

Tahaton lapsettomuus ja  
hedelmöityshoidot –  
psykososiaalinen tuki  
hedelmöityshoitojen aikana

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö AMK  
Kevät 2017  
Taija Meriläinen  
Liina-Maaria Vauhkonen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala  
Sairaanhoitaja

MERILÄINEN TAIJA,  
VAUHKONEN LIINA-MAARIA:

Tahaton lapsettomuus ja  
hedelmöityshoidot - psykososiaalinen  
tuki hedelmöityshoitajien aikana  
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö, 44 sivua, 2 liitesivua

Kevät 2017

## TIIVISTELMÄ

---

Opinnäytetyön aiheena oli psykososiaalisen tuen tarve hedelmöityshoitoprosessin aikana. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota yhteen tietoa psykososiaalisen tuen tarpeesta hedelmöityshoitoprosessin aikana ja lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia tunnistaa tuen tarpeessa olevat asiakkaat. Tavoitteena oli selvittää hedelmöityshoitajien kokemuksiä psykososiaalisesta tuesta hedelmöityshoitajien aikana kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän naistentautien poliklinikka. Työssä kuvattiin lapsettomuutta, hedelmöityshoitoja sekä niiden aiheuttamia vaikutuksia lapsettomille pariskunnille.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto kerättiin useista tietokannoista. Tutkimuskysymysten avulla selvitettiin, millaista tukea hedelmöityshoitoprosessin aikana on saatu ja kaivattu sekä millaisia vaikutuksia hedelmöityshoidoilla on mielialaan ja mielenterveyteen. Valitun aineiston analysoinnissa hyödynnettiin sisällönanalyysin menetelmää.

Hedelmöityshoitajista melkein kaikki kokevat, ettei hoitojen aikana tarjottu psykososiaalinen tuki ole riittävää. Lääketieteellisten hoitotoimenpiteiden ohella asiakkaat kaipaavat hoitoihin liittyvää tukea ja tietoa. Yksityissektorilla hoidetut asiakkaat ovat hieman tyytyväisempiä saamaansa tukeen kuin julkisessa terveydenhuollossa hoidetut. Lapsettomuus ja hedelmöityshoidot aiheuttavat stressaavan tilanteen, jonka läpikäymiseen tarvitaan riittävästi tietoa sekä ammattilaisten tukea. Hoidot aiheuttavat varsinkin naisilla nopeitakin muutoksia mielialaan, ja hoitojen tuoma kriisi voi johtaa myös mielenterveysongelmiin, kuten masennukseen. Hedelmöityshoitajien aikana pariskunnan sosiaalinen verkosto voi pienentyä, sillä hoitoihin liittyvistä haasteista voi olla vaikeaa keskustella. Pariskunnalla voi olla myös vaikeuksia keskinäisessä kommunikaatiossa. Psykososiaaliseen tukeen tulee kiinnittää lisähuomiota kaikissa hedelmöityshoitoa tarjoavissa yksiköissä.

Asiasanat: lapsettomuus, hedelmöityshoito, psykososiaalinen tuki

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Degree Programme in Nursing

MERILÄINEN TAIJA,  
VAUHKONEN LIINA-MAARIA:

Involuntary infertility and infertility  
treatments - the psychosocial support  
during the infertility treatments  
A Descriptive Literature Review

Bachelor's Thesis in Nursing, 44 pages, 2 pages of appendices

Spring 2017

## ABSTRACT

---

The subject of the Bachelor's thesis was to identify the need of psychosocial support during infertility treatments. The purpose of the Bachelor's thesis was to aggregate information of the need for psychosocial support during the infertility treatments and to improve the skills of health care workers to identify clients who need psychosocial support. This Bachelor's thesis is a descriptive literature review to figure out client's opinion of support during infertility treatment. The Bachelor's thesis is for the Department of Obstetrics and Gynecology of Päijät-Häme Joint Authority for Health and Wellbeing. The Bachelor's thesis describes the effects of infertility and infertility treatments. Furthermore, it covers the need for psychosocial support during the infertility treatments.

The thesis is a descriptive literature review which contains material from several different databases. The research questions helped finding out what kind of support patients had or what they wanted during the infertility treatments and what kind of effects does infertility treatment have on patient's mood and mental health. In the descriptive literature review, the method is an analysis of the selected subject matter.

Almost every client going through the infertility treatments feel they haven't been afforded sufficient amount of psychosocial support. During the medical treatments, clients need more support and information about the treatments. Clients in the private clinics are more satisfied than the patients in the public health services. Going through the infertility and infertility treatments that are stressful, adequate amount of information and professional support are needed. Particularly in women, the infertility treatments cause rapid changes in their mood and the treatments may result in mental health problems such as depression. The social network for a couple might get smaller during the infertility treatments because it might be difficult to talk about the challenges of infertility treatments. Communication can also be difficult between the couples. In every unit, providing infertility treatments, attention to psychosocial support should be paid.

Key words: infertility, infertility treatment, psychosocial support

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	3
3	LAPSETTOMUUS	5
3.1	Tahaton lapsettomuus	6
3.2	Tahattoman lapsettomuuden taustalla olevat tekijät	7
3.2.1	Naisen hedelmättömyyden syitä	8
3.2.2	Miehen hedelmättömyyden syitä	9
3.3	Lapsettomuustutkimukset	10
3.4	Tahattoman lapsettomuuden vaikutukset	12
4	LAPSETTOMUUDEN HOITO	17
5	HEDELMÖITYSHOIDOT	18
5.1	Fysiologiset haasteet hedelmöityshoidoissa	19
5.2	Psykososiaaliset haasteet hedelmöityshoidoissa	21
5.3	Psykososiaalinen tuki hedelmöityshoidoissa	23
5.4	Hedelmöityshoitojen etiikka	24
6	KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ	27
6.1	Aineiston valinta	28
6.2	Aineiston analysointi	29
7	PSYKOSOSIAALISEN TUEN KOKEMUS HEDELMÖITYSHOITOASIAKKAILLA	30
7.1	Saatu tuki	31
7.2	Kaivattu tuki ja syyt sen syntyyn	32
7.3	Hedelmöityshoitojen vaikutukset mielialaan ja mielenterveyteen	34
8	POHDINTA	38
8.1	Tulosten tarkastelu	38
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	40
8.3	Opinnäytetyön eettisyys	41
8.4	Opinnäytetyön jatkokehittämishaasteet	42
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	53



## 1 JOHDANTO

Tahaton lapsettomuus aiheuttaa kriisin, jonka kesto ja voimakkuus ovat yksilöllisiä. Tahattomasti lapsettoman pariskunnan hoitopolku alkaa perusterveydenhuollosta, jossa tutkitaan ja mahdollisesti hoidetaan lapsettomuuden syitä. Tarvittaessa pariskunta lähetetään erikoissairaanhoidon tai parin halutessa yksityiselle lapsettomuusklinalle tarkempia tutkimuksia ja hoitoja varten. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 63—64.)

Lapsettomuutta voidaan lähes aina hoitaa syystä riippumatta (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 65). Vuonna 2014 Suomessa aloitettiin 13 700 hedelmöityshoitoa, joista 17,7% johti elävän lapsen syntymiseen. Hedelmöityshoitojen avulla syntyneitä lapsia oli noin 4,2% kaikista Suomessa syntyneistä lapsista. (Heino & Gissler 2016, 1.)

Psykososiaalisen tuen tarve hedelmöityshoitoprosessin aikana on suuri. Varsinkin hoitojen epäonnistuminen ja toistuminen nostavat pinnalle stressiä ja negatiivisia tunnekokemuksia, kuten masentuneisuutta (Poikkeus 2007, 26). Hoitoihin liittyvät pelot lievittyvät, kun pariskunta saa riittävästi tukea ja tietoa hoidoista. Noin puolet hedelmöityshoitoasiakkaista on huolissaan hoitoprosessin mukana tuomasta henkisestä kuormituksesta. (Miettinen 2011, 36.) Hedelmöityshoidoilla on negatiivisia vaikutuksia pariskunnan keskinäiseen suhteeseen sekä sosiaaliseen verkostoon (Read, Carrier, Boucher, Whitley, Bond & Zelkowitz 2013).

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen tietoa hedelmöityshoitoihin liittyvän psykososiaalisen tuen tarpeesta sekä vahvistaa ammattihenkilökunnan osaamista tuen tarpeen tunnistamisessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää hedelmöityshoitoasiakkaiden kokemuksia heidän saamastaan psykososiaalisesta tuesta. Toimeksiantajanamme on Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän naistentautien poliklinikka. Tutkimuskysymyksillä selvitetään psykososiaalisen tuen saatavuutta hedelmöityshoitojen aikana sekä hedelmöityshoitojen vaikutusta mielenterveyteen. Työ on toteutettu

kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka aineisto on kerätty useasta tietokannasta. Työ keskittyy tahattomaan lapsettomuuteen ja sen hoitona käytettävien hedelmöityshoitojen aiheuttamaan tuen tarpeeseen.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoituksena on koota yhteen tietoa hedelmöityshoitoihin liittyvästä psykososiaalisen tuen tarpeesta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tarkoituksena on tällä tavoin lisätä ammattilaisten mahdollisuuksia löytää ne asiakkaat, jotka kaipaavat psykososiaalista tukea. Tavoitteenamme on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitämme hedelmöityshoitoasiakkaiden kokemuksia saamastaan psykososiaalisesta tuesta hoitojen yhteydessä.

Tutkimuskysymykset ovat tärkeä osa kirjallisuuskatsauksen prosessia. Ne ovat ohjanneet kirjallisuuskatsauksemme laatimista kokonaisuudessaan. Pyrimme muodostamaan tutkimuskysymykset rajatuiksi, mutta riittävän väljiksi, jotta ne mahdollistaisivat aiheen tarkastelun useista eri näkökulmista. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013.) Lähdetietoa etsiessämme löysimme paljon teoretietoa somaattisista vaikutuksista ja haasteista, jotka liittyivät hedelmöityshoitoasiakkaisiin. Rajasimme tutkimuskysymyksemme kuitenkin psykososiaalisiin vaikutuksiin, koska tästä näkökulmasta ei ollut tehty opinnäytetöitä viime vuosina. Laatimamme tutkimuskysymykset ovat laaja-alaisia, mutta kohdistuvat hedelmöityshoitoasiakkaisiin ja heidän kohtaamiinsa haasteisiin. Perustana kysymyksille on mielenkiinto psykososiaalisiin vaikutuksiin hoitoprosessin aikana. Fysiologisista haittavaikutuksista on tehty tutkimuksia laajemmin, ja kyseisestä näkökulmasta on melko paljon tietoa. Psykososiaalinen näkökulma tukee kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä, joka on tärkeä huomioida hedelmöityshoitoprosessin aikana. Mielen terveystilaiden lapsettomuutta on tutkittu jonkin verran, mutta myös hedelmöityshoitojen vaikutukset mielen terveyteen ovat melko uusi tutkimuskohde. Tieto hedelmöityshoitojen yhteydessä kaivatusta psykososiaalisesta tuesta on hajallaan eri tietolähteissä, ja halusimme tämän opinnäytetyön avulla koota tiedon helposti saavutettavaan muotoon

Opinnäytetyössämme etsimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:



- Millaista tukea hedelmöityshoitoasiakkaat ovat saaneet?
- Millaista tukea hedelmöityshoitoasiakkaat olisivat kaivanneet?
- Millaisia vaikutuksia hedelmöityshoitoprosessilla voi olla mielialaan ja mielenterveyteen?

Tarkastelemme opinnäytetyössämme aluksi lapsettomuuden kahta eri muotoa, vapaaehtoista ja tahatonta lapsettomuutta. Sen jälkeen luomme katsauksen hedelmöityshoitoihin ja niihin liittyviin haasteisiin sekä esittelemme käyttämäämme tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyön analyysiosassa tarkastelemme, millaista psykososiaalista tukea hedelmöityshoitoja saaneille henkilöille on tarjottu, millaista tukea he olivat kaivanneet, ja millaista vaikutusta hedelmöityshoitoprosessilla on ollut heidän mielialaansa ja mielenterveyteensä. Opinnäytetyön viimeisessä luvussa tarkastelemme, millaista merkitystä saamillamme tuloksilla on tai voisi olla käytännön hoitotyölle. Pohdimme samassa luvussa myös opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä sekä esitämme hedelmöityshoitoja saavien henkilöiden psykososiaaliselle tuelle ja sen tutkimukselle jatkokehittämishaasteita.

### 3 LAPSETTOMUUS

Lapsettomuudella on kaksi muotoa; tahaton ja vapaaehtoinen lapsettomuus. Tarkastelemme ensin lyhyesti vapaaehtoista lapsettomuutta, jonka jälkeen siirrymme käsittelemään tahatonta lapsettomuutta.

Vapaaehtoisella lapsettomuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen ei aio hankkia lapsia ja kokee perhekokonsa itselleen sopivaksi lapsettomana. Vapaaehtoinen lapsettomuus on yleistynyt Suomessa. Tällä hetkellä suomalaisista 20—40 vuotiaista noin 13% suunnittelee jäävänsä vapaaehtoisesti lapsettomaksi. Elämäntapaan ja -tapaan liittyvät asiat vaikuttavat päätökseen vapaaehtoisesta lapsettomuudesta enemmän kuin työhön ja toimeentuloon liittyvät asiat. Vapaaehtoisen lapsettomuuden valinneiden hyvinvointi elämässä tai parisuhteessa ei ole keskimäärin heikompaa muihin verrattuna. (Vapaaehtoinen lapsettomuus yleistyy Suomessa 2016.)

Ikä, sukupuoli ja koulutustaso vaikuttavat osaltaan suunnitelmaan jäädä vapaaehtoisesti lapsettomaksi. Myös asuinoloilla on yhteys vapaaehtoiseen lapsettomuuteen; kaupungissa asuvilla suunniteltu lapsettomuus on yleisempää kuin maaseudulla asuvilla. Lisäksi lapsuuden perhemuodolla on todettu olevan vaikutus lapsitoiveeseen. Useimmiten lapsettomiksi haluavat jäädä he, joiden vanhemmat ovat eronneet ja he, jotka ovat olleet perheensä ainoita lapsia. (Vapaaehtoinen lapsettomuus yleistyy Suomessa 2016.)

Osa vapaaehtoisesti lapsettomiksi jäävistä haluaa sterilisaation, joka on lopullinen ehkäisymenetelmä. Suomessa sterilisaatiot ovat vähentyneet, kun markkinoille on tullut muita luotettavia ehkäisymenetelmiä. Laki määrittää, kenelle sterilisaatio voidaan tehdä. Steriloinnin kriteerejä ovat esimerkiksi yli 30 vuoden ikä, mahdollisen raskauden uhka terveydelle sekä kolme synnytettyä lasta. (Tiitinen 2016f.)

### 3.1 Tahaton lapsettomuus

WHO:n määritelmän mukaan infertiliteetillä eli lapsettomuudella tarkoitetaan pariskunnan kykenemättömyyttä saattaa raskautta loppuun tai tulla raskaaksi. Kykenemättömyyden tulee kestää vähintään vuosi, jotta voidaan puhua infertiliteetistä. Raskaaksi tulemisessa on vaikeuksia jossain vaiheessa elämää noin joka viidennellä pariskunnalla. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61.)

Tahaton lapsettomuus jaetaan primaariin ja sekundaariin lapsettomuuteen. Primaarilla lapsettomuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsia ei ole, eikä naisella ole aikaisempia raskauksia.

Sekundaarissa eli toissijaisessa lapsettomuudessa henkilöllä on jo yksi tai useampi biologinen lapsi, mutta uuden raskauden alkaminen on vaikeutunut. Sekundaarista lapsettomuudesta puhutaan myös silloin, kun naisella ei ole lapsia, mutta taustalla on raskauksia, jotka ovat päätyneet keskenmenoon. (Sallinen 2006, 10; Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61.)

Lapsettomuus on kriisi, joka koskettaa ihmisen yksityisimpiä asioita: lisääntymistä ja seksuaalisuutta. Kriisin keskellä on huoli yksin jäämisestä ja perheettömyydestä. Lapsettomuus koetaan eriasteisina menetyksinä; esimerkiksi seksuaalisen itsetunnon, raskaus-, synnytys- ja imetyskokemusten menetyksinä, joihin liittyen lapseton pari kokee, ettei voi kontrolloida kehonsa toimintaa. Naiset ja miehet kokevat lapsettomuuden eri tavoin: naiset tuntevat enemmän ahdistusta, stressiä ja masennusoireita kuin miehet. (Tulppala 2012.)

Lapsettomuudesta puhutaan vähän, ja muiden kommentit voivat vaikuttaa lapsettoman kokemukseen jopa omasta ihmisarvostaan (Mäkelä 2010). Media muokkaa omalta osaltaan lapsettomuuteen liittyviä käsityksiä lapsettomuuden kokemuksesta. Tahattomasti lapsettomat saavat mediakäsityksen myötä osakseen ennakkoluuloja. Toisaalta media myös vähentää ennakkoluuloja, kun julkisuudessa käsitellään yksittäisten henkilöiden lapsettomuustarinoita. (Sallinen 2006, 77.)

### 3.2 Tahattoman lapsettomuuden taustalla olevat tekijät

Bothan ja Ryttyläinen-Korhosen (2016, 62) mukaan pariskunnan tahattoman lapsettomuuden syyt voidaan jakaa esiintyvyyden perusteella neljään yhtä suureen osaan:

- naisesta johtuvat syyt (25%)
- miehestä johtuvat syyt (25%)
- miehestä ja naisesta johtuvat syyt (25%)
- selittämätön lapsettomuus, jossa syytä ei voida osoittaa (25%).

Hedelmällisyyteen voi itse vaikuttaa monella tavalla. Esimerkiksi painonhallinta on yhteydessä useaan lapsettomuutta aiheuttavaan tekijään miehellä ja naisella. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61.) Tupakointi ja runsas alkoholin käyttö heikentävät sekä miehen että naisen hedelmällisyyttä. Päihteiden käyttö lisää keskenmenon ja sikiövaurioiden riskiä. (Tiitinen 2016d.) Klamydia voi johtaa kohdunulkoisen raskauden riskin suurenemiseen tai hedelmättömyyteen (Tiitinen 2016b).

Lapsettomuuden taustalla voi olla myös useita eri syitä, joihin ei voida vaikuttaa itse. Esimerkiksi Yli-Kuhan (2012) tutkimuksessa verrattiin hedelmättömyyden esiintyvyyttä sosioekonomisen aseman suhteen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että asiakkailla, joilla on mielenterveydellisiä ongelmia, on alhaisempi hedelmällisyys. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavilla on alhaisempi hedelmällisyys verrattuna heidän sisaruksiinsa, joilla ei ole skitsofreniaa. Alhaiseen hedelmällisyyteen voi vaikuttaa sairaus itsessään, lääkitys tai sosiaalinen tausta. Yli-Kuhan (2012) tutkimuksessa myös pohdittiin, kuinka yleisiä ahdistusoireet tai masennus ovat hedelmöityshoitoa saavilla asiakkailla ja miksi esiintyvyydet ja arviot heittelevät suuresti. Näitä voivat olla eroavaisuudet mielenterveyden häiriöiden diagnostiikassa, tietojen keräämisessä sekä suuret erot lapsettomien parien suhteen, kuten aikaväli edellisiin hoitoihin.

### 3.2.1 Naisen hedelmättömyyden syitä

Seuraavaksi käsittelemme muutamia tekijöitä, jotka voivat johtaa naisen hedelmättömyyteen. Käsittelemme seuraavia tekijöitä:

- ikä
- ovulaatiohäiriöt
- rakennepoikkeamat kohdussa ja munajohtimissa
- endometrioosi
- munasarjojen monirakkulaoireyhtymä.

Ikä on selkeässä yhteydessä hedelmällisyyteen – nainen on hedelmällisillään 20—35-vuotiaana, minkä jälkeen hedelmällisyys kääntyy jyrkkään laskuun ja lopulta päättyy vaihdevuosiin eli klimakteriumiin. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61.) Pääasialliset hedelmällisyyden laskuun johtavat tekijät ovat munarakkuloiden väheneminen sekä munasolujen laadun heikkeneminen (Söderström-Anttila 2010).

Munarakkulan kypsymis- ja irtoamishäiriöt eli ovulaatiohäiriöt ovat yleisiä syitä lapsettomuuteen. Yli- ja alipaino sekä lääkkeet voivat vaikuttaa munarakkulan kypsymiseen ja irtoamiseen (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175—176) sekä alkion kiinnittymiseen (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61).

Munajohdinvauriot aiheuttavat ongelmia sukusolujen kulkeutumisessa ja hedelmöitymisessä sekä alkion kiinnittymisessä. Munajohdin voi tukkeutua täysin, tai vaurio voi olla osittainen, jolloin munajohtimessa on kiinnikkeitä heikentämässä normaalia toimintaa. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 176; Tiitinen 2015c.) Kohtuviat aiheuttavat ongelmia alkion kiinnittymiselle. Kohdussa voi olla myoomia tai väliseinämiä, ja toimenpiteiden jälkeen kohtuun voi muodostua kiinnikkeitä. Siittiöiden pääsy munanjohtimiin ja kohtuonteloon voi vaikeutua tai estyä, jos kohdunkaulan alueella on isoja muutoksia. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 176—177.)

Endometriosisissa kohdun limakalvon tapaista kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella, kuten vatsakalvossa tai välilihassa. Endometriosisipesäkkeet voivat olla syviä, pinnallisia tai munasarjakystia (endometriosisia). Kudokseen syntyy pesäkkeen vuoksi krooninen tulehdustila. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 75—76.) Pitkälle levinnyt endometriosisi johtaa lapsettomuuteen sen muodostamien anatomisten muutosten vuoksi (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 177).

Munasarjojen monirakkulaoireyhtymässä (PCOS) munasarjat ovat suurentuneet, ja niissä on havaittavissa normaalia enemmän pieniä munarakkulan alkujia. Monirakkulaoireyhtymä aiheuttaa usein kuukautishäiriöiden lisäksi lapsettomuutta. Se voi aiheuttaa esimerkiksi kuukautisten epäsäännöllisyyttä ja joitakin mieshormonin eritykseen viittaavia oireita kuten liiallista karvoituksen kasvua tai aknea. Oireyhtymän taustalta ei löydy yksittäistä tekijää. Oireyhtymä voi olla oireeton ja tulla ensimmäisen kerran ilmi lapsettomuustutkimuksissa. (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen 2014, 407.)

### 3.2.2 Miehen hedelmättömyyden syitä

Tässä kappaleessa käsittelemme tekijöitä, jotka voivat johtaa miehen hedelmättömyyteen. Näitä tekijöitä ovat

- ylipaino
- synnynnäiset poikkeavuudet
- kiveskohjut
- siittiöiden muutokset
- eräät lääkeaineet.

Ylipainoisilla miehillä siemennesteen määrä on vähäisempää, laatu huonompaa ja testosteronipitoisuudet matalampia kuin normaalipainoisilla. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61.)

Monet synnynnäiset poikkeavuudet voivat johtaa miehellä lapsettomuuteen. Näistä yleisin on kivesten laskeutumattomuus, jota esiintyy noin 1—3 prosentilla miehistä. Laskeutumattomuus aiheuttaa

usein muutoksia siemennesteessä. (Kaukoranta & Suikkari 2012.) Kiveskohjulla eli varikoseeellä tarkoitetaan laajentumaa kiveslaskimopunoksessa. Kohjuja esiintyy noin 15%:lla aikuisista miehistä, ja niillä voi olla vaikutuksia siittiötuotantoon. (Salminen 2010.)

Poikkeavuudet siittiöiden rakenteessa tai siittiöiden vasta-aineet voivat vaikuttaa niiden hedelmöittämiskykyyn. Esimerkiksi kivesten vammat ja tulehdukset voivat johtaa vasta-aineiden muodostumiseen. Näissä tapauksissa immuunipuolustusolut joutuvat tekemisiin siittiöiden kanssa, ja elimistössä käynnistyy vasta-aineiden tuotanto omien solujen kesken. Vasta-aineilla on heikentävä vaikutus siittiöiden liikkumiseen ja kykyyn tunkeutua kohdunkaulan limaan. (Sariola ym. 2014, 409—410.)

Miehen hedelmällisyyteen vaikuttavat myös monet lääkeaineet, kuten kalsiuminestäjät ja sulfasalatsiini, jotka heikentävät siittiöiden hedelmöityskykyä. Beetasalpaajien sekä joidenkin psyykenlääkkeiden käyttö puolestaan voi johtaa impotenssiin. Lisäksi säde- ja solunsalpaajahoito voivat vähentää siittiöiden tuotantoa. Eräänä siittiökatoon johtavana tekijänä ovat myös anaboliset steroidit sekä testosteronivalmisteet. (Sariola ym. 2014, 410.)

### 3.3 Lapsettomuustutkimukset

Tahattoman lapsettomuuden tutkiminen aloitetaan perusterveydenhuollossa, ja ensikäynnillä tutkitaan sekä nainen että mies. Tilannetta selvitetään perusteellisella haastattelulla, jossa käydään läpi, kuinka pitkään raskautta on yritetty, miten yhdynnät ovat ajoitettu ja kuinka ne ovat onnistuneet. Haastattelussa selvitetään myös seksuaali- ja lisääntymishistoria, molempien ravitsemustila, lääkitykset ja perussairaudet, leikkaukset joilla voi olla vaikutus hedelmällisyyteen, mielenterveys, psykososiaalinen tilanne sekä päihteidenkäyttö. Jos lapsettomuuden syytä ei löydetä perusterveydenhuollossa, tutkimuksia jatketaan erikoissairaanhoidossa tai pariskunnan halutessa yksityisellä lapsettomuusklinikalla. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 63.)

Naisen tutkimuksessa tehdään ensin yleistutkimus, jossa selvitetään paino ja pituus, verenpaine sekä karvoitus ja sukupuoliominaisuudet. Lisäksi tehdään gynekologinen tutkimus ja otetaan klamydia- ja papanäytteet sekä muita näytteitä tarpeen mukaan. Verikokeista katsotaan ainakin TSH, perusverenkuva ja prolaktiini. (Tiitinen 2015c Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 63—64.) Hedelmöityshoitoja varten tulee tutkia myös hepatiitti B ja C sekä HIV-näytteet molemmilta puolisoilta (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 180—181). Naisilta mitataan verikokeella Anti-Müllerian hormoni (AMH). AMH on tällä hetkellä parhain mittaamaan jäljellä olevia munarakkuloita ja niiden mahdollista kehittymistä. Verikokeilla voidaan määrittää iän aiheuttamaa hedelmällisyyden laskua ja arvioida mahdollisuuksia tulla raskaaksi. (Grynnerup, Lindhard & Sørensen 2012.)

Tutkimuksissa paino tulee huomioida ja ylipainoisen naisen paastoverensokeri tutkitaan. Jos naisella ilmenee liikakarvoitusta tai miehisiä piirteitä, tulee hormonitoimintaa tutkia tarkemmin. Progesteroniarvon tutkimisella varmistetaan ovulaation tapahtuminen. Naisen kohtu ja munasarjat tutkitaan kliinisesti sekä ultraäänellä, jolloin rakenneviat, limakalvojen tilanne sekä muutokset munasarjoissa saadaan selville. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 181.)

Tarkemmassa naisen lapsettomuuden tutkimuksessa selvitetään ultraäänitutkimuksella munasarjojen sijainti sekä rakenne. Kohtuun voidaan ruiskuttaa keittosuolaa, jolloin ultraäänellä saadaan paremmin selville kohdun muoto, ääriviivat sekä säännöllisyys. Munajohtimien aukiolotutkimuksessa kohtuun ruiskutetaan keittosuolailmaseosta samanaikaisesti ultraäänellä tutkien. Joissakin tapauksissa, kuten endometrioosia sairastavilla lapsettomuuspotilailla, voidaan tehdä vatsaontelon tähystysleikkaus diagnoosin tarkentamiseksi. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 181.)

Kuukautiskierron selvittäminen on tärkeässä roolissa naisen lapsettomuuden tutkimuksissa. Ovulatorisesta kierrosta (munasolu irtoaa ja hedelmöityminen on mahdollista) ja normaalista hormonitoiminnasta



kertoo säännöllinen kuukautiskierto, mutta ovulaatio tulee silti varmistaa. Ultraäänellä tutkitaan munasarjojen rakennetta ja munarakkuloiden määrää, jolloin saadaan selville mahdollinen munasarjojen toiminnan väheneminen. Kierron keskivaiheilla, juuri ennen ovulaatiota, tutkitaan kaikukuvauksella kohdun limakalvon paksuus. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 182.)

Miehelle tehdään samanlainen yleistutkimus kuin naiselle. Sen lisäksi kivekset tutkitaan kliinisesti ja tarvittaessa ultraäänellä (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 64). Varsinkin vanhemman miehen tutkimuksessa tulee tunnustella rakkularauhaset ja eturauhanen. Kivesten koko kompensoi hedelmällisyyttä, joten niiden koko tulee mitata. Miehellä on tärkeää tutkia hormonitoimintaa FSH- ja LH- arvojen avulla. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 182—183.) Oleellisin tutkimus miehellä on näyte siemennesteestä, josta tutkitaan siittiöiden määrä, rakenne, liikkuvuus, tiheys ja vasta-aineet. Analyysistä selviää myös siittiöiden muoto. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 64.) Jos tutkimuksesta saadaan poikkeava tulos, tulee se toistaa kolmen kuukauden kuluttua siittiöiden tuotannossa ilmenevän vaihtelun vuoksi. Siemennesteen analyysi tehdään ennen naisen laajempia tutkimuksia. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 180—182.)

### 3.4 Tahattoman lapsettomuuden vaikutukset

Lapsettomuutta ei tulisi tarkastella ainoastaan fysiologisena vaan myös psykososiaalisena ongelmana, eikä hoito saisi keskittyä vain lääketieteelliseen osaamiseen. Psykososiaalista tukea tarvitaan muun muassa stressin ja tunteiden käsittelyyn. (Tahaton lapsettomuus 2016.)

Ajatusprosessi lisääntymisestä alkaa jo lapsena, ja lapsen saaminen koetaan oman elämän jatkamisena ja toivon luomisella tulevaisuudelle. Lapsi voi myös toimia eräänlaisena mittarina omalle aikuisuudelle, ja sen voidaan kokea toimivan vahvistimena parisuhteelle. Naisella lapsen saaminen vahvistaa käsitystä omasta naiseudesta, miehellä kokemus liittyy enemmänkin kykyyn saattaa puoliso raskaaksi. Samalla se korostaa omaa maskuliinisuutta ja seksuaalisuutta. (Tulppala 2002, 531—536.)

Lapsettomuuden käsittely on yleensä naiselle rankempi prosessi kuin miehelle, mutta jos lapsettomuuteen johtanut tekijä löydetään miehestä, asian käsittely vaikeutuu myös miehen näkökulmasta. Kun lapsettomuuden syy on tiedossa, on tilanne helpompi sekä miehelle että naiselle. (Tulppala 2002, 531—536)

Äkillisen kriisin kohdatessa ihminen aloittaa psyykkisen sopeutumisprosessin. Tämä prosessi sisältää neljä eri vaihetta, jotka jokainen käy läpi. (Äkillisen kriisin vaiheet 2010.) Sopeutumisprosessin kesto ja reaktioiden voimakkuus ovat yksilöllisiä (Äkillisen kriisin vaiheet 2010; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192); nainen kohtaa kriisin useimmiten miestä nopeammin (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192). Lapsettomuuskriisistä suhteessa muihin kriiseihin hankalamman tekee sen aaltoileva ja vaihteleva luonne. Kuukausittain toivo herää uudelleen ja myös uusien hoitojen kokeilu nostaa toivon esiin. Näin ollen suruprosessi pääsee täysipainoisesti alkamaan vasta, kun hoidoista luovutaan kokonaan. (Tulppala 2002, 531—536.)

Ensimmäinen vaihe kriisin kohdatessa on sokki. Sokkivaiheen tunnuspiirteitä ovat kieltäminen, tunteiden poissulkeminen, epätodellinen olo, huutaminen, itku ja paniikki. Jokainen käyttäytyy yksilöllisesti ja tunteet voivat vaihdella laidasta laitaan. (Toivo – Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille 2017.) Eri hoitojen ja hoitavien tahojen välillä voidaan vaihdella uskoen, että muualta saa parempaa hoitoa (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192). Sokin tarkoitus on suojata psyykettä. Liian suurta järkytystä ei pysty hahmottamaan lyhyessä ajassa, joten sokki antaa aikaa kohdata ja käsitellä tapahtunutta. (Toivo – Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille 2017.)

Sokkia seuraa reaktiovaihe, johon liittyy pelkoa, ahdistusta, syytöksiä, unettomuutta, ruokahaluttomuutta ja muita fyysisiä oireita (Toivo – Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille 2017). Syytökset voivat kohdistua itseen ja aiempiin valintoihin, puolisoon tai hoitotahoon.

Negatiivissävytteiset tunteet voivat kestää jopa vuosia. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.) Tässä kriisin toisessa vaiheessa on suuri tarve tulla

kuulluksi. Tapahtumista on tärkeää puhua yhä uudelleen, mikä voi olla raskasta läheisille. Puhuminen antaa mahdollisuuden tarkastella tilannetta eri näkökulmasta ja ymmärtää tapahtunutta. Samalla kokemuksia voi jakaa ja tulla ymmärretyksi. (Toivo – Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille 2017.)

Kriisin kolmannessa eli työstämisvaiheessa tapahtumaa ei enää kielletä. Tilanne käsitellään sen tuomien muutoksien ja menetyksien kautta. Työstämisvaiheeseen voi liittyä muisti- ja keskittymishäiriöitä, ärtyneisyyttä ja sosiaalisista suhteista vetäytymistä. Vaikka ajatukset liikkuvat muualla kuin tapahtuneessa, tulevaisuutta on vielä vaikea miettiä. Työstämisvaiheessa henkilö on valmis tekemään varsinaista surutyötä. (Toivo – Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille 2017.)

Viimeisessä vaiheessa kriisi alkaa hiljalleen muuttua osaksi elämää ja alkaa niin sanottu uudelleen suuntautumisen vaihe. Ihminen pystyy suuntaamaan ajatuksensa tulevaisuuteen, vaikka tuska nousisi välillä pintaan. Tapahtuneen kanssa pystyy elämään, ja löytyy myös ilon aiheita. Kriisin läpikäymisellä saattaa olla vaikutuksia omaan minäkuvaan. Kriisi saattaa tuoda uusi voimavaroja ja aiempaa enemmän merkitystä elämään. Läpikäyminen ei ole suoraviivaista, ja ahdistuksen tunteita sekä raskaita ajatuksia saattaa esiintyä. Kuitenkaan tapahtuma ei kuluta omaa mielenterveyttä ja ajatukset ovat tulevaisuudessa. (Toivo – Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille 2017.)

Naisilla esiintyy lapsettomuuden yhteydessä ahdistusta ja masennusta miehiä useammin (Tulppala 2012). Ajan kuluessa ja kriisin kanssa työskentelyn jälkeen suru lievittyy hiljalleen, ja elämää voidaan suunnitella ajatellen muita asioita. Kun pari saa yhdessä käsiteltyä lapsettomuuskriisin, heidän keskinäinen suhteensa usein vahvistuu. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.)

Lapsettomuus nostaa esille paljon erilaisia tunteita ja pelkoja. Esille voi nousta häpeä siitä, ettei pysty täyttämään muiden odotuksia. Nainen kokee menettävänsä kokemuksen raskaudesta, synnytyksestä ja lapsen

kasvattamisesta. Naiset voivat tuntea olonsa ulkopuoliseksi tai olla kateellisia, jopa katkeria nähdessään raskaana olevia naisia ja lapsiperheitä. Lapsettomuus vaikuttaa laajalti itsetuntoon. Muita esille nousevia tunteita voivat olla arvottomuus ja häpeä. (Tulppala 2012.)

Miesten reaktioiden takaa löytyy usein ajatuksia siitä, ettei kykenekään saattamaan naista raskaaksi tai jatkamaan sukua. Miesten syyllisyyden tunteet nousevat esille hedelmöityshoitojen epäonnistuessa, ja varsinkin ongelman toistuessa. Miehet ovat huolissaan pitkälti lapsettomuuden vaikutuksista puolisoon ja lähipiiriin. Jos selviää, että lapsettomuuteen johtanut tekijä on miehessä, aiheutuu usein ongelmia itsetuntoon ja ajatukseen omasta miehisyydestä. (Tulppala 2012.)

Sen lisäksi, että lapsettomuus vaikuttaa mieheen ja naiseen yksilönä, on sillä suuri vaikutus myös heidän keskinäiseen suhteeseensa. Parhaassa tapauksessa lapsettomuskriisi yhdistää paria tukemaan ja ymmärtämään toisiaan, mutta se voi vaikuttaa suhteeseen hyvinkin negatiivisesti. (Tulppala 2012.) Toisaalta kriisi voi myös tuoda vanhoja ongelmia esille ja luoda uusia haasteita (Tulppala 2002, 531—536). Lapsettomuudesta on vaikea puhua, ja kumppaninkin kanssa keskustelu voidaan kokea haastavaksi (Tulppala 2012).

Lapsettomuus vaikuttaa pariskunnan seksielämään, ja seksin ajoittaminen vie yhdynnästä nautinnon sekä aiheuttaa suorituspaineita, jotka puolestaan voivat johtaa esimerkiksi erektio-ongelmiin. Kun yhdynnän tavoitteena on raskaaksi tuleminen, unohtuu parilta helposti seksiin kuuluvat hellyyden ja läheisyyden tunteet. Tällöin seksi muuttuu pakonomaiseksi toiminnoksi, ja halu voi kadota huomaamatta. Lapsettomat ja lapsettomuushoidoissa olevat parit kokevat olevansa tyytymättömiä seksuaaliseen kanssakäymiseen kumppaninsa kanssa. (Tulppala 2012.) Lapsettomuushoitoja antavan yksikön työryhmään tulisi kuulua myös psykologi tai muu psyykkisen työn ammattilainen. Erinäisiä terapia-alueita, joita parin kanssa tulisi käydä läpi, ovat seksuaalisuuden lisäksi muun muassa parisuhteen dynamiikka, sureminen sekä intiimiys.

Lisäksi ammattilaisella tulisi olla laaja tietämys lapsettomuudesta ja sen hoidoista. (Tulppala 2002, 531—536.)

Lapsettomuuden kohdatessa on tärkeää huomioida myös stressin vaikutukset hedelmällisyyteen. Stressi vaikuttaa elimistön hormonitasapainoon muun muassa vähentämällä GnRH-hormonin eritystä, joka on välttämätön munarakkulan kypsymiselle ja munasolun irtoamiselle. Näin ollen stressi aiheuttaa tilapäisiä ongelmia hedelmöitymisessä, mutta tämänhetkisen tiedon mukaan se ei aiheuta pysyvää lapsettomuutta. Tutkimusten mukaan miehillä sperman laadun heikentyminen on voitu yhdistää stressaavaan elämäntilanteeseen. Pitkittyneellä stressillä on todettu olevan yhteys myös korkean kortisolitasoon kautta munarakkulanesteen liian korkeaan kortisolitasoon, joka voi heikentää munasolujen kypsymisympäristöä. Kuitenkaan hedelmöityshoitojen aikaisen stressin kokeminen ei heikennä raskaaksi tulon todennäköisyyttä. Stressin vaikutukset näkyvät hedelmöityshoitojen tuloksissa siten, että monet parit luopuvat hoidoista ennen suunniteltujen hoitojen toteutumista tunnepohjaisen stressin vuoksi. (Anttila & Korkeila 2012.)

Stressin hoitamiseksi asiakkaita tulisi kannustaa keskustelemaan kokemuksistaan ja ajatuksistaan puolison, ystävän tai muun läheisen kanssa. Asioita ei tulisi miettiä liikaa, vaan aikaa tulisi pyhittää myös levolle ja mielekkäille ajatuksille sekä tekemiselle. (Mattila 2010.)

#### 4 LAPSETTOMUUDEN HOITO

Lapsettomuuden hoito aloitetaan elämäntapaohjauksella, jos löydetään sellaisia hedelmällisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa itsehoidon keinoin (Tiitinen 2016e). Lääketieteelliset toimenpiteet, joilla pyritään parantamaan raskaaksi tulemisen todennäköisyyttä, luokitellaan hedelmöityshoidoiksi (Hedelmöityshoidot 2015). Hedelmöityshoitoihin siirrytään vasta siinä tapauksessa, että muut hoidot eivät ole auttaneet. Jos elimistössä on jokin häiriö tai epätasapaino, se hoidetaan ja tehdään tarvittavat toimenpiteet ennen siirtymistä hedelmöityshoitoihin. Pariskunnalle tehdään hoitoja varten yksilöllinen suunnitelma. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 65.)

Lapsettomuushoidot ovat kehittyneet nykypäivänä niin paljon, että melkein mistä tahansa johtuvaa lapsettomuutta voidaan hoitaa (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 65). Hoito pyritään suuntaamaan lapsettomuuden aiheuttajaan, mutta joskus syytä ei tiedetä tai se selviää vasta hoitojen aikana. Oleellista on huomioida, että kaikki lapsettomat parit eivät halua hoitoa, vaan heille on tärkeämpää saada tietää lapsettomuutta aiheuttavat tekijät. Jotkut voivat jatkaa elämää ilman lapsia, joillekin taas adoptiovanhemmuus voi olla mieleinen vaihtoehto. Hoitotahon tulisi antaa riittävästi tietoa näistä vaihtoehtoista sekä keskustella avoimesti hoidoista, niiden tuloksista, hinnoista sekä mahdollisista komplikaatioista.

Tämänhetkisen arvion mukaan 60% lapsettomista pareista hakeutuu hoitoon (Lääkärin etiikka 2013, 82—86). Lapsettomuushoitojen kehityksen myötä nykyään hoitoihin hakeutuneista pareista lapsen saa useampi kuin joka toinen (Aitokallio-Tallberg 2012).

## 5 HEDELMÖITYSHOIDOT

Tässä kappaleessa käsittelemme hedelmöityshoitoja, joita ovat ovulaation induktio, inseminaatio, koeputkihedelmöitys ja mikroinjektiohoito. Tämän jälkeen tarkastelemme hedelmöityshoitoihin liittyviä haasteita, psykososiaalista tukea ja eettisyyttä.

Ovulaation induktio (OI) eli munarakkulan kypsytyshoito tarkoittaa hormonihoidolla toteutettavaa munasolun kypsyttämistä ja irrottamista. Hoidossa tavoitteena on, että kerrallaan hedelmöityisi vain yhdestä kahteen munarakkulaan. (Ovulaation induktio eli munasolun kypsytyshoito- ja irrotushoito.) Vastetta lääkitykselle seurataan kuukautiskierron säännölistymisen seurannalla. Ultraäänitutkimuksella saadaan varmuus, että kypsyvien munarakkuloiden määrä on riittävän pieni. Samalla varmistetaan kohdun limakalvon riittävä paksuuntuminen. Noin seitsemän päivää oletetun ovulaation jälkeen mitataan veren progesteronipitoisuus keltarauhasen toiminnan varmistamiseksi. (Tiitinen 2016e.)

Keinohedelmöityksessä eli inseminaatiossa (IUI) siittiöt irrotetaan siemennesteestä, jonka jälkeen ne pestyinä ruiskutetaan kohtuonteloon, kun munasolu on irtoamassa. Menetelmää voidaan käyttää luonnollisen kuukautiskierron aikana tai samanaikaisesti voidaan toteuttaa munasolun kypsytyshoitoa. (Inseminaatio eli keinohedelmöitys 2016; Tiitinen 2016a.) Inseminaatio voidaan toteuttaa joko puolison (AIH) tai luovuttajan (AID) siemenestellä. Onnistumisprosentti on 5—10% yhtä luonnollista kiertoa kohden, mutta 10—20% jos siihen on yhdistetty ovulaation induktio. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2016, 188—189.)

Koeputkihedelmöitys (IVF) aloitetaan hormonihoidolla, joka toteutetaan yksilöllisesti usealla hormonivalmisteella, ja hoidon kesto on keskimäärin 9—12 vuorokautta. Hormonihoidon tavoitteena on stimuloida munasarjoja, jotta kehittyisi useampia munasoluja kerrallaan. Hormonihoidon jälkeen munasolut kerätään 36 tunnin kuluessa viimeisimmästä hormoni-injektiosta. Keräys toteutetaan ultraääniohjauksessa punktoimalla emättimen lävitse munarakkuloihin. Munarakkuloista imetään

munarakkulaneste sekä munasolut. Solut tutkitaan mikroskoopin avulla, ja kypsät solut siirretään viljelymaljaan. Samanaikaisesti miehen siemenneste tutkitaan ja valmistellaan siirtoa varten. Viljelymaljaan viedään noin kaksi miljoonaa siittiötä yhtä munasolua kohti. Seuraavana päivänä selvitetään, kuinka moni munasolu on hedelmöitynyt, ja tässä vaiheessa alkio voidaan siirtää. Siirto tapahtuu kuitenkin viimeistään ns. blastokystivaiheessa eli 5. tai 6. päivänä punktion jälkeen. (Tiitinen 2016c.)

Useimmissa koeputkihedelmöityshoidoissa saadaan samasta kierrosta useampi alkio, joista yksi siirretään kohtuun. Loput alkiot voidaan pakastaa, jolloin niitä säilytetään nestemäisessä työssä -196 asteessa. Kuukautiskierron ollessa säännöllinen voidaan siirto tehdä luonnollisen kierron aikana. Siirtoajankohta määritetään LH-testin avulla. Siirto tehdään usein noin kolmesta viiteen päivään ovulaation jälkeen. Jos naisen oma kuukautiskierto on epäsäännöllinen, käytetään tukena hormonihoidoa. (Tiitinen 2015a.)

Siittiöiden määrän ollessa poikkeuksellisen vähäinen tai niiden ollessa huonosti liikkuvia, käytetään mikroinjektiohoitoa, jossa munasolun sisään ruiskutetaan ohuella neulalla yksi siittiö. Jos siemennestettä ei ole saatavilla, voidaan siittiöt punktoida suoraan kiveksestä tai lisäkiveksestä. Mikroinjektiohoito tulee kyseeseen myös tilanteessa, jossa aiempien koeputkihedelmöitysten aikana munasolut eivät ole hedelmöityneet. (Tiitinen 2016c.)

### 5.1 Fysiologiset haasteet hedelmöityshoidoissa

Hedelmöityshoitoihin liittyviä fysiologisia riskejä ovat monisikiöinen raskaus, munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä sekä kohdun ulkoinen raskaus. Klemetti (2006) kertoo väitöskirjassaan haasteista hedelmöityshoidoissa luovutetuilla sukusoluilla. Mitä useammin koeputkihedelmöitystä yritetään, sitä suurempi riski naisella on saada komplikaatioita. Koeputkihedelmöitys on riski myös syntymättömälle lapselle. Klemetti (2006) kirjoittaa, että lapset, jotka ovat saaneet alkunsa luovutetuista sukusoluista, ovat tilastollisesti sairaampia kuin muut lapset.



Koeputkihedelmöityksen avulla syntyneiden lapsien kohdalla on tavattu suhteessa vertailuryhmään enemmän pienipainoisuutta, ennenaikaisuutta sekä tarvetta tehohoitoon. Myös lapsuudessa esiintyvien käytös- ja kehityshäiriöiden sekä CP-vamman riski on suurempi. (Soininen 2007.) Aiemmin hedelmöityshoitojen myötä ilmeni paljon monisikiöraskauksia. Monisikiöraskaus on lapsille riski, ja se voi aiheuttaa muun muassa matalaa syntymäpainoa ja verenkierron ongelmia. Nykyään hedelmöityshoidoissa tämä onkin jo huomioitu, ja kohtuun istutetaan vain yhdestä kahteen alkioita kerrallaan. Aiheesta tulisi jo etukäteen keskustella vanhempien kanssa, jotta he ymmärtäisivät monisikiöraskauden riskit. (Nupponen 2011.)

Pahimmillaan hedelmöityshoitojen (koeputkihedelmöityshoidon) komplikaationa voi olla OHSS eli munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä, jossa munasarjat reagoivat liiallisesti hormonihoitoon. Munasarjat täyttyvät uudelleen ja kasvavat munarakkulan jälkeä. Oireyhtymän oireita voivat olla kipu vatsan alueella, pahoinvointi ja oksentelu, turvotus ja hengitysvaikeudet. Lievissä tapauksissa hoitona on lepo ja riittävä nesteiden nauttiminen. Vakavammissa tapauksissa hoito toteutetaan sairaalassa. Oireyhtymän riski tulisi aina arvioida ennen munarakkulan kypsytyshoitojen aloittamista lääkärin toimesta. Arvioinnissa täytyy huomioida, ettei oireyhtymän kehittyminen välttämättä kompensoi lääkehoidon määrää tai kestoja. (Tiitinen 2015b.)

Hedelmöityshoidot, kuten koeputkihedelmöitys nostaa riskiä kohdunulkoiseen raskauteen, jossa raskaus ei muodostu kohtuun vaan sen ulkopuolelle. Yleisin sijainti raskausmuodostumalle tällaisessa tilanteessa on munatorvi. Alkuraskaus voi vaikuttaa normaaliilta, mutta raskausviikoilla 7—9 alkaa kipuoireilu, jonka vaihtelu on yksilöllistä. Munatorviraskaus voi aiheuttaa munatorven repeämisen, joka aiheuttaa verenvuodon vatsaonteloon. Toisaalta raskausmateriaali voi poistua myös itsestään. Tämä aiheuttaa voimakasta kipua ja yleistilan heikkenemistä. Tilanteesta riippuen kohdunulkoisen raskauden hoitona voidaan käyttää istukkahormoniarvon seurainta, vatsan tähystysleikkausta tai lääkehoitoa. (Mäkinen 2011, 386—390.)

Miehen hedelmättömyyden hoidossa ongelmana on, että hyvin harvoin saadaan selville sperman laadun heikkenemiseen johtanut syy. Tästä johtuen spesifien hoitojen toteuttaminen on hyvin vähäistä. Miehen hedelmällisyyttä parantavat pääosin samat asiat kuin naisella; päihteiden käytön lopettaminen, painonhallinta, terveelliset elämäntavat sekä perussairauksien hoitotasapainon säilyttäminen. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 196—187.)

Miehellä hormonihoidosta ei ole hyötyä, jos lapsettomuuden syy ei ole hormoneista riippuvainen. Jos ongelmana on siemensyöksyn puuttuminen, voidaan jossakin tapauksissa hoitona käyttää lääkitystä. Muita keinoja vastaavassa tilanteessa ovat siemensyöksyn stimulointi tai siittiöiden punktointi kiveksestä. Kun miehen lapsettomuuteen ovat johtaneet vasta-aineet, hoitona käytetään pestyillä siittiöillä toteutettavaa inseminaatiota, mikroinjektiota tai koeputkihedelmöitystä. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 186—187.)

Leikkaushoitoja käytetään naisilla sekä diagnoosin tarkentamiseksi, että hedelmällisyyden parantamiseksi, jolloin hedelmöitymistä vaikeuttavia tekijöitä poistetaan tai vähennetään. Leikkaavan lääkärin tulee tehdä arvio mahdollisesta raskauden ajankohdasta ja synnytystavasta sekä seikoista, jotka voivat vaikuttaa raskauden kulkuun. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 184—185.)

## 5.2 Psykososiaaliset haasteet hedelmöityshoidoissa

Lapsettomuus herättää tunteita, joista on vaikea puhua. Se on yksilön ja parin kokemus, joka voi joko yhdistää tai etäännyttää kumppanit. Lapsettomuus luo paineita parisuhteisiin ja yli 70 % pareista toivookin mahdollisuutta psyykkiseen tukeen lapsettomuushoitojen aikana. (Tulppala 2012.)

Lapsettomuustutkimukset ja -hoidot koetaan henkisesti raskaiksi. Vaikeimpia tilanteita ovat lahjotettujen sukusolujen käyttö sekä hoitojen lopettaminen tuloksettomina. Asiakkaiden välillä tuen tarve voi olla

hyvinkin erilaista, ja lääketieteelliset hoidot riittävät joillekin. Jotkut puolestaan tarvitsevat paljonkin henkistä tukea, sillä he kokevat lapsettomuuden asiaksi, josta ei esimerkiksi läheisten kanssa uskalleta tai haluta keskustella. Myös hoitojen jälkeen on tärkeää saada tukea, vaikka raskaus olisi alkanut. Tuleva vanhemmuus voi pelottaa ja aiheuttaa epävarmuuden tunteita. Myös hoitojen päättyessä tuloksettomina tarvitaan ammattiapua. (Tukea ja neuvontaa lapsettomuushoitojen yhteydessä 2017.)

Jos pari joutuu siirtymään hoitoihin lahjoitetuilla munasoluilla, on tärkeää käydä omaa lapsettomuuttaan läpi ammattilaisen kanssa. Jos kriisiä ei käsitellä huolellisesti, voi lahjoitettujen munasolujen avulla syntynyt lapsi myöhemmin muistuttaa vanhempaa jatkuvasti omasta hedelmättömyydestään. Tuen tarve on suuri myös siinä tilanteessa, kun pitkien lapsettomuushoitojen jälkeen raskaus alkaa. Parilla voi olla normaalia vahvempaa pelkoa lapsen menettämisestä, tai he voivat kokea vanhemmuuden todella haastavaksi. Ammattilaisen tulee realisoida tulevia vanhempien heidän pelkojen suhteen. (Tulppala 2004, 86—87.)

Kun hedelmöityshoidot onnistuvat ja nainen tulee raskaaksi, on nainen raskausaikana huolestuneempi sikiöstä ja synnytyksestä kuin luonnollisesti raskaaksi tulleet naiset. Hedelmöityshoitojen avulla raskaaksi tulleet naiset eivät myöskään kerro raskaudesta yhtä varhaisessa vaiheessa. Lisäksi hedelmöityshoitoja saaneilla naisilla synnytyspelon riski on huomattavasti suurempi. (Tulppala 2012.)

Suurimmat syyt hedelmöityshoitojen lopettamiseen ovat ahdistuneisuuden ja stressin lisääntyminen. Yleisesti katsoen naiset tuntevat enemmän hedelmöityshoitoihin liittyvää ahdistuneisuutta kuin miehet. Jos lapsettomuuteen johtanut tekijä löytyy miehestä, voivat pettymyksen ja ahdistuneisuuden tunteet lisääntyä myös miehellä. (Poikkeus 2007, 26-27.)

Lapsettomuudesta kärsivät naiset, joiden hedelmöityshoidot ovat onnistuneet, kärsivät vähemmän psyykkisistä oireista kuin naiset, joiden

hoidot eivät onnistuneet (Yli-Kuha, Gissler, Klemetti, Luoto, Koivisto & Hemminki 2010). Negatiiviset tunteet liittyvät pelkoon jäädä lapsettomaksi, eivät lapsettomuushoitoihin itsessään (Poikkeus 2006, 27). Parit, jotka harkitsevat ja lähtevät hedelmöityshoitoprosessiin, ovat muita psyykkisesti ja henkisesti valmiimpia vanhemmuuteen. Hedelmöityshoitoja saaneet äidit kokevat vanhemmuuden positiivisempaan kuin äidit, jotka ovat tulleet luonnollisesti raskaaksi. (Poikkeus 2007, 48.) Yli-Kuhan ym. (2010) mukaan naiset, joilla on psyykkisiä ongelmia entisestään, haluavat vähemmän lapsia tai eivät ole muuten valmiita aloittamaan hedelmöityshoitoja niiden psyykkisen kuormittavuuden takia. Anttila & Korkeila (2012) kirjoittavat, että vaikka potilaslähtöinen työskentelytapa voi vähentää hoitoihin liittyvää stressiä, on hoitohenkilökunnan tärkeää tunnistaa ne yksilöt, jotka hyötyisivät psykoterapiasta.

### 5.3 Psykososiaalinen tuki hedelmöityshoidoissa

Psykososiaalinen tuki kattaa psyykkisen, sosiaalisen sekä hengellisen tuen muodot. Sen avulla pyritään ehkäisemään ja vähentämään odottamattomista vakavista ja mahdollisesti äkillisistä, traumaattisista tapahtumista aiheutuvia seurauksia. Tuen tarpeen voi havaita ammattihenkilö, asiakas tai asiakkaan läheinen. Psykososiaalisen tuen tavoitteeksi voidaan määrittää toimintakyvyn tukeminen, stressi- ja surureaktioiden lieventäminen sekä tukeminen arkeen palaamisessa kriisin jälkeen. (Psykososiaalinen tuki 2017.)

Lapsettomuuspotilaiden saama tuki jää usein vähäiseksi, sillä psykologeillakaan ei välttämättä ole riittävää osaamista asiakkaiden tukemiseen. Ammatillaisen tulisi hallita lapsettomuus ja sen hoidot sekä parisuhteen, intiimiyden, seksuaalisuuden ja surutyön kokonaisuus. Tällöin asiakkaan saama tuki olisi kokonaisvaltaista ja eri osioista koostuisi hallittu ja kattava kokonaisuus. Psykososiaalista tukea tulisi tarjota aktiivisesti koko hoitoprosessin aikana, mutta erittäin tärkeitä tuen vaiheita ovat hoitoihin hakeutumisen ja hoitojen lopettamisen vaihe sekä tilanne, jossa

hoitokeinoksi mietitään luovuttajien sukusoluilla toteutettavia hoitoja. (Tulppala 2004, 86.)

Voimaantumisella (empowerment) tarkoitetaan sosiaalista prosessia, jonka tavoitteena on asiakkaan mahdollisuus tehdä päätöksiä omaan hoitoonsa ja terveyteensä liittyvissä asioissa sekä kokonaisuudessaan koko elämässään. Asiakasryhmän voimaantumisen myötä asiakkaille tarjottavaa hoitoa voidaan toteuttaa heidän tarpeensa ja toiveensa huomioiden. (Tuorila 2013.) Riittävä tiedonsaanti ja sen läpikäyminen ovat osa hoitopäätöksien tekoa. Asiakkaiden omien kokemusten mukaan heille ei ole tarjottu riittävästi tukea, jotta he voisivat tehdä päätöksiä omasta hoidostaan. (Miettinen 2011, 44.) Tästä johtuen asiakkaat kokevat, ettei heitä oteta tosissaan (Sallinen 2006, 117—118).

Voimaantumisen mahdollistamiseksi asiakkaalle tulee antaa selkeästi ymmärrettävää tietoa. Jotta asiakas pystyy hyödyntämään itsemääräämisoikeuttaan, tulee hänellä olla riittävästi tietoa hoidoista ja niiden toivotuista vaikutuksista sekä mahdollisista haitoista.

Voimaantuminen auttaa asiakasta löytämään omia vahvuuksiaan ongelman hyväksymisessä sekä mahdollisessa parantumisessa. Voimaantunut asiakas käsittää omat velvollisuutensa ja oikeutensa sekä omaa riittävästi tietoa sairaudestaan tai ongelmastaan.

Voimaantumisprosessissa merkittäviä tekijöitä ovat muun muassa taloudellinen tilanne, koulutus sekä asiakkaan ikä. Voimaantunut asiakas hyödyntää päätösoikeuttaan, ja myös hänen sitoutuminen hoitoonsa on parempaa. Voimaantuneet asiakkaat ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. (Tuorila 2013.)

#### 5.4 Hedelmöityshoitojen etiikka

Hedelmöityshoitoihin liittyy paljon eettistä keskustelua, varsinkin lainsäädännön muokkaamisen yhteydessä. Laki hedelmöityshoidoista koskee hoitoja, joissa naiseen viedään sukusoluja tai alkioita raskauden aikaan saamiseksi ja se asettaa rajoituksia hedelmöityshoidoille. Laissa käsitellään sukusolujen luovuttamista ja varastointia sekä sitä, kenelle

hedelmöityshoitoa saa antaa. Hoitoja varten sukusolujen luovuttajalta tarvitaan kirjallinen suostumus, jonka voi halutessaan perua. Suostumusta ei voida hyödyntää luovuttajan kuoleman jälkeen. Hoitoja ei voida toteuttaa, jos hoitoa saavan parin osapuoli on avioliitossa toisen kanssa, voidaan olettaa lapsen annettavan ottolapseksi, tai lapsen tasapainoista kehitystä ei voida turvata. Raskauden tulee olla oletettavasti turvallinen naiselle sekä lapselle, jotta hoitoja voidaan antaa. (Laki hedelmöityshoidoista 22.12.2006/1237)

Hedelmöityshoitoihin liittyvä lainsäädäntö vaihtelee maittain, ja myös EU-alueen sisällä on erilaisia linjauksia hoidoista. Nykyaikana tietoa saadaan internetin välityksellä eri maiden tarjoamista hoidoista. Tämä on herätellyt keskustelua siitä, tulisiko hoitotahon tarjota asiakkaalle tietoa ulkomailla annettavasta hoidosta. Lisäksi ulkomailla annettaviin hoitoihin valmistelu on mietityttänyt eettisyyden nimissä. Laissa näkemys on, ettei sellaisiin hoitoihin, joita kotimaassa ei sallita, tulisi osallistua. Selvä eettinen näkemys kuitenkin on, että ulkomailla toteutettujen hoitojen myötä alkaneet komplikaatiot sekä raskaudet tulee hoitaa kotimaassa asiallisesti. (Lääkärietiikka 2013, 82—86.)

YK:n julistus ihmisoikeuksista (1996) määrittää, että jokaisella on oikeus perustaa perhe. Suomen lainsäädäntöä muokattaessa on kuitenkin keskusteltu, voidaanko sosiaalisista syistä johtuva lapsettomuus luokitella vastaavaksi ominaisuudeksi kuin sairaus, joka oikeuttaisi hoitojen saamisen osittain yhteiskunnallisin varoin. Lapsen saaminen on negatiivinen oikeus, jossa toisella osapuolella ei ole oikeutta estää ihmistä saamaan lasta, eikä se velvoita toista osapuolta. (Tiihonen, Tuominen & Pruuki 2015, 171.)

Hedelmöityshoidoista puhuttaessa nousee aina keskustelua siitä, mihin ikään saakka hoitoja voidaan tarjota. Suomen lainsäädännössä ei ole yläikärajaa, jonka jälkeen hoitoja ei enää anneta. (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006.) Hoitokorvauksia täytyy hakea Kelalta erikseen 43 ikävuoden jälkeen (Hedelmöityshoito 2016). Tiihonen ym. (2016, 174) käsittelevät lapsen oikeudetta vanhempiin sekä heidän kykyä

huolehtia lapsesta. Biologia varmistaa naisen kohdalla rajoituksia. Vaihdevuodet ovat merkki, jolloin luonto asettaa rajat lisääntymiselle. Miehillä samankaltaisia biologisia rajoituksia kuitenkin ei ole.

Sukusolujen luovutusta on toisinaan vaadittu kiellettäväksi. Kiellon pohjalla on huoli lapsen hyvinvoinnista ja edusta. On väitetty, että lapselle voisi tulla myöhemmässä iässä identiteettikriisi ja perhe-elämän vaikeuksia. Tiihonen ym. (2016, 175—176) kirjassaan kertovat kuitenkin, ettei lapselle kehity identiteettiongelmia, jos hän on saanut tietää alkuperästään varhain. Näin lapselle tieto ulkopuolisesta perimästä on itsestäänselvyys, ei perheen sisäinen salaisuus.

Miehille on pitkään ollut tarjolla mahdollisuus pakastaa siittiöitä muista kuin lääketieteellisistä syistä. Myös naisille on tarjoutunut tilaisuus pakastaa munasoluja. Sukupuolten tasa-arvon näkökulmasta ajateltuna tämä on hyvä asia. Tällöin naiset, joilla ei ole puolisoa, saavat lisäaikaa kumppanin etsimiseen. Myös niillä naisilla, joilla ei ole nykyisessä parisuhteessa mahdollisuutta saada lapsia, on mahdollisuus tähän myöhemmin. Tämänkaltaista toimintaa voidaan tarkastella yhteispoliittisesta näkökulmasta. Munasolujen pakastaminen muista kuin lääketieteellisistä syistä on eräänlainen sosiaalinen ongelma, joka nostaa lapsen saaneiden ikää. Syyt perheettömyyteen ovat moninaiset. Joko sopivaa partneria ei löydy tai elämäntilanne hedelmällisellä hetkellä ei ole oikea. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta ajatellen voidaan miettiä, olisiko järkevämpää tukea nuoria taloudellisesti yhdistämään opiskelu ja perheen perustaminen kuin tarjota mahdollisuus sukusolujen pakastamiseen. (Söderström-Anttila 2014.)

Olemme nyt käsitelleet lapsettomuutta ja hedelmöityshoitoja ja niihin liittyviä haasteita. Seuraavaksi esittelemme käyttämäämme tutkimusmenetelmää.

## 6 KUVAILEVA KIRJALLISUUSKATSAUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Prosessimme alussa etsimme laajasti aiheeseemme liittyvää pohjatietoa. Traditionaalisen katsauksen avulla saimme analysoitavasta kirjallisuudesta laajahkon käsityksen. Halusimme perehtyä tutkittavaan ilmiöön laajasti, ja huomasimme, että tutkimastamme aiheesta on olemassa jo melko paljon tietoa (Salminen 2011, 8). Tarkensimme tutkimuskysymyksemme hakemamme tiedon perusteella. Päädyimme valitsemaan tutkimusmenetelmäksemme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, jota myös kutsutaan perinteiseksi kirjallisuuskatsaukseksi. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on käytetty laajalti hoito- ja terveystieteen tutkimuksissa niin laajemman tutkimuksen osana kuin myös itsenäisenä tutkimusmenetelmänä. Sen luotettavuudesta on keskusteltu, sillä menetelmää voidaan ajoittain luonnehtia sattumanvaraiseksi. Vahvuutena kuitenkin pidetään mahdollisuutta suunnata tarkastelu valittuihin erityiskysymyksiin. (Kangasniemi ym. 2013.) Koska käytössämme oli laajalti tutkimustietoa, tarvitsimme menetelmän, jonka avulla saisimme jäsennettyä jo olemassa olevaa tietoa tarkoituksenmukaisesti. Näin ollen tämä kuvaileva, perinteinen kirjallisuuskatsaus soveltui työhömmme hyvin.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa muodostetaan tutkimuskysymyksiin kuvaileva vastaus perustuen tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymysten ei kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ole tarpeen olla yhtä yksityiskohtaisia kuin systemaattisessa katsauksessa, vaan ne voivat olla luonteeltaan avoimempia. Kysymysten tarkoituksena on selvittää, mitä ilmiöstä on jo tiedossa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla voidaankin usein löytää uusi näkökulma tutkittavaan asiaan. (Kangasniemi ym. 2013.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei ole tarpeellista noudattaa kovin tarkkoja sääntöjä, ja aineistoja voidaan käyttää melko laajasti (Salminen 2011, 8). Menetelmänä se pyrkii kuvaamaan ilmiön ymmärtämiseen tähtäävästi. Tutkimuskysymyksien muodostaminen sekä tutkimusetiikan noudattaminen ovat keskeisimmät eettiset seikat kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa. Luotettavuuteen liittyvät pääkohdat ovat puolestaan valitun lähdemateriaalin sekä tutkimuskysymyksen



perustelu, prosessin systemaattisuus ja kuvailun luotettavuus.  
(Kangasniemi ym. 2013.)

## 6.1 Aineiston valinta

Aineiston valinnassa käytimme eksplisiittistä mallia, jossa kuvasimme tiedonhaun prosessin melko tarkasti taulukkomuodossa (Liite 1). Tiedonhakuamme ohjasi tutkimuskysymyksemme, ja valikoimme sisältöä aiempien tutkimusten otsikoiden sekä sisällön perusteella. Rajasimme aineistoa suomen- ja englanninkielisiin enintään 10 vuotta vanhoihin tutkimuksiin. Valintaperusteena tärkein oli se, kuinka tutkimus vastaa asettamiin kysymyksiimme. (Kangasniemi ym. 2013).

Aineiston keräämisessä käyttämämme tietokannat ovat Medic, TamPub, PubMed sekä Chinal EBSCO. Varmistimme englanninkieliset hakusanat ja tutkimuksia lukiessamme opimme käyttämään tarvittavia hakusanoja.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa halusimme hyödyntää mahdollisimman laajaa näkemystä mielenterveyden ja tuen haasteista hedelmöityshoitoasiakkaille. Hakusanoilla koeputkihedelmöitys + psyykinen + tuki + infertility treatments + psy\*, löysimme kaksi tutkimusta, jotka hyödyntävät kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Näissä tutkijoina ovat Sallinen sekä Read, Carrier, Boucher, Whitley, Bond ja Zelkowitz. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla saa hyvän näkemyksen siitä, mitä lapsettomuudesta kärsivät, hedelmöityshoidoissa olevat asiakkaat kokevat ja haluavat. Nämä tutkimukset avasivat tutkimuskysymyksiämme laajasti sekä antoivat lisäarvoa jo hyödyntämiimme muihin lähteisiin. Sallisen tutkimus on vuodelta 2006 eikä julkaisuajankohtana täytä 10 vuoden sääntöämme. Totesimme sisällön kuitenkin täsmentävän ja antavan hyvän näkökulman asiakkaiden toiveista. Väestöliiton Miettisen tutkimus on kyselylomakkeen avulla tehty tutkimus. Tämä tutkimus kritisoi ja antoi pohdittavaa verraten julkisten sekä yksityisten hedelmöityshoitoa tarjoavien klinikoiden välillä. Hakusanana oli vain lapsettomuus ja kriteerinä julkaisun ikä hakuhetkellä enintään 10 vuotta.

Kaksi valitsemaamme Yli-Kuhan tutkimusta hyödyntävät kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Nämä tutkimukset löytyivät eri hakusanojen avulla eri tietokannoista. Vuoden 2012 tutkimus vertaa naisten sosiodemokraattista taustaa ja hedelmättömyyden esiintyvyyttä. Hakusanoina olivat infertility + treatments + complication\*. Vuoden 2016 tutkimuksessa käsiteltiin mielenterveyden häiriöiden johtamista sairaalahoitoon ennen ja jälkeen hedelmöityshoitojen. Tämä tutkimus löytyi hakusanojen mental disorder + assisted + infertility avulla. Näitä hakusanoja käytettiin muihinkin tietokantoihin, mutta tuloksetta. Nämä kaksi tutkimusta toivat uuden näkökulman kirjallisuuskatsauksemme.

## 6.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa hyödynsimme sisällönanalyysin menetelmää. Teemoittelu nousi tutkimuksessamme parhaaksi mahdolliseksi analysointitavaksi, sillä sen avulla saimme hahmotettua ja purettua aineistoa tutkimuskysymyksiimme sopivaksi. Teemoitimme aineistosta nostamiamme ilmiöitä tutkimuskysymystemme mukaisesti, jotta aineiston hahmottaminen ja prosessin hallinta helpottuisi. (Teemoittelu 2017.) Kirjallisuuskatsauksemme on deduktiivinen tutkimus, eli käyttämämme teemat valikoituivat teorialiedon perusteella. Aiempaa tietoa löytyi laajasti hedelmöityshoitojen aikaisesta ahdistuksesta ja myös muista tuen tarvetta aiheuttavista mielenterveyden haasteista. Sosiaalisia vaikeuksia kuvattiin laajemmin tutkimuksissa, joissa puhuttiin tahattomasta lapsettomuudesta. Tästä johtuen koimme tarpeelliseksi selvittää vaikutuksia tahattomasti lapsettoman asiakkaan hedelmöityshoitoprosessin aikana. Saadun ja kaivatun tuen selvittämiseen johti teoriaperustamme useat maininnat siitä, kuinka asiakkaat kokevat tuen tarpeen eri tavoin. Lähteestä riippuen tuen tarvetta oli käsitelty melko vaihtelevasti. Käyttämämme teemat olivat saatu psykososiaalinen tuki, kaivattu psykososiaalinen tuki sekä hedelmöityshoitojen vaikutukset mielialaan ja mielenterveyteen.

## 7 PSYKOSOSIAALISEN TUEN KOKEMUS HEDELMÖITYSHOITOASIAKKAILLA

Seuraavaksi esitämme kirjallisuuskatsauksemme tulokset teemoittain pohjautuen tutkimuskysymyksiimme. Tutkimustuloksissa käsitellään seuraavia teemoja:

- saatu tuki
- kaivattu tuki ja syyt sen syntyyn
- hedelmöityshoitojen vaikutukset mielialaan ja mielenterveyteen.

Riittävä tuen ja tiedon saaminen vähentää hoitoihin liittyviä pelkoja. Tuki on tärkeää hoitopäätösten tekemisen kannalta. Myös lapsettomuuden läpikäymiseen tarvitaan tukea. (Miettinen 2011, 44.) Hedelmöityshoidoissa olevista naisista vajaa puolet kokee saaneensa riittävästi tukea, mutta noin kolmannes naisista kokee, ettei ole saanut tukea laisinkaan. Viidesosa naisista kertoo saaneensa tukea, mutta eivät koe sen olleen riittävää. (Yli-Kuha ym. 2010.) Yksityissektorilla hoidettavat asiakkaat ovat tyytyväisempiä saamaansa tukeen kuin julkisen sektorin hoidoissa olleet. Koulutustaso vaikuttaa tyytyväisyyteen saadusta tuesta siten, että naisista korkeammin koulutetut ovat useammin tyytymättömiä saatuun tukeen, kun taas miehillä tyytyväisyys nousi korkeammin koulutettujen keskuudessa. (Miettinen 2011, 46.) Tyytyväisyys hoitojen aikana saatuun tukeen on parempaa silloin, kun hedelmöityshoitojen avulla pariskunnalle syntyy lapsi (Yli-Kuha 2012, 65).

Lapsettomuuden ja hedelmöityshoitoprosessin läpikäyminen vaikuttaa hoidettavan parin keskinäisen suhteen lisäksi sosiaaliseen verkostoon (Read ym. 2013). Hoitoprosessin aikana myös henkinen taakka on raskas. Tunteiden läpikäyminen on vaikeaa, eikä tunnetta kuvaavia sanoja välttämättä löydy. (Sallinen 2006, 81.) Parilla tulisi olla mahdollisuus keskustella hoidoista ja niihin liittyvistä tunteista sekä kokemuksista ammattiauttajan kanssa (Sallinen 2006, 177).

## 7.1 Saatu tuki

Tässä kappaleessa käsittelemme hedelmöityshoitoprosessin yhteydessä saatua tukea. Hoitotahon tarjoaman tuen lisäksi tukea saadaan internetin keskustelupalstoilta, joissa tarjolla on sekä vertaistukea että ammattilaisten tuottamaa tietoa (Miettinen 2011, 46; Read ym. 2013). Positiiviseen kokemukseen saadusta tuesta liittyy raskauteen ja lapsen syntymään johtaneet hedelmöityshoidot (Yli-Kuha 2012, 65). Kun tukea on haettu parisuhteen haasteisiin, on saatu tuki koettu hyväksi (Read ym. 2013).

Hedelmöityshoidoissa olevista naisista noin kolmannes kokee saavansa riittävästi tukea hoitavan yksikön työntekijöiltä. Tätä enemmän tukea saadaan omalta puolisoilta ja läheisiltä. (Yli-Kuha ym. 2010.) Monella asiakkaalla on kokemus siitä, ettei hoitohenkilökunta ole juuri silloin tavoitettavissa, kun tukea ja tietoa kaivattaisiin, ja internetistä löytyy helposti hoidot läpikäyneiden henkilöiden käytännön neuvoja, joita hoitava henkilöstö ei välttämättä ajattele asiakkaalle tärkeäksi. (Read ym. 2013.) Monet ovatkin löytäneet erilaisia internetsivuja, joista saa vertaistuen lisäksi tietoa ja tukea eri näkökulmista (Miettinen 2011, 46; Read ym. 2013). Lisäksi päivystävä puhelin koetaan hyödylliseksi, kun tarvitaan akuutisti keskusteluapua. Soittoaika on kuitenkin tutkimuksen teon aikaan ollut vain kerran viikossa, joten on ehdotettu puhelinlinjaa, johon voisi soittaa koska vaan. (Sallinen 2006, 119.) Nykyään onkin tarjolla useita erilaisia päivystäviä puhelimia, joihin voi soittaa useita kertoja viikossa. Erityisesti lapsettomuudesta kärsiville ja hedelmöityshoidoissa oleville tarkoitettua, jatkuvasti päivystävää puhelinpalvelua ei ilmeisesti vielä ole saatavilla. (Auttavat puhelimet Suomessa.)

Parisuhteen ongelmiin ja stressiin tukea hakeneet parit ovat melko tyytyväisiä saamaansa tukeen. He ovat löytäneet ammattilaisen avulla keinoja reagoida stressiin eri tavalla. Tukea saaneille asiakkaille on muodostunut hoitoprosessista positiivisempi kokonaiskuva. (Read ym. 2013.)

## 7.2 Kaivattu tuki ja syyt sen syntyyn

Tässä kappaleessa käsittelemme hedelmöityshoitojen aikana ilmenevää tuen tarvetta ja tekijöitä, jotka johtavat sen syntyyn. Hoitohenkilökunnalla ei asiakkaiden kokemuksen mukaan ole riittävästi valmiuksia tukea paria kriisin käsittelyssä tai ohjata asiakkaita psykososiaalisen tuen ammattilaisen luo (Sallinen 2006, 117). Kymmenesosalla on kokemus, ettei hoitopäätöksen tekoon ole annettu riittävästi tukea. Hoitopäätökseen liittyvän tuen muotona esille nousi riittävä tiedon saaminen ja läpikäynti ammattilaisen kanssa. (Miettinen 2011, 44.) Asiakkaille voi muodostua kokemus siitä, ettei heitä oteta tosissaan, ja ajoittain ammattihenkilöt aliarvioivat henkistä kriisiä (Sallinen 2006, 117—118).

Hedelmöityshoitoprosessi vaikuttaa laajalti myös pariskunnan sosiaaliseen elämään, sillä lähipiiristä ei välttämättä löydy muita hoidoissa olevia tai hoidot läpikäyneitä, jolloin syntyy kokemus, etteivät läheiset ymmärrä tilannetta. Hedelmöityshoidot vaikuttavat sosiaalisen verkoston lisäksi myös parin keskinäiseen kommunikaatioon, ja parille voi syntyä pelko toisistaan etääntymisestä. Pariskunnat tarvitsevat tukea myös hoitojen aiheuttaman psyykkisen ja emotionaalisen stressin käsittelyyn. (Read ym. 2013.) Muita negatiivissävytteisiä tunteita, joiden käsittelyyn kaivataan tukea, ovat muun muassa viha, itsetunnon laskeminen, seksuaalisten halujen väheneminen sekä sosiaalinen eristäytyminen (Yli-Kuha ym. 2010).

Osa hoidettavista kokee, ettei tukea ole tarjottu, eikä sitä ole omin avuin jaksettu etsiä (Read 2013). On myös tilanteita, joissa asiakas itse tai jopa lääkäri on yrittänyt saada tukea asiakkaalle, mutta sitä ei ole saatu. Tällaisissa tilanteissa syynä on ollut esimerkiksi resurssien puute. (Sallinen 2006, 118.) Asiakkaalla voi lisäksi olla ajatus siitä, että odotusaika on niin pitkä, ettei tukea ole kannattavaa hakea. Tuen saamiseen liittyy myös taloudellinen näkökulma, sillä varakkaimmilla henkilöillä on parempi mahdollisuus hakea tukea yksityisiltä palveluntuottajilta. (Sallinen 2006, 118.) Miehillä voi olla mielikuva, ettei psykologin kanssa keskustelu ole ”miesten juttu”, ja tämän takia tukea ei

haeta. Myös naisilla esiintyy negatiivissävytteisiä ajatuksia psyykkistä tukea tarjoavia ammattiryhmiä kohtaan. (Read ym. 2013.)

Hoitavan klinikan työntekijöiltä tukea kokee saaneensa noin kolmannes naisista, mutta psykologilta ja psykiatrilta tukea saaneiden osuus on todella pieni (Yli-Kuha ym. 2010). Hoitohenkilökunnan toiminta ei aina vastaa asiakkaiden odotuksia, sillä asiakkaat toivovat toimenpiteiden ja tutkimusten ohella myös henkisen kriisin läpikäymistä. Asiakkaita ei myöskään aktiivisesti ohjata psykososiaalisen tuen piiriin. (Sallinen 2006, 117.)

Asiakkailla harvoin on lähipiirissä henkilöä, jonka kanssa voisi keskustella hedelmöityshoitoihin liittyvistä huolenaiheista. Läheiset saattavat karttaa parin seuraa, kun eivät tiedä kuinka heidän seurassa tulisi käyttäytyä. Hedelmällisessä iässä olevilla pareilla ongelmaksi nousee myös se, että ystäville muodostuu hiljalleen perheet, ja he ystäväystyvät muiden lapsiperheiden kanssa. Läheiset voivat aiheuttaa mielipahaa myös tahattomasti, esimerkiksi kyselemällä lapsitoiveista. (Sallinen 2006, 24—25.)

Oman sosiaalisen verkoston jäädessä hetkellisesti taka-alalle nousee vertaistuen merkitys suureksi. Asiakkaille olisi tärkeää saada vertaistuen avulla tietoa hoitojen kestosta, haitoista ja mahdollisista epäonnistumisista, sillä näitä asioita ei tuoda riittävästi esille hoitohenkilökunnan puolelta. Myös kokemusten jakamisen tarve on tärkeä huomioida. Vertaistuen avulla olisi mahdollisuus saada tukea ja apua myös pieniin käytännön asioihin. (Read ym. 2013.)

Psykososiaalisen tuen tulisi kuulua automaattisesti hedelmöityshoitoprosessiin, ja pakollinen käynti tietyissä tilanteissa hoidon aikana olisi hyödyllinen. Asiakkaille tulisi antaa mahdollisuus keskustella hoidosta ja käsitellä tunteita ammattilaisen avulla, jolla on kokemusta lapsettomuuspotilaiden hoidosta. (Sallinen 2006, 117—118.) Hoidettavilla pareilla voi olla pelkoja esimerkiksi siitä, että he etäännyvät toisistaan jatkuvan stressin vuoksi. Kommunikaation puute voi luoda pariskunnan

välille erilaisia jännitteitä, joiden selvittely ei onnistu ilman ammattiapua. (Read ym. 2013.)

### 7.3 Hedelmöityshoitojen vaikutukset mielialaan ja mielenterveyteen

Tässä kappaleessa käsittelemme hedelmöityshoitoprosessin vaikutuksia mielialaan ja mielenterveyteen. Naisilla mielialanvaihtelut ja tunnekokemukset ovat miehiä voimakkaampia (Sallinen 2006, 72—74). Hoitojen aikana henkinen pahoinvointi ja tuska voi jopa heikentää työkykyä, jos asioista ei pääse keskustelemaan (Sallinen 2006, 81, 98). Psyykkinen kuormitus on raskainta tilanteissa, joissa käsiteltävänä on samanaikaisesti toinenkin kriisi sekä hoitojen kestäessä pitkään tuloksettomina (Sallinen 2006, 123—124.)

Naisilla mielialan vaihtelut ovat nopeampia kuin miehillä, ja naisten tunnetilan muutoksen taustalla voi olla pienikin asia, joka muistuttaa omasta lapsettomuudesta. Miehillä muutosten takana on usein jokin yksittäinen tilanne. Naisille muodostuukin usein kokemus, ettei puoliso ymmärrä hänen mielialan vaihteluita hoitoprosessin aikana. (Sallinen 2006, 72—74.)

Puhuttaessa mielenterveydestä hedelmöityshoitoprosessin yhteydessä on tärkeää huomioida sen vaikutukset myös hoitoihin osallistumiseen. Psyykkiset sairaudet nostavat kynnystä osallistua stressaaviin ja kuormittaviin hedelmöityshoitoihin. Mielenterveysongelmista kärsivien toive lasten määrästä on usein myös pienempi kuin sellaisten, joilla mielenterveysongelmia ei ole. (Yli-Kuha ym. 2010.)

Lapsettomuuden ja hedelmöityshoitoprosessin tuoma tuska ja henkinen pahoinvointi voivat epäonnistumisien myötä voimistua niin paljon, ettei tunnetta pystytä sanoin kuvailemaan eikä siitä haluta tai jakseta keskustella. Surun kokemuksilla voi olla vaikutus normaaliin työkykyyn. Toisaalta taas työ tai opiskelu voidaan nähdä eräänlaisena pakokeinona. (Sallinen 2006, 81, 98.)

Henkisen voinnin heikkenemisen myötä voi syntyä erilaisia pelkoja esimerkiksi mielisairauden puhkeamisesta tai henkisen kärsimyksen muuttuminen fyysiseksi (Sallinen 2006, 81). Psykykinen vointi kohenee usein, kun hoidot päädytään lopettamaan, ja asian lopullinen käsittely voidaan aloittaa. Hoitojen loppuessa ja stressin väistyessä myös elämän suunnittelu muuttuu helpommaksi. (Sallinen 2006, 84.)

Hedelmöityshoidot voivat olla jollekin keino käsitellä omaa lapsettomuuttaan, mutta tällöin syntyy mielikuva lapsen saannin mahdollisuudesta ja sopeutumisprosessi sekä henkinen tuska voivat pitkittyä. Hedelmöityshoidot siis tuovat asiakkaalle voimavaroja lapsettomuudesta selviämiseen, mutta samanaikaisesti aiheuttavat henkistä kuormitusta. (Sallinen 2006, 84—84.)

Sairaalahoitoa vaativista mielenterveysongelmista hedelmöityshoitoprosessin yhteydessä yleisin on masennus. Sairaalahoitoja on verraten enemmän niillä, joilla ei ole hoitojen tuloksena alkanut raskautta. (Yli-Kuha 2012, 64—65.) Hoitoprosessin aikana naisten sairaalahoidon syy on useammin fyysinen kuin psykykinen (Yli-Kuha ym. 2010).

Hedelmöityshoidot vaikuttavat myös kokemukseen kehon- ja elämännhallinnasta. Tästä syntyvää ahdistusta voidaan pyrkiä lievittämään esimerkiksi laihdutuksen avulla, joka voi auttaa saamaan osittaisen kokemuksen menetetystä kehonhallinnasta. (Sallinen 2006, 86.)

Olemme nyt käsitelleet hedelmöityshoitojen yhteydessä saatua ja kaivattua psykososiaalista tukea sekä hedelmöityshoitoprosessin vaikutusta asiakkaan mielialaan ja mielenterveyteen. Esitämme kappaleen lopuksi yhteenvedon tarkastelemistamme asioista.

Tukea on saatu

- hoitavan yksikön työntekijöiltä
- vertaistukena muilta hedelmöityshoitoasiakkailta (esimerkiksi internetin keskustelupalstoilta)



- päivystävistä puhelimista.

Asiakkaat kaipaavat lisää

- tukea hoitopäätöksen tekoon
- tukea ja ymmärrystä läheisiltä
- tietoa ja tilanteen läpikäyntiä hoitotaholta
- tukea tunteiden käsittelyyn
- vertaistukea.

Hedelmöityshoidot voivat vaikuttaa asiakkaan mielialaan ja mielenterveyteen

- mielialan vaihteluina
- stressinä
- pelkutiloina
- masennusoireina.

Psykososiaalista tukea tarjottaessa hedelmöityshoitoasiakkaille tulee arvioida, milloin asiakas kaipaa tukea ja milloin hän on valmis ottamaan sitä vastaan. Tuen tarve vaihtelee yksilöllisesti, ja siihen vaikuttaa myös hedelmöityshoitoprosessin vaihe. On tärkeää muistaa, että tuen tarve voi jatkua myös silloin, kun hedelmöityshoidot päättyvät ja raskaus alkaa.

Kuten edellä totesimme, vertaistuki on ollut monille asiakkaille arvokasta, mutta kaikki eivät ole kriisin keskellä jaksaneet hakeutua sen pariin. Siitä syystä olisi tärkeää, että hoitohenkilökunta osaisi ohjata tukea kaipaavat asiakkaat psykososiaalisen tuen ammattilaisten lisäksi myös hoitotahon ulkopuolelle esimerkiksi erilaisten järjestöjen tarjoaman tuen piiriin.

Vertaistuki ja sen tarjoaminen eivät kuitenkaan saisi vaikuttaa ammattilaisten tarjoaman psykososiaalisen tuen saatavuuteen, vaan asiakkaille tulisi tarjota mahdollisuus myös keskusteluihin esimerkiksi psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.

Psykososiaalisen tuen tarve tulee huomioida etenkin, jos asiakkaalla ilmenee mielialan vaihteluita, pelkutiloja, stressiä tai masennusta. On

keskeistä muistaa, että mielenterveyden ongelmat voivat esiintyä myös fyysisinä oireina ja merkkeinä, esimerkiksi laihtumisena.

## 8 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohdimme tutkimustuloksiamme sekä tutkimuksemme luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi käsittelemme tutkimukseen ja sen teemaan liittyviä jatkokehittämishaasteita ja -mahdollisuuksia.

Tutkimuksessamme nousi esille paljon ajatuksia herättäviä huomioita, joista korostui psykososiaalisen tuen jonkinasteinen puute melkein kaikilla hoidoissa olleista. Ennako-oletuksemme mukaisesti tutkimuksessa kävi ilmi, että yksityiset lapsettomuusklinikat tarjoavat psykososiaalista tukea enemmän kuin julkinen sektori. Asiakkaiden tyytyväisyys tiedonsaantiin ja hoitoprosessiin kokonaisuudessaan on yksityisillä klinikoilla parempaa kuin julkisella sektorilla. Aineistossamme käsiteltiin hoitojen lopettamista kesken prosessin tilanteessa, jossa hoidot koetaan sekä psyykkisesti että fyysisesti liian raskaiksi. Olettamuksena on, että yksityissektorilla hoidettavilla varsinkin psyykkisen stressin ja kuormituksen käsittelyyn saa enemmän tukea kuin julkisella sektorilla. Ajatuksena onkin mielenkiintoista miettiä, jätetäänkö julkisessa terveyden- ja sairaanhoidossa hedelmöityshoitoprosesseja enemmän kesken, vai onko taustalla jokin muu selittävä tekijä.

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Oletuksiamme vahvisti se keskeinen huomio, että tutkimuksissa käsiteltiin paljon tuen lisäksi myös tarkan ja riittävän tiedon merkitystä psyykkisen jaksamisen kannalta hoitojen aikana. Kriisin vaiheisiin perustuen kirjallisen tiedon saaminen ja jo saadun tiedon toistaminen sekä läpikäyminen myöhemmin nousivat myös tärkeiksi tiedonsaannin ja tuen muodoiksi.

Monissa tutkimuksissa keskityttiin vain naisten kokemuksiin ja käsityksiin saadusta tuesta ja tiedosta. Näin ollen emme saaneet kovin tarkkaa kuvaa miesten saamasta tuesta. Miesten kokemuksia kuitenkin nousi jonkin verran esille. Hoitojen aikaiset mielialan vaihtelut ovat naisille haastavampia, vaikka suruprosessi olisi samankaltainen (Sallinen 2006, 73, 88). Ajatuksia nousi prosessimme aikana myös mahdollisten aiempien

lasten näkemyksiin ja kokemuksiin vanhempien hoitoprosessista. Tästä ei kuitenkaan valitsemastamme aineistosta löytynyt tietoa.

Lapsettomuudesta on tehty paljon tutkimuksia, ja luonnollisesti melkein kaikki hedelmöityshoitoja käsittelevät tutkimukset sivuavat lapsettomuutta. Osassa aineistoa olemme miettineet tuen tarpeen ja sen muotojen eroja sen mukaan, puhutaanko lapsettomuudesta yleisesti, vai onko lapsettomuuden kokemukseen liitetty myös hedelmöityshoidot. Lapsettomuus on suuri kriisi, josta usein seuraa hedelmöityshoitoja, joten näitä asioita on hyvä tarkastella rinnakkain.

Asiakkaille on haastavaa erottaa tarkasti, mistä mikäkin tunnekokemus alkaa tai johtuu. Sallisen (2006, 84) mukaan hedelmöityshoidot voivat olla jollekin keino käsitellä tai työntää sivummalle lapsettomuuteen liittyviä negatiivisia tunteita. Lopullinen, pysyvä infertiliteetti, käsittelee alkaakin vasta, kun hoidot on lopetettu. Tärkeää on muistaa myös ne asiakkaat, jotka saavat lapsen hoitojen jälkeen. Parille on tärkeää luoda mahdollisuus käsitellä tunteita, jotta syntyvä lapsi ei muistuta lapsettomuudesta jatkuvasti. Näin ollen olemme käsitelleet tuen tarpeita kokonaisuutena, keskittyen kuitenkin hedelmöityshoidoissa olevien lapsettomuusasiakkaiden kokemuksiin.

Tutkimuksia lukiessamme nousi kysymys lapsettomuuden kriisin psykososiaaliseen tukeen myös hedelmöityshoitojen aikana. Vaikka Yli-Kuhan tutkimuksissa (2010 & 2012) nousi päällimmäisenä psyykinen hyvinvointi hedelmöityshoitoihin osallistuneilla asiakkailla, jäimme miettimään, kertooko tämä kuitenkaan kaiken. Sallisen (2006) pro gradu – tutkielmassa kerrottiin narratiivisesti asiakkaiden omat tarinat. Heidän oman kertoman mukaan tunnekuohut, kriisi sekä pelko jäädä lapsettomaksi ailahtelee koko ajan, myös hoitojen aikana. Tämä tukee ajatustamme siitä, että psykososiaalista tukea tulisi tarjota hedelmöityshoitoasiakkaille.

Hieman ristiriitaisia ajatuksia nostaa se, että psyykkistä tukea kaivataan ammattiauttajilta. Asiakkaat myös kokevat, että tuen saaminen vaatii

asiakkaalta aktiivista prosessia avun hakemiseksi (Sallinen 2006, 118). Kuitenkin varsinkin miehet ajoittain kokevat psykologien ja muiden psyykkistä apua tarjoavien ammattiryhmien tuen epämieliseksi, ja esimerkiksi psykologin luona käyntiin voi liittyä kielteisiä ennakkoaajatuksia. (Read ym. 2013.)

Etsiessämme tietoa psykososiaalisesta tuesta ja sen tarjonnasta jäimme pohtimaan, kuinka kunnallisen ja yksityisen sektorin asiakkaan tuen tarve eroaa toisistaan. Tarjotaanko yksityisellä sektorilla enemmän psykososiaalista tukea koko hedelmöitysprosessin ajan verrattuna julkiseen sektoriin? Miettisen (2011) tutkimus osoitti, että asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon yksityisellä sektorilla. Miettisen (2011) tutkimus ei kuitenkaan suoraan verrannut yksityisen tai julkisen sektorin tyytyväisyyttä keskenään. Vastausprosentti ei myöskään ollut riittävä kunnallisen sairaanhoidon asiakkailta, jotta voitaisiin luotettavasti todeta asiakkaiden tyytyväisyys mahdollisimman pienellä virhemarginaalilla.

## 8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuuden arvioinnin pohjana toimii tutkimuskysymysten ja aineiston perusteltavuus, tulosten käsittely ja tutkimuksemme systemaattisuus (Kangasniemi ym. 2013).

Valitsemamme lähdemateriaali ja sen etsiminen on selkeästi kuvattu tutkimusraportissamme. Tutkimuskysymykset on valittu riittävän teoretiedon hakemisen jälkeen. Kysymykset ovat tarpeeksi laajat, jotta voimme tarkastella aihetta monesta eri kulmasta. Prosessimme on järjestelmällisesti kuvattu tutkimusraporttiin ja tutkimuksemme kuvailu on selkeää. (Kangasniemi ym. 2013.) Myös tutkimusmenetelmä on mielestämme kuvattu selkeästi.

Aineistonhakuprosessimme on suoritettu eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä käyttäen. Valittuihin tutkimuksiin viitataan tässä kirjallisuuskatsauksessa asianmukaisesti sekä kirjoittajia kunnioittaen. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2017.) Käytimme erilaisia hakusanoja ja

haimme tutkimuksia neljästä eri tietokannasta. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessia kuvaavaan taulukkoon on kirjattu haun ajankohta, tietokanta, hakutermit, hakutulos/valittu määrä sekä valitun lähteen tiedot. Hakuprosessia on kuvattu taulukossa (Liite 1), joka vahvistaa hakuprosessin luotettavuutta. Analysointi tapahtui tutkimuksia luettaessa, ja tärkeät ilmaisut poimittiin tekstistä. Käyttämämme tutkimukset ja lähteet olivat suomen- sekä englanninkielisiä. Kaikki englanninkieliset hakusanat tarkistettiin, jotta sisältö vastaisi tutkimuskysymyksiin ja antaisi oikean lähdemateriaalin.

Olemme käyttäneet työssämme muutamia yli kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia ja muitakin lähdemateriaaleja, jos etsimistämme aiheista ei ole ollut uudempaa tietoa luotettavissa lähteissä. Tämä voi osaltaan hieman heikentää tutkimuksen luotettavuutta, mutta olemme pyrkineet miettimään sitä, ettei kyseiseen aiheeseen liittyvä tieto ole sellaista, joka ajan myötä muuttuisi. Esimerkiksi hedelmöityshoitomenetelmistä täytyy olla uutta tietoa, sillä menetelmät voivat muuttua melko nopeastikin.

Aiheemme sekoittuu helposti lapsettomuuteen ja sen aiheuttamaan tuen tarpeeseen. Monissa tutkimuksissa on käsitelty sekä lapsettomuutta että hedelmöityshoitoja, joten ajoittain on ollut vaikeaa erottaa, mikä asia liittyy lapsettomuuteen ja mikä hedelmöityshoitoihin. Kirjallisuuskatsauksessa pyrimme selventämään näiden kahden eron, jotta välttyisimme väärinkäsityksiltä ja virheelliseltä tiedolta.

### 8.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyössämme eettinen pohdinta pohjautuu tutkimuskysymysten muodostamiseen sekä tutkimusetiikan noudattamiseen koko prosessin ajan (Kangasniemi ym. 2013). Opinnäytetyö on toteutettu sekä julkaistu tieteellisen tiedon ja oppilaitoksen vaatimusten mukaisesti.

Opinnäytetyömme aikana on noudatettu huolellisuutta, rehellisyyttä sekä tarkkuutta (Hyvä tieteellinen käytäntö 2017). Eettisyyttä arvioitaessa huomioitavaa on tutkimuskysymysten muodostaminen, joka työssämme perustuu aiempaan tutkimustietoon (Kangasniemi ym. 2013).

Lähdemateriaalia käytettäessä lähdeviitteet ovat asianmukaisia, joka merkitsee tutkijoiden työn kunnioittamista. Tutkimuksia analysoidessa pyrimme tuomaan tulokset mahdollisimman tarkasti esille. Aiheeseen on perehdytty tutkimuksia analysoiden, jotta tutkimuskysymyksiin voitaisiin vastata mahdollisimman laajasti sekä tuomaan esille aiheeseen liittyvää tietoa totuuden mukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen tuomat tulokset on tuotu esille ketään loukkaamatta sekä tutkijoita kunnioittaen. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2017.)

#### 8.4 Opinnäytetyön jatkokehittämishaasteet

Tutkimusaiheemme on todella laaja, ja aiheen tarkentaminen oli melko haastavaa. Hedelmöityshoitojen vaikutuksia olisi mielenkiintoista tutkia laajemmin koko lähipiirin näkökulmasta, ja huomioida esimerkiksi sekundaarisesti lapsettomien aiemmat lapset. Lisäksi hedelmöityshoidoissa olevien miesten kokemuksia olisi tärkeää tutkia lisää. Asiakkaiden ja hoitavan henkilöstön kokemuksia ja ajatuksia riittävästä tuesta tulisi selvittää ja verrata keskenään, jotta hoitotaho saisi realistisemmän kuvan tarjoamansa tuen vahvuuksista ja heikkouksista.

Opinnäytetyössämme kävi ilmi saadun tuen erot julkisen ja yksityisen sektorin hoitopaikoissa. Yksityisellä sektorilla hoidettujen asiakkaiden kokemus tuesta oli yleisesti ottaen positiivisempi. Hoitotahosta riippumatta hoitohenkilökunnalla on pääsääntöisesti samanlainen peruskoulutus. Tämä herättää ajatuksia siitä, että tarjoavatko yksityisen sektorin työnantajat enemmän lisäkoulutusta henkilöstölleen, vai onko ilmiön taustalla jokin muu tekijä. Tuen laadusta ja määrästä tehdyt päätelmät ovat kuitenkin melko heikkoja tutkimuksemme perusteella, sille teema ei ollut tutkimuksemme kovin suuressa osassa, vaan nousi esille tutkimuksen ohessa. Psykososiaalisen tuen vaihtelevuus luo jonkinlaisen epätasa-arvon taloudellisin perustein, sillä yksityisillä lapsettomuusklinikoilla hoidot ovat julkista sektoria kalliimpia, eikä kaikilla ole mahdollisuutta hakeutua yksityiselle klinikalle hoitoihin. Tuen

saatavuutta tulisi tutkia jatkossa lisää ja tuen laatuun tulisi kiinnittää huomiota.

Opinnäytetyömme antaa informaatiota psykososiaalisesta tuesta ja sen puutteista hedelmöityshoitoprosessin aikana. Työmme avulla voidaan kehittää ammattihenkilökunnan tarjoamaa hoitoa kohti kokonaisvaltaisempaa ja asiakaslähtöisempää palvelua. Psykososiaalisen tuen osuus hoitoprosessin aikana nousee tärkeäksi. Nyky-yhteiskunnassa ihmisenäkemys muodostuu entistä kokonaisvaltaisemmaksi, mikä osaltaan tukee psykososiaalisen tuen riittävyttä tulevaisuudessa.

Hedelmöityshoitoja tarjoavien ammattiryhmien koulutuksessa tulisi huomioida asiakkaan ja perheen kokonaisvaltainen hyvinvointi ja sen tukeminen erilaisissa tilanteissa. Ensimmäinen askel voisi olla vain ohjaaminen sellaisen ammattilaisen luo, jolta löytyy valmiudet psykososiaalisen tuen tarjoamiseen. Asiakkaan tukeminen on taito, joka oppimisen jälkeen ei vaadi enää niin sanottua ylimääräistä aikaa, vaan tukea voi antaa kliinisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä.

Psykososiaalisen tuen lisäksi asiakkaan ohjaaminen korostuu hedelmöityshoitoprosessin aikana.

Ohjausvalmiuksilla tarkoitetaan tietoja, taitoja, asenteita ja ohjausmenetelmien hallintaa (Lipponen 2014, 19). Psykososiaalisen tuen ja ohjaamisen taidot kuuluvat vahvasti sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen. Tuki ja ohjaus saattavat kuitenkin melko helposti jäädä toissijaiseksi lääketieteellisten hoitotoimenpiteiden rinnalla. Tämän ilmiön taustalta voi paljastua esimerkiksi epävarmuus omasta osaamisesta tai ajatusmalli kliinisen hoitotyön tärkeydestä. Työnantajien tulisi huomioida mahdollinen epävarmuus ja tarjota henkilöstölle lisäkoulutusta sekä työnohjausta.

Opinnäytetyössämme tekemiemme havaintojen perusteella näyttää siltä, että hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksia tulee parantaa. Myös Lipponen (2014, 19—20) tähdentää hoitohenkilöstön ammatillista vastuuta kehittää omia ohjaus- ja vuorovaikutustaitojaan esimerkiksi kouluttautumalla ja lukemalla alan tutkimuksia. Suullisen ohjauksen tukena on hyvä olla myös



kirjallista tietoa asiakkaille. Tämä edistää hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta. Riittämätön ohjaus tai ohjausajan käyttö voi aiheuttaa asiakkaissa tyytymättömyyttä ja heikentää ohjauksen laatua. Asiakkaat kaipaavat hedelmöityshoitojen aikana jatkuvasti tietoa, ja saadun kirjallisen tiedon määrä koetaankin ajoittain liian vähäiseksi (Miettinen 2011, 45).

Hoitotyötä toteutetaan yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Kommunikaatio on tärkeää, jotta hoito olisi laadukasta sekä yksilöllistä. Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde on erittäin tärkeässä roolissa hedelmöityshoitoprosessin aikana. Asiakkaat jäävät usein kaipaamaan tietoa ja keskustelua. Kiireisessä ja lääketieteellisiin hoitoihin keskittyvässä ilmapiirissä asiakkaan voi olla vaikeaa tuoda tunteitaan ja kokemuksiaan esille. Lähipiirissä ei välttämättä ole ihmistä, jonka kanssa haluaisi tai uskaltaisi keskustella hedelmöityshoitoihin liittyvistä asioista. Tällöin on erittäin tärkeää, että hoitotoimenpiteiden yhteydessä olisi riittävästi aikaa, jolloin asiakas voisi hoitajan tai lääkärin kanssa luottamuksellisesti keskustella tunteistaan ja kysyä mieltä painavista asioista.

Annu Haho (2009) käsittelee artikkelissaan filosofi Martin Buberin käsitystä Minän ja Sinän välillä. Hoitajilla on mahdollisuus luoda yhteys ja läsnäolon kokemus potilaan kanssa. Vuorovaikutukseen liittyviä tärkeitä elementtejä ovat sanojen lisäksi pysähtyminen, kuunteleminen sekä keskusteleminen. Nämä elementit kuuluvat eettisen hoitamisen taitoon. Hoitotyö on inhimillisen luonteen korostamista tietoisesti sekä tavoitteellisesti. Kohtaamiset eri ihmisten kanssa tuovat ilon ja tyytyväisyyden tunteita työhön.

## LÄHTEET

Aitokallio-Tallberg, A. 2012. Lapsettomuuspotilaan raskauden seuranta neuvolassa. Lääkärilehti. Nro 26—31/2012, 2072—2075 [viitattu 11.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lapsettomuuspotilaan-raskauden-seuranta-neuvolassa/>

Anttila, L. & Korkeila, J. 2012. Stressi ja lapsettomuus. Suomen lääkäri-lehti. Nro 26—31/2012, 2076 – 2080 [viitattu 11.11.2016].

Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/stressi-ja-lapsettomuus/>

Auttavat puhelimet Suomessa. 2017 [viitattu 11.3.2017]. Saatavissa:

<https://www.tietoisuus.org/2010/auttavat-puhelimet-suomessa/>

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Grynnerup, A., Lindhard, A. & Sørensen, S. 2012. The role of anti-Müllerian hormone in female fertility and infertility – an overview. NCBI. Pubmed [viitattu 25.1.2017]. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22646322>

Haho, A. 2009. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoidaja. Nro 8/2009 [viitattu 27.2.2017]. Saatavissa:

<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>

Hedelmöityshoidot 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 29.1.2017]. Saatavissa: [https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-](https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/hedelmoytyshoidot)

[lisaantymisterveys/lapsettomuus/hedelmoytyshoidot](https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/hedelmoytyshoidot)

Hedelmöityshoito 2016. Kela [viitattu 11.11.2016]. Saatavissa:

[http://www.kela.fi/korvauskaytanta\\_hedelmoytyshoito](http://www.kela.fi/korvauskaytanta_hedelmoytyshoito)

Heino, A. & Gissler, M. 2016. Hedelmöityshoidot 2014—2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 1.3.2017]. Saatavilla:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130537/Tr09\\_16.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130537/Tr09_16.pdf?sequence=1)

Hyvä tieteellinen käytäntö 2017. Tutkimuseettinen neuvottelukunta [viitattu 26.1.2017]. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-](http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto)

[kaytanto](http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto)

Inseminaatio eli keinohedelmöitys 2016. Väestöliitto [viitattu 7.11.2016].

Saatavissa:

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklainikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmoityshoidot/inseminaatio-eli-keinohedelmoity/>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25/2013, 291—301.

Kaukoranta, S. & Suikkari, A. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. *Suomen lääkirilehti*. Nro 26-31/2012, 2065—2071 [viitattu 21.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/miehesta-johtuva-tahaton-lapsettomuus/>

Klemetti, R. 2006. The use of assisted fertilization in Finland: Health effects and equity. Tampereen yliopisto [viitattu 07.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77048/978-951-44-6860-5.pdf?sequence=1>

Koepuutihedelmoitys eli IVF hoito 2016. Väestöliitto [viitattu 7.11.2016].

Saatavissa:

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklainikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmoityshoidot/koepuutihedelmoitys-eli-ivf/>

Lapsettomuustutkimukset 2016. MSD Finland [viitattu 3.12.2016].

Saatavissa: <http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/lapsettomuustutkimukset>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto [viitattu 27.2.2017]. Saatavissa:

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lääkärin etiikka 2013. Suomen lääkäriliitto [viitattu 20.12.2016].

Saatavissa:

[https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin\\_etiikka\\_2013.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin_etiikka_2013.pdf)

Mattila, A. 2010. Tietoa potilaalle: Stressi. Lääkärikirja Duodecim [viitattu: 11.11.2016]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>

Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidoilla. Väestöliitto [viitattu 15.1.2017]. Saatavissa: [http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/aae54c3883ab73abc1211afa402b8d55/1484501894/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla\\_pdf.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/aae54c3883ab73abc1211afa402b8d55/1484501894/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla_pdf.pdf)

Mäkelä, L. 2010. Tahaton lapsettomuus ja työelämä. Simpukka. Nro 4/2010, 2—4 [viitattu 14.1.2017]. Saatavissa:

<http://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2014/05/Lapsettomuusjatyoelama.pdf?x41316>

Mäkinen, J. 2011. Kohdunulkoinen raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 386-390.

Nupponen, I. 2011. Monisikiöraskaus aiheuttaa lapselle monia riskejä.

Suomen lääkärilehti. Nro 9/2011, 716 [viitattu 21.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/aineistot.lamk.fi/ajassa/paakirjoitukset/monisikiorkaus-aiheuttaa-lapselle-monia-riskeja/>

Ovulaation induktio eli munasolun kypsytyso- ja irrotushoito 2016.

Väestöliitto [viitattu 7.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmoityshoidot/ovulaation-induktio/>

Poikkeus, P. 2007. Outcome of Singleton Pregnancy after Assisted Reproductive Treatment. Helsingin yliopisto [viitattu 17.11.2016].

Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22564/outcomeo.pdf?sequence=1>

Psykososiaalinen tuki 2017. Mieli – Salon mielenterveysseura [viitattu 9.1.2017]. Saatavissa: <http://www.ssmts.fi/kriisikeskus/alisivu2/>

Read, S., Carrier, M., Boucher, M., Whitley, R., Bond, S. & Zelkowitz, P. 2013. Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? NCBI PubMed [viitattu 15.1.2017]. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290241>

Sallinen, M. 2006. Ruusunpunaisista pilvilinnoista tuuliajolle. Tahaton lapsettomuus psyykkisenä kriisinä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto [viitattu: 20.12.2016]. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93832/gradu01315.pdf?sequence=1>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto [viitattu 19.12.2016]. Saatavissa:

[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Salminen, P. 2010. Kiveskohju- tavallinen löydös, joka voi olla merkki vakavasta sairaudesta. Suomen lääkärilehti. Nro 46/2010, 3810—3811 [viitattu 11.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/aineistot.lamk.fi/arkisto/halytyskello-soi/kiveskohju-tavallinen-loydos-joka-voi-olla-merkki-vakavasta-sairaudesta/>

Sariola, A., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T. & Tiitinen, A. 2014. Odottavan äidin käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Soininen, M. 2007. Koeputkihedelmöitys lisää terveysongelmia lapsilla.

Suomen lääkärilehti [viitattu 21.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/koeputkihedelmoitys-lisaa-terveysongelmia-lapsilla/>

Söderström-Anttila, V. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen infertiliteetti. Suomen

lääkärilehti. Nro 39/2010, 3123—3128 [viitattu 21.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/yli-40-vuotiaan-naisen-infertiliteetti/>

Söderström-Anttila, V. 2014. Hedelmöityshoitoa kaikille. Potilaan

lääkärilehti. Nro 23/2014 [viitattu 21.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/hedelmoityshoitoa-kaikille/>

Tahaton lapsettomuus 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu

29.1.2017]. Saatavissa: [https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-](https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/tahaton-lapsettomuus)

[lisaantymisterveys/lapsettomuus/tahaton-lapsettomuus](https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/tahaton-lapsettomuus)

Teemoittelu 2017. Kajaanin ammattikorkeakoulu [viitattu 19.2.2017].

Saatavissa: <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLaadullTeemoittelu.aspx>

Tiihonen, R., Tuominen, M. & Pruuki, H. 2015. Toisenlainen tie. Helsinki:

Kirjapaja.

Tiitinen, A. 2015a. Alkion pakastus. Lääkärikirja Duodecim [viitattu

7.11.2016]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00868](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00868)

Tiitinen, A. 2015b. Hedelmöityshoidon hyperstimulaatio-oireyhtymä.

Lääkärikirja Duodecim [viitattu 11.11.2016]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00869](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00869)

Tiitinen, A. 2015c. Naisen lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim [viitattu

21.11.2016]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00737](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00737)

Tiitinen, A. 2016a. Inseminaatio. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 3.12.2016]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00872](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00872)

Tiitinen, A. 2016b. Klamydia. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 24.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00139](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00139)

Tiitinen, A. 2016c. Koeputkihedelmöitys. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 12.12.2016]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00870](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00870)

Tiitinen, A. 2016d. Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 17.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00151](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151)

Tiitinen, A. 2016e. Lapsettomuushoito. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 3.12.2016]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00732](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732)

Tiitinen, A. 2016f. Sterilisaatio. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 14.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00747](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747)

Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 175-193.

Toivo – Kriisistä selviytymisen oma-apuohjelma nuorille 2017. Nuorten mielenterveystalo [viitattu 25.1.2017]. Saatavissa:

[https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/itsearviointi\\_omaapu/oma-apu/toivo/Pages/osio\\_1.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/itsearviointi_omaapu/oma-apu/toivo/Pages/osio_1.aspx)

Tukea ja neuvontaa lapsettomuushoitojen yhteydessä 2017. Väestöliitto [viitattu 16.1.2017]. Saatavissa:

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinitka/tukea-ja-neuvontaa/>

Tulppala, M. 2002. Lapsettomuuden tuska. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Nro 118/2002, 531—536 [viitattu 20.12.2016]. Saatavissa:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92833.pdf>

Tulppala, M. 2004. Näkökulmia parisuhteeseen ja lapsettomuuteen kiintymyssuhdeteorian pohjalta. Teoksessa Malinen, V. & Alkio, P. Parisuhde, intiimiys, seksuaalisuus – Teoriaa ja käytäntöjä pariterapiasta. Helsinki: Väestöliitto, 79—89

Tulppala, M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. Lääkärilehti. Nro 26—31/2012, 2081—2086 [viitattu 07.11.2016]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lapsettomuus-ja-parisuhde/>

Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. Aikakauskirja Duodecim. Nro 6/2013, 666—671 [viitattu 15.1.2017]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/6/duo10877>

Vapaaehtoinen lapsettomuus yleistyy Suomessa 2016. Väestöliitto [viitattu 15.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/?x27363=5247210](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/?x27363=5247210)

Yli-Kuha, A., Gissler, M., Klemetti, R., Luoto, R., Koivisto, E. & Hemminki, E. 2010. Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. Human reproduction. Oxford journals. Nro 8/ 2010, 2018—23 [viitattu 10.1.2017]. Saatavissa:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20570970>

Yli-Kuha, A. 2012. Prevalence and Socio-demographic Determinants of Infertility, Success of Infertility Treatments and Health of Treated Women. Tampereen yliopisto [viitattu 15.1.2017]. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66851/978-951-44-8674-6.pdf?sequence=1>



Äkillisen kriisin vaiheet 2010. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 24.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00128](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00128)

## LIITTEET

### LIITE 1 Tiedonhakupöytäkirja

Haun ajankohta	Tietokanta	Hakutermi	Hakutulos /Valittu määrä	Valitun tiedon lähteet
19.12.2016	Medic	lapsettomuus Vuosi 2007→	79/1	Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. <a href="http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/a8ee446e403cfea9005cbb7edd811064/1482134036/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla_pdf.pdf">http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/a8ee446e403cfea9005cbb7edd811064/1482134036/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla_pdf.pdf</a>
19.12.2016	Medic	Hedelmöityshoi* Vuosi 2007→	40/0	
19.12.2016	Medic	infertility + treatments Vuosi 2007 ->	11/0	
19.12.2016	Tampub	infertility + treatments + complication* Vuosi 2007→	3/1	Yli-Kuha, A. 2012. Prevalence and socio-demographic determinants of infertility, success of infertility treatments and health of treated women  <a href="http://tampub.uta.fi/handle/10024/66851">http://tampub.uta.fi/handle/10024/66851</a>
19.12.2016	Tampub	assisted + fertilization	483/0	
19.12.2016	PubMed	mental disorder + assisted + infertility	131/1	Yli-Kuha, A., Gissler, M., Klemetti, R., Luoto, R., Koivisto, E. & Hemminki, E. 2010. Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments  <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20570970">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20570970</a>
19.12.2016	PubMed	in vitro fertilization + psychic +support	3/0	
19.12.2016	PubMed	infertility +treatments +complication	325/0	

20.12.2016	Tampub	Koeputkihe delmötitys + psyykkinen + tuki	2/1	Sallinen, M. 2006. Ruusunpunaisista pilvilinnoista tuuliajolle. Tahaton lapsettomuus psyykkisenä kriisinä <a href="http://tampub.uta.fi/handle/10024/93832">http://tampub.uta.fi/handle/10024/93832</a>
20.12.2016	Cinahl EBSCO	infertility treatments + psy*	18/1	Read, S., Carrier, M., Boucher, M., Whitley, R., Bond, S. & Zelkowitz, P. 2013. Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290241">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290241</a>
28.12.2016	Tampub	infertility	200/0	
28.12.2016	Tampub	lapsettomuus	125/0	
28.12.2016	Tampub	hedelmötitys hoito	17/0	
30.12.2016	Medic	lapsettomuus + psyykkinen + tuki	2/0	
30.12.2016	Medic	koeputkihe delmötitys + psyk*	6/0	
30.12.2016	Medic	mental disorder + assisted + infertility	3/0	