

Barbara Nikandrova
Tara Idström

Tukimateriaalin tuottaminen iäkkäille
insuliinihoitoista tyypin 2 diabetesta
sairastaville venäjänkielisille
maahanmuuttajille ja heitä ohjaavalle
hoitohenkilökunnalle

Tekijät	Barbara Nikandrova Tara Idström
Otsikko	Tukimateriaalin tuottaminen iäkkäille insuliinihoitoista tyypin 2 diabetesta sairastaville venäjänkielisille maahanmuuttajille ja heitä ohjaavalle hoitohenkilökunnalle.
Sivumäärä Aika	29 sivua + 3 liitettä 27.4.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Eila-Sisko Korhonen Yliopettaja Arja Liinamo

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tukimateriaalia iäkkäille tyypin 2 diabetesta sairastaville venäjänkielisille maahanmuuttajille. Opinnäytetyömme liittyy LOG-Sote-hankkeeseen (Lokaali- ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla). Hankkeen tarkoituksena on kartoittaa maahanmuuttajataustaisen väestön terveystarpeita ja ongelmia terveyden edistämiseksi ja terveystalouden kehittämiseksi. Opinnäytetyömme tulee käyttöön hankkeen yhteistyökumppaneille.

Venäjänkielinen tukimateriaali (liite 3) toimii itsehoidon tukena kotiloissa ja tarvittaessa päivittäisenä muistutuksena ikääntyneille potilaille. Hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen tueksi sama tukimateriaali on myös suomenkielisenä (liite 2), jolloin se yhdessä venäjänkielisen tukimateriaalin kanssa helpottaa molemminpuolista ymmärrystä ja vuorovaikutusta ohjaustilanteessa. Tukimateriaalin käytön edellytyksenä on, että ohjaajalla ja potilaalla on kohtalainen kielellinen ymmärrys. Tukimateriaalin ei ole tarkoitus korvata suullista ohjausta, vaan tarjota uuden työkalun sen tueksi. Tukimateriaalissa käydään läpi verensokerin mittaaminen, insuliinin pistostekniikka sekä matalan ja korkean verensokerin oireet. Tiedon sisäistämistä on tuettu havainnollistavien kuvien ja selkokielisten ohjeiden avulla. Teoriaosuudessa perehdyimme venäjänkielisiin maahanmuuttajiin, ikääntyneen diabeetikon erityispiirteisiin sekä hyvään potilasohjaukseen. Lisäksi käsittelemme laadukkaan kirjallisen potilasohjeen tuottamista. Opinnäytetyömme näyttöön perustuvan teoriapohjan keräsimme sekä suomenkielisistä että kansainvälisistä tietokannoista. Käytimme myös uusinta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Tukimateriaali on tuotettu pdf-muodossa ja tallennettu cd-rom-levykkeelle, jotta se olisi helposti välitettävissä ja käytettävissä.

Tukimateriaalin sisältö käydään yhdessä läpi ohjaustilanteessa, jonka jälkeen potilas saa yksilöllisillä tiedoilla täydennetyn tukimateriaalin kotiin. Kotona potilas käyttää tukimateriaalia muistin tukena jokapäiväisessä itsehoidossa. Tukimateriaalin havainnollistavat kuvat voidaan laittaa näkyväälle paikalle helpottamaan muistamista.

Lisääntynyt tieto sairaudesta ja sen hoidosta sekä saatu tuki lisäävät potilaiden hoitoon sitoutumista ja voimaannuttavat heidät sairauden hoitoon. Tukimateriaalin avulla iäkkäiden

tyypin 2 diabetesta sairastavien venäjänkielisten maahanmuuttajien itsehoito ja sairauden hoitotasapaino paranevat. Tukimateriaali parantaa hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksia, jolloin venäjänkielisten potilaiden kokemukset sairauden hoidosta ja saadusta ohjauksesta paranevat ja tyytyväisyys kasvaa.

Avainsanat

potilasohje, venäjänkieliset maahanmuuttajat, tyypin 2 diabetes

Authors	Barbara Nikandrova Tara Idström
Title	Support Material for Ageing Russian Immigrants with Type 2 Diabetes Starting Insulin Therapy and for the Staff Guiding These Patients.
Number of Pages	29 pages + 3 appendices
Date	27 April 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturer Arja Liinamo, Principal Lecturer

Our final project was executed in order to provide supportive material for the elderly with type 2 diabetes mellitus among the Russian-speaking immigrants. Our final project relates to the LOG SOTE project (Local and global development of social and health care). LOG SOTE project aims to identify the immigrant population's health needs, problems and health remediation. Our final project will be available for project partners in the social care sector.

Language support material in Russian (appendix 3) was designed to aid self-care at home and will also work as a reminder for elderly patients. Along with the Nursing staff's guidance, supportive material written in Finnish (appendix 2) and Russian, will improve mutual understanding and interaction between the patient and nursing personnel. A mutual language between the patient and the nursing staff is a condition for the use. The supportive material is not intended to replace the verbal guidance but to offer a new tool to support the guidance. The supportive material consists of measurement of blood glucose, insulin injection techniques, and high and low blood sugar symptoms. In order to provide easily absorbed self-care information and guidance, illustrative pictures and simple instructions are produced. In the theoretical part, we familiarized ourselves with the Russian-speaking immigrants, the elderly diabetic characteristics and good patient treatment. In our final project we also explored the requirements and expectations of the high-quality patient instructions. The theoretical and evidence-based data of our final project was gathered from Finnish and international databases. We also used the latest literature related to the topic. Supportive material was printed out in an electronic form (PFD) and stored on CD. The material is easily distributable and available.

The patient and the nurse will go through the content of the support material together after which the patient gets home the material supplemented with individual information. At home, the patient can use the support material as an everyday reminder of self-care. The illustrative pictures can be put up on a visible place to make it easier to remember. Increased knowledge of the illness, knowledge on diabetes self-management and en-

hanced customer service will increase the patient self-care involvement. Supportive material for older people with type 2 diabetes, self-care -management and medical treatment are paramount to the treatment. The provided material will improve the nursing staff's instruction and guidance skills, whereas the Russian-speaking patients' experiences from the disease treatment and general interactions between the patient and counseling will be improved and the patient satisfaction grows.

Keywords

support material, Russian-speaking immigrants, type 2 diabetes mellitus

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tarkoitus ja tavoitteet	2
3	Tietoperusta	3
3.1	Tiedonkeruumenetelmät	3
3.2	Venäjänkieliset maahanmuuttajat	4
3.2.1	Muuttoliike	4
3.2.2	Ikääntyneet maahanmuuttajat	5
3.3	Potilasohjaus	7
3.4	Diabetes sairautena	10
3.5	Ikääntymisen haasteet diabeteksen hoidossa	12
4	Tukimateriaalin sisältö	14
4.1	Tukimateriaalin sisällön valinta	14
4.2	Verensokerin mittaaminen	14
4.3	Insuliinin pistostekniikka	15
4.4	Hypo- ja hyperglykemian oireiden tunnistaminen	16
5	Tukimateriaalin tuottaminen	18
6	Käyttösuositus	20
7	Eettisyys ja luotettavuus	21
8	Pohdinta	23
	Lähteet	26

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku-aulukko

Liite 2. Suomenkielinen tukimateriaali – Ohjaajan kappale

Liite 3. Venäjänkielinen tukimateriaali – Potilaan kappale

1 Johdanto

Suomessa on jo yli 50 000 venäjänkielistä maahanmuuttajaa. He ovat Suomen suurin vieraskielinen ryhmä virallisten kielten jälkeen. Vieraskielisten potilaiden kasvu asettaa haasteita terveydenhuoltojärjestelmällemme. Terveydenhuoltohenkilöstö kokee ongelmalliseksi erityisesti maahanmuuttajien potilasohjauksen ja vuorovaikutuksen (Wathen 2007: 30 - 33). Diabetes on Suomessa kansantauti, ja siihen sairastuneiden lukumäärä kasvaa huimaa vauhtia myös muualla maailmalla. Arvioiden mukaan vuoteen 2025 mennessä maailmassa on jo yli 300 miljoonaa diabeetikkoa. Yleisin diabetesmuoto on tyypin 2 diabetes, joka on osittain seurausta huonoista elintavoista. Diabetes aiheuttaa paljon lisäsairauksia, jotka vaikuttavat elämänlaatua heikentävästi. Diabeteksen ja siitä aiheutuvien lisäsairauksien hoito koituu yhteiskunnalle kalliiksi. (Saraheimo – Sane 2009: 13 – 14.) Tyypin 2 diabetes yleistyy iän mukaan, joten sen hoidossa tulee ottaa erityisesti huomioon ikäihmisten erityispiirteet.

Opinnäytetyömme liittyy LOG-Sote-hankkeeseen (Lokaali- ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla). Hanke toteutetaan osana EU:n COST Home ohjelmaa, jonka tarkoituksena on edistää maahanmuuttajien terveyteen liittyvän tutkimuksen ja hyvien käytäntöjen kehittämistä Euroopassa. Hankkeen tarkoituksena on kartoittaa maahanmuuttajataustaisen väestön terveystarpeita ja ongelmia terveyden edistämiseksi ja terveyspalvelujen kehittämiseksi. Opinnäytetyömme tulee käyttöön hankkeen yhteistyökumppaneille.

Opinnäytetyönä tuotettiin tukimateriaalia iäkkäille tyypin 2 diabetesta sairastaville venäjänkielisille maahanmuuttajille, jotka aloittavat insuliinihoidon muun hoidon riittämättömyyden takia. Venäjänkielinen tukimateriaali toimii itsehoidon tukena ja tarvittaessa päivittäisenä muistutuksena. Tukimateriaalin ulkoasussa ja sisällössä on otettu huomioon iäkkäiden erityistarpeet, mutta se soveltuu myös nuoremmille. Hoitohenkilökunnan avuksi on tukimateriaali myös suomenkielisenä, ohjaustilanteiden helpottamiseksi. Tukimateriaali on pdf-muodossa ja tallennettu cd-rom-levykkeelle.

Tukimateriaalin avulla iäkkäiden tyypin 2 diabetesta sairastavien venäjänkielisten maahanmuuttajien itsehoito ja sairauden hoitotasapaino paranevat. Heidän kokemukset

sairausten hoidosta ja ohjauksesta paranevat ja tyytyväisyys kasvaa. Lisääntynyt tieto sairaudesta ja sen hoidosta sekä saatu tuki lisäävät potilaiden hoitoon sitoutumista ja voimaannuttavat heidät sairautensa hoitoon.

2 Tarkoitus ja tavoitteet

Tyypin 2 diabeteksen itsehoito on laaja käsite, johon sisältyy ruokavalio- ja lääkehoito, liikunta ja terveet elämäntavat. Tyypin 2 diabeteksessä insuliinihoitoon siirrytään yleensä vasta kun muu lääkehoito ja elämäntapamuutokset eivät tuota tarpeeksi hyvää hoitotasapainoa. (Saraheimo – Sane 2009: 13.) Insuliinihoidon aloitus tapahtuu usein varttuneessa iässä, jolloin motoriset taidot ja muisti ovat voineet jo heiketä. Ikääntynyt voi kokea hienomotoriikkaa vaativan pistoshoidon ja verensokerin mittaamisen hankalaksi ja monimutkaiseksi.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä ikääntyneille insuliinihoitoista tyypin 2 diabetesta sairastaville venäjänkielisille maahanmuuttajille tukimateriaalia, joka tukee heitä itsehoidossa ja tarjota hoitohenkilökunnalle venäjänkielisten maahanmuuttajien ohjaukseen sopivaa materiaalia, joka samalla tukee vuorovaikutusta ja yhteisymmärrystä ohjaustilanteessa. Tukimateriaalissamme keskitytään verensokerin oikeaoppiseen mittaamiseen, insuliinin käyttöön ja pistostekniikkaan sekä käydään läpi verensokerimuutosten aiheuttamat oireet. Opinnäytetyönämme tuotettu tukimateriaali tarjoaa iäkkäille insuliinihoitoista tyypin 2 diabetesta sairastaville venäjänkielisille maahanmuuttajille ajantasaista ja konkreettista tietoa sairautensa itsehoidosta.

Tavoitteena on, että kohderyhmän itsehoitoon sitoutuminen ja sairautensa hoitotasapaino paranevat, ja iäkkäiden insuliinihoitoista tyypin 2 diabetesta sairastavien venäjänkielisten maahanmuuttajien kokemukset diabeteksen hoidon ohjauksesta paranevat ja hoitohenkilökunnan antama ohjaus helpottuu. Tukimateriaalin avulla pyritään ehkäisemään pistoskomplikaatioita, kuten lihakseen pistämistä, ihonalaiskudoksen kovettumista sekä mustelmia. Oikeaoppinen verensokerin mittaaminen on tärkeää diabeteksen itsehoidossa ja erityisesti insuliinihoidon yhteydessä. Tiedostamalla hypo- ja hypergly-

kemian oireet, diabeetikko välttyy vakavilta seurauksilta, kuten kaatumisilta ja tajuttomuudelta.

3 Tietoperusta

3.1 Tiedonkeruumenetelmät

Tietoperustaa lähdimme kokoamaan seuraavien tutkimuskysymysten pohjalta.

- Mitä haasteita ja ongelmia kohderyhmä kokee sairautensa itsehoidossa ja hoidonohjauksessa?
- Mitä haasteita ja ongelmia hoitohenkilökunta kokee kohderyhmän sairauden itsehoidossa ja heitä ohjattaessa?

Tiedonkeruussa käytimme suomenkielistä Medic- ja englanninkielistä Cinahl-tietokantaa. Lisäksi löysimme osan aineistosta Pubmed- ja Cochrane-tietokannoista. Näistä tietokannoista löytyvät uusimmat tutkimusartikkelit hoitotieteen ja terveydenhuollon alalta näyttöön perustuvan hoitotyön pohjaksi. Hakusanoina käytettiin mm. maahanmuutt*, potilasohja*, ohjaus, diabetes, type 2, insulin inject*, insulin therap*, self-care, experience*, patient education, patient's perspective ja support.

Olemme taulukoineet työhön valitsemamme keskeisimmät tutkimukset ja artikkelit hakutaulukkoon (liite 1), josta selviää käytetty tietokanta, hakusanat ja osumat sekä kuvaus kyseisestä aineistosta. Tiedonkeruussa valitsimme aineiston ensin otsikoiden perusteella, jonka jälkeen valitsimme osan, joista luimme tiivistelmät. Tämän jälkeen valitsimme sen aineiston, josta luimme kokonaan. Tämän jälkeen valikoitui työhön mukaan otettava aineisto. Lisäksi teimme hakuja MetCat- ja Helka-kirjastotietokannoista sekä Theseus -tietokannasta. Käytimme myös paljon niin sanottua harmaata hakua eli käsihakua. Tiedon lähteenä käytimme myös uusinta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Keräsimme tietoa myös Tilastokeskuksen ja Kelan tilastotietokannoista. Käytimme hyväksi myös pitkäaikaisen Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelman (DEHKO 2000 - 2010) raportteja. Pyrimme rajaamaan haut vuosille 2005 – 2011. Muutama lähde on kuitenkin 2000-luvun alkupuolelta. Tilastoissa käytimme uusinta saatavilla olevaa tietoa.

3.2 Venäjänkieliset maahanmuuttajat

Maahanmuuttaja on laaja käsite, joka kattaa monesta eri syystä maahan tulleet ulkomaalaiset. Maahanmuuttajia muuttaa Suomeen perhesyiden vuoksi, paluumuuttajina, turvapaikanhakijoina, pakolaisina ja työn takia (Maamu-projekti 2010 – 2012: 14). Vieraskielisten määrä Suomessa on kaksinkertaistunut yhdeksässä vuodessa (Väestörakenne 2009a). Vuonna 2009 vieraskielisiä oli Suomessa yhteensä 207 037, pois lukien Suomen viralliset kielet (suomi, ruotsi, saame). Suurimmat vieraskieliset ryhmät olivat vuoden 2009 lopussa venäjänkieliset (51 683), vironkieliset (25 096), englanninkieliset (12 063), somalinkieliset (11 681) ja arabiankieliset (9 682). Venäjän kansalaisia oli Suomessa 28 210 vuonna 2009. (Väestörakenne 2009b; StatFin-tilastotietokanta 2009.)

Venäjänkielisten maahanmuuttajien ryhmä on suurempi kuin Venäjän kansalaisuuden omaavien maahanmuuttajien ryhmä. Tämä selittyy osittain sillä, että venäjänkielisiä tulee Suomeen muistakin maista kuin Venäjältä. Palveluiden tuottamisen kannalta on merkityksellisempää tiedostaa kieliryhmät kuin kansalaisuus (Tanttu 2008: 40). Puhumme tässä työssä venäjänkielisistä maahanmuuttajista, emmekä venäjän kansalaisuuden omaavista maahanmuuttajista, sillä keskeisin haaste potilasohjauksen kannalta on juuri kommunikaatiovaikeudet.

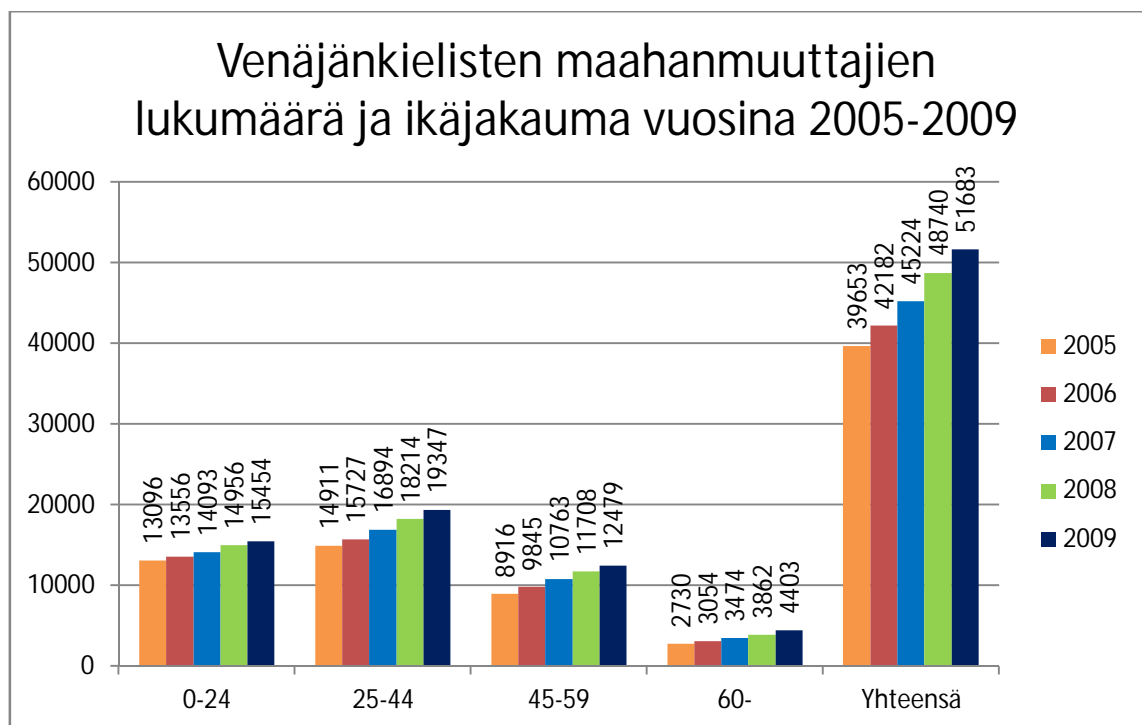
3.2.1 Muuttoliike

Suomen ollessa Venäjän alaisena Suomeen muutti paljon venäläisiä sotilaita ja kauppiaita. Suomen itsenäistymisen aikaan 1917 Suomessa asui noin 6000 venäläistä. Venäjän vallankumouksen aikana 1922 Suomeen tuli noin 15 000 venäläistä pakolaisena, joista osa jatkoi kuitenkin eri puolille Eurooppaa. Suurin muuttoliike ajoittuu 1990-luvulle, jolloin presidentti Mauno Koivisto antoi inkerinsuomalaisille ja inkeriläiselle siirtoväelle luvan palata takaisin Suomeen paluumuuttajina. Inkerinsuomalaisilla tarkoitetaan Venäjän ja Viron alueella asuvia suomalaista syntyperää olevaa väestöä. Inkeriläisellä siirtoväellä tarkoitetaan jatkosodan aikana Suomeen siirrettyjä inkeriläisiä, jotka palautettiin sodan loputtua Neuvostoliiton puolelle. Paluumuuttajana pidetään myös henkilöä, jonka jompikumpi vanhempi tai isovanhempi on tai on ollut kansalaisuudeltaan suomalainen. (Räty 2002: 82 - 83.)

Neuvostoliiton aikana ei katsottu hyvällä muuta kansalaisuutta tai äidinkieltä. Elämää varjostivat myös karkotukset ja sortotoimenpiteet. Monet inkeriläiset salasivat alkupe-
räänsä ja äidinkieltänsä. Tämän seurauksena suomen kielen taito unohtui ja jälkikasvu
puhui äidinkielenään venäjää. (Räty 2002: 83.) Nykyään Venäjältä muutetaan Suo-
meen pääasiassa avioliiton ja työn perässä (Maamu-projekti 2010 – 2012: 14).

3.2.2 Ikääntyneet maahanmuuttajat

Venäjänkielisten maahanmuuttajien lukumäärä on ollut viime vuosina jatkuvassa kas-
vussa, ja kasvun odotetaan jatkuvan. Myös ikääntyneemmissä venäjänkielisten ryh-
mässä on ollut selkeää kasvua viime vuosien aikana (kuvio 1). Yleisesti maahanmuutta-
jien ikärakenne on Suomessa nuori verrattuna kantaväestöön. Yli 65-vuotiaiden määrä
on maahanmuuttajien keskuudessa 6 % verrattuna kantaväestön 16 %:iin, mutta
ikäntyneiden lukumäärä on kuitenkin vähitellen lisääntymässä. (Maamu-projekti 2010
– 2012: 14.) Tämä haastaa tulevaisuudessa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä
erityisesti vanhuspolitiikan (Tanttu 2008: 40).



Kuvio 1. Väestörakenne venäjänkielisten lukumäärän ja iän mukaan vuosina 2005–2009 (Stat-
Fin-tilastotietokanta 2009).

Ikääntyneiden maahanmuuttajien haasteena ovat suomen kielen puute ja suomalaisen palvelujärjestelmän tuntemattomuus. Ikääntyneet maahanmuuttajat saattavat elää tiedollisessa tyhjiössä tuntematta palvelujärjestelmäämme, joka on este omaehtoiselle avun hakemiselle. Esimerkiksi, kun venäjänkielisille maahanmuuttajille annetaan tietoa koskien palveluita ja etuja, oletetaan, että he tuntevat suomalaisen palvelujärjestelmän. He eivät kuitenkaan välttämättä tunne sitä eivätkä uskalla tai osaa kysyä. Monet venäjänkieliset maahanmuuttajat myös välttelevät suomalaista terveydenhuoltoa heikon suomen kielen taidon ja tulkkiin mahdollisesti kohdistuvan epäluottamuksen takia. He saattavat jopa matkustaa kotimaahansa saadakseen apua. Suomen kielen puute voi myös eristää ikääntyneet maahanmuuttajat yksinäisyyteen, ja he saattavat syrjäytyä yhteiskunnasta. (Tanttu 2008: 41; Linderborg 2005: 3 - 4.) Ikääntymisen myötä muistisairaudet lisääntyvät myös maahanmuuttajien keskuudessa. Dementoituessaan ikääntynyt venäjänkielinen maahanmuuttaja unohtaa opitun suomen kielen ja kommunikointi tapahtuu enää äidinkielellä (Tanttu 2008: 43).

Yhdenvertaisuuslain mukaan ketään ei saa syrjiä iän, kansallisen alkuperän, kansallisuuden, kielen tai vakaumukseen liittyvän syyn perusteella (Yhdenvertaisuuslaki 21/2004). Venäjänkieliset ovat ruotsinkielisten jälkeen suurin kielellinen vähemmistö maassamme ja varsin nopeasti kasvava ryhmä. Tästä syystä on tärkeää huomioida tämän kieliryhmän yksilölliset tarpeet myös sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelujärjestelmässämme. Venäjänkielinen maahanmuuttaja saattaa tuntea, ettei hänestä välitetä, jos hänelle ei ole tarjottu mahdollisuutta palveluiden täysmittaiseen käyttöön (Tanttu 2008: 42).

Roudak (2010) haastatteli opinnäytetyössään viittä venäjänkielistä ikääntyntä maahanmuuttajaa, jotka sairastivat tyypin 2 diabetesta. Haastateltavien mielestä heillä oli tietoa diabeteksestä yleisellä tasolla ja tiesivät, että sairaus vaikuttaa koko elämään (Roudak 2010: 30). Haastattelussa kävi ilmi, että haastateltavien tieto diabeteksen hoidosta oli niukkaa tai olematonta. Monille oli epäselvää diabeteshoidon ja seurannan suunnitelmallisuus ja säännöllisyys. (Roudak 2010: 32.) Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että tietoa tulisi olla lisää saatavilla ja sen tulisi olla kielellisesti ja aineellisesti ymmärrettävää sekä ikääntyneiden kognitiivisiin taitoihin sopivaa (Roudak 2010: 35).

Maahanmuuttajien selkokieliselle ohjaukselle on kysyntää etenkin suurimpien kieliryhmien keskuudessa. Niin potilaat kuin hoitohenkilökuntakin kokevat tarvetta vieraskieliselle ohjausmateriaalille. (Palokari 2011: 50 – 51.) Diabetesliitto ry on tuottanut diabeetikoiden terveyden edistämiseen tarkoitettuja yleisiä oppaita ja erityisryhmille suunnattua materiaalia. Maahanmuuttajia varten on myös tuotettu heidän kielelleen käännettyjä ohjelehtisiä. Vieraskielistä tukimateriaalia kirjoittaessa on kuitenkin tärkeää, että se ei ole pelkästään käännös, vaan se kirjoitetaan kyseisellä kielellä. Aikuistyyppin diabetesta käsittelevä Suomen Diabetesliitto ry:n kustantama venäjänkielinen ohjelehtinen sisälsi perustietoa sairaudesta ja se hoidosta. Ohjelehtinen on vuodelta 1999 ja siinä on käsitelty kaikki tyypin 2 diabeteksen hoidon kannalta tärkeät osa-alueet lyhyesti. Tukimateriaalissamme keskitytään tarkemmin tiettyihin itsehoidon osa-alueisiin. Tukimateriaalia ei ole käännetty, vaan se on kirjoitettu alusta asti venäjän selkokielellä, mikä helpottaa lukijaa ymmärtämään ja sisäistämään asian. Tukimateriaali parantaa insuliinihoitoista tyypin 2 diabetesta sairastavien venäjänkielisten maahanmuuttajien tiedon saantia ja hoitoon sitoutumista parantaen samalla hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen laatua.

3.3 Potilasohjaus

Ohjausta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Kääriäinen ja Kyngäs (2005: 250) määrittelevät ohjauksen aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tapahtuu ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen määrittelee myös lainsäädäntö ja eettinen ohjeisto. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä muista potilaan päätöksentekoon vaikuttavista tekijöistä. Potilaalla on oikeus saada tietoa niin, että hän riittävästi ymmärtää sen sisällön. Tilanteen vaatiessa ja mahdollisuuksien mukaan on huolehdittava tulkkauksesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Terveystieteiden henkilöstöä ohjaavat myös ammattieettiset ohjeet, jotka määrittelevät ohjauksen laadun kriteerit (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996). Laadukas ohjaus vaatii toteutukseen ohjaajalta hyviä ohjausvalmiuksia, joihin kuuluvat asiantuntijuus, ammattitaito, persoonallisuus ja erilaisten ohjausmenetelmien taitaminen. Ohjaajalla on velvollisuus pitää yllä tietotaitoaan, jotta hän voi tarjota potilaalle ajantasaista ja pätevää ohjausta. Näin potilaan päätöksenteon pohjana on asianmukainen tieto. (Kääriäinen 2008: 11 - 12; Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 30.)

Ohjaukseen vaikuttavat aina myös ohjaajan ja ohjattavan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät. Ohjattavan taustatekijöiden selvittäminen on tärkeää, jotta ohjaus olisi potilaslähtöistä. Taustatekijöiden selvittäminen on myös lähtökohta ohjaustilanteen suunnittelulle. (Kääriäinen 2008: 12.) Iäkkäitä potilaita ohjattaessa fyysisiä taustatekijöitä, jotka vaikuttavat ohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen, voivat olla ikä, huono kuulo- ja näkökyky sekä muistin heikkeneminen (Isola – Backman – Kyngäs – Kääriäinen – Saarnio 2007: 56). Psyykkisiä taustatekijöitä ovat sekä ohjaajan että ohjattavan motivaatio, asenteet ja arvot sekä maailmankatsomus (Kääriäinen 2008: 12; Torkkola ym. 2002: 30).

Vuorovaikutteiseen ohjaustilanteeseen vaikuttavia ulkoisia tekijöitä ovat fyysisen ympäristön rauhallisuus, ohjaukseen käytettävissä oleva aika sekä erilaisten ohjausmateriaalien saatavuus ja käyttö (Torkkola ym. 2002: 30 - 31). Ohjaustilanteen sisäisiä tekijöitä puolestaan ovat ohjattavan ja ohjaajan välinen suhde ja heidän välinen viestintä. Ohjaajan ja ohjattavan välisen suhteen tulee olla tasa-arvoinen, toisiaan kunnioittava, luottamuksellinen, avoin ja salliva. Viestintään kuuluu sanallinen ja sanaton viestintä. Viestinnän tulee olla selkeää, ymmärrettävää, johdonmukaista ja ristiriidatonta. Ohjaustilanteessa käytettävässä kielessä ei tule käyttää erikoissanoja tai lääketieteellisiä termejä, sillä ne korostavat ohjaajan ja ohjattavan eriarvoisuutta. (Hankonen ym. 2006: 23 - 30.)

Laajan suomalaisen kyselylomaketutkimuksen mukaan potilaat kokevat ohjauksen yleisesti riittäväksi, mutta tietyt näkökulmat, kuten sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen jäävät liian vähälle huomiolle. Potilasohjauksessa käytettävien menetelmien tulisi olla monipuolisia, potilaslähtöisiä ja yksilöllisiä. Potilasohjausta suunniteltaessa tulisi käyttää kirjallisen materiaalin rinnalla teknologiaa, kuten tietokoneita ja ohjausvideoita. Kirjallista materiaalia tulee kuitenkin antaa jatkossakin, jotta potilaat voivat palata siihen vielä myöhemmin. (Johansson ym. 2002: 239 – 245.)

Tyyppin 2 diabetesta sairastavien potilaiden kokemuksista käy ilmi, että hoitohenkilökunta pystyy vahvistamaan potilaan motivaatiota selviytyä sairauden kanssa kiinnittämällä huomiota tiettyihin asioihin ohjausta annettaessa. Potilaan kuunteleminen ja ymmärtäminen ja positiivisen palautteen antaminen sekä luottamuksellisen suhde hoitohenki-

lökunnan ja potilaan välillä vahvistavat motivaatiota. Tiedon tulee olla käytännöllistä ja täsmällistä sekä ohjeiden yksilöllisesti suunnattuja. Potilaan näkemykset tulee ottaa huomioon, ja hänen tulee saada osallistua päätöksentekoon. (Oftedal – Karlsen – Bru 2010: 1500 – 1509.) Tukimateriaalin hoitohenkilökunnalle suunnatussa saatteessa kerromme, miten he pystyvät vahvistamaan potilaan motivaatiota selviytyä sairauden kanssa. Tukimateriaali vahvistaa maahanmuuttajan mahdollisuutta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Isola ym. (2007) ovat tutkineet iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat varsin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Puutteita kuitenkin koettiin melko paljon. Ohjausaika oli koettu liian lyhyeksi ja ohjaajan käyttämät vierasperäiset sanat koettiin ongelmallisiksi. Iäkkäät toivoivat, että heidän taustatekijänsä huomioitaisiin ohjauksessa, huono kuulo, näkökyky ja huonomuistisuus pitäisi huomioida ohjaustilanteen suunnittelussa. (Isola ym. 2007: 56.) Iäkkäät halusivat myös keskustella ohjaustilanteessa omista ongelmistaan ja että annettuja ohjeita sovellettaisiin heidän elämäntilanteeseensa (Isola ym. 2007: 60). Tutkimuksen mukaan iäkkäät toivoivat eri ohjausmenetelmien monipuolisempaa käyttöä. Kirjallista materiaalia saaneista yli puolet piti sitä ymmärrettävänä ja ulkomuodoltaan selkeänä. Toisaalta laadullisen analyysin mukaan iäkkäät pitivät saamaansa kirjallista materiaalia epäselvänä. Tutkittavista 38 % ei ollut saanut kirjallista materiaalia lainkaan. (Isola ym. 2007: 58 - 60.) Toisen tutkimuksen mukaan yli puolet potilaista sanoi, ettei ollut saanut kirjallista materiaalia lainkaan (Johansson ym. 2002: 243).

Potilasohjauksen yhtenä tämän päivän haasteena voidaan pitää maahanmuuttajien ohjausta. Wathen (2007) on tutkinut sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien potilasohjauksesta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilasohjaustilanteissa haasteena olivat molemminpuoliset ymmärtämisvaikeudet. Ohjauksen edellytyksenä pidettiin yhteisen kielen löytymistä. Maahanmuuttajien suomen kielen taito oli heikko ja ohjauksessa käytettiin usein englantia kompromissina. Heikko englannin kielen taito aiheutti lisähaasteita ohjaukselle tiettyjen potilasryhmien kohdalla. (Wathen 2007: 33, 35.) Sairaanhoitajat kokivat epävarmuutta siitä, ymmärrettiinkö ohjaus oikein. Maahanmuuttaja saattoi non-verbaalisin viestein antaa kuvan siitä, että asia oli ymmärretty, vaikka myöhemmin kävi ilmi että näin ei ollut. (Wathen 2007: 30, 33.) Maahanmuuttajien oh-

jausta helpottaakseen sairaanhoitajat käyttivät usein monipuolisia ohjausmenetelmiä, kuten demonstraatiota, kuvallisen materiaalin käyttöä, toistamista ja elekieltä (Wathen 2007: 31 - 32). Virallisen tulkin saaminen ohjaustilanteeseen oli hankalaa eikä puhelin-tulkkaukseen ollut aina saatavilla. Maahanmuuttajien lapset joutuivat usein tulkin asemaan, jota kuitenkin pidettiin eettisesti arveluttavana. Tämän ja aikaisempien tutkimuksien mukaan maahanmuuttajille jaettavan kirjallisen ja kuvallisen materiaalin puute koettiin ongelmaksi. (Wathen 2007: 39 - 40.)

Tukimateriaalissamme on otettu huomioon iäkkään potilaan fyysiset taustatekijät. Tukimateriaali tuotetaan A4-kokoiselle paperille, jolloin fontti ja kuvat ovat tarpeeksi isolla myös potilaille, joilla on heikentynyt näkökyky. Tukimateriaali toimii muistin tukena kotioloissa. Siitä voidaan ottaa erilleen toimintaa tukevat kuvasarjat, kuten verensokerin mittaaminen ja insuliinin pistostekniikka. Ohjeet on kirjoitettu selkokielellä ja vältetty lääketieteellisiä termejä. Selkeillä ja perustelluilla ohjeilla lisätään asioiden ymmärrettävyyttä ja motivaatiota toteuttaa ne oikein. Tukimateriaali on tuotettu molemmilla kielillä ja ne ovat yhteneväisiä niin sisällöllisesti kuin ulkonäöllisesti. Tämä lisää molemminpuolista ymmärrystä ja helpottaa ohjaustilannetta. Näin myös ohjauksen antaja saa varmuuden siitä, mitä tietoa potilas on saanut. Tukimateriaalin sisällön ymmärrettävyyttä on lisätty havainnollistavia kuvia käyttämällä.

3.4 Diabetes sairautena

Koko maailmassa on arvioitu olevan jo yli 200 miljoonaa diabeetikkoa, joista valtaosa eli 80–90 % sairastaa tyypin 2 diabetesta. Diabetesta sairastavien kokonaismäärän ennustetaan nousevan yli 300 miljoonaan vuoteen 2025 mennessä. Yleistymisen syynä on runsasenerginen ruokavalio, vähäisen liikunnan aiheuttama painonousu ja väestön ikääntyminen sekä arkiliikunnan vähentyminen. (Saraheimo – Sane 2009: 13.) Suomessa diabetesta sairastavia oli diagnosoitu vuoteen 2005 mennessä jo lähes 265 000 ihmistä. Heistä noin 32 000 oli tyypin 1 diabetesta sairastavia ja loput tyypin 2 diabetesta sairastavia. Diabeteksen ja sen aiheuttamien lisäsairauksien hoito käy yhteiskunnalle kalliiksi. Tyypin 2 diabeteksen tutkimiseen ja hoidon kehittämiseen panostetaan paljon. Käynnissä on ollut laajoja diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen tärkeitä hankkeita, joissa pyritään parantamaan diabeetikon itsehoitoa, hoidonohjausta, hoidon laatua ja vähentämään lisäsairauksia (DEHKO 2000 - 2010). Vuonna 2008 Kan-

saneläkelaitoksen lääkekorvaustilastojen mukaan diabeteslääkkeitä osti 269 181 henkilöä. (Saraheimo – Sane 2009: 13.) Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja diabetesta sairastavia oli vuoden 2008 loppuun mennessä yhteensä 197 598, joista yli 64-vuotiaita oli 98 679 henkilöä (Kelan tilastollinen vuosikirja 2008: 185). Tukimateriaalimme avulla parannetaan yhden kohderyhmän hoitotasapainoa ja tietoisuutta sairaudesta.

Diabetes on aineenvaihduntasairaus, jossa elimistön oma insuliinin tuotanto on heikentynyt tai loppunut kokonaan, josta seurauksena on verensokerin nousu. Terveen ihmisen haima huolehtii siitä, että verenkierrossa on aina elimistön toiminnalle välttämätöntä perusinsuliinia. Syömisen yhteydessä erittyy tarvittava määrä ateriainsuliinia. Tavallisesti insuliinin ja sokerin yhteensovittaminen sujuu automaattisesti ja verensokeri pysyy tasaisena. Jos tämä automaattinen järjestelmä häiriintyy ja verensokeriarvot kohoavat, ihminen sairastuu diabetekseen. (Aro – Huhtanen – Ilanne-Parikka – Kokkonen 2007: 8.) Diabetes jaetaan kahteen päämuotoon, tyypin 1 ja tyypin 2 diabetekseen. Tyypin 1 diabetes eli ns. nuoruustyyppin diabetes johtuu insuliininpuutoksesta. Tyypin 2 diabetesta kutsutaan myös aikuistyyppin diabetekseksi, ja siinä insuliinin erityis on vähentynyt ja sen vaikutus on heikentynyt. (Saraheimo 2009: 9.) Tyypin 1 diabetekseen sairastutaan pääsääntöisesti alle 35-vuotiaana, mutta siihen voi sairastua missä iässä tahansa, vielä vanhuudessakin (Saraheimo 2009: 28). Toisaalta, myös tyypin 2 diabetekseen sairastutaan nykyisin yhä nuorempina, johtuen lihavuuden lisääntymisestä, huonoista ruokatottumuksista ja liikunnan puutteesta (Niemi – Winell 2005: 11).

Tyypin 1 diabeteksessa haiman kyky tuottaa insuliinia on heikentynyt tai loppunut kokonaan. Haiman Langerhansin saarekesolut tuhoutuvat autoimmuunitulehduksen seurauksena. Oireita alkaa esiintyä, kun soluista on jäljellä enää 10 – 20 %. Solut tuhoutuvat yleensä täysin 5 vuoden kuluttua taudin puhkeamisesta. Tyypin 1 diabeetikko on täysin riippuvainen pistoksena annetusta insuliinista. Pistosten lukumäärä ja insuliinianokset riippuvat syödyn ruuan hiilihydraattimäärästä ja energian kulutuksesta. Tyypin 1 diabeteksen sairastumiseen vaikuttavat tiettyntyyppinen perimä ja ympäristötekijät yhdessä. (Aro ym. 2007: 11; Saraheimo 2009a: 28.)

Suurin osa suomalaisista diabeetikoista sairastaa tyypin 2 diabetesta. Kaikista tyypin 2 diabeetikoista ainakin puolet on iältään yli 65-vuotiaita. Tyypin 2 diabeteksessa insuliinin erityis ja vaikutus ovat heikentyneet. Tästä johtuen insuliinia käyttävien tyypin 2

diabeetikoiden insuliiniannokset saattavat olla suurempia kuin tyypin 1 diabeteksen hoidossa. Tyypin 2 diabetes kehittyy yleensä hitaasti ja ilman selviä oireita, siksi se todetaan usein vasta lisäsairauksien ilmaantumisen yhteydessä. Tyypin 2 diabetesta pyritään hoitamaan aluksi elintapamuutoksilla. Verensokeri, verenpaine ja veren rasva-arvot pyritään pitämään tavoitetasolla ruokavalion, sopivan liikunnan avulla. Lääkehoitoon siirrytään, jos elintapamuutokset eivät tuota haluttua vaikutusta. Kohonneen verensokerin alenemiseen käytetään suun kautta otettavia lääkkeitä ja insuliinihoitoa. Perimä lisää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen. Puhkeamiseen vaikuttavat olennaisesti myös elintavat. (Aro ym. 2007: 10; Saraheimo 2009b: 31 - 32.)

3.5 Ikääntymisen haasteet diabeteksen hoidossa

Tässä työssä tarkoitetaan ikääntyneellä diabeetikolla yli 65-vuotiasta diabetesta sairastavaa. Vanhuusiässä alkava tyypin 2 diabetes voi olla vaikea tunnistaa ja diagnosoida, sillä oireet ovat usein vähäisiä ja ne saatetaan sekoittaa muihin ikään liittyviin sairauksiin tai vanhenemismuutoksiin. Ikäihmisen diabetes havaitaan usein muiden sairauksien yhteydessä, jolloin se on jo ehtinyt aiheuttamaan kroonisia komplikaatioita kuten munuaisvaurioita. (Hiltunen 2008: 12.)

Iäkkään diabeetikon hoidon tavoitteet ovat yleisesti samoja kuin nuoremmillakin. Tavoitteena on oireettomuus, lisäsairauksien ehkäisy sekä elämänlaadun säilyttäminen tai parantaminen. Yksilöllisiin hoitotavoitteisiin vaikuttavat myös potilaan ikä ja muut krooniset sairaudet. Sairauksien lisääntyessä ja arvioidun jäljellä olevan eliniän vähentyessä oireettomuus ja elämänlaadun säilyttäminen korostuvat. Hoidon tavoitteet ovat iäkkäällä yksilöllisiä ja on tärkeää olla asettamatta liian kovia tavoitteita. Hypoglykemian vaaran vuoksi verensokeriarvoista joudutaan joskus tinkimään, etenkin jos potilas asuu yksin, hänellä on muistisairaus ja verensokeria alentava lääkitys. Vanhuksen kyky omahoitoon tulee myös ottaa huomioon tavoitteita asetettaessa ja hoitoa suunniteltaessa. Ikä sinänsä ei vaikuta hoitotavoitteisiin, vaan potilaan henkinen suorituskyky ja yleinen terveydentila. Iäkkäiden diabeetikoiden hoidossa pyritään mahdollisimman hyvään verensokeritasapainoon mahdollistaen hyvän elämänlaadun ja toimintakyvyn. (Aro ym. 2007: 13 - 14; Käypä hoito 2009).

Tukimateriaalissamme käydään läpi hypo- ja hyperglykemian syyt ja oireet sekä miten toimia kyseisissä tilanteissa. Erityisesti hypoglykemian oireiden tiedostaminen ja tunnistaminen on iäkkäälle tärkeää, sillä autonomisen hermoston toiminta heikkenee iän myötä, jolloin kyky aistia oireita heikkenee. Hypoglykemian vaaraa ikääntyessä lisää myös insuliinin vastavaikuttavahormonien tuotannon heikkeneminen. Iäkkään hypoglykemia on yleensä pitkäkestoisempi ja vaikeampi hoitaa ja sen oireet ovat heikompia kuin nuoremmilla. Tietämättömyys hypoglykemian syistä ja oireista lisäävät omalta osaltaan iäkkään hypoglykemiariskiä. (Saraheimo – Rönnemaa 2009: 319; Hiltunen 2008; 15.) Matalan ja korkean verensokerin aiheuttamien oireiden tiedostaminen ja tunnistaminen auttaa diabeetikkoa oppimaan kehonsa viestit, vertaamaan niitä mitattuihin verensokeriarvoihin ja toimimaan diabeteksen tasapainon saavuttamiseksi.

Ikääntymisen myötä tapahtuu muutoksia mm. näkökyvyssä, kuulossa, toimintakyvyssä ja kognitiivisissa kyvyissä. Diabeteksen hoidossa ja hoidon suunnittelussa tulee huomioida nämä yksilölliset muutokset. Itse diabetes aiheuttaa myös kroonisia komplikaatioita kuten silmänpohja-, munuais- ja hermomuutoksia. Ongelmia toimintakyvyssä ja kognitiivisissa toiminnoissa voivat aiheuttaa myös diabeteksen akuutit komplikaatiot, hyper- ja hypoglykemia. Usein on vaikeaa erottaa mitkä ovat diabeteksen ja mitkä ikääntymisen aiheuttamia ongelmia. Iäkkäillä diabeetikoilla on todettu enemmän kaatumisia kuin iäkkäillä yleensä. Syynä tähän ovat ikä, toimintakyvyn lasku, näön huonontuminen ja verensokerin muutoksesta johtuvat oireet. (Haas 2007: 50 – 53.)

Ikääntymisen tuomat muutokset tulee huomioida myös diabeetikon hoidonohjauksessa. Iäkäs ihminen pystyy oppimaan uusia taitoja ja omaksumaan uutta tietoa, kun ohjauksen laatuun kiinnitetään huomiota. Iäkkään diabeetikon ohjauksessa tulee huomioida iän tuomat muutokset, kuten heikentynyt näkö ja kuulo sekä mahdolliset muistihäiriöt, masennus, kognitiivisten kykyjen heikentyminen ja diabeteksen huono hoitotasapaino (Isola ym. 2007: 56; Aro ym. 2007: 15; Haas 2007: 52 – 53). Käytännön tilanteet sekä elämänläheiset ja ratkaisukeskeiset ohjeet helpottavat asioiden omaksumista. Potilaan motivaatio ja asennoituminen sairauden hoitoon ovat keskeisiä hoitotavoitteiden saavuttamisen kannalta hyvän ohjauksen lisäksi.

Tukimateriaalissa huomioidaan ikääntymisen tuomat haasteet käyttämällä isoa fonttikokoa, ohjeita havainnollistavia kuvia sekä helppoa ja yksinkertaista kieltä. Tukimateri-

aalissa huomioidaan esimerkiksi iäkkään käsien tärinä näyttämällä helpompi tapa käsitellä insuliinikynää pistettäessä. Diabeteksen hoitoon liittyviä käytännön asioita esitetään tukimateriaalissa, josta iäkäs diabeetikko voi aina tarpeen tullen tarkistaa asian. Näin ollen tukimateriaali toimii myös muistin tukena ja luo turvallisuudentunnetta.

4 Tukimateriaalin sisältö

4.1 Tukimateriaalin sisällön valinta

Tukimateriaalin sisältö valittiin näyttöön perustuvasti, hoitotieteellisestä aineistosta nousseiden ongelmien ja haasteiden pohjalta (liite 1). Jokaisen aihealueen tärkeydestä ja tiedon tarpeellisuudesta löytyi hoitotieteellistä näyttöä. Kokosimme tukimateriaaliin tiedon valituista aihealueista tiiviiseen ja selkeään pakettiin. Tukimateriaaliin valittujen aihealueiden tiedon tarve oli entuudestaan tiedossa työkokemuksemme perusteella ja tietokantahaku antoi sille hoitotieteellistä näyttöä.

4.2 Verensokerin mittaaminen

Verensokerin mittaaminen on suositeltavaa kaikille diabeetikoille. Verensokerin omaseuranta on diabeetikon työväline, jonka avulla hän voi seurata sokeritasapainoaan ja saada arvokasta tietoa hoitoa ja päivittäisiä toimintoja suunniteltaessa. Verensokerin mittaustiheys vaihtelee diabeteksen tyypistä ja hoitomuodosta riippuen. (Rönnemaa – Leppiniemi 2009: 61.) Insuliinihoitoisen tyypin 2 diabeetikon kohdalla verensokerin mittaaminen ja omaseuranta on yhtä perusteltua kuin 1 tyypin diabeetikolla (Linko – Lampe – Ihalainen – Mäkelä – Sintonen 2006: 5 - 6). Insuliinihoito edellyttää päivittäin useampia verensokerin omamittauksia, sillä mittaustulokset ovat insuliinin annostelun perustana. Insuliinihoidon aloituksen yhteydessä verensokerin omaseuranta on erityisen tärkeää, jotta insuliiniannos saadaan sopivaksi. Tästä syystä myös mittaustulosten tulee olla luotettavia. Mittaustulokseen ei tule kuitenkaan luottaa sokeasti, jos arvo on tilanteeseen tai tuntemuksiin nähden poikkeava, vaan silloin tulee tehdä tarkistusmittaus. (Ilanne-Parikka 2009e: 271.)

Oikea verensokerin mittaustekniikka on tärkeää opetella, jotta mittaustulokset ovat luotettavia. Oma diabeteshoitaja yleensä opastaa diabeetikkoa mittaustekniikassa. Läkäreiden venäjänkielisten maahanmuuttajien ohjauksessa voi tämä opastus kuitenkin jäädä niukaksi tai ymmärtämättömäksi kiellongelman takia. Roudakin (2010) haastattelussa kävi ilmi, että kuvallisia potilasohjeita oli jaettu, mutta ne olivat suomen kielellä eivätkä siksi olleet ymmärrettäviä. Asianmukainen tieto sairaudesta ja hoidosta koettiin tärkeäksi sairautteen suhtautumisessa. (Roudak 2010: 33.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että väärinymmärrykset sairaudesta ja sen hoidosta olivat yleisiä tyypin 2 diabeetikoilla (Holmström – Rosenqvist 2005: 146). Tutkimukseen osallistuneista potilaista lähes kaikki mittasivat verensokeriaan kotona, mutta vain muutamat tiesivät, miksi he mittaavat ja mitkä ovat mittaamisen hyödyt (Holmström – Rosenqvist 2005: 150).

Tukimateriaalissa käydään verensokerin mittaaminen läpi vaihe vaiheelta kuvien ja venäjänkielisten ohjeiden avulla. Jokaisen vaiheen merkitys myös perustellaan lukijalle, joka lisää ymmärrystä ja hoitoon sitoutumista. Tukimateriaali ei korvaa tavanomaista verensokerin mittaustekniikan ohjausta, mutta se helpottaa ohjausta ja toimii potilaan muistin tukena myös kotona.

4.3 Insuliinin pistostekniikka

Tyypin 2 diabeteksessa insuliinihoitoon siirtyminen tulee monelle potilaalle sokkina. He eivät välttämättä ole olleet tietoisia sairautensa etenevästä luonteesta ja saattavat kokea insuliiniin siirtymisen rangaistuksena huonosta hoitotasapainosta. Insuliinin pistäminen on alussa yleinen pelonaihe ja se koetaan vaikeaksi. (Phillips 2007a: 35, 39.) Monet eivät myöskään tiedä, mihin insuliinia pistetään (Phillips 2007b: 37). Insuliinihoitoon siirryttäessä potilas tarvitsee tukea ja tietoa. On tärkeää, että potilaille annettava tukimateriaali vastaa mahdollisimman hyvin potilaita askarruttaviin kysymyksiin. Potilaat palaavat insuliinihoidon yhteydessä jaettaviin infomateriaaleihin yleensä kotona ja myöhemmin tarkistaakseen asioita (Phillips 2007a: 39).

Erityisesti iäkkäät ihmiset tarvitsevat paljon ohjausta ja tukea oppiakseen insuliinihoidon periaatteet. Iäkkäät ihmiset tarvitsevat harjoittelua enemmän kuin nuoret, ja tuki-

materiaali toimii hyvin kertaamisen apuna. Iäkkäällä diabeetikolla saattaa olla mielikuvia entisajan pitkistä neuloista ja lasiruiskuista (Aro ym. 2007: 52 – 53). Ohjaustilanteessa hoitajan on hyvä näyttää potilaalle hoitovälineet ja niiden käyttö. Iäkkäät potilaat toivovat ohjattavien asioiden harjoittelua käytännössä ja monipuolisuutta ohjausmenetelmiin (Isola ym. 2007: 58).

Hoitovälineitä on markkinoilla runsaasti eri valmistajilta, ja ne kehittyvät koko ajan helppokäyttöisemmiksi ja potilasystävällisemmiksi. Niillä on kuitenkin pääpiirteittäin sama toimintaperiaate. Tukimateriaalissa käymme läpi tällä hetkellä yleisimmät insuliinin pistämisvälineet kuvien avulla. Sairaanhoidaja opastaa potilasta hänelle valittujen hoitovälineiden käytössä ja varmistaa eri hoitovälineiden yhteensopivuuden sekä täydentää tietoa. Tutkimuksen mukaan yksi yleisimmistä syistä, miksi potilaat ottivat yhteyttä diabeteshoitajaan, olivat ongelmat insuliinikynän kanssa (Phillips 2007b: 39). Ihanteellista olisi, että potilas saa käytön ohjausta aina uudenlaisen insuliinikynän käyttöönoton yhteydessä.

Oikeaoppinen insuliinin pistostekniikka, sopivat pistosalueet ja pistosalueiden kunto vaikuttavat olennaisesti insuliinin imeytymiseen. Vain verenkiertoon imeytynyt insuliini vaikuttaa verensokeriin. (Kangas 2009: 102 – 103.) Oikeaoppisella pistämisellä, potilas välttyy pistoskomplikaatioilta, kuten pistosalueiden kovettumiselta ja saadaan haluttu verensokeria laskeva vaikutus.

Tukimateriaalissa käydään läpi pistostekniikka yksinkertaisten venäjänkielisten ohjeiden ja havainnollistavien kuvien avulla. Tukimateriaalissa on myös tietoa erilaisista insuliinikynistä ja -neuloista, insuliinin säilytyksestä ja säilyvyydestä, insuliiniseoksen sekoittamisesta, ilmakuplan poistosta insuliinikynästä sekä sopivista pistospaikoista. Kaikkiin näihin asioihin ei potilaan tarvitse välttämättä tukeutua joka päivä, mutta ne on hyvä kuitenkin olla tukimateriaalissa potilaan omalla äidinkielellä.

4.4 Hypo- ja hyperglykemian oireiden tunnistaminen

Liian matala tai liian korkea verensokeri voivat kumpikin aiheuttaa vakavia seurauksia diabeetikolle. Monet diabeetikot pelkäävät erityisesti liian matalaa verensokeria eli hypoglykemiaa varsinkin insuliinihoidon aloituksen yhteydessä (Phillips 2007b: 39). Ve-

rensokerin laskua pelätään etenkin, kun insuliinia pistetään nukkumaan mentäessä (Ilanne-Parikka 2009a: 236). Pelon syinä ovat tietämättömyys hypoglykemian syistä ja oireista sekä elimistön reaktioista (Ilanne-Parikka 2009b: 294).

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan useat tyypin 2 diabeetikot eivät tunne korkean tai matalan verensokerin aiheuttamia tuntemuksia kehossaan. He eivät myöskään pystyneet arvioimaan, minkälainen verensokeriarvo mittauksen yhteydessä tulisi, vaan uskoivat arvojen tulevan sattumanvaraisesti. (Holmström – Rosenqvist 2005: 149.) Useat tutkimukseen osallistuneista potilaista tiesivät, miten toimia, jos heitä alkaa heikottaa ja verensokeri on liian matala. He eivät kuitenkaan tieneet muita hypoglykemiaa tavallisesti edeltäviä oireita (Holmström – Rosenqvist 2005: 150). Myös opinnäytetyönä tehdyssä tyypin 2 diabetesta sairastavia venäjänkielisiä maahanmuuttajia koskevassa haastattelussa kävi ilmi, että vain osa haastateltavista tiesi matalan verensokerin olevan vaarallinen tila (Roudak 2010: 31).

Insuliinihoitoisen diabeetikon verensokerin alarajana pidetään 4 mmol/l. Hypoglykemian oireiden ilmaantuvuus on kuitenkin yksilöllistä ja edeltävästä sokeritasapainosta riippuvainen. Jos diabeetikon verensokeri on ollut pitkään koholla, hypoglykemian oireet saattavat ilmaantua jo 4–6 mmol/l lukemissa, koska elimistö on tottunut korkeisiin verensokeriarvoihin. (Ilanne-Parikka 2009c: 292.) Iäkkäillä on lisäksi suurempi vaara saada vakavia hypoglykemioita, koska autonomisen hermoston toiminta heikkenee iän mukaan ja oireiden tunnistaminen on vaikeampaa (Saraheimo – Rönnemaa 2009: 319). Hypoglykemian pelko voi johtaa liialliseen syömiseen, jolloin verensokeriarvot ovat jatkuvasti tavoitearvoja korkeammalla. Liiallista syömistä voi esiintyä erityisesti yötä vasten. (Ilanne-Parikka 2009b: 294.)

Korkea verensokeri voi pitkään jatkuessaan aiheuttaa diabeteksen pitkäaikaiskomplikaatioita, kuten silmä- ja munuaismuutoksia. Se voi myös akuutisti aiheuttaa happomyrkytyksen tai non-ketoottisen kooman, mitkä ovat hengenvaarallisia ja sairaalahoitoa vaativia hätätiloja. Verensokerin ollessa yli 15 mmol/l voidaan puhua hyperglykemiasta. (Ilanne-Parikka 2009d: 296.) Läheisten informointi on myös tärkeää, jotta vakavilta seuraamuksilta voidaan välttyä. Tutkimuksen mukaan diabeetikot keskustelevat omaisten ja ystävien kanssa mahdollisista hypo- ja hyperglykemiasta, jotta he osaisivat auttaa tilanteen tullen (Phillips 2007a: 39).

Venäjänkielisen tukimateriaalin saatteessa kannustamme potilaita käymään tukimateriaalin läpi myös omaisten kanssa. Näin läheiset ymmärtävät, miten potilaan sairaus vaikuttaa jokapäiväisiin toimintoihin ja läheisten tuki auttaa potilasta sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja luo turvallisuudentunnetta. On tärkeää, että omaiset ovat tietoisia tilanteista, jotka vaativat välitöntä sairaalahoitoa. Tukimateriaalissa käymme läpi matalan ja korkean verensokerin oireet ja syyt sekä viitearvot. Matalan verensokerin kohdalla käymme läpi selkeät toimintaohjeet ja jatkotoimenpiteet. Korkean verensokerin kohdalla pidetään tärkeänä, että potilas tunnistaa vakavat korkean verensokerin aiheuttamat oireet ja hakeutuu sairaalahoitoon tarvittaessa. Korkean verensokerin kohdalla kannustamme potilaita seuraamaan verensokeriarvojaan ja hakeutumaan lääkärin vastaanotolle, sillä lääkehoito on aina yksilöllistä.

5 Tukimateriaalin tuottaminen

Kirjallisen materiaalin käyttö on lisääntynyt hoitoaikojen lyhentyessä. Potilasohjaukseen on käytettävissä entistä vähemmän aikaa, mikä asettaa kirjalliselle materiaalille tiettyjä haasteita. Kirjallinen materiaali tukee suullista ohjausta myös silloin, kun potilasohjaukseen on varattu riittävästi aikaa. Myös väestön ikääntyminen ja potilaiden lisääntynyt tiedon halu asettavat omat haasteensa kirjalliselle materiaalille. (Torkkola ym. 2002: 7.)

Yhtä tapaa tehdä hyvä potilasohje ei ole. Tärkeintä on, että ohje palvelee juuri tiettyä potilasryhmän ja hoitolaitoksen tarpeita. Hyvä kirjallinen ohje puhuttelee potilasta, jolloin ohjeen lukija tietää, että ohje on tarkoitettu juuri hänelle. Potilasohje alkaa saatteella, josta käy ilmi kenelle ohje on tarkoitettu, kuka sen on tehnyt ja mitä tarkoitusta varten. (Torkkola ym. 2002: 34 - 36.) Tukimateriaaleissamme on kaksi saatetta. Venäjänkielinen saate on kirjoitettu potilaalle. Siinä kerrotaan tukimateriaalin sisältö ja miten potilas ja omaiset voivat sitä hyödyntää. Suomenkielinen saate on kohdistettu hoitohenkilökunnalle, ja siinä kerrotaan miten materiaalia voi käyttää ohjauksen tukena. Siinä kerrotaan myös maahanmuuttajien ohjauksen tärkeydestä ja sen ominaispiirteistä sekä käydään sisältö läpi.

Kirjallista materiaalia tuotettaessa on hyvä edetä tärkeimmästä vähemmän tärkeään. Myös otsikot ja välitsikot muodostavat tärkeän osan materiaalia, sillä ne herättävät lukijan mielenkiinnon ja jakavat tekstin sopiviin osiin. Tukimateriaalissamme edetään johdonmukaisesti verensokerin mittaamisesta insuliinin pistämiseen. Kolmanneksi tärkeimmän osan muodostavat materiaalissa käytettävät kuvat, jotka herättävät mielenkiinnon ja auttavat lukijaa ymmärtämään asiasisällön. Kuvissa tulisi aina olla kuvateksti, joka nimeää kuvan, ohjaa kuvien lukemista ja kertoo kuvasta jotain, mitä ei voi suoraan nähdä. Kaikissa tukimateriaalin kuvissa ei ole varsinaista kuvatekstiä, mutta niiden vieressä on kuvaan liittyvä selittävä tekstiosa. Olemme ottaneet kaikki tukimateriaalissa käytetyt kuvat itse. Tekijänoikeus kuviin on kuvien tekijällä/ottajalla. (Torkkola ym. 2002: 39 - 42.) Kuvien sisältö on mietitty tekstin sisällön mukaisesti ja mahdollisimman hyvin lukijaa palvelevaksi.

Kirjallisen materiaalin ulkoasu palvelee sen sisältöä. Lähtökohtana on tekstin ja kuvien asettelu, joka houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä. Värien käytön tulisi olla hillittyä, värejä tulisikin käyttää korostamaan tärkeitä kohtia ja jättää muut alueet mustavalkoisiksi. Paperin olisi myös hyvä olla mattapintaista, jotta heijastukset eivät häiritse lukemista. Kun kohderyhmänä ovat iäkkäät, tulisi materiaalin fonttikokoa suurentaa vastaamaan heidän tarpeitaan. Otsikot voi erottaa lihavoinnilla tai käyttämällä suurempaa fonttia, mutta alleviivauksia on hyvä välttää, sillä ne heikentävät tekstin luettavuutta. (Torkkola ym. 2002: 53, Alaperä ym. 2006: 68.)

Ohjeen varsinainen teksti tulee kirjoittaa yksinkertaisella, havainnollistavalla yleiskielellä. Asioiden kertominen tapahtumajärjestyksessä ja selkeä kappalejako lisäävät ohjeen ymmärrettävyyttä. Ohjeessa tulee olla myös yhteystiedot, mihin potilas voi ottaa yhteyttä, jos hänelle jää kysyttävää. Tekijätietojen ja yhteystietojen lisäksi potilasohjeesta tulee käydä ilmi myös sen päivitystiedot. (Torkkola ym. 2002: 42 - 46.) Tukimateriaalin saatteessa on esitetty tekijä- ja päivitystiedot. Yhteystietoja varten on tehty erillinen sivu, johon voi täydentää hoitoon ja hoitotahoon liittyvät tiedot.

Venäjänkielistä tukimateriaalia ei ole vain käännetty vaan se on kirjoitettu venäjän kielellä. Kirjoittamisesta vastasi toinen opinnäytetyömme tekijöistä, jonka äidinkieli on venäjä. Tukimateriaalit vastaavat sisällöllisesti toisiaan, mutta lauserakenteita on jou-

duttu muuttamaan, jotta ne istuisivat venäjän kieleen. Venäjän kielen oikeinkirjoitus on tarkastettu vielä venäjän kielen tulkilla.

Materiaali on tuotettu sähköiseen muotoon pdf-tiedostoksi, joka on tallennettu cd-rom-levykkeelle, jolloin sitä on helppo muokata ja päivittää tarvittaessa. Materiaali on helppo tulostaa, sillä se on pdf-tiedostossa siinä muodossa, jossa se on tarkoitettu tulostettavaksi. Hoitohenkilökunta voi lisätä tulostettuun tukimateriaaliin potilaan hoitoa koskevia yksilöllisiä tietoja ja yhteystietoja. Materiaalin voi myös vaivattomasti lähettää sähköpostin liitetiedostona useampiin diabetesyksiköihin, jolloin se palvelee laajemmin kohderyhmää.

6 Käyttösuositus

Hoitohenkilökunta kokee maahanmuuttajien potilasohjauksen haastavaksi kommunikaatiovaikeuksien ja maahanmuuttajille suunnatun potilasmateriaalin puutteen vuoksi (Wathen 2007: 35, 40). Kirjallista materiaalia tuotettaessa pidetään mielessä sen käyttötarkoitus ja kohderyhmän tarpeet. Kirjallisen potilasohjeen ensisijainen tarkoitus on vastata potilaan kysymyksiin. (Torkkola ym. 2002: 11 - 16.) Opinnäytetyönä tuottamillamme tukimateriaalilla on kaksi käyttötarkoitusta, se palvelee 2 tyypin diabetesta sairastavaa ikääntyvää venäjänkielistä maahanmuuttajapotilasta sekä ohjausta antavaa hoitohenkilökuntaa. Tukimateriaalin käytön edellytyksenä on, että ohjaajalla ja potilaalla on kohtalainen kielellinen ymmärrys. Jos yhteinen kieli puuttuu kokonaan, on käytettävä tulkkia. Tukimateriaalin ei ole tarkoitus korvata suullista ohjausta, vaan tarjota uuden työkalun sen tueksi. On tärkeää, että tukimateriaali palvelee mahdollisimman hyvin kaikkia osapuolia.

Hoitaja tulostaa potilaalle venäjänkielisen tukimateriaalin (liite 3) ohjaustilannetta varten. Hän tutustuu itse suomenkieliseen tukimateriaaliin (liite 2) ja suunnittelee sen pohjalta ohjaustilanteen. Suomenkielisen tukimateriaalin kautta hoitohenkilökunta sisäistää potilaalle annettavan tukimateriaalin sisällön, vaikka ei osaisikaan venäjän kieltä. Erikieliset tukimateriaalit tukevat kommunikaatiota ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteessa hoitaja käy tukimateriaalin läpi yhdessä potilaan kanssa näyttäen samalla veren-

sokerin mittaamisen ja insuliinin pistämisen käytännössä. Hoitaja voi täydentää potilaan tukimateriaaliin hoitoon liittyviä yksilöllisiä tietoja, kuten hoitotahon ja hoitotarvejakelun yhteystiedot sekä hoito-ohjeet siihen varattuun kohtaan. Näin tärkeät tiedot on helposti löydettävissä ja samassa paikassa. Potilas saa venäjänkielisen tukimateriaalin kotiin, jolloin hän voi tarkistaa läpi käydyt asiat siitä myöhemmin. Tukimateriaalista voi halutessaan ottaa havainnollistavat kuvasivut informoivien yksinkertaisten kuvatekstien kera erilleen muistin tueksi. Kuvasivut voi sijoittaa muistutukseksi näkyvälle paikalle, esimerkiksi jääkaapin oveen. Varsinaiset selittävät tekstit puolestaan lisäävät asian ymmärrystä ja hoitoon sitoutumista perustelemalla asian tärkeyden potilaalle. Tieto lisää potilaan hoitoon sitoutumista ja kykyä selviytyä sairauden kanssa (Roudak 2010: 33 - 34). Potilas voi säilyttää tukimateriaalia hoitotarvikkeiden kanssa samassa paikassa, jolloin tietoon on helppo ja nopea tukeutua.

Potilas saa omalla äidinkielellään tuotettua tietoa ja tukea diabeteksen kanssa selviytymisestä. Kohderyhmän tarpeita vastaten, tukimateriaalin yksinkertainen ja havainnollistava esitystapa on informoiva ja toimii muistin tukena. Tukimateriaalissa huomioidaan myös omaisten tiedon tarve ja siinä kannustetaan potilasta ottamaan omaiset mukaan sairautensa hoitoon. Tukimateriaalissa käsitellään myös matalan ja korkean verensokerin oireita, joita myös jokaisen omaisen on hyvä oppia tunnistamaan.

7 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseetiikalla tarkoitetaan hyviä, yleisesti sovittuja tieteellisiä käytäntöjä, joita jokaisen tutkijan on noudatettava riippumatta koulutusalaista. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut tutkimuseettiset ohjeet, jotka määrittelevät hyvän tieteellisen käytännön. Tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössään, työn esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Tutkimustyötä tekevän tulee kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä merkitsemällä lähdeviitteet tarkasti ja ilmoittamalla tulokset oikeassa valossa (Vilka 2005: 30 – 31). Opinnäytetyössämme noudatimme hyviä tutkimuseettisiä käytäntöjä merkitsemällä lähteet ja tekstiviitteet asianmukaisesti, noudattaen Metropolia Ammattikor-

keakoulun ohjeita. Lähdeluettelo on asianmukaisesti koottu, jolloin lähteet ovat helposti löydettävissä ja tarkastettavissa.

Tieteellisen tutkimuksen on tuotettava uutta tietoa tai esitettävä, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää ja yhdistellä uudella tavalla (Vilkkä 2005: 30). Tuotetyössä sovelletaan jo olemassa olevaa tietoa käytäntöön uudella tavalla. Opinnäytetyössämme keräsimme tietoa ilmiöstä kattavasti ja sovelsimme sitä valitsemamme kohderyhmän tarpeisiin sopivaksi. Opinnäytetyömme perustana käytettiin uusinta ajantasaista tietoa luotettavuuden takaamiseksi. Lähdeaineistossa ei pääsääntöisesti käytetty viittä vuotta vanhempaa tietoa. Hoitotiede ja hoitotyö kehittyvät nopeasti, joten luotettavuuden kannalta on tärkeää käyttää uusinta saatavilla olevaa tietoa. Tiedon luotettavuutta on tuotu esille merkitsemällä tekstiviitteisiin useita eri lähteitä, joista sama tieto nousee esiin. Vieraskielisestä aineistosta nouseva tieto käännettiin vääristelemättä sitä. Opinnäytetyössämme käytettiin oman alamme tieteellistä kirjallisuutta, kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleita. Käytimme lähteenä myös yhden progradu-tutkielman ja yhden ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tuloksia, sillä ne liittyivät aiheeseemme läheisesti. Pohdimme kuitenkin kriittisesti näiden opinnäytetöiden tulosten luotettavuutta, ennen kuin käytimme niitä työssämme.

Tukimateriaalissa käytetyt kuvat ovat tekijöiden itse suunnitteleamia ja ottamia. Tekijänoikeudet kuviin ovat kuvien ottajalla. Näin ollen tekijänoikeuslakia ei ole opinnäytetyössä rikottu (Tekijänoikeuslaki 1961/404). Venäjänkielisen tukimateriaalin luotettavuutta lisää se, että itse sen on kirjoittanut toinen opinnäytetyön tekijöistä, ja näin voidaan taata se, että suomenkielinen ja venäjänkielinen tukimateriaali vastaavat toisiaan sisällöllisesti. Luotettavuutta ja laatua on lisätty tulkin tarkastuksella. Lisäksi tukimateriaali on luetutettu kahdella venäjänkielisellä iäkkäällä henkilöllä. Toisella henkilöistä on tablettihoitoinen tyyppi 2 diabetes. Hän mittaa kuitenkin verensokeriaan usein ja koki erityisesti kuvalliset verensokerin mittaushjeet kattaviksi ja selkeiksi. Hän koki ohjeet erittäin tarpeellisiksi, sillä ei ole saanut mitään ohjausta diabeteksen toteamisen ja hoidon aloituksen yhteydessä. Toisella henkilöllä on insuliinihoitoinen tyyppi 2 diabetes. Hän on eläkkeellä oleva lääkäri, joten hänellä oli jo entuudestaan tuntemusta sairaudesta ja sen hoidosta. Hän koki ohjeet hyödyllisiksi, koska hoitotarvikkeet kehittyvät jatkuvasti, joten opastusta tarvitaan niiden käytössä. Hän koki hyvänä, että annetut

ohjeet perusteltiin selkokielellä lukijalle. Molempien mielestä tukimateriaalille on käyttöä, sillä he kokevat jäävänsä tiedon ulkopuolelle yhteisen kielen puuttumisen takia.

8 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tukimateriaali iäkkäille insuliinihoitoista tyyppin 2 diabetesta sairastaville venäjänkielisille maahanmuuttajille. Tukimateriaalin tarkoituksena on toimia potilaan itsehoidon tukena sekä auttaa hoitohenkilökuntaa venäjänkielisten potilaiden ohjauksessa. Olemme tyytyväisiä työn lopputulokseen, tukimateriaali on mielestämme toimiva ja sillä on monia käyttömahdollisuuksia.

Liityimme LOG – Sote hankkeeseen keväällä 2010. Hanke vaikutti mielenkiintoiselta, sillä koimme sen liittyvän ajankohtaisiin kysymyksiin. Maahanmuuttajien terveydenedistäminen ja kotouttaminen ovat olleet puheenaiheena yhteiskunnassa viime vuosina. Venäjänkielisten vähemmistön valitseminen tuntui luontevalta, sillä toinen opinnäytetyön tekijöistä kuuluu tähän vähemmistöön. Molemmilla oli myös omakohtaista kokemusta aiheen tärkeydestä ja tarpeesta työelämässä. Työprosessin aikana saimme vahvistusta työmme tarpeellisuudelle teoriasta. Opinnäytetyön loppusuoralla aiheemme tärkeyttä käsiteltiin myös vuoden ensimmäisessä Diabetes-lehdessä, josta käy ilmi, että maahanmuuttajien selkokielisille ohjeille on kysyntää sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan puolelta (Palokari 2011: 50 – 51).

Tukimateriaalin ulkomuotoon ja sisältöön olemme käyttäneet paljon aikaa. Tavoitteena oli tehdä tukimateriaalista mahdollisimman selkeä ja kohderyhmän erityispiirteitä palveleva. Olemme tyytyväisiä lopputulokseen ja uskomme tukimateriaalin palvelevan sitä tarkoitusta, mihin se on suunniteltu. Tukimateriaalin ymmärrettävyyttä lisää se, että käytimme yleiskieltä ja vältimme lääketieteellisiä termejä. Tukimateriaalissa käytettävät kuvat ovat selkeitä ja tarpeeksi isoja. Asettelyn valinnassa on otettu huomioon ikäänymymisen asettamat vaatimukset kuten isokokoinen, selvä fontti ja paperin koko. Mietimme myös mahdollisuutta yhdistää venäjänkielinen ja suomenkielinen teksti yhteen tukimateriaalin, mutta idea hylättiin, koska tukimateriaalista olisi tullut mielestämme sekava ja vaikealukuinen. Tukimateriaalin asiasisällön hallitseminen ja rajaaminen oli

haastavaa. Harkitsimme prosessin alussa, että tukimateriaalissa käsiteltäisiin myös muita itsehoidon kannalta tärkeitä osa-alueita, mutta rajasimme aiheen opinnäytetyön laajuuteen sopivaksi. Aihe jäsenyi teoriaan tutustuessamme. Ongelmalliseksi itsehoidossa nousivat verensokerimuutosten ja -mittausten ymmärtäminen ja insuliinin pistäminen. Tavoitteeksi muodostui tarjota potilaalle perusteellista tietoa verensokerin mittaamisesta ja insuliinin oikeaoppisesta pistämisestä. Valmiissa tukimateriaalissa on myös muita tärkeitä asioita kuten, matalan ja korkean verensokerin oireet ja syyt sekä insuliinin pistospaikat ja säilytykseen liittyvät asiat, joita pidimme tärkeänä itsehoidon onnistumisen kannalta.

Opinnäytetyön teko oli intensiivistä ja ajoittain hyvinkin haastavaa. Opinnäytetyömme on tuotetyö, joka vaatii tekijöiltä paljon luovuutta ja suunnitteluosaamista. Pehdyimme potilasohjeen rakentamiseen sekä erilaisiin julkaisutapoihin ja valitsimme lopuksi työhömmme sopivimman vaihtoehdon. Opinnäytetyöprosessin aikana tietomme diabeteksestä, ikääntyneiden maahanmuuttajien potilasohjauksesta ja tiedonhankintamenetelmistä syveni. Käytimme paljon aikaa tukimateriaalin asiasisällön hiomiseen ja tiedon perustelemiseen. Toisinaan oli haastavaa punnita, mitkä asiat tarvitsevat perusteluja, sillä meille suurin osa asioista oli perustietoa koulutuksemme pohjalta. Opinnäytetyöprosessin aikana oli hienoa huomata, kuinka paljon tietoa on karttunut koulutuksen aikana. Prosessin aikana ymmärrys opinnäytetyön sisällön vaatimuksista alkoi karttua ja kehityimme opinnäytetyön tekijöinä. Kokonaisuuksien hahmottaminen parantui sekä yhteistyö- ja ajanhallintataidot kehittyivät. Opimme tarkastelemaan työtämme kriittisesti ja arvioimaan tiedon luotettavuutta. Yhteistyömme oli sujuvaa, ja täydensimme toinen toisiamme ja kannustimme toisiamme. Yhteisen ajan löytäminen oli melko helppoa, sillä olemme samassa ryhmässä ja tunsimme entuudestaan. Välillämme oli luottamuksellinen suhde ja pystyimme pohtimaan avoimesti työhön liittyviä ajatuksia.

Tukimateriaalilla on useampia käyttötapoja. Olisi mielenkiintoista tietää, miten työ otetaan vastaan ja käyttöön työelämässä. Olemme luetuttaneet venäjänkielisen materiaalin kahdella venäjää äidinkielenään puhuvalla henkilöllä ja saaneet positiivista palautetta. Olisi kiinnostavaa saada palautetta myös laajemmalta joukolta, niin potilailta kuin hoitohenkilökunnalta. Diabeteksen hoitoon täytyy suhtautua kokonaisvaltaisesti, joten tarvetta olisi muitakin itsehoidon osa-alueita käsittelevälle venäjänkieliselle tukimateri-

aalille. Myös muiden kieliryhmien tarpeet tulisi jatkossa huomioida heille yksilöllisesti suunnatuilla ohjelmateriaaleilla.

Lähteet

Alaperä, Pirjo – Antila, Elsi – Blomster, Kaarina – Hiltunen, Hilikka – Honkanen, Anneli – Honkanen, Raija – Holtinkoski, Tarja – Konola, Anne – Leiviskä, Heli - Meriläinen, Salmme – Ojala, Heli – Pelkonen, Esko – Suominen, Airi 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Oulun yliopistopaino. 65–71.

Aro, Eliina – Huhtanen, Jaana – Ilanne-Parikka, Pirjo – Kokkonen, Leena 2007. Ikäihmisen diabetes – hyvän hoidon opas. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

DEHKO 2000 – 2010. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma. Verkkosivusto. <<http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko/>>.

Haas, Linda 2007. Functional Decline in Older Adults with Diabetes. *American Journal of Nursing* 107 (6). 50–54.

Hankonen, Anu – Kaarlela, Elsi – Palosaari, Tiina – Pinola, Kati – Säkkinen, Mika - Tolonen, Anne – Virola, Minna 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Oulun yliopistopaino. 23–31.

Hiltunen, Liisa 2008. Ikäihmisen diabeteksen erityispiirteet. *Diabetes ja lääkäri* 37 (5). Suomen Diabetesliitto.

Holmström, Inger – Rosenqvist, Urban 2005. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 49 (2). 146–154.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2009a. Insuliinihoidon aloitus tyypin 2 diabeteksessä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 234–236.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2009b. Hypoglykemiaan liittyvät pelot. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 293–294.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2009c. Hypoglykemian oireet. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 292–293.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2009d. Liian korkea verensokeri ja happomyrkytys. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 296–297.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2009e. Verensokerin omaseuranta korvaavassa insuliinihoidossa. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 271–272.

Isola, Arja – Backman, Kaisa – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Saarnio, Reetta 2007. Lääkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2). 51–61.

Johansson, Kirsi – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna – Lehtikunnas, Tuija – Ahonen, Pia – Elomaa, Leena – Salmela, Marjo 2002. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 2003 51 (3). 239–245.

Kangas, Tero 2009. Insuliinin imeytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 102–104.

Kelan tilastollinen vuosikirja 2008. Sairausvakuutuksesta korvattujen lääkkeiden käyttö ja kustannukset lääkeryhmittäin vuonna 2008. Verkkodokumentti. <[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vk_08_pdf/\\$File/Vk_08.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vk_08_pdf/$File/Vk_08.pdf?OpenElement)>. Luettu 2.3.2011.

Käypä hoito 2009. Diabetes. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50056>>. Luettu 2.3.2011.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (4). 10–15.

Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005. Käsitemaalaus ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5). 250–257.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Finlex. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>.

Linderborg, Hilikka 2005. Ikääntyvät maahanmuuttajat –verkosto projektin loppuraportti (2003–2005). Vanhustyön keskusliitto.

Linko, Linnéa – Lampe, Kristian – Ihalainen, Jarkko – Mäkelä, Marjukka – Sintonen, Harri 2006. Verensokerin omaseuranta diabeteksen hoidossa. *FinOHTAn raportti* 24/2005. Stakes. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Maamu-projekti 2010 – 2012. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. Esiselvitysraportti 9-2009. Verkkodokumentti. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Tiede/setu/liitteet/Setu_9-2009.pdf>. Luettu 23.2.2011.

Niemi, Marja – Winell, Klas 2005. Diabetes Suomessa – Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Stakes.

Oftedal, Bjørg – Karlsen, Bjørg – Bru, Edvin 2010. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 66 (7). 1500–1509.

Palokari, Sirpa 2011. Maahanmuuttajien selkokieliselle ohjaukselle ja kursseille kysyntää. *Diabetes* (1).

Phillips, Anne 2007a. Experiences of patients with type 2 diabetes starting insulin therapy. *Nursing standard* 21 (23). 35–41.

Phillips, Anne 2007b. Starting patients on insulin therapy: diabetes nurse specialist views. *Nursing standard* 21 (30). 35–41.

Roudak, Olga 2010. Tiedon merkitys hoitoon sitoutumisessa – Miten tieto vaikuttaa venäjänkielisten ikääntyneiden maahanmuuttajien sitoutumiseen tyypin 2 diabeteksen hoitoon? *Opinnäytetyö*. Helsinki. Diakonia-Ammattikorkeakoulu.

Räty, Minttu 2002. *Maahanmuuttaja asiakkaana*. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Rönnemaa, Tapani – Leppiniemi, Eija 2009. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 61–62.

Saraheimo, Markku 2009a. Tyypin 1 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 28–30.

Saraheimo, Markku 2009b. Tyypin 2 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 30–32.

Saraheimo, Markku – Sane, Timo 2009. Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 13–14.

Saraheimo, Markku – Rönnemaa, Tapani 2009. Vanhuusiässä tyypin 2 diabetekseen sairastuneen verensokeritasapainon hoito. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): *Diabetes*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 319–322.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Verkkodokumentti <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>.

StatFin-tilastotietokanta 2009. Väestö/Väestörakenne 2009. Helsinki. Tilastokeskus. Verkkodokumentti <<http://tilastokeskus.fi/tup/tilastotietokannat/index.html>>. Luettu 8.11.2010.

Suomen Diabetesliitto ry. Verkkosivusto. <<http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/>>.

Tanttu, Jekaterina 2008. *Selvitys vähemmistövaltuutetulle: Venäjänkieliset Suomessa 2008*. Helsinki. Edita.

Tekijänoikeuslaki 1961/404. Finlex. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404>>. Luettu 16.3.2011.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Verkkodokumentti
<http://www.tenk.fi/HTK/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf>. Luettu 22.3.2011.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väestörakenne 2009a. Katsaus Suomen väestöön 2009. Helsinki. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2009/01/vaerak_2009_01_2010-09-30_kat_001_fi.html>. Luettu 23.2.2011.

Väestörakenne 2009b. Suurimmat vieraskieliset ryhmät 1999 ja 2009. Helsinki. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2009/vaerak_2009_2010-03-19_kuv_004_fi.html>. Luettu 17.9.2010.

Wathen, Marja 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Yhdenvertaisuuslaki 21/2004. Finlex. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021>>. Luettu 24.2.2011.

Tiedonhakutaulukko

Tekijä(t), julkaisuvuosi, otsikko, julkaisutiedot	Tietokanta; hakusanat ja rajaukset: Osumat	Kuvaus	Opinnäytetyön kannalta huomioitava tieto
Wathen, Marja 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.	Medic; maahanmuutt* (asiasana) AND potilas, 2005-2010: Osumia 13 kpl	Tutkittiin sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien potilasohjauksesta haastattelemalla 11:sta sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Sairaanhoitajat kokivat epävarmuutta vuorovaikutustilanteissa siitä ymmärtääkö maahanmuuttaja asiat. Kuvallisen materiaalin käyttämisestä sanallisen ohjauksen tukena pidettiin hyvänä ohjaukskeinona, mutta kuvallisen materiaalin puute koettiin ongelmaksi. Potilasohjaustilanteisiin liittyi molemminpuolisia ymmärtämisvaikeuksia. Maahanmuuttajien potilasohjauksen esteiksi koettiin tulkkaukset, maahanmuuttajien puutteellinen suomenkielentaito, kirjallisen materiaalin puute, riittämätön aika ja sairaanhoitajien väsymys.
Holmström, Inger – Rosenqvist, Urban 2005. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. Journal of Advanced Nursing 49 (2).	Ebsco – Cinahl; diabetes AND type 2 AND self-care, 2005-2010, research article: Osumia 378 kpl	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, mitä väärinymmärryksiä tyypin 2 diabetesta sairastavilla potilailla oli sairaudesta ja sen hoidosta. Aineistona oli 18 videotallennetta diabeetikon ja diabeetishoitajan/lääkärin välisistä tapaamisista. Aineisto analysoitiin temaattisesti.	Väärinymmärrykset olivat yleisiä. Potilaat tiesivät, että on tärkeää pitää verensokeriarvot matalalla komplikaatioiden ehkäisemiseksi, mutta eivät soveltaneet sitä käytäntöön. Vain muutamat potilaat tiesivät miksi heidän tulee mitata verensokeriaan ja mitkä ovat sen hyödyt. Potilaat eivät uskaltaneet muuttaa

Tiedonhakutaulukko

			<p>insuliiniannosta verensokerin mukaan.</p> <p>Useimmat tiesivät miten toimia jos heitä alkaa heikottaa verensokerin ollessa liian matala, osa ei kuitenkaan tiennyt muutamia muita hypoglykemiaa tavallisesti edeltäviä oireita.</p> <p>Oli yleistä etteivät potilaat ymmärtäneet miten ruoan koostumus vaikuttaa verensokeriarvoihin.</p>
<p>Phillips, Anne 2007. Experiences of patients with type 2 diabetes starting insulin therapy. Nursing standard 21 (23).</p>	<p>Ebsco – Cinahl; diabetes AND insulin inject* AND experi*, 2005-2010, research article: Osumia 21 kpl</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia tyypin 2 diabetesta sairastavien kokemuksia insuliinihoidon aloituksesta. Aineisto muodostui kahdeksan, yli vuoden ajan insuliinia käyttäneen potilaan yksilohaastatteluista.</p>	<p>Tyypin 2 diabeteksen etenevästä luonteesta ja mahdollisesta tarpeesta siirtyä insuliinihoitoon ei oltu tietoisia.</p> <p>Insuliinin pistämistä pelättiin aluksi, mutta hoitoon sopeuduttiin.</p> <p>Potilaiden ymmärrys sairautta kohtaa parani insuliinin aloituksen jälkeen.</p> <p>Potilaat kokivat insuliinin aloituksen rangaistuksena siitä, etteivät olleet noudattaneet hoitoa.</p> <p>Potilaat sanoivat palaavansa ajoittain infolehtisiin, jotka he saivat insuliinihoidon aloituksen yhteydessä.</p> <p>Useat kokivat itsensä paljon terveemmiksi insuliinihoidon aloituk-</p>

Tiedonhakutaulukko

			sen jälkeen. Potilaat olivat keskustelleet hypoglykemiasta läheistensä kanssa.
Phillips, Anne 2007. Starting patients on insulin therapy: diabetes nurse specialist views. Nursing standard 21 (30).	Ebsco – Cinahl; diabetes AND insulin therap* AND experi*, 2005-2010, research article: Osumia 253 kpl	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia diabeteshoitajien kokemuksia ja näkemyksiä tyyppin 2 diabetesta sairastavien potilaiden ohjaamisesta insuliiniin siirryttäessä. Aineisto muodostui neljän diabeteksen hoitoon erikoistuneen hoitajan yksilöhaastatteluista.	Ne potilaat, jotka tunsivat itsensä huonovointiseksi korkeiden verenokeriarvojen takia, olivat halukkaampia siirtymään insuliinihoitoon kuin ne, jotka eivät kokee oireita diabeteksen huonosta hoitotasapainosta. Monet potilaat luulivat, että injektio pitää antaa laskimoon. Insuliinihoidon aloittamisen päätös pitää lähteä potilaasta, jotta päästään hoidon kannalta hyviin tuloksiin. Lääkäri teki usein päätöksen keskustelematta potilaan kanssa. Potilaat olivat usein järkyttyneitä kuullessaan hoitomuutoksesta. Potilaat eivät pystyneet vastaanottamaan tietoa ennen pistämistä. Potilaan tulisi pistää ensimmäinen insuliini niin pian kuin mahdollista. Hoitajien antama tuki hoidon alkuvaiheessa on tärkeää. Potilaat pelkäävät hypoglykemiaa. Ongelmat insuliinikynän kanssa olivat yleisin syy miksi oltiin yhteydessä diabeteshoitajaan.

Tiedonhakutaulukko

<p>Roudak, Olga 2010. Tiedon merkitys hoitoon sitoutumisessa – Miten tieto vaikuttaa venäjänkielisten ikääntyneiden maahanmuuttajien sitoutumiseen tyypin 2 diabeteksen hoitoon? Opinnäytetyö. Helsinki. Diakonia-Ammattikorkeakoulu.</p>	<p>Theseus</p>	<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia millaista tietoa venäjänkielisillä tyypin 2 diabetesta sairastavilla ikääntyneillä on sairaudesta ja sen hoidosta sekä miten tieto vaikuttaa heidän hoitoon sitoutumiseensa. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluina viideltä tyypin 2 diabetesta sairastavalta venäjänkieliseltä ikääntyneeltä. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p>	<p>Vain osa tiesi, että matala verensokeri on vaarallista. Ei ollut tietoa myöskään hyperglykemian oireista eikä syistä. Diabeteksen suunnitelmallinen ja säännöllinen hoito ja seuranta olivat monille epäselviä. Kuvallisia ohjeita oli saatu, mutta tekstiä ei ymmärretty, sillä se oli suomenkielillä. Asianmukaista tietoa sairaudesta ja sen hoidosta pidettiin tärkeänä. Äidinkieltä pidettiin tärkeänä ja vaikuttavana tekijänä hoitoon sitoutumisessa. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että tietoa tulisi saada lisää, kielellisesti ja aineellisesti ymmärrettävässä ja ikääntyneiden kognitiivisiin taitoihin sopivassa muodossa.</p>
<p>Oftedal, Bjørg – Karlsen, Bjørg – Bru, Edvin 2010. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. Journal of Advanced Nursing 66 (7).</p>	<p>Ebsco – Cinahl; Diabetes AND patient education AND support, 2005-2010: Osumia 132 kpl</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten kokemuksia hoitohenkilökunnan antamasta tuesta sekä mitkä asiat vaikuttavat potilaan motivaatioon hoitaa sairautaan. Laadullinen aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla 19 potilaalta ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Hoitohenkilökunta pystyy vahvistamaan tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan motivaatiota selviytyä sairauden kanssa: -Empaattisella lähestymistavalla, johon kuuluu ymmärtäminen, kuunteleminen, positiivinen palaute ja luottamuksen tunne. -Käytännöllisellä ja täsmällisellä tiedolla ja yksilöllisillä ohjeilla.</p>

Tiedonhakutaulukko

			<p>-Ottamalla potilas osalliseksi päätöksentekoon ja huomioimalla potilaan näkemykset.</p> <p>-Jatkuvilla tukiryhmillä ja säännöllisillä tarkastuksilla.</p>
Isola, Arja – Backman, Kaisa – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Saarnio, Reetta 2007. Lääkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. <i>Hoitotiede</i> 19 (2).	Medic; potilasohja* (asiasana), 2005-2010: Osumia 397 kpl	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa saamansa potilasohjauksen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödyistä. Tutkimusaineisto kerättiin 65 vuotta täyttäneiltä potilailta kyselylomakkeella (n=203). Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadullinen induktiivisella sisällönanalyysillä.	<p>Läkkäät potilaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä saamansa ohjauksen laatuun.</p> <p>Ohjausaika koettiin liian lyhyeksi. Vierasperäiset sanat koettiin ongelmallisiksi.</p> <p>Toivottiin yksilöllisempää ohjausta, jossa otetaan huomioon iän tuomat ongelmat kuulon, näön ja muistin suhteen.</p> <p>Kirjallinen materiaali koettiin epäselväksi.</p> <p>Toivottiin monipuolisia ohjausmenetelmiä.</p>
Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. <i>Tutkiva Hoitotyö</i> 6 (4).	Medic; potilasohja* (asiasana), 2005-2010: Osumia 397 kpl	Kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuteen perustuen potilasohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä.	Laadukkaalla ohjauksella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.
Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005. Käsitteanalyysi ohjauskäsitteestä hoitotieteessä. <i>Hoitotiede</i> 17 (5)	Medic; ohjaus (asiasana) AND käsite*, 2005-2010: Osumia 6 kpl	Tarkoituksena oli kuvata ohjauskäsitteen sisältö ja käyttöä hoitotieteessä sekä selkeyttää ohjauskäsitteen määrittelyä. Aineisto	Ohjaus määritellään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tapahtuu ohjaajan ja ohjattavan vuorovaikutteisessa ohjaussuh-

Tiedonhakutaulukko

		koostuu hoitotieteellisestä kirjallisuudesta ja yleisteoksista (n=38). Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	teessa.
Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Oulun yliopistopaino.	Medic; potilasohja* (asiasana), 2005-2010: Osumia 397 kpl	Potilasohjauksen kehittämishanke, joka toteutettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin, Oulun yliopiston Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen yhteistyönä.	Vuorovaikutus ohjaussuhteessa: Ohjaajan ja ohjattavan välisen suhteen tulee olla tasa-arvoinen, toisiaan kunnioittava, luottamuksellinen, avoin ja salliva. Viestinnän tulee olla selkeää, ymmärrettävää, johdonmukaista ja ristiriidatonta. Kirjallinen potilasohjaus: Kirjallisen materiaalin ulkoasu palvelee sen sisältöä. Tekstin ja kuvien asettelun tulee houkutella lukemaan ja parantaa ymmärrettävyyttä.
Johansson, Kirsi – Leino-Kilpi, Helena – Salanterä, Sanna – Lehtikunnas, Tuija – Ahonen, Pia – Elomaa, Leena – Salmela, Marjo 2002. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. Patient Education and Counseling 2003 51 (3).	Pubmed; patient education AND patient's perspective, 2001-2011: Osumia 109 kpl	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten potilaat mieltävät ja arvioivat sairaalassa saamaansa ohjausta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella yhteensä 754 potilaalta ja analysoitiin tilastollisesti.	Useimmat potilaat kokivat ohjauksen riittäväksi, mutta osa koki, että tietyt osa-alueet olivat jääneet liian vähälle huomiolle. Näitä olivat sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen näkökulma. Potilasohjauksessa käytettävien menetelmien tulisi olla monipuolisia ja potilaslähtöisempiä.



Barbara Nikandrova

Tara Idström

Itsehoidon tukimateriaali iäkkäille
insuliinihoitoista tyypin 2 diabetesta sairastaville
venäjänkielisille maahanmuuttajille

Ohjaajan kappale

Hoitohenkilökunnalle

Tämä tukimateriaali on tarkoitettu hoitohenkilökunnalle iäkkään insuliinihoitoon siirtyvän tyypin 2 diabetesta sairastavan venäjänkielisen maahanmuuttajan ohjauksen tueksi. Suomenkielinen tukimateriaali vastaa sisällöltään ja ulkoasultaan venäjänkielistä tukimateriaalia ja se toimii hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen apuvälineenä.

Tukimateriaalia tehdessämme kokosimme tieteellisistä tietokannoista (Medic, Cinahl, Cochrane) näyttöön perustuvaa tietoperustaa potilasohjauksesta, ikääntyneiden erityispiirteistä sekä tyypin 2 diabeetikoiden ja maahanmuuttajien tiedontarpeista.

Vastikään insuliinihoitoon siirtyneet tyypin 2 diabeetikot tarvitsevat paljon ohjausta ja tukea oppiakseen insuliinihoidon periaatteet, sillä väärinymmärrykset sairaudesta ja sen hoidosta ovat yleisiä (Holmström – Rosenqvist 2005). Iäkkäät potilaat toivovat yksilöllistä ohjausta, jossa otetaan huomioon iän tuomat ongelmat kuulon, näön ja muistin suhteen (Isola – Backman – Kyngäs – Kääriäinen – Saarnio 2007). He tarvitsevat enemmän harjoittelua kuin nuoret ja tämä tukimateriaali toimii hyvin kertaamisen apuna. Lisäksi iäkkäällä diabeetikolla saattaa olla vielä mielikuvia entisajan pitkistä neuloista ja lasiruiskuista, jolloin insuliinihoidon aloittaminen saatetaan kokea pelottavaksi ja hankalaksi (Aro – Huhtanen – Ilanne-Parikka - Kokkonen 2007; Phillips 2007a; Phillips 2007b). Hoitohenkilökunta pystyy vahvistamaan tyypin 2 diabetesta sairastavan potilaan motivaatiota empaattisella lähestymistavalla, käytännöllisellä ja täsmällisellä tiedolla ja yksilöllisillä ohjeilla (Oftedal – Karlsen – Bru 2010). Asianmukainen ja ymmärrettävä tieto auttaa potilasta sopeutumaan sairautteen ja sitoutumaan hoitoon. Ikääntyneiden maahanmuuttajien tiedon saanti on ollut erityisen ongelmallista, sillä he eivät aina ymmärrä annettua ohjausta eivätkä osaa itse hakea tietoa (Palokari 2011). Iäkkäillä venäjänkielisillä tyypin 2 diabetesta sairastavilla maahanmuuttajilla tieto diabeteksestä ja sen hoidosta oli hyvin puutteellista. Ymmärrettävyyden ja hoitoon sitoutumisen kannalta on tärkeää, että tietoa on saatavilla omalla äidinkielellä. (Roudak 2010.) Maahanmuuttajien ohjauksessa pidetään tärkeänä monipuolisia ohjausmenetelmiä, kuten demonstraatiota, kuvallisen materiaalin käyttöä, toistamista ja elekieltä (Wathen 2007).

Venäjänkielinen tukimateriaali on tarkoitettu potilaiden käyttöön. Suomenkielinen tukimateriaali on hoitohenkilökunnan käyttöön, tukemaan ohjausta ja molemminpuolista ymmärtämistä. Venäjänkielinen tukimateriaali tulostetaan ja annetaan potilaalle kotiin, sen jälkeen, kun se on käyty potilaan kanssa yhdessä läpi. Tukimateriaali auttaa potilasta muistamaan keskeisimmät asiat insuliinihoitoisen diabeteksen itsehoidossa kotioloissa. Tukimateriaalin havainnollistavat kuvasivut (5 – 6 ja 9 – 10) voidaan laittaa näkyvälle paikalle helpottamaan muistamista. Venäjänkielisen tukimateriaalin saatteessa kannustamme potilaita käymään tukimateriaalin läpi myös omaisten kanssa. Näin läheiset ymmärtävät miten potilaan sairaus vaikuttaa jokapäiväisiin toimintoihin ja läheisten tuki auttaa potilasta sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja luo turvallisuudentunnetta.

Tukimateriaalissa käydään seuraavat aihealueet läpi vaihe vaiheelta havainnollistavien kuvien ja yksinkertaisten ohjeiden avulla:

- Verensokerin mittaaminen
- Insuliinin pistäminen
- Matalan ja korkean verensokerin aiheuttamien oireiden tunnistaminen

Tämä tukimateriaali on tuotettu opinnäytetyönä Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa osana LOG-Sote-hanketta (Lokaali- ja globaali kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla), jonka tarkoituksena on edistää maahanmuuttajien terveyteen liittyvän tutkimuksen ja hyvien käytäntöjen kehittämistä Euroopassa. Hankkeen tarkoituksena on kartoittaa maahanmuuttajataustaisen väestön terveystarpeita ja ongelmia terveyden edistämiseksi ja terveystalouden kehittämiseksi.

Helsingissä toukokuussa 2011

Sairaanhoitajaopiskelijat: Tara Idström & Barbara Nikandrova

Ohjaava opettaja: Eila-Sisko Korhonen

Aro, Eliina – Huhtanen, Jaana – Ilanne-Parikka, Pirjo – Kokkonen, Leena 2007. Ikäihmisen diabetes – hyvän hoidon opas. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Holmström, Inger – Rosenqvist, Urban 2005. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 49 (2).

Isola, Arja – Backman, Kaisa – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Saarnio, Reetta 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamaan potilasohjauksesta erikoissairanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2).

Oftedal, Bjørg – Karlsen, Bjørg – Bru, Edvin 2010. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 66 (7).

Palokari, Sirpa 2011. Maahanmuuttajien selkokieliselle ohjaukselle ja kursseille kysyntää. *Diabetes* 1/2011. 50 – 51.

Phillips, Anne 2007a. Experiences of patients with type 2 diabetes starting insulin therapy. *Nursing standard* 21 (23). 35 - 41.

Phillips, Anne 2007b. Starting patients on insulin therapy: diabetes nurse specialist views. *Nursing standard* 21 (30). 35 - 40.

Roudak, Olga 2010. Tiedon merkitys hoitoon sitoutumisessa – Miten tieto vaikuttaa venäjänkielisten ikääntyneiden maahanmuuttajien sitoutumiseen tyypin 2 diabeteksen hoitoon? Opinnäytetyö. Helsinki. Diakonia-Ammattikorkeakoulu.

Wathen, Marja 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Tähän voitte kirjoittaa ylös hoitoon liittyviä tietoja:

Yksilöllinen hoito-ohje:

Lääkäri:

Diabeteshoitaja:

Hoitotarvikejakelu:

Muuta:

1 Verensokerin mittaaminen

1. Pese kädet

Pese kädet lämpöisellä vedellä ja kuivaa ne hyvin. Käsien peseminen on tärkeää luotettavan verensokeriarvon saamiseksi, sillä käsiin on voinut jäädä jäämiä sokeripitoisista aineista, jolloin ne vääristävät mittaustuloksen. Lämmin vesi vilkastuttaa sormien verenkiertoa, jolloin verinäyte saadaan helpommin. Erillistä desinfiointiainetta ei tarvita. Desinfiointiainetta on kuitenkin hyvä käyttää silloin, jos ei ole mahdollisuutta pestä käsiä. Tällöin tulee antaa desinfiointiaineen kuivua kokonaan ennen näytteen ottamista.

2. Valmistele pistolaite ja mittauslaite

Valmistelu tapahtuu aina puhtain käsin. Aseta lansetti pistolaitteeseen. Valitse oikea pistosyvyys pistolaitteesta. Oikean pistosyvyyden avulla pistäminen on lähes kivutonta ja veripisara on riittävän kokoinen.

Valmistele verensokerimittari asettamalla näytteenottoliuskalla laitteeseen.

3. Valitse näytteenotto kohta

Sormenpäiden sivut ovat parhaita kohtia, sillä niissä on runsaasti verisuonia. Vältä pistämistä etusormeen ja peukaloon, sillä ne ovat ns. tarttumasormia. Älä pistä aivan kynnen viereen, sillä se aiheuttaa kipua ja altistaa kynsivallintulehdukselle. Pyri vaihtelevaan näytteenotto kohtia, jotta sormenpäät eivät kipeydy eikä iho kovetu. Älä pistä punoittavaan ja kipeään sormenpäähän, vaan anna oireiden rauhoittua. Sormenpään tulehtuminen on harvinaista, mutta mahdollista.

4. Pistä reikä

Paina pistolaitteen pää tiiviisti näytteenotto kohtaan ja pistä reikä sormeen. Odota, että veri ilmestyy näytteenotto kohtaan. Veripisaran tulee saada muodostua vapaasti, jotta se olisi edustava. Älä "lypsä" äläkä puristele sormeja rajusti, jotta näytteeseen ei tule kudostenestettä, mikä aiheuttaa virheellisiä tuloksia.

5. Ota näyte

Pyysi ensimmäinen veripisara pois ja ota näyte vasta toisesta. Omaseurannassa voi kuitenkin ottaa näytteen myös ensimmäisestä pisarasta, kunhan kädet ovat puhtaat ja kuivat. Varsinkin jos veripisara on vaikea saada muodostumaan, on tärkeää antaa ensimmäisen pisaran muodostua rauhassa ja ottaa näyte siitä. Sormen voimakasta puristelua tulee välttää. Kosketa liuskan kärjellä kevyesti veripisaraa. Verensokerimittari antaa äänimerkin, kun se on imaissut tarpeeksi verta. Veripisaraa ei tule pudottaa liuskan päälle eikä liuskaa painaa voimakkaasti sormeja vasten.

6. Kirjaa tulos ylös ja kuulostele

Jos mittaustulos on oloosi nähden poikkeava, tee uusintamittaus tuloksen varmistamiseksi. Kirjaa tulos ylös omaseurantavivuhkoon. Jos tulos on hälyttävästi poikkeava, ota yhteys lääkäriin. Kun mittaamasi verensokeriarvo poikkeaa normaaliarvoista, kuulostele, miltä kehossasi tuntuu ja miten kehosi reagoi olotilaan. Minkä väriset kasvosi ovat? Oletko lämmin vai kylmässä hiessä? Miten voit? Näin opit tuntemaan kehoasi ja sairauden vaikutuksia siihen.

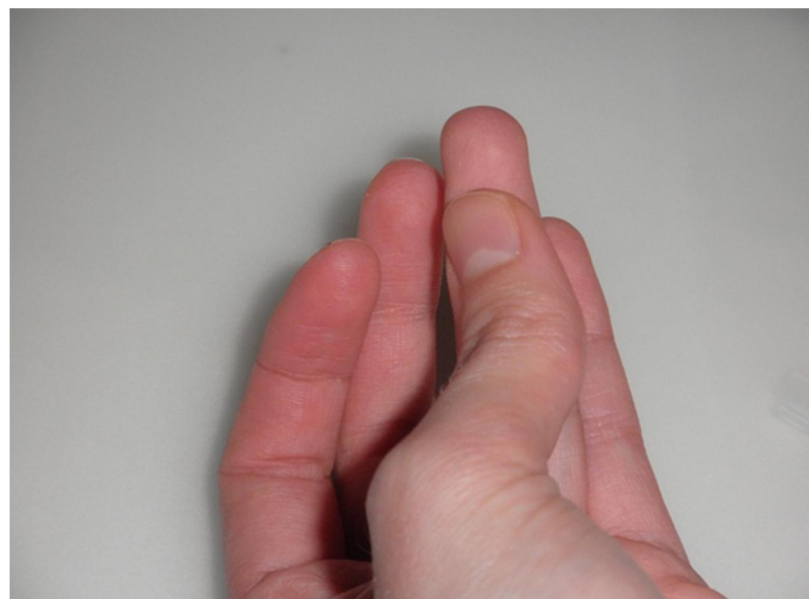
1. Pese kädet



2. Valmistele pistolai-
te ja mittauslaite



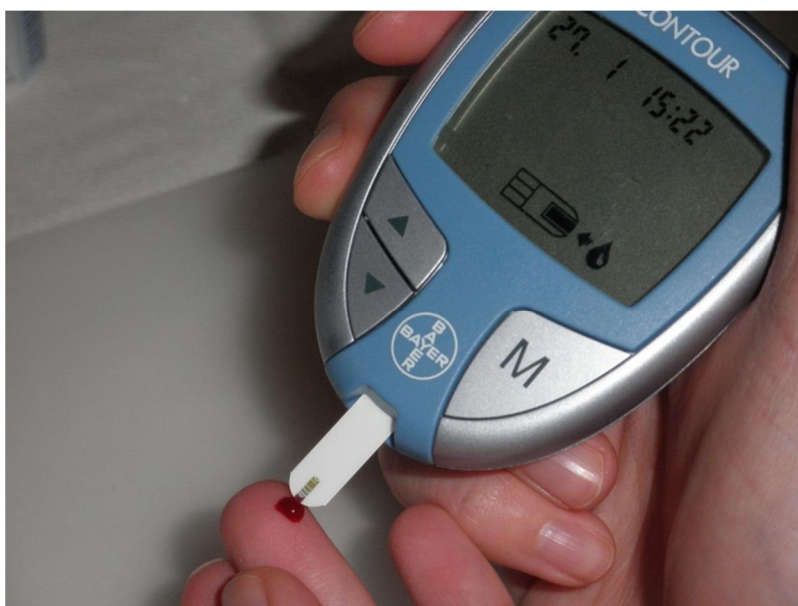
3. Valitse näytteenot-
tokohta



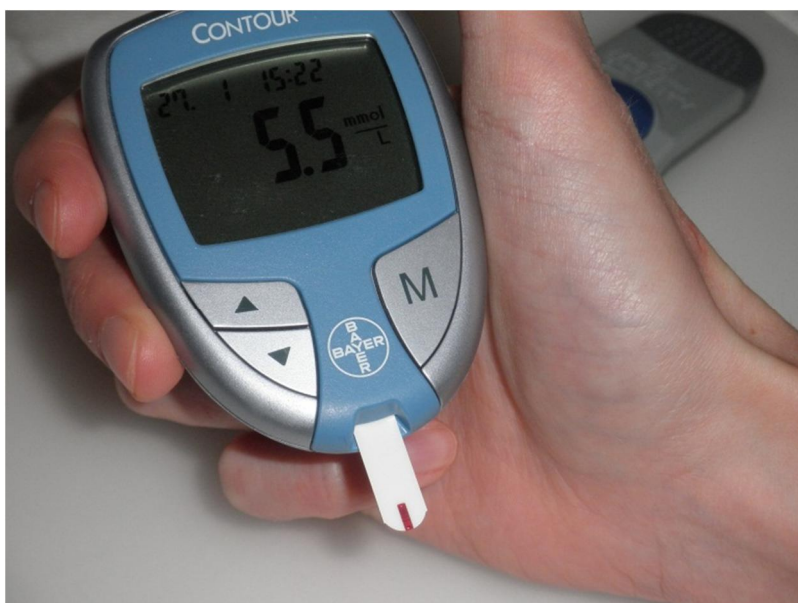
4. Pistä reikä



5. Ota näyte



6. Kirjaa tulos ylös ja kuulostele



2 Insuliinin pistäminen

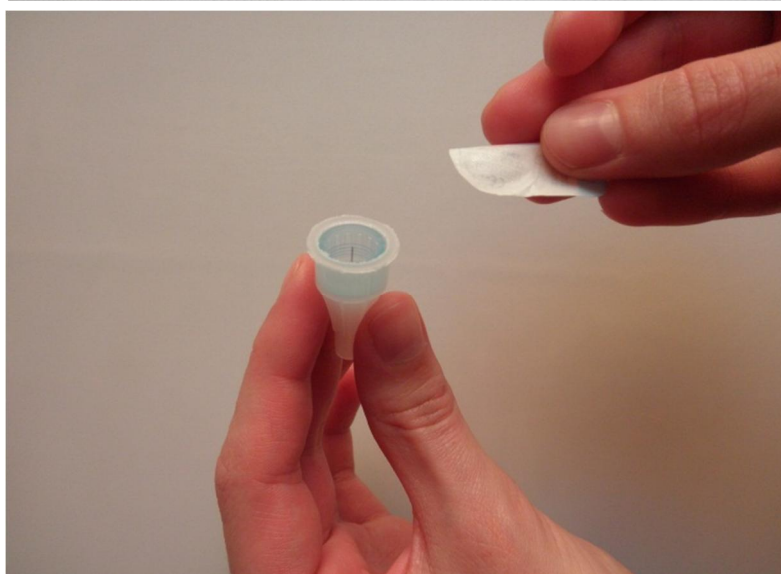
Insuliinikynät

Insuliinikynä on insuliinin pistoväline. Insuliinikynä on helppokäyttöinen, kun ei tarvitse vetää insuliinia ampulista ennen pistämistä. Insuliinikynä on heti käyttövalmis. Insuliinikyniä on joko kertakäyttöisiä tai monikäyttöisiä. Kertakäyttöisissä kynissä on kiinteä insuliiniampulli, ja kynän voi heittää pois, kun siitä on insuliini loppu. Monikäyttöiseen insuliinikynään tulee vaihtaa uusi insuliiniampulli vanhan loputtua. Eri valmistajien insuliinikynät ovat erinäköisiä, mutta ne toimivat samalla periaatteella.



Insuliinineulat

Insuliinikynään liitetään uusi kertakäyttöinen pistoneula ennen jokaista pistoa. Samaa neulaa ei tule käyttää useampaan kertaan. Neulat teroitetaan hyvin teräviksi ja päällystetään silikonikalvolla, jotta pistäminen olisi mahdollisimman kivutonta. Jos samaa käytetään useampaan kertaan, se voi tyydyä, taipua tai tukkeutua, mikä voi aiheuttaa mustelmia ja rasvakudoksen kovettumista. Neuloja on eripituisia, ja pituus valitaan Teidän rasvakudoksenne paksuuden mukaan. Käytetyimmät neulat ovat pituudeltaan 6 mm, 8 mm ja 12 mm.



Insuliinin säilytys ja säilyvyys

Käytössä olevaa insuliinikynää säilytetään huoneenlämmössä, suoralta auringonvalolta suojattuna. Avaamattomat insuliiniampullit ja/tai esitäytetyt insuliinikynät tulee säilyttää kylmässä, +2 - +8°C:ssa. Esimerkiksi jääkaapin ovilokero on sopiva paikka säilytykselle. Insuliini ei saa jäätymä eikä lämmetä yli + 30°C:seen. Jäätymisen tai lämpenemisen seurauksena insuliini voi menettää tehonsa. Valmisteesta riippuen käytössä oleva insuliinikynä säilyy 4 - 6 viikkoa. Jääkaapissa avaamattomat insuliiniampullit ja/tai esitäytetyt insuliinikynät säilyvät viimeiseen käyttöpäivämäärään asti.



Insuliiniseoksen sekoittaminen ennen pistämistä

Kiteisessä muodossa olevat insuliinit tulee sekoittaa ennen käyttöä. Kiteisessä muodossa oleva insuliini sisältää aineita, jotka estävät insuliinia imeytymästä verenkiertoon liian nopeasti. Sekoittaminen tapahtuu kääntelemällä kynää rauhallisesti ylösalaisin laajassa kaaressa noin 10 kertaa. Kynää voi myös pyörittää kämmenten välissä. Kynää ei saa ravistaa, koska silloin insuliinikiteet voivat rikkoutua ja vaikutus heikentyä. Sekoitettu insuliini on tasaisen samea ja vaalea. Kirkkaita insuliiniliuoksia ei tarvitse sekoittaa.

Ilmakuplan poisto insuliinikynästä

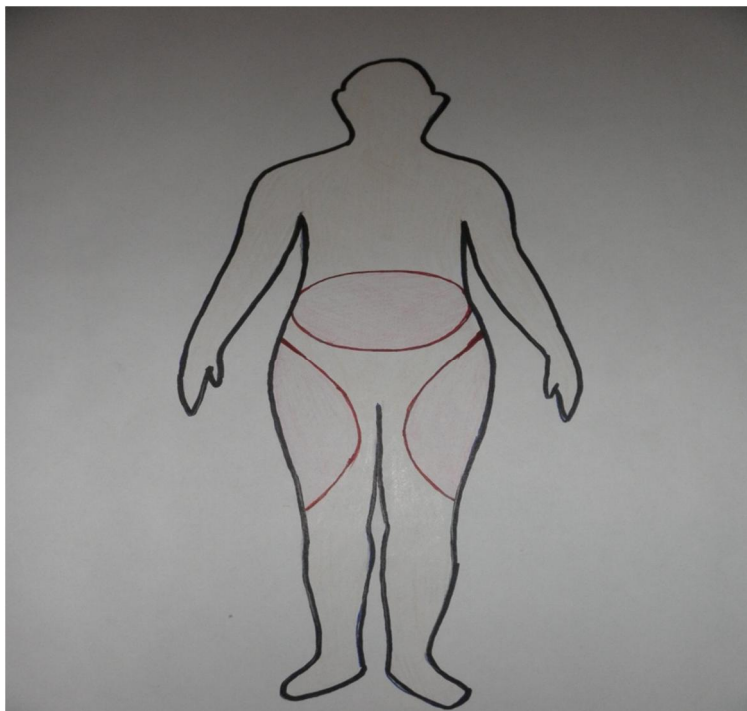
Ennen pistämistä tulisi mahdolliset ilmakuplat poistaa insuliinikynästä. Ilmakuplia voi tulla, jos neulaa ei poisteta kynästä pistämisen jälkeen ja kynä altistuu lämpötilanmuutoksille. Näin poistat ilmakuplan:

1. Käännä kynä kärki ylöspäin ja poista neula.
2. Napauta kevyesti ampullia, jolloin ilmakupla nousee ylös.
3. Annostele 2 - 6 yksikköä ja paina annostelupainiketta. Kynän pitää olla koko ajan pystyasennossa.
4. Kierrä neula paikalleen. Ilmakuplan pitäisi poistua paineen avulla. Toista sama tarvittaessa.



Pistopaikat

Insuliini pistetään ihonalaiseen rasvakudokseen. On varottava pistämästä insuliinia lihakseen, sillä insuliini imeytyy lihaksesta arvaamattomasti. Pistopaikassa rasvakudosta tulisi olla riittävästi, jotta insuliinin imeytyminen olisi mahdollisimman tasaista. Sopivimmat paikat ovat vatsa, pakarat ja reidet. Pistopaikkaa tulisi vaihdella joka pistokerralla, sillä saman paikan jatkuva pistäminen voi aiheuttaa rasvakudoksen kovettumista. Kovettuneesta rasvakudoksesta insuliini imeytyy huonommin.



Insuliinin pistotekniikka

1. Insuliinikynän tarkistaminen

Ennen pistämistä varmistetaan, että insuliinikynä toimii ja että neulan kärjessä näkyy insuliinia. Annostellaan 1 - 2 yksikköä, ja painetaan annostelunappia, jolloin neulan kärjestä tihkuu insuliinia.



2. Annoksen valinta

Valitkaa oma insuliiniannoksenne kääntämällä insuliinikynän päässä olevaa annoksen valitsinta. Annoksen suuruus näkyy joko pienessä valintaikkunassa tai kääntönupissa.

3. Pistosote

Nosta pistopaikan iho ja rasvakudos peukalon ja etusormen väliin poimulle. Tämä tehdään sen takia, ettei pistettäisi lihakseen.

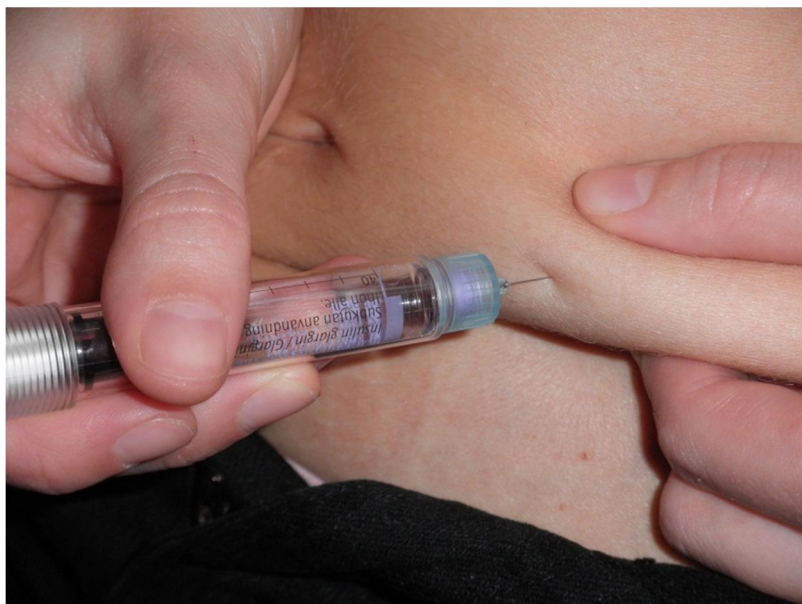


4. Pistäminen

Vie neula ihon alle 45 - 90°:een kulmassa. Pidä iho edelleen poimulla.

5. Insuliinin annostelu kudokseen

Ruiskuta insuliini kudokseen rauhallisesti. Jos et pysty pistämään yhdellä kädellä, vapauta pistämisen jälkeen poimu ja tue insuliinikynää molemmin käsin insuliinin ruiskuttamisen ajan.



6. Neulan poisvetäminen

Pidä neulaa ihon alla 10 sekunnin ajan, ennen kuin vedät neulan ihosta. Pistopaikkaa voi painaa kevyesti sormella hetken aikaa.



3 Matala ja korkea verensokeri

Matala verensokeri

Matalasta verensokerista puhutaan, kun verensokerisi on alle 4 mmol/l. Tällöin verensokerin lasku aiheuttaa jo kehossa tuntevia oireita.

Oireet

- Heikotus, huimaus, vapina
- Sydämentykytys
- Päänsärky
- Hikoilu, kalpeus
- Sekava olotila, aggressiivisuus
- Epäselvä puhe
- Nälän tunne

Syyt

- Ruokailun myöhästyminen tai aterian jääminen väliin tai liian vähäinen ruoka
- Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen
- Alkoholin nauttiminen
- Liian paljon insuliinia suhteessa nautittuun ruokamäärään
- Mahdollinen insuliinin annosteluvirhe

Toimi näin, jos tunnet matalan verensokerin aiheuttamia oireita tai verensokeriarvosi on alle 4 mmol/l

- Ota nopeasti imeytyvää sokeripitoista ruokaa tai juomaa, esimerkiksi hunajaa, lasillinen tuoremehua, sokeria tai banaani.
- Mittaa verensokeri 15 minuutin kuluttua ja varmista, että se nousee.
- Jos verensokeri ei nouse riittävän nopeasti tai olo huononee, on hakeuduttava sairaalahoitoon välittömästi.
- Jos verensokeri pääsee laskemaan liian alas, seurauksena voi olla tajuttomuus. Tällöin on viipymättä soitettava hätänumeroon 112. Tukehtumisvaaran välttämiseksi tajuttomalle ei saa antaa suun kautta mitään.

Korkea verensokeri

Korkeasta verensokerista puhutaan, kun verensokeri on yli 15 mmol/l. Korkea verensokeri voi johtaa vakavaan happomyrkytykseen tai nonketoottiseen koomaan, jotka ovat hengenvaarallisia tiloja. Lievästi korkea verensokeri voi pitkään jatkuessaan aiheuttaa diabeteksen vakavia lisäsairauksia ns. kroonisia komplikaatioita. Jatkuvasti koholla oleva verensokeri vaatii lääkityksen tarkistamista.

Oireet

- Jano
- Lisääntynyt virtsaamistarve
- Hengitys haisee makealle (asetoni) ja on raskas hengittää
- Kuiva iho
- Punakat kasvot
- Sekava olotila
- Vatsakipu

Syyt

- Insuliinipistos jäänyt väliin tai annos ollut liian pieni
- Runsaasti hiilihydraatteja eli sokereita sisältävä ruoka
- Kuume tai tulehdus
- Stressi

Miten toimia korkean verensokerin kanssa

- Mittaa verensokeri ja kirjaa se ylös.
- Jos verensokeri on hälyttävän korkea, on hakeuduttava sairaalahoitoon välittömästi.

Lähteet

Verensokerin mittaaminen

Leppiniemi, Eija 2009. Verinäytteen ottaminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s.70.

Bayer Diabetes Care. Verkkodokumentti. <<http://www.bayerdiabetes.fi/fi/Diabetes-care/Verensokerin-mittaaminen/Miten-verensokeri-mitataan.aspx>>. Luettu 29.12.2010.

OneMed Suomi 2010. Näytteenotto. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.11.2010. <<http://www.onemed.com/onemed/onemedwww.nsf/sp3?Open&cid=content45C379>>. Luettu 28.12.2010.

Roche Diagnostics 2010. Verensokerin mittaaminen: yleisiä kysymyksiä. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.12.2009. <<http://www.accu-check.fi/fi/asiakaspalvelu/kysymyksiä/testing.html>>. Luettu 28.12.2010.

Insuliinin pistostekniikka

Nikkanen, Paula 2009a. Insuliinien annosteluvälineet ja niiden käyttö. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 111-112.

Nikkanen, Paula 2009b. Insuliinin pistostekniikka. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 113-114.

Nikkanen, Paula 2009c. Ilmakuplan poisto insuliinikynästä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s.116.

Nikkanen, Paula 2009d. Pistosalueet ja insuliinin imeytymiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 116-118.

Nikkanen, Paula 2009e. Insuliinin säilytys ja säilyvyys. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 118.

Ypsomed Selfcare Solutions.. Kuinka määritellä oikea neulan pituus. Verkkodokumentti <<http://www.ypsomed.fi/fi/potilaat/diabetesinformaatiokeskus/insuliinipistos/1555.html> > Luettu 10.01.2011.

Novo Nordisk Farma Oy. Neulat. Verkkodokumentti. Päivitetty 04.08.2010. <http://www.novonordisk.fi/documents/article_page/document/produktter_allm_diabetes_needles.asp> Luettu 10.01.2011.

Matala ja korkea verensokeri

Bayer Diabetes Care. Verkkodokumentti. <<http://www.bayerdiabetes.fi/fi/Diabetes-care/Diabeetikosta-huolehtiminen/Kuinka-korkean-ja-matalan-verensokerin-voi-tunnistaa.aspx>>. Luettu 29.12.2010.

Sipilä, Ilkka 2007a. Matala verensokeri eli hypoglykemia. Novo Nordisk. Verkkodokumentti. <<http://novodiabetespalvelu.fi/website/content/living-with-diabetes/living-with-type-1/hypoglycaemia.aspx>>. Luettu 28.12.2010.

Sipilä, Ilkka 2007b. Korkea verensokeri eli hyperglykemia. Novo Nordisk. Verkkodokumentti. <<http://novodiabetespalvelu.fi/website/content/living-with-diabetes/living-with-type-1/hyperglycaemia.aspx> >. Luettu 28.12.2010.



Барбара Никандрова

Тара Идстром

Материал для русскоязычных больных сахарным диабетом 2 степени, переходящие на инсулиновое лечение

Читателю

Этот материал предназначен для Вас, болеющих сахарным диабетом 2 степени, и переходящих на употребление инсулина. Вы можете использовать этот материал как повседневную памятку. Страницы с картинками (4 - 5, 8 - 9) можно повесить на видное место.

Сначала использование инсулиновых инъекций может казаться сложным и неудобным. Нынешние принадлежности для инъекций и глюкометры удобны в использовании.

Этот материал поможет Вам помнить самые главные факты лечения сахарного диабета 2 степени. С помощью данного материала мы пошагово и схематично раскроем Вам следующие темы:

- Измерение уровня глюкозы в крови
- Инъекция инсулина
- Симптомы низкого и высокого сахара в крови

Этот материал издан как на русском, так и на финском языке. Сделано это для того, чтобы при помощи данного материала, обслуживающему персоналу больницы было легче Вас инструктировать. На приёме у медсестры Вы можете познакомиться с принадлежностями инъекций и попрактиковаться в их использовании.

Просим Вас и Ваших близких ознакомиться с данным материалом. Очень важно, чтобы Ваши близкие понимали, как болезнь влияет на Вашу повседневную жизнь. Поддержка близких Вам людей поможет приспособиться к новой ситуации и придаст чувство безопасности.

Материал изготовлен в Metropolia Ammattikorkeakoulu по заказу LOG – Sote – замысла. Мы надеемся, что данный материал будет Вам полезен.

Хельсинки май 2011

Учащиеся школы медсестёр: Барбара Никандрова и Тара Идстром

Ведущий преподаватель: Ейла – Сиско Корхонен

Здесь Вы можете записать данные, касающиеся Вашего
лечения:

Назначения лечащего врача:

Лечащий врач:

Медсестра:

Поликлиника:

Другие важные факты:

1 Измерение содержания уровня сахара в крови

1. **Мытьё рук**

Вымойте руки тёплой водой и высушите их насухо. Мытьё рук – важный фактор для получения достоверного анализа уровня сахара в крови, на руках могут быть остатки сахаросодержащих компонентов, которые могут, исказить результат. Тёплая вода помогает стимулировать приток крови к кончикам пальцев, так будет легче брать кровь. Специально дезинфицировать руки не обязательно, риск инфицирования от укола минимальный. Дезинфицирующим средством можно воспользоваться, когда нет возможности вымыть руки. Если Вы пользуетесь дезинфицирующим средством - дайте ему полностью высохнуть перед процедурой.

2. **Приготовьте глюкометр**

Подготовка глюкометра производится чистыми руками. Вставьте иглу в ручку для прокалывания. Выберите глубину прокола. Чем глубже прокол, тем больше повреждение тканей, выберите оптимальную глубину на ручке для прокалывания. Современным глюкометрам требуется очень маленькая капля крови. Вставьте тест-полоску в глюкометр.

3. **Выберите место прокалывания**

Делать укол надо в боковые поверхности пальца, а не в "подушечку". Сбоку расположено меньше нервных окончаний, поэтому процедура будет менее болезненной. Рекомендуется брать кровь для анализа из любого пальца, кроме большого и указательного. Не делайте укол около ногтя, это болезненно. Регулярно меняйте участки забора крови. Если часто прокалывать одно и то же место, может возникнуть раздражение и утолщение кожи, в раздраженные участки колоть нельзя.

4. **Сделайте укол**

Поднесите ручку для укола к пальцу и сделайте укол нажатием на кнопку. Подождите, пока капля вытечет. Не нажимайте на палец, чтобы в каплю не попала тканевая жидкость, это может исказить результат.

5. **Возьмите пробу**

Пробу лучше брать из второй капли крови. В домашних условиях пробу можно взять и из первой капли, особенно если получение крови доставляет трудности. Важно, чтобы руки были чистыми и сухими. Сильно не нажимайте на палец. Поднесите тест-полоску к капле, кровь не надо капать и не следует сильно прижимать палец к тест-полоске. Глюкометр подаст звуковой сигнал, когда крови достаточно.

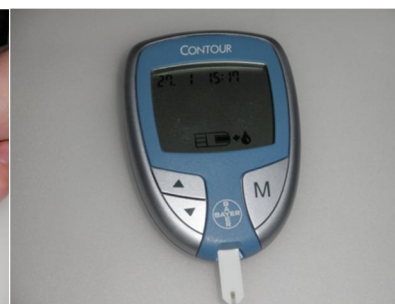
6. **Запишите результат**

Если анализ показался Вам недостоверным или Ваше самочувствие не соответствует полученному результату, сделайте повторный анализ. Если результат не удовлетворительный, то нужно за собой понаблюдать. Как Вы себя чувствуете? Есть ли слабость или раздражённость? Так Вы научитесь слушать свой организм и распознавать симптомы повышенного или пониженного сахара в крови.

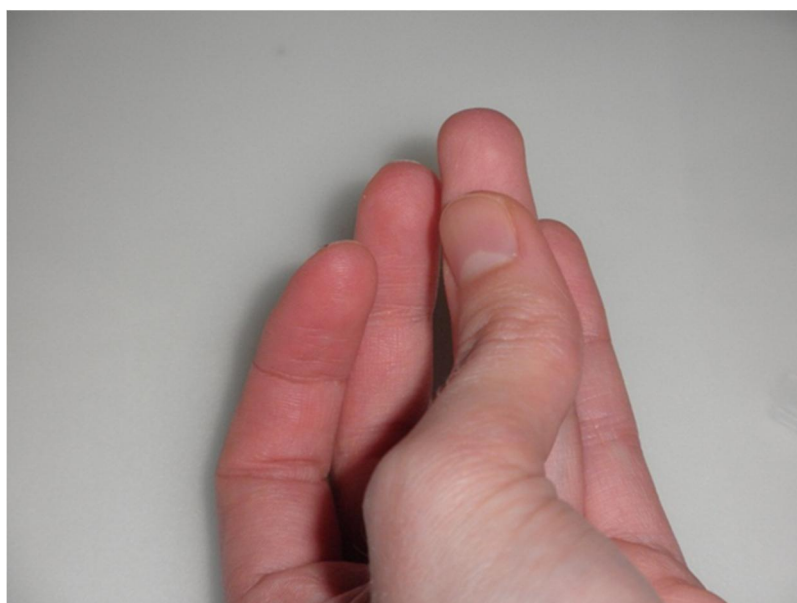
1. Мытьё рук



2. Приготовьте глюкометр и ручку для прокалывания



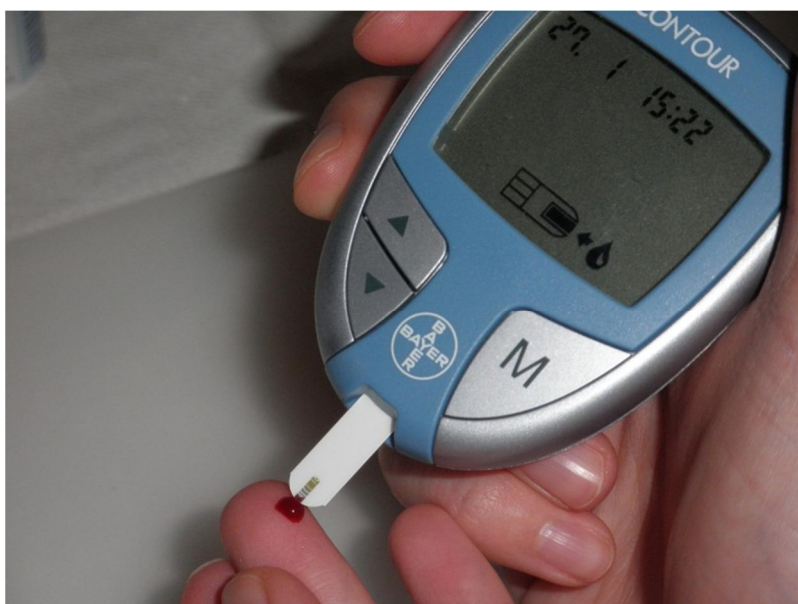
3. Выберите место прокалывание



4. Сделайте укол



5. Возьмите пробу



6. Запишите результат



2 Инъекция инсулина

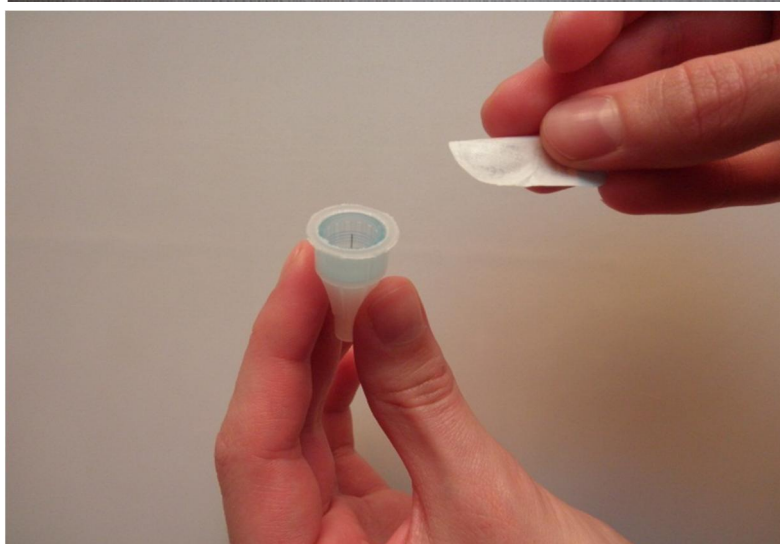
Инсулиновые шприц-ручки

В настоящее время в домашних условиях используются специальные инсулиновые шприц-ручки. Они удобны в использовании, не нужно вводить инсулин из ампулы в шприц, всё в одной шприц-ручке. Шприц-ручки бывают одноразовые и многоразовые. В одноразовой шприц-ручке ампула уже соединена с ручкой и её нужно выкинуть когда инсулин закончится. В многоразовой шприц-ручке после использования инсулиновую ампулу нужно поменять на новую. У каждого производителя шприц-ручки выглядят немного по-разному, но чаще всего в использовании они работают по одному и тому же принципу.



Иглы для инъекции

Для инъекции Вам надо присоединить к шприц-ручке одноразовую иглу. Иглу надо менять после каждого укола. Чтобы сделать инъекцию инсулина практически безболезненным, острие иглы подвергается специальной заточке и смазке с использованием новейших технологий. Поэтому повторное и многократное использование инсулиновой иглы ведет к повреждению ее острия и стиранию смазочного покрытия, что увеличивает болезненные ощущения и дискомфорт. Тупая игла не только делает введение инсулина болезненным, но может стать причиной местного кровоизлияния. Возрастает опасность искривления иглы и даже ее поломки. Это способствует образованию у ряда больных выступающих уплотнений в местах инъекций инсулина. Иглы бывают разной длины, самые распространённые: 6 мм, 8 мм и 12 миллиметровые. Правильную длину иглы выбирают по толщине жировой ткани.



Хранение инсулина

Шприц-ручка, которая находится в использовании, следует хранить при комнатной температуре, защищенной от прямого солнечного света. Не открытые ампулы и шприц-ручки следует хранить в холодном месте при температуре $+2^{\circ}\text{C}$ - $+8^{\circ}\text{C}$. Наиболее подходящее место для хранения, например, дверная полка в холодильнике. Инсулин не должен нагреваться свыше $+30^{\circ}\text{C}$ или замерзнуть, при данных обстоятельствах инсулин может потерять свои свойства. При комнатной температуре инсулиновые шприц-ручки хранятся 4-6 недель. В холодильнике, не вскрытая шприц-ручка или ампула, хранится до конца даты годности, указанной на упаковке.

Удаление воздуха перед инъекцией

Само по себе наличие воздуха в картридже с инсулином не представляет опасности, но может вызвать несколько не точную дозировку инсулина. Воздух может попасть в шприц-ручку если игла не удалена после укола и ручка была подвергнута температурным изменениям. Воздух удаляется так:

1. Переверните шприц-ручку иглой вверх, открутите иглу
2. Постучите слегка по корпусу, пузырек воздуха всплывёт вверх
3. Выпустите 2-6 единиц инсулина. Шприц-ручка должна быть постоянно повернута вверх
4. Прикрутите новую иглу. Пузырек должен удалиться с помощью давления



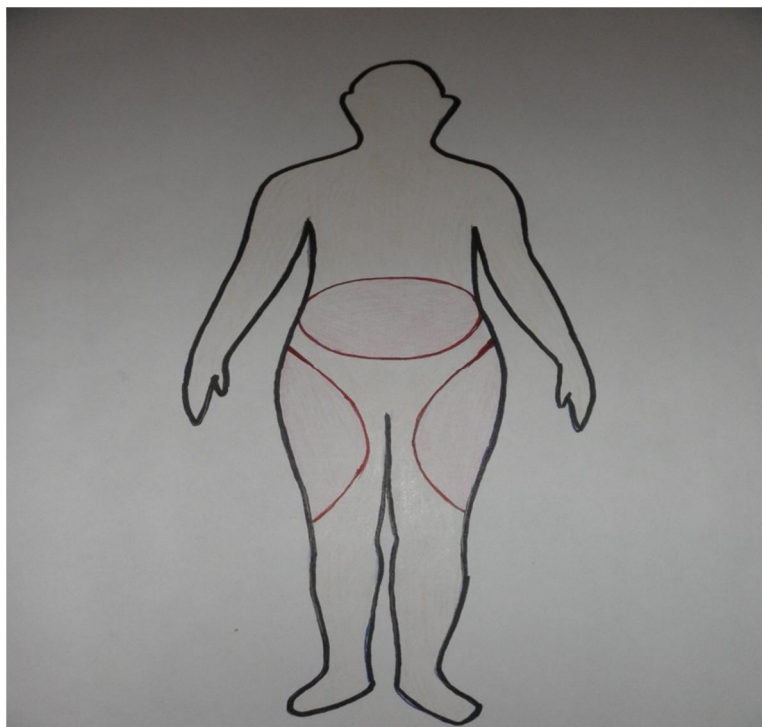
Перемешивание инсулина

Слегка мутный инсулин представляет собой суспензию, так как в нем содержится специальное вещество, которое не позволяет инсулину всасываться в кровь слишком быстро. Поэтому, прежде чем сделать инъекцию такого инсулина, его нужно хорошо перемешать. Для этого шприц-ручку переворачивают вверх-вниз не менее 10 раз. Не встряхивайте шприц-ручку, так как инсулиновые кристаллики могут повредиться. После перемешивания инсулин должен стать равномерно белым и мутным. Прозрачный инсулин перемешивать перед инъекцией не нужно.



Места инъекции

Инсулин вводят подкожно, то есть в слой между мышцами и жировым слоем. Попадание инсулина в мышечный слой может приводить к непредсказуемым колебаниям уровня сахара в крови. Чтобы инсулин впитывался равномерно, подкожно-жировой ткани должно быть достаточно. Для инъекций инсулина лучше всего подходят следующие места: живот, передняя поверхность бёдер, ягодицы. Место инъекций должно быть каждый день новым или отступать от места предыдущей инъекции примерно на 2 см. Это предотвратит появление утолщений жировой ткани, которые ухудшают всасывание инсулина.



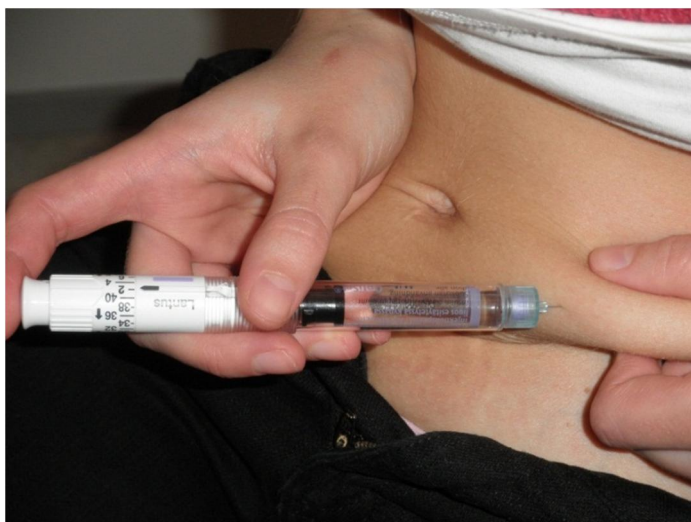
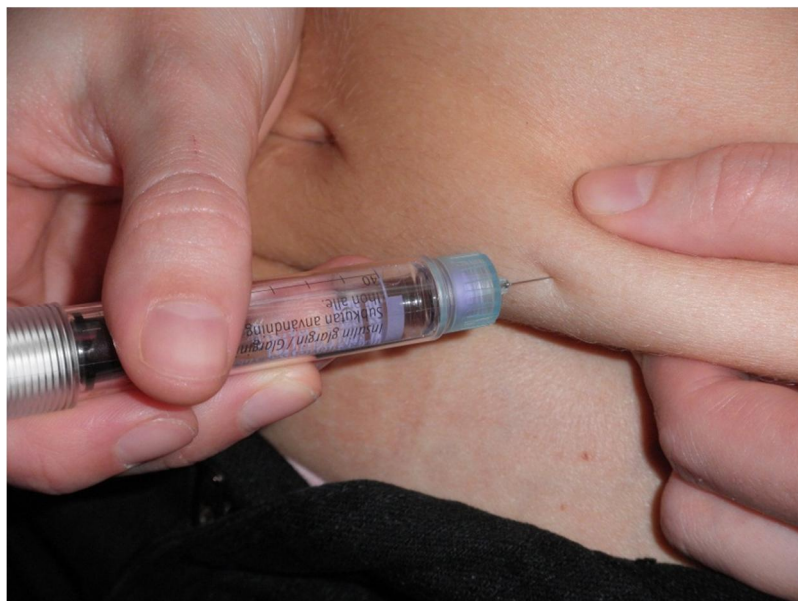
Техника инъекции

1. Перед уколом удостоверьтесь, что шприц-ручка работает. На конце иглы должна быть капелька инсулина. Выберете 1-2 единицы и нажмите на кнопку-дозатор. Из иглы польётся небольшая доза инсулина, так Вы будете уверены, что шприц-ручка работает, и Вы сделаете правильную дозу.
2. Выберите дозу. Наборным кольцом ставится необходимая доза в окошке корпуса или поворачивается до определенного номера единиц.
3. Большим и указательным пальцами возьмите кожу в складку. Это делается для уменьшения вероятности попадания в мышцу.



4. Введите иглу у основания кожной складки под углом 45° - 90° , не отпуская складку.

5. Нажмите спокойно, до упора на поршень шприц-ручки. Если Вы не можете нажать одной рукой, после прокалывания отпустите складку и поддерживайте шприц-ручку обоями руками.



6. После инъекции держите иглу под кожей ещё 10 секунд, чтобы последние капли инсулина вышли. После удаления иглы, можно слегка нажать на место укола.



3 Низкий и высокий сахар крови

Низкий сахар

Про низкий сахар обычно говорят, когда уровень сахара в крови менее 4 ммол/л. При таком понижении сахара у больного следующие симптомы:

- слабость, головокружение, дрожь
- сердцебиение
- головная боль
- потливость, бледность
- состояние смятения, агрессивность
- непонятная речь
- чувство голода

Причины:

- Не своевременный или не достаточный прием пищи
- Большая физическая нагрузка
- Употребление алкоголя
- Слишком большая доза инсулина, в сравнении с принятой едой
- Ошибка при инъекции

Что делать, если чувствуете симптомы пониженного сахара или результат анализа уровня сахара в крови менее 4 ммол/л:

- Как можно быстрее съешьте продукт, который быстро повышает уровень сахара в крови. Это может быть, например, ложка мёда, стакан фруктового сока, несколько кусочков сахара.
- Измерьте сахар ещё раз примерно через 15 минут. Если сахар не поднимается или Вам становится всё хуже, немедленно обращайтесь в больницу.
- Следствием еще большего понижения сахара может быть обморок. В таком случае немедленно звоните в скорую помощь по номеру 112. Больному, который находится в обмороке, нельзя давать ничего через рот, есть опасность задохнуться.

Высокий сахар

О высоком сахаре говорится, когда уровень сахара в крови превышает 15 ммол/л. Высокое содержание сахара в крови может вызвать серьезные осложнения, такие как кетоацидотическая и гиперосмолярная кома. Не следует допускать, чтобы повышенное содержание сахара в крови сохранялось длительное время, так как это увеличивает риск появления поздних осложнений диабета. Для этого регулярно измеряйте содержание сахара в крови, и если он будет постоянно повышен, обратитесь к лечащему врачу.

Симптомы:

- Сильное чувство жажды
- Частое мочеиспускание
- Глубокое и тяжелое дыхание, запах ацетона изо рта
- Сухая кожа
- Покраснение лица
- Обезвоженное состояние
- Боль в животе

Причины:

- Не своевременная или малая доза инсулина
- Пища, содержащая много углеводов, то есть сахара
- Температура, инфекционное заболевание
- Стресс

Что надо делать:

- Измерьте и запишите содержание сахара в крови
- Если сахар значительно повышен, обратитесь в больницу.

Библиография

Измерение содержания уровня сахара в крови

Leppiniemi, Eija 2009. Verinäytteen ottaminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s.70.

Bayer Diabetes Care. Verkkodokumentti. <<http://www.bayerdiabetes.fi/fi/Diabetes-care/Verensokerinmittaaminen/Miten-verensokeri-mitataan.aspx>>. Luettu 29.12.2010.

OneMed Suomi 2010. Näytteenotto. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.11.2010. <<http://www.onemed.com/onemed/onemedwww.nsf/sp3?Open&cid=content45C379>>. Luettu 28.12.2010.

Roche Diagnostics 2010. Verensokerin mittaaminen: yleisiä kysymyksiä. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.12.2009. <<http://www.accu-check.fi/fi/asiakaspalvelu/kysymyksiä/testing.html>>. Luettu 28.12.2010.

Техника инъекции

Nikkanen, Paula 2009a. Insuliinien annosteluvälineet ja niiden käyttö. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 111-112.

Nikkanen, Paula 2009b. Insuliinin pistostekniikka. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 113-114.

Nikkanen, Paula 2009c. Ilmakuplan poisto insuliinikynästä. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s.116.

Nikkanen, Paula 2009d. Pistosalueet ja insuliinin imeytymiseen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 116-118.

Nikkanen, Paula 2009e. Insuliinin säilytys ja säilyvyys. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo – Rönnemaa, Tapani – Saha, Marja-Terttu – Sane, Timo (toim.): Diabetes. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. s. 118.

Ypsomed Selfcare Solutions.. Kuinka määritellä oikea neulan pituus. Verkkodokumentti <<http://www.ypsomed.fr/fi/potilaat/diabetesinformaatiokeskus/insuliinipistos/1555.html> > Luettu 10.01.2011.

Novo Nordisk Farma Oy. Neulat. Verkkodokumentti. Päivitetty 04.08.2010. <http://www.novonordisk.fi/documents/article_page/document/produktter_allm_diabetes_needles.asp> Luettu 10.01.2011.

Низкий и высокий сахар крови

Bayer Diabetes Care. Verkkodokumentti. <<http://www.bayerdiabetes.fi/fi/Diabetes-care/Diabeetikosta-huolehtiminen/Kuinka-korkean-ja-matalan-verensokerin-voi-tunnistaa.aspx>>. Luettu 29.12.2010.

Sipilä, Ilkka 2007a. Matala verensokeri eli hypoglykemia. Novo Nordisk. Verkkodokumentti. <<http://novodiabetespalvelu.fi/website/content/living-with-diabetes/living-with-type-1/hypoglycaemia.aspx>>. Luettu 28.12.2010.

Sipilä, Ilkka 2007b. Korkea verensokeri eli hyperglykemia. Novo Nordisk. Verkkodokumentti. <<http://novodiabetespalvelu.fi/website/content/living-with-diabetes/living-with-type-1/hyperglycaemia.aspx> >. Luettu 28.12.2010.