit, sekä lisääntynyt ennen aikaisen kuoleman riski. Iäkkäiden ihmisten ylipainoon suhtaudutaan hieman eri tavalla, koska sen riskitekijöihin vaikuttaa myös ikääntyminen ja sairaudet, sekä liikuntatottumukset ja fyysinen kunto. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 38.)

Vastikään eläkkeelle jääneiden keskuudessa ylipaino ja lihavuus ovat yleisiä. Iän myötä ylipaino muuttuu harvinaisemmaksi. Sairauksiin liittyvä painon laskeminen on iäkkäillä tavallista ja sen myötä myös toimintakyky saattaa heiketä. Se ilmenee lihaskunnan heikkenemisenä, tulehdusalttiuden lisääntymisenä ja hitaampana toipumisena sairastumisen jälkeen. (Suominen & Kivistö 2009, 3.)

### 4.2 Nestetasapaino

Ikääntymisen myötä janontunne heikkenee, vaikka nesteen tarve pysyy ennallaan. Iäkkäitä voidaan pitää kuivumisen suhteen riskiryhmänä. Heikentynyt toimintakyky, vaikeudet nielemisessä sekä muistiongelmät vaikuttavat usein siihen, että nesteitä nautitaan liian vähän. Kuivumisen myötä kaatumisvaara lisääntyy, ummetus ja

ruokahaluttomuus lisääntyvät. Samoin voi ilmetä pahoinvointia ja sekavuutta. Nesteen tarve lisääntyy lämpimissä olosuhteissa tai kun liikutaan runsaasti. Samoin nesteen tarve lisääntyy kuumeilun, oksentelun ja ripuloinnin aikana. (Tuovinen & Lönnroos 2008, 218–219.)

lääkäiden henkilöiden tulee huolehtia riittävästä nesteen saamisesta. Suositukseen on nauttia päivittäin 1-1,5 litraa nesteitä. Tämä koostuu 5-8 lasillisesta vettä, maitoa tai hapanmaitotuotteita. Kohtuullisesti energiantarve ja hammasterveys huomioiden voidaan käyttää myös muita juomia, kuten täysmehut ja mehujuomat, erilaiset keitot, virvoitusjuomat, kaakao, pirtelöt ja jogurttijuomat. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 41.)

### **4.3 D-vitamiini**

Mikäli ruokavalioon kuuluu vain vähän kalaa tai D-vitamiinia sisältäviä ravintorasvoja, eikä myöskään ulkoilla aurinkoisena aikana riittävästi, jää D-vitamiinin saanti vähäiseksi. D-vitamiinin muodostuminen iholla heikkenee ikääntyessä. Ikääntyneillä voi olla myös sairauksia tai lääkkeitä, jotka heikentävät ravinnosta saatavan D-vitamiinin imeytymistä. (Puranen & Suominen 2012, 24–25.)

Yli 60-vuotiaille suositellaan D-vitamiinia 20 mikrogrammaa päivässä. Elimistö tarvitsee sitä kalsiumin ja fosfaatin imeytymiseen suolistossa. D-vitamiinin puute aiheuttaa luun mineraalipitoisuuden vähenemistä, mikä aiheuttaa osteomalasiaa. Puute vaikuttaa myös lihaskatoon, jolloin tasapaino heikkenee ja altistaa kaatumisille. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 45.)

### **4.4 Suun terveys**

Hyvään suun kuntoon on ruuan pureskelun kannalta tärkeää kiinnittää riittävästi huomiota. Ruokailun onnistumisen kannalta on tärkeää, että on hyvät hampaat tai hyvin istuvat hammasproteesit. Omilla hampailla tai hyvällä osaproteesilla pureskeluvoima on parempi, kuin kokoproteesilla, ja huono proteesi voi jopa vaikeuttaa syömistä. Myös ravitsemuksen kannalta, suun ja hampaiden hygieniasta tulee

huolehtia hyvin, koska kipeä suu tekee ruokailun hankalaksi, eikä ruokaa pystytä syömään riittävästi. Hampaat ja proteesit tulee puhdistaa päivittäin. Suu voi olla lääkkeistä johtuen myös kuiva, mikä vaikeuttaa syömistä. Kuivassa suussa, syljenerityksen häiriintyessä, kieltä kirvelee ja se tarttuu kitalakeen, lisäksi suupielet tulehtuvat. Syljeneritystä voi edistää pureskelemalla ruuan huolellisesti, syömällä kuitupitoista leipää, pähkinöitä, kasviksia tai hedelmiä sekä juomalla laimeaa sitruunan mehua. (Puranen & Suominen 2012, 38–39.)

Ravitsemustilan heikkeneminen voi aiheuttaa muutoksia suun kudoksissa, mikä taas lisää tulehdusalttiutta ja sieni-infektioiden vaara. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 45).

#### **4.5 Ikääntyneiden erityisruokavaliot**

Erityisruokavaliot ja rajoitukset kuuluvat osana sairauden hoitoon, joskin niiden tarpeellisuus täytyy harkita hyvin. Erityisruokavalioiden noudattaminen saattaa olla hankalaa ja erityisesti silloin, kun niitä on enemmän kuin yksi, ne rajoittavat jo huomattavan paljon käytettävissä olevien ruokien valintaa. Ravitsemuksen asiantuntijoiden neuvoilla ja hyvillä ohjeilla on mahdollista saada ruuasta kuitenkin ravitsevaa ja maistuvaa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 48.)

Seuraavassa on tarkasteltu tarkemmin niitä erityisruokavaliota, jotka nousivat esille tämän opinnäytetyön tutkimukseen vastanneiden kohdalla. Ikääntyneillä voi olla myös muita sairaudesta johtuvia erityisruokavaliota kuin tässä mainitut.

##### **4.5.1 Kihti**

Kihtiä sairastavan henkilön puriiniaineiden aineenvaihdunta on häiriintynyt. Tällaisilla henkilöillä veren virtsahappopitoisuus nousee liian korkeaksi ja virtsahappo kiteytyy uraatteina kudoksiin ja nivelonteloihin. Tämä aiheuttaa tulehdusreaktion, johon liittyy voimakkaita kipuja, yleisimmin isovarpaan nivelessä. Kihtiä hoidetaan lääkityksellä ja ravitsemuksella. Ravitsemuksessa vältetään runsaasti puriiniaineita sisältäviä ruoka-aineita, kuten sisäelimet ja pienet, erityisesti nahkoineen syötävät



kalat. Kohtalaisesti puriiniaineita sisältäviä lihaa, isompia kaloja, palkoviljaa ja sieniä voidaan syödä kohtuullisina kerta-annoksina. Muiden ruoka-aineiden puriiniainepitoisuudet ovat niin pieniä, että niillä ei ole merkitystä kihdin kannalta. Kihtiä sairastavan olisi hyvä nauttia runsaasti nesteitä, jolloin virtsamäärä lisääntyy ja edesauttaa uraattien (virtsaahapon) poistumista elimistöstä. (Reumaliitto 2011.)

#### **4.5.2 Sappikivitauti**

Terveellisellä ruokavaliolla on mahdollista vaikuttaa vähentävästi sappikivien syntymiseen. Henkilön, joka kärsii sappikivien aiheuttamista oireista, tulisi syödä kohtuullisia aterioita ja ruokailla säännöllisesti, jolloin rasitetaan vähiten ruoansulatus- ja elintarvikkeiden ja ruokien tulisi olla vain vähän rasvaa sisältäviä, koska rasvainen ruoka aiheuttaa sappirakon supistumisen, joka taas voi laukaista kipukohtauksen. Ruokien sietokyky vaihtelee hyvin yksilöllisesti ja kokeilemalla saa parhaiten selville, mitkä ruuat ovat sopivia ja mistä aiheutuu vaivoja. Kaasua muodostavat ruoka-aineet ovat niitä, jotka tavallisimmin aiheuttavat ruoansulatuskanavan ärsytyksen. On hyvä syödä monipuolisesti ja suosia täysjyväviljavalmisteita, perunaa, kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Niiden kuitupitoisuus on hyvä, eivätkä ne sisällä rasvaa. Ylipainoiselle henkilölle suositellaan painonpudotusta, koska painon vähentäessä todennäköisyys sappikivien muodostumiselle todennäköisesti vähenee. (Ravintoklinikka 2006.)

#### **4.5.3 Diabetes**

Ikäihmisten sairauksiin voi kuulua myös tyypin 1 diabetes tai tyypin 2 diabetes (ai-kuistyyppin diabetes). Diabetesta sairastavalle henkilölle säännöllinen ateriarytmi, terveellinen suositusten mukainen ruokavalio ja annettujen hoito-ohjeiden noudattaminen ovat erityisen tärkeitä, jotta verensokerin tasapaino saadaan mahdollisimman hyväksi. (Diabetestietoa.)

#### **4.5.4 Verenhennuslääkkeiden käyttö (Marevan-hoito)**

Ikäihmisten ravitsemuksessa tulee ottaa huomioon myös mahdollinen verenhennuslääkkeiden (varfariini, jonka kaupp nimi on Marevan) käyttö, joita voidaan määrätä esimerkiksi laskimotukoksen tai keuhkoveritulpan hoitoon, jotta uusia tukoksia ei syntyisi. Hoidon onnistuminen edellyttää suhteellisen säännöllisiä ja vakaita elämäntapoja. Suosituksena on syödä päivittäin monipuolisesti ja runsaasti kasviksia. Runsaasti K-vitamiinia sisältäviä ruoka-aineita tulisi kuitenkin välttää, joten tummanvihreitä lehtikasviksia, kuten ruusu- ja lehtikaalia, sekä pinaattia, tulisi nauttia vain kohtuudella. Vitamiinivalmisteita tulee käyttää tarkoin saantisuosituksen mukaisesti. Lisäksi tulee välttää rohdosvalmisteita ja ravintolisä. Kalaöljyvalmisteiden (omega-3) käytöstä tulee aina neuvotella hoitavan lääkärin kanssa, koska niillä voi olla vaikutusta veren hyytymiseen. Mikäli kalatuotteiden käytölle ei ole estettä, olisi hyvä, että nämä rasvahapot saataisiin kala-aterioista. Riittävä määrä on mahdollista saada, kun syödään rasvaista kalaa kolme kertaa viikossa. (Marevan-hoito.)

#### **4.5.5 Keliakia**

Keliakiaa sairastavan tulee välttää gluteenia sisältäviä ruoka-aineita. Gluteeni on vehnän, ohran ja rukiin sisältämä valkuaisaine, joka aiheuttaa keliakiaa sairastavalle tulehduksen ohutsuolen limakalvolle ja vaurioittaa sen suolinukan. Tämä vaikuttaa ravintoaineiden imeytymiseen. Keliakia on elinikäinen sairaus, mutta ehdottomasti gluteenitonta ruokavaliota noudattamalla on hyvät mahdollisuudet pysyä toimintakykyisenä. (Keliakialiitto 2008.)

#### **4.6 Fyysinen aktiivisuuden vaikutus ravitsemukseen**

Haurastumisen ja toiminnanvajeiden ehkäisyä sekä toimintakyvyn ylläpitämistä voidaan pitää ikääntyneiden ihmisten hyvän ravitsemuksen tärkeimpinä tavoitteina. Tästä johtuen liikunnalla ja ravitsemuksella on tärkeä merkitys. Suositusten mukaan ikääntyville olisi eduksi keski- ja ylävartalon lihaskunnon harjoittaminen jollain hyötyliikunnalla, kuten halkojen hakkaamisella tai talvella lumen luomisella

tai lihaskuntoharjoittelulla, esimerkiksi jumppaamalla tai käymällä kuntosalilla. Pitkiä aikoja jatkuvasta passiivisuudesta, esimerkiksi pitkästä yli kahdeksan tuntia kestävästä istumisesta, on haittaa terveydelle. Siihen suositellaan fyysistä pari minuuttia kestävää aktiivisuutta puolen tunnin välein. Liikunta vaikuttaa toimintakykyyn ja samalla hyvän ravitsemuksen vaikutukset vahvistuvat. Samoin liikunta vaikuttaa energiankulutukseen ja lisää ruokahalua. Aineenvaihdunta paranee ja lihakset pystyvät käyttämään ravintoaineita paremmin hyväkseen. Liikkuminen parantaa toimintakykyä ja ravitsemustilaan kohdistuvat haitalliset vaikutukset vähenevät. Kun liikunta lisää energiankulutusta ja ruokahalua, myös ravintoaineita saadaan riittävästi. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 54; Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014, 47.)

## **5 TUTKIMUS KALAJOEN KAUPUNGISSA KOTONA ASUVIEN IKÄIHMISTEN RAVITSEMUKSESTA**

### **5.1 Tutkimuksen tavoitteet**

Hyvällä ravitsemustilalla on iso merkitys toimintakyvyn säilymiselle ja näin ollen myös kotona asumisen tukemiselle. Tutkimustyön tarkoituksena oli saada tietoa nykyhetken tilanteesta Kalajoen kaupungissa kotona asuvien ikäihmisten elintarvikkeiden hankinnasta, ruokailutottumuksista ja aterioinnista, elintarvikkeiden käytöstä, itse koetusta terveyden- ja ravitsemuksen tilasta, saadusta ravitsemusohjauksesta sekä muista keskeisesti ravitsemukseen liittyvistä asioista.

Saatavien tulosten perusteella laaditaan kehittämissuhteita siitä, millä tavalla tilannetta voidaan tulevaisuudessa parantaa ja millaisia ravitsemusta tukevia palveluita kaupungin olisi hyvä suunnitella, jotka omalta osaltaan edesauttavat ja tukevat ikäihmisten selviytymistä omassa kodissaan.

Tutkimustyön toimeksiantajana on ollut Pohjois-Pohjanmaan eteläosassa sijaitsevan Kalajoen kaupungin perusturvapalvelut ja sen hyvinvointipalveluiden palvelualueen asumis- ja kotihoitopalveluita tuottava palveluyksikkö. Toimeksiantajan edustajana on toiminut kotiin annettavien palveluiden palvelupäällikkö.

### **5.2 Tutkimuksen aineisto ja menetelmät**

Tutkimusaineisto on koottu strukturoidun, valmiita ja avoimia kysymyksiä sisältävän kyselylomakkeen avulla. Monivalintakysymyksiin vastattiin rastittamalla tai rengastamalla omaa tilannetta parhaiten kuvaava vaihtoehto tai kirjoitettiin vastaus sille varattuun avoimeen kohtaan. Kyselyssä kartoitettiin ruokailuun liittyviä asioita elintarvikkeiden hankinnasta, ruokailutapahtumasta, ruuan käytöstä ja ruokailutottumuksista. Lisäksi vastaajilta kysyttiin yleisesti terveyteen ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyviä asioita.

Tutkimuksen pääkohderyhmänä oli kotonaan asuvat  $\geq 75$ -vuotiaat , päivätoiminnan ryhmissä olevat henkilöt, joista jo osa kuului kotiin annettavien palveluiden piiriin ja osa heistä pystyi suoriutumaan kaikista toimistaan vielä itsenäisesti. Tämän lisäksi tutkimusryhmään kuuluivat kotona asuvat kotihoidon- ja ateriapalveluiden asiakkaat.

Hirsjärven ym. (2013, 195–198) mukaan, kyselytutkimuksen avulla on mahdollista saada kerättyä tutkimusaineistoa isommalta ryhmältä. Hyvän kyselylomakkeen laatiminen on tärkeä vaihe. Selkeästi ja johdonmukaisesti laaditut kysymykset helpottavat kyselyyn vastaamista, eikä vastaajien kato nouse sen vuoksi suhteettoman suureksi. Kysymysten selkeä laadinta helpottaa myös tutkimustulosten käsittelyä ja tulosten tulkitsemista. Täsmällisiin tosiasioihin pohjautuvassa tutkimuksessa yksinkertaiset monivalinta- tai avoimet kysymykset palvelevat tutkimusta parhaiten. Lisäksi lomakkeella kysytään usein myös tutkimukseen liittyviä, tutkittavia koskevia taustakysymyksiä. Näitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä ja perhesuhteet. Postikyselyn tapaan lomakkeet voidaan jakaa kohderyhmälle esimerkiksi jonkin organisaation kautta. Tällä tavoin voidaan jonkin verran vaikuttaa siihen, että kyselyyn vastaajien määrä olisi hieman korkeampi.

### **5.3 Tutkimuksen tulokset ja analysointi**

Kohderyhmänä olleille ikäihmisille ei ole aikaisemmin tehty vastaavanlaista tutkimusta, joten siihen suhtauduttiin myönteisesti ja vastauksia saatiin hyvin. Myös lomakkeen kysymykset koettiin selkeiksi ja lomaketta oli vastaajien mielestä helppo täyttää.

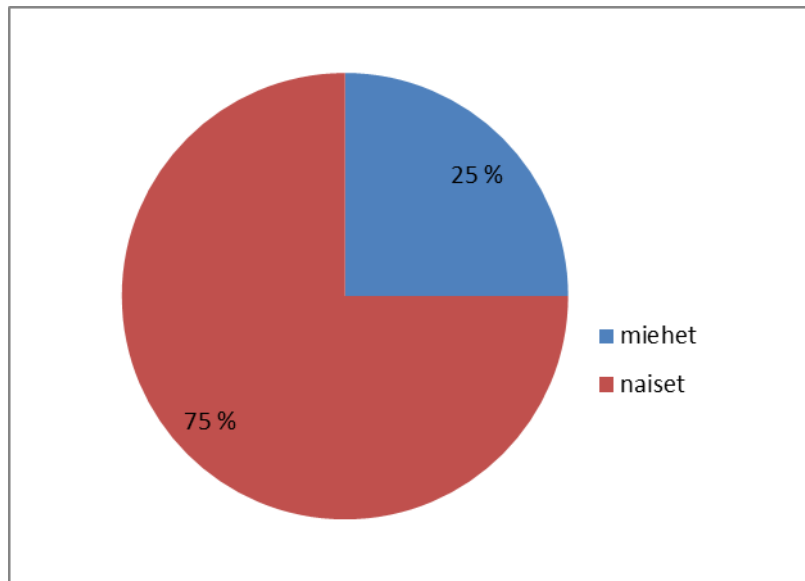
Saadut vastaukset tilastoitiin ja käsiteltiin Microsoft Excel 2010 taulukkolaskentaohjelmalla, jonka avulla tehtiin myös tarvittavat kuviot ja taulukot.

### 5.3.1 Taustatiedot

Nelisivuisia kyselylomakkeita (Liite 1.) kopioitiin ja jaettiin yhteensä 130 kappaletta. Niistä palautui vastattuna takaisin 97 kappaletta, joka on 75 % jaettujen kyselylomakkeiden kokonaismäärästä.

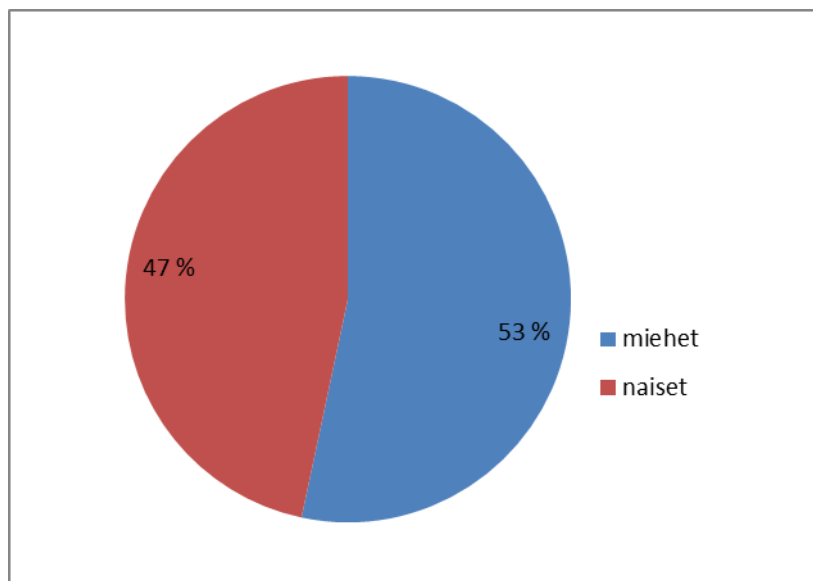
Tutkimuksen pääkohderyhmään,  $\geq 75$ -vuotiaisiin kuuluvien 76 henkilön lisäksi, kyselyyn oli vastannut myös eri ryhmätoimintamuodoissa olleita, alle 75-vuotiaita kotona asuvia 15 henkilöä, sekä kuusi (6) pienkodeissa asuvaa henkilöä. Näiden vastaukset on koottu omiksi ryhmikseen ja tarkastellaan tutkimustuloksissa pääkohderyhmän vertailuryhminä.

**Ikä ja sukupuolijakauma.** (Kuvio 1.) Vastaaajista  $\geq 75$ -vuotiaita oli 76 henkilöä, joiden keski-ikä oli 83,7 (75–93) vuotta. Heistä miehiä oli 19 ja naisia 57 henkilöä.



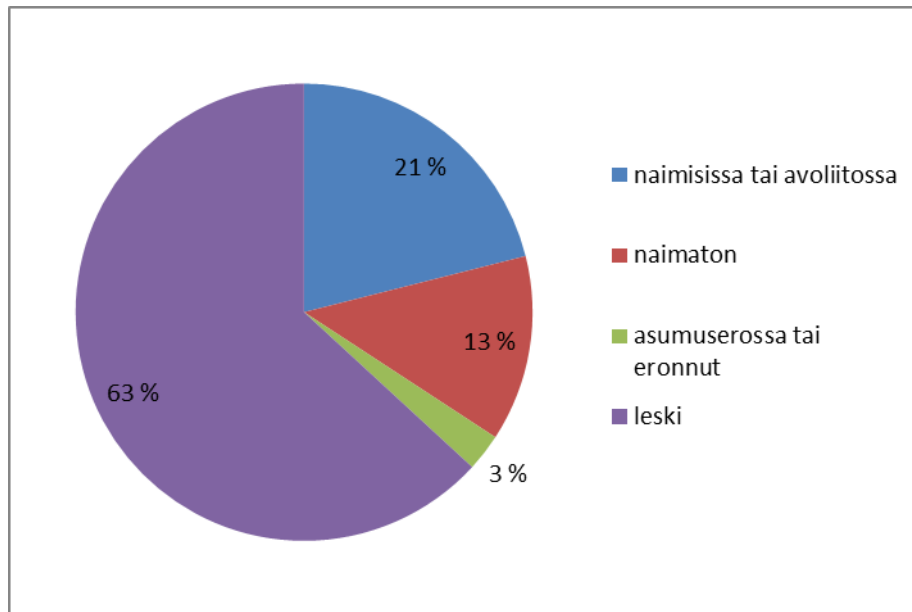
Kuvio 1. Tutkimukseen osallistuneet  $\geq 75$ -vuotiaat henkilöt (n= 76)

Alle 75-vuotiaita vastaajia oli 15 henkilöä, joiden keski-ikä oli 69,5 (63–74) vuotta. Heistä miehiä oli 8 ja naisia 7. (Kuvio 2.) Pienkodeissa asuvia vastaajia oli 6 henkilöä, jotka kaikki olivat naisia. Heidän keski-ikänsä oli 83 (73–89) vuotta.



Kuvio 2. Tutkimukseen osallistuneet alle 75-vuotiaat henkilöt (n=15)

**Siviilisääty.** Siviilisäädyltään tutkimuksen pääkohderyhmään kuuluvista  $\geq 75$ -vuotiaista oli leskiä 63 % (48 henkilöä) (kuvio 3.). Naimisissa tai avoliitossa vastaajista oli 21 % (16 henkilöä). Naimattomia oli 13 % (10 henkilöä) sekä asumuserossa tai eronneita 3 % (2 henkilöä).

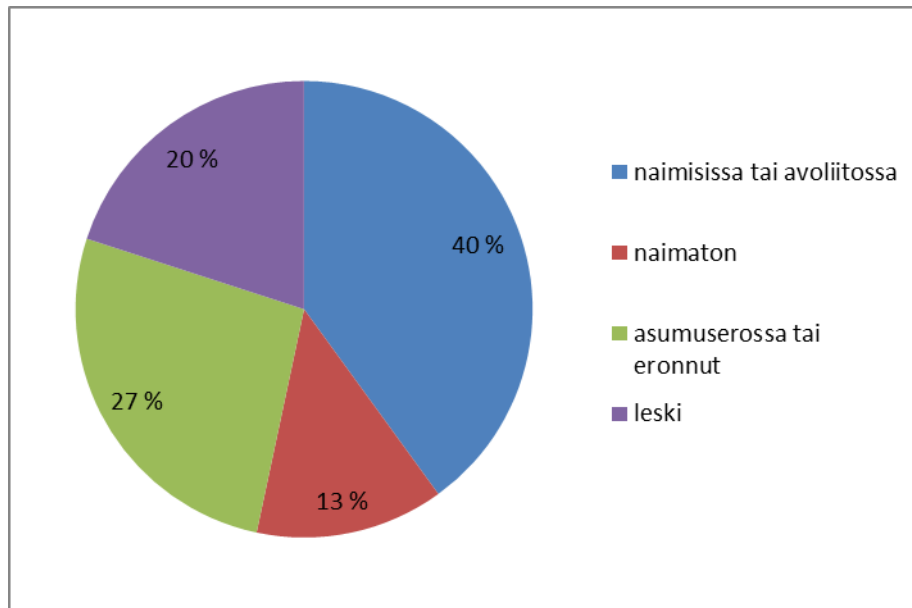


Kuvio 3. Tutkimusryhmään kuuluvien  $\geq 75$ -vuotiaiden siviilisäädyltään (n=76)

Siviilisäädyltään tutkimuksen vertailuryhmään, alle 75-vuotiaisiin kuuluvista, oli naimisissa tai avoliitossa 40 % (6 henkilöä). (Kuvio 4.) Asumuserossa tai eronneita oli 27 % (4 henkilöä), leskiä 20 % (3 henkilöä) ja naimattomia 13 % (2 henkilöä).

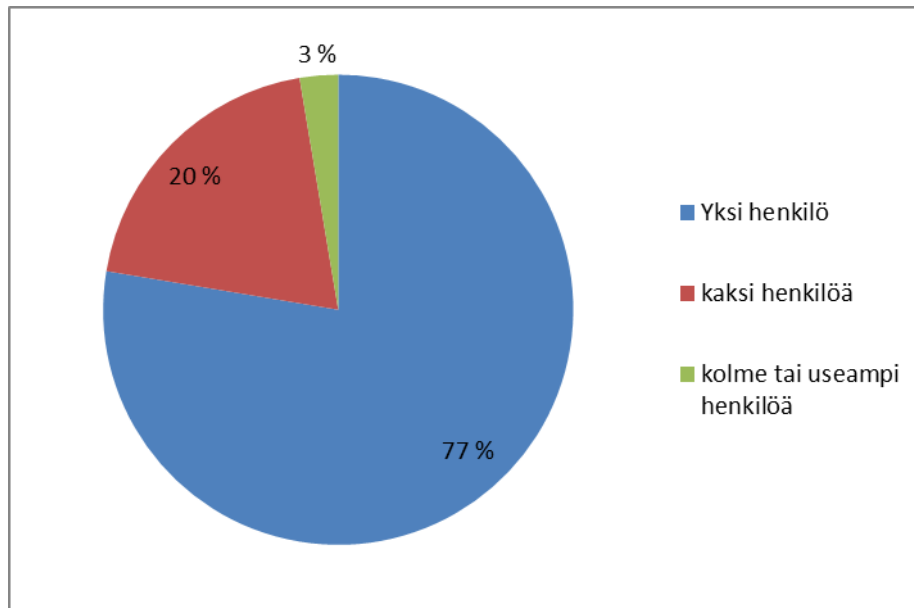
Pienkodeissa asuvista naimisissa tai avoliitossa oli kaksi henkilöä ja neljä heistä oli leskiä.





Kuvio 4. Tutkimuksen vertailuryhmään kuuluvien alle 75-vuotiaiden siviilisääty (n=15)

**Ruokatalouden koko.** Tutkimuksen pääkohderyhmästä  $\geq 75$ -vuotiaat, 59 henkilöä (77 %) asui yhden hengen ruokataloudessa. (Kuvio 5.) 15 henkilöllä (20 %) ruokatalouteen kuului kaksi henkilöä ja vastaajista kaksi henkilöä (3 %) asui kolmen henkilön taloudessa. Tähän tutkimukseen vastanneiden alle 75-vuotiaiden osalta yhden hengen talouksia oli lähes 67 % (10 henkilöä), kahden hengen talouksia oli kolmella vastaajalla ja kaksi vastaajaa asui kolmen tai useamman henkilön taloudessa.



Kuvio 5. Ruokatalouden koko  $\geq 75$ -vuotiailla (n=76)

**Elintarvikkeiden hankintatapa ja ruokaostosten tiheys.** Tutkimuksessa haluttiin selvittää kohderyhmään kuuluvien elintarvikkeiden hankintatapa sekä hankintatiheyttä. Taulukkoon 1 on koottu  $\geq 75$ -vuotiaiden ja alle 75-vuotiaiden tutkimukseen osallistuneiden elintarvikkeiden hankintatavat sekä ruokaostosten tiheys.

Tutkimuksen pääkohderyhmään kuuluvista yli puolet (41 henkilöä) suoritti itse omat ruokaostoksensa kaupasta. Hankintakertojen määrä vaihteli alle yhdestä kerrasta viikossa 4-5 kertaan viikossa. Sukulaisen, omaishoitajan tai tuttavien kerrottiin tekevän ruokaostokset 23 henkilön (31 %) osalta, pääsääntöisesti kerran viikossa. Ostokset kotiin toimittavaa kauppapalvelua käytettiin myös seitsemässä (9 %) tapauksessa. Muina vaihtoehtoina kerrottiin ruokaostosten suorittajaksi kotihoidon henkilöstö tai henkilökohtainen avustaja. Vertailuryhmän alle 75-vuotiaiden osalta kymmenen vastaajaa viidestätoista (67 %), ilmoitti tekevänsä ruokaostoksensa itse, kerran tai kahdesta kolmeen kertaan viikossa. Myös tässä ryhmässä yhden vastaajan ruokaostokset suoritti henkilökohtainen avustaja. Pienkodeissa asuvien elintarvikehankinnat suoritettiin heitä palvelevan keskuskeittiön kautta tai sukulainen, omaishoitaja tai tuttava teki ostokset heidän puolestaan.

Taulukko 1. Elintarvikkeiden hankintatapa ja ruokaostosten tiheys

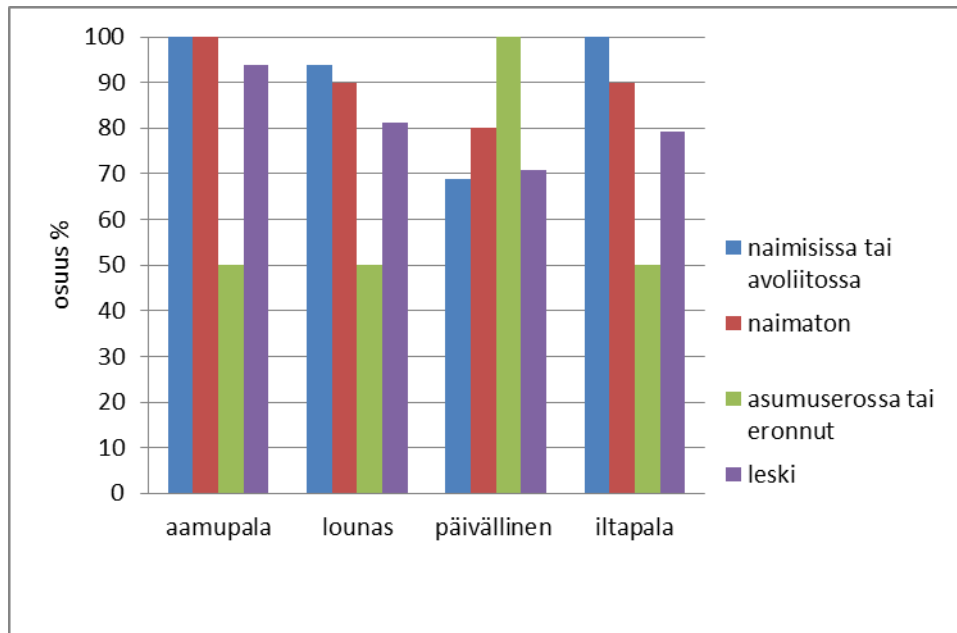
	≥ 75 - vuotiaat (n=74)					alle 75 - vuotiaat (n=15)				
	yht.	< 1 x vko	1 x vko	2-3 x vko	4-5 x vko	yht.	< 1 x vko	1 x vko	2-3 x vko	4-5 x vko
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
käy itse ostamassa kaupasta	55	3	27	24	1	67	0	27	40	0
sukulainen, omaishoitaja tai tuttava tekee ruokaostokset	31	3	20	8	0	7	0	7	0	0
ostokset kotiin toimittava kauppapalvelu	9	0	7	3	0	20	0	7	13	0
muut vaihtoehdot	4	0	3	1	0	7	7	0	0	0

**Elintarvikkeiden säilytys.** Elintarvikkeiden säilyttämisestä ja varastoinnista kysyttäessä, ≥ 75–vuotiaiden osalta jokaisesta taloudesta löytyi jää- tai jää-viileäkaappi ja 60 vastaajaa (79 %) kertoi taloudessa olevan myös pakastimen. Myös vertailuryhmien talouksissa kaikissa oli jää- tai jää-viileäkaappi ja alle 75–vuotiaista 67 % vastaajista ilmoitti taloudessa olevan myös pakastimen.

### 5.3.2 Ateriointi

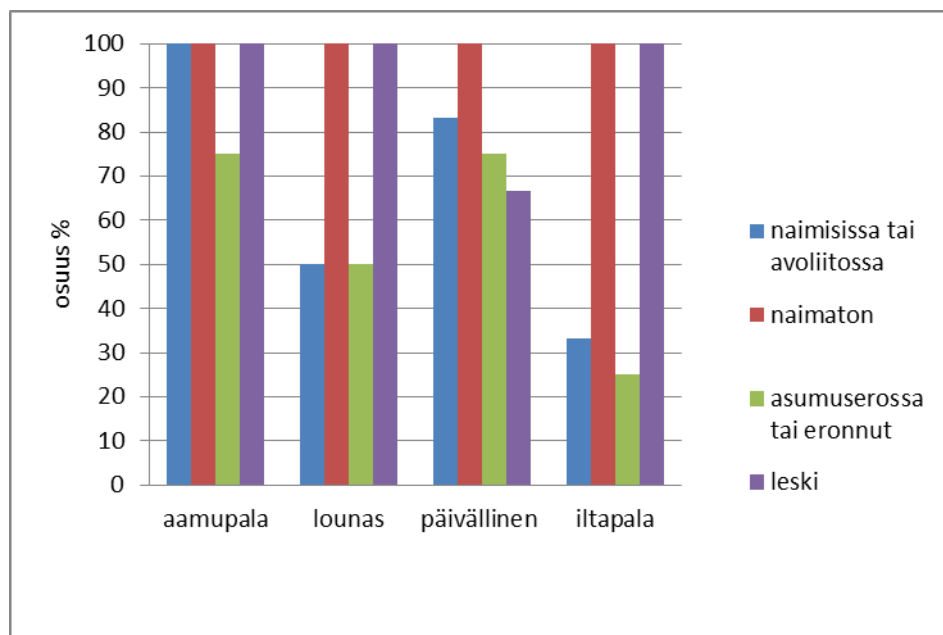
Tutkimuksen mukaan siviilisäädyllä on vaikutusta muun muassa ruokailun säännöllisyyteen, niin ≥ 75–vuotiaiden, kuin alle 75–vuotiaiden vastauksissa. Pienko-deissa asuville järjestetään ateriapalvelut, mikä näkyi vastauksissa siviilisäätyn katsomatta säännöllisempänä ruokailurytminä.

≥ 75–vuotiaiden kohdalla (kuvio 6.), heikoin tilanne oli asumuserossa olevilla tai eronneilla. Heistä aamupalan, lounaan ja iltapalan ilmoitti nauttivansa vain noin puolet vastaajista ja päivällisen kaikki tähän ryhmään kuuluvat vastaajat. Heidän osaltaan ei ollut myöskään havaittavissa enemmän välipaloja, kuin muihin ryhmiin kuuluvilla vastaajilla. Tutkimuksen mukaan paras tilanne pääaterioiden osalta oli naimisissa tai avoliitossa olevilla sekä naimattomilla henkilöillä. Leskien osalta pääaterioiden nauttiminen vaihteli, eikä heidän osaltaan ollut havaittavissa myöskään muita suurempia nautittujen välipalojen määriä.



Kuvio 6. Siviilisäädyn vaikutus ateriointiin  $\geq 75$ -vuotiailla

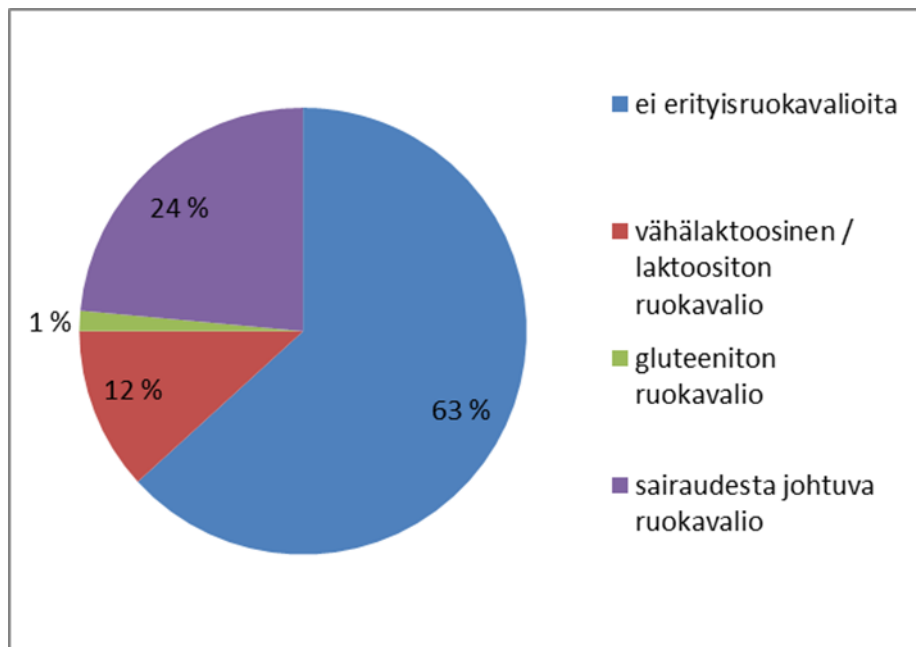
Vertailtaessa alle 75-vuotiaiden tuloksia siviilisäädyn vaikutuksesta ateriointiin, voidaan todeta heillä olevan naimattomien henkilöiden ja leskien osalta pääaterioiden nauttiminen säännöllisintä. (Kuvio 7.) Asumuserossa tai eronneiden kohdalla kaikkien pääaterioiden nauttiminen oli saatujen vastausten mukaan epäsäännöllistä, samoin kuin aamupalaa lukuun ottamatta naimisissa tai avoliitossa olevien henkilöiden osalta.



Kuvio 7. Siviilisäädyn vaikutus ateriointiin alle 75-vuotiailla

**Erityisruokavaliot.** Kysymykseen erityisruokavalioiden osuudesta, saatiin vastaus 68 tutkimukseen osallistuneelta,  $\geq 75$ -vuotiaalta henkilöltä. (Kuvio 8.) Heistä 63 % (43 henkilöä) ilmoitti, ettei heillä ole erityisruokavaliota. 24 %:lla (16 henkilöä) vastaajista oli sairaudesta johtuva ruokavalio. Mainittuja sairauksia ikääntyneillä oli kihti, sappikivitauti ja aikuistyyppin diabetes. Myös verenohennuslääke Marevan-hoito mainittiin ruokavalioon vaikuttavana asiana.

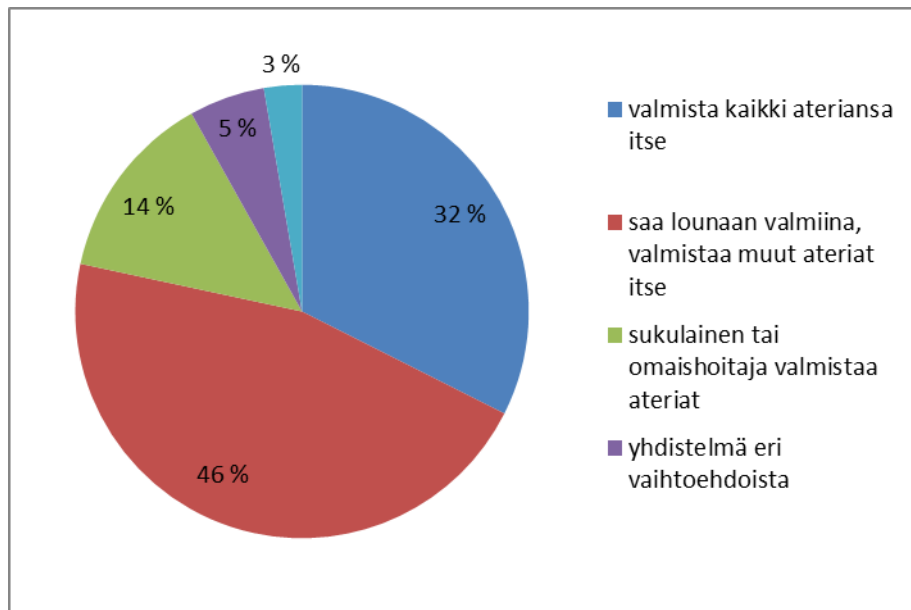
Vähälaktoosista tai täysin laktoositonta ruokavaliota noudatti 12 % (8 henkilöä). Vähälaktoosisia tai laktoosittomia elintarvikkeita löytyy elintarvikevalikoimista hyvin, mikä helpottaa edellä mainitun ruokavaliota noudattamista. Yhdellä vastaajista oli gluteeniton ruokavalio.



Kuvio 8. Erityisruokavalioiden osuus  $\geq 75$ -vuotiailla (n=68)

**Ruuanvalmistaminen.** Tutkimuksen mukaan noin kolmannes (32 %)  $\geq 75$ -vuotiaista, valmistaa vielä kaikki ateriansa itse. Lähes puolet (46 %) vastaajista ilmoitti hankkivansa lounaan valmiina, joko ateriapalveluna kotiin toimitettuna tai he kertoivat käyvänsä ruokailemassa koululla, ravintolassa, palvelu- tai seniorikeskuksessa. Muut nauttimansa ateriat he valmistavat itse kodeissaan. 14 % vastaajista ilmoitti saavansa apua sukulaisilta tai omaishoitajilta ruuan valmistuksessa. Henkilökohtainen avustaja valmisti ateriat kahden henkilön (3 %) osalta, ja tut-

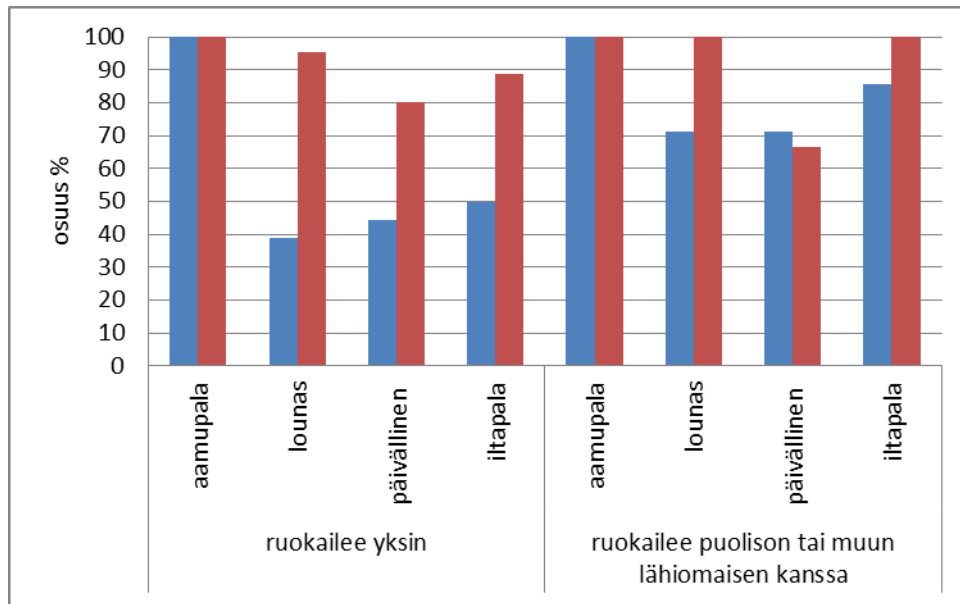
kimuskyselyssä annettujen eri vaihtoehtojen yhdistelmiä kertoi tilanteen mukaan käyttävänsä 4 henkilöä (5 %). (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Ruuan valmistaminen yli  $\geq 75$ -vuotiaiden talouksissa (n=74)

**Ruokailutilanne.** Ruokailutilanteella, syödäänkö yksin vai puolison tai muun lähiomaisen kanssa yhdessä, on myös selkeästi merkitystä. Tämä käy ilmi kuviosta 10, jossa on vertailtu naisten ja miesten osalta päivittäisten pääaterioiden lukumäärää. Nautittuja pääaterioita yksin ruokaillaessa on, aamupalaa lukuunottamatta, niin naisten kuin miestenkin osalta vähemmän. Erityisesti miesten kohdalla tämä näkyy selkeästi. Alle puolet yksin ruokailevista miehistä ilmoittaa syövänsä säännöllisesti lounaan ja päivällisen ja puolet iltapalan. Yksin ruokailevista naisista 96 % ilmoittaa syövänsä lounaan, 80 % päivällisen ja 89 % syö säännöllisesti iltapalan. Tutkimuksessa selvitettiin myös nautittujen välipalojen määrää, ja tutkittavat ilmoittivat pääsääntöisesti (94 %) syövänsä päivän aikana yhden tai kaksi välipalaa.

Puolionsa tai muun lähiomaisen kanssa yhdessä ruokailevien osalta erityisesti naisilla ruokailu oli säännöllistä. Päivällinen korvattiin joiltakin osin välipaloilla, mutta iltapala oli kaikkien vastaajien osalta säännöllinen. Tässä ryhmässä miesten nauttimien aterioiden määrä vaihteli aamupalaa lukuunottamatta. Välipalojen määrässä heillä ei ollut eroja muihin vastaajiin verrattuna, vaan niitä nautittiin pääsääntöisesti 1–2 kertaa päivässä.



Kuvio 10. Vertailu yksin ja puolison tai muun lähiomaisen kanssa ruokailevien ≥75-vuotiaiden aterioinnissa

**Päivittäinen nesteiden saanti.** Ikäihmisten tulisi huolehtia myös riittävästä nesteiden saannista. Päivittäin tulisi nauttia n. 1,5-2 litraa nesteitä. Juomana voi olla vettä, maitoa, hapankaitojuomia, täysmehuja ja mehujuomia, erilaisia mehukeittoja, virvoitusjuomia, kaakaota, pirtelöitä tai jogurttijuomia Tutkimuksessa haluttiin selvittää, millä tavalla tämä vastaajien osalta toteutuu. ≥ 75-vuotiaiden osalta voidaan tutkimuksen mukaan todeta, että suositus toteutuu vain reilulla puolella vastanneista, miehillä 10:llä 18:sta (56 %) ja naisilla 36:lla 56:sta (64 %). Alle 75-vuotiaiden ryhmässä tilanne on samansuuntainen, eli suositus toteutuu miehillä neljällä seitsemästä (57 %) ja naisilla kolmella kuudesta (50 %). Pienkodeissa asuvien osalta suositus toteutuu myös puolella vastanneista, eli kolmella kuudesta henkilöstä.

Taulukko 2. Päivittäisen nesteen saantisuosituksen toteutuminen

	≥ 75 - vuotiaat		alle 75 - vuotiaat		pienkodit	
	miehet (n=18)	naiset (n=56)	miehet (n=7)	naiset (n=6)	miehet (n=0)	naiset (n=6)
	%	%	%	%	%	%
kyllä	56	64	57	50	0	50
ei	39	23	14	0	0	33
ei osaa sanoa	6	13	29	50	0	17

**Elintarvikkeiden käyttö.** Tutkimukseen kuului keskeisimpien ravitsemukseen liittyvien ruoka-aineryhmien käytön kartoittaminen. Kyselyssä haluttiin selvittää, sisältyykö ruokavalioon päivittäin vähintään 2 desilitraa maitovalmisteita, kuten maitoa, piimää, viiliä tai jogurttia tai 2-3 ohutta viipaletta juustoa, lihaa, kalaa, kanaa tai kalkkuna. Syökö vastaaja päivittäin vähintään kaksi annosta hedelmiä tai kasviksia. Yhdeksi annokseksi kasviksia voidaan laskea esimerkiksi yksi keskikokoinen hedelmä tai 2 dl marjoja tai lasillinen (1,25 dl) täysmehua tai kupillinen kasviksia, muita kuin perunaa. Lisäksi haluttiin selvittää, sisältyykö ruokavalioon viikon aikana vähintään kaksi kananmunaa, mukaan lukien myös ruoissa, esimerkiksi laatoissa käytettävät kananmunat. Kyseisten ruoka-aineryhmien säännöllinen käyttäminen suositusten mukaisesti päivittäin auttaa tukemaan riittävää proteiinin, kalsiumin ja keskeisten vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia. Hedelmät, marjat ja kasvikset toimivat lisäksi tärkeänä kuidun lähteenä.

Taulukko 3. Keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttäminen

	maitovalmisteet		liha, kala, kana, kalkkuna		hedelmät, marjat, kasvikset		kananmunat	
	miehet (n=19)	naiset (n=56)	miehet (n=18)	naiset (n=57)	miehet (n=18)	naiset (n=56)	miehet (n=18)	naiset (n=56)
	%		%		%		%	
kyllä	95	93	89	89	67	77	50	59
ei	5	5	11	9	28	20	44	32
ei osaa sanoa	0	2	0	2	6	4	6	9

Tulosten mukaan  $\geq 75$ -vuotiaista miehistä 95 % (18 henkilöä) ja naisista 93 % (52 henkilöä) käyttivät päivittäin vähintään 2 desilitraa maitovalmisteita, kuten maitoa, piimää, viiliä tai jogurttia tai 2-3 ohutta viipaletta juustoa. Miehistä ainoastaan yhden ja naisista neljän kohdalla edellä mainittu määrä ei toteutunut. (Taulukko 3.)

Lihan, kalan, kanan ja kalkkuna suhteen miehistä 89 % (16 henkilöä), samoin kuin naisista 89 % (51 henkilöä), ilmoittivat niiden sisältyvän päivittäisiin aterioihinsa.

Hedelmien, marjojen ja kasvien suhteen 67 % (12 henkilöä) miehistä ja 77 % (43 henkilöä) naisista, ilmoitti syövänsä päivittäin vähintään kaksi annosta hedelmiä tai muita kasviksia kuin perunaa. Yhdeksi annokseksi voitiin laskea esimerkiksi yksi keskikokoinen hedelmä tai 2 dl marjoja tai lasillinen (1,25 dl) täysmehua tai kupilli-



nen kasviksia. Miehistä 33 % (6 henkilöä) ja naisista 23 % (13 henkilöä) eivät saaneet tai eivät osanneet varmuudella sanoa, nauttivatko he päivittäin kyselyssä mainitut hedelmien, marjojen ja kasvien määrät.

Viikon aikana vähintään kaksi kananmunaa ilmoitti käyttävänsä miehistä puolet (9 henkilöä) ja naisista 59 % (33 henkilöä).

**D-vitamiinilisän käyttäminen.** Kyselytutkimukseen sisältyi kysymys myös päivittäisestä D-vitamiinilisän käyttämisestä. Riittävän saannin turvaamiseksi, yli 60-vuotiaille suositellaan D-vitamiinilisän käyttämistä 20 mikrogrammaa päivässä. Elimistö tarvitsee sitä kalsiumin ja fosfaatin imeytymiseen suolistossa, eikä sitä saada ravinnosta tai auringon valon vaikutuksesta ihon kautta riittävästi.

Tutkimuksen mukaan  $\geq 75$ -vuotiaista kyselyyn vastanneista miehistä 53 % (9 henkilöä) ja naisista 73 % (40 henkilöä), käytti D-vitamiinia ravintolisänä. Alle 75-vuotiaista miehistä ainoastaan 12 % (yksi henkilö) ja naisista kaikki viisi tähän kysymykseen vastannutta, käyttivät D-vitamiinilisää. Pienkodeissa asuvista naisista ainoastaan 33 %, eli kaksi kuudesta vastaajasta käytti D-vitamiinia ravintolisänä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. D-vitamiinilisän käyttö

	$\geq 75$ -vuotiaat		alle 75-vuotiaat		pienkodit	
	miehet (n=17)	naiset (n=55)	miehet (n=8)	naiset (n=5)	miehet (n= 0)	naiset (n=6)
	%	%	%	%	%	%
kyllä	53	73	12	100	0	33
ei	47	22	88	0	0	33
ei osaa sanoa	0	5	0	0	0	34

### 5.3.3 Itse koettu terveydentila

**Ravitsemustilassa tapahtuneet muutokset ja niiden ilmeneminen.** Tutkimuksessa kysyttiin vastaajan itse kokemaa, omassa ravitsemustilassaan tapahtunutta muutosta huonommaksi, viimeisen puolen vuoden aikana. Syinä saattoi olla esimerkiksi heikentynyt suun terveys, heikentynyt liikkuminen, alakulo, yksinäisyys,

heikentynyt taloudellinen tilanne, alkoholin käyttö tai jokin muu ravitsemustilaan vaikuttanut syy.

Edellä mainittuun kysymykseen myönteisesti  $\geq 75$ -vuotiaista, vastasi 18 %, eli 14 henkilöä 76:sta. Heistä kaksi henkilöä (14 %) koki ravitsemustilan muuttumisen vaikuttaneen yleiskunnon heikkenemiseen. Kolme vastaajaa (21 %) koki heikentyneen ravitsemustilan ilmenevän lisääntyneenä sairasteluna, ja yhdeksän henkilöä (65 %) koki heikentyneen ravitsemustilan vaikutuksen näkyvän liikkuvuuden vähenemisenä.

Alle 75-vuotiaiden vastaajien ryhmässä, samoin kuin pienkodeissa asuvien vastaajien ryhmässä, kukaan ei kokenut ravitsemustilassaan tapahtuneen heikentymistä viimeisen puolen vuoden aikana. Vaikka ravitsemustilassa ei varsinaisesti olisikaan tapahtunut heikentymistä, kerrottiin hampaiden poiston ja suutulehduksen vaikeuttaneen syömistä.

**Painoindeksi.** Tutkimuksen taustatiedoissa kysyttiin vastaajien pituutta ja painoa, joiden perusteella laskettiin vastaajien painoindeksit.  $\geq 75$ -vuotiaista vastaajista pituutensa ja painonsa ilmoitti 15 miestä ja 51 naista (87 % tutkimuksen pääkohderyhmästä). Alle 75-vuotiaiden ryhmästä pituutensa ja painonsa ilmoitti kahdeksan miestä ja viisi naista (87 % em. ryhmästä). Pienkodeissa asuvista pituutensa ja painonsa ilmoitti kaikki kuusi vastaajaa.

Taulukkoon 5. on koottu edellä mainittujen vastaajaryhmien painoindeksit. Painoindeksin laskentakaava on; paino kilogrammoissa jaettuna (pituus metreinä x pituus metreinä). Päättutkimuskohderyhmästä vastanneista miehistä 47 % ja naisista 37 % kuuluivat suositusten mukaiseen painoindeksiryhmään. Painoindeksit vaihtelivat 15,8 (merkittävä alipaino) – 38,1 (vaikea ylipaino) välillä. Vertailuryhmästä miehistä 75 % ja naisista 40 %, samoin kuin kaikki pienkodeissa asuvat vastaajat, olivat suositusten mukaisessa painoindeksiryhmässä. Vertailuryhmän painoindeksit vaihtelivat 21,3 (normaali paino) – 36,5 (vaikea ylipaino) välillä ja pienkodeissa asuvien 24,2–26,7 välillä, jotka katsotaan ikäihmisillä suositusten mukaisiksi painoindekseiksi.

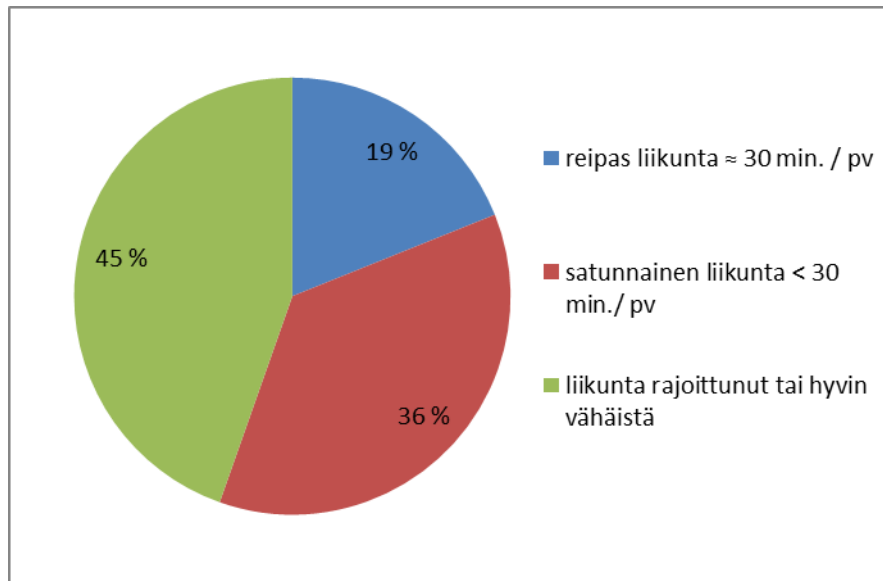
Taulukko 5. Painoindeksit vastaajaryhmittäin

		<b>≥ 75 - vuotiaat</b> miehet (n=15) naiset (n=51)		<b>alle 75 - vuotiaat</b> miehet (n=8) naiset (n=5)		<b>pienkodit</b> miehet (n=0) naiset (n=6)	
<b>BMI</b>		henkilöitä	%	henkilöitä	%	henkilöitä	%
<b>alle 24</b>	miehet	3	20	1	12	0	0
	naiset	14	28	1	20	0	0
<b>24-29</b>	miehet	7	47	6	75	0	0
	naiset	19	37	2	40	6	100
<b>yli 29</b>	miehet	5	33	1	13	0	0
	naiset	18	35	2	40	0	0

**Päivittäinen liikunta tai muu fyysinen aktiivisuus.** Liikunta ja muut fyysiset aktiviteetit vaikuttavat niin ravitsemukseen, kuin yleiseen hyvinvointiin ja mielenvirkeyteenkin.

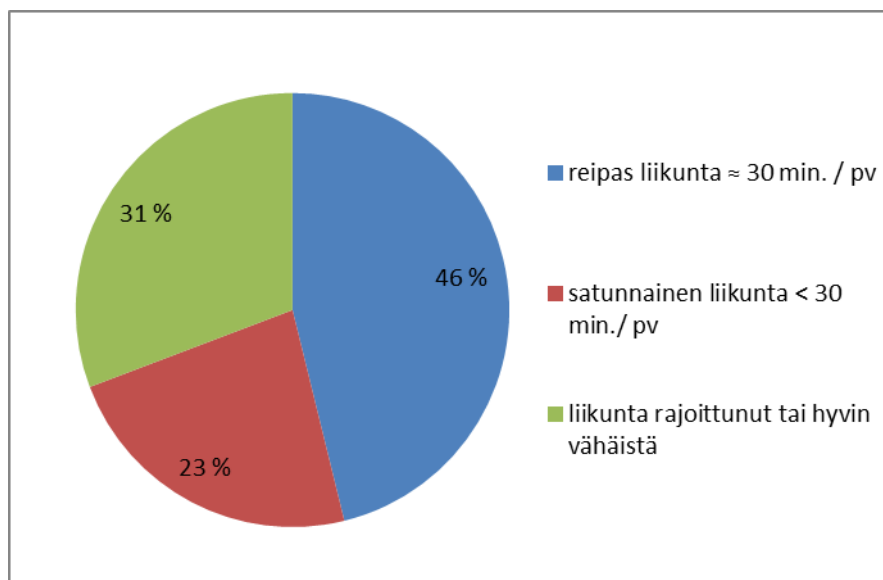
Ikäihmisiltä kysyttiin liikuntaan ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyen, harrastavatko he päivittäin reipasta liikuntaa noin 30 minuuttia, vai onko heidän päivittäinen liikuntansa vain satunnaista ja jää alle 30 minuuttia, vai onko heidän liikuntansa rajoittunutta tai hyvin vähäistä.

≥ 75-vuotiaista reipasta liikuntaa päivittäin ilmoitti harrastavansa 19 % (14 henkilöä) vastaajista. Satunnaisesti liikuntaa, jonka määrä jää alle 30 minuuttia, ilmoitti harrastavansa 36 % (27 henkilöä) vastaajista suurin osa, eli 45 % (33 henkilöä) ilmoitti liikuntansa olevan rajoittunutta tai hyvin vähäistä. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Päivittäinen fyysinen aktiivisuus  $\geq$  75-vuotiailla (n=74)

Vertailtaessa päivittäisen liikunnan tai muun fyysisen aktiivisuuden määrää alle 75-vuotiaiden kohdalla (kuvio 12.), heillä reippaan, n. 30 minuuttia päivässä toteutuvan liikunnan osuus täyttyy vielä lähes puolella, eli 46 %:lla (6 henkilöä) vastaajista. Satunnaisesti liikuntaa harrastaa 23 % (3 henkilöä) vastaajista ja 31 %:lla (4 henkilöä) vastaajista liikunta on rajoittunutta tai hyvin vähäistä.



Kuvio 12. Päivittäinen fyysinen aktiivisuus alle 75-vuotiailla (n=13)

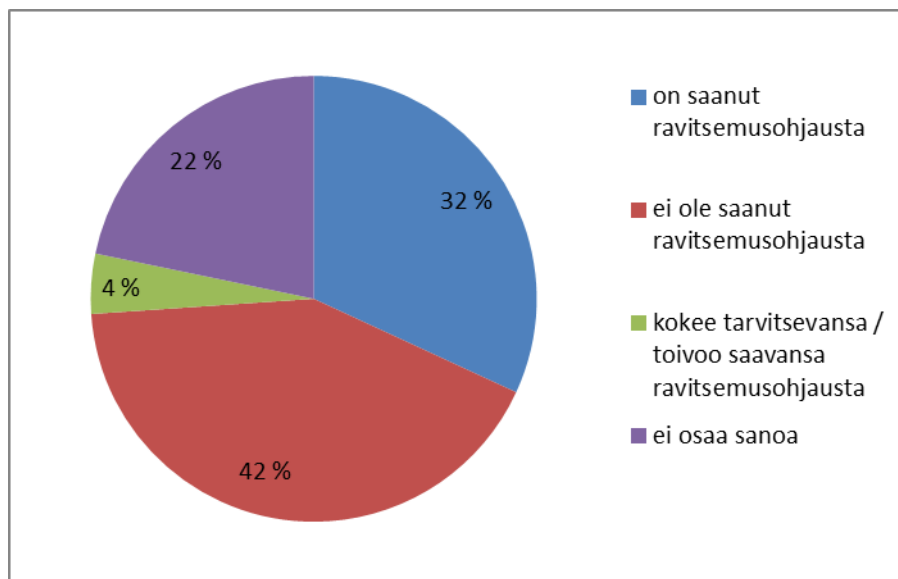
Pienkodeissa asuvien vastaajien (6 henkilöä) kohdalla, kolmella henkilöllä liikunta oli rajoittunutta tai hyvin vähäistä, kahden henkilön liikunta oli satunnaista ja jäi

päivittäin alle 30 minuuttia. Yksi henkilö ilmoitti harrastavansa reipasta liikuntaa päivittäin noin 30 minuuttia.

### 5.3.4 Ravitsemusohjaus

Tutkimuksessa kysyttiin vastaajilta, olivatko he saaneet tai kokisivatko tarpeelliseksi ravitsemusohjauksen omalla kohdallaan. Vastaajista  $\geq 75$ -vuotiaiden ryhmässä suurin osa, eli 42 % (29 henkilöä) ilmoitti, etteivät he ole saaneet ravitsemusohjausta. 32 % (22 henkilöä) oli saanut ravitsemusohjausta. 4 % (3 henkilöä) kokisi tarpeelliseksi ja toivoisi saavansa ravitsemusohjausta. Lisäksi 22 % (15 henkilöä) ei osannut sanoa, ovatko he saaneet ravitsemusohjausta. (Kuvio 13.)

Alle 75-vuotiaiden vastaajien osalta ainoastaan yksi oli saanut ravitsemusohjausta. Loput 14 vastasivat, etteivät ole saaneet ravitsemusohjausta. Pienkodeissa asuvin osalta yksi henkilö oli saanut ravitsemusohjausta ja yksi henkilö toivoi sitä saavansa.

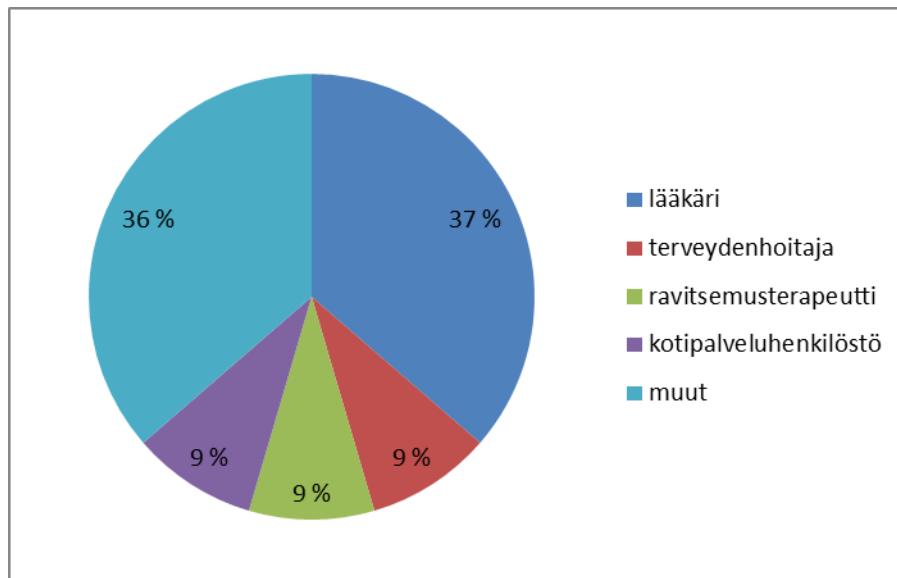


Kuvio 13. Ravitsemusohjaus  $\geq 75$ -vuotiaat (n=69)

Niiden  $\geq 75$ -vuotiaiden ikäihmisten kohdalla, jotka olivat saaneet ravitsemusohjausta, pääasiallinen ravitsemusohjauksen antaja oli ollut 8 henkilölle lääkäri (37 %). Saman verran, eli 8 henkilöä, oli saanut ravitsemusohjausta muilta henkilöiltä kuten seniorineuvolasta, diabeteshoitajalta tai omilta lapsilta. Myös muita ravitse-

musohjauksen lähteitä mainittiin, kuten televisio, lehdet, kirjat ja esitteet. Kahdelle henkilölle ravitsemusohjausta oli antanut terveydenhoitaja, kahdelle ravitsemusterapeutti ja kahdelle henkilölle kotihoidon henkilöstö. (Kuvio 14.)

Alle 75-vuotiaista vastaajista sekä ryhmäkodeissa asuvista ainoastaan yksi molemmista ryhmistä oli saanut ravitsemusohjausta, jonka antajana oli ollut lääkäri.



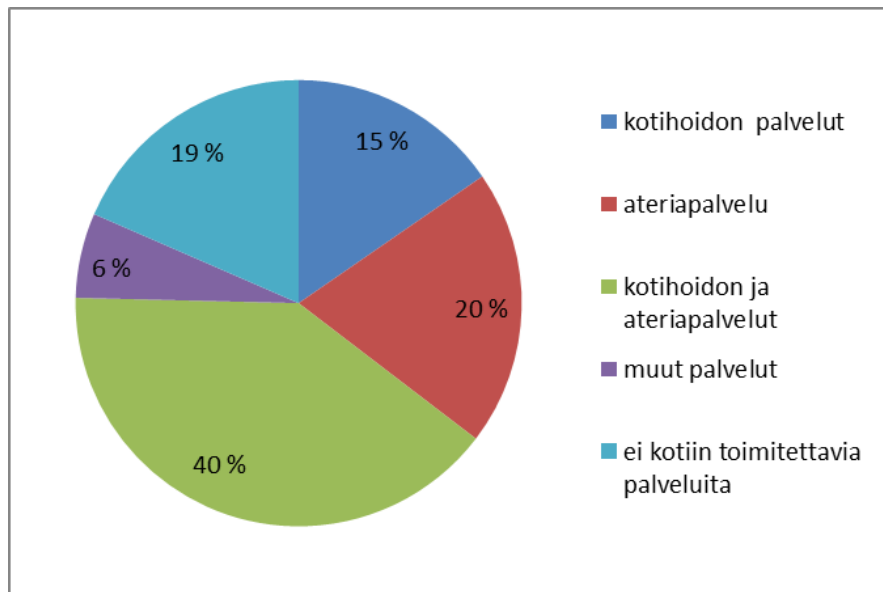
Kuvio 14. Ravitsemusohjauksen antaja,  $\geq 75$ -vuotiaat (n=22)

#### 5.4 Kotiin annettavat palvelut

Tutkimukseen osallistuneista  $\geq 75$ -vuotiaista suurin osa oli kaupungin tarjoamien tai yksityisen palveluntuottajan toimittamien kotiin annettavien palveluiden piirissä. Kotihoidon ja ateriapalveluiden lisäksi käytettiin muun muassa siivous-, kauppa- ja pesupalveluita. Henkilökohtainen avustaja oli myös käytettävissä kahdella vastaajalla.

Kotiin annettavia palveluita koskevaan kysymykseen antoi  $\geq 75$ -vuotiaista vastuksensa 65 henkilöä. Näistä 40 % (26 henkilöä) saivat kotiinsa sekä kotihoidon (kotipalvelun ja / tai kotisairaanhoidon) palveluita sekä ateriapalvelua. Pelkästään ateriapalvelua sai kotiinsa 20 % (13 henkilöä) ja kotihoidon palveluita 15 % (10 henkilöä). Muita palveluita, kuten kauppa-, siivous- ja pesupalveluita sai 6 % (4

henkilöä). 19 % (12 henkilöä) vastaajista ei tarvinnut edellä mainittuja palveluita, vaan he pystyivät toimimaan itsenäisesti. (Kaavio 15.)



Kuvio 15. Kotiin annettavat palvelut,  $\geq 75$ -vuotiaat (n=65)

**Kotiin annettavien palveluiden vaikutus keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttämiseen  $\geq 75$  – vuotiailla.** Kotiin annettavien palveluiden vaikutusta keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttämiseen  $\geq 75$ -vuotiailla voidaan vertailla taulukoiden 6. ja 7. avulla.

Taulukkoon 6. on koottu keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttö, niiden vastaajien osalta, jotka olivat vastanneet myös kysymykseen kotiin annettavista palveluista, joko kaupungin tarjoamina tai yksityisen palveluntuottajan toimittamina.

Taulukkoon 7. on vertailun vuoksi koottu kaikki kyllä / ei-vastaukset niiden vastaajien osalta, jotka ovat vastanneet kysymyksiin maitovalmisteiden, lihan, kalan, kanan ja kalkkunan, hedelmien, marjojen ja kasvien, sekä kananmunien käytöstä.

Vertailtaessa edellä mainittujen taulukoiden prosentuaalisia osuuksia, kyllä / ei-vastausten osalta, voidaan todeta, että kotiin annettavien palveluiden saatavuudella ei ole ollut olennaista merkitystä siihen, millä tavalla tutkimukseen osallistuneet ovat ilmoittaneet käyttävänsä kyselyssä mainittuja keskeisimpiä, edellä mainittuja elintarvikeryhmiä.

Taulukko 6. Kotiin toimitettavien palveluiden vaikutus keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttämiseen  $\geq 75$ -vuotiailla

	maitovalmisteet (n=63)		liha, kala, kana, kalkkuna (n=63)		hedelmät, marjat, kasvikset (n=60)		kananmunat (n=57)	
	kyllä	ei	kyllä	ei	kyllä	ei	kyllä	ei
	%		%		%		%	
kotihoidon-, ateria- tai muut palvelut	75	6	73	8	57	25	47	33
ei kotiin toimitettavia palveluita	19	0	16	3	17	2	18	2

Taulukko 7. Keskeisimpien ruoka-aineryhmien käyttämisen vertailu  $\geq 75$ -vuotiailla

	maitovalmisteet (n=74)		liha, kala, kana, kalkkuna (n=74)		hedelmät, marjat, kasvikset (n=71)		kananmunat (n=68)	
	henkilöitä	%	henkilöitä	%	henkilöitä	%	henkilöitä	%
	kyllä	70	95	67	91	55	77	42
ei	4	5	7	9	16	23	26	38

### 5.5 Kalajoen kaupungin tulosten vertaaminen Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen vuonna 2013 tekemään ravitsemistutkimukseen

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) on toteuttanut keväällä 2013 65–84-vuotiaiden suomalaisten keskuudessa *Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymisen ja terveys* -postikyselytutkimuksen. Tutkimus toteutetaan joka toinen vuosi.

Verrattaessa Kalajoen kaupungin ikäihmisten tutkimustuloksia edellä mainittuun THL:n tutkimukseen, jossa vuonna 2013 sekä lounaan että päivällisen oli ilmoittanut syövänsä noin kolmasosa vastaajista, voidaan todeta Kalajoen kaupungin ikäihmisten kohdalla, että keskimäärin kahdeksan kymmenestä,  $\geq 75$ -vuotiaista vastaajista söi molemmat lämpimät ateriat. THL:n tutkimuksen mukaan aamupalan söi vuonna 2013 miehistä 92 % ja naisista 97 %, kun vastaavasti Kalajoen kaupungin ikäihmisistä naimisissa tai avoliitossa olevat sekä naimattomat söivät aa-



mupalan 100 %:sti, leskillä sama luku oli 94 % ja asumuserossa ja eronneilla vain 50 %.

THL:n tutkimuksen mukaan 65–84-vuotiaiden vastaajien hedelmien marjojen ja kasvien päivittäinen käyttö oli kokonaisuudessaan lisääntynyt vuosien 1993–2013 aikana niin miehillä, kuin naisillakin. Heidän tutkimuksessaan vuonna 2013 tuoreita kasviksia oli ilmoittanut syövänsä päivittäin 36 % miehistä ja 37 % naisista. Hedelmiä ja marjoja oli ilmoittanut syövänsä päivittäin 35 % miehistä ja 40 % naisista. Kalajoen kaupungin  $\geq 75$ -vuotiaista ikäihmisistä hedelmiä, marjoja ja kasviksia käytti päivittäin miehistä vajaa 67 % ja naisista noin 77 %. Vaikka tulokset Kalajoen kaupungin ikäihmisten osalta ovat valtakunnallisesti vertailtuna hyvällä tasolla, on tilanteessa edelleen parantamisen varaa.

Edelleen THL:n edellä mainittuun tutkimukseen verrattuna, heidän tutkimuksessaan 65–84-vuotiaiden ikäryhmässä, vuonna 2013 miehistä 66 % ja naisista 63 % ilmoitti juovansa maitoa, samaan ryhmään kuuluvista miehistä 32 % ja naisista 36 prosenttia, ilmoitti edellisen lisäksi juovansa piimää. Juustoja käytti miehistä 93 % ja naisista 90 %. Edellä olevassa tutkimuksessa kysyttiin ainoastaan maidon, piimän ja juustojen käyttämisestä, ei niiden päivittäisestä käytöstä. Kalajoen kaupungin tutkimuksessa  $\geq 75$ -vuotiaista ilmoitti päivittäin käyttävänsä vähintään 2 desilitraa maitovalmisteita tai 2-3 ohutta viipaletta juustoa, miehistä 100 % ja naisista 98 prosenttia.

Vaikka Kalajoen kaupungin ikäihmisten ravitsemustilanne osoittautuu edellä mainittua THL:n tutkimuksen taustaa vasten kohtuullisen hyväksi, voidaan nähdä, että myös valtakunnallisesti ikäihmisten ravitsemuksen suhteen riittää tehtävää.

## **6 KEHITTÄMISEHDOTUKSET**

### **6.1 Elintarvikkeiden käyttökyselyt, frekvenssikyselyt tai ruuankäyttöhaastattelut**

Kalajoen kaupunki järjestää tällä hetkellä ikäihmisille seniorineuvolatoimintaa kaikille 75 vuotta täyttävälle sekä hyvinvointia tukevia kotikäyntejä kaikille 80-vuotiaille. Molempiin edellä mainittuihin toimintamuotoihin olisi mahdollista yhdistää ravitsemusta tukevat elintarvikkeiden käyttökyselyt, frekvenssikyselyt tai ruuankäyttöhaastattelut. Niiden avulla voidaan kartoittaa keskeisiä ateriointiin, nesteiden riittävään saantiin, olennaisiin proteiiniin lähteisiin, hedelmien, marjojen ja kasvien käyttöön, kuidun, suolan ja ravintorasvojen käyttöön liittyviä asioita. Samoin voidaan kartoittaa D-vitamiinilisän käyttämistä. Käyttökyselyiden avulla voidaan havaita mahdolliset ravitsemusriskissä olevat henkilöt ja ohjata heidät saamaan henkilökohtaisesti asiantuntijan antamaa ravitsemusohjausta. Mikäli havaitaan viitteitä pidempään jatkuneesta virheravitsemuksesta, tulee sen syyt selvittää ja ohjata henkilö terveydenhuollon piiriin asianmukaiseen hoitoon.

### **6.2 Ravitsemisalalan ammattilaisen kotikäynnit**

Ikäihmisille tulisi tarjota mahdollisuus ravitsemisalalan ammattilaisen kotikäynteihin, jolloin ikäihmisille voitaisiin antaa henkilökohtaista ravitsemusohjausta yksilöidysti heidän omista lähtökohdistaan, ravitsemussuosituksista huomioiden. Tarve ravitsemusammattilaisen käynnille voisi tulla suoraan asiakkaalta, kotihoidon henkilöstöltä tai omaisilta.

### **6.3 Henkilökohtainen ravitsemusohjaus**

Mahdollisuus ikäihmisille annettavaan henkilökohtaiseen ravitsemusohjaukseen, olisi merkittävä asia. Ravitsemusohjauksen tarve voidaan kartoittaa kotihoidon henkilöstön toimesta, jonka jälkeen ravitsemusohjauksen toteuttamisesta voidaan sopia kotisairaanhoidosta vastaavan lääkärin kanssa. Ravitsemusohjauksen an-

tamisesta vastaa ravitsemusterapeutti. Suomisen ym. (2013, 55) tutkimusten mukaan niiden henkilöiden ravinnonsaanti ja elämänlaatu paranivat, joille järjestettiin ravitsemusohjausta ja -hoitoa. Tutkimusten mukaan monet iäkkäät ovat kovasti kiinnostuneita omaan terveyteensä ja ravitsemukseensa liittyvistä asioista. Pienilläkin muutoksilla tai lisäyksillä ruokavalion sisältöön on myönteinen vaikutus terveyteen, jaksamiseen ja elämänlaatuun.

#### **6.4 Ravitsemusluennot, tietoiskut ja keskustelutuokiot**

Kalajoen kaupungin ikäihmisille järjestämiin päivätoiminnan palveluihin olisi mahdollista ottaa mukaan kahdesta neljään kertaa vuodessa toteutettavia ravitsemisalan ammattilaisen toteuttamia ravitsemusluentoja ja / tai tietoiskujen kaltaisia keskustelutuokioita. Niissä ikäihmisille annettaisiin tietoa ravitsemukseen, ruokailuun ja ateriarytmiin liittyvistä asioista ja keskusteltaisiin edellä mainittuihin asioihin liittyvistä, sen hetkisistä ikäihmisten mieltä askarruttavista asioista.

#### **6.5 Ravitsemuskäsikirjan laatiminen**

Kaikkien Kalajoen kaupungin toimintayksiköiden käyttöön, joiden asiakaskuntaan kuuluu ikäihmisiä, tulisi laatia yhteisesti suunniteltu ravitsemuskäsikirja. Ravitsemuskäsikirjan laadintatyöryhmän tulee olla moniammatillinen ryhmä, johon kuuluu kotihoidon palveluiden, sairaanhoidon ja ravitsemisalan asiantuntemusta. Ravitsemuskäsikirjaan sisällytettäisiin yhteiset käytänteet ruokapalveluiden laadukkaasta hoitamisesta, erityisruokavalioista, annosten hyvästä ravitsemuksellisesta koostamisesta ravitsemus- ja ravitsemushoitosuositukset huomioiden sekä muut ravitsemuksessa huomioon otettavat asiat, niin kotihoidon palveluiden, tuetun palveluasumisen, seniori- ja palvelukeskusten, kuin terveystieteiden asiakkaiden osalta.

#### **6.6 Menukat-ateriapalvelujärjestelmä**

Suomalainen Menukat-ateriapalvelu on järjestelmä, jonka avulla voidaan tarjota kotona asuville ikäihmisille puheella ohjaava ateria-automaattipalvelu. Menukat-

automaatti on vuokrattava laite, johon kuuluu yhdistettynä pakastin kahden viikon aterioille sekä kiertoilmauuni. Pakastin täytetään asiakkaan haluamalla ruokaannoksilla kahden viikon välein. Yhden aterian valmistuminen kestää noin 20–30 minuuttia ja laite ilmoittaa puheella, kun annos on valmis. Uuni sammuu automaattisesti ruuan valmistamisen jälkeen, joten se ei voi jäädä vahingossa päälle. Palvelu sopii henkilöille, jotka pystyvät toimimaan itsenäisesti ja valmistamaan haluamansa aterian itselleen sopivana ajankohtana. MenuMATin avulla on mahdollista tarjota vaihtoehto perinteiselle ateriapalvelulle sekä yksityisille henkilöille. MenuMAT-ateriapalvelun hinnoittelu on kuntakohtainen ja joissakin kunnissa on mahdollisuus hoitaa palvelu heidän ohjauksessaan paikallisen yrityksen kautta. Ateriavaihtoehtoja on pääaterioissa 40 ja jälkiruuissa 20 kappaletta. Myös erityisruokavalioita noudattaville valikoimista löytyy vaihtoehtoja. (MenuMAT Oy.)

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Ikääntyvien ravitsemus on lähellä sydäntäni, ja on ollut ilo tehdä tämä opinnäyte-työ kotona asuvien ikäihmisten ravitsemuksesta Kalajoen kaupungille. Halusin tehdä tutkimukseni erityisesti kotona asuville ikäihmisille, koska heidän ravitsemustaan on tutkittu vähemmän, kuin laitoksissa ja terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla olevien ikääntyneiden ravitsemusta. Hyvä ravitsemustila on ensiarvoisen tärkeä ja moniulotteinen asia ikäihmisten kotona selviytymisen tukemisessa.

Tämän tutkimuksen tuloksia ajatellen, voin todeta, kuten muissakin tämän suuntaisissa tutkimuksissa on todettavissa, ikäihmisten ryhmän olevan hyvin heterogeeninen. Tavat, tottumukset ja tietämys ravitsemuksesta vaihtelevat henkilöiden taustoista riippuen. Myös muistin heikkeneminen ja muistisairaus vaikuttavat ravitsemukseen ja kotona toimimiseen.

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan nähdä, että ravitsemusohjaukselle ja –neuvonnalle on selkeästi tarvetta. Erityisesti miesten ruokailuun ja ravitsemuksellisiin asioihin kokonaisuudessaan, tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Yksinäisyys ja leskeksi jääminen on myös havaittavissa tuloksista, mikä näkyy erityisesti ateriarytmissä ja ruokailtujen aterioiden määrässä.

Vitamiinien ja kivennäisaineiden saantia ajatellen hedelmiä, marjoja ja kasviksia käytti vähintään kaksi annosta miehistä vajaa 67 % ja naisista noin 77 %. Kun ajatellaan ravitsemussuosituksen mukaista määrää, puoli kiloa päivässä hedelmiä, marjoja ja kasviksia, jäädään alle suositusten. Tämän perusteella voidaan nähdä että suhteellisen suurella osalla tähän tutkimukseen osallistuneista vastaajista vitamiinien ja kivennäisaineiden suhteen suositukset eivät täyty.

Nesteen riittävällä saannilla on myös tärkeä tehtävänsä kehon hyvinvoinnissa. Tässäkin suhteessa on parannettavaa, koska tulosten mukaan  $\geq 75$ -vuotiailla miehillä suositusten mukainen nestemäärä 1,5–2 litraa täyttyi 10 vastaajalla 18:sta ja naisista 36 vastaajalla 56:sta. Samansuuntainen tilanne oli vertailuryhmän alle 75-vuotiailla miehillä, joista riittävästi nesteitä ilmoitti nauttivansa neljä seitsemästä

vastaajasta ja naisista kolme kuudesta vastaajasta. Pienkodeissa asuvista naisista kolme kuudesta ilmoitti saavansa päivittäin riittävästi nesteitä.

Tutkimustulosten perusteella, D-vitamiinilisän käyttöä tulee selkeästi ohjeistaa. Sen käyttöä suositellaan kaikille yli 60-vuotiaille 20 mikrogrammaa päivässä.  $\geq 75$ -vuotiaiden kohdalla yhdeksän miestä 17:sta ja 40 naista 55:stä kertoivat käyttävänsä päivittäin D-vitamiinilisää.

Proteiinipitoisten ruoka-aineiden käyttöaste MNA-testissä mainittuihin käyttömääriin viitattuna oli  $\geq 75$ -vuotiailla suhteellisen korkea. Miehistä 100 % ja naisista 98 prosenttia, käytti päivittäin vähintään 2 desilitraa maitovalmisteita tai 2-3 ohutta viipaletta juustoa. Lihaa, kalaa, kanaa tai kalkkunaa kuului päivittäin ruokavalioon miehistä noin 89 %:lla ja naisista lähes 90 %:lla. Kananmunien käyttö oli vähäisempää, eli miehistä puolet ja naisista noin 59 % söivät viikon aikana kaksi kananmunaa.

Proteiinilla on suuri merkitys ikääntyvien hyvinvoinnille. Ikääntyneiden proteiinin saanti vuorokauden aikana tulisi ravitsemussuositustensuositusten mukaan olla 1-1,2 g / painokilo. Tarkan proteiinin tarpeen määrittäminen tulisi laskea yksilöidysti henkilön painon mukaan. Tulosta tulee verrata ikääntyvän henkilön päivittäin ruuasta saamaan määrään ja mikäli päivittäinen proteiinin määrä jää alle suositusten, tulee ruokavaliota täydentää proteiinipitoisilla ruoka-aineilla tai täydennysravintovalmisteilla.

Lisäksi jäin pohtimaan aterioiden ravitsemuksellista sisältöä kuidun saannin ja ravintorasvojen laadun osalta, joita ei varsinaisesti kysytty tässä tutkimuksessa. Niillä on myös tärkeä merkitys elimistön hyvinvointiin, rasvoilla moni- ja kertatydyttymättömien rasvahappojen saantiin sekä kuidulla muun muassa suoliston toimintaan.

Ravitsemusohjauksen ja -neuvonnan suhteen ikääntyneet ovat hyvin vastaanottavaisia ja haluavat huolehtia terveydestään mahdollisimman hyvin. Tähänkin tutkimukseen osallistuvissa oli henkilöitä, jotka ilmoittivat haluavansa tai kokivat omalla kohdallaan tarpeelliseksi saada ravitsemusohjausta. Toivon, että tulevaisuudessa sitä voitaisiin järjestää eri muodoissaan kaikille haluaville ja sitä tarvitseville ikäihmisille. Tässä suhteessa kotihoidon henkilöstön ravitsemusosaamisen vahvista-

minen ja ravitsemustiedon lisääminen ovat tärkeitä koulutuksellisia tavoitteita. Myös yhteistyötä ravitsemisasiantuntijoiden ja ravitsemusohjaajien kanssa olisi hyvä vahvistaa.

Ikääntyvien ravitsemustilan säännöllinen arviointi on tärkeä ja siihen on olemassa monia erilaisia mittareita. Oma tutkimustyötäni olen taustoittanut MNA-testin ajatusten kautta, koska se antaa mielestäni hyvät työkalut ikääntyvien ravitsemuksen arviointiin. Toinen järjestelmä, jota mielestäni voitaisiin avopalveluissa käyttää, on MUST-järjestelmä. Sen avulla saatava tieto on suppeampaa, kuin mitä MNA-testillä saadaan, mutta se on nopeampi toteuttaa ja antaa tietoa mahdollisesta ravitsemusriskistä.

Kotihoidon henkilöstön osaamista ja tietämystä ravitsemustilan arvioinnista olisi hyvä koulutuksen avulla vahvistaa. Ikääntyvien kanssa toimiessaan he pystyvät havaitsemaan asiakkaidensa ravitsemustilassa tapahtuvia muutoksia, joiden todentamisessa esimerkiksi MNA-testi tai MUST-järjestelmä olisivat hyviä havainnointityökaluja.

Mielestäni on erittäin tärkeää, että kodeissaan asuvien ikäihmisten ravitsemuksellisiin asioihin on alettu kiinnittää viime vuosien aikana eri sektoreilla entistä enemmän huomiota. On toivottavaa, että tilanne kohenisi lisääntyvän tutkimustiedon ja kokemuksen ansiosta. Myös ikälaki velvoittaa kuntia nostamaan näitä asioita enemmän esille ja tekemään toteutettavissa olevia suunnitelmia ikääntyvien paremman huomisen turvaamiseksi.

## LÄHTEET

- Borodulin, K., Levälahti, E., Saarikoski, L., Lund, L., Juolevi, A., Grönholm, M., Jula A., Laatikainen, T., Männistö, S., Peltonen, M., Salomaa, V., Sundvall, J., Taimi, M., Virtanen, S. & Vartiainen, E. 2013. Kansallinen Finriski 2012–terveystutkimus. Osa 2: Tutkimuksen taulukkoliite. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveystutkimus- ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 31.3.2015]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/handle/10024/114942>
- Diabetes.fi. Diabetestietoa. [Verkkosivusto]. Tampere: Diabetesliitto. [Viitattu 12.3.2015]. Saatavana: [http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista\\_diabeteksesta/diabetestyytit](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta/diabetestyytit)
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. THL - Raportti 15/2014. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveystutkimus- ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 31.3.2015]. Saatavana: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN\\_ISBN\\_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116236/URN_ISBN_978-952-302-188-4.pdf?sequence=1)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kalajoen kaupunki. [Verkkosivusto]. Kalajoki: Kalajoen kaupunki. [Viitattu 30.3.2015]. Saatavana: <http://www.kalajoki.fi/palvelutyypit/asumis-ja-kotihoitopalvelut>
- Kalajoki-Merijärvi sote–yhteistoiminta-alueen suunnitelma ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseksi vuoteen 2025. 2014. [Verkkojulkaisu]. Kalajoki: Kalajoen kaupunki. [Viitattu 31.3.2015]. Saatavana: <http://www3.kalajoki.fi/Djulkaisu/kokous/2014605-4.HTM>
- Keliakialiitto.fi. [Verkkosivusto]. Tampere: Keliakialiitto. [Viitattu 6.5.2015]. Saatavana: <https://www.keliakialiitto.fi/liitto/keliakia/>
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. [Viitattu 31.3.2015]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf)
- L 28.12.2013/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.
- MenuMAT Oy. [Verkkosivusto]. Vantaa: MenuMAT Oy. [Viitattu 30.3.2015]. Saatavana: <http://www.menumat.fi/menumat-oy/>



- Pelkonen, V. 2012. Ravitseminen ikäihmisen aktiivisuuden tukemisessa. Luento Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa 4.10.2012.
- Perttula, K., Eromäki, H., Kaukonen, R., Nissinen, K., Peltoniemi, A. & Hopia, A. 2015. Kropsua, hunajaa ja puutarhan tuotteita. Ruokakulttuuri osana ikäihmisten hyvää elämää. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoki: Seinäjoen Ammattikorkeakoulu. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 95. [Viitattu 22.4.2015]. Saatavana: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87436/B95.pdf?sequence=1>
- Puranen, T. & Suominen, M. 2012. Ikääntyneen ravitseminen. Opas ravitsemuksen arviointiin ja ravitsemushoitoon. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.
- Raulio, S. 2013. Kansallinen Finravinto 2012 tuloksia. [Verkkajulkaisu] Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. [Viitattu 31.3.2015]. Saatavana: <http://www.slideshare.net/THLfi/susanna-raulio-ravitsemussuomessa04102013>
- Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 2010. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [Viitattu 18.4.2015]. Saatavana: [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito\\_netti\\_2.painos.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_netti_2.painos.pdf)
- Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [Viitattu 23.11.2014]. Saatavana: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>
- Ravitsemussuositukset. Ikääntyneet. 2010. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [Viitattu 12.3.2015]. Saatavana: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/erillisryhmat/ikaantyneet/>
- Ravintoklinikka. Ruokavalioita: Sappipotilaalle. Julkaistu 20.7.2006. [Verkkosivusto]. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. [Viitattu 12.3.2015]. Saatavana: <http://www.tohtori.fi/?page=2403132&id=1097617>
- Reumaliitto. fi. 2011. Reumataudit. Kihti. [Verkkosivusto]. Helsinki: Suomen reumaliitto ry. [Viitattu 7.5.2015]. Saatavana: <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/kihti/>
- Suominen, M. Ikäihmisen ravitsemusopas. [Verkkajulkaisu]. Turku: Turun yliopisto. Täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja. A.91. [Viitattu 25.11.2014]. Saatavana: [http://ravitsemusopas.fi/lkaihminen\\_ravitsemusopas.pdf](http://ravitsemusopas.fi/lkaihminen_ravitsemusopas.pdf)
- Suominen, M. & Kivistö, S. 2009. Ravitseminen osana ikääntyneen hyvää hoitoa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ry.

- Suominen, M., Puranen, T. & Jyväkorpi, S. 2013. [Verkkojulkaisu]. Ravitseemus muistisairaana kodissa: loppuraportti. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry. [Viitattu 25.11.2014]. Saatavana: <http://gery-fi-bin.directo.fi/@Bin/a5595715c8bd4cf213c253b98c843e17/1416937738/application/pdf/187899/loppuraportti.indd.pdf>
- Sydänliitto.fi. Marevan– hoito. [Verkkosivusto]. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry. [Viitattu 12.3.2015]. Saatavana: [http://www.sydanliitto.fi/hoito#.VQHiH-EXU\\_g](http://www.sydanliitto.fi/hoito#.VQHiH-EXU_g)
- Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset. 2014. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [Viitattu 9.12.2014]. Saatavana: [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.3.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3.pdf)
- Tuovinen, A. & Lönnroos, E. 2008. Iäkkään ravitseminen. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria: Arvioinnista kuntoutukseen. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Vajaaravitsemusriskin seulontamenetelmä MUST. Opas MUSTin käyttöön aikuisten vajaaravitsemusriskin seulonnassa. 2008. [Verkkojulkaisu]. Turku: Nutricia Medical Oy. [Viitattu 18.4.2015]. Saatavana: [http://www.nutricia.fi/images/uploads/Files/MUST\\_OpasA5.pdf](http://www.nutricia.fi/images/uploads/Files/MUST_OpasA5.pdf)

## **LIITTEET**

Liite 1. Tutkimuskysely saatekirjeineen

**LIITE 1 Tutkimuskysely saatekirjeineen****Saatekirje**

2.2.2015

**Arvoisa vastaanottaja**

Olen ravitsemisalan restonomiopiskelija Paula Kumpula ja opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä **Kalajoen kaupungissa kotona asuvien ikäihmisten ravitsemuksesta**. Pyydän ystävällisesti Teitä vastaamaan nykytilanteenne mukaisesti ohessa olevaan kyselylomakkeeseen, joka auttaa tutkimustyöni tekemisessä.

Vastattuanne lomakkeeseen, pyydän ystävällisesti Teitä palauttamaan sen ohessa olevassa vastauskuoreessa. Voitte palauttaa vastauskuoreenne antamalla sen kotipalveluaterian kuljettajalle tai kotipalvelun henkilöstölle. He toimittavat sen edelleen Kalajoen kaupungintalolle.

Pyydän Teitä palauttamaan vastauksenne 13.2.2015 mennessä. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Yksittäisen vastaajan tiedot eivät käy ilmi. Saadut tulokset tilastoidaan ja tietoja käytetään ikäihmisille suunnattavien palveluiden kehittämisessä.

Mikäli haluatte lisätietoa kyselystä tai tarvitsette tukea lomakkeen täyttämässä, voitte ottaa yhteyttä allekirjoittaneeseen, puhelinnumeroon 040–5968 634.

Lämpimästi arvokkaasta tutkimusavustanne kiittäen!

Paula Kumpula  
Restonomiopiskelija  
Seinäjoen Ammattikorkeakoulu

**VASTAUSLOMAKE**

Olkaa hyvä ja vastatkaa seuraaviin kysymyksiin, laittamalla **rasti**, **ympyröimällä** oikea vaihtoehto tai **kirjoittamalla** tieto siihen varattuun tilaan.

**TAUSTATIEDOT****1. Sukupuoli**

1. mies
2. nainen

**2. Ikä** \_\_\_\_\_ vuotta**3. Pituus** \_\_\_\_\_ cm**4. Paino** \_\_\_\_\_ kg**5. Siviilisäätty**

1. naimisissa tai avoliitossa
2. naimaton
3. asumuserossa tai eronnut
4. leski

**6. Ruokatalouden koko**

1. yksi henkilö
2. kaksi henkilöä
3. muu, mikä? \_\_\_\_\_

**7. Elintarvikkeiden hankinta pääsääntöisesti.**

1. käyn itse ostamassa kaupasta.
2. sukulaiseni, omaishoitajani tai tuttavani tekee ruokaostokset.
3. käytän kauppapalvelua, jossa tilaamani elintarvikkeet toimitetaan suoraan kaupasta kotiini.
4. muu, mikä? \_\_\_\_\_

**8. Kuinka usein ruokaostoksenne tehdään?**

1. harvemmin kuin kerran viikossa
2. kerran viikossa
3. 2–3 kertaa viikossa
4. 4–5 kertaa viikossa
5. 6–7 kertaa viikossa

**9. Elintarvikkeiden säilytys.** Ympyröikää sopiva / sopivat vaihtoehto /-ehdot

Kodissani on

1. jääkaappi tai jää-viileäkaappi
2. pakastinkaappi tai pakastearkku
3. kodissani ei ole jääkaappia eikä pakastinta

## ATERIOINTI

Ympyröikää seuraavasta kaikki ne ateriat, jotka syötte normaalisti päivän aikana.

### 10. Päivittäisiin aterioihini kuuluu normaalisti

1. aamupala
2. lounas
3. päivällinen
4. iltapala

### Edellä mainittujen aterioiden lisäksi syön päivän aikana

1. yhden välipalan
2. kaksi välipalaa
3. kolme välipalaa
4. neljä tai useamman välipalan

**11. Noudatatteko jotain erityisruokavaliota?** Ympyröikää sopiva / sopivat vaihtoehto /-ehdot.

1. minulla ei ole erityisruokavaliota
2. vähälaktoosinen / laktoositon ruokavalio
3. gluteeniton ruokavalio
4. allergikon ruokavalio
5. sairaudesta (kuten kihti- tai sappisairaudet, marevan–hoito) johtuva ruokavalio
6. muu, mikä? \_\_\_\_\_

**12. Ruuan valmistaminen.** Ympyröikää vaihtoehdoista se, miten pääsääntöisesti toimitte.

1. valmistan kaikki ateriani itse
2. hankin kaupungin ateriapalveluista / yksityiseltä palvelun tuottajalta lounasruokani, mutta valmistan muut ateriani itse.
3. sukulaiseni tai omaishoitajani valmistaa ateriani
4. muu, mikä? \_\_\_\_\_

### 13. Syöttekö yleensä

1. yksin
2. puolison tai muun lähiomaisen kanssa
3. muu, mikä? \_\_\_\_\_

**14. Juotteko päivittäin n. 1,5 - 2 litraa nesteitä?** Juomana voi olla vettä, maitoa, hapanmaitotuotteita, täysmehuja ja mehujuomia, erilaisia mehukeittoja, virvoitusjuomia, kaakaota, pirtelöitä tai jogurttijuomia.

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

**15. Ruokavaliooni sisältyy päivittäin** vähintään 2 desilitraa maitovalmisteita, kuten maitoa, piimää, viiliä tai jogurttia **tai** 2-3 ohutta viipaletta juustoa.

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

**16. Ruokavaliooni sisältyy päivittäin** lihaa, kalaa, kanaa tai kalkkunaa.

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

**17. Syön viikon aikana** vähintään kaksi kananmunaa, mukaan lukien myös ruoissa, esim. laaticoissa käytettävät kananmunat.

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

**18. Syön päivittäin vähintään kaksi annosta hedelmiä tai kasviksia.** Yksi annos kasviksia on esimerkiksi yksi (1) keskikokoinen hedelmä (omena, appelsiini, mandariini, päärynä, banaani, persikka, nektariini tms. hedelmä) **tai** 2 dl marjoja **tai** lasillinen (1,25 dl) täysmehua **tai** kupillinen kasviksia (muita kasviksia kuin peruna).

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

**19. Käytössäni on päivittäin nestemäisenä tai tablettina nautittava D-vitamiinilisä.**

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

## TERVEYS

**20. Katsotteko ravitsemustilanne muuttuneen huonommaksi viimeisen puolen vuoden aikana, esimerkiksi heikentyneen suun terveyden, heikentyneen liikkumisen, alakulon, yksinäisyyden, heikentyneen taloudellisen tilanteen, alkoholin käytön tai jonkin muun syyn vuoksi?**

1. kyllä
2. ei
3. en osaa sanoa

**21. Mikäli vastasitte edelliseen kysymykseen myönteisesti, ilmeneekö koke-  
manne ravitsemustilan heikkeneminen**

1. tahattomana painon laskuna
2. yleiskunnon heikkenemisenä
3. lisääntyneenä sairasteluna
4. liikkuvuuden vähenemisenä
5. muuta, mitä? \_\_\_\_\_

**22. Päivittäinen liikunta tai muu fyysinen aktiivisuus**

1. harrastan reipasta liikuntaa (esim. reipas kävely tms.) yhteensä noin 30 minuuttia / päivä
2. liikuntani on satunnaista ja jää keskimäärin alle 30 minuuttia / päivä
3. liikuntani on rajoittunutta ja / tai hyvin vähäistä

**RAVITSEMUSOHJAUS**

**23. Oletteko saaneet tai koetteko tarvitsevanne ravitsemusohjausta?**

1. kyllä, olen saanut ravitsemusohjausta
2. ei, en ole saanut ravitsemusohjausta
3. koen tarvitsevani / toivoisin saavani ravitsemusohjausta
4. en osaa sanoa

**24. Mikäli vastasitte edelliseen kohtaan kyllä, oletteko saaneet ravitsemusoh-  
jausta**

1. lääkäriltänne
2. terveydenhoitajaltanne
3. ravitsemusterapeutilta
4. kotipalveluhenkilöstöltä
5. muualta, mistä? \_\_\_\_\_

**KAUPUNGIN TARJOAMAT TAI YKSITYISEN PALVELUNTUOTTAJAN TOI-  
MITTAMAT, KOTIIN ANNETTAVAT PALVELUT**

**25. Saan tällä hetkellä kotiini**

1. kotihoidon (kotipalvelun ja / tai kotisairaanhoidon) palveluja
2. ateriapalvelua
3. muuta, mitä? \_\_\_\_\_
4. minulla ei ole tällä hetkellä mitään edellä mainituista palveluista

**26. Seuraavaan voitte kirjoittaa avoimesti omia mielipiteitänne tai kehityseh-  
dotuksianne ikäihmisten ravitsemukseen liittyen.**

---



---

**Paljon kiitoksia vastauksistanne!**