

Opinnäytetyö (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Kevät 2015

Katariina Mäkeläinen, Erno Pakkanen, Matias Rajalin

# MUISTA SYÖDÄ

– Koulutusmateriaali ikääntyneen ravitsemuksen vaikutuksesta muistiin



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Maaliskuu 2015 | 41+14

Ohjaaja: Camilla Laaksonen

Katariina Mäkeläinen, Erno Pakkanen, Matias Rajalin

## MUISTA SYÖDÄ

Suurten ikäluokkien ikääntyessä tarve hyvälle ravitsemusneuvonnalle kasvaa. Ikääntyminen aiheuttaa muutoksia, joista osa voidaan nähdä normaalina ja osa vakavampana tai sairaudesta johtuvana. Ravitsemus on keskeisessä osassa läpi elämän ja sen vaikutuksia kognitiiviseen toimintakykyyn on alettu tutkia. Omahoidon tukemisella ja ravitsemukseen liittyvällä ohjauksella voidaan vähentää yhteiskunnan kustannuksia ja parantaa yksilön elämänlaatua.

Opinnäytetyö on osa NÄYTKÖ -projektia. Projekti toteutuu Turun ammatti-korkeakoulun ja Turun kaupungin Hyvinvointitoimialan yhteistyönä. NÄYTKÖ -projektin tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä, opiskelijoiden ja ammattilaisten yhteistyön avulla. (Laaksonen ym. 2012, 221.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on tukea ikääntyneen ravitsemukseen liittyvää omahoidon toteutumista koulutuksen avulla. Työ on toiminnallinen ja se sisältää kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksesta hankitun tiedon pohjalta on luotu koulutusmateriaali (Liite 1), joka on suunnattu ikääntyneille ja käsittelee ikääntyneen ravitsemusta sekä sen vaikutusta kognitiiviseen toimintakykyyn. Koulutusmateriaalin toimivuutta testattiin käytännössä pitämällä sen avulla viisi koulutustilaisuutta. Koulutusmateriaali jää hoitohenkilökunnan vapaasti hyödynnettäväksi.

Kirjallisuuskatsaus käsittelee ikääntyneiden ravitsemusta, ikääntymisen aiheuttamia muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa ja muistisairauksia sekä näiden välistä yhteyttä. Kirjallisuuskatsaus tarkastelee myös ikääntyneen oppimista ja hoitohenkilökuntaa ohjauksen toteuttajana.

Koulutusmateriaali osoittautui koulutustilaisuudessa toimivaksi. Se sai kohdeyleisön osallistumaan avoimesti sekä tuomaan esille omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan ravitsemukseen liittyen. Lopullisen vaikuttavuuden arviointi jää avoimeksi, se vaatisi pidempiaikaista seurantaa.

### ASIASANAT:

ikäntynyt, muisti, muistisairaus, ravitsemus, ravitsemussuositus, kognitiiviset toiminnot, potilasohjaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Nursing | Registered Nurse

March 2015 | 41+14

Instructor: Camilla Laaksonen

Katariina Mäkeläinen, Erno Pakkanen, Matias Rajalin

## REMEMBER TO EAT

As the Post World War II baby boomers age, the demand for good nutrition guidance grows. Ageing may cause changes, some of which can be seen as normal and some as more serious or result of an illness. Nutrition is crucial throughout one's life, and the effects of nutrition on cognitive performance has become a research subject. Enabling people to independently take care of their own health and providing nutritional guidance reduces the costs caused for society and enhances the quality of life of individuals.

The thesis is part of NÄYTKÖ project. The project is implemented as cooperation between Turku University of Applied Sciences and City of Turku Welfare Division. The objective of NÄYTKÖ project is to promote performance-based nursing with the help of cooperation between students and professionals. (Laaksonen *et al.* 2012, 221.)

The purpose of the thesis is to support nutrition related self-care implementation of the elderly with aid of education. The thesis is functional and includes a literature overview. Based on the knowledge gained from the literature overview, we have created a piece of educational material (Annex 1), which is aimed for the elderly and handles the nutrition of the elderly and the effects of nutrition on the cognitive performance. The functionality of this material was tested in practice by arranging five educational events using the material. The material will be available for nursing professionals to freely use.

The literature overview deals with the nutrition of the elderly, the changes in cognitive functions caused by ageing, memory-impairing illnesses, and the connection between them. The literature overview also views the learning of the elderly and the nursing professionals as the group implementing the guidance.

The educational events proved the educational material successful, encouraging the target audience to participate freely and to introduce their own nutrition-related thoughts and experiences. The evaluation of the definite effectiveness remains open as it would require follow-up on a more long-term basis.

### KEYWORDS:

elderly, memory, memory disorder, nutrition, nutrition recommendation, cognitive functions, patient guidance

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET</b>	<b>6</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE</b>	<b>8</b>
<b>3 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS</b>	<b>9</b>
3.1 Ikääntynyt ihminen	9
3.2 Suomalaiset suuntaviivat	10
3.3 Ravinto	10
3.4 Ravitsemussuositukset ikääntyneille	13
3.5 Ravitsemussuositukset ikääntyneiden erityisryhmille	15
<b>4 MUISTI</b>	<b>17</b>
4.1 Ikääntyneen muisti	17
4.2 Muistisairaudet	18
4.3 Ravinnon vaikutus muistiin ja muistisairauksiin	19
<b>5 IKÄÄNTYVÄ OPPIJANA</b>	<b>22</b>
<b>6 HOITOHENKILÖKUNTA IKÄÄNTYNEEN OMAHOIDON EDISTÄJÄNÄ</b>	<b>24</b>
6.1 Potilasohjaus	24
6.2 Potilasohjauksen vaikuttavuus hoitotyössä	26
<b>7 EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>28</b>
7.1 Tiedonhaun prosessi ja kirjallisuuteen perehtyminen	28
7.2 Koulutusmateriaalin ja -tilaisuuden suunnittelu	28
7.3 Koulutustilaisuuden toteuttaminen	29
7.4 Koulutustilaisuuden ja koulutusmateriaalin arviointi	30
<b>8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>32</b>
<b>9 POHDINTA</b>	<b>34</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>39</b>

# LIITTEET

Liite 1. Koulutusmateriaali.

## KÄYTETYT LYHENTEET

MMSE	Mini-Mental State Examination on lyhyt testi joka mittaa älyllistä muistia ja tiedonkäsittelykykyä. Testi seuloo arkea haittaavia vakavia muistioireita. (Erkinjuntti & Rosenvall 2013.)
MNA	MNA-testi on yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin kehitetty testi. Testi on validoitu useassa maassa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 31.)
PAV	Perusaineenvaihdunta, tällä tarkoitetaan elimistön aineenvaihduntaa sen ollessa lepotilassa (Terveyskirjasto).

# 1 JOHDANTO

Ikääntyvä kohtaa elämässään monia muutoksia ja hänen ravitsemustilansa saattaa heikentyä monen tekijän vaikutuksesta. Heikentynyt ravitsemustila taas vaikuttaa moninaisesti ihmiseen, kuten muistiin ja muistisairauksien kehittymiseen. Ravitsemus on keskeisessä osassa läpi elämän, eikä sen merkitys vähenne ikääntyessä. Ikääntyneen ravitsemuksen edistäminen voi parantaa elämänlaatua huomattavasti. Opinnäytetyön aiheena on ikääntyneen omahoidon edistäminen ravitsemukseen liittyen. Rajasimme opinnäytetyön koskemaan ravitsemuksen yhteyttä muistiin yli 63-vuotiailla.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja työn tarkoituksena on tukea ikääntyneen ravitsemukseen liittyvää omahoidon toteutumista koulutuksen avulla (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Työn tavoitteena on luoda käyttökelpoinen koulutusmateriaali (Liite 1) ravitsemuksesta ikääntyneille, joka on helposti hoitohenkilökunnan hyödynnettävissä. Koulutusmateriaali luodaan kirjallisuuskatsauksesta hankitun tiedon pohjalta.

Opinnäytetyö on osa NÄYTKÖ -projektia. Projekti toteutuu Turun ammattikorkeakoulun ja Turun kaupungin Hyvinvointitoimialan yhteistyönä. NÄYTKÖ -projektin tavoitteena on edistää näyttöön perustuvaa hoitotyötä opiskelijoiden ja ammattilaisten yhteistyön avulla. (Laaksonen ym. 2012, 221.)

Sosiaali- ja terveysministeriön linjauksen tavoitteena olisi laitospaikkojen vähentäminen ja kotona asumisen tukeminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9). Samaan aikaan melkein joka kymmenes kotona asuva ikääntynyt kärsii virheravitsemuksesta ja kotihoidossa olevista puolella on vaikeuksia ylläpitää ravitsemustilaa (Aldén-Nieminen 2009, 21; Suominen ym. 2012, 172). Suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä ongelma laajenee ja tämä luo tarpeen ennaltaehkäisevälle, terveyttä edistävälle neuvonnalle.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja työn tarkoituksena on tukea ikääntyneen ravitsemukseen liittyvää omahoidon toteutumista koulutuksen avulla (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Työn tavoitteena on luoda käyttökelpoinen koulutusmateriaali ravitsemuksesta ikääntyneille, joka on helposti hoitohenkilökunnan hyödynnettävissä. Koulutusmateriaali on luotu kirjallisuuskatsauksesta hankitun tiedon pohjalta.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä tekijöitä ikääntyneen tulee ravitsemuksessaan huomioida erityisesti muistiterveyteen liittyen?
2. Mitä tekijöitä tulee huomioida laadittaessa koulutusta ikääntyneille?
3. Miten ikääntyneille suunniteltu ravitsemuksen omahoitoon liittyvä koulutusmateriaali toimi ikääntyneiden näkökulmasta?
4. Miten ikääntyneille suunniteltu ravitsemuksen omahoitoon liittyvä koulutusmateriaali toimi hoitohenkilökunnan näkökulmasta?



## 3 IKÄÄNTYNEEN RAVITSEMUS

### 3.1 Ikääntynyt ihminen

Suomessa Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980 määrittelee ikääntyneen väestön sillä perusteella, että kyseinen osa väestöstä on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Suomessa vanhuuseläkkeen ikäraja on 63–68 ikävuotta (Kela 2014). Tulevassa opinnäytetyössämme tulemme keskittymään tämän määritelmän mukaisesti yli 63-vuotiaisiin ihmisiin.

Iäkkään henkilön Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980 määrittelee seuraavasti:

iäkkäällä henkilöllä henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta

Kuten tästä määritelmästä näemme, ikääntyminen vaikuttaa heikentävästi kognitiiviseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, jotka ovat osa aivoterveyttä. Ihmisen ikääntyminen on yksilöllistä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14). Ongelmat ja sairaudet vaihtelevat ja esiintyvät eri iässä.

Ikääntyminen aiheuttaa useita muutoksia, jotka vaikuttavat omalta osaltaan ravitsemukseen. Fyysisen aktiivisuuden vähetessä ruokahalu vähenee ja sen myötä syödyn ruuan määrä vähenee. Vaikka energiansaanti olisi tasapainossa sen kulutuksen kanssa, tulee ravinnon laatuun kiinnittää huomiota. Vähäisestä määrästä ruokaa ei välttämättä saa tarvittavia ravintoaineita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14.)

### 3.2 Suomalaiset suuntaviivat

Tutkimusten mukaan vajaa kymmenen prosenttia kotona asuvista ikääntyneistä kärsii virheravitsemuksesta. Ikääntyminen itsessään kasvattaa virheravitsemuksen riskiä ja terveydentilan heikkeneminen nostaa riskiä huomattavasti. (Suominen ym. 2012, 172.) Kotihoidon asiakkaista noin puolella on hyvä ravitsemustila, puolella taas on hankaluuksia ylläpitää hyvää ravitsemustilaa (Aldén-Nieminen 2009, 21). Suurten ikäluokkien vanhetessa ongelma laajenee ja varhainen puuttuminen muodostuu aiempaa tärkeämmäksi.

Ikääntyneistä yli 65-vuotiaista noin 6,2 prosenttia ovat säännöllisessä kotihoitossa. Yli 75-vuotiaista 12 prosenttia saa säännöllistä kotihoitoa, tämä osuus on noussut viimeisen kahden vuoden ajanjaksolla noin kaksi prosenttia. Tilastoissa näkyy myös selvä nousu runsaasti käyntejä vaativien asiakkaiden määrässä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Kotihoidon piirissä on kokonaisuudessaan yli 25 prosenttia ikääntyneistä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 23). Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa ehdotetaan palvelurakenteen muuttamista siten, että kotona asumista tuetaan enemmän ja laitospaikoista tingitään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 9).

### 3.3 Ravinto

Ravinnosta saadaan energiaa ja ravintoaineita. Energian lähteinä toimivat ravintoaineet ovat hiilihydraatit, proteiinit ja rasvat. Muut ravintoaineet ovat vitamiinit ja kivennäisaineet.

Ravintoa, ravinnontarvetta, ravinnonsaantia ja ravitsemustilaa käsiteltäessä on aina tärkeää muistaa yksilöllisyys (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9). Kahden yksilön väliset eroavaisuudet esimerkiksi liikuntatottumuksissa luovat jo yksistään merkittävän eron energiantarpeeseen.

Hiilihydraattien tulisi muodostaa 45–60 prosenttia päivittäisestä energiansaannista, mikä tekee siitä ihmisen pääasiallisen ravinnonlähteen. Näiden laatuun tulee kiinnittää huomiota, hyviä lähteitä ovat kasvikset, marjat, hedelmät ja täysjyväviljavalmistet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 25.) Hiilihydraattien pääasiallinen tehtävä on toimia solujen energianlähteenä (Mutanen & Voutilainen 2012, 42).

Proteiinien tulisi muodostaa 10–20 prosenttia päivittäisestä energiansaannista. Ikääntyneelle suositusten prosentit ovat 15–20. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 25.) Proteiineilla on elimistössä useita tehtäviä kuten uusien proteiinien, energian ja glukoosin tuotto. Ne toimivat elimistön rakennusaineina ja muodostavat osan immuunipuolustuksesta. (Mutanen & Voutilainen 2012, 68.)

Rasvojen tulisi muodostaa 25–40 prosenttia päivittäisestä energiansaannista. Rasvojen laatuun tulee kiinnittää erityistä huomiota, pääosa rasvoista tulisi saada kasvislähteistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 25.) Rasvat toimivat energialähteenä ja -varastona. Niillä on tärkeitä rakenteellisia tehtäviä ja ne osallistuvat elimistön toiminnan säätelyyn. Rasvat jaetaan hyviin ja huonoihin rasvoihin eli tyydyttymättömiin ja tyydyttyneisiin. Tyydyttymättömien rasvojen osuus tulisi olla vähintään kaksi kolmasosaa päivittäisestä rasvan määrästä. (Mutanen & Voutilainen 2012, 61.)

Elintoimintojen ylläpitämiseksi ravinnosta tulee saada myös riittävästi vitamiineja ja kivennäisaineita. Tarve on yksilöllinen, mutta suomalaisissa ravitsemussuosituksissa on kuitenkin määritelty saantisuosituksia, jotka tyydyttävät tarpeen suurimmalla osalla väestöstä. Useiden vitamiinien ja kivennäisaineiden vähäisen saannin on todettu vaikuttavan lisäävästi pitkäsaikaissairauksien riskiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 26.) D-vitamiinin saantisuositus on Suomessa tällä hetkellä kymmenen mikrogrammaa vuorokaudessa kaikille muille ikäryhmille paitsi ikääntyneille, joille suositellaan 20 mikrogrammaa vuorokaudessa. D-vitamiinilisän suhteen vaihtelua suosituksissa on enemmän. Aikuisille suositellaan kymmenen mikrogramman lisää vuorokaudessa lokakuusta maaliskuun ajan, ikääntyneille 20 mikrogrammaa vuorokaudessa ympäri vuoden. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 27.)

Nesteen tarve on yksilöllistä ja riippuu hyvin paljon fyysisestä aktiivisuudesta sekä terveydentilasta. Ravitsemussuositusten ohjeistama nesteen määrä on 1-1,5 litraa nestettä ruoan sisältämän nesteen lisäksi. Janojuomaksi suositellaan vettä. Täysmehuja suositellaan yksi lasillinen päivässä aterian yhteydessä. Sokeeroituja mehuja tai virvoitusjuomia ei suositella säännöllisesti käytettäviksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 23.)

Normaalipaino määritellään painoindeksin kautta. Painoindeksin tulisi olla alueella 18,5–25 kg/m<sup>2</sup>, jolloin ihminen määritellään normaalipainoiseksi. Tämän alueen on todettu olevan terveyden kannalta optimaalisin. (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus 2013, 3.) Ikääntyneelle kuitenkin suositellaan painoindeksiksi 24–29 kg/m<sup>2</sup>. Painoindeksin ollessa ikääntyneellä alle 24 lisääntyy sairastuvuus huomattavasti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30.)

Monipuolinen ruokavalio koostuu useasta eri ruoka-aineesta, mikä mahdollistaa vaihtelevuuden päivittäisessä ruokavaliossa. Kasvikset, marjat ja hedelmät tuovat ruokavalioon hiilihydraatteja, kuitua, hyviä rasvoja, vitamiineja ja proteiinia. Kasvikunnan tuotteita tulisi syödä puoli kiloa päivässä, osan voi nauttia kypsentämättöminä. Viljavalmistet ja peruna toimivat kuitujen ja hiilihydraattien lähteenä. Miehillä suositellaan päivittäismääräksi yhdeksää annosta ja naisille kuutta annosta viljavalmisteita. Yksi annos vastaa yhtä desilitraa keitettyä täysjyväpastaa, -ohraa, -riisiä tai yhtä leipäviipaletta. Maitovalmistet toimivat proteiinin, kalsiumin, jodin ja vitamiinien lähteenä, erityisesti D-vitamiinin lähteenä ne ovat hyviä. Päivittäiseen ruokavalioon tulisi sisältyä noin kuusi desilitraa maitovalmisteita. Ruokavalion tulisi sisältää lihavalmisteita ja punaista lihaa enimmillään 500 grammaa viikossa. Kalaa tulisi syödä kahdesta kolmeen kertaa viikossa, koska se sisältää runsaasti hyviä rasvoja. Siipikarjan vähärasvaista lihaa tulee suosia punaisen lihan sijaan. Ravintorasvoilla tarkoitetaan ruoanvalmistuksessa käytettäviä tai ruokaan lisättäviä rasvoja. Kasvirasvoja tulee suosia, ja siksi Suomessa suositellaan rypsi- ja rapsiöljyjen käyttöä. Leivän päällä käytettävän levitteen olisi hyvä sisältää vähintään 60 prosenttia kasviöljyä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 21.)

Hyvä malli koostaa ateriat on niin kutsuttu lautasmalli. Tässä mallissa puolet lautasesta täytetään kasviksilla, raasteilla tai lämpimillä kasvislisäkkeillä. Perunan, pastan, riisin tai muun viljalisäkkeen osuus annoksesta on noin neljännes. Loppu neljännes täytetään lihalla, kanalla tai kalalla. Ruokajuomaksi suositellaan käytettäväksi rasvatonta maitoa tai piimää. Suositukseen kuuluu myös viipale täysjyväleipää, jonka päällä on kasvirasvaveitettä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 20.)

Yksittäisen aterian koostamisen lisäksi huomiota tulee myös kiinnittää ravinnonsaannin jakamiseen vuorokauden ajalle. Säännöllisen ateriarhythmin on todettu tasaavan verensokeripitoisuutta, hillitsevän nälän tunnetta ja suojaavan hampaita reikiintymiseltä. Ateriarhythmin säännöllisyys tukee myös painonhallintaa, koska se vähentää napostelun tarvetta ja ruoan ahmimista. Säännöllisen ateriarhythmin tulisi koostua aamupalasta, lounaasta, välipalasta, päivällisestä ja iltapalasta. Ikääntyneille säännöllisyys ja useat ateriat päivässä ovat tärkeitä, koska heidän ruokahalunsa voi olla heikentynyt ja suuret ateriakoot ovat tästä syystä ongelmallisia. Tärkeä erityishuomio on, että ikääntyneiden yöpaaston ei tulisi kestää yli yhtätoista tuntia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 24.)

### 3.4 Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Yksilön terveyden ja hyvinvoinnin voidaan katsoa koostuvan useammasta eri elementistä. Ikääntyneille yksi tärkeimmistä tekijöistä on ravitsemustila. Ravitsemustilan muutokset altistavat ikääntyneen muille sairauksille ja toimintakyvyn heikkenemiselle. Virheellisestä ravitsemuksesta aiheutuvat seuraukset ovat monialaisia. Vastustuskyky heikkenee ja henkilö on alttiimpi infektioille, jonka seurauksena sairastuvuus lisääntyy. Lihaskato kiihtyy, jonka seurauksena liikkuminen hankaloituu, kehonhallinta heikkenee ja kaatumisherkyys kasvaa, jonka seurauksena murtumat lisääntyvät. Edellä mainitut esimerkit aiheuttavat lisääntyntä terveyspalvelujen käyttöä, joka kasvattaa yhteiskunnan kuormitusta. Ravitsemustilalla on todettu olevan yhteys myös muihin tekijöihin, kuten dep-

ressioon ja apatiaan, mutta näistä tarvitaan lisätutkimusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14.)

Päivittäisen energiansaannin tulee olla kulutuksen kanssa tasapainossa. Mikäli energiansaanti ylittää perusaineenvaihdunnan ja kulutuksen summan kertyy ylimääräisiä kaloreita. Energiansaannin jäädessä perusaineenvaihdunnan ja kulutuksen summan alapuolelle on riski aliravitsemukseen. Energiatasapainoa arvioidessa tulee tietää henkilön perusaineenvaihdunta (PAV), joka on 20 kilokaloria kerrottuna kehonpaino kilogrammoina. Jotta päivittäinen ravintoaineiden saanti voidaan taata, tulee ruokavalion olla monipuolinen ja energiansaannin olla arviolta vähintään 1500 kilokaloria vuorokaudessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 14.)

Yksilön energiantarvetta arvioitaessa tulee aina ottaa huomioon perusaineenvaihdunnan lisäksi aktiviteetti. Tämä vaihtelee elintavoista, tottumuksista, sairauksista ja sen hetkisestä toimintakyvystä riippuen. Ikääntyneen ravitsemus-suosituksessa on esitetty yksinkertaistetut kaavat energiantarpeen laskemiseksi vuodepotilaalle, liikkeellä olevalle ja paljon liikkuvalla tai sairaudesta toipuvalla. Vuodepotilaalle katsotaan energiantarpeeksi PAV + 30 prosenttia, joka on 26 kilokaloria painokiloa kohden. Liikkeellä olevalle energiantarve on PAV + 50 prosenttia, joka on 30 kilokaloria painokiloa kohden. Sairaudesta toipuvalla tai paljon liikkuvalla 36 kilokaloria painokiloa kohden. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 18.)

Ikääntyneiden ravitsemusta suunniteltaessa ja toteutettaessa on tärkeää huomioida ruokailutilanne kokonaisuutena. Kaikki tekijät eivät ole lautasella. Ruokailutilanteeseen vaikuttavat ympäristö, sosiaalisuus, terveydelliset tekijät, tavat, mieltymykset ja tottumukset. Näiden huomiointi ikääntyneen ravitsemustilasta huolehdittaessa on tärkeää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 26.)

Ikääntyneellä suun terveys vaikuttaa merkittävästi ravitsemustilaan. Ravinnon monipuolisuus voi kärsiä suun huonon terveydentilan johdosta. Toisaalta myös heikentynyt ravitsemustila voi aiheuttaa ongelmia suun alueella. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 45.)

Alkoholin käyttöä ei suositella, joten sen käyttöä tulisi rajoittaa. Ikääntymisen aiheuttaman aineenvaihdunnan hidastumisen seurauksena alkoholin haittavaikutukset korostuvat. Myös sairaudet ja lääkitykset altistavat alkoholin haittavaikutuksille, toisaalta alkoholi voi vaikuttaa sairauteen tai lääkitykseen haitallisesti. Ikääntyneelle suositellaan maksimissaan seitsemää annosta viikossa ja korkeintaan yhtä päivässä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 44.)

### 3.5 Ravitsemussuositukset ikääntyneiden erityisryhmille

Hyväkuntoisella ikääntyneellä tarkoitetaan henkilöä, jonka toimintakyky mahdollistaa kotona asumisen ilman ulkopuolista apua. Hänellä voi olla lieviä pitkäaikaisairauksia ja näihin lääkehoito. Ravitsemustilassa ei ole suurempia puutteita. Kotona asuvista virhe- tai aliravitsemuksesta kärsii noin 2,5 prosenttia. Huomiota ravitsemuksessa tulee kiinnittää energiansaannin ja -kulutuksen väliseen tasapainoon. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 19.)

Seuraavana ryhmänä ovat kotona asuvat, monisairaavat ja toiminnanrajoitteiset ikääntyneet, joilla ei vielä ole kotihoidon tarvetta. Huomion pääpainon tulee olla yhä energiansaannin ja -kulutuksen välisessä tasapainossa. Lisääntyneen virhe- tai aliravitsemusriskin vuoksi punnitus kerran kuukaudessa on suositeltavaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 19.)

Kolmantena erityisryhmänä ovat kotihoidon asiakkaat, jotka tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa. He kärsivät useasta sairaudesta ja lisäksi muistin heikkenemisestä, toistuvista sairasteluista ja sairaalajaksoista. Vähäinen osa tästä ryhmästä kärsii jo virheravitsemuksesta. Riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi tulee suunnitella päivittäisen ruokailun toteutus. Kuukausittainen punnitus on suositeltavaa myös tässä ryhmässä. Kertyneen ylipainon pudottaminen ei ole suositeltavaa, mutta painon kertymisen ehkäisy on. Kotihoidon asiakkaina olevista kärsii vajaa 10 prosenttia virhe- tai aliravitsemuksesta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 19.)

Neljäntenä erityisryhmänä ovat akuutisti sairaat ikääntyneet. Heillä on usein jo sairaalaan tullessa heikentynyt ravitsemustila. Nestetasapainoon tulisi erityisesti

kiinnittää huomiota. Tilanteeseen olisi hyvä puuttua välittömästi ja mahdollisen sairaalaan jäämisen alussa tarkastella asiaa lähemmin. Punnitus on suositeltua kerran viikossa ja ruokavalion tehostaminen sairaudesta johtuen ja sairaalaan joutumista edeltävän tilanteen vuoksi voi olla tarpeellista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 25.)

Viimeisenä erityisryhmänä ovat ympärivuorokautisessa hoidossa olevat. Virhe- ja aliravitsemuksen yleisyys on kasvanut 21–23 prosenttiin. Muistisairaudet ja avuntarve päivittäisissä toiminnoissa ovat yleisiä, osa on vuodepotilaita. Heidän ravinnonsaantinsa kannalta tärkeimpiä tekijöitä ovat ruokailutilanteeseen liittyvät tekijät, ruokailu ympäristö ja avuntarpeen huomiointi. Tavallisimpia sairauksia tässä ryhmässä ovat sydän- ja verenkiertosairaudet, aivohalvaus, Alzheimerin tauti ja traumat, myös monisairastavuus ja runsas lääkitys ovat yleisiä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 19.)



## 4 MUISTI

### 4.1 Ikääntyneen muisti

Kognitiivisiin toimintoihin katsotaan kuuluvan esimerkiksi havaitseminen, muisti, kielellinen ajattelu ja päättely. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon käsittelyyn liittyviä ajattelun toimintoja, nämä voidaan jakaa muistiin ja tiedonkäsittelyyn. (Soininen & Hänninen, 2010, 76.) Nämä toiminnot vaikuttavat jokapäiväiseen arjessa selviytymiseen. Toiminnot kehittyvät yksilöllisesti ja osa-alueet korostuvat jokaisen yksilön kohdalla erilailla. (Hämäläinen, 2013, 5.)

Muisti voidaan jakaa kahteen osaan, lyhyt- ja pitkäkestoiseen muistiin. Lyhytkestoinen muisti on hyvin rajallinen, sen varastointikapasiteetti on pieni ja kestää sekunneista muutamaan minuuttiin. Toiminta alkaa kehon vastaanottaessa aistihavainnon. Jo muutamassa sekunnissa, havainnon tarpeellisuuden mukaan, päätämme tarvitaanko tietoa vai ei. (Tanila 2014, 3451.)

Pitkäkestoiseen muistiin tallentuvat lyhytkestoisen muistin kautta tarpeelliseksi koetut tiedot. Pitkäkestoinen muisti ei ole ikuinen, tiedot säilyvät siellä tunneista vuosiin, myös elinikäiset muistot säilyvät täällä. Kaikki vastaanotettu tieto ei pitkäkestoiseen muistiin tallennu, aivoissa tapahtuvan tahdosta riippumattoman prosessin myötä osa tiedoista karsiutuu pois. Tieto, joka yleensä muistiin tallentuu, on yksilön näkökulmasta uutta ja kiintoisaa. Voimakkaat tunnesiteet asiaan kasvattavat muistamisen todennäköisyyttä. (Tanila 2014, 3451.)

Normaalin ikääntymisen seurauksena kognitiivisissa toiminnoissa aiheutuu heikkenemistä. Muutokset ovat yksilöllisiä ja niiden voimakkuus vaihtelee. Nämä muutokset voivat muistuttaa vakavista aivovammoista kärsivien oireita. (Soininen & Hänninen 2006, 82.)

Joustavissa toiminnoissa, kuten uuden oppimisessa ja prosessoinnin nopeudessa, tapahtuu heikentymistä. Sen sijaan jo opittuihin tietoihin ja ymmärrykseen pohjautuvat toiminnot, eli kiteytyneet toiminnot, säilyvät. (Soininen & Hänninen 2006, 82.)

## 4.2 Muistisairaudet

Muistisairaus on sairaus, joka heikentää muistia, tiedonkäsittelyä, kielellisiä toimintoja ja toiminnanohjausta. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairaudet, Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 4.)

Alzheimerin taudin syytä ei täysin tiedetä. Riskitekijöinä ovat perinnöllisyys, ikääntyminen, alhainen koulutustaso, sosiaaliset syyt ja ympäristötekijät. Tauti etenee vaiheittain, hitaasti ja tasaisesti. Se on aivoja rappeuttava ja vaikuttaa muistitoimintoihin, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen. (Iivanainen, Jauhainen & Syväoja 2010, 119.)

Aivoverenkiertohäiriö voi johtua sairaudesta tai traumasta. Heikentynyt verenkierto aivojen alueella aiheuttaa hapenpuutteen aivokudokseen, mikä pitkittyessään johtaa kudoksen tuhoutumiseen. Seuraukset riippuvat vaurion laajuudesta ja sijainnista. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena voi olla voimakas lasku toimintakyvyssä ja riski saada muistisairaus. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 14.)

Lewyn kappale -tauti on aivoja rappeuttava tauti, jonka syntymekanismi on epäselvä. Se aiheuttaa vaurioita hermojärjestelmässä siten, että dopamiinieritys heikkenee. Taudin alkuvaiheessa on havaittavissa kognitiivisen tason laskua. Tyypillisiä oireita ovat Parkinsonin taudin oireiden kaltaiset liikevaikeudet, kaa-tuilu, muistihäiriöt, kognitiiviset häiriöt, sekavuustilat ja näköharhat. Muistihäiriöt ja toimintakyky vaihtelevat suuresti päivittäin. Oireet taudissa pahenevat vähitellen. (Koponen & Sulkava 2011, 389.)

Parkinsonin taudissa tuhoutuu aivojen hermosoluja, joka johtaa dopamiinin puutteeseen. Taudin kulku on hidas ja oireet pahenevat ajan kuluessa. Taudin oireet ovat laaja-alaisia, keskittyen pääosin liikkeiden hidastumiseen ja jäykistymiseen. Taudissa ilmenee myös kognitiivisia oireita, kuten toiminnanohjauksen ongelmat, muistin sekä hahmottamiskyvyn häiriöt, tiedonkäsittelyn hidastuminen ja heikentynyt ongelmanratkaisukyky. (Rinne 2006, 177.)

Dementia ei ole sairaus, vaan oireyhtymä. Diagnoosina se tarkoittaa, että henkilöllä on useampi kuin yksi kognitiivista toimintaa heikentävä tekijä. Henkilön päivittäisissä toiminnoissa, työssä pärjäämisessä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä on havaittavissa heikentymää aiempaan verrattuna. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 5.)

#### 4.3 Ravinnon vaikutus muistiin ja muistisairauksiin

Tutkimuksen mukaan ravitsemustilalla on selkeä vaikutus ihmisen kognitiiviseen toimintakykyyn ja sen mahdollisiin muutoksiin. Oikealla ravitsemuksella voidaan mahdollisesti ehkäistä muistisairauksia tai vaikuttaa niiden kulkuun. (Phillips 2012, 465; Ogawa 2014, 19.)

Muistisairautta sairastavista ikääntyneistä 15 prosenttia kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 19). Muistisairauden ensioireina ennen diagnoosia on useassa tapauksessa tahaton painonlasku (Suominen ym. 2012, 172).

Muistisairauksien syntyyn ja kehitykseen vaikuttavat osin myös muut sairaudet. Puuttamalla näihin sairauksiin voidaan saada aikaan ehkäisevä tai hidastava vaikutus muistisairauteen. Sydän- ja verisuonitaudit nostavat riskiä muistisairaudelle, näin ollen huolehtimalla sydäimestä ja verisuonista huolehditaan myös aivojen hyvinvoinnista. Muistisairauksien todennäköisyyttä voidaan arvioida keski-iässä. Huomioitavia asioita arvioinnissa ovat ikä, koulutusaika, sukupuoli, verenpaine, painoindeksi, kokonaiskolesteroliarvo ja liikunta. Monipuolinen ruokavalio on keskeisessä asemassa muistisairauksien ehkäisyssä. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 6.)

Ikääntyneen ravitsemustilan arvioinnissa on validoitu MNA-testi osoittautunut hyväksi, luotettavaksi ja toimivaksi työkaluksi, joka kertoo virheravitsemuksesta jo ennen painonmuutosta. Se toimii parempana indikaattorina virheravitsemuksen suhteen kuin painoindeksi, painon lasku tai energiansaanti. (Chien & Guo 2014, 2.) Tutkimuksen mukaan se soveltuu iäkkään ravitsemustilan arviointiin, niin omaisen kuin hoitohenkilökunnan avulla täytettynä. Etenkin muistisairaiden

ja muista kognitiivisista ongelmista kärsivien kohdalla on huomattu omaisten ja läheisten täyttämä MNA-testi käyttökelpoiseksi ravitsemustilan arvioinnissa. (Nuotio ym. 2009, 2675.) Erään tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairaanhoidossa hoitajat tunnistivat vain noin neljäsosan MNA-testin mukaan virheravituista potilaista (Suominen ym. 2012, 172.)

Saksassa vuonna 2008 tehty tutkimus, lähestyi ravitsemuksen ja muistin suhdetta uudesta suunnasta. Aiempien eläinkokeiden perusteella pidettiin mahdollisena, että kalorirajoitteinen tai rasvojen laatua parantava ruokavalio ehkäisisi kognitiivisia ongelmia ikääntyneillä. Tutkimuksessa muodostettiin kaksi ikääntyneiden ryhmää, jossa ensimmäisessä vähennettiin kalorisaantia 30 prosenttia aiemmasta, niin että kuitenkin minimi saanti oli 1200 kilokaloria päivässä. Toisessa ryhmässä rasvan kokonaismäärää ei muutettu, mutta tyydyttymättömän rasvan määrää pyrittiin nostamaan 20 prosenttia aiempaan nähden. Tutkimustuloksissa kalorirajoitteinen ruokavalio näytti parantavan ikääntyneen muistia ja vaikuttavan hyödyllisesti aivojen ikääntymiseen. (Witte ym. 2009, 1255.)

Yhdysvaltalainen vuonna 2008 tehty tutkimus tarkasteli D-vitamiinin yhteyttä kognitiivisiin toimintoihin kotihoidon piirissä olevilla ikääntyneillä. Aiempi tutkimustieto oli osoittanut D-vitamiinin puutteen olevan yhteydessä huonompaan kognitiiviseen suorituskyykyyn ja toinen vanhempi tutkimus osoitti puutteen olevan yhteydessä alempaan MMSE-testi tulokseen. Tämä tutkimus löysi yhteyden D-vitamiinipitoisuuksien ja kognitiivisten toimintojen, kuten suunnitelmallisuuden, ongelmanratkaisun ja jäsentelyn välillä. Muistin ja D-vitamiinin osalta samanlaista yhteyttä tutkimus ei osoittanut. Tutkimus osoitti, että 800–1000 kansainvälistä yksikköä D-vitamiinia vuorokaudessa riittäisi pitämään D-vitamiinipitoisuuden veressä sillä tasolla, että tutkimuksen osoittamat suotuisat vaikutukset ilmenisivät. (Buell ym. 2009, 888.) 800–1000 kansainvälistä yksikköä vastaa 20–25 mikrogrammaa D-vitamiinia (Paakkari 2013).

Saksalainen, *Neuroepidemiology* –lehdessä vuonna 2008 julkaistu artikkeli, *Lifestyle and memory in the elderly*, tutki elämäntapojen vaikutusta muistitoimintoihin ikääntyneillä. Tutkimuksessa laskettiin elämäntapaindeksi, joka muodostui liikuntatottumuksista, ruokavaliosta, painoindexistä, tupakoinnista ja alkoholo-

linkäytöstä. Laskettuja indeksejä verrattiin tehtyjen muistitestien tuloksiin. Terveelliset elämäntavat olivat yhteydessä parempaan muistitestin tulokseen. Tutkimus osoitti myös, että useamman tekijän yhtenäinen tarkastelu ennakoi muistitoimintojen muutoksia paremmin kuin yksittäiset tekijät. (Flöel ym. 2008, 39.)

## 5 IKÄÄNTYVÄ OPPIJANA

Oppiminen on tärkeää ikääntyneelle, se on omalla tavallaan edellytys onnelliseen vanhuuteen. Ikääntyneen oppimisen keskeisimpiä tekijöitä ovat motivaatio uuden oppimiseen ja uuden tiedon yhdistäminen aiempaan tietoon. Ikääntyneen oma kokemus ja näkemys kyvyistään vaikuttavat oppimisessa erityisesti motivaatioon. Ikääntymisen tuomien muutosten hyväksyminen luo oppimiselle paremmat mahdollisuudet, itseluottamus on tärkeää. Opittavan asian konkreettisuus, yhdistettävyyys omaan elämään ja hankittuun kokemukseen parantavat merkittävästi oppimista. Useamman aistin yhtäaikainen käyttö voi auttaa oppimisessa. (Hervonen 1996, 196.)

Opittavan tiedon yhdistäminen isompiin, johdonmukaisiin kokonaisuuksiin auttaa muistiin tallentamisprosessissa. Niiden tallentuessa muistijärjestelmään selkeinä ja järjestelmällisinä on myös käyttöön ottaminen helpompaa. (Hervonen 1996, 202.)

Opetuksen suunnittelun ja toteutuksen sekä tavoitteiden asettelun tulisi tapahtua yhteistyössä ikääntyneen oppijan kanssa. Heidän laajan kokemuspohjansa hyödyntäminen on jokaisessa vaiheessa tärkeää. Palaute on myös tärkeässä asemassa oppimista ajatellen, sen tulisi olla rakentavaa ja jatkuvaa. Palaute auttaa rakentamaan ja ylläpitämään motivaatiota sekä jäsentelemään opittua asiaa. Opiskeltavan asian mielekkyys auttaa asian oppimisessa. Hyväksi havaittu keino muistitoimintojen kehittämisessä ja ylläpitämisessä on muistin harjoittaminen. Tähän on keinona esimerkiksi muistipelit ja muistijummat. (Hervonen 1996, 204.)

Tutkimus ikääntyneen oppimisesta, joka on tehty osana pro gradu -tutkielmaa osoittaa, että ikääntyminen vaikuttaa oppimiseen. Tutkimuksessa ikääntyneet kokivat ikääntymisen oppimisen kannalta pääsääntöisesti myönteisenä asiana. Muistin heikkeneminen ja tietotekniikan lisääntyvä käyttö koettiin huolena. Positiivisina asioina oppimisen kannalta tutkimus toi ilmi ryhmässä oppimisen ja uuden asian yhdistämisen jo opittuun tietoon sekä elämäkokemuksiin. Oppimi-

nen myöhemmällä iällä koettiin mielekkääksi, koska siihen ei ole pakkoa. Tästä johtuen asenne oppimiseen kuvailtiin rennoksi. (Hellsten 2012, 57.)

Aktivoiva luento poikkeaa perinteisestä luennosta käsitellen oppimista aktiivisena prosessina ja edistää oppimista luomalla vuorovaikutteisen oppimistilanteen. Aktivoivassa luennossa viedään perinteistä luentoa eteenpäin yhdistäen siihen muita oppimismenetelmiä. Aktivoiva luento koostuu useasta eri oppimismenetelmästä esimerkiksi havainnollistavat videot ja porinaryhmät, joissa asioista keskustellaan muutaman henkilön ryhmissä. Oppimistavoitteita voi olla runsaasti ja ne tulisi yhdistellä siten, että ne etenevät järkevästi, luoden yhtenäisen kokonaisuuden. Aktivoivilla kysymyksillä pyritään edistämään vuorovaikutteisuutta, oppijan oman osaamisen hyödyntämistä ja asian yhdistämistä isompaan kokonaisuuteen. (Tevere 2012.)

## 6 HOITOHENKILÖKUNTA IKÄÄNTYNEEN OMAHOIDON EDISTÄJÄNÄ

### 6.1 Potilasohjaus

Potilasohjaus pyrkii edistämään asiakkaan oma-aloitteisuutta ja kykyä parantaa elämänlaatuaan haluamallaan tavalla. Ohjauksessa hoitajan ei tulisi antaa potilaalle ikinä valmiita ratkaisuja vaan pikemminkin vaihtoehtoja, joiden pohjalta potilas voisi itse ratkaista käsillä olevan ongelman. Hoitajan tuki tälle päätöksentekoprosessille on tärkeä. Ohjauksen tulisi olla normaalia keskustelua suunnitelmua ja sisältää tietoa ongelmasta. Huomioitavaa on se, että tuloksellinen ohjaus saattaa vaatia useita ohjauskertoja. Hyvän ohjaussuhteen tunnusmerkkejä ovat tasa-arvoisuus ja vuorovaikutus. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Ohjauksessa tulee ottaa huomioon ohjauksen eri osa-alueet, jotta se olisi tuloksasta. Näitä ovat asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

Asiakkaan ja hoitajan taustatekijöillä tarkoitetaan fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja muita ympäristöön liittyviä taustatekijöitä. Fyysiset taustatekijät, jotka vaikuttavat ohjaukseen, ovat muun muassa ikä, sukupuoli, sairaudet ja yleinen terveydentila. Ikääntyneillä fyysiset rajoitukset nousevat erityiseksi huolenaiheeksi ohjausta suunniteltaessa. Mahdollisen sairauden luonne vaikuttaa ohjauksen suunnitteluun huomattavasti, järjestetäänkö ohjausta vain kerran vai useammin. On tärkeää miettiä sitä, mitä käsitellään ohjauksessa ensimmäisenä ja mitä voidaan ottaa käsittelyyn vähitellen. (Kyngäs ym. 2007, 30.)

Psyykkiset taustatekijät, jotka vaikuttavat ohjaukseen, ovat potilaan käsitys omasta terveydentilastaan, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, tarpeet, oppimistavat, oppimisvalmiudet ja motivaatio. Potilaan motivaatiolla on kriittinen suhde ohjauksen tuloksellisuuteen, ilman sitä ohjaus on käytännössä turhaa. Hyvää ohjausta antavan hoitajan on kuitenkin mahdollista herättää motivoitumattomassa potilaassa motivaatiota perustellen ohjauksen tärkeyttä poti-



laan elämänlaadulle. Asiakkaan uskomukset ja mieltymykset esimerkiksi lääketietyksen suhteen voivat aiheuttaa sen, että ohjaus jää tuloksettomaksi. Tällöin koko hoitoon osallistuvat henkilöstön pitää pyrkiä korjaamaan potilaan uskomuksia ja käsityksiä. Potilaan ja hoitajan käsitykset ohjaustarpeesta voivat poiketa toisistaan, joten niistä keskusteleminen ja niiden yhdessä päättäminen ovat tärkeitä. (Kyngäs ym. 2007, 32.)

Sosiaalisilla taustatekijöillä tarkoitetaan niitä tekijöitä, jotka ovat muokanneet hoitajan ja potilaan sellaisiksi ihmisiksi kuin he ovat. Näitä ovat esimerkiksi kulttuuri, uskonto ja eettiset arvot. Arvot ovat osa jokaisen ihmisen maailmankatsomusta, joten ne vaikuttavat myös siihen, miten kumpikin osapuoli käsittelee ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Erityisesti kulttuuriin ja uskontoon liittyvät arvot ja tabut pitäisi huomioida ohjauksessa niin hyvin kuin se on mahdollista. (Kyngäs ym. 2007, 34.)

Muut ympäristöön liittyvät taustatekijät ovat esimerkiksi hoitotyön kulttuuri ja toimintaympäristö, jossa ohjaustilanne toteutetaan. Ympäristön ensivaikutelma merkitsee potilaille paljon, yleinen siisteys ja ilmapiiri vaikuttavat näin ollen potilaan odotuksiin jo ennen ensimmäistäkään hoitokontaktia. Paras mahdollinen ympäristö ohjaukselle on tila, jossa ohjausta voidaan antaa kenenkään keskeyttämättä ja jossa on ohjaukselle tarpeelliset tarvikkeet saatavilla. Ilmapiirin osalta pahin mahdollinen ohjaustilanteen vihollinen on kiire. Sillä on vaikutusta niin ohjauksen suunnitteluun kuin ohjaustilanteessa vuorovaikutuksen laatuun. Sen poistamisella ohjaustilanteesta voidaan vaikuttaa potilaan luottamukseen ohjaajaa kohtaan ja pohjustaa hyvää vuorovaikutuksellista ohjaussuhdetta. (Kyngäs ym. 2007, 36.) Tilan tulisi olla rauhallinen ja mukavuustekijöiltään, kuten valaistukseltaan hyvä (Isola ym. 2009, 183; Isola ym. 2007, 53).

Ohjaussuhteen täytyy olla vuorovaikutteista. Tämä tarkoittaa, että ohjaus etenee tavoitetta kohden niin sanallisen kuin sanattomankin viestinnän avulla. Sanallisen viestinnän osalta tämä tarkoittaa sitä, että molemmat osapuolet puhuvat samaa kieltä, ymmärtävät asiat samalla tavalla ja pääsevät yhteisymmärrykseen asioista. Täytyy kuitenkin muistaa, että kaikissa ohjaussuhteissa tähän tilanteeseen ei päästä. Sanallisen viestinnän osuus kommunikoinnistamme on

pieni ja tästä syystä viestinnän selkeys ja yksiselitteisyys ovat tärkeitä huomion kohteita. Vuorovaikutteisen ohjaussuhteen rakentamisen lähtökohtia ovat molempien osapuolien taustatekijöiden huomioiminen viestinnässä. Tärkeintä olisi muistaa se, että potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ammattinsa asiantuntija. (Kyngäs ym. 2007, 38.) läkkäiden saaman ohjauksen laadussa ja onnistumisessa näyttelee hoitaja keskeistä roolia. Hoitajan omat ohjausvalmiudet ja kyky huomioida iäkkään mahdolliset rajoitteet vaikuttavat ohjauksen laatuun. (Isola ym. 2007, 53.)

Potilasohjauksella on aina tavoite, jonka suhteen ohjaaja sekä potilas ovat aktiivisia. Hoitajalla on ammattinsa puolesta vastuu siitä, että ohjaus toteutetaan siten, että asiakas sen varmasti ymmärtää. Vaikkakin tavoite on yhteinen, on potilaalla oikeus ilmaista ristiriitaisia tunteita ohjauksen kohden. Hoitajan tavoite potilasohjauksessa on, että potilas itse ottaisi vastuuta hyvinvoinnistaan. Tilanteissa joissa ohjattava on passiivinen, hoitajan tavoitteeksi jää niiden asioiden läpikäyminen, jotka ovat ohjauksen kannalta ehdottoman välttämättömiä. (Kyngäs ym. 2007, 41.)

## 6.2 Potilasohjauksen vaikuttavuus hoitotyössä

Onnistunut ohjaus edistää yksilön terveyttä ja hyvinvointia. Se vaikuttaa edistävästi useaan elämisen osa-alueeseen, kuten kotona selviytymiseen, hoitoon sitoutumiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon. Potilaan tiedon määrä ohjattavan asian suhteen kasvaa ja tällä on myönteinen vaikutus hoitoon liittyvien asioiden ymmärtämisessä. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella yksilön näkökulmasta ja yhteisönäkökulmasta. Yksilön näkökulmasta tarkkaillaan yksilön kokemusta ohjauksesta ja yhteisönäkökulmassa puolestaan suurempien kokonaisuuksien kannalta, kuten yhteiskunnallisten hyötyjen suhteen. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Vaikuttavan ohjauksen tunnusmerkkejä ovat ohjauksen perustuminen asiakkaan omaan arviointiin, yhdessä asetetut tavoitteet, sopivien ratkaisumallien huolellinen etsiminen, eri ohjausmenetelmien yhdistäminen, erilaisten interven-

tioiden hyödyntäminen, sosiaalinen tuki asiantuntijoilta sekä ulkopuolisilta. Ohjaus on osa organisaation perustehtävää ja ohjauksen onnistumisen seuraamista. (Kyngäs ym. 2007, 147.)

Vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen iäkkäiden kokemuksista saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa tulokset osoittivat iäkkäiden potilaiden olevan pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Puutteita nähtiin olevan ohjaustilanteen kannustavuudessa ja yksilöllisyydessä. Ohjausmenetelmien ja -materiaalien käyttöön toivottiin monipuolisuutta, ikääntymisen aiheuttamat muutokset ja rajoitteet jäivät osin huomioimatta. Ohjaus oli ollut sairaus- ja hoitotoimenpidepainotteista. Iäkkäät kokivat tarvitsevänsä enemmän omien ja omaisten tunteiden käsittelyä. Potilaan kuuntelu oli joissain tilanteissa jäänyt liian vähäiseksi. (Isola ym. 2007, 59.) Tutkimus oli tehty erikoissairaanhoidossa, katsomme sen kuitenkin kuvaavan ikääntyneiden toiveita ohjaukseen liittyen ja näin sopivan käytettäväksi opinnäytetyössämme.

## 7 EMPIIRINEN TOTEUTUS

### 7.1 Tiedonhaun prosessi ja kirjallisuuteen perehtyminen

Tiedonhaku ja kirjallisuuteen perehtyminen lähti käyntiin tarpeesta selvittää suomalaiset ravitsemussuositukset valtaväestölle ja ikääntyneille. Nämä suositukset etsimme käsihaulla internetistä. Lähteiksi valikoituivat myös laadukasta hoitotyötä edistävät Käypähoito -suositukset. Tietokannat, joita käytimme lähteiden valinnassa, olivat PubMed, Medic ja Cinahl. Yleisimmät hakusanat ja näistä muodostetut yhdistelmät tietokantojen hauissa olivat "old age", "elderly", "aged", "nutrition", "dietary", "cognitive function" ja "memory". Emme käyttäneet yhtenäisiä rajoituksia tietokantahauissa. Käytimme tiedonhankintaan myös käsihakua internetistä, samoja hakusanoja hyödyntäen. Käytimme tiedonhakuun myös kirjaston palveluja ja saimmekin runsaasti materiaalia kirjallisuudesta.

### 7.2 Koulutusmateriaalin ja -tilaisuuden suunnittelu

Koulutustilaisuuden suunnittelu alkoi syksyllä 2014 saatuaamme opinnäytetyön aiheen. Teimme syksyllä kirjallisuuskatsauksen tähtäimessä koulutustilaisuus ikääntyneille. Alkuvuodesta 2015 saimme tietää yksikön, jossa koulutustilaisuus pidetään. Sovimme tapaamisen yksikköön ja kävimme tutustumassa yksikön tiloihin, yhteyshenkilöön ja asiakaskuntaan. Yksikkö toimii päiväsaicalana, jossa tarjotaan kuntouttavaa toimintaa ikääntyneille. Yksikön asiakkaat käyvät siellä pääsääntöisesti kerran viikossa. Asiakaskunta koostuu ikääntyneistä, joiden terveydentila vaihtelee jonkin verran. Sovimme yhteyshenkilön kanssa, että yksikkö valitsee osallistuvat asiakkaat. Tapaamisessa sovimme pitävämmekoulutustilaisuuden viikon kymmenen jokaisena arkipäivänä. Tämä poikkesi alkupe- räisestä suunnitelmasta, jossa olimme ajatelleet kokeilevamme koulutusmateriaalin toimivuutta ainoastaan yhden kerran. Pitämällä koulutustilaisuuden viitenä päivänä vaihtuville ryhmille, koemme saavamme aikaan laajemmat vaikutusmahdollisuudet omalle työllemme.

Ajatuksen koulutustilaisuudesta kehittyessä laajensimme kirjallisuuskatsaus-  
tamme alkuun nähden. Hankitun tiedon pohjalta valikoitui opetusmetodiksi akti-  
voiva luento. Vuorovaikutukseen pyrkien, tulemme käyttämään aktivoivia kysy-  
myksiä ja porinaryhmiä osana tilaisuutta. Asiakaskunnan tieto-taitotason arvi-  
ointi lähtötilanteen kartoittamiseksi on tärkeää, jotta vuorovaikutus olisi oppimis-  
ta ajatellen onnistunutta. Tarpeen vaatiessa koulutustilaisuuden muovautuvuus  
avaa mahdollisuuden antaa laadukasta opetusta eritasoisille ryhmille.

Koulutusmateriaalia suunniteltaessa, ensimmäinen huomio kiinnittyi kohderyh-  
mään. Koulutusmateriaalin käytettävyyttä tulevaisuutta silmällä pitäen tulee ma-  
teriaalin olla mahdollisimman helposti muovautuva. Koulutusmateriaali pohjau-  
tuu tekemäämme kirjallisuuskatsaukseen ja muodoksi valikoitui Power Point -  
esitys. Tekstin määrä koulutusmateriaalissa on pidetty pienenä ja painotettu  
tukisanojen käyttöä. Tekstin koko on pyritty pitämään mahdollisimman suurena,  
jotta materiaali olisi helpommin luettavissa. Suunnittelimme koulutusmateriaalin  
käyttäen hyväksi aktivoivan luennon ominaispiirteitä. (Liite 1.)

### 7.3 Koulutustilaisuuden toteuttaminen

Koulutustilaisuuteen osallistui viikon aikana noin neljäkymmentä ikääntynyttä ja  
neljä hoitajaa. Koulutustilaisuuden keskimääräinen kesto oli 75 minuuttia. Ryh-  
mien aktiivisuudessa oli suuria eroja, siinä missä toisia ryhmiä piti houkutella  
osallistumaan, toisia piti hieman rajata keskustelun aiheiden suhteen.

Ennen tilaisuutta suoritimme tarvittavia valmisteluja järjestelemällä tilaa ja sää-  
tämällä videotykin käyttökuntoon. Tilan osalta voimme todeta, että videotykin  
käyttömahdollisuus on ainoa vaatimus tilaisuuden kannalta. Muilta osin olisi kyl-  
lä toivottavaa, että jokaisella osallistujalla olisi mahdollisuus istumapaikkaan  
pöydän äärellä.

Esityksen alussa kävimme läpi esityksen sisältöä ja rakennetta, jotta osallistujat  
voivat orientoitua tulevaan. Esitys jatkui osiolla lautasellinen. Tässä oli tarkoi-  
tuksena kartoittaa osallistujien ravitsemustottumuksia sekä tietämystä ja myö-  
hemmässä kohtaa mahdollistaa osallistujan itsereflektointi ravitsemuksen osal-

ta. Toteutustapana toimi kuvitteellisen lounaan kokoaminen kertakäyttölautaselle saatavilla olevista ruoka-aineista, jotka olimme tulostaneet paperille. Ruoka-aineista oli mahdollista koota lautasmallin mukainen annos. Kokoamisen jälkeen näimme mitä lautasilla oli, tätä hyödynsimme koulutuksen seuraavassa osiossa, joka käsitteli ravitsemusta ja ravintoaineita. Tässä käytimme runsaasti aktivoivia kysymyksiä vuorovaikutustilanteen edesauttamiseksi. Vasta saadun tiedon valossa kävimme läpi lautaselle kasattua lounasta yleisellä tasolla, puuttumatta yksittäisiin epäkohtiin.

Tämän jälkeen kävimme läpi lautasmallin, sen rakenteen ja eri osat. Tästä siirryimme ikääntymiseen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin kognitiivisissa toiminnoissa. Tämä osio oli suunniteltu lyhyeksi ja ytimekkääksi, pääpainon pysyessä ravitsemuksessa. Seuraavaksi toimme esille ravitsemuksen vaikutuksen kognitiivisissa toiminnoissa tapahtuviin muutoksiin. Viimeisenä osiona oli keskustelutuokio, johon olimme laatineet neljä ohjaavaa kysymystä. Tässä osiossa ryhmien väliset erot aktiivisuudessa nousivat selkeimmin esille.

#### 7.4 Koulutustilaisuuden ja koulutusmateriaalin arviointi

Koulutustilaisuuden lopussa kysyimme osallistujilta palautetta ja mielipiteitä koulutuksesta, niin ikääntyneiltä kuin henkilökunnaltakin. Ikääntyneiden palaute oli valtaosin positiivista. Huomioitavaa koulutustilaisuudessa oli, että ikääntyneiden kysymykset liittyivät huomattavan paljon lääkkityksiin ja yksittäisten ruoka-aineiden vaikutuksiin lääkkitykseen liittyen. Näihin kysymyksiin jouduimme usein vastaamaan, että asiasta tulisi keskustella hoitavan lääkärin kanssa. Saamamme palautteen perusteella päädyimme myös jakamaan tilaisuuden päätteeksi tulosten koulutusmateriaalissa esitellystä lautasmallista osallistujille. (Liite 1.) Palautteen perusteella voimme ajatella, että tilaisuus ja materiaali olivat selkeitä ja ymmärrettäviä. Lopullisesta vaikuttavuudesta emme kuitenkaan tiedä.

Hoitohenkilökunnalta tuli myös pääsääntöisesti positiivista palautetta. Yksi tärkeimmistä huomioista oli alkuperäisessä koulutusmateriaalissa mukana olleen muistisairaus-osion tarpeellisuuden kyseenalaistaminen. Osio listasi yleisimmät

muistisairaudet ja niiden aiheuttamat muutokset kognitiivisissa toiminnoissa. Hoitohenkilökunta näki mahdollisuuden siihen, että osio olisi ollut turhan raskas ikääntyneille ja se olisi saattanut viedä huomiota pois ravitsemuksesta. Osio poistettiin ensimmäisen kerran jälkeen ja voimme itsekin todeta tilaisuuden olleen yhtenäisempi kokonaisuus tämän jälkeen. Hoitohenkilökunta oli positiivisesti yllättynyt siitä, miten hyvin kohdeyleisö keskittyi koulutustilaisuuden ajan. Myös yleisön runsas aktiivisuus ja osallistuminen herättivät huomiota hoitohenkilökunnassa. Tilaisuuden jälkeen osallistujat siirtyivät syömään lounasta, jonka aikana hoitohenkilökunta oli havainnut keskustelua koulutustilaisuuden aiheeseen liittyen.

## 8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Sitoudumme opinnäytetyössämme noudattamaan valtakunnallisen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimaa eettistä ohjeistusta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Otimme huomioon ohjeen arvot koskien rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimusten arvioinnissa ja tulosten raportoinnissa. Emme työtä tehdessä syyllistyneet vilppiin, emmekä plagioineet muiden tuotoksia. Kaikki opinnäytetyössä käytetyt ja hyödynnetyt lähdeaineistot esitetään avoimesti. Olemme hankkineet tarvittavat tutkimusluvut. Työmme ei ole sidonnainen mihinkään, eikä työtämme rahoita mikään taho. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsausta tehtäessä olemme pyrkineet lähdekriittisyyteen. Olemme kiinnittäneet huomiota kirjoittajan arvostettavuuteen ja tunnettuuteen. Lähteen tulee olla uskottava ja sen julkaisun tulisi tapahtua arvostetun julkaisijan toimesta. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet mahdollisimman uusia lähteitä, koska tutkimustieto on nopeasti muuttuvaa. Vanhempaa tutkimustietoa ei tule jättää huomiotta, vaikka uusin tutkimustieto monesti pitää sisällään jo aiemmin tutkittua tietoa. Tutkimustiedon jatkuvan uusiutumisen johdosta alkuperäiset tutkimustiedot ovat voineet muuttua tai vääristyä useamman käsittelykerran seurauksena. Vanhempaan tutkimustietoon perehtyminen voi tuoda tämän ilmi. (Hirsjärvi 2009, 113.)

Internetin käyttäminen tutkimustietoa haettaessa sisältää riskin virheellisen informaation saamiselle (Hirsjärvi ym. 2009, 27). Omassa opinnäytetyössämme olemme käyttäneet internetistä haettua materiaalia, jonka olemme arvioineet tekijän, julkaisijan ja julkaisupaikan johdosta luotettavaksi.

Potilaalla on tiedonsaantioikeus koskien hänen terveydentilaansa ja hoitoaan. Selvitys tulee antaa niin, että potilas sen ymmärtää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Potilaan hoitoon kuuluu myös hänelle annettava tieto sairauksista, ongelmista ja ennaltaehkäisystä. Velvollisuus suorittaa neuvontaa potilaille on terveydenhuollon ammattihenkilöillä.



Terveydenhuollon toiminnan tulisi pohjautua näyttöön ja hyväksi todettuihin käytäntöihin. Toiminnan on oltava asianmukaista, laadukasta ja turvallista potilaalle. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Etsimällä uusinta mahdollista ja luotettavaa tutkimusta sekä viemällä sitä soveltuvin keinoin eteenpäin ikääntyneille, olemme noudattaneet lain määritelmää hyvästä hoitotyöstä.

Kunnilla on velvollisuus järjestää iäkkäille palveluja, jotka edistävät hyvinvointia, terveellisiä elintapoja, toimintakykyä sekä kotona selviytymistä ja ennaltaehkäisevät sairauksia. Palvelujen tulee olla sellaisia, että ne tukevat iäkkään arjessa pärjäämistä sekä omatoimisuutta ja edistävät sitoutumista omahoitoon. Palveluja tulee tarvittaessa pystyä tuottamaan iäkkään kotiin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.) Opinnäytetyön toteutus sitoutuu tähän lain määritelmään vahvasti, tukien iäkkäiden omahoidon edistämistä ja tätä kautta myös heidän selviytymistään arjessa.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea ikääntyneen ravitsemukseen liittyvää omahoidon toteutumista koulutuksen avulla. Opinnäytetyö tarkasteli ikääntyneen ravitsemusta, ravinnonsaantia ja ravitsemussuosituksia, ikääntyneelle tyyppisiä kognitiivisten toimintojen muutoksia ja muistisairauksia sekä näiden osakokonaisuuksien välistä yhteyttä. Hankittuun tietoon nojaten loimme koulutusmateriaalin hyödynnettäväksi ikääntyneiden omahoidon edistämiseen. Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset olivat: 1. Mitä tekijöitä ikääntyneen tulee ravitsemuksessaan huomioida erityisesti muistiterveyteen liittyen? 2. Mitä tekijöitä tulee huomioida laadittaessa koulutusta ikääntyneille? 3. Miten ikääntyneille suunniteltu ravitsemuksen omahoitoon liittyvä koulutusmateriaali toimi ikääntyneiden näkökulmasta? 4. Miten ikääntyneille suunniteltu ravitsemuksen omahoitoon liittyvä koulutusmateriaali toimi hoitohenkilökunnan näkökulmasta?

Ikääntyminen voi aiheuttaa moninaisia muutoksia, joiden ilmenemisen ajankoh- ta, eteneminen ja voimakkuus ovat hyvin yksilöllisiä. Normaaliin ikääntymiseen voidaan laskea kuuluvaksi osa näistä muutoksista, niiden ollessa lievempiä. Näitä muutoksia ovat esimerkiksi kognitiivisten toimintojen heikentyminen, erityisesti muistin osalta. Muistisairaudet aiheuttavat myös samanlaisia muutoksia, usein nopeammalla aikavälillä ja voimakkaammalla vaikutuksella. (Rinne 2006, 177; Soininen & Hänninen 2006, 82; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 119; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 4; Koponen & Sulkava 2011, 389.)

Ikääntymiseen on todettu kuuluvan lisääntynyt riski virheravitsemukselle (Suominen ym. 2012, 172). Suomessa on Valtion ravitsemusneuvottelukunta laatinut ravitsemussuositukset, jotka antavat suuntaviivat ravitsemuksesta eri väestöryhmille, ikääntyneet omanaan. Ikääntyneiden suosituksessa erityishuomio on kiinnittynyt energiansaannin riittävyteen ja tiettyjen ravintoaineiden saantiin. Kuitenkin voidaan todeta, että monipuolinen kokonaisuus ratkaisee. Suositukset antavat kuitenkin vain suunnan, yksilölliset erot vaikuttavat runsaasti ja ne tulee

huomioida ravitsemusta tarkasteltaessa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 9.)

Ravitsemuksella ja ravitsemustilalla on todettu olevan yhteys ikääntymisen ja muistisairauksien aiheuttamien kognitiivisten toimintojen heikkenemisen ehkäisyssä ja hidastamisessa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2010, 6; Phillips 2012, 465; Ogawa 2014, 19.) Yksittäisissä tutkimuksissa on tutkittu yksittäisten ravitsemustekijöiden vaikutusta kognitiivisiin toimintoihin ja havaittu suhteellisen selkeä yhteys näiden välillä. Tutkimukset tuovat kuitenkin ilmi, että lisätutkimusta aiheista tarvitaan ennen tulosten yleistämistä. (Flöel ym. 2008, 39; Buell ym. 2009, 888; Witte ym. 2009, 1255.)

Ikääntyminen vaikuttaa myös oppimiseen. Oppimisen hidastuminen ei ole ainoa muutos, vaan myös oppimistavoissa ja motivaatiossa tapahtuu muutoksia. Oppimisessa alkaa korostua enemmän opittavan asian yhteys jo aiemmin opittuun tietoon sekä yksilön omiin elämäkokemuksiin. Myös sosiaalisuus oppimisessa alkaa näytellä isompaa roolia. (Hervonen 1996, 196; Hellsten 2012, 57.)

Kuten laki määrittelee, on potilaalla oikeus saada tietoja ja ohjausta terveyteen liittyen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Hyvän ohjaussuhteen tunnusmerkkejä ovat vuorovaikutus ja tasa-arvoisuus, on myös huomioitavaa, että tuloksekas ohjaus saattaa vaatia useita ohjauskertoja. Tuloksekkuuteen vaikuttavia muita osa-alueita ovat taustatekijät, vuorovaikutteisuus ja tavoitteellinen toiminta. Ohjauksessa olisi hyvä antaa vaihtoehtoja tavoitteen saavuttamiseksi suorien keinojen sijaan. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen oli suhteellisen vaivatonta. Uutta ja luotettavaa tutkimustietoa, etenkin ravitsemuksen osalta, oli tarjolla runsaasti. On kyetty osoittamaan, että ravitsemuksella on vaikutus ikääntymiseen ja sen mukanaan tuomiin sairauksiin. Kyse on kuitenkin monimutkaisesta kokonaisuudesta, jossa kaikki vaikuttaa jollakin tavalla kaikkeen. Tästä johtuen yksittäisistä ravintoaineista ja ruokavalioista tehtyjen tutkimusten tulokset antavat oikeastaan vaan aiheen lisätutkimukselle ja suuntaviivoja parempaan. Suomessa on tehty Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimesta varsin kattavat suositukset

ravitsemuksesta, näitä noudatettaessa tulee kuitenkin muistaa yksilöllisyys ja sen laaja-alainen vaikutus. Opinnäytetyössä tarkastellut yksittäiset ulkomaalaiset tutkimukset ja niiden tulokset jäivät edellä mainituista syistä huomiotta koulutusmateriaalissa ja koulutustilaisuudessa. Lisäksi ne olivat osittain ristiriidassa suomalaisten ravitsemussuositusten kanssa. Hoitotyössä yhdenmukaisen linjan noudattaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Ikääntyneen ravitsemustilan arvioinnissa ei tulisi olla kynnystä. Sen arviointi huolimatta siitä että fyysisiä merkkejä ei ole ilmennyt, ei ole ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä mielestämme koskaan turhaa. MNA-testin tekemiseen kuluva aikaa ei tule nähdä rasitteena, koska havaittaessa virheravitsemus ajoissa, hyödyt ovat suuret. Testi mahdollistaa varhaisen puuttumisen ravitsemustilan ongelmiin, antaen näin paremmat keinot vaikuttaa. Testi on käyttökelpoinen myös ravitsemustilan muutoksien seurannassa mahdollisten interventioiden jälkeen.

Koulutustilaisuudessa käytetty opetusmetodi, aktivoiva luento, osoittautui mielestämme hyvin toimivaksi metodiksi välittää tietoa ravitsemuksesta ikääntyneille. Siinä missä aktivoiva luento pyrkii vuorovaikutteiseen oppimiseen, myös ikääntyneiden oppimista tukee osallistuminen ja vuorovaikutteisuus. Valittu metodi mahdollisti joustavan toteutustavan, jolla saatiin mahdollisuus opettavien aktivointiin lähtötilanteesta huolimatta. Ravitsemuksen ollessa osa arkea lapsuudesta asti, on ikääntyneillä runsaasti omakohtaisia kokemuksia asiasta useassa erilaisessa elämäntilanteessa. Nämä kokemukset ja mielipiteet vaikuttivat koulutustilaisuudessa eri tavoin. Positiivisena tämä näkyi omien kokemusten esille tuomisessa, joka edesauttoi uuden tiedon oppimisessa, koska opittava asia saatiin liitettyä aikaisempaan tietoon ja suurempaan kokonaisuuteen. Toisaalta se loi haasteita koulutustilaisuudelle, elinikäisten tapojen ja tottumusten muuttaminen on aikaa vievä prosessi. Tämän lisäksi kokemuksiin pohjautuva keskustelu saattoi lähteä herkästi aiheen ulkopuolelle, jonka vuoksi keskustelua jouduttiin ajoittain hieman rajaamaan. Välittömän palautteen perusteella koulutustilaisuus oli kuitenkin saanut ikääntyneet pohtimaan ravitsemusta ja käymään asiasta keskustelua. Koulutustilaisuuden vaikuttavuuden arviointi on hankalaa,

mahdollisten ruokailutottumusten muutoksien seuranta vaatisi pitkäaikaisseuranta.

Koulutusmateriaalin tekovaiheessa oli tärkeää pitää mielessä kohderyhmä ja materiaalin jatkohyödynnettävyys. Kohderyhmää ajatellen lopullinen materiaali oli varsin toimiva, koulutusmateriaalin muotoilu oli tältä osin onnistunut. Ajatus siitä, että koulutusmateriaali olisi tulevaisuudessa helposti ja itsenäisesti hoitohenkilökunnan hyödynnettävissä, ei täyty aivan täysin. Erityisesti arviointimenetelmänä käytetty osio lautasellinen sekä vuorovaikutusta edistävät aktivoivat kysymykset, vaativat tarkemman tutustumisen opinnäytetyön raporttiin. Aivan kaiken sisällön esittäminen koulutusmateriaalissa tekisi siitä epäselvän, vähentäisi sen joustavuutta sekä vuorovaikutteisuutta ja mielestämme tätä kautta vähentäisi sen vaikuttavuutta. Koulutusmateriaalia hyödynnettäessä tulevaisuudessa, vaatii se tarkemman tutustumisen tähän opinnäytetyön raporttiin. Lisäksi koulutuksen pitäjän olisi hyvä perehtyä suomalaisiin ravitsemussuosituksiin, osallistujilta tuli runsaasti kysymyksiä joihin vastaukset löytyvät niistä.

Vuorovaikutukseen opetustilanteessa vaikuttaa usea eri tekijä. Yhtenä tärkeänä tekijänä pidämme kouluttajien omaa esiintymistaitoa. Tämä vaikuttaa huomattavasti koulutustilaisuuden luomaan vuorovaikutukseen. Hyvä kouluttaja saa aikaan toimivan ja tuloksellisen oppimisympäristön, vaikka materiaali olisi riittämätön. Tuloksellisuuden ja toimivuuden kannalta ensisijaisen tärkeää on myös opetettavan asian hallinta. Esiintymistaidon harjaannuttaminen on tärkeää, mikäli työnkuvaan liittyy koulutusten pitäminen.

Ravitsemuksen vaikutuksesta ikääntymisen mukana tuomiin ongelmiin on olemassa selkeää näyttöä, kuitenkin tutkimukset ovat melko yksittäisiä ja keskittyvät pääosin pienempiin asioihin kuin isoihin kokonaisuuksiin. Puhuttaessa ravitsemuksesta ja ikääntymisestä on kyse kahdesta valtavasta kokonaisuudesta, jotka vaikuttavat toisiinsa. Tulevaisuudessa tarvittaisiin kattavaa pitkäaikaistutkimusta aiheesta, tarkempien ja luotettavampien tulosten saamiseksi.

Opinnäytetyön mahdollinen hyöty terveysalalla on sen suhteellisen helppo hyödynnettävyys annettaessa ikääntyneille tärkeää tietoa terveyteen ja ravitsemuk-

seen liittyen. Koulutusmateriaali osoittautui yksittäisessä koulutustilaisuudessa toimivaksi. Se sai kohdeyleisön osallistumaan avoimesti sekä tuomaan esille omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan ravitsemukseen liittyen. Suuremman vaikutuksen aikaansaamiseksi tulisi tämä koulutusmateriaali yhdistää osaksi isompaa kokonaisuutta, joka koostuisi useammasta osasta. Ohjauskertojen lisääntyessä myös vaikuttavuus kasvaa. Osat voisivat käsitellä ravitsemusta eri näkökulmista ja näin tukisivat toisiaan. Tällä hetkellä koulutusmateriaalin aikaansaaman vaikutuksen arviointi jää avoimeksi, se vaatii pidempiaikaista seurantaa.

## LÄHTEET

Aldén-Nieminen, Helena; Raulio, Susanna; Männistö, Satu; Laitalainen, Elina; Suominen, Merja & Prättälä, Ritva 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi. Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Buell, Jennifer S.; Scott, Tammy M.; Dawson-Hughes, Bess; Dallal, Gerard E.; Rosenberg, Irwin H.; Folstein, Marshal F. & Tucker, Katherine L. 2009. Vitamin D Is Associated With Cognitive Function in Elders Receiving Home Health Services. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. Vol. 64A, No 8, 888-895.

Chien, Ming-Hung & Guo, How-Ran 2014. Nutritional Status and Falls in Community-Dwelling Older People: A Longitudinal Study of a Population-Based Random Sample. *PLOS ONE*. Vol. 9, No 3, 1-9.

Erkinjuntti, Timo & Rosenvall, Ari 2013. Muistipotilaan tutkimukset. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.3.2015 [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00880](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00880)

Flöel, Agnes; Witte, A. Veronica; Lohmann, Hubertus; Wersching, Heike; Ringelstein, E. Bernd; Berger, Klaus & Knecht, Stefan 2008. Lifestyle and Memory in the Elderly. *Neuroepidemiology*. Vol. 31, No 1, 39-47.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hellsten, Tanja 2012. Ikääntyneiden kokemuksia oppimisesta. Pro gradu. Kasvatustieteiden laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Hervonen, Antti 1996. Muisti, oppimiskyky ja vanheneminen. Teoksessa Kajanto, Anneli & Tuomisto, Jukka (toim.) Elinikäinen oppiminen. 2. muuttamaton painos. Helsinki: BTJ Kirjasto- ja palvelu Oy. 193-217.

Hämäläinen, Päivi 2013. Kognitio. Suomen MS-liiton julkaisusarja n:o 25. 3. uudistettu painos. Masku: MS-liitto. Saatavilla myös: [http://www.neuroliitto.fi/sites/default/files/liitetiedostot/Kognitio-opas2013\\_nettiliitto.pdf](http://www.neuroliitto.fi/sites/default/files/liitetiedostot/Kognitio-opas2013_nettiliitto.pdf)

Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen. Helsinki: Tammi.

Isola, Arja; Vuoti, Maire; Saarnio, Reetta & Routasalo, Pirkko 2009. Ikääntyvän hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY. 177-196.

Isola, Arja; Backman, Kaisa; Saarnio, Reetta; Kääriäinen, Maria & Kyngäs Helvi 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*. Vol. 19, No 2, 51-62.

Kansaneläkelaitos 2014. Eläkkeelle. Eläketurva, asumisen tuki ja hoitotuki. Lyhyesti ja selkeästi. Saatavilla myös: [http://www.kela.fi/documents/10180/1454076/Esite\\_Elakkeelle\\_Kela.pdf/8693870d-ac3b-4bbf-97ab-c7532a78ec4f](http://www.kela.fi/documents/10180/1454076/Esite_Elakkeelle_Kela.pdf/8693870d-ac3b-4bbf-97ab-c7532a78ec4f)

Koponen, Hannu & Sulkava, Raimo 2011. Elimelliset aivo-oireyhtymät. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 381-404.

Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Muistisairaudet (online) 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.2.2015. Saatavilla [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Lihavuus (aikuiset) (online) 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.2.2015. Saatavilla [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Laaksonen, Camilla; Paltta, Hannele; von Schantz, Marjale; Ylönen, Minna & Soini, Taina 2012. NÄYTKÖ PROJECT – Toward nursing students' and professionals' shared learning. Teoksessa Kettunen, Juha; Hyrkkänen, Ursula & Lehto Anttoni (toim.) Applied research and professional education. Turku: Turku University of Applied Sciences, 220-226.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetaista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Nuotio, Maria; Tuominen, Pirkko; Hartikainen, Sirpa; Lampi, Kirsi; Luukkala Tiina & Jäntti, Pirkko 2009. Muistihäiriöpotilaan ravitsemustilaa on syytä seurata. Suomen Lääkärilehti. Vol. 64, No 34, 2671-2676.

Ogawa, Sumito 2014. Nutritional management of older adults with cognitive decline and dementia. Geriatrics & Gerontology International. Vol. 14, No 2, 17-22.

Paakkari, Ilari 2013. Tietoa potilaalle: D-vitamiini. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.2.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01044](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01044)

Phillips, Regina M. 2012. Nutrition and Depression in the Community-Based Oldest-Old. Home Healthcare Nurse. Vol. 30, No 8, 462-471.

Rinne, Juha 2006. Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Alhainen, Kari; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 176-182.

Soininen, Hilikka & Hänninen, Tuomo 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76-85.

Soininen, Hilikka & Hänninen, Tuomo 2006. Muistihäiriöiden diagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Alhainen, Kari; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 82-92.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suominen, Merja; Soini, Helena; Muurinen, Seija; Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu 2012. Ikääntyneiden ruokatottumukset, ravinnonsaanti ja ravitsemustila suomalaisissa tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol. 49, No 2, 170-179.

Tanila, Heikki 2014. Miten muisti toimii? Suomen lääkäri-lehti. Vol. 69, No 50-52, 3451-3457.

Tevere 2012. Aktivoiva luento. Viitattu 22.10.2014. <http://www.tevere.fi/menetelmia>

Terveystalvetahuoltolaki 30.12.2010/1326.



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Suomen virallinen tilasto, Kotihoidon laskenta. Viitattu 11.02.2015. [www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta](http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta)

Terveyskirjasto. Perusaineenvaihdunta. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.3.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Itt02588](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Itt02588)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 10.3.2015 [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf)

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

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Jyväskylä: Tammi.

Witte, A.V.; Fobker, M.; Gellner, R.; Knecht, S. & Flöel, A. 2009. Caloric restriction improves memory in elderly humans. PNAS. Vol. 106, No. 4, 1255-1260.

## Liite 1. Koulutusmateriaali

# MUISTA SYÖDÄ

OPINNÄYTETYÖ TURUN AMK  
KATARIINA MÄKELÄINEN,  
ERNO PAKKANEN & MATIAS RAJALIN

## SISÄLTÖ

1. KÄYDÄÄN LÄPI RAVINNONTARVETTA JA RAVITSEMUSTA
2. LAUTASMALLI
3. IKÄÄNTYMINEN
4. RAVITSEMUKSEN YHTEYS MUISTIIN JA TOIMINTAKYKYYN

## LAUTASELLINEN

### KOOTAAN SAATAVILLA OLEVISTA RUOKA-AINEISTA KUVITTEELLINEN LOUNAS

## RAVINNON TARVE

- IHMINEN TARVITSEE RAVINTOA SAADAKSEEN ENERGIAA JA ELIMISTÖN YLLÄPITÄMISEEN TARVITTAVIA ”RAKENNUSPALIKOITA”
- MIHIN ENERGIAA TARVITAAN?
- ENERGIANKULUTUS – ENERGIANSAAINTI, NÄIDEN TULISI OLLA TASAPAINOSSA
- YKSILÖLLISYYS

## MITÄ RAVINNOSTA SAADAAN?

- ENERGIAA TUOTTAVAT PERUSYKSIKÖT
  - HIILIHYDRAATIT
  - PROTEIINIT
  - RASVAT
- VITAMIINIT JA KIVENNÄISAINHEET
- NESTE

## RAVINNONSAANTI

- HIILIHYDRAATIT
  - MISTÄ NÄITÄ SAA?
  - TULISI MUODOSTAA HIEMAN YLI PUOLET PÄIVITTÄISESTÄ ENERGIANSAANNISTA
  - TERVEELLISTEN VAIHTOEHTOJEN SUOSIMINEN, MITÄ NE OVAT?
  - MONIPUOLISUUS

## RAVINNONSAANTI

- **PROTEIINIT**
  - MISTÄ NÄITÄ SAA?
  - TULISI MUODOSTAA NOIN VIIDESOSA PÄIVITTÄISESTÄ ENERGIANSAANNISTA
  - TERVEELLISTEN VAIHTOEHTOJEN SUOSIMINEN, MITÄ NE OVAT?
  - MONIPUOLISUUS

## RAVINNONSAANTI

- **RASVAT**
  - MISTÄ NÄITÄ SAA?
  - TULISI MUODOSTAA NOIN KOLMASOSA PÄIVITTÄISESTÄ RAVINNONSAANNISTA
  - TERVEELLISTEN VAIHTOEHTOJEN SUOSIMINEN, MITÄ NE OVAT?

## RAVINNONSAANTI

- VITAMIINIT JA KIVENNÄISAINHEET
  - MISTÄ NÄITÄ SAA?
  - MIHIN NÄITÄ TARVITAAN?
  - VITAMIINI- JA KIVENNÄISAINEMISEET
  - D-VITAMIINI
  - MONIPUOLINEN RUOKAVALIO

## MONIPUOLINEN RUOKAVALIO

- KOKONAISUUS RATKAISEE
- MONIPUOLISUUS
  - TÄYSJYVÄVILJAT, KASVIKSET, HEDELMÄT, MARJAT
  - KANA, KALA, PÄHKINÄT, MAITOAVALMISTEET, PIENISSÄ MÄÄRIN PUNAINEN LIHA
  - KASVIRASVAT
- TARPEEKSI ENERGIAA

## PALUU LAUTASELLE

- TARKASTELLAAN ALUSSA KOOTTUA LAUTASELLISTA





## PUOLET LAUTASESTA

- KASVIKSIA:
  - PORKKANAT, KUKKAKAALI, PARSAKAALI, PUNAJUURI, PAVUT, HERNE, MAISSI, PAPIKA, KURKKU, TOMAATTI, SALAATIT, SIPULI
- SALAATTIIN VOI KÄYTTÄÄ MYÖS HEDELMIÄ, KUTEN OMENAA, MELONIA JA RYPÄLEITÄ
- SALAATINKASTIKE MIELUITEN KASVIÖLJYÄ
- KASVIKSIA TULISI SYÖDÄ PUOLI KILOA PÄIVÄSSÄ

## 1/4 LAUTASESTA

- LIHATUOTTEET:
  - KANA, KALA, PUNAINEN LIHA (SIKA, NAUTA), SISÄELIMET
- VÄHÄRASVAISEN VAIHTOEHDON SUOSIMINEN
- KALAA TULISI SYÖDÄ 2-3 KERTAA VIIKOSSA



## 1/4 LAUTASESTA

- LISUKKEET:
  - PERUNA, TÄYSJYVÄRIISI, TÄYSJYVÄPASTA
- ERI VALMISTUSTAPOJA

## ATERIARYTMI

- AUTTAA JAKAMAAN PÄIVITTÄIN NAUTITTAVAN ENERGIAMÄÄRÄN USEAAN OSAAN
  - PIENEMMÄT ATERIAKOOT KERRALLA
  - VERENSOKERITASON TASAISENA PITÄMINEN
- SÄÄNNÖLLINEN ATERIARYTMI TÄRKEÄÄ PAINONHALLINNASSA
- TULISI KOOSTUA AAMUPALASTA, LOUNAASTA, VÄLIPALASTA, PÄIVÄLLISESTÄ JA ILTAPALASTA
- YÖPAASTON EI TULISI YLITTÄÄ 11 TUNTIA

## AAMUPALA, VÄLIPALA, ILTAPALA

- AAMUPALA VOI PITÄÄ SISÄLLÄÄN ESIMERKIKSI PUUROA, LEIPÄÄ JA HEDELMÄN
- HYVIÄ VÄLIPALOJA OVAT LEIKKELEPÄÄLLYSTEISET VOILEIVÄT, MAITORAHKAT JA VANUKKAAT
- ILTAPALAN VOI KASATA ESIM. LEIKKELE- TAI JUUSTOPÄÄLLYSTEISESTÄ VOILEIVÄSTÄ JA JOGURTISTA

## IKÄÄNTYMINEN

- MUUTOKSET OVAT YKSILÖLLISIÄ JA NIIDEN VOIMAKKUUS VAIHTELEE
  - FYYSINEN AKTIIVISUUS VÄHENEÄ -> RUOKAHALU VÄHENEÄ -> ENERGIANSAAINTI VÄHENEÄ
    - TARVITTAVIEN RAVINTOAINEDIEN SAANTI VAARASSA
  - HAHMOTTAMINEN JA HAVAINNOINTI HEIKKENEE, JOKA VAIKEUTTAA ARJESSA SELVIITYMISTÄ
  - ONGELMANRATKAISU VAIKEUTUU
  - UUDEN OPPIMINEN HIDASTUU, PROSESSOINTINOPEUS LASKEE JA MUISTAMINEN VAIKEUTUU

## HYVÄN RAVITSEMUSTILAN VAIKUTUKSIA

- FYYSISEN TOIMINTAKYVYN YLLÄPITÄMINEN
- PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN RISKIT PIENEMMÄT
- MAHDOLLINEN VAIKUTUS MUISTISAIRAUKSIEN EHKÄISYSSÄ
  - MYÖS VÄLILLISET ESIM. SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT
- MUISTISAIRAUKSIEN ETENEMISTÄ HIDASTAVA VAIKUTUS
- IKÄÄNTYMISEN AIHEUTTAMIEN MUUTOSTEN HIDASTAMINEN
- ARJESSA SELVIYTYMINEN PARANEE

## HEIKENTYNEEN RAVITSEMUSTILAN VAIKUTUKSIA

- TULEHDUSRISKI KASVAA, SAIRASTUMISEN RISKI NOUSEE
- LIIKKUMINEN HANKALOITUU JA KEHONHALLINTA HEIKKENEER -> KAATUMISHERKKYYS KASVAA
- MURTUMARISKI JA MURTUMAT LISÄÄNTYVÄT
- YHTEYS MUISTIN HEIKKENEMISEEN, MUISTISAIRAUKSIEN ETENEMISEEN
- ARJESSA JAKSAMINEN JA PÄRJÄÄMINEN HEIKKENEER
- OMATOIMISUUS VÄHENEER

## NESTE

- KARKEA OHJEARVO 1,5 LITRAA NESTETTÄ
- RUOKAJUOMANA MAITO TAI PIIMÄ
- JANOJUOMAKSI VESI
- SOKEROITUJA MEHUJA JA LIMONAATEJA EI SUOSITELLA PÄIVITTÄISEEN KÄYTTÖÖN
- KESÄISIN NESTEEN TARVE KOROSTUU, TÄLLÖIN VEDESSÄ TULISI OLLA SUOLOJA, ESIM. VICHY

## MUUTA HUOMIOITAVAA

- SUUN HYVINVOINTI TÄRKEÄ!
  - RAVINNON MONIPUOLISUUS KÄRSII <-> SUUN TERVEYDENTILA HEIKKENEE
- ALKOHOLIN KÄYTTÖÄ EI SUOSITELLA
  - MAX. 1 ANNOS PÄIVÄSSÄ
  - MAX. 7 ANNOSTA VIIKOSSA
- ERI TAHOJA, JOTKA TARJOAVAT VINKKEJÄ RUOANLAITTOON ESIM. MARTAT

## PORINARYHMÄ

- MITÄ SYÖT KOTONA, SYÖTKÖ MONIPUOLISESTI?
- TEETKÖ RUUAN ITSE?
- KÄYTÄTKÖ EINEKSIÄ?
- HAASTEET RUOAN SUHTEEN?

## LÄHTEET

- ALDÉN-NIEMINEN, HELENA; RAULIO, SUSANNA; MÄNNISTÖ, SATU; LAITALAINEN, ELINA; SUOMINEN, MERJA & PRÄTTÄLÄ, RITVA 2009. IKÄÄNTYNEIDEN SUOMALAISTEN ATERIOINTI. RUOKAPALVELUIDEN SEURANTARAPORTTI 3. HELSINKI: TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS.
- CHIEN, MING-HUNG & GUO, HOW-RAN 2014. NUTRITIONAL STATUS AND FALLS IN COMMUNITY-DWELLING OLDER PEOPLE: A LONGITUDINAL STUDY OF A POPULATION-BASED RANDOM SAMPLE. PLOS ONE. VOL. 9, NO 3, 1-9.
- HÄMÄLÄINEN, PÄIVI 2013. KOGNITIO. SUOMEN MS-LIITON JULKAISUSARJA N:O 25. 3. UUDISTETTU PAINOS. MASKU: MS-LIITTO. SAATAVILLA MYÖS:  
[HTTP://WWW.NEUROLIITTO.FI/SITES/DEFAULT/FILES/LIITETIEDOSTOT/KOGNITIO-OPAS2013\\_NETTI.PDF](http://www.neuroliitto.fi/sites/default/files/liitetiedostot/kognitio-opas2013_nettti.pdf)
- MUISTISAIRAUDET (ONLINE) 2010. KÄYPÄ HOITO –SUOSITUS. SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN, SOCIETAS GERONTOLOGICA FENNICAN, SUOMEN NEUROLOGISEN YHDISTYKSEN, SUOMEN PSYKOGERIATRISEN YHDISTYKSEN JA SUOMEN YLEISLÄÄKETIETEEN YHDISTYKSEN ASETTAMA TYÖRYHMÄ. HELSINKI: SUOMALAINEN LÄÄKÄRISEURA DUODECIM. VIITATTU 18.2.2015. SAATAVILLA [WWW.KÄYPÄHOITO.FI](http://www.käypähoito.fi)



## LÄHTEET

- LIHAVUUS (AIKUISET) (ONLINE) 2013. KÄYPÄ HOITO –SUOSITUS. SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN JA LIHAVUUSTUTKIJAT RY:N ASETTAMA TYÖRYHMÄ. HELSINKI: SUOMALAINEN LÄÄKÄRISEURA DUODECIM. VIITATTU 18.2.2015. SAATAVILLA WWW.KÄYPÄHOITO.FI
- NUOTIO, MARIA; TUOMINEN, PIRKKO; HARTIKAINEN, SIRPA; LAMPI, KIRSI; LUUKKALA TIINA & JÄNTTI, PIRKKO 2009. MUISTIHÄIRIÖPOTILAAN RAVITSEMUSTILAA ON SYYTÄ SEURATA. SUOMEN LÄÄKÄRILEHTI. VOL. 64, NO 34, 2671-2676.
- OGAWA, SUMITO 2014. NUTRITIONAL MANAGEMENT OF OLDER ADULTS WITH COGNITIVE DECLINE AND DEMENTIA. GERIATRICS & GERONTOLOGY INTERNATIONAL. VOL. 14, NO 2, 17-22.
- PAAKKARI, ILARI 2013. TIETOA POTILAALLE: D-VITAMIINI. LÄÄKÄRIKIRJA DUODECIM. KUSTANNUS OY DUODECIM. VIITATTU 17.2.2015  
[HTTP://WWW.TERVEYSKIRJASTO.FI/TERVEYSKIRJASTO/TK.KOTI?P\\_ARTIKKELI=DLK01044](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=DLK01044)
- PHILLIPS, REGINA M. 2012. NUTRITION AND DEPRESSION IN THE COMMUNITY-BASED OLDEST-OLD. HOME HEALTHCARE NURSE. VOL. 30, NO 8, 462-471.

## LÄHTEET

- SOININEN, HILKKA & HÄNNINEN, TUOMO 2010. MUISTIOIREIDEN DIAGNOSTIIKKA. TEOKSESSA ERKINJUNTTI, TIMO; RINNE, JUHA & SOININEN, HILKKA (TOIM.) MUISTISAIRAUDET. 1.PAINOS. HELSINKI: KUSTANNUS OY DUODECIM, 76-85.
- SOININEN, HILKKA & HÄNNINEN, TUOMO 2006. MUISTIHÄIRIÖIDEN DIAGNOSTIIKKA. TEOKSESSA ERKINJUNTTI, TIMO; ALHAINEN, KARI; RINNE, JUHA & SOININEN, HILKKA (TOIM.) MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA. 2., UUDISTETTU PAINOS. HELSINKI: DUODECIM, 82-92.
- SUOMINEN, MERJA; SOINI, HELENA; MUURINEN, SEIJA; STRANDBERG, TIMO & PITKÄLÄ, KAISU 2012. IKÄÄNTYNEIDEN RUOKATOTTUMUKSET, RAVINNONSAAINTI JA RAVITSEMUSTILA SUOMALAISISSA TUTKIMUKSISSA. SOSIAALILÄÄKETIETEELLINEN AIKAKAUSLEHTI. VOL. 49, NO 2, 170-179.
- TANILA, HEIKKI 2014. MITEN MUISTI TOIMII? SUOMEN LÄÄKÄRILEHTI. VOL. 69, NO 50-52, 3451-3457.
- VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2014. SUOMALAISET RAVITSEMUSSUOSITUKSET 2014. (?)
- VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA 2010. RAVITSEMUSSUOSITUKSET IKÄÄNTYNEILLE. HELSINKI: EDITA PRIMA OY.

## KUVALÄHDE

- VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA. LAUTASMALLI. VALTION RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA. SAATAVILLA MYÖS:  
[HTTP://WWW.RAVITSEMUSNEUVOTTELUKUNTA.FI/PORTAL/FI/JULKAISUT/KUVA-ARKISTO/](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/julkaisut/kuva-arkisto/)