



Lapsettomuushoidossa olevien somalipotilaiden potilasohjeet ja käsite käänköskortti

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Mahamud, Hoda
Mohamed, Najmo
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2019

Mahamud, Hoda
Mohamed, Najmo

Lapsettomuushoidossa olevien somalipotilaiden potilasohjeet ja käsite käännskortti

Vuosi 2019

Sivumäärä 43+5

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä somalinkieliset käännökset lisääntymislääketieteen yksikön kolmelle potilasohjeelle ja tehdä käsitekortti, jossa on yksikössä yleisesti käytettyjä käsitteitä somalin- ja suomenkielellä. Potilasohjeet ovat tärkeä osa potilasohjausta ja muille kielille käännetty potilasohjeet ovat tällä hetkellä vähäisiä, mutta koko ajan suurenevassa tarpeessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa yksikölle somalinkieliset käännökset, jotka lisäävät yksikön potilasturvallisuutta ja kommunikointia somalinkielisten hedelmättömyyspotilaiden kanssa. Käännosten tehtävänä on lisätä somalinkielisten potilaiden ymmärrystä hoidon erivaiheista ja edistää potilaiden hyvinvointia. Opinnäytetyö koostuu kirjallisesta osasta ja käännoksistä. Kirjallinen teoriakehys sisältää tietoa somalinkielisten potilaiden kielestä, kulttuurista ja perhemuodoista. Kävimme myös läpi hedelmöityshoidon historiaa, naisten ja miesten lapsettomuuden syitä, eri lapsettomuuden hoitomuotoja, lainsäädäntöä, potilasturvallisuutta ja -ohjausta sekä potilasohjeiden tarkoitusta.

Opinnäytetyön tuloksena syntyivät tekemämme käännökset. Käännökset teimme yhdessä käyttäen apuna omaa äidinkielen taitojamme sekä suomi-somali-suomi sanakirjaa.

Saimme lisääntymislääketieteen yksiköltä kolmet käännettävät potilasohjeet ja teimme käännskortin käsitteistä, jotka he toivat esille. Lisäsimme käännskorttiin omia tarpeelliseksi kokemiamme käsitteitä kuten kuukautiset, raskaus ja keskenmeno.

Asiasanat: somalinkieli, lapsettomuus, potilasturvallisuus, käänttäminen

Mahamud, Hoda
Mohamed, Najmo

Patient instructions and translation card for Somali clients in infertility treatments

Year 2019

Pages

43+5

The purpose of this thesis was to make Somali translations for three patient instructions from the reproductive medicine unit and to create a translation card with commonly used terms in the unit in Somali and Finnish. Patient instructions are an important part of patient guidance, and patient instructions translated into other languages are currently limited, but increasingly in need.

The aim of the thesis was to produce Somali translations for the unit, which increase patient safety and communication with Somali infertility patients. The purpose with the translations is to increase Somali patients understanding about the different stages of treatments and promote patient well-being.

The thesis consists of a written part and translations. The written theoretical framework contains information on the language, culture and family of Somali patients. We also went through the history of infertility treatment, the causes of infertility in women and men, various treatments for infertility, legislation, patient safety and guidance, and patient instructions.

As a result of our thesis the translations were made. The translations were done together using our own mother tongue skills and Finnish-Somali-Finnish dictionary. We received three translatable patient instructions from the reproductive medicine unit and we made a translation card of the terms they brought up and added to them our own terms that we felt were necessary like periods, pregnancy and miscarriage.

Keywords: Somali, infertility, patient safety, translation

Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	7
2	Somalit Suomessa	8
2.1	Uskonto ja perhe	8
2.2	Somalinaiset	9
3	Hedelmöityshoidon alku	10
3.1	Hoitojen aloitus maailmalla.....	10
3.2	Hedelmöityshoidon historia Suomessa	11
4	Lapsettomuuden syyt.....	13
4.1	Naisesta johtuvat syyt	13
4.2	Miehestä johtuvat syyt.....	14
5	Lapsettomuushoidon polku.....	14
5.1	Hoitomuodot	15
5.2	Munarakkulan kypsytyshoito	16
5.3	Hedelmöityshoito	17
5.4	Kirurginen hoito	17
6	Lainsäädäntö hedelmöityshoidossa	18
7	Eettisyys lapsettomuushoidossa	19
7.1	Tunteet lapsettomuushoidossa	20
7.2	Tuki lapsettomuushoitojen aikana	20
8	Potilasohjeet	21
8.1	Potilasohjeiden laatiminen.....	22
8.2	Käännettävät potilasohjeet	23
9	Potilasohjeiden merkitys.....	23
10	Potilasturvallisuus	24
10.1	Potilasturvallisuuden vaikutus hoidon laatuun	25
10.2	Potilas osana potilasturvallisuutta	26
10.3	Kommunikaatio ja vuorovaikutus potilasturvallisuudessa	27
11	Potilasohjaus	28
11.1	Hyvä potilasohjaus	28
11.2	Kirjalliset potilasohjeet.....	29
11.3	Potilasohjaus monikulttuurisessa hoitotyössä	30
12	Opinnäytetyön menetelmä	30
12.1	Potilasohjeet osana terveystiedettä.....	32
13	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	32
14	Luotettavuus ja eettisyys.....	33
14.1	Johtopäätökset.....	35
15	Tuotetut käännökset	35
15.1	Itsearviointi	36
16	Pohdinta	37
16.1	Jatkokehittämissuositukset	39
	Lähteet	40
	Liitteet	44
	Liite 1. Munatorvien aukiolotutkimus (HSSG)	44
	Liite 2. Letrozolilääkehoito-ohje.....	45

Liite 3 Munasolupunktion jälkeinen kotihoito-ohje	46
Liite 4. Käsitteiden käänköskortti.....	47
Liite 4. Käsitteiden käänköskortti.....	48

1 Johdanto

Suomen ensimmäiset somalit ovat saapuneet Suomeen vuonna 1990. Tilastokeskuksen mukaan Suomessa asuu 20 007 henkilöä, joiden äidinkieli on somali (tilastokeskus, väestörakenne 2018). Suurin osa somaleista tulevat Somaliasta. Maa sijaitsee Itä-Afrikan sarvessa. Vaikka Suomessa on syntynyt toisen sukupolven somaleita, synnytys on huomattavasti vielä korkeampi kuin kantasuomalaisen keskimääräinen synnytys elinikänsä aikana. Opinnäytetyömme aiheena on somalinkielisen hedelmättömyyspotilaan hoitopolun tukeminen. Aihe itsestään on valtava, jonka takia olemme päättäneet keskittyä somalinkielisten potilaiden lapsettomuuden hoitopolkuun lisääntymislääketieteen yksikössä. Lisääntymislääketieteen yksikössä hoidetaan ja tutkitaan hormonitoiminnan häiriöitä ja pariskuntien lapsettomuutta hoidetaan eri hedelmöityshoidoilla.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kääntää potilasohjeita somalinkielelle potilasturvallisuutta varten. Omalla äidinkielellä tarjotut potilasohjeet vähentävät väärin ymmärrysten mahdollisuutta. Käännöksen tavoite on tuottaa selkomuotoiset potilasohjeet. Somalinkielisiä potilasohjeita on vielä hyvin vähän tarjolla terveyskeskuksissa ja yliopistosairaaloissa. Kääntäminen yleensä tapahtuu tulkin välityksellä. Tulkkaminen ei aina toteudu täydellisesti, jolloin suullista informaatiota voi jäädä puuttumaan. Potilasturvallisuus on yksi hoitotyön tärkeimmistä osa-alueista ja osa potilaiden oikeuksia. Potilailla on oikeus mahdollisimman korkeaan potilasturvallisuuteen. Hyvä potilasturvallisuus myös suojaa hoitohenkilökuntaa. Potilasturvallisuuden avulla edistetään potilaiden terveyttä ja hyvinvointia. Opinnäytetyön ja käännöksen toinen tavoite on lisätä hoitohenkilökunnan ja monikulttuuristen potilaiden välistä kommunikaatiota hoitotyössä. Käännämme kolme eri potilasohjetta somalinkielelle, jonka lisäksi teetämme käsite käännöskortin. Käännöskortin ideana on toimia apuvälineenä tilanteissa, jossa tulkkaminen ei tapahdu tulkin välityksellä. Käännöskorttia varten valikoidut sanat ovat yleisimmin käytetyt sanat yksikön potilasohjauksissa. Opinnäytetyömme koostuu sekä kirjallisuuskatsauksesta, että käännöksistä. Kirjallinen osuus kattaa kaikki opinnäytetyöhön liittyvät osa-alueet ja antaa lukijalle ymmärryksen aihealueeseen. Opinnäytetyötämme varten emme tarvitse potilaita emmekä arkaluonteisia tietoja. Käännöksemme tarkistavat somalinkieliset terveydenhuollon ammattilaiset.

2 Somalit Suomessa

Somalit ovat pääosin kotoisin Afrikan sarvesta. Suomen ensimmäiset somalit saapuivat turvapaikkahakijoina vuonna 1990 (Mubarak Yusuf M 2015, 5). Tilastokeskuksen mukaan Suomessa asuu 20 007 tuhatta asukasta, joiden äidinkieli on somali (Tilastokeskus, väestörakenne 2018). Noin kaksi kolmasosa heistä ovat syntyneet Suomessa. Etnisryhmän kulttuuria on pitkään vallannut beduiini ja nomadit. Länsimainen kulttuuri kulkeutui Afrikan sarveen kolonialismin yhteydessä. Elinkeino maassa koostuu maanviljelystä ja karjanhoidosta (Abdulkarim, M 2017). Kulttuuri on somalialaisille merkittävä ele. Somalin kieli on iältään nuori ja on periltään kuusilais-afroaasialainen. Kieli toimii valtakielenä Somaliassa ja Djiboutissa. Latinalaiset aakkoset on otettu käyttöön vasta vuonna 1970.

Kansaryhmän keskuudessa on toiminut pitkään klaanijärjestelmä eli suku jatke. Klaanijärjestelmää on ylläpidetty yhteisön toimivuutta varten. Järjestelmää pidettiin pitkään perinteisenä poliittisena järjestelmänä, mutta demokraattisen tasavallan itsenäistyttyä vuonna 1960, Somali Youth League luopui tästä. Demokraattinen valtio pysyi pystyssä vuoteen 1989 asti, jonka jälkeen maassa syntyi klaanien välinen sisällissota (Barned, C 2007).

2.1 Uskonto ja perhe

Islam sai alkuunsa Arabian niemimaalla 600 luvulla. Islam saapui itä-Afrikan sarveen 700 luvulla. Suurin osa somaleista ovat muslimeja. Uskonnonharjoittaminen on osa somalialaista elämäntapaa (Mölsä 2017, 451). Uskonnonharjoittamiseen kuuluvat päivittäinen rukoilu, paastokuukausi, pyhäjuhlat ja uskonsäätöjen noudattaminen.

Somalit ovat luonteeltaan hyvin yhteisöllisiä sekä perhekeskeisiä. Yhteisökeskeisyys periytyy Islamin uskonnosta. Esimerkiksi naapuria tulee huomioida ja tervehtiä. Yhteisökeskeisyyteen kuuluvat myös tapaamiset, juhlat ja kontaktissa pysyminen. Somalialainen ydinperhe on kooltaan isompi kuin suomalainen ydinperhe. Suurikokoinen perhe on katsottu hyväksi. Perhe toimii omaisilleen ja tutuilleen tukiverkostona. Somaleiden saavuttua suomeen ydinperheidenmäärät ovat pienentyneet huomattavasti.

Suomalaisnaisen kokonaishedelmällisyysluku vuonna 2016 on ollut 1,65 ja somalinaisen 6,27 (The world bank). Synnytyksien vähentymiseen on vaikuttanut työelämä, pidemmät koulutusajat ja urasuunnitelmat. Perheiden sisäisissä rooleissa on myös tapahtunut muutoksia. Kuten Islamin uskonto kirjaa Sharia-laissaan, mies on vastuullinen perheensä elannosta. Kotiutumisen yhteydessä moni ymmärsi nopeasti, että Suomessa on tarjolla viranomaispalveluita kuten päiväkoteja. Tämä antoi tilaisuuden molempien vanhempien edistyä urissaan ja opiskella. Tämän myötä myös tasa-arvoisuus miesten ja naisten välillä alkoi näkyä somali kodeissa. Somalinaisille tämä loi mahdollisuuksia kodin ulkopuolella. Monen perheen sijoituttuaan Suomeen sodan jälkeen, kontaktin pitäminen muihin sukulaisiin haluttiin ylläpitää. Tähän päivään asti Suomessa asuvat somalit muistavat kauko-omaisiaan esimerkiksi lähettämällä rahaa tai soittamalla päivittäin (Tiilikainen 2011, 45-55).

2.2 Somalinaiset

Somalinaisten asema on muuttunut merkittävästi diasporan yhteydessä. Somalinaisia on pitkään sivutettu johtoasemista, kuten poliittisista tai taloudellisista asemista. Tyttöjen ja poikien kasvatuksissa on ollut eroavuuksia ja tämä näkyy länsimaisessa tasa-arvon vertailussa. Tyttöille esimerkiksi on opetettu kotitöitä ja muita vaimon tehtäviä hyvin varhain (Tiilikainen 2003, 31-33). Tyttöjen opetus ja ohjaaminen on tullut aina omalta äidiltä tai muilta sukulaisnaisilta. Somalinaisen elinkaareen on pitkälti kuulunut vaimona oleminen ja äitiys. Naisen kouluttautuminen on yleistynyt vasta sodan jälkeen. Moni somalinainen on saanut mahdollisuuden uuden elämän aloittamiseen länsimaissa. Kulttuurisesti somalinaisia on arvostettu monen sukupolvien aikana ja heidän päätöksiensä, esimerkiksi avioliitossa. Elämäntilanteita kuten avioeroa ei nähdä häpeänä somalilaisessa kulttuurissa. Yleisimmät avioeron syyt johtuvat lapsettomuudesta (Tiilikainen 2003, 34 – 35).

3 Hedelmöityshoidon alku

IVF on lyhenne sanoista in vitro fertilization ja se tarkoittaa koeputkihedelmöitystä. Hedelmöityshoidon ja alkionsiirron historia alkoi aikaisimmillaan jo 1890-luvulla. Walter Heape, joka työskenteli Englannin Cambridge yliopistossa, teetti useampia tutkimuksia lisääntymisestä ja tiedotti ensimmäisen alkionsiirron kaniineista, kauan ennen kuin ihmisiin tehtiin alkionsiirtoja. Vuonna 1984 Miriam Menken ja John Rock altistivat yli 800 munasolua spermalle koeputkissa ja samana vuonna Menken ja Rock julkaisivat kokemuksistaan American Journal of Obstetrics and Gynecology -lehteen (IVF Worldwide).

3.1 Hoitojen aloitus maailmalla

Siittiöitä on pakastettu 1950-luvulta lähtien. Käytetty menetelmä on ollut nimeltään hidas pakastus (slow freezing). Tämä tarkoittaa sitä, että siittiöiden lämpötila lasketaan ensin hitaasti -150 celsiusasteeseen, jonka jälkeen vielä laskettiin -196 celsiusasteeseen. Ensimmäiset pakastetuilla siittiöillä alkunsa saaneet raskaudet raportoitiin vuonna 1954 (Söderström-Anttila 2014). Kuitenkin vasta vuonna 1959 saatiin kiistattomia todisteita koeputkihedelmöityksen mahdollisuudesta. Kypsytettyjä munasoluja hedelmöitettiin siittiöllä pienessä Carrel-pullossa neljän tunnin ajan. Tämän onnistuminen oli tie avustamiseen lisääntymisessä (IVF Worldwide.) Vuonna 1961 Ranskassa onnistuttiin kuvamaan kehittyvän munasolun haun laparoskoopilla. Vuonna 1965 yritettiin hedelmöittää munasoluja koeputkessa John Hopkinsin sairaalassa Yhdysvalloissa (IVF Worldwide).

Vuonna 1973 saatiin aikaiseksi ensimmäisen IVF raskaus Australiasta. Tämä raskaus johti varhaiseen keskenmenoon. Vuosia myöhemmin, vuonna 1976, toinen IVF-raskaus lähti käyntiin Iso-Britanniasta. Tämä raskaus taas johti kohdunulkoiseen raskauteen. Kahden vuoden kokeilun jälkeen maailmaan syntyi ensimmäinen IVF lapsi. Vauva Louise Brown syntyi Englannissa vuonna 1978. Näiden synnytysten jälkeen Monashin tiimi Australiassa sai aikaiseksi 14 raskautta, mistä yhdeksän johti elossa syntyneisiin vauvoihin ennen 1981 vuoden loppua. Ensimmäinen IVF-syntymä Australiassa tapahtui

vuonna 1980 ja vuonna 1981 syntyi ensimmäinen IVF vauva Yhdysvalloissa. Ensimmäinen IVF-syntymä tapahtui Ranskassa vuonna 1982. Samana vuonna ensimmäiset IVF syntymät tapahtuivat Ruotsissa ja Itävallassa (IVF Worldwide).

Monash'in IVF tiimi saavutti ensimmäisen raskauden naisessa, jolla ei ollut munasarjoja käyttämällä luovutettuja munasoluja. He loivat keinotekoiset kuukautiskierrot ja erityiset hormonaaliset kaavat ensimmäiselle 10 raskausviikolle. Ensimmäinen kanadalainen IVF-vauva syntyi vuonna 1984. Samana vuotena luotiin myös, ensimmäinen IVF:tä ja ihmisalkioiden tutkimusta koskeva lainsäädäntö Australiassa. Ensimmäinen sijaissyntytjääalkionsiirto tapahtui Kaliforniassa vuonna 1984 (IVF Worldwide).

Monash'in IVF tiimi raportoi maailman ensimmäisestä raskaudesta, joka oli saatu alkuun siittiöistä, jotka oli noudettu tukkeutuneesta siemenjohtimisesta. Vuonna 1987 onnistuttiin mikrohedelmöittämään munasolu yhdellä siittiöllä (IVF Worldwide). 1980 luvulla aloitettiin pakastamaan alkioita onnistuneesti (Söderström-Anttila 2014).

3.2 Hedelmöityshoidon historia Suomessa

IVF-hoidot Suomessa olivat aluksi keskitetty Helsinkiin ja Turkuun. Ensimmäiset koeputkihedelmöityksellä aikaansaadut raskaudet Suomessa saivat alkunsa syksyllä 1983 jolloin jo seuraavana vuonna syntyi ensimmäinen lapsi (Tiitinen & Hovatta 1998).

Kansallista tilastointia seurattiin alkuun tarkasti. Syynä tähän oli hoitojen laajennus useihin klinikkoihin. Samaan aikaan tuli käyttöön uusia menetelmiä, jonka takia koettiin tarpeelliseksi seurata hoitojen toteutuksia sekä onnistumisia. Tietoa ja tutkimustuloksia haluttiin myös näiden lapsien terveydestä ja synnytyksistä. 1990-luvun alkupuolella naistenklinikka keräsi tietoja ja seurasi tilastoja. Koeputkihedelmöitystä alettiin pohtia hoito vaihtoehtona, kun munanjohdinvaurioista johtuva lapsettomuus ei useista leikkauksista huolimatta tuottanut raskautta. Tämä syy olikin alussa koeputki hedelmöityksen pääaiheena. Aihe-alueet alkoivat sittemmin levitä pariskuntien huomioimiseen kokonaisuuksina. Tutkimuksissa tuli selville myös muita mahdollisia hedelmättömyydestä johtuvia syitä kuten endometriosisi (Tiitinen & Hovatta 1998).

IVF kehityksen alkuvuosina tulokset olivat vaatimattomia. Suomessa kerätyt tilastot ovat yhdistetty osaksi maailmantilastoja. Raskaustulokset aloitetuista hoidoista olivat 11.1% ja alkionsiirroista syntyneet raskaudet n. 14.2%. Raskauksista lähes joka kolmas päättyi keskenmenoon vuonna 1984. Lapsista 1.5 %:lla oli synnynnäisiä epämuodostumia (Tiitinen & Hovatta 1998). 1990-luvusta lähtien aloitettujen hoitojen määrät ovat vuosittain kasvaneet noin tuhannella, sillä hoitoja annettiin lisääntyvissä määrin Suomessa. Alkionsiirtoja tehtiin vuonna 1996 yhteensä 6417 ja samana vuonna raskaustulokset nousivat 32%. Alussa munasolujen keräys tehtiin nukutuksessa laparoskooppisesti ja myöhemmin siitä siirryttiin nykyiseen punktioon, jossa potilas on hereillä. Tänä päivänä kaikki munasolut otetaan talteen kaikukuvaustekniikalla (Tiitinen & Hovatta 1998).

Lahjoitettuja munasoluja on käytetty osana koeputkihedelmöitystä niillä potilailla, joiden munasarjojen toiminta on kokonaan loppunut tai heillä on ennenaikainen munasarjojen toiminnan hiipuminen. Ensimmäinen lahjoitetuilla munasoluilla hedelmöitetty lapsi syntyi vuonna 1991 (Tiitinen & Hovatta 1998). Toinen ryhmä lapsettomuudesta kärsivistä muodostuu niistä potilaista, joiden kohtu on viallinen tai puuttuu kokonaan, mutta joilla on toimivat munasarjat. Tällöin raskaus voidaan mahdollisesti toteuttaa sijaissynnyttäjän avulla (Tiitinen & Hovatta 1998).

Mikrohedelmöitys (ICSI) on ollut uusimpia Suomeen saapuneista menetelmistä. ICSI samalla toi apua vaikeimmille potilasryhmille. Raskausluvut ovat myös tämän menetelmän avulla nousseet. Mikrohedelmöityksen hyödyn on todistanut se, että yhden vuoden aikana Suomessa hedelmöityshoidolla avulla syntyi lapsia yhtä paljon kuin vuosina 1983-1994 (Tiitinen & Hovatta 1998).

Suomessa on toimintaprotokollana yhden alkion siirto kerrallaan alkionsiirrossa. Tämä toiminta eroaa Yhdysvalloista, jossa siirretään edelleen monta alkioita kerrallaan. Tämä toiminta kasvattaa luonnollisesti monisikiöisten raskauksien mahdollista määrää ja seurauksena voi olla raskauden osakeskeytyminen. 40% kaikista Suomessa hedelmöityshoidon avulla aikaan saaduista lapsista ovat syntyneet pakastetuista ja sulatetuista alkioista vuonna 2011 (Söderström- Anttila 2014).

4 Lapsettomuuden syyt

Syyt lapsettomuuteen voivat johtua monesta eri syystä, lapsettomuudesta arvellaan kärsivän joka kuudes pariskunta (Kätilötyö 2006, 613.) Lapsettomuutta ei koeta enää tämänpäiväisissä yhteiskunnissa tabuna. Prosentuaalisesti lapsettomuuteen on vaikuttanut raskauden yritys iäkkäämpänä. Lapsettomuus on yhteinen ongelma pareilla. Lapsettomuudesta johtavat syyt on jaettu neljään eri osaan (Naistentaudit ja synnytykset 2011, 175). 25% johtuu miehestä, 25% johtuu naisesta, 25% johtuvat molemmista sukupuolista ja 25% jää selviämättömäksi syyksi. Useimmat syyt lapsettomuuteen ovat munarakkulan kypsymishäiriöt, munanjohdinvauriot, endometrioosi ja sperman heikkeneminen, kohtuperäiset syyt, seksiongelmat ja selittämätön lapsettomuus (Kätilötyö, 2006).

4.1 Naisesta johtuvat syyt

Tavallisimmat ongelmat, jotka naiset kohtaavat lapsettomuudessa liittyvät ovulaatiohäiriöihin. Ovulaatiohäiriöt eli munasolun irtoamishäiriöt johtuvat mm. yli- tai alipainosta tai PCO syndroomasta. Tämän lisäksi on todettu, että liiallinen urheilu huonontaa munasolun kasvua, jolloin ovulaatiota ei joko tapahdu tai se hidastuu. Ovulaatiohäiriössä follikkelia stimuloiva hormoni ja luteinisoiva hormoni erittyvät epätasaisesti aivolisäkkeistä. Kilpirauhasen vajaatoiminta ja prolaktiinin liikaeristys aiheuttavat munasolun hankalan irtoamisen. Munarakkulankehityksen häiriötä tuottaa munasarjojen PCOS eli monirakkulaoireyhtymä. PCOS tuottaa joko epäsäännölliset kuukautiset tai jättää kierron välistä. Munarakkuloidenkehityksen häiriö voi myös, johtua toiminnallisista syistä kuten, liiallisesta liikunnasta, fyysisestä tai psyykkisestä stressistä (Tiitinen 2018). Munanjohtimet voivat tukkeutua kokonaan tai johtimia ympäröivät kiinnikkeet estävät munasolun kulkua munanjohtimessa. Vaurioituneet munanjohtimet voivat aiheuttaa lapsettomuutta.

Endometrioosi on kohdun limakalvon sirottumatauti, joka esiintyy naisilla kroonisena tautina. Endometrioosissa kohdun limakalvoa esiintyy kohdun ulkopuolella. Tämä asettaa kehon jatkuvaan tulehdustilaan ja luo pesäkkeiden syntyä. Limakalvoa voi esiintyä poikkeavasti muualla kuten vatsaontelossa. Sirottumatauti heikentää hedelmällisyyttä

monella tavalla mekaanisesti. Limakalvonpesäkkeet reagoivat kohdun limakalvon kaltaisesti kuukautiskierron aikana. Endometrioosi esiintyy noin 10% hedelmällisessä iässä oleville naisilla (Tiitinen 2018). 20-30% lapsettomuuden takia tutkimuksiin hakeutuvista naisista todetaan endometrioosi. Oireisiin kuuluvat ulostamis- tai virtsaamiskipua, yhdyntäkipua ja tiputteluvuotoja. Endometrioosipesäkkeet esiintyvät kystan kaltaisina. Joskus ainoana oireena voi esiintyä lapsettomuus, sillä tauti voi häiritä munasolujen kypsymistä, ovulaatiota ja hedelmöitymistä. Suurin osa endometrioosipotilaista tulevat kuitenkin spontaanisti raskaaksi.

4.2 Miehestä johtuvat syyt

Miesten lapsettomuuden syitä ei aina saada selville. Kaikki tuntemattomaksi todetut syyt johtuvat selittämättömiksi siittiöiden harvalukuisuudeksi, hidasliikkeiksi tai epämuotoisuudeksi. 30% lapsettomuustutkimuksista hakeutuvista miehistä on syyksi todettu heikentynyt sperman laatu. Syiksi myös todetaan huonolaatuinen siemenneste tai kivesten toiminnassa todettu häiriö. Siittiötuotannonhäiriö on joko tilapäinen tai synnynnäinen. Tilapäisiä tekijöitä voivat olla stressi, tulehdukset, runsas päihteiden käyttö tai erilaiset lääkekäytöt. Yleisin synnynnäinen poikkeavuus, joka vaikuttavat siittiöidentuotantoon ovat laskeutumattomat kivekset.

5 Lapsettomuushoidon polku

Lapsettomuushoidot suunnitellaan joko tahottoman lapsettomuuden tai parin toiveen takia. Lapsettomuushoidot aloitetaan yleensä sen jälkeen, kun pariskunta on yrittänyt raskautta vuoden ajan (Tiitinen 2018). Oman terveyskeskuksen kautta hakeudutaan alkulähtöisesti selvitykseen hoitoa varten. Lapsettomuustutkimusta varten suositellaan, että kumpikin pari hakeutuisi mukaan. Tutkimuksien avulla arvioidaan spontaanisen raskauden mahdollisuutta. Hedelmöityshoidot toteutetaan erikoissairaanhoidossa ja vaatimuksena siihen on lähete. Hedelmöityshoitoja tehdään myös yksityisellä sektorilla. Lapsettomuustutkimukset aloitetaan yleensä jo perusterveydenhuollossa. Tutkimukset aloitetaan perustutkimuksilla, jonka pohjalta hoitava taho saa tuloksia jatkoja varten. Lähetteen saavuttua erikoissairaanhoitoon lapsettomuuden tutkimuksia jatke-

taan. Vastauksien valmistuttua pariskunta kutsutaan vastaanotolle, jossa sitten käydään läpi tutkimuksien kulku ja tulokset. Kokonaiskuvan sekä saatujen tulosten perusteella pariskunnalle suunnitellaan jatkosuunnitelma. Julkisessa terveydenhuollossa naisten lapsettomuuden ikäraja on noin 40 vuotta (HUS 2018).

Miehen lapsettomuustutkimuksissa tutkitaan ensiksi siemeneste, jonka tulos on käytettävissä jo ensimmäisellä vastaanottokäynnillä. Naisilta tutkitaan synnytyselinten tilaa gynekologisessa tutkimuksessa ja munatorvien aukiolotutkimuksessa. Tutkimuksiin kuuluvat myös verikokeet ja yleisterveyden tutkiminen. Perusterveydenhuollossa tehtyjen tutkimuksien tavoite on saada mahdollisimman tarkkaa tietoa ja tämä edellyttää huolellista taustaselvitystä (Naistalo 2017).

Naisten alkututkimuksissa selvitetään kuukautiskiertoa, kiertojen säännöllisyyttä, vuotopäiviä, kipuja, edellisiä mahdollisia raskauksia, seksuaalielämää ja elämäntapoja. Eri-tyistutkimuksien alle kuuluvat kohduntähystys. Miehillä ensisijaisesti otetaan vain siemenestenäyte. Lisätutkimuksina miehille voidaan määrätä tutkimus tai toimenpide. Tutkimuksien alle kuuluvat kromosomien tutkiminen, kivespussin ultraäänitutkimus ja kivesbiopsia (Naistalo 2017).

5.1 Hoitomuodot

Perustutkimuksien pohjalta lähdetään hoitamaan ensisijaisesti olemassa olevaa perussairautta tai elintapoihin tuodaan tarvittavaa muutosta (Tiitinen 2018). Suomessa lainmukaiset hedelmöityshoidot ovat hormonihoidot, inseminaatio eli keinosiemennys IUI, koeputkihedelmöitys IVF ja mikroinjektio ICSI (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006). Hoitojen aikana voi tapahtua spontaaninen raskaus. Sekundaarinen raskauskin voi toteutua ilman hoitoja (Koskimies 2004, 84). Lapsettomuushoidot voidaan toteuttaa yksityisellä lääkäriasemalla tai julkisessa terveydenhuollossa. Hedelmöityshoidoissa on pyritty asettamaan rajat syntymättömän lapsen ja parien hyvinvoinnin vuoksi (Kallio 2012). Käytetty arviointi lapsettomuushoidossa vaatii lääketieteellistä perustelua. Vaikka hedelmöityslaisissa ei olla määritelty yläikärajaa lapsettomuushoidolle, lääketieteellisesti tiedetään hoitotulosten laskevan hyvin nopeasti ja merkittävästi naisen iän yltyä 43 vuotta (Lääkäriliitto 2012). Kaikkia hoitomuotoja nähden noin 80% hoidoista

toteutuvat onnistuneesti. Tanskan jälkeen, Suomessa tehdään eniten hedelmöityshoitoja koko Euroopassa. 4.4% Suomessa syntyneistä lapsista ovat saaneet alkunsa hedelmöityshoidosta (Lääkäriliitto 2008).

5.2 Munarakkulan kypsytyshoito

Munarakkulan kypsytyshoito on yksi toteutetuista hormonihoidoista. Hoito aloitetaan diagnoosin ja oikean vaivan selvityksellä sekä perustutkimuksien avulla. Jos syynä on ollut kilpirauhasentoimintahäiriö tai hyperprolaktinemia (maitohormonia tuottava kasvain) hoito toteutetaan lääkehoidolla. Jos ovulaatiohäiriötä on tuottanut yli- tai alipaino, niin se tulee saada normaalin arvoon ennen lääkehoidon aloittamista. Munarakkulan kypsytyshoitoon eli ovulaatioinduktioon käytetään tablettimuotoista lääkettä nimeltään letrozole. Lääkehoidon toimivuutta seurataan monella eri tavalla sen kuurin aikana. Ensisijaisesti seurataan kuukautiskierron säännöllistymistä, joka toimii merkkinä ovulaation toimivuudesta. Gynekologisessa tutkimuksessa tutkitaan ja varmistetaan yhden tai jopa kahdenkin munarakkulan kypsentytymistä, sekä limakalvon paksuntumista. Kuukautiskierron jälkeen seurataan keltarauhasen toimintaa, mittaamalla verestä keltarauhashormonin pitoisuus. Aivolisäkehormoneja käytetään ajoittain munarakkulan kypsentytymiseen, jos aromataasi-inhibiittorinen lääkeaine ei toimi (Tiitinen, 2018). Gonadotropiinivalmisteet annetaan potilaalle hormonaalisena hoitona injektiona normaalisti 1-2 viikon ajan, mutta ajoittain jopa kuukaudeksi. Edellä mainitut lääkeaineet voidaan käyttää yhdisteinä saman hoitokierron aikana. Munarakkulan kypsentytymiseen yleensä tarvitaan enemmän, kuin yksi hoitotoisto (Tiitinen 2018).

Naisilla gonadotropiinivalmisteita voidaan käyttää munarakkulan kypsentytymisessä (Kätilötyö 2006) ja munasolujen vapautumisessa munasarjasta, jos ovulaatiota ei ole tai Letrozoli hoidosta ei ole ollut hyötyä. Miehillä taas gonadotropiinivalmisteita käytetään toisen lääkkeen kanssa (HCG) korjaukseen ja alentuneiden FSH ja LH pitoisuuksia varten.

5.3 Hedelmöityshoito

Hedelmöityshoito koostuu kahdesta osasta, inseminaatiosta (keinosiemennyksestä) ja koeputkihedelmöityksestä (IVF). Inseminaatiossa siittiöt ruiskutetaan naisen kohtuonteloon. Inseminaatio tulee toteuttaa munasolun irtoamisvaiheessa eli ovulaation aikana. Munasolut kerätään noin 36 tuntia viimeisestä hormonipistoksestä. Toimenpiteen yhteydessä potilaalle annetaan laskimonsisäisesti rauhoittavaa lääkettä ja kipulääkitystä. Vaihtoehtoisena lääkeannosteluna toimii paikallinen puudutus. Koeputkihedelmöityksessä käytetään joko omia tai luovutettuja sukusoluja. Siittiöt kuljetetaan mikroruiskuilla ja pistetään injektiona munasoluun.

Hedelmöityshoidon yhteydessä naispotilaalle annetaan hormonihoitoa munarakkuloiden kypsennykseen. Munasolut kerätään emättimen kautta ultraääniohjautulla punktiolla (Unkila-Kallio 2011). Jos ja kun alkion kehitys on saanut alkunsa, se siirretään takaisin kohtuun. Jos alkioita on enemmän kuin yksi, niin loput voidaan pakastaa ja käyttää tarvittaessa myöhemmin. Inseminaatiopäivänä mies toimittaa tuoreen siemennesteenäytteen laboratorioon. Ennen toimenpidettä spermaa tulee pestä ja pakasteessa olevat näytteet tulee sulattaa samana päivänä. Pesun avulla erotetaan parhaiten liikkuvat siittiöt. Valmiit siittiöt ruiskutetaan kohtuonteloon ohuen muovikatetrin avulla. Toimenpide ei ole vaativa ja se kestää kokonaisuudessa vain muutaman minuutin (Tiitinen 2018).

5.4 Kirurginen hoito

Lapsettomuuteen voi liittyä kohtalainen tai hanakala endometrioosi. Vaikea-asteinen endometrioosi vaikeuttaa hedelmöitymistä. Endometrioosin leikkaus on aiheellinen potilaalle, jos tämä tuottaa jatkuvaa kroonista kipua. Endometriosikystat ovat kookkaita kohdun lihaskyhyjä. Leikkaus on myös aiheellinen, jos jatkosuunnitelmaksi on toivottu koeputkihedelmöitystä. Leikkausta ei ole hyvä toistaa ja leikkaussuunnitelman toteuttamista tulee suunnitella kerralla kunnollisesti (Tiitinen 2018).

6 Lainsäädäntö hedelmöityshoidossa

Hedelmöityshoitolaian keskeisenä tarkoituksena on syntyvän lapsen edun takaaminen (Valvira 2010). Lain tarkoituksena on, että hoito on säännelty niin, että sen aikana eettiset, lääketieteelliset ja oikeudelliset puitteet täyttyvät (Rutanen 2002).

Hedelmöityshoitoja ohjaa lainsäädännön lisäksi lääkäreiden etiikka. Erimaissa lait toimivat lakisääteisesti eri tavalla. Eroavuudet näkyvät, kun pohditaan kysymyksiä kuten, kenen sukusoluja ja alkioita käytetään hoidossa, kenelle ne annetaan, missä ja milloin (Valvira 2010). Hedelmöityshoitoja antavalla terveydenhuollon toimintayksiköllä on oltava Valviran antama lupa sukusolujen ja alkion pakastamiseen ja hedelmöityshoidon eri muotojen antamiseen (Laki hedelmöityshoidosta 1237/2006, 24§). Ennen hedelmöityshoitojen aloittamista tehdään vastaanotolla hoitosuostumus. Hedelmöityshoitolaissa on myös tarkoin määritelty mitä on oltava suostumuksessa.

”Hedelmöityshoitoon annettavasta suostumuksesta on tehtävä asiakirja (*hoitosuostumus*), jossa on oltava:

- 1) suostumuksen antajan tai antajien nimi ja henkilötunnus tai, jos asianomaisella henkilöllä ei ole henkilötunnusta, syntymäaika (yksilöintitiedot);
- 2) hoitomenetelmä, johon suostumus annetaan;
- 3) mahdolliset ehdot hoidon antamiselle;
- 4) suostumuksen voimassaolo;
- 5) ilmoitus 9 §:ssä tarkoitettujen selvitysten ja palvelujen saamisesta;
- 6) päiväys sekä suostumuksen antajan tai antajien ja suostumuksen vastaanottavan palvelujen antajan allekirjoitus.” (Laki hedelmöityshoidosta 1237/2006, 10§).

Hoitosuostumuksesta on annettava kappale suostumuksen antajalle. Eli kun on parisunta, niin molemmat saavat oman kappaleensa. Yksi kappale jää palvelujen antajan arkistoon, jossa se on arkistoitava ja säilytettävä erillään asianomaisia koskevista

muista potilasasiakirjoista. Suostumuksen antaja voi peruuttaa suostumuksensa, milloin tahansa ilmoittamalla siitä palvelujen antajalle. Potilaasta irrotettua kudosta ja alkioita saa vain käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen tai hedelmöityshoitoon (Laki ihmisen elimien, kudoksen ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 101/2007, 6§).

Potilaan elimien, kudosten ja solujen talteen ottamiseen ja sen jälkeiseen säilyttämiseen tarvitaan potilaan kirjallinen ja tietoon perustuva suostumus. Potilaalla tai hänen laillisella edustajallansa on oikeus peruuttaa sopimus, milloin tahansa syytä ilmoittamatta (Laki ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 101/2007,7§).

7 Eettisyys lapsettomuushoidossa

Jokainen hoitoon menevä käsittelee lapsettomuutta yksilöllisesti. Lapsettomuushoito on huomioitu kokonaisuutena Suomessa tänä päivänä. Kokonaisuuteen kuuluvat muut oleelliset asiat, kuten parien psyykinen vointi. Tahaton lapsettomuus on monella suuri vastoinkäyminen elämässä. Lapsettomuushoidot ovat tehostuneet ja tuoneet mallikaita tuloksia, mutta moni tästä huolimatta miettii lapsettomuushoidon eettisyyttä. Hoitojen kyseenalaisuuden takana voivat olla uskonto tai kulttuuri. Kaikissa kulttuureissa on omat arvot, periaatteet ja uskomukset. Suomessa pitkälti pohdinnat ja kysymykset pohjautuvat hyvyyden ja pahuuden välille. Muualla maailmaa asioita pitkälti linjaa kunnia ja häpeä (Pruuki, Tihonen & Tuominen 2015, 109-110).

Laki hedelmöityshoidosta astuttuaan voimaan vuonna 2017, Manner-Suomessa käytiin tiukkaa eettistä pohdintaa. Lakisäädöksiin on määritelty mitä hedelmöityshoidon alle kuuluvat. Kaksi keskeisintä kysymystä ovat olleet 1) Kenellä on oikeus hedelmöityshoitoon ja 2) Mitä perusteluja siihen vaaditaan. Lakisäädös herätti myös kysymyksen siitä, että kenellä on oikeus lapseen yhteiskunnassamme (Pruuki, Tihonen & Tuominen 2015, 170-172). YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa oikeutetaan jokaiselle ihmiselle oikeus oman perheen perustamiseen (United Nation UNDHR 1984).

7.1 Tunteet lapsettomuushoidossa

Tunteiden käsittely tuntuu monelta hyvin hankalalta. Ennen hedelmöityshoitojen alkua parit käyvät läpi pelkoa ja epäilyä. Pelko epäonnistumisesta luo ahdistusta ja stressiä. Tällä hetkellä tieteellisesti ei olla vielä tutkittu masentuneisuuden, stressin tai ahdistuksen vaikutusta hedelmöityshoitoihin (Miettinen 2011, 34). Tieteellisesti on tutkittu, että ahdistuneisuus ja stressi voivat kuitenkin vaikuttaa pariskunnan motivaatioon hoitoihin liittyen (Miettinen 2011, 34). Hedelmöityshoitoihin liittyvistä peloista ja epäilyksestä on tehty kysymyslomake vuonna 2011. Vastaajien suurin huoli on ollut hoidoista huolimatta raskauden epäonnistuminen. Toinen suuri huoli vastaajilla on ollut oma jakaminen, psyykkisesti sekä fyysisesti hoitajakson aikana. Tunne ristiriitoihin kuuluivat häpeäminen, suru, arvottomuus, syyllisyys ja nöyryytys. Tutkitusti on selvitetty, että naiset ja miehet tuntevat eri tunnetiloja. Naiset ensisijaisesti kokevat enemmän negatiivisia tunteita, kuin miehet. Miehet taas huolestuvat lapsettomuuden vaikutuksesta parisuhteeseen ja ystävyys-suhteisiin (Miettinen 2011, 35-40).

7.2 Tuki lapsettomuushoitojen aikana

Tukiverkoston oleminen on toivuttu asia jokaiselle hoitoon menevällä tai lapsettomuuttaan käsittelevälle. Vaikka lääketieteelliseen hoitoon ei sisälly tuen tarjoaminen pariskunnille, heidän psyykkistä vointiansa seurataan hoitajakson aikana. Ammattiavun ja omaisten tuella pariskunta voi käydä läpi tunteitaan ja saada hieman helpotusta omaan arkeen, sillä hoitajaksojen kestot ovat vaihtelevia. Ennen hoitajakson alkua, hoitoon tulevia potilaita mietityttää moni asia. Asiat, jotka mietityttävät voivat tuottaa ahdistusta ja syyllisyyttä. Tärkeintä on aloittaa hoidot positiivisella mielellä ja luottaa siihen mitä ympärillä tapahtuu. Kaikille tämä ei ole mahdollista ja syynä siihen voi olla edeltävä epäonnistuminen. Kulttuurisista syistä, jotkut potilaat eivät halua näyttää omia tunteitaan esimerkiksi somalialaisessa kulttuurissa lapsettomuudesta ei puhuta ääneen. Syyt potilailla ovat yksilöllisiä, mutta tuen saaminen tukisi hoidossa olevaa po-

tilasta olemaan oma itsensä. Tuen tarjonnalla potilasta voidaan muistuttaa oikeuksistaan omien tunteiden ilmaisemisessa ja auttaa potilasta tunnistamaan näitä tunnetiloja (Tuominen, Tiihonen & Pruuki 2015).

Hoitojakson aikana lapsettomuuskriisin tai epämukavuuden yltyä on hyvä, että hoidossa oleva potilas tekisi asioita, jotka tuottavat iloa, koska sillä voidaan palauttaa positiivinen energia arkeen. Kriisin aikana moni kokee voimakkaita tunteita, kuten aggressiota. Aggressio on yleensä yhdistetty negatiivisiin tunnetiloihin kuten pettymykseen, pelkoon, kateuteen, kaunaan ja raivoon. Aggressio tästä huolimatta on vain voimakas tunnetila, joka voisi muuttua positiiviseksi tahdoksi tuen ympärillä ja kannustavassa ilmapiirissä (Banks 2017).

Islamilaisessa lakisäädöksessä ei tunnisteta avoliittoa, jonka takia vaihtoehtona on vain avioliitto (Kourus 2007). Vanhanaikaisessa kulttuuritavassa vaimonaseman täytti nainen, joka pystyi tuottamaan jälkeläisiä. Joukko nimettömästi haastateltu somalinaisyryhmä koki, että heidät jätettiin yhteisön ulkopuolelle lapsettomuutensa takia. Monien tutkimukset jäivät kesken tai niitä ei jatkettu alhaisten resurssien takia (Sheroy 2010). Moni koki painetta yhteisöltä, jonka takia parhaimmaksi ongelmanratkaisuksi he näkivät avioeron. Painetta kokivat, myös naiset, jotka eivät enää tulleet raskaaksi ensimmäisen raskauden jälkeen (Sheroy 2010).

8 Potilasohjeet

Potilasohjeet ovat olennainen osa potilasohjausta. Terveystieteiden ammattilaisten antamat kirjalliset ohjeet toimivat potilasohjeina. Potilasohjeet koostuvat tiedoista, joissa kirjallisesti kerrotaan tulevasta toimenpiteestä, kotiohjeesta, lääkeohjeesta, yleishoidosta tai tulevasta tutkimuksesta. Potilasohjeita voidaan jakaa kahtia. Osa potilasohjeista käytetään yhtenäisesti sairaaloissa ja osa toimivat vain osastokohtaisina. Suomessa potilasohjeita on käytetty kymmeniä vuosia ja maailman muuttuessa ohjeita, sekä tiedottamista on alettu siirtämään e-palveluihin, kuten terveystieteiden verkkosivuille.

8.1 Potilasohjeiden laatiminen

Potilasohjeet ovat lääkäreiden yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa tekemiä tuotoksia. Hyvän potilasohjeen tuottaminen vaatii ammattilaista osaamista ja näyttöön perustavaa tietoperustetta. Potilasohjeita luodessa tulee huomioida, että kyseiset ohjeet kirjoitetaan potilaille ja heidän omaisilleen, eikä kollegoille. Ohjeiden tulee olla helppolukuisia ja hoitoa tukevia (Hyvärinen 2018). Kirjallisen ohjeen ojentamiseen kuuluu myös ohjeiden läpi käynti yhdessä potilaan kanssa. Toistamalla esimerkiksi ydintärkeitä asioita, kuten välttä juomista ja syömistä ennen toimenpidettä, jäävät ne paremmin mieleen. Toistaminen ei saisi osoittautua provosoinniksi. Tämän takia ohjaamiseen tarvitaan ammattilaisen osaamista ja ohjausta. Suomessa hoitotyön ohjausta voi toteuttaa terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on suojattu terveydenhuollon ammattinimike (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/94, 1994).

Lukijan tulisi ymmärtää annetusta kotiohjeista, miten toimia, jos oireet pahentuvat tai miten valmistua päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Kirjallisesti ohjeiden tulee olla mahdollisimman selkokielistä, kun puhutaan sanasto valikoimasta tai lauserakenteesta. Huomioon tulee ottaa myös potilasohjeiden tavoitteet, viestinnän tarkoitus ja minkälaisissa olosuhteissa voidaan antaa potilasohje mukaan kotiin potilaalle (Hyvärinen 2018).

Potilasohjeet ovat jatkuvassa kehityksessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijat ottavat osaa kehityksestä osana opinnäytetyötään. Hoitotyön opiskelijat tekevät keskimäärin 40-50 viikkoa kliinistä työharjoittelua (Laurea 2018). Harjoittelut jakautuvat eri osaamisaloihin ja yleensä harjoittelujakson päädyttyä opiskelija kirjallisena tehtävänä teettää kehittämisidean harjoittelupaikalleen. Kehittämisideat yleensä koskevat potilasohjeiden muuttamista tai luomista.

8.2 Käännettävät potilasohjeet

Opinnäytetyössämme käännettävät potilasohjeet kuuluvat naistenklinikan lisääntymisenlääketieteen yksikölle. Yksikössä on käytössä monta potilasohjetta eri tutkimuksia ja toimenpiteitä varten. Tavoitteena oli saada yleisimmät käytetyt potilasohjeet käännettäväksi suomenkielestä, somalinkielelle. Halusimme potilasohjeita, jotka tukevat potilaan tai asiakkaan hoitoa hoitomiljöön ulkopuolellakin.

Saimme ensimmäisen tapaamisen jälkeen sähköisesti kolme potilasohjetta käännettäväksi. Potilasohjeet ovat 4A kokoisessa paperimallissa ja teksti on kirjoitettu selvästi ohjeisiin suomenkielellä. Luettuamme ohjeet ymmärsimme ohjeistukset selvästi. Kohderyhmällemme tämä ei ole aina yhtä helppoa. Ohjeissa käytetään sanoja, jotka kuuluvat hoitosanastoon. Osa näistä sanoista ovat hyvin haastavia etenkin potilaille, joilla on heikko suomen kielen taito.

Potilasohjeemme koostuvat lääkehoidosta, kotiohjeesta ja toimenpiteeseen valmistelusta. Ohjeet ovat alun perin teettäneet osastolla työskentelevät kättilöt ja sairaanhoitajat. Ohjeet vaativat ohjauksen yhteydessä kertausta ja hentoa muistuttamista, koska ohjeiden toteuttaminen on osa hyvin tärkeää hoitajaksoa. Lapsettomuushoito on hyvin jäsennelty osiin ja jokaisen potilaan hoitopolku on yksilöllinen. Lapsettomuushoito on kallista ja sen laiminlyöminen on eettisesti väärin. Suomessa lakisääteisesti jokaisella on silti oikeus itsemääräämiseen. Tämä käytännössä tarkoittaa ihmisen oikeutta päättää mihin hän suostuu ja mistä hän kieltäytyy (Valvira 2017). Potilasta hoitavien tulee kunnioittaa päätöstä, jos ihminen on kykenevästi toivonut näin.

9 Potilasohjeiden merkitys

Yksinkertaisemmin viestinnän ajatellaan vain olevan tiedonsiirtoa, mutta tarkemmin tarkasteltaessa ymmärretään, että viestintään kuuluu enemmän. Jotta voidaan objektiivisesti arvioida potilasohjeiden ymmärrettävyyttä se tulisi eritellä sisällön lisäksi merkityksenantoon ja sosiaalisen yhteyden tuottamiseen. Potilasohjeiden teossa tulee pohtia, kuinka paljoa tietoa niihin tulee sisältää, että kokonaiskuva siirtyy eteenpäin ja

kuinka paljon yksityiskohtia tulee laittaa mukaan. Täytyy pitää mielessä, että jokainen potilas on oma yksilönsä, jolla on oma päättelytapansa. Mitä kaikkea tulee sisältää potilasohjeeseen ja ovatko ne ymmärrettäviä osoittaa loppujen lopuksi vain käytäntö. Kaikkein tärkeintä on, että potilas ymmärtää potilasohjeet. Vasta kun potilas on ymmärtänyt potilasohjeet ovat ne oikeita. Ymmärrettävyyttä voidaan testata lähipiirin avulla ja tämän avulla muokata vielä sisältöä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 12-14).

Kun lukija ja potilasohjeen teksti kohtaavat, eli lukija lukee tekstin, syntyvät sen merkitykset. Merkitykset eivät ole valmiina tekstissä vaan syntyvät luettaessa. Tekijä yrittää saada omat merkityksensä eteenpäin, mutta kuitenkin lukija tekee omat merkityksensä. Se kuinka lukija tulkitsee saamansa tekstin vaikuttaa siihen minkälaisen merkityksen teksti saa. Tärkeää ei ole siis vain mitä sanotaan vaan myös, miten se sanotaan. Lukijan tekstin tulkitsemista ohjaa saman aikaisesti kulttuuri ja konteksti. Kontekstilla tarkoitetaan sitä, että lukijalla on tietyt odotukset potilasohjeelta ja sitä, että missä potilasohjeet luetaan. Kotona luettaessa on ihan erilainen tunnelma kuin sairaalassa ja voi näin ollen syntyä eri merkityksiä. Kulttuuri vaikuttaa, sillä on tärkeää, että tekijällä ja lukijalla on yhteinen kulttuuri, jotta syntyy yhteisymmärrys. Tulee siis puhua samaa kieltä (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 16-19).

Potilas saa kuvan omasta asemastaan suhteessa terveydenhuoltoon potilasohjeen kielellisillä valinnoilla sekä minkälainen asiajärjestys potilasohjeisiin on valittu (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 15).

10 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuden määritelmä vaihtelee, kun sitä tarkastellaan eri näkökulmista. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on oma määritelmänsä, jossa potilasturvallisuuden on katsottu kattavan eri terveydenhuollon organisaatioiden periaatteet sekä toiminnot. Potilasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa turvallinen hoito sekä potilaiden suojaus vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta taas potilasturvallisuus voi tarkoittaa,

että heille annettavasta hoidosta ei koidu heille henkilökohtaista haittaa. Potilasturvallisuuden piiriin katsotaan kuuluvan hoito- lääke ja laiteturvallisuus. Hoidon turvallisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan itsehoito menetelmien turvallisuutta ja niiden toteutumisen liittyvää turvallisuutta. Turvallisuus pyritään varmistamaan erilaisilla menettelytavoilla, jotka eivät ainoastaan saavuta haluttua hoitotulosta mutta myös vähentävät haavoittuvuutta poikkeamille. Kun tarkastellaan potilasturvallisuutta, on hyvä ottaa huomioon eri vaikuttavat osatekijät kuten potilaat, omaiset, asiakkaita ja ammattilaisia ympäröivä järjestelmä ja muistaa, että potilasturvallisuus syntyy eri osa-alueiden vuorovaikutuksesta (Helovuori & Kinnunen 2011, 13-14). Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on ollut saada potilasturvallisuus Suomessa korkealle tasolle, joka täyttää Euroopan kriteerit (Helovuori & Kinnunen 2011, 31). Vuonna 2008 WHO julkaisi yhteenvedon potilasturvallisuudesta, jossa arvioitiin hoidon haittojen yleisyyttä maailmalla. Yleisimpinä syinä nousivat ylös lääkehoidon haittavaikutukset ja sairaalaan otettujen potilaiden saamat infektiot. Potilasturvallisuutta heikensivät myös haittatapahtumat lääkintälaitteiden kanssa sekä kirurgia ja anestesia (Aaltonen & Rosenberg 2013, 13).

10.1 Potilasturvallisuuden vaikutus hoidon laatuun

Sosiaali- ja terveydenhuollossa potilasturvallisuus on tärkeä osa potilaan hoidon laatua ja näin ollen sen arviointia. Laadun voidaan määritellä olevan palvelujärjestelmän palvelun tai tuotteen kyvyn saavuttaa sille asetetut tavoitteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on palvelujen toteuttaminen tasa-arvoisesti koko maassa. Kuitenkin on havaittu, että monissa eri palveluissa esiintyy eroja.

1990-luvun laman jälkeen alettiin Suomessa keskustella laadusta kiivaammin ja vuonna 1995 julkaistiin ensimmäinen laadunhallintasuositus, jonka tarkoituksena oli vastata tulevan vuosisadan haasteisiin. Sen tarkoituksena oli asiakaslähtöisen toiminnan kehittäminen, kuvata miten laadunhallinnalla tuetaan hyvää palvelua sekä viedä laadunhallintaa eteenpäin ja saavuttaa sen päämäärät. Potilasturvallisuus voidaan kokea terveydenhoidon sekä sairaanhoidon laadun tukipilarina sekä oleellisena osana sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa.

Potilasturvallisuuden kehittäminen ja laatujärjestelmän hyödyntäminen ovat toisiaan täydentävät menetelmät. Niiden erona on, että laatutyö pyrkii jatkuvasti parempaan hoitotulokseen ja potilasturvallisuudella varmistetaan, että potilaalle tehtävä hoito toteutuu ilman poikkeamia, josta potilaalle koituu haittaa. (Helovuori & Kinnunen 2011, 15-16).

Suomessa on useita lakeja, joiden avulla edistetään potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) 8§ tuodaan esiin, että terveydenhuollossa toiminnan perustana on oltava vahva näyttö sekä hyvät hoito- ja toimintakäytännöt. Toiminnan terveydenhuollossa on oltava turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä laadultaan korkeaa. Terveydenhuollon yksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden toteuttamisesta. (Helovuori & Kinnunen 2011, 38).

10.2 Potilas osana potilasturvallisuutta

Potilasturvallisuutta tulee edistää potilaan ja ammattihenkilön näkökulmasta. Potilas on ainoa henkilö, joka on hoidon jokaisessa vaiheessa läsnä, joten hänen roolinsa on avainasemassa eikä tule unohtaa. Koska potilaille koituu suurin hyöty hoidosta, heidän osallistumisensa on perusteltua. Kuitenkin loppujen lopuksi vastuun potilasturvallisuudesta kantavat ammattihenkilöt. Potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta on tutkittu erilaisilla tutkimuksilla. Vuonna 2010 Euroopan komissio julkaisi eurobarometrin, joka selvitti potilasturvallisuutta. Tämän mukaan lähes puolet tutkimukseen osallistuneista pelkää, että heille voisi aiheutua haittaa terveydenhoidosta. Yli 25% tutkimukseen osallistuneista kertoi myös, että itsensä tai perheenjäsenensä kärsineen vahinkoa hoidon yhteydessä (Helovuori & Kinnunen 2011, 77).

Potilaille on aktiivinen rooli potilasturvallisuuden edistämässä. He voivat vaikuttaa ja osallistua hoidon valintapäätökseen. Jotta valittu hoito olisi oikea, olisi ammattihenkilön hyvä ymmärtää potilaan arvoja, mieltymyksiä ja uskomuksia. Useimmiten potilas on paras kertomaan itsestään. Huono kommunikaatio potilaiden ja ammattihenkilöiden välillä on monesti vaikuttanut virheen syntymiseen (Helovuori & Kinnunen 2011, 178-179).

10.3 Kommunikaatio ja vuorovaikutus potilasturvallisuudessa

Potilasturvallisuudessa tärkein työkalu on kommunikointi. Ilman kommunikointia tiimityöskentely ei onnistu. Tämän lisäksi melkein kaikki käytännöt, joiden tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sisältävät kommunikointia. Kommunikaatio erottaa useimmiten hyvän ja heikon tiimityöskentelyn toisistaan. Kommunikaation määrän on osoitettu eri tutkimuksissa korreloivan positiivisesti potilasturvallisuuteen. Suullinen tiedonvälitys lisää laatua ja luotettavuutta. Jos kommunikaatio vähenee tiimin kesken, yhtenä riskinä on, että yhteinen tilannekuva voi kadota, jos asiat eivät etene niin kuin suunniteltu. Toinen riski on, että harvemmin kysytään, jonka sijaan sitten olettaamaan. On helpompaa puhua ryhmässä, jossa ollaan puheliaita (Helovu & Kinnunen 2011, 189).

Viestinnän kannalta tulee itseltään kysyä mitä asioita tulisi viestiä ja miten niistä tulisi viestiä. Ensimmäisen kysymyksen kannalta, jos miettii, että asiasta voisi ehkä olla hyvä sana, niin kommunikoi tämän eteenpäin. Toisessa kysymyksessä selvennetään itse mieluisinta viestintätapaa.

Suullinen viestintä varsinkin on herkkä virheellisille tulkinnoille. Kun välitetään tietoa, joka vaikuttaa turvallisuuteen ei voida olettaa mitään vaan täytyy varmistaa, että viesti on mennyt perille. Turvallisuuteen vaikuttavan suullisen viestinnän yhteydessä puhutaan kaksisuuntaisesta viestinnästä (Helovu & Kinnunen 2011, 190).

Viestinnän ja vuorovaikutuksen kehittäminen on yhtä tärkeää kuin muutkin, edistettäessä potilasturvallisuutta. Esteitä viestinnässä tulee poistaa ja hyviä viestintäkäytänteitä tulee ottaa osaksi jokapäiväistä toimintaa hoidossa. Viestintä ongelmien taustalla vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: rakenteelliset tekijät, viestin sisällölliset tekijät, vastaanottajaan liittyvät tekijät. Vastaavat ongelmat voivat esiintyä myös kirjallisessa viestinnässä (Helovu & Kinnunen 2011, 191-192).

11 Potilasohjaus

Potilaalle on annettava tieto hänen terveydentilastaan, hänelle suoritettavan hoidon merkityksestä, eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksesta ja riskitekijöistä sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista (Laki potilaan asemasta 785/1992, 5§). Potilasohjauksen tarkoituksena on, että potilas ymmärtää kaiken tarvittavan hänen hoitoonsa liittyen ja näin kykenee tekemään oman informoidun päätöksensä omasta hoidostaan.

Jotta hoitohenkilökunta voivat edistää potilaan tietämystä ja terveyttä heidän tulee olla tietoisia heidän voimavaroistaan. Onnistunut ohjaus edellyttää ensimmäisenä hoitohenkilökunnalta oman käsityksen siitä mitä on ohjaus käsitteenä, miten ohjataan potilasta, miksi ohjataan ja millainen vastuu potilaalla omista valinnoistaan (Kääriäinen 2007, 25).

Ohjauksikäsitettä on käytetty paljon, mutta käytännön ilmiönä sitä on vaikea käsittää, koska siitä käytetään erilaisia käsitteitä eri tilanteissa. Tieteellisessä ja puhekielen käytössä termit ovat samoja ohjaukseen liittyen. Ohjausta käsitteenä katsotaan olevan synonyymi muihin käsitteisiin kuten mm. tiedon antamiseen, neuvontaan ja opetukseen. Ohjaus käsitteen sekava käyttö lisää vaikeutta tunnistaa ohjauksen rooli potilastyössä. Ohjaus liittyy hoitohenkilökunnan tai potilaan mielessä johonkin tilanteeseen, joka on havaittavissa. Hoitotieteestä puhuttaessa ohjaus käsitteenä selittää tieteellisen kiinnostuksen kohteena olevan hoitotyötä (Kääriäinen 2007, 27).

11.1 Hyvä potilasohjaus

Hyvä potilasohjaus lähtee käyntiin potilaasta ja hänen tiedon saannin tarpeista ja jatkuu potilaan esille tuomista tärkeistä asioista. Ohjaus, joka on potilaslähtöistä lisää potilaan tiedollisia valmiuksia, hoito-ohjeiden noudattamista ja tyytyväisyyttä hoitonsa kulkuun. Potilaslähtöinen ohjaus myös vähentää terveyspalvelujen käyttöä ja oireiden määrää. Potilasohjauksen tulee olla riittävä (Lipponen 2014, 18).

Potilasohjauksen tavoitteena on edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa omaa elämäänsä. Voimavaraistumisen avulla potilas motivoituu ja aktivoituu ja hänen

kokema hallinnan tunne kehittyy ja hänen mahdollisuutensa vaikuttaa omaan hoitoonsa myös lisääntyy. Potilasohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta vastuuta jatkuvasti kehittää ohjausvalmiuksiaan ja kehittää itseään. Vuorovaikutus on tärkeässä asemassa potilasohjauksessa (Lipponen 2014, 17). Potilaan ohjaus ja oppiminen on oikeus ja myös hoitohenkilökunnan velvollisuus.

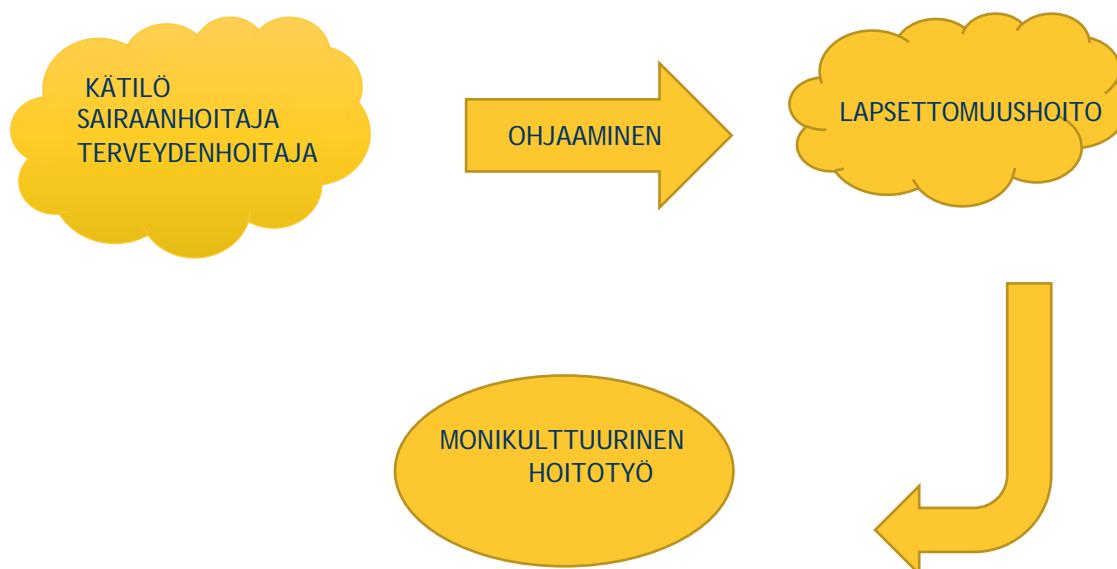
Kun puhutaan potilasohjauksessa hyvistä potilasohjausvalmiuksista, tällä tarkoitetaan nimenomaan hoitohenkilökunnan tietoja, taitoja ja ohjausmenetelmien hallintaa. Tärkeää potilasohjauksessa on hoitohenkilöstön ammattitaito eli, että ohjaava henkilö on ensinnäkin pätevä työhönsä. Hoitohenkilökunnan ammatillinen vastuu edellyttää ohjaus- ja vuorovaikutustaitoja ja tietoja ohjattavista asioista. Kouluttautumalla ja lukeamalla alan tutkimuksia voidaan jatkuvasti kehittää potilasohjausvalmiuksia. Tutkimusten mukaan henkilökunnan tietotaito taso on hyvää tai melko hyvää henkilökunnan itse arvioimina. Yleisimmät ohjausmenetelmät ovat suullinen ja kirjallinen. Tämän lisäksi on yksilö- tai ryhmäohjaus sekä demonstraatio, esimerkiksi jonkin laitteen käyttö ja audiovisuaalinen ohjaus. Suullinen ohjaus hallitaan ja se on käytössä yksilö- ja ryhmäohjauksissa. Kirjallinen ohjaus käytetään suullisen ohjauksen täydennyksenä edistämään hoidon turvallisuutta (Lipponen 2014, 19).

11.2 Kirjalliset potilasohjeet

Kirjalliset potilasohjeet ovat tärkeä ja yleisesti käytetty menetelmä tiedon välittämiseksi potilaille ja ovat yhä merkittävämpi osa hyvää hoitoa. Kirjallista ohjausmateriaalia tulee käyttää suullisen ohjauksen apuna, sillä kirjalliset ohjeet täydentävät ja vahvistavat suullisesti ohjattua asiaa. Potilaalta voidaan suullisesti tarkistaa, onko hän ymmärtänyt kirjallisesti saamansa ohjeet. Kirjallisten ohjeiden avulla potilas voi myöhemmin lukea ja tarkistaa omassa rauhassaan saamansa tiedon. Potilaat haluavat saada kirjallisia ohjeita ja arvostavat myös niitä. On kuitenkin tärkeää, että potilas ymmärtää ohjeet ja noudattaa niitä.

11.3 Potilasohjaus monikulttuurisessa hoitotyössä

Monikulttuuristen potilaiden tai asiakkaiden kohtaaminen on yleistynyt viime vuosikymmenen aikana. Hoitohenkilökunnalta tämä on vaatinut laajaa-osaamista ja valmiutta ohjata ja opettaa. Laajaan-osaamiseen kuuluvat tietäminen harvoin kohdattavista kulttuureista. Erilaisuuden hyväksyminen ja kohtaaminen on koettu haastavaksi. Erilaisuuden hyväksyminen helpottaisi potilaan ja hoitajan kohtaamista (Pietiläinen & Lehto 2006). Valmiuksiin kuuluvat tietämys erilaisista epidemioista, taudeista, verensirroista ja ympärileikkauksesta.



12 Opinnäytetyön menetelmä

Globalisoitumisen mukana Suomessa toimii tänä päivänä monikulttuurinen hoitotyö. Monikulttuurisuus merkityksenä tarkoittaa yhteiskunnan etnistä ja kulttuurista monimuotoisuutta ja yhdistymistä. Monikulttuurisen hoitotyön kulmakivenä on oppia kohtaamaan potilas tai asiakas. Professori Leiningerin tuottamassa auringonnousumallissa, käydään teoreettisesti läpi mitä kulttuurinen hoitotyö tarkoittaa monimuotoisuuden ja universaalisuuden pohjalta (Keituri 2005). Kulttuuriseen hoitotyöhön kuuluu kommunikation pelon voittaminen. Kohtaamisessa ohjaavan tulee luoda turvallinen ja luotet-

tava suhde ohjattavan kanssa (Väestöliito, 2016). Potilasohjausta ja tapaamisia ennakoidaan Suomessa hyvin. Ennakointiin kuuluu potilaan kielitaidon selvittäminen ja tulkin tilaaminen. Käytännöt ovat paikkakuntaakohtaiset, ellei hoitoa tehdä muualla.

Tulkin saamista ei voi aina varmistaa, jonka takia haluamme tehdä potilasohjeiden käännöksiä lisäksi pienimallisen käsité käännöskortin hoitohenkilökunnalle. Käännöskorttiin tulee yleisimmin käytetyt hoidolliset termit potilasohjauksessa. Käännöskorttiin tulevat sanat käännetään suomenkielestä, somalinkielelle. Käännöskorttiin valitut sanat ovat yhdessä valikoitu yksikön kanssa.

Käännöksiä tekeminen on vaatinut työnsä. Sanat olemme kääntäneet omilla kielen- taidoillamme ja suomi-somali sanakirjojen avulla. Potilasohjeiden kääntämisessä meidän päätavoitteenamme on ollut kääntää potilasohjeita, jotka täsmäävät kirjallisesti alkuperäisten ohjeiden kanssa. Somalian kieli on iältään nuori ja joidenkin sanojen kohdalla emme voineet kääntää sanasta sanaan vaan jouduimme selittämään sanojen merkitystä. Tämä on vaatinut meiltä jatkuvaa rajausta. Tavoitteena on ollut kääntää saman verran takaisin. Kääntämisessä olemme käyttäneet myös ruotsi-somali käännöskirjaa, joka on ollut tuorein pohjoismainen käännöskirja.

Käännökset ovat kertaalleen lukeneet somalinkieliset terveydenhuollon ammattilaiset, joihin kuuluvat lääkäri, terveydenhoitaja ja lähihoitaja. Olemme lähettäneet myös käännetyt potilasohjeet hoitotyön opiskelija kollegoille. Olemme sähköisesti pyytäneet kollegoilta takaisin myös rakentava mielipidettä. Sähköisesti kysimme myös, sitä että kokivatko he käännökset ja käännöskortin hyödylliseksi.

Teimme käännökset ensin potilasohjeille. Aloitimme lyhyimmästä potilasohjeesta, josta jatkoimme pisimpään. Käännöksiä tehdessämme esiin tuli kuinka käännöstyötä tehdessä tulee miettiä sanajärjestystä. Tekstiä ei voi kääntää suoraan, vaan tulee miettiä, kuinka se olisi somalinkielellä luontevaa, jotta tekstin viesti menisi perille lukijalle. Ongelmia tuotti myös sanojen valitseminen. Esimerkiksi kohdulle löytyy somalinkielestä kaksi eri sanaa. Kun näytimme käännöksemme terveydenhuollon ammattilaisille, he toivat omat kehittämissähdotuksensa esille ja näiden avulla saimme muotoiltua käännöksemme lopullisiin muotoihinsa.

12.1 Potilasohjeet osana terveystiedotusta.

Terveystiedotuksen piiriin voidaan katsoa kuuluvan terveyden, terveydenhuoltoon, sairauteen ja lääketieteeseen liittyvää tiedotusta. Tähän kuuluu myös potilasohjeet (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 22). Terveystiedotuksen määrä on lisääntynyt vuosittain ja sitä näkee esimerkiksi melkein kaikissa yleisissä medioissa. Terveystiedotuksen saaman julkisuuden koetaan terveydenhuollossa olevan ristiriitaista. Median sijasta terveydenhuollon tulee keskittyä omaan tiedotustensa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 9). Tiedotettaessa tulee pohtia sen vaikutusta, keneen se vaikuttaa, mihin se vaikuttaa ja millä tasolla sen vaikutus kohdistuu ja näkyy (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 19).

Kirjalliset potilasohjeet ovat enemmän kuin pelkkää tiedonsiirtoa potilaille. Potilasohjeista löytyy neuvonnan ja hoitoon liittyvän tärkeän tiedon lisäksi käsityksiä sairaudesta ja terveydestä. Potilasohjeiden sisältöä ei ole eritelty paljoa missään ja käsitys siitä, että ne ovat vain tiedonvälittäjiä on yleistä. Tämä on valitettava asia, sillä se sivuttaa sen, kuinka potilasohjeet voivat vaikuttaa ja vaikuttavat potilaaseen (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 11). Kirjalliset potilasohjeet yleistyivät monesta syystä. Potilaat halusivat tietää lisää omasta hoidostaan, potilaat yhä enemmän ovat mukana hoidossa, ja myös lyhentyneet hoitoajat ovat vaikuttaneet potilasohjeiden nousuun (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7). Potilaat ovat tuoneet esille sen, että he itse kokevat tiedonsaannin niukaksi. Kirjalliset potilasohjeet koetaan täydennyksenä vastaanotolla annettavan ohjaukseen. Potilasohjeet ovat yksi esimerkki potilaiden ja ammattilaisten muuttuvasta suhteesta. Potilas on yhä enemmän itsenäisempi ja omatoimisempi (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 8).

13 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on ollut tehdä lisääntymislääketieteen yksikölle suomalaiset potilasohjeiden käännökset. Käänsimme kolme yksikön valitsemaa potilasohjetta. Yksikkö valitsi ne potilasohjeet, jotka he kokivat olevan hyödyllisimpiä käänn-

nettynä myös somalinkielelle. Teimme myös käännöskortin, johon on käännetty yksikössä yleisimmät käytetyt sanat potilasohjauksessa. Yksikkö valitsi kahdeksan käsitettä ja me lisäsimme siihen kolme käsitettä, jolloin yhteensä saimme käännettyä 11 käsitettä. Käsitekortissa on vasemmalla suomeksi avattu käsite ja oikealla somalinkielinen käänнос käsitteestä. Tarkoituksenamme on myös ollut opinnäytetyömme kirjallisessa osiossa tuottaa kattava tietoperusta meidän käännoksiemme ympärille. Opinnäytetyön aiheen aineiston rajaaminen on osoittautunut hankalaksi, mutta loppujen lopuksi saimme haluamamme tiedon opinnäytetyöhömmme.

Opinnäytetyömme tavoitteet ovat moninaiset ja toisiinsa sidoksissa olevia. Ensisijaisesti halusimme lisätä potilasturvallisuutta somalinkielisten potilaiden kohdalla. Kieli-muuri tuottaa vaikeuksia ja hedelmättömyyshoidot ovat erittäin tarkkoja. Esimerkiksi aikataulussa pysyminen on hyvin tärkeää. Tämän takia on hyvä, että potilas varmasti ymmärtää saamansa tiedon. Potilailla on oikeus mahdollisimman turvalliseen hoitoon ja tämä myös suojaa ammattilaisia.

Potilasohjauksen täydentäminen on ollut myös tavoitteenamme. Suullinen ohjaus toteutuu vastaanotoilla tulkin avulla, mutta kirjalliset ohjeet ovat puutteelliset. Kirjallinen potilasohjaus on osa kokonaisuutta ja tämän tarkoituksena on täydentää suullista potilasohjausta. Tavoitteenamme on ollut lisätä ammattilaisten kommunikointia erikielisten potilaiden kanssa ja tuoda varmuutta heidän vuorovaikutukseensa. Tekemiemme käännosten avulla hoitohenkilökunnalla on lisää varmuutta siitä, että potilaat ovat ymmärtäneet heidän antamat ohjeet.

14 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön tavoitteena on ollut meidän ja tulevien lukijoiden perehtyä lapsettomuushoitoon, sekä erikielisten potilaiden hoitoperiaatteisiin Manner-Suomessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda potilasturvallisuutta varten työvälineitä ammattilaisen ja erikielisen potilaiden välille. Opinnäytetyön toteuttaminen on vaatinut tekijöiltä

työelämäkumppanin välistä virallisen sopimuksen teettämistä. Sopimus on Laurea-ammattikorkeakoulun laatima kirjallinen kaavake. Ennen opinnäytetyön aloittamista opiskelijoiden on tullut käytyä pakollinen opintojakso, jonka sisältö tukee tiedonhakuja ja analysointia. Opinnäytetyön ohella Laurean-ammattikorkeakoulu tarjoaa opiskelijoilleen ja opinnäytetyötekijöilleen tiedonhakuja ja kirjoittamista varten työpajoja. Tiedonhaku ja teorian analysointi toimivat opinnäytetyön keskiöinä (Saatamoinen 2017). Opinnäytetyön toteuttamisessa on noudatettu Laurea-ammattikorkeakoulun asettamia säädöksiä

Opinnäytetyö toteutui suuremmaksi osaksi kirjallisuuskatsauksena, mutta tuettaaksemme terveyden edistämistä erikoissairaanhoidossa lisäsimme opinnäytetyöhön työkaluja potilasohjasta varten. Opinnäytetyön tavoitteena on myös tukea hoitohenkilökunnan kommunikaatiota vieraskielisten asiakkaidensa kanssa. Koemme että opinnäytetyön ydintavoite on opettaa opiskelijoita kirjoittamaan tieteellisesti, oppia tutkimaan kirjallisuutta ja oppia käyttämään hyviä ja luotettavia lähteitä. Lähdekriittisyys on kasvattava tekijä ja suuri osa laadullisesta kirjallisesta tuotannosta perustuu siihen (Hyytiäinen & Tähtinen 2008). Teoksen tekeminen vaatii luotettavaa lähdepohjaa. Tiedonjakaminen pitää olla oleellinen ja pitävä. Kirjallisuuskatsausta varten olemme käyttäneet narratiivisia ja systemaattisia kirjallisuuspiirteitä.

Käännöksiä tehdessä halusimme tuottaa potilasohjeita, jotka eettisesti toimivat hyödyllisinä hoitohenkilökunnalle sekä potilaille. Käännöksiä tuotannossa käytetään vain somalinkieltä. Työmme luotettavuutta lisää se, että olemme itse somalitaustaisia ja somalinkielisiä. Työmme luotettavuutta lisää se, että olemme itse somalitaustaisia ja somalinkielisiä. Työmme luotettavuutta lisää se, että olemme itse somalitaustaisia ja somalinkielisiä. Työmme luotettavuutta lisää se, että olemme itse somalitaustaisia ja somalinkielisiä. Työmme luotettavuutta lisää se, että olemme itse somalitaustaisia ja somalinkielisiä.

14.1 Johtopäätökset

1. Potilasohjaus on osa potilasturvallisuutta

2. Lapsettomuushoidossa olevien potilaiden psyykkistä vointia tulisi huomioida enemmän

3. Monikulttuurinen potilasohjaus tukee ammattilaisen kehittymistä

4. Lapsettomuushoito, sekä potilasohjaus ovat jatkuvassa kehityksessä

15 Tuotetut käännökset

Liite 1

Ensimmäinen käännetty potilasohje käsittelee munanjohtimien aukiolotutkimusta (HSSG). Potilasohjeessa valmistellaan potilasta tutkimusta varten. Ohjeessa kuvastetaan tutkimuksen kulkua ja tutkimuksen jälkeistä ohjetta.

Liite 2

Seuraavassa käännettyssä potilasohjeessa käsitellään Letrozol nimistä lääkettä. Lääke on tarkoitettu munarakkulan kypsyttämiseen. Potilasohjeissa kerrotaan tarkasti, miten lääkettä tulee käyttää, mitä sen aikana tulee seurata ja tehdä.

Liite 3

Käännettynä on toimenpiteen jälkeinen kotiohje. Potilasohjeessa on sekä munasolupunktion jälkeinen kotihoito-ohje, että alkionsiirtoon valmistautuminen ja sen jälkeinen kotihoito-ohje. Kotiohjeissa käsitellään tärkeitä asioita kuten potilaan kääntymistä päivystykseen virka-aikojen jälkeen voinnin mahdollisesti huonontuessa. Potilasohje sisältää tärkeitä yhteistietoja ja ohjeita liittyen toimenpiteen jälkeiseen hoitoon.

Liite 4

Liitteessä on kaksipuoleinen käänköskortti, joka sisältää yksitoista käännettyä käsitettä. Käsitteet ovat yksikössä yleisimmin käytetyt käsitteet. Vasemmalla on suomenkielinen selitys käsitteelle ja oikealla on somalinkielelle tehty käänkö.

15.1 Itsearviointi

Opinnäytetyön tekeminen on ollut hyvin kasvattava tekijä. Projekti on yhtäjaksoisesti kestänyt 6 kuukautta. Prosessin yhteydessä olemme kehittyneet opiskelijoina, sillä vaatimukset suorittamiseen on vaatinut meiltä laadullista työpanosta. Koimme haasteita eniten teorian rajauksessa. Teoriaa koskien lapsettomuushoidosta on ollut runsaasti tietoa saatavilla eri tietokannoissa ja kirjallisuudessa. Hyvä teoriapohjan luominen on vaatinut meiltä paljon lukemista. Haasteita kohtasimme myös kääntämisessä, koska somalinkielessä ei aina välttämättä ole ollut vastaavia sanoja, jotka löytyvät suomenkielestä. Tämän sijaan olemme esimerkiksi selittäneet lausemuodoissa vastaavat sanat. Halusimme loppuun asti tehdä itse käänköset ja käsite käänköskortin. Valmiit työt esitimme lähihoitajalle, terveydenhoitajalle ja lääkärille. Saimme positiivisista palautetta käänköksien tarkastajilta. Tekijöinä tämä vaikutti meihin todella positiivisesti. Tämä oli myös vahvistus sille, että työmme on tuottanut tuloksensa.

Ennen projektin aloittamista olimme jo hyvin kiinnostuneita lapsettomuushoidosta, äitiydestä ja maahanmuuttajien terveyden edistämisestä. Projektin edetessä kiinnostuksemme kasvoi ja työtä oli todella mukavaa toteuttaa. Haluamme kiittää kaikkia, jotka

tukivat meitä kirjoittamisen ja kääntämisen ohella. Suurkiitokset vielä käännöksiens tarkastajille, jotka tsemppasivat meitä loppuun asti. Olemme hyvin tyytyväisiä työhömmemme ja opinnäytetyöhömmemme kokonaisuudessaan.

16 Pohdinta

Pohdinnan avulla voimme viestittää kokonaiskuvana aatteistamme ja kuvastaa polkumme, joka saavutti tämän opinnäytetyön. Opinnäytetyön tekeminen on ollut suurena kypsyyden tenttauksena. Olemme lähteneet työstämään opinnäytetyötämme työvälineillä, jotka ovat kertyneet mukaamme opiskeluaikojen varrella. Opinnäytetyön tarkoituksena korkeakouluopiskelijalle on haastaa itseään tulevana ammattilaisena. Tarkoituksena on myös oppia kehittämään ja tuottamaan. Opinnäytetyömme tarkoituksena on ollut luoda työvälineet lisääntymislääketieteen hoitohenkilökunnalla. Olemme itse eri harjoitteluissa huomanneet, kuinka kielimuuri tulee esiin ja vaikeuttaa potilaiden hoitoa. Tämän takia aihe oli meille tärkeä ja mielenkiintoinen. Kirjallisen osion avulla halusimme tuoda esiin ja palauttaa tulevien lukijoiden mieleen laadullisen potilasohjauksen merkitystä, potilasturvallisuutta sekä tehdä kattava tietopaketti hedelmöityshoidosta ja sen eri osa-alueista. Opinnäytetyössä on toiminnallisesti luotu potilasohjausta varten käsite käännöskortti, sisältäen yksitoista yleisimmin käytettyä hoitotermiä lisääntymislääketieteen yksikössä. Olemme kääntäneet kolme suomenkielistä potilasohjetta somalinkielelle. Opinnäytetyön tekeminen on tuntunut luonnolliselta ja emme ole työparina kokenut kertaakaan tunnetiloja, jotka olisivat johtaneet luovuttamiseen. Olemme vaatineet toisiltamme kärsivällisyyttä, etenkin kääntämisessä ja teorian rajauksessa. Kirjallisuuskatsauksessa olemme joutuneet rajoittamaan teoriaa. Rajoituksessa poimimme opinnäytetyöhömmemme tutkimuksia ja artikkeleita, jotka koimme olevan olennaisia ja ajankohtaisia. Otimme myös, mukaan vanhempia tutkimuksia, koska arvoltaan tutkimuksien sisällöt toivat enemmän merkitystä ja kuvasivat auki syy-seuraus suhteita.

Potilasohjeiden kääntämisessä pohdimme jatkuvasti sanajärjestystä ja lausemuotoja eettisyyden ja luotettavuuden takia. Tärkeintä meille on ollut, että tulevat potilaat ymmärtävät potilasohjeiden olevan osaa heidän hoitoaan. Ensisijainen tavoite kääntämiselle on ollut tuottaa helppolukuisia potilasohjeita. Jokaisella on oikeus ymmärtää heitä koskevia asioita. Opinnäytetyötä tehdessä halusimme tulevina ammattilaisina ymmärtää lapsettomuushoitoa kokonaisuutena ja siihen vaikuttavat psyykkisesti sekä fyysiset tekijät.

Opinnäytetyön tarkoitus on saavutettu. Olemme toiminnallisesti toteuttaneet potilasohjeiden käännökset ja käännöskortin luomisen. Olemme myös saaneet koottua teoriapohjan aiheeseemme. Opinnäytetyöllemme asettamamme tavoitteet ovat täyttyneet. Tekemämme käännökset tulevat parantamaan yksikön potilasturvallisuutta sekä parantamaan potilasohjausta vastaanotoilla.

Opinnäytetyön haasteena ovat olleet myös, somalinkielen hoitosanaston löytäminen. Koemme, että olemme tehneet työparina hyvää työtä, josta olemme molemmat keränneet itsellemme vahvuuksia mukaan tulevaa varten. Kokemukseltaan opinnäytetyö kasvattaa ja tukee opiskelijan ammatillista kehittymistä. Opinnäytetyön aikana olemme molemmat kehittyneet tiedon ja lähteiden hakemisessa. Haastoimme itseämme jatkamaan samassa aiheessa, vaikka alkuperäinen toiminnallinen suunnitelma muuttui ohjausvideosta, kääntämiseen ja käsite käännöskortin tekemiseen. Saimme seitsemältä henkilöltä rakentavaa mielipidettä. Rakentavissa mielipiteissä ihailtiin aiheen tärkeyttä, joka on ollut tabuna hyvin pitkään somalialaisessa kulttuurissa. Saanehdotuksia ja lausemuutoksia on otettu myös huomioon käännöksissä. Ymmärsimme myös, kuinka tärkeää on, että valittu opinnäytetyö aihe on itselleen mieluinen. Olemme tyytyväisiä valitsemaamme aiheeseen ja myös siihen, että työllämme on heti käyttöä.

16.1 Jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyölle aiheen löytäminen on hankalaa ajoittain. Aiheen tulee olla kiinnostava tekijöille, jotta he voisivat hyötyä enemmän tuotannostaan tulevaisuudessa. Lapsettomuus, raskaus ja vanhemmuus ovat aiheina jatkuvan innovaation ja tutkimuksien alaisina. Jatkossa voitaisiin kehittää lisää oppaita terveyden edistämistä varten, esimerkiksi hyvinvoinnin ylläpitämisestä synnytyksen jälkeen, voimavarojen säilyttämisestä lapsettomuushoidon aikana ja lapsettomuushoidossa olevien potilaiden psyykkisen voinnin seuraamisesta.

Aihe ehdotuksia

1. Lapsettomuushoidossa olevien potilaiden psyykkisen voinnin seuranta.
2. Opasvideo lapsettomuushoitoon tuleville potilaille.
3. Opasvideo lapsettomuushoidon polusta.
4. Monikulttuurisenhoitotyön ohjaaminen lapsettomuushoidossa.

Kiitokset lehtoreille ja työharjoitteluohjaajille, jotka ovat tukeneet ammatillista kasvua viimeisien vuosien aikana. Olemme kiitollisia opetusmahdollisuudesta, jonka Laurea-ammattikorkeakoulu on tarjonnut meille ja muille tuhansille tuleville ammattilaisille.

Lähteet

Aaltonen, L & Rosenberg, P. 2013. potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki. Duodecim.

Adam, S.M. 1999. New student dictionary English-Somali. London

Banks, S. 2017. How to get through infertility with your sanity in tact. Medium corporation. Viitattu: <https://medium.com/thrive-global/how-to-get-through-infertility-with-your-sanity-in-tact-22053a3e4991> <https://medium.com/thrive-global/how-to-get-through-infertility-with-your-sanity-in-tact-22053a3e4991> .

Barned, C. 2007. The Somali Youth league, Ethiopian Somalis and the Greater Somali Idea. London. Viitattu: 7.4.2019. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17531050701452564#aHR0cHM6Ly93d3cudGFu-ZGZvbmxpbmUuY29tL2RvaS9wZGYvMTAuMTA4MC8xNzUz-MTA1MDcwMTQ1MjU2ND9uZWVkQWNjZXNzPXRydWVAQEAW>

Elmi, A. 2013. Suomi somali sanakirja. Helsinki.

Eskola. K & Hytönen. E Nainen hoitotyön asiakkaana, 2002: WSOY Helsinki

Finlex. 2006. Laki hedelmöityshoidosta. 10§ Asiakirja hoitoa saavan suostumuksesta. (22.12.2006/ 1237). Viitattu 28.01.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237#L2P10>

Finlex. 2006. Laki hedelmöityshoidosta 24§ (20.4.2018/254) Lupa. Viitattu 28.01.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237 - L5P24>

Finlex. 2001. Laki ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä. 6§ (11.5.2007/547) Yleiset edellytykset ja rajoitukset. Viitattu 1.2.2019: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101 - L3P6>.

Finlex. 2001. Laki ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä. 7§ (11.5.2007/547) Potilaan suostumus ja muut talteen otton edellytykset. Viitattu 1.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101#L3P7>

Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 5§ (17.8.1992/ 785). Viitattu: 10.2.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Viitattu: 1.3.2019 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559#Pidp445831840>

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti.

Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu: <https://www.duodecim-lehti.fi/duo95167>.

Hyytiäinen, N & Tähtinen, J. 2008. Historian tutkimus ja lähteet. Viitattu 21.4.2019. <http://www.enorssi.fi/enorssi-verkosto/virmo/virmo-1/kashisnet/kasvatuksen-historian-tutkimus/kasvatuksen-historian-tutkimus-ja-lahdekysymys>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Viitattu: 9.2.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Leininger, M. 1978. Culture care diversity and universality. Viitattu: 1.4.2019 <https://nursingtheories.weebly.com/madeleine-m-leininger.html>.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 236. Viitattu:12.2.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla, Väestöliiton väestötutkimus. Helsinki.

Montin, L. 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Turun yliopisto.

Mubarak Y., Nilsson, E & Saxen N. 2015. Suomen somalit Helsinki: into

Naistalo. Lapsettomuustutkimukset. Viitattu 1.3.2019

<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/lapsettomuustutkimukset>

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto. 2006. Kätilötyö. Tampere. Edita.

Pruuki, H., Tiihonen, R, & Tuominen, M. 2015. Toisenlainen tie, tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Helsinki. Kirjapaja.

Rutanen, E. 2002. Hedelmöityshoitojen kehitys ja lainsäädäntö. Viitattu 14.1.2019.

<https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92826.pdf>

Saastamoinen, M. 2017. Tiedonhaku aidoissa työtehtävissä: Kenttätutkimus tehtävätyypin ja monimutkaisuuden vaikutuksesta. Tampereen yliopisto. Viitattu 21.4.2019.

<https://journal.fi/inf/article/view/63193>

Shenoy, R. 2010. Woman challenges age-old notions about infertility. Viitattu: 27.3.2019

<https://www.mprnews.org/story/2010/12/23/somali-culture-infertility>

The history of IVF- the milestones. 2008. IVF Worldwide. Viitattu 5.1.2019. <https://ivf-worldwide.com/ivf-history.html>.

Tilastokeskus. Väestörakenne 2017. Viitattu 3.1.2019

https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Tiilikainen, M. 2003. Arjen islamissa. Somalinaisten elämä Suomessa. Vastapaino Tampere.

Tiitinen, A., Hovatta, O., Kujansuu, E., Gissler, M & Koskimies A. 1998. Hedelmöityshoidot Suomessa. Viitattu 13.1.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/1998/21/duo80465>

Tiitinen, A. 2018. lapsettomuushoito, viitattu 3.1.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732

Torkkola, S., Heikkinen, H & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tulppala, M. 2007. Teoksessa Suikkari. AM & Mäkinen. S. Kun vauva viipyy, lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: väestöliitto, 1-10.

Suomen Lääkäriliitto.2012. Lapsettomuuden hoito. Viitattu 6.1.2019. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-alku-ja-raskausaika/lapsettomuuden-hoito>

Söderström-Anttila, V. 2014. Hedelmöityshoitoa Kaikille. Potilaan lääkrilehti. Viitattu 30.1.2019. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/hedelmoityshoitoa-kaikille/>

Vuokko, M & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkrilehti. Viitattu: 16.2.2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/hyva-potilasohje-on-osa-toipumista-10975/>

Ylikorkala, O & Tapanainen, J (toim). 2011. Naistentaudit ja synnytykset, Kustannus oy Duodecim.

Liitteet

Liite 1. Munatorvien aukiolotutkimus (HSSG)



Potilasohje
04/2019
Naistenklinikka,
Lisääntymislääketieteen yksikkö

BAARITAANKA DHUUMAHA UGXAANTA (HSSG)

Hysterosonosalpingografia (HSSG) waa baaritaan lugu baaro dhuumaha ugxaanta. Baaritaanka hawlgalkiisa waxaa luguu isticmaala contrast agent oo ah maado kordhiso muuqaalka gudaha oo loo isticmaalo sawirada raajoynka iwm. Ujeedada baaritaanka oo ah in lugu ogaado hadey dhuumaha ugxaanta furanyihiin. Baaritaanka kohor hadaa loo baahnaado waxaa la baaraa hormooniyada iyo papa oo ah kansarka afka minka, infekshanka iyo shahwada ninka. Hadey baaritaanyada caadi noqdaan, waxaa la fiirinaa dhuumaha ugxaanta soomarto iney furanyihiin.

- ❖ **Markey caadada ku bilaabmato, waqti baaritaan u qabso siduu baaritaanka u dhaco markey caadada bilowkeegada ka soo wareegsamto 5 ilaa iyo 10 cisho.**

Baaritaanka wuxuu kuu keeni kara xanuun yar. Taasna waxaad uu qaadan kartaa **daawada xanuunka** tusaalo ahaan Burana 400-800mg, **30 daqiiqo illaa iyo 1 saac baaritaanka kohor**. Baaritaanka kateetarka lugu isticmaalo waxaa lugu shubaa biyo cusbeysen iyo hawo oo xumbo noqoneyso. Isla mar ahaantana ultrasoundka waxaa loogala socdaa maritaanka xumbada oo lugu talagaley iney marta dhuumaha ugxaanta. Baaritaankana intuuna dhaamanin waxaa la fiiriyaa minka dhismihiisa. Hawlkalga qayaastiisa wuxuu qaadaneyaa 20 daqiiqo. Waqti kuugu filan baaritaanka u qabso si aad ugu nasato qaybta baaritaanka hadii loo baahdo hawlkalga ka dib. Hawlkalga ka dib waxaa kaa iman karo wax caado la mid ah dhowr maalmood iyo xanuun aad ka dareemi karti garbaha.

Booqasho oo lagac ah ayaa sidoo kale loo qabaneyaa ninka oo lugu qorsheynaayo daryeelka ku saleysan jawaabaha baaritaanka HSSG. Fadlan soo qaata aqoonsigiina.

Waqti qabashada iyo talobixinta qeybta daaweynta taranka:

Maalmoyinka shaqada saacadaha uu dhaxeeyso 8-10

tel: 09-471 72882

Liite 2. Letrozol lääkehoito-ohje



Potilasohje
04/2019
Naistenklinikka,
Lisäntymislääketieteen yksikkö

DAAWEYNTA KUGU XIGTO OO AH LETROZOL

Daaweynta waxaa lugu aadin karaa hadii loo baahdo shahwada

Markey caadada kuu bilaabmato

- ❖ **Soo waco oo balan qabso waxaadna sheegtaa maalinta ay caadada kuu bilaabmatey. Balan waxaad qabsan kartaa maalmaha shaqada, saacadaha uu dhaxeyso 8 illaa iyo 10 subaxnimo. Tel. 09-47172882**

Waqti ayaa luguugu balamineyaa baaritaanka ultrasound, markey wareega caadada kuu mareyso maalmaha uu dhaxeyaan 10-12.

Letrozol® waa daawo oo loo isticmaalo bislaynta ugxaanta. Daaweynta waxaa la isticmaala hadii la ogaado in ay ugxaan samaynta ku hagaagin ama haday ku hayso dhalmo la'aan oo la garaneynin. Ujeedada daaweynta oo ah in lugu bisleeyo 1 ama 2 ugxaan oo lugu aadiyo galmu ama shahwada.

Marka ugu horeyso baaritaanka caaloshu waxaa badanaa la sameeyaa wareega caadada markey mareyso maalmaha uu dhaxeyso 10-12. Marmar waxaa bislaado hal ama labo ugxaan ka badan sidaas daraadeeda daaweynta waa la joojiyaa sababtoo ah, daawada oo keeni karta uurjiifyo badan. Daawada isticmaalkeeda marka la joojiyo galmada waa mamnuuc hal isbuuc.

Daawada waxaa lugu bilaabaa caadi ahaanteeda 2,5mg oh ah 1 kaniini maaliintii, markey wareega mareyso maalmaha uu dhaxeyso 3-7. Hadey ugxaanta bislaanin daawada waxaa loo kordhiyaa si tartiib ah, ugu badnaanna waxaa loo kordhinaaya 3 kaniini maaliintii.

Hormoonka dumarka ee progesteron ah ayaa dhiiga laga qaadeyaa, caadada wareega dhamaadkiisa si loo hubiyo ugxaan sameynta in uu la socdo wareega oo lamid ah baaritaanka caaloshu oo ah ultrasound. Hadey ugxaan sameynta kuu haagagdo daaweynta waxaa la isticmaalikaraa 4 illaa 6 bilood.

Liite 3 Munasolupunktin jälkeinen kotihoito-ohje



Potilasohje
04/2019
Naistenklinikka,
Lisääntymislääketieteen yksikkö

DARYEELKA TILMAAMAHA QURIGA HAWLGALKA KA DIB

Hawlgalka ka dib, guriga waxaad aadi kartaa adigoo ku raacaayo qof masuul ah, markey kuu dhamaato dhowrka saac ee caafimaad la'socoshada. Hadey shuurudaha guri nogoshada buuxsamaan iyo caafimaadkaagu fiicanyahay.

Maalinta hawlgalka waa in laga fogaadaa isticmaalka qamrada iyo daawoyinka daganaashada. Wadista baaburka waa mamnuuc sababtoo ah maalinta hawlgalka waxaa la isticmaalaa daawoyinka xanuunka iyo daawoyinka daganaanshaha.

Hawlgalka kadib waxaa kaa imaan karo wax caado la mid ah waqti gaaraayo hal isbuuc. Waqtigaan waa in laga fogaado galmada, qubeyska bargada, dabaasha iyo isticmaalka suufka tamboonka, sababtoo ah waxay keeni karaan infekshan. Hawlgalka ka dib haduu kuugu dhaco calool xanuun, waxaad xanuunka u isticmaali kartaa daawada paracetamol (Sida. Panadol®).

Haduu xanuunka xoogeysto ama caadada sii badato waxaad la soo xiriirtaa waqtiyada shaqada qeybta daaweynta dhalmo la'aanta. Waqtiyada kalena waxaad la xiriiri kartaa isbitaalka Naistenklinikka (rugta caafimaadka haweenka) qeybta gargaarka degdega ah.

Hadii ugxaanta bacriminteeda dhibaato kala kulano waan kula soo xiriireynaa. Maalinta wareejinta embriyaha wuu is badali karaa, fadlan hubi inaad lugu soo xiriirin karo xili walba.

Waqtiyada lugu qabtey wareejinta embriyaha ___/___ saacada _____.

Waxaad iska soo wargelisaa mashiinka iskuqorka 15 daqiiqo hawlgalka kohor. Hawlgalka kohor waa lugu oogal yahay inaad cunteysid iyo inaad wax cabtid. Ka fagow waxyaaba carfo maalinta hawlgalka.

Hawlgalka dardeed waa inaad soo kaadinin laba saacadood hawlgalka kohor. Guriga waxaad aadi kartaa hawlgalka ka dib.

Daawada hoormoonka oo ah progesteron eey ka mid yahiiin Lugesteron iyo Crinone oo ah kapsalka hoosta ama Lutinus oo ah gel hoosta la mariyo waxaa la bilaabaa markey **3 maalin ka soo wareegto hawlkalga uruurrinta ugxaamaha**. Daawada progesteron waxay socotaa 12 cisho.

Imtixaanka uurka waxaa lugu sameeyn karaa guriga markey wareejinta embriyaha ka soo wareegsanto labo isbuuc. Farmashiyaha waxaad ka soo iibsankartaa imtixaanada uurka ay ka mid yahiiin Clearblue ama RFSU.

Kala xiriirinta

Kalakaalisoinka IVF	050-4272530
Waqtiyada 10-11.30	09-47173663
qeybta gargaarka degdeg ah	09-47172913

Liite 4. Käsitteiden käänköskortti

<p>Ovulaatio</p> <p>Ovulaatiossa valmis munarakkula puhkeaa ja siitä seuraa munasolun irtoaminen munasarjasta. Ovulaatio tapahtuu yleensä kuukautiskierron puolivälissä. Ovulaatio on kuukautiskierron hedelmällisin ajankohta eli mahdollisuus tulla raskaaksi on tuolloin suurin. Munasolun elinikä on 24 tuntia, mutta siittiöt ovat toimintakykyisiä jopa 5 päivää. Hedelmällisyysjakson pituus on noin yhteensä kuusi päivää ottaen huomioon munasolun ja siittiöiden eliniän.</p>	<p>Ugxaan samayn</p> <p>Ugxaan samaynta markay diyaar tahay waxaa dhacdo ugxaanta kiishu ku jirto in ay baqdo markaasna ugxaanta in ay ka soo baxdo ugxaan sidaha. Ugxaan samaynta waxay dhacdaa inta badan wareega caadada dhaxbarkiisa. Ugxaan samaynta waxay tahay caadada wareegeeda waqtiga ugu barwaaqaysan, fursada oo uur lugu yeelan karo markaas ay ugu wayntahayna. Ugxaanta waxay nooshahay 24 sac laakiin manida waxay shaqayn karaan illaa iyo 5 maalmood. Maalmaaha barwaaqaysan waaxay yihiin lix maalmood marka aad tixgellsid ugxaanta iyo manida maalmaaha ay nololyihiin.</p>
<p>Ovulaatiotestaus</p> <p>Ovulaatiotestillä selvitetään, onko munarakkula kypsytynyt. Ovulaatiotesti tehdään ottamalla näyte virtsasta. Testi tulee toistaa muutaman päivän ajan kuukautiskierron puolivälissä.</p>	<p>Imtixaanka ugxaan samaynta.</p> <p>Imtixaanka ugxaan samaynta waaxa lugu ogaanaayaa hadey ugxaanta bisiltahay. Imtixaanka daraadis kaadida sambal ayaa laga qaadaa. Imtixaanka waxaa waaye in lugu celiyo dowhr maalmood caaadada wareegiisa murkuu dhaxbarkiisa maraayo.</p>
<p>Kuukautiskierron pituus</p> <p>Kuukautiskierron normaali pituus on 23–35 vrk. Kierron pituus lasketaan vuodon alkupäivästä seuraavan vuodon alkuun. Useimmilla naisilla kuukautiskierron pituus voi vaihdella useammalla päivällä kierrosta toiseen.</p>	<p>Dhererka waarega caadada</p> <p>Wareega caadada waxey uu dhaxeesaa 23-35 maalmood. Wareega waxaa laga xisaabiya caadada maalinta ay bilaabmato illaa iyo marka ay caadada dib u bilaabmato. Dumarka intooda badan wareega caadada dhererkiisa wey kala duwanaan karaan wareegiiba.</p>
<p>Inseminaatio</p> <p>Inseminaatio tarkoittaa siittiöiden ruiskutusta kohtuonteloon. Inseminaatio pyritään ajoittamaan ovulaation. Itse toimenpide kestää vain muutaman minuutin eikä vaadi seurantaa.</p>	<p>Shahwada</p> <p>Shahwada waxaa loola jeedaa marka manida lugu shubaayo minka. Shahwada waxaa laysku deyaa in lisku aadiyo ugxaanta markay bislaato. Hawlgalka kaligeeda waxay qaadanaysaa wagti gaaro dhowr daqiiqo, mana u baahno la'socosho.</p>
<p>Spermanäyte</p> <p>Siemennestenäyte otetaan talteen masturboimalla suoraan näytepurkkiin. Siemennestenäyte voidaan ottaa kotona tai poliklinikalla. Mikäli näyte otetaan kotona, tulee se toimittaa spermatoriolaboratorioon yhden tunnin kuluessa näytteenotosta.</p>	<p>Sambalka shahwada</p> <p>Sambalka shahwada waxaa lugu shubaa siigaysiga ka dib weelka sambalka. Sambalka shahwada waxaa lugu samayn karaa guriga ama isbitaalka. Haddii ay sambalka guriga lugu sameyo waa in lugu keenaa hal sac gudaheeda labratoorka shahwada.</p>

Liite 4. Käsitteiden käänköskortti

<p>Munasarja</p> <p>Munasarjat ovat kohdun sivuilla. Ne erittävät naissukupuoli hormoneja ja niissä muodostuvat munasolut. Munasolu irtoaa munasarjasta noin puolivälissä kiertoa.</p>	<p>Ugxaan sidaha</p> <p>Ugxaan sidaha waxay ku yaalaan minka dhinacyadiisa. Waxay sameeyaan hormoniyaalaha dumarka iyo waxay soo saaraan ugxaamaha. Ugxaanta waxay ka fuqdaa ugxaan sidaha dhexbarka wareega caadada.</p>
<p>Kohtu</p> <p>Kohtu sijaitsee virtsarakon ja peräsuolen välissä ja jakautuu paksumpaan yläosaan ja kapeampaan alaosaan. Kohtu on yhteydessä munanjohtimiin ja kohdunkaula on yhteydessä emättimeen.</p>	<p>Minka</p> <p>Minka wuxuu ku yaalaa kaadiheysta iyo malawadka dhaxdooda iyo wuxuu u kala qeybsamaa qaybta sare oo dhumucsan iyo qaybta hoose oo ciriirsan. Minka wuxuu ku xiranyahay dhuumaha ugxaanta iyo afka-minka wuxuu ku xiranyahay hoosta.</p>
<p>Munasolupunktio</p> <p>Munasolupunktiossa munasolut kerätään munasarjoista imemällä munarakkuloiden neste ohuella neulalla putkiin. Toimenpide tehdään ultraääniohjauksessa.</p>	<p>Uruurinta ugxaamaha</p> <p>Marka la sameynaayo uruurrtaanka ugxaamaha, waxaa cerbad dhuuban lugu dhuuqaa ugxaamaha dheecaankooda waxaana lugu shubaa weel. Hawlgalka waxaa laga wadaa ultrasoundka.</p>
<p>Alkionsiirto</p> <p>Alkionsiirto on toimenpide, jossa 2–5 päivän ikäinen alkio viedään kohtuonteloon. Alkionsiirto tapahtuu alkionsiirtokatetrin avulla ultraääniohjauksessa.</p>	<p>Wareejitaanka embriyaha.</p> <p>Waa hawlgal minka lugu geeyo 2-5 maalmood jiro embriyo. Wareejitaanka embriyaha waxaa lugu sameeyaa kateetar iyo ultrasound.</p>
<p>Raskaus</p> <p>Raskaus tarkoittaa aikaa, jonka alussa munasolu hedelmöitetään ja jonka päätteeksi vauva syntyy. Normaali raskaus kestää keskimäärin 280 vuorokautta eli 40 viikkoa.</p>	<p>Uur</p> <p>Uur waxaa looga jeedaa waqtika ay ugxaanta la bacrimiyo illaa iyo marka uu cunuga dhasho. Uurka caadiga ah wuxuu socdaa 280 maalmood waqti ah 40 isbuuc.</p>
<p>Keskenmeno</p> <p>Keskenmeno tarkoittaa ihmisillä raskauden itsestään tapahtuvaa keskeytymistä. Noin 10–15 % raskauksista päättyy keskenmenoon, yleensä ennen 12. raskausviikon täyttymistä.</p>	<p>Dhiciis</p> <p>Dhiciis waxaa looga jeedaa marka uurka kaligiisa iska halaabo. 10-15% uuryada waxay ku dhamaadaan uurka dhiciitaankiisa, inta ubadan intuuna gaarin isbuuc 12.</p>