

Hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa

Psykososiaalinen tuki ja potilaan
ohjaaminen

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitajan koulutus
Opinnäytetyö
Pellikka Riitta
Penttinen Johanna
Rautiainen Päivi

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala

PELLIKKA, RIITTA
PENTTINEN JOHANNA
RAUTIAINEN PÄIVI:

Hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa
Psykososiaalinen tuki ja potilaan
ohjaaminen

Sairaanhoitajan koulutuksen opinnäytetyö, 29 sivua, 52 liitesivua

Syksy 2017

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hoitajan roolia lapsettomuushoidoissa. Työ koostuu kolmesta artikkelista, joiden aihealueet nivoutuvat toisiinsa, mutta jokainen artikkeli lähestyy aihetta omasta näkökulmastaan. Ensimmäisessä artikkelissa tarkastellaan Suomessa yleisesti käytössä olevia lapsettomuushoitomuotoja sekä tilastollista tietoa hoitojen onnistumisista. Noin joka viides pariskunta kohtaa tahatonta lapsettomuutta, mutta laadukkaiden ja yksilöllisesti suunniteltujen lapsettomuushoitojen ansiosta jopa 80 % pariskunnista voidaan auttaa.

Toinen artikkeli kirjoitettiin hoitajan näkökulmasta, ja siinä kuvataan hoitajan moninaista roolia lapsettomuushoidoissa niin klinisenä kädentaitajan kuin psykososiaalisen tuen antajana sekä lääkehoidon ohjaajana. Artikkeli vahvistaa käsitystä hoitajan roolin tärkeydestä. Kolmas artikkeli käsittelee hoitajan roolia potilaiden näkökulmasta ja tuo esiin kehittämisehdotuksia, jotka voidaan toteuttaa pienilläkin muutoksilla.

Opinnäytetyön yhteenvedon ja pohdintojen perusteella voidaan todeta, että potilaat kokevat tulevansa pääsääntöisesti hyvin kohdatuiksi ja heitä ohjataan lapsettomuushoitojen aikana riittävästi. Parannettavaa vielä on ja tämä on tiedostettu myös hoitohenkilöstön osalta. Merkittävimmät kehityskohteet löytyvät psykososiaalisen tuen ja lääkehoidon ohjaamisen alueilta.

Lahden ammattikorkeakoulussa aloitettiin artikkelimuotoisen opinnäytetyöprosessin pilotointi syksyllä 2016. Opinnäytetyö on valmistunut tämän pilotointihankkeen seurauksena.

Avainsanat: lapsettomuushoidot, hoitajan rooli, potilaan ohjaus, psykososiaalinen tuki

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

PELLIKKA RIITTA
PENTTINEN JOHANNA
RAUTIAINEN PÄIVI:

The role of the nurse in childlessness
treatments
Psychosocial support and guidance
of the patient

Bachelor's Thesis in nursing, 29 pages, 52 pages of appendices

Autumn 2017

ABSTRACT

The aim of this thesis was to explore the role of the nurse in childlessness treatments. The thesis contains three articles, whose topics are linked, but each article handles the topic from its own point of view. The first article represents childlessness treatments in Finland and offers statistical information about the success of the treatments. Approximately one in five couples suffer from involuntary childlessness, however, 80% of these couples can be helped by high-quality and individually planned childlessness treatments.

The second article was written from the nurse's point of view and it describes the versatile role of the nurse in childlessness treatments as a clinical expert, a psychosocial supporter and a mentor in medical care. This article confirms the impression of the important role of the nurse in childlessness treatments. The third article deals with the nurse's role from the patients' point of view and brings up some development ideas which could be accomplished with relatively small changes.

Based on the summary and discussion of the thesis, it can be concluded that the patients' generally experience that they are well received and they get sufficient guidance during childlessness treatments. However, there is still some room for improvement in childlessness treatments and this is also recognized by nurses. The most important improvement targets are psychosocial support and guidance of medical treatment.

A pilot project of the article-based bachelor's thesis was started at Lahti University of Applied Sciences in Autumn 2016. This bachelor's thesis is a result of this pilot.

Key words: Childlessness treatments, the role of nurse, guidance of patient, psychosocial support

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	4
3	ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	5
4	ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN	7
4.1	Tiedon hankinta	8
4.2	Menetelmälliset valinnat	9
4.2.1	Aineiston analyysi	10
4.2.2	Opinnäytetyön eettisyys	13
4.2.3	Työn luotettavuuden arviointi	14
5	ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN YHTEENVETO	16
5.1	Pohdinta ja jatkokehittämishaasteet	17
5.2	Työn tekemisen arvioiminen	20
	LÄHTEET	22
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämä artikkeliopinnäytetyö käsittelee hoitajan roolia lapsettomuushoidoissa. Lapsettomuushoidot ovat pahimmillaan vuosia kestävä, hyvin stressaava elämänvaihe pariskunnille. Tänä aikana he tapaavat heitä hoitavaa henkilökuntaa toistuvasti. Hoidot sisältävät erittäin paljon lääkehoitoa, johon potilasta osallistetaan vahvasti. Tämän artikkeliopinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millainen rooli hoitajalla on lapsettomuushoidoissa, niin hoitajan itsensä kuin potilaan näkökulmasta, ja miten sitä voitaisiin kehittää.

Noin joka viides pariskunta kohtaa tahatonta lapsettomuutta. Lapsettomuushoitajien avulla jopa 80 % pariskunnista voidaan auttaa, ja he saavat lapsen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilaston mukaan vuonna 2015 aloitettiin 14 100 hoitoa, kasvu on ollut tasaista edellisvuosiin verrattuna. Aloitetuista hoidoista vajaa viidennes on johtanut elävän lapsen syntymään. Hoitojen tuloksena syntyi vuonna 2015 lähes 2 600 lasta. (Heino & Gissler 2017.) Vaikka lapsettomuus on kipeä asia ja aiheuttaa aina jonkinasteisen kriisin lasta toivoville, voidaan lapsettomuudessa nähdä jotain positiivistakin. Se pakottaa lasta haluavat pohtimaan, mitä he todellisuudessa haluavat ja tarvitsevat elämässään. (Oinonen 1989, 32.)

On mahdollista, että ainoaksi keskustelukumppaniksi lapsettomuudesta ja hoidoista saattavat jäädä hoitopaikan lääkäri ja hoitajat, sillä lapsettomuushoidot ovat edelleen usein vaiettu puheenaihe, ja niistä tietävät pariskunnan lisäksi vain harvat ja valitut pariskunnan lähipiirissä, joskus ei kukaan muu pariskunnan itsensä lisäksi. (Ylikuha 2012, 9.) Lapsettomuushoidoissa käytettävät menetelmät ja lääkkeet ovat viime vuosina kehittyneet huomattavasti. Näin ollen monia fyysisiä ongelmia ja mahdollisia komplikaatioita voidaan hoitaa melko tehokkaasti. Tästä johtuen tulevaisuudessa olisi mahdollista löytää enemmän resursseja psykososiaaliseen tukemiseen.

Lahden ammattikorkeakoulussa on tehty aiemmin vain muutama lapsettomuushoitoihin liittyvä opinnäytetyö. Vuonna 2017 valmistuneessa kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa Taija Meriläinen ja Liina-Maaria Vauhkonen ovat tutkineet tahatonta lapsettomuutta ja hedelmöityshoitoja sekä psykososiaalista tukea hedelmöityshoitojen aikana. Heidän työssään esiin nousee nimenomaan psykososiaalisen tuen tärkeys hoitoprosessissa sekä hoitohenkilöstön kyky tunnistaa tämä tarve. Opinnäytetyönsä pohdinnassaan he toteavat, ettei tuki ole riittävää. Emmi Perintö ja Ulla-Maria Talvitie ovat opinnäytetyönään laatineet potilasoppaan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän lapsettomuuspoliklinikalle vuonna 2010. Oppaan päätavoitteena oli antaa psyykkistä tukea hoidoissa käyville sekä toimia neuvontatyön tukena. Oppaaseen oli myös koottu yhteystietoja, joista voi saada lisää apua ja tukea.

Tämä artikkeliopinnäytetyö koostuu aiheen tietoperustasta sekä eri näkökulmia esiin tuovista artikkeleista. Artikkeleita varten on haastateltu Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän kättilöä sekä eri puolella Suomea lapsettomuushoidoissa olleita tai olevia potilaita. Haastatteluissa rajattiin aihetta siten, että käsittelyn keskiöön nousi psykososiaalinen tukeminen, lääkehoidon ohjaaminen sekä yleinen tiedon jakaminen uudessa ja epävarmassa tilanteessa. Lapsettomuushoidot Suomessa - laadukkailla ja yksilöllisillä hoidoilla hyviin tuloksiin - artikkeliin on koottu Suomessa tehtävien lapsettomuushoitojen hoitomenetelmiä. On tärkeää tuoda ilmi lapsettomuushoitojen lääketieteellinen tausta, jotta voidaan ymmärtää, miten haastavasta hoitoprosessista on kyse ja sitä kautta ymmärtää psykososiaalisen tuen tärkeys. Artikkelit Hoitajan roolit lapsettomuushoidoissa – kliinisestä kädentaitajasta ja ohjaajasta kanssakulkijaksi ja kannustajaksi ja Kiirettömyydestä liukuhihnalle – potiladen tuntemuksia lapsettomuushoidoista on kirjoitettu tehtyjen teemahaastattelujen pohjalta. Ne kuvaavat hoitajan ja potilaan näkökulmaa hoitajan roolista lapsettomuushoidoissa.

Tässä artikkeliopinnäytetyössä käytetään sairaanhoitajasta ja kättilöstä yhteisnimitystä hoitaja, sillä eri sairaanhoitopiireissä lapsettomuuspoliklinikoilla sekä yksityisen sektorin palveluksessa

lapsettomuushoitajien parissa työskentelee sekä sairaanhoitajia että kätilöitä. Työssä päädyttiin käyttämään potilas-nimitystä lapsettomuushoidoissa käyneistä ja käyvistä henkilöistä, sillä myös haastateltu kätilö käytti potilas-nimitystä. Edelleen tässä artikkeliopinnäytetyössä käytetään termiä lapsettomuushoidot kattamaan kaikki lapsettomuushoitajien hoitomuodot sisältäen myös hedelmättömyyshoidot. Myöhemmin tässä työssä artikkeliopinnäyte esiintyy sanana lukujen otsikoissa, mutta tekstissä artikkeliopinnäytetyö on lyhennetty muotoon opinnäytetyö.

2 ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millainen rooli hoitajalla on lapsettomuushoidoissa ja miten sitä voisi tulevaisuudessa kehittää.

Opinnäytetyön artikkeleissa avataan näkökulmia siihen, miten hoitaja itse kokee oman roolinsa lapsettomuushoidoissa ohjaajana niin lääkehoidossa kuin psyykkisen puolen tukijana vaikeina hetkinä. Toisaalta tässä työssä tuodaan esille myös potilaiden näkemyksiä siitä, miten he ovat potilaina kokeneet hoitajan roolin lapsettomuushoidoissa. Työssä tuodaan esiin myös tietoa käytössä olevista lapsettomuushoitomuodoista sekä tilastollista tietoa hoitojen onnistumisesta.

Selvittämällä hoitajan roolia lapsettomuushoidoissa opinnäytetyön artikkeleita voidaan hyödyntää tulevaisuudessa kehittämällä hoitotyötä potilaslähtöisempään suuntaan. Artikkelit, jotka on kirjoitettu potilaiden näkökulmasta, toimii myös palautekanavana lapsettomuuspoliklinikan hoitajille heidän työstään. Tätä kautta on mahdollista, että tämä opinnäytetyö luo uusia toimintamalleja lapsettomuuspoliklinikoiden arkeen. Vertailemalla hoitohenkilökunnan ja potilaiden kokemuksia ja tuntemuksia keskenään, saadaan viitteitä siitä, onko tarjottu tuki riittävää ja oikeanlaista vai toivotaanko siihen potilaiden suunnalta muutosta.

Lapsettomuuden toteaminen ja usein siitä seuraavat lapsettomuushoidot ovat pahimmillaan vuosia kestävä kuormittava elämänvaihe pariskunnille. Tästä syystä hyvän potilassuhteen syntyminen on merkityksellistä lapsettomuushoidoissa. Aihetta rajattiin siten, että työssä käsitellään pääasiassa potilaan ohjaamista, psykososiaalista tukemista sekä yleistä tiedon jakamista uudessa ja epävarmassa tilanteessa. Tähän aiheen rajaukseen päädyttiin Lahden ammattikorkeakoulussa aiemmin tehtyjen opinnäytetöiden johtopäätösten perusteella sekä siitä syystä, että hoitotyössä korostuu nykyisin kliinisen hoidon ohella potilaiden voimavaralähtöinen ohjaaminen.

3 ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta muodostuu työn avainsanoista, joita ovat lapsettomuushoidot, hoitajan rooli, potilaan ohjaus ja psykososiaalinen tuki. Näistä avainsanoista on edelleen johdettu työn teoreettinen viitekehys.

Lapsettomuushoidot ovat lääketieteellisiä toimenpiteitä, joihin päädytään, mikäli raskaus ei ole alkanut vuoden aktiivisen raskauden yrittämisen jälkeen (THL 2016). Jokainen pariskunta tekee itse lopullisen päätöksen hoitoihin lähtemisestä. Tahaton lapsettomuus on sekä fyysisesti että henkisesti raskas koettelemus (Kuivasaari-Pirinen 2013, 3-5; THL 2016). Suomessa käytössä olevat lapsettomuushoitomuodot ovat pitkälle kehittyneitä, ja niillä pystytään auttamaan noin 80 % hoitoihin hakeutuvista pariskunnista (Väestöliitto 2017).

Lapsettomuushoidoissa hoitajan rooli voidaan nähdä yhtä hyvin sosiaalisena tukijana kuin myös hoitotoimenpiteissä kliinisiä kädentaitoja toteuttavana ammattilaisena (Albrecht ja Goldsmith 2003, Mikkola 2006, 12 mukaan). Lapsettomuushoitoihin hakeutuvat pariskunnat kokevat hoitajan roolin merkityksellisenä, koska hoitaja tukee, ohjaa ja toimii yhdyshenkilönä lääkärin ja potilaiden välillä (Ansamaa 2006, 185-190).

Potilaan ohjaus on olennainen osa terveydenhuoltoalan henkilöstön toimenkuvaa. Tavoitteena on, että potilas tulee tietoiseksi omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Potilasta pyritään osallistamaan omaan hoitoonsa mahdollisimman paljon. (Kyingäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26-28; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 17).

Psykososiaalisen tuen tarkoituksena on auttaa potilasta löytämään voimavaroja, joiden avulla hän voi selvitä itseään kohdanneesta kriisistä. Psykososiaalisen tuen muotoina yleisesti käytetään muun muassa vertaistukiryhmiä. (Ansamaa 2006, 185-190.)

Artikkeleissa kuvaillaan lapsettomuushoitoja ja hoitajan roolia osana hoidon toteuttamista. Hoitajan roolia tarkastellaan niin hoitajan kuin potilaidenkin näkökulmasta. Miettisen (2011) tekemä tutkimus osoittaa, että potilaiden psykososiaalinen tuki ja lääkehoidon ohjaus nähdään riittämättömänä. Potilasohjauksessa olisi huomioitava, että jokaisella potilaalla on yksilöllisiä tarpeita ja jokaisen lähtötilanne on erilainen. Tätä tutkimustulosta käytetään työn teoreettisen viitekehysten lähtökohtana.

4 ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN

Tämä opinnäytetyö koostuu artikkeleita varten tehdyistä yksilöllisistä henkilökohtaisista teemahaastatteluista sekä kirjallisuuslähteiden hyödyntämisestä. Henkilökohtaiset teemahaastattelut on tehty touko- ja kesäkuussa 2017. Haastattelut toteutettiin joko kasvokkain tai Internetin Skype-yhteyttä käyttäen. Kaikki haastattelut nauhoitettiin, ja sen jälkeen ne litteroitiin kirjalliseen muotoon vuorokauden kuluessa haastattelusta. Aikaa kuhunkin haastatteluun kului noin 1 – 1,5 tuntia. Haastatteluissa esitetyt kysymykset oli laadittu etukäteen päätettyjen teemojen mukaisesti. Kysymykset ovat tämän työn liitteenä (Liitteet 4 ja 5). Tarvittaessa haastattelijat esitti tarkentavia kysymyksiä.

Aineiston litterointiin haastatteluiden jälkeen päädyttiin, koska se helpottaa olennaisten yksityiskohtien havaitsemista haastatteluaineistosta ja toimii hyvänä muistiaineistona (Ruusujärvi & Tiittula 2005, 16.) Litteroinnin etuna on myöskin aineiston hahmottuminen ja paremman kokonaiskuvan muodostuminen aiheesta. Litteroitua aineistoa muodostui yhteensä 23 sivua (A4, Calibri 12, rivinväli 1,5). Litteroinnin yhteydessä haastattelut koodattiin aakkosia käyttäen. Tällä varmistettiin haastateltavien anonymiteetin säilyminen sisällön analyysiä tehtäessä sekä artikkeleita kirjoitettaessa. Litteroitu aineisto luettiin useampaan kertaan läpi, jolloin kokonaiskuva muodostui selkeäksi. Lukiessa aineistosta kyettiin nostamaan olennaisia yhteneväisyyksiä teoreettiseen viitekehykseen. Tämän jälkeen aineistosta kerättiin teoreettisen viitekehyksen kannalta keskeisiä lauseita tai lauseen osia.

Haastatteluiden ja litteroinnin jälkeen haastatteluaineisto analysoitiin. Analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Tämän jälkeen kirjoitettiin artikkelit. Artikkeleissa, jotka on kirjoitettu hoitajan ja potilaiden näkökulmasta, peilataan saatuja haastattelutuloksia teoreettiseen tietoon. Tietoperusteinen artikkeli lapsettomuushoidoista on kirjoitettu kirjallisuuslähteiden pohjalta. Artikkeleiden kirjoittamisen jälkeen niistä laadittiin tiiviit yhteenvedot sekä keskeisimmät johtopäätökset.

4.1 Tiedon hankinta

Opinnäytetyössä on käytetty laadukkaita, totuudenmukaisia, puolueettomia ja uskottavia lähteitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109-110). Työssä pyrittiin yhdistämään haastatteluilla saatu tieto teoreettiseen tietoon, siten että ne tukevat toisiaan ja antavat mahdollisimman monipuolisen kuvan opinnäytetyön aiheesta.

Lähteinä käytettiin alan asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita, väitöskirjoja ja alan kirjallisuutta. Opinnäytetyötä varten haettiin lähdemateriaalia seuraavista tietokannoista: Cinahl (ebSCO), Julkari, Masto-Finna, Medic, Päijät-Hämeen verkkokirjasto Lastu, TamPub ja Terveysportti. Hakusanoina käytettiin: childlessness, childlessness treatments, crisis, guidance, medical treatment, patient guidance, psychosocial support, hedelmöityshoidot, hoitotyön etiikka, inseminaatio, koeputkihedelmöitys, kriisi, lapsettomuus, lapsettomuushoidot, lääkehoito, lääkehoidon haitta- ja sivuvaikutukset, mikroinjektio, naistentaudit, ohjaaminen, ovulaation induktio, pakastealkion siirto, perheterapia, psykososiaalinen tuki, suru, synnytys, tahaton lapsettomuus, vertaistuki.

Opinnäytetyössä pyrittiin valitsemaan työn lähteet siten, että ne ovat mahdollisimman uusia. Lähteissä on mukana myös vanhempaa kirjallisuutta, koska uudempia kirjoja tai tutkimuksia opinnäytetyön joiltakin osa-alueilta ei ollut tiedonhakupöytäkirjalla saatavissa. Lapsettomuushoitojen lääkkeet ja lääkehoito ovat kehittyneet vuosien varrella, mutta perushoitomuodot ovat pysyneet pääosin samoina, joten suurin osa lapsettomuushoitoja käsittelevistä vanhemmista lähteistä on edelleen valideja. Vanhempien lähteiden rinnalle on myös pyritty löytämään uudempia lähteitä ja ristiviittausten muodossa osoittamaan aiemmin tutkitun tiedon paikkansa pitävyys. Lisäksi osaa käytettyjen tietokantojen lähteistä ei ollut saatavilla ilman erillisiä kustannuksia Lahden ammattikorkeakoulun kirjastoihin, joten tästä syystä niitä ei ole käytetty opinnäytetyön lähteinä.

4.2 Menetelmälliset valinnat

Tutkimusongelmalla tarkoitetaan aihepiiristä johdettua pääongelmaa, johon halutaan saada tutkimuksen avulla vastaus. Esitetty tutkimusongelma ratkaisee menetelmän, jota tutkimuksessa käytetään. (Vilka 2005, 184.) Tämän opinnäytetyön tutkimusongelma voidaan esittää kaksitasoisena. Ensinnäkin työssä selvitetään hoitajan roolia lapsettomuushoidoissa ja toiseksi, miten hoitajan roolia voisi tulevaisuudessa kehittää.

Artikkeleita varten tarvittavat haastateltavat potilaat hankittiin yhden tiedonantajan kautta lumipallo-otantaa hyödyntämällä. Haastateltavia potilaita oli yhteensä viisi, joista kaksi muodosti pariskunnan. Haastateltavat valittiin sen perusteella, että he olivat olleet viimeisen viiden vuoden aikana tai ovat edelleen lapsettomuushoidoissa. Tällä varmistettiin, että haastateltavien kokemukset aiheesta olivat tuoreita. Haastateltu hoitaja valikoitui maantieteellisen sijainnin sekä pitkän hoitoalan työhistoriansa perusteella. Haastattelumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska teemahaastattelussa on etukäteen päätetty tarkoitus, ja se on avointa ja henkilökohtaisille kokemuksille tilaa antavaa keskustelua haastateltavan ja haastattelijan välillä. Teemahaastattelun etuna on, että haastattelusta saatava aineisto muodostuu haastateltavan kokemusten pohjalta ja haastattelijan etukäteen valitsemat teemat liittyvät aineiston ja tutkimusongelman yhteen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 141-150; Tilastokeskus 2017.)

Haastatteluissa esitetyt teemat valittiin siten, että ne tuottaisivat monipuolisia vastauksia tutkimusongelmaan. Valinnassa käytettiin hyväksi myös aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja niiden johtopäätöksiä. Yhtenä tavoitteena oli myös kahden eri haastattelukohderyhmän teemojen yhteensopivuus siten, että niiden alla voidaan kuvata kummankin kohderyhmän näkökulmia aiheesta. Teemat haluttiin myös pitää selkeinä ja tiiviinä kokonaisuuksina.

4.2.1 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössä tutkimuksen pohjana olleiden potilaiden ja hoitajan teemahaastattelut analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Tämä mahdollisti luontevan ryhmittelyn teemoihin ja teemoista nousseita tutkimustuloksia oli selkeää analysoida.

Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa tutkimuksessa saadun aineiston tiivistämistä siten, että ilmiötä jota tutkitaan, voidaan kuvailla tiivistetysti. Sisällönanalyysissä voidaan eritellä verbaalista tai kirjoitettua aineistoa ja näin ollen pystytään tarkastelemaan asioiden merkityksiä, tarkoituksia, aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissä oleellista on, että aineisto jaetaan samankaltaisuuden ja erilaisuuden avulla, ja tutkitaan niitä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Analyysiprosessin alussa on määriteltävä analysointiyksikkö.

Analyysiyksikön valintaa määriteltäessä ratkaisevat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Yleisimmin analyysiyksikkö on aineiston yksikkö eli sana tai sanayhdistelmä, lause tai lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.)

Analyysiyksiköiksi valittiin lausuma, joka saattoi olla yksittäinen lause tai lauseen osa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26.) Tähän päädyttiin siksi, että potilaan tai hoitajan esittämä mielipide on tietty ajatuskokonaisuus, joka perustuu heidän kokemukseensa hoitajan roolista lapsettomuushoidoissa. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen kerättyä aineistoa luettiin itsenäisesti sekä yhdessä useaan kertaan läpi.

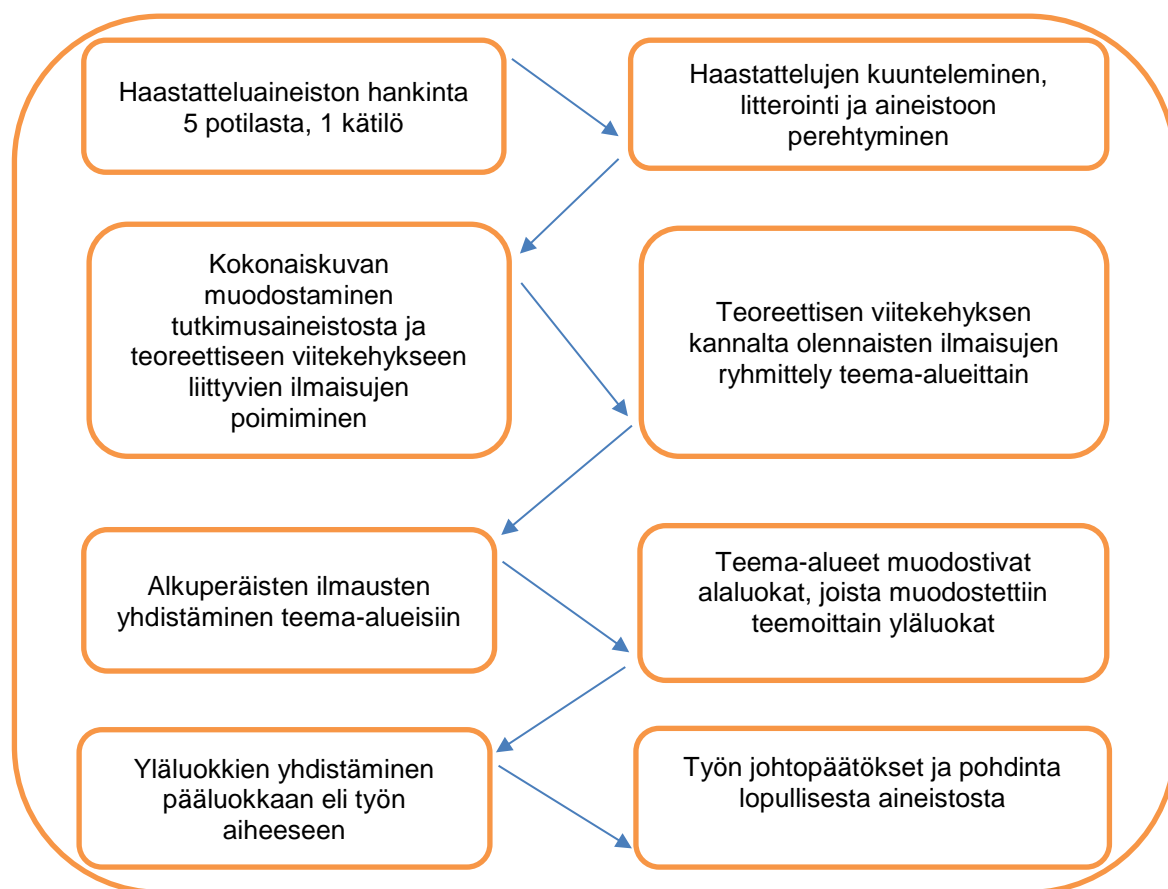
Induktiivinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen eli haastatteluista saadulta aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston mukaisin termein. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26.) Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Toisilleen synonyymit ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi, joka sitten nimetään sisältöä kuvaavaksi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 28.) Kolmannessa

vaiheessa aineisto abstrahoidaan, eli samaa sisältävät luokat yhdistetään, jolloin muodostuu yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 29.)

Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnissa aineistosta saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkijat ovat tavoittaneet tutkittavan ilmiön ja näin ollen aineiston laatu korostuu. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36.)

Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkijat pystyvät osoittamaan aineiston ja tuloksen välisen yhteyden. (Hickey & Kipping 1996, Robson 1993, Andren 1981, Janhonen & Nikkonen 2003, 37 mukaan.)

Suoritetut haastattelut ja sisällönanalyysi voidaan kuvata oheisen kuvion mukaisesti. Tätä analysointikaavaa käytettiin sekä hoitajan, että potilaiden haastatteluiden analysoinnissa.



KUVIO 1. Tutkimuksen sisällön analyysin vaiheet (Janhonen ym. 2003, 23-37).

Hoitajan ja potilaiden haastatteluissa käytetyt teemat johdettiin teoreettisesta viitekehyksestä sekä työn alussa määritellystä aiheen rajauksesta. Lisäksi teemoja valittaessa otettiin huomioon se, että molemmille haastattelukohderyhmille voitiin esittää samat teemat.

Haastatteluaineiston litteroinnin jälkeen aineistosta nostettiin esiin haastateltujen alkuperäisiä ilmaisuja. Ilmaisut olivat yksittäisiä lauseita tai lausekokonaisuuksia, jotka kytkeytyivät teema-alueisiin. Nämä teema-alueet muodostivat analyysin alaluokat. Alaluokkien muodostamista varten aineistolle esitettiin seuraavia kysymyksiä: millainen on hyvä hoitaja, miten hoitajan työtä voidaan kehittää, mitä lapsettomuushoitoihin voidaan tuoda lisää, miten psykososiaalinen tuki koetaan lapsettomuushoidoissa, toteutuuko lapsettomuushoidoissa hyvä lääkehoidon ohjaus, onko potilaan ohjaus riittävää. Samat kysymykset esitettiin sekä hoitajan että potilaiden haastatteluista muodostuneelle aineistolle.

Alaluokat yhdistettiin edelleen yläluokiksi. Analyysin lopputuloksena syntyneet yläluokat edustavat työn teoreettisia lähtökohtia ja avainsanoja. Yläluokista yhdistetyksi pääluokaksi muodostui täten koko opinnäytetyön aihe, hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa.

B= oli mun mielestä hyvä, että hoitajalla korostuu semmoinen empatiakyky, että kun lapsettomuus on iso kriisi ja varsinkin hoitojen keskellä eläminen on rankkaa, niin että muistaa sitä henkistä puoltakin kysyä. Saatiin kyllä siis henkistä tukea, kun aina kysyttiin, miten menee ja että oli aina aikaa, vaikka itkeäkin jos siltä tuntui.

- miten hoitajan työtä voidaan kehittää
- alaluokka: henkinen tuki, empaattisuus, kriisi, terapia
- yläluokka: psykososiaalinen tuki
- pääluokka: hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa

KUVIO 2. Esimerkki aineiston luokittelusta.

Liitteessä kuusi (6) on esitetty taulukkomuodossa koko aineiston analysointi.

4.2.2 Artikkelioinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön aihe on valittu siksi, että lapsettomuushoidoista ei ole tehty Lahden ammattikorkeakoulussa montaa opinnäytetyötä. Lisäksi näkemyksemme mukaan potilasohjaaminen sekä psykososiaalinen tukeminen tulevat korostumaan kliinisen hoitotyön rinnalla tulevaisuudessa entistä enemmän riippumatta sairaanhoidon erikoisalasta. Opinnäytetyön kannalta näkemys pohjautuu sosiaali- ja terveysalan uudistukseen, jossa potilaalla on mahdollisuus laajempaan valinnanvapauteen. Siinä tapauksessa yksityisen ja julkisen sektorin palveluntuottajien on entistä enemmän kiinnitettävä huomiota kokonaisvaltaiseen palvelun laatuun. Koska ihminen on psykofyysinen kokonaisuus, tulevaisuudessa korostuu laadukkaampi kokonaisvaltainen hoito. Opinnäytetyö on kirjoitettu Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Artikkelit on kirjoitettu Tutkiva hoitotyö-lehden kirjoittajan ohjeiden mukaisesti (Sairaanhoitajaliitto 2014).

Tutkimuksen tulee olla ihmisarvoja kunnioittava, jolloin tutkimukseen osallistuvien potilaiden tulee olla kyvykkäitä päättämään osallistumisestaan. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden tulee tietää ja ymmärtää, mitä tutkitaan ja mihin tutkimusta käytetään. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Haastatteluihin osallistuville kerrottiin, että haastattelut tehdään anonymisti, ja että haastattelunauhat ja litteroidut tekstit hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat vapaaehtoisia ja halukkaita kertomaan omia kokemuksiaan lapsettomuushoidoistaan. Tutkimukseen osallistuville potilaille kerrottiin, että tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa erityistä syytä ilmoittamatta.

Tutkimustekstissä on hyvä tuoda julki, mikä on tutkijoiden suhde tutkittavaan asiaan ja yhteistyökumppaneihin (Vilka 2005, 33). Yhteistyökumppaneina meillä on Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä ja haastatellut potilaat. Haastatellut potilaat ovat puoli Suomea. He ovat käyneet lapsettomuushoidoissa eri sairaanhoitopiirien yksiköissä sekä

yksityisellä sektorilla. Opinnäytetyötä ei ole tehty Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän pyynnöstä. Valmis työ kuitenkin luovutetaan heidän käyttöön. Opinnäytetyön hoitajan roolia kuvaavaa artikkelia varten haastateltiin Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän lapsettomuuspoliklinikan kättilöä, jotta työhön saadaan alalla työskentelevän henkilön näkemys hoitotyöstä lapsettomuushoidoissa. Tätä haastattelua varten on haettu tutkimuslupa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymältä ja tutkimuslupa on työn liitteenä seitsemän (LIITE 7). Potilaan näkökulmasta kertovassa artikkelissa haastatellut potilaat hankittiin lumipallo-otannan kautta. Heidän osallistumisensa on ollut vapaaehtoista. Haastatteluun osallistuville kerrottiin opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista ja työn tarkoituksesta. Näiden tietojen perusteella haastateltavat tekivät päätöksensä haastatteluun osallistumisesta (Kuula 2006, 105).

4.2.3 Työn luotettavuuden arviointi

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan erilaisista lähtökohdista ja lisäksi voidaan painottaa eri asioita. Laadullisessa tutkimuksessa ei välttämättä ole löydettävissä yhtenäisiä käsityksiä, joilla luotettavuutta voitaisiin arvioida. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulisi arvioida kokonaisuutena, jossa painottuu eri arviointikohtien sisäinen johdonmukaisuus. Arviointi tiivistyy pääsääntöisesti kysymykseen tutkimusprosessin luotettavuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134, 140).

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta arvioitiin neljän eri muuttujan kautta. Työn uskottavuus (credibility) ilmenee haastatteluvastausten totuudenmukaisena ja neutraalina käsitteellistämisenä sisällönanalyysiä tehtäessä. Haastatteluvastausten siirrettävyys (transferability) on mahdollista vastaavankaltaisiin konteksteihin, sillä teemakysymykset laadittiin vastaamaan selkeisiin aihekokonaisuuksiin. Näin ollen vastauksia voidaan hyödyntää myös muissa samankaltaisissa tutkimusympäristöissä. Varmuus ja luotettavuus (dependability) huomioitiin työssä siten, että ulkopuolinen taho, tässä tapauksessa opinnäytetyön ohjaaja, on ohjannut

ja hyväksynyt tutkimussuunnitelman sekä haastattelussa käytetyt teemakysymykset. Haastattelutilanteissa haastattelijat säilyttivät neutraalin asenteen ja siten on pyritty vähentämään haastattelijan vaikutusta haastattelutilanteeseen. Haastattelutilanteissa on huomioitu myös käsiteltävän aiheen mahdollisesti esiin nousevat tunnereaktiot niin, että haastattelu on voitu tarvittaessa keskeyttää ja jatkaa myöhemmin. Opinnäytetyö laadittiin kokonaisuudessaan tieteellisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Työn vahvistettavuus ja vahvistuvuus (confirmability) voidaan todeta siitä, että haastatteluista sisällönanalyysin kautta saadut vastaukset tukevat aiemmin esitettyä teoreettista tietoa. Lisäksi teoretietoa hankittiin useista eri lähteistä ja viittauksia käytettiin myös ristikkäin. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 138-139.)

5 ARTIKKELIOPINNÄYTETYÖN YHTEENVETO

Opinäytetyön artikkelit tukevat toisiaan, mutta ne ovat luettavissa myös omina artikkeleinaan. Pääpaino on potilaiden haastatteluissa ja niistä saaduissa näkökulmissa, joita verrataan tutkittuun tietoon ja hoitajan näkemykseen samoista teemoista.

Lapsettomuushoidot Suomessa – laadukkailla ja yksilöllisillä hoidoilla hyviin tuloksiin - artikkelissa esitellään Suomessa käytössä olevia lapsettomuushoitomenetelmiä, lapsettomuuden yleisimpiä syitä sekä tilastollisesta tietoa Suomessa vuosittain tehtävistä lapsettomuushoidoista ja niiden tuloksista. Suomessa lapsettomuushoidoissa hyödynnetään pitkälle kehittyntä lääketiedettä ja käytettävät hoitomuodot ovat maailmanlaajuisesti tarkasteltuna ensiluokkaisia (THL 2016). Huolimatta siitä, että lapsettomuuden lääketieteellinen hoito on Suomessa laadukasta ja useimpia hoitoihin hakeutuneita voidaan auttaa, aihe on silti psyykkisesti raskas. Tästä syystä hoidoissa käyvien psykososiaalinen tukeminen on yksi hoitohenkilökunnan tärkeimmistä tehtävistä.

Hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa – kliinisestä kädentaitajasta ja ohjaajasta kanssakulkijaksi ja kannustajaksi - artikkelissa on keskitytty hoitajan näkökulmaan lapsettomuushoidoissa. Hoitaja kokee roolinsa tärkeänä niin kliinisen hoitotyön osaajana kuin potilaan tukijana ja kuuntelijana. Lapsettomuushoidoissa käytettävät lääkkeet ovat kehittyneet ja tulevat todennäköisesti kehittymään merkittävästi tulevaisuudessa. Tästä syystä laadukkaana lääkehoidon ohjaamisen perustana on hoitajan ajantasaiset tiedot hoidoissa käytettävistä lääkkeistä, niiden vaikutuksista sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Tämä vaatii hoitajalta jatkuvaa kiinnostusta ja halua ammattiosaamisensa ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Psykososiaalisen tuen merkitys lapsettomuushoidoissa käyville on kiistatonta. Lapsettomuus koetaan jonkinasteisena kriisinä elämässä ja usein sen työstämiseen tarvitaan ulkopuolista apua (Ansamaa 2006, 185-190; Tulppala 2004, 85-86). Haastattelusta kävi ilmi, että psykososiaalisen tuen tarvetta ja tukimuotoa arvioidaan aina tapauskohtaisesti yhdessä hoidettavan pariskunnan kanssa.

Ammattiauttajien ohella erilaiset vertaistukiryhmät ja Internetin keskustelupalstat muodostavat tärkeän lisän psykososiaaliseen tukeen. Lääketieteen kehittyminen eri hoitomuodoissa takaa aiempaa parempia hoitotuloksia. Haastateltu hoitaja toteaaakin, että nyt on oikea aika kehittää potilaiden psykososiaalista tukea entistä paremmalle tasolle.

Kiireettömyydestä liukuhihnalle – potilaiden tuntemuksia lapsettomuushoidoista - artikkelissa tarkastellaan lapsettomuushoitoja ja hoitajan roolia potilaiden näkökulmasta. Potilaat kokevat hoitajan tärkeänä linkkinä itsensä ja lääkärin välillä sekä tukijana raskaassa hoitoprosessissa. Vaikka potilaat ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä saamaansa lapsettomuushoitoon, niin kehitettävääkin toiminnasta löytyy. Psykososiaalisen tuen merkitystä lapsettomuushoitojen aikana ei voi korostaa liikaa. Haastateltujen potilaiden mielestä sitä pitäisikin kehittää nykyistä enemmän. Potilaat toivoivat myös, että vertaistuen piiriin ohjattaisiin hoitohenkilökunnan toimesta tämän hetkistä aktiivisemmin, sillä vertaistuki toimii raskaassa elämäntilanteessa yhtenä kantavana voimavarana. Haastateltujen potilaiden mukaan hoidoissa tulisi ottaa enemmän huomioon myös varsinaista lapsettomuushoitoa tukeva toiminnallinen kokonaisuus, joka sisältää muun muassa odotustilat, ajanvarausjärjestelmät, tavoitettavuuden ja oma-hoitajakäytännön. Esimerkiksi samoissa odotustiloissa voi odottaa vuoroaan samanaikaisesti potilaat, joilla on täysin erilainen toive raskauden suhteen kuin lapsettomuushoidoissa käyvillä potilailla. Mikkolan (2006) tutkimus tukee tätä potilaiden esittämää näkökulmaa. Myös lääkehoidon informatiivisuutta tulisi kehittää nykyistä enemmän, sillä potilaat kokivat jäävänsä paitsi osasta tiedoista, jotka liittyvät lääkehoitoon. Näiden edellä mainittujen seikkojen takia lapsettomuushoitoihin liittyviä prosesseja tulee arvioida myös kriittisestä näkökulmasta ja kuunnella potilaiden kehitysehdotuksia.

5.1 Pohdinta ja jatkokehittämishaasteet

Tämän opinnäytetyön ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää, millainen rooli hoitajalla on lapsettomuushoidoissa. Sekä hoitajan että potilaiden

haastatteluiden pohjalta kirjoitetuista artikkeleista voidaan löytää hoitajan eri vastuualueita. Näin ollen haastatteluiden teemat ja niistä muodostetut kysymykset vastaavat opinnäytetyön esittämiin tutkimuksellisiin ydinkysymyksiin hoitajan roolin osalta.

Opinnäytetyön toisena tavoitteena oli löytää näkökulmia hoitajan roolin kehittämiseen lapsettomuushoidoissa. Yksittäisten hoitajien on lähes mahdotonta muuttaa vallitsevia toimintatapoja, koska muutokseen tarvitaan koko hoitopaikan hoitoprosessien muokkaamista.

Potilashaastatteluiden pohjalta voimme kuitenkin tehdä johtopäätöksen, että lääkehoidon ohjaukseen ja psykososiaaliseen tukeen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota, jotta ne vastaavat potilaiden tarpeita ja odotuksia. Yksittäinen hoitaja voi arjessa tuoda oman persoonansa kautta potilaille kokemuksen empaattisesta, kiireettömästä ja ajantasaisen informaation omaavasta hoitajasta.

Vaikka psykososiaalisen tuen tarve ja saatavuus korostuivat vahvasti, on kuitenkin tärkeää huomioida kunkin potilaan yksilöllinen tuen tarve ja valmius tuen vastaanottamiseen. Kaikki eivät välttämättä koe vertaistukea itselleen soveltuvana, koska he eivät ole valmiita puhumaan aiheesta ulkopuolisten ihmisten kanssa. Toisaalta jotkut potilaat voivat kokea keskustelut psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa liian leimaavina, koska yhteiskunnassamme on edelleen tiukassa negatiivinen mielikuva psykiatrisen avun hakemisesta. Myös haastateltu hoitaja totesi, että psykososiaalisen tuen tarve on aina kartoitettava yksilöllisesti ja tapauskohtaisesti. Toisaalta potilashaastatteluista syntyi vaikutelma, että hoitajat eivät välttämättä kovin aktiivisesti tarjoa erilaisia psykososiaalisen tuen vaihtoehtoja. Sekä lääkehoidon ohjaamisen että psykososiaalisen tuen osalta potilaiden haastatteluista saatu tieto vastaa myös Miettisen (2011) tekemän tutkimuksen tuloksia.

Teknologia on tullut vahvasti myös lääketieteen avuksi ja sen osuus tulee varmasti lisääntymään tulevaisuudessa. Erilaiset mobiilisovellukset ja laitteet eivät kuitenkaan korvaa hoitajaa ohjaajana ja tukijana. Tämä tuli ilmi jokin aika sitten, kun eräs lääkeyhtiö lanseerasi mobiilisovelluksen,

jonka avulla lääkehoitoa pystyi ohjeistamaan. Potilaat eivät sovelluksesta kuitenkaan innostuneet. Tämä kokeilu vahvistaa näkemystämme siitä, että vaikka ihmiset tänä päivänä ovat hyvin sovellusorientoituneita, halutaan kuitenkin lääkkeisiin ja omaan hoitoon liittyvää ohjausta enemmän ihmiseltä ihmiselle.

Työtä tehdessä huomasimme, että Suomessa lapsettomuushoitoihin liittyvässä hoitotyössä olisi kehitettävää. Haastateltavat potilaat ehdottivat, että positiivisen raskaustuloksen jälkeen olisi vielä yksi hoitajan vastaanottokerta, jolloin koottaisiin yhteen lapsettomuuspoliklinikalla tehdyt toimenpiteet ja ohjattaisiin, miten toimia jatkossa. Tällä hetkellä julkisten terveystalveluiden osalta lapsettomuushoidoissa hoitokontakti loppuu, kun raskaus todetaan hoitojen jälkeen alkaneeksi.

Potilashaastatteluista nousi esiin myös, että joissakin sairaanhoitopiireissä lapsettomuuspoliklinikat toimivat samoissa tiloissa äitiyspoliklinikoiden kanssa. Lapsettomuudesta kärsivälle saman odotushuoneen jakaminen raskaana olevien äitien kanssa voi olla psyykkisesti erittäin raskas koettelemus. Tähän olisi varmasti hyvä kiinnittää jatkossa huomiota.

Potilaiden toiveiden pohjalta mietimme myös, pitäisikö neuvoloiden tarjota yksilöllisempää hoitoa. Odottavien äitien ja perheiden tarpeet ovat erilaisia, joten neuvolahoidossa toistuva sama kaava ei toimi jokaisen kohdalla. (Uotila & Raudaskoski 2014, 1203.) Pohdimme myös, pitäisikö äitiysneuvoloissa lisätä henkilökunnan tietämystä lapsettomuushoidoista saaneiden raskauksien seurantaan varten. Myös Aitokallio-Tallberg (2012) toteaa, että vaikka osassa keinoalkuisista raskauksista rutiininomaisesta seurannasta erikoissairaanhoidossa on luovuttu, ei tämä tarkoita sitä, että komplikaatioiden riski keinoalkuisissa raskauksissa olisi vähentynyt. Tämä seikka tulisi tiedostaa perusterveydenhuollossa ja neuvoloilla tulisi olla valmius keskittää tarvittaessa voimavaroja ainakin osalle näistä potilaista.

Edelleen pohdimme myös olisiko mahdollista, että synnytyksen jälkeen lapsettomuushoidot läpikäyneillä äideillä olisi mahdollista käydä keskustelemassa psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa mahdollisen

synnytyksen jälkeisen masennuksen varalta. Kuten Kiireettömyydestä liukuhihnalle – potilaiden tuntemuksia lapsettomuushoidoista - artikkelissa totesimme, että usein lapsettomuushoidot läpikäyneillä äideillä voi olla suurempi paine olla onnellinen lapsen syntymän jälkeen, koska ympäristö voi kasata paineita onnellisuuteen ja kiitollisuuteen. Äidin tunteet voivat kuitenkin olla vahvasti ristiriidassa suhteessa ympäristön asettamiin odotuksiin ja olettamuksiin tuoreen perheen arjesta. Näemme, että olisi hyvä tutkia tarvetta lapsettomuushoidoissa olevien pariskuntien monipuolisemmasta neuvolaseurannasta, joka sisältäisi hoitokontaktin myös psykiatriselle sairaanhoitajalle tai psykologille.

Tulevaisuuden hoitotyön kehittämisen kannalta psykososiaalisista tarpeista ja erilaisista auttamismuodoista voisi olla hyödyllistä tehdä kokonaan oma opinnäytetyö. Potilailta saadun palautteen perusteella voidaan todeta, että psykososiaaliseen tukeen keskittyminen tulee nostaa tulevaisuudessa entistä merkittävämpään rooliin lapsettomuushoidoissa. Syyt psykososiaalisen tuen tarpeelle ovat hyvin moninaiset.

5.2 Työn tekemisen arvioiminen

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin lokakuussa 2016 aiheen valitsemisella ja ryhmän muodostamisella. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui maaliskuussa 2017 ja varsinaisen opinnäytetyön kirjoittaminen aloitettiin huhtikuussa 2017. Aluksi kirjoitettiin tietopohjainen artikkeli Lapsettomuushoidot Suomessa – laadukkailla ja yksilöllisillä hoidoilla hyviin tuloksiin. Artikkelin kirjoittamisen rinnalla laadittiin myös teemahaastatteluissa käytettävät kysymykset.

Haastatteluiden jälkeen, litterointivaiheessa havaittiin, että haastattelukysymyksiä olisi voinut muotoilla toisin. Kysymyksiä olisi voinut olla muutama enemmän ja samanaikaisesti jotkut kysymykset havaitsimme epäolennaisiksi tutkimuksen ydinkysymysten kannalta. Sisällönanalysointivaiheessa ja linkittäessä haastatteluista saatua tietoa olemassa olevaan teoretietoon havaittiin myös, että psykososiaalisen tuen merkitys lapsettomuushoidoissa jakautuu hyvin monisyiseksi aiheeksi.

Yksistään psykososiaalisen tuen tarpeesta ja tukimuodoista voisi kirjoittaa kokonaan toisen opinnäytetyön. Tästä syystä tämä opinnäytetyö antaa aiheesta yleistasoisemman kuvan menemättä syvällisemmin kaikkiin aihealueen yksityiskohtiin. Osasyynä tähän on myös se, että artikkelimuotoisen opinnäytetyön artikkeleiden pituutta on rajoitettu tiettyyn merkkimäärään (Sairaanhoidajaliitto 2014).

Artikkelimuotoisen opinnäytetyön kirjoittaminen oli mielenkiintoinen ja haastava prosessi. Valitun aiheen kiinnostavuus ja ryhmädynamiikka auttoivat hankalimpien hetkien ylitse. Opinnäytetyötä varten tehdyt haastattelut avarsivat näkemyksiä ja toivat elämänmakua teoreettiseen lähdetietoon.

Toivomme, että opinnäytetyömme avaa uusia keskusteluita ja herättää uutta pohdintaa hoitajan roolin kehittämisestä tulevaisuudessa, sekä auttaa kehittämään koko lapsettomuushoitoihin liittyviä prosesseja potilaslähtöisempään suuntaan.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Ansamaa O. 2006. Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen. Artikkeliteoksessa Apter J, Väisälä L, Kaimola K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi S., & Hurme H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Janhonen S. & Nikkonen M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Kuivasaari-Pirinen P. 2013. The Pathway from Infertility to Motherhood through Assisted Reproductive Technology ART. Kuopio: Publications of the University of Eastern Finland.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Oinonen T. 1998. Pitkä odotus – Kokemuksia lapsettomuuden hoidosta. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ruusuvuori J & Tiittula L. (toim.) 2005. Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uotila J. & Raudaskoski T. 2014. Kohti yksilöllisempää äitiysneuvolaa. Suomen lääkäri-lehti 16-17/2014

Vänskä K., Laitinen-Väänänen S., Kettunen T. & Mäkelä J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystieteiden ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima

Ylikuha A-N. 2013. Prevalence and Socio-demographic Determinants of Infertility, Success of Infertility Treatments and health of Treated Women, University of Tampere, School of Health Sciences, Tampereen yliopistopaino. Tampere (Väitöskirja)

Elektroniset lähteet:

Aitokallio-Tallberg A. 2012. Lapsettomuuspotilaan raskauden seuranta neuvolassa. Suomen lääkäri-lehti 26-31/2012 vsk 67 [viitattu 10.7.2017]

Saatavissa:

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

Heino Anna & Gissler Mika 2017 Hedelmöityshoidot 2015 – 2016, 1-8 [viitattu 2.5.2017] Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132313/Tr09_2017.pdf?sequence=3

Miettinen A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöliiton Väestön tutkimuslaitos. [viitattu 10.7.2017] saatavissa: [https://vaestoliitto-](https://vaestoliitto.fi-)

[bin.directo.fi/@Bin/4aebc2c1b27356e3233facc739d2fdad/1507628673/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla_pdf.pdf](https://vaestoliitto.fi-bin.directo.fi/@Bin/4aebc2c1b27356e3233facc739d2fdad/1507628673/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla_pdf.pdf)

Mikkola L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä studies in humanities 66 Jyväskylän yliopisto [viitattu 10.7.2017] saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence>

Sairaanhoitajaliitto 2014. Kirjoittajan ohjeet. Tutkiva hoitotyö-lehti. Fioca Oy [Viitattu 10.7.2017] saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/fioca-oy/tutkiva-hoitotyö/kirjoittajan-ohjeet/>

THL 2016. Tahaton lapsettomuus. [Viitattu 16.11.2017] 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) [luettu 02.05.2017]

Tilastokeskus 2017, Teemahaastattelu. [Viitattu 12.06.2017.] saatavissa:

<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>

Väestöliitto 2017. Lapsettomuushoidot. [Viitattu 16.11.2017.] saatavissa:

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

LIITTEET

Lapsettomuushoidot Suomessa – Laadukkailla ja yksilöllisillä hoidoilla hyviin tuloksiin	LIITE 1
Hoitajan roolit lapsettomuushoidoissa - Kliinisestä kädentaitajasta ja ohjaajasta kanssakulkijaksi ja kannustajaksi	LIITE 2
Kiireettömyydestä liukuhihnalle – Potilaiden tuntemuksia lapsettomuushoidoista	LIITE 3
Hoitajan haastattelukysymykset	LIITE 4
Potilaiden haastattelukysymykset	LIITE 5
Sisällönanalyysi	LIITE 6
Tutkimuslupa	LIITE 7

LAPSETTOMUUSHOIDOT SUOMESSA – LAADUKKAILLA JA
YKSILÖLLISILLÄ HOIDOILLA HYVIIN TULOKSIIN

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitajan koulutus

Opinnäytetyö

Pellikka Riitta

Penttinen Johanna

Rautiainen Päivi

Mitä aiheesta tiedetään?

- Suomessa toteutetaan ensiluokkaisia lapsettomuushoitoja niin julkisen terveydenhuollon kuin yksityisten lapsettomuusklินิกoidan toimesta.
- Saadut tulokset lapsettomuushoidoista ovat hyviä.
- Lapsettomuushoidot toteutetaan yksilöllisesti kunkin potilaan tilanne huomioiden.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuottaa tai miten artikkelin tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää?

- Artikkelii toimii tiiviinä perustietopakettina sellaisille henkilöille, jotka miettivät hakeutumista lapsettomuushoitoihin.
- Artikkelii syventää käsitystä ja herättää ajattelemaan, miten raskaasta prosessista lapsettomuushoidoissa on kyse niin psyykkisesti kuin fyysisesti.

Tietoisuus siitä, että lapsen saaminen ei olekaan itsestään selvää on monelle lasta toivovalle parille tuskallinen asia. Monet salaavat asian jopa kaikkein läheisimmiltä perheenjäseniltään ja ystäviltään ja hekin, jotka ovat kertoneet asiasta, saattavat kärsiä tahdittomasta uteliaisuudesta ja huomauttelusta aiheesta. Tahatonta sosiaalista painetta saattaa esiintyä usein omien vanhempien tai suvun taholta, vaikka asenteet lapsettomuushoitoja kohtaan ovatkin muuttuneet suvaitsevaisemmiksi. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011.)

Tässä artikkelissa keskitytään tahattomaan lapsettomuuteen ja sen eri hoitomenetelmiin. Artikkelin perustuu kirjallisuuslähteisiin. Tahattomalla lapsettomuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa raskaus ei ole alkanut vuoden sisällä säännöllisistä raskausyrityksistä huolimatta. Taustalla voi olla hedelmällisyyteen liittyviä ongelmia, fysiologisia syitä tai psyykkisesti kuormittava elämäntilanne. Syyt voivat olla peräisin joko naisesta, miehestä tai molemmista. On myös mahdollista, että lapsettomuuden syytä ei kyetä selvittämään. (THL 2016.) Tilannetta, jossa lapsettomuuden syytä ei ole saatu selville, kutsutaan selittämättömäksi lapsettomuudeksi. Näiden osuus vaihtelee lähteistä riippuen lapsettomuuden syynä 10 – 20 % kaikista syistä. Osuus on yllättävän suuri. Pääasiallinen syy lapsettomuuteen on suurimmassa osassa tapauksista heikentynyt hedelmällisyys, joka heikkenee iän myötä niin miehillä kuin naisilla. Muita syitä alentuneeseen hedelmällisyyteen ovat muunmuassa ovulaatiohäiriöt, siittiötuotannon häiriöt ja niiden huono liikkuvuus, yli- ja alipaino, runsas tupakointi sekä päihteidenkäyttö. Tiedetyt lääkeaineet ja anaboliset steroidit voivat vaikuttaa hedelmällisyyteen heikentävästi. (THL 2016; Paananen

ym. 2007.) Harvoin kuitenkaan voidaan osoittaa yhtä selkeää syytä. Usein syy lapsettomuuteen koostuu useammista pienistä osatekijöistä, jonka vuoksi on tärkeää, että molemmat osapuolet tutkitaan ennen hoitojen aloittamista kokonaisvaltaisesti. (Koskimies 2004.)

Tahatonta lapsettomuutta hoidetaan erilaisilla lapsettomuushoidoilla. Ne ovat lääketieteellisiä toimenpiteitä, joiden päämääränä on edesauttaa raskauden alkamisen todennäköisyyttä. (THL 2016). Tosiasiallista kuitenkin on, että vaikka lapsettomuuden hoito ja lääketieteen sovellukset edustavat Suomessa ensiluokkaista osaamista ja tasoa, niin siitä huolimatta kaikkia lasta haluavia pareja ei kyetä auttamaan lääketieteellisin menetelmin. (Paananen 2007) On kuitenkin hyvä tiedostaa, että tahaton lapsettomuus ei ole pelkästään biologinen tai lääketieteellinen ilmiö, vaan usein myös henkisellä tasolla iso kriisi. Aiheeseen liittyy paljon vaikeita ja hankalasti käsiteltäviä tunteita sekä stressiä. Tahaton lapsettomuus voi tuntua loukkauksena omaa miehuutta tai naiseutta kohtaan ja oma parisuhde ei koe elämän täyttymystä vaan jää vaillinaiseksi, kun raskaus ei ala. Pariskuntien saama psykososiaalinen tuki on tärkeässä asemassa asian käsittelyssä. (Kuivasaari-Pirinen 2013; THL 2016.)

Lapsettomuuspoliklinikoilla työskentelevien hoitajien rooli on merkittävä puhuttaessa psykososiaalisesta tuesta. Sen lisäksi, että hoitajat toteuttavat kliinisiä hoitotoimenpiteitä, he ovat myös pääsääntöisesti taho, johon otetaan ensimmäiseksi yhteyttä, kun tarvitaan keskusteluapua, tukea ja kannustusta lapsettomuuden aiheuttaman kriisin käsittelyssä. (Albrecht ja Goldsmith 2003, Mikkola 2006 mukaan.) Tässä artikkelissa

käsitellään kuitenkin pääasiassa lapsettomuushoitojen lääketieteellisiä hoitomuotoja. Lapsettomuushoitojen lääketieteellisten taustojen avaaminen on olennaista, jotta voidaan paremmin ymmärtää hoitojen aiheuttamat psykososiaaliset paineet ja niissä tukemisen merkitys potilaille.

Tilastojen mukaan Suomessa noin joka viides lasta toivova pari kohtaa tahatonta lapsettomuutta jossain elämänsä vaiheessa. Määrän arvellaan olevan kasvussa. (Kuivasaari-Pirinen 2013; THL 2016.)

Lapsettomuushoitoja tehdään sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Julkisen sektorin osuus palvelun tuottamisesta on noin 47 prosenttia vuoden 2016 ennakkotiedon mukaan (Heino ja Gissler 2017).

Lapsettomuushoitojen määrä on viime vuosina pysynyt lähes ennallaan. Vuonna 2015 Suomessa aloitettiin noin 14 100 lapsettomuushoitoa. Hoitojen onnistumisprosentti oli 18,2 prosenttia. Aloitetuista hoidoista 8 200 oli koeputki- ja mikrohedelmöityshoitoja sekä niihin liittyviä pakastetun alkion siirtoja (IVF, ICSI ja FET) omilla sukusoluilla ja 1 547 luovutetuilla sukusoluilla (sisältäen luovutetut alkiot 123 kpl).

Inseminaatiohoitojen osuus oli 4 297, joista 3 126 toteutettiin puolison spermalla ja 1 171 luovuttajan spermalla. (Heino ja Gissler 2017.)

Vuonna 2015 lapsettomuushoitojen seurauksena syntyi noin 2 570 lasta, mikä vastaa 5,6 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista. (Heino ja Gissler 2017.) Tutkimusten mukaan koeputkihedelmöityshoitojen tulokset paranivat hieman vuonna 2015 edellisiin vuosiin verrattuna. Hoidoilla elävänä syntyneiden lasten osuus on noussut hitaasti 2000- luvun aikana. (Heino ja Gissler 2017.) Hoitomenetelmät kehittyvät jatkuvasti ja jo tälläkin

hetkellä niiden avulla pystytään auttamaan lähes 80 % hoitoihin hakeutuvista pareista. (Väestöliitto 2017)

Miten lapsettomuutta Suomessa hoidetaan?

Julkisen terveydenhuollon piirissä hoitojen aloittamisen pääkriteereinä pidetään vuoden yhtäjaksoista aktiivista raskauden yrittämistä, naisen alle 40-vuoden ikää ja sitä ettei taustalla ole aiemmin tehtyä sterilisaatiota. Yksityisellä sektorilla kriteerit voivat olla edellämämainituista poikkeavat. (Unkila-Kallio ja Ranta 2012.) Lapsettomuushoidot aloitetaan tutkimusten jälkeen yksilöllisesti suunnitelluilla hoidoilla. Valittavan hoidon lähtökohtina ovat lapsettomuuden syy, kesto sekä naisen ikä. Hoitohenkilökunnan tulee antaa riittävästi tietoa eri hoitomahdollisuuksista, niihin liittyvistä vaatimuksista, riskeistä, tilastollisista onnistumismahdollisuuksista sekä yksilöllisistä eroista hoitoon sopeutumisessa. Päätöksen hoitojen suhteen pari tekee kuitenkin itse. Ennen hoitojen aloittamista hoidetaan mahdolliset löydetyt perussairaudet ja ohjataan terveellisten elämäntapojen noudattamisessa. (Paananen ym. 2007.)

Ovulaation induktio (OI) tarkoittaa hormonihoidolla tehtävää munarakkulan kypsytyshoitoa, eli munasolun kypsyttämistä ja irrottamista (Tiitinen 2016b). WHO jakaa ovulaation induktion potilaat kolmeen eri ryhmään sen mukaan, mistä lapsettomuus naisella johtuu. Ryhmät ovat WHO I eli munasarjojen stimulaatio puutteellinen, WHO II eli munasarjojen toimintahäiriö ja WHO III eli munasarjojen vajaatoiminta. (Fraser ja Cooper 2009; Hippeläinen 2009.) Raskautta yrittävän naisen ovulaatioinduktiohoidon tavoitteena on saada nainen ovuloimaan

(Hippeläinen 2009). Ovulaatioinduktihoitoa käytetään silloin, jos munasolu ei irtoa, ovulaatio on epäsäännöllistä, eikä elämäntapamuutokset korjaa tilannetta. (Hippeläinen 2009.) Ovulaation induktiohoidon hoitaa aina lapsettomuushoidon asiantuntijat (Pruuki ym. 2015).

Lääkehoitona klomifeenisitraatti ja gonodotropiini ovat olleet käytössä jo 1960-luvulta lähtien (Ahinko 2009; Hippeläinen 2009). 1930-luvulta lähtien ovulaatiohäiriöstä kärsiviä naisia on saatu ovuloimaan poistamalla munasarjoista kirurgisesti kiilamainen pala. Vatsaontelon tähytyksen kehittyessä sama toimenpide on tehty rei'ittämällä munasarjat.

Perinteisten hoitomuotojen yhteisenä piirteenä on yksilöllinen ja yllättävä vaste ja monisikiöisyysuhan vuoksi tarkka seuranta. Metformiini ja aromataasiestäjät ovat viime vuosina haastaneet perinteiset hoitomuodot ovulaatioinduktiohoidossa. Metformiinin ja aromataasiestäjien etuina on luonnollisempi ovulaatio eli yhden munarakkulan kehittyminen. Näin ollen seurannan tarvekin on vähäisempi. (Hippeläinen 2009.)

Klomifeeni on tavallisin ovulaatioinduktioon käytettävä lääke (Morin-Papunen ja Koivunen 2012.) Klomifeeni sitoutuu estrogeenireseptoreihin, vaikka se ei ole rakenteeltaan steroidi. Klomifeenin vaikutus on antiestrogeeninen, jolloin kuukautiskierrot palautuvat ja säännöllistyvät 70-90 %:lle hoidettavista. Klomifeenin etuina ovat edullisuus, vähäiset sivuvaikutukset ja käytön vaivattomuus. Haittavaikutuksina voi ilmetä vaihdevuosille tyypillisiä oireita kuten limakalvojen kuivuutta, päänsärkyä ja hikoilua.

Klomifeenilla raskauksia saadaan aikaan vain noin 30-50 %:lle.

(Hippeläinen 2009.) Klomifeenihoidon kesto on enintään kuusi kuukautta (Paananen ym. 2007).

Metformiini on biguanidi, jota on käytetty aikuisiän diabeteksen hoitoon.

Ovulaatiohäiriöstä kärsivillä naisilla on huomattu insuliinin huonontunut vaikutus kudostasolla, jolloin metformiini on täsmälääke. Metformiinia ei tosin suositella ensivaiheen ovulaatioinduktiohoitoon, koska metformiini on osoittautunut tutkimuksissa klomifeenia huonommaksi ovulaation aikaansaamisessa. (Hippeläinen 2009.)

Aromataasiestäjät vaikuttavat estrogeenisynteesiin kudostasolla.

Aromataasiestäjien etuina ovat luonnonmukainen ovulaatio ja pieni monisikiöisyysriski. Haittavaikutuksina on huomattu hikoilua ja luuston haurastumista, sekä mahdolliset sikiövauriot. Mahdollisten sikiövaurioiden takia aromataasiestäjiin suhtaudutaan edelleen varovaisesti, vaikka tutkimusten mukaan 70-80 % naisista ovuloi niiden avulla. (Hippeläinen 2009.)

Gonadotropiinit on yleensä seuraava vaihtoehto, jos klomifeenihoito ei tuota tulosta. Vielä toistaiseksi potilas joutuu päivittäin pistämään itse lääkityksen ihon alle. Pitkävaikutteiset injektiot ovat tulossa markkinoille.

Hoidon tarkoituksena on saada ovulaatio. Yleisesti ottaen gonadotropiinit on hyvin siedettyjä. Hoidon ongelmana on ylistimulaatio ja monirakkulainen vaste. Näin ollen hoidon etenemistä tulee seurata tarkasti vähintään viikon välein. (Hippeläinen 2009.)

Vatsaontelon tähytyksen avulla tehty munasarjojen kuoren rei'itys on viime vuosina vähentynyt kiinnikemuodostuksen riskin takia. Vaikka potilas saataisiinkin ovuloimaan, kiinnikkeet voivat pienentää raskausmahdollisuutta ja munatorvien toiminta voi heiketä. 40-50 % naisista ovuloi rei'ityksen jälkeen ja näistä osalla klomifeenin hoitovaste paranee. (Hippeläinen 2009.)

Inseminaatiota (IUI) eli keinohedelmöitystä käytetään silloin, jos jostain syystä yhdyntä ei onnistu, siemensyöksyä ei tapahdu tai lapsettomuus johtuu kohdunkaulan rakenteen poikkeavuudesta. (Paananen ym. 2007; Tiitinen 2016a.) Edellytyksenä hoitoon on riittävä määrä liikkuvia siittiöitä, munarakkulan normaali kypsyminen (luonnollisesti tai lääkehoidon avulla) ja ainakin yksi toimiva avoin munanjohdin (Pruuki ym. 2015). Hyvin liikkuvat, hedelmöityskykyisimmät siittiöt erotellaan siemennesteestä ja ruiskutetaan kohtuonteloon ovulaation aikana (Söderström-Anttila, 2010). Keinohedelmöityksessä voidaan käyttää potilaan puolison (AIH) tai luovuttajan (AID) siittiöitä. Siittiöt seulotaan ja pestään. Pestyt siittiöt ruiskutetaan ohuella muovikatetrilla viljelynesteessä potilaan kohtuonteloon. Ajoitus testataan ovulaatiotestillä. Paras hetki on 12-24 tunnin kuluessa positiivisesta testituloksesta. Hoidon onnistumisprosentti on noin 10-20 %. (Paananen ym. 2007.) Inseminaatio voidaan tehdä yhtä aikaa potilaan hormonilääkehoidon kanssa (Tiitinen 2016a).

Koeputkihedelmöityshoito (IVF) tulee toteuttaa hedelmöityshoitolain ja kudoslain säätelmissä puitteissa (Pruuki ym. 2015; Duodecim 2016). Hedelmöitys voidaan tehdä omien sukusolujen lisäksi myös luovutetuilla munasoluilla, luovutetuilla alkioilla tai luovutetuilla siittiöillä (Duodecim

2016). Sijaissyntytyt sen sijaan on Suomen lain mukaan kielletty (Pruuki ym. 2015).

Aiemmin IVF-hoitoja on käytetty, jos lapsettomuuden syy on ollut munanjohdinvauriosta johtuva. Nykyisin sitä käytetään myös muissa tapauksissa, esimerkiksi endometriosisista, miehen lapsettomuudesta ja muista epämääräisistä syistä johtuvissa tapauksissa. (Pruuki ym. 2015).

IVF -hoidon aikana käytetyt hormonihoidot tapahtuvat useammassa eri vaiheessa ja ne suunnitellaan jokaiselle potilaalle henkilökohtaisen suunnitelman mukaan. Hoitokaaviossa on käytetty kahta-kolmea eri hormonivalmistetta ja hoidot voidaan jakaa lyhyeen ja pitkään lääkehoitoon. Hoidon lopputuloksen kannalta ei ole merkittävää eroa kummalla tavalla hoito toteutetaan. (Pruuki ym. 2015; Duodecim 2016).

Potilas saa ihonsa alle pistoksina aivolisäkehormonivalmistetta (gonadotropiini), jonka tehtävänä on kasvattaa munasolujen kokoa. Päämääränä on saada käyttöön useampia hyvälaatuisia munasoluja ja näin edesauttaa alkioden hyvä kehitys ja selviytyminen hedelmöittymisen jälkeen. (Pruuki ym. 2015.) Hedelmöittymisen jälkeen alkioista hyvälaatuisin voidaan siirtää kohtuun ja loput voidaan pakastaa mahdollista uusintasiirtoa varten (Duodecim 2016). Se, missä vaiheessa hoitoa munasolujen kasvatus tapahtuu, on riippuvainen siitä, onko lääkehoito suunniteltu lyhyt- vai pitkäkestoisen kaavion mukaan (Duodecim 2016).

Pitkässä lääkehoidossa noin kaksi viikkoa ennen gonadotropiinihoidon aloittamista potilas saa lisäksi toista hormonivalmistetta GnRH-agonistia.

Tämän hormonivalmisteen avulla naisen munasarjat vaivutetaan tilapäisesti "unitilaan", jolla estetään munarakkuloiden ennenaikainen puhkeaminen ennen munasolujen keräyshetkeä. Tila muistuttaa naisen vaihdevuosisia ja aiheuttaa mm. päänsärkyä, hikoilua ja kuumia aaltoja. Tällä tavoin suoritettulla lääkehoidolla mahdollistetaan munasolujen tarkempi keräysajankohta. (Pruuki ym. 2015; Duodecim 2016.)

Lyhyessä lääkehoidossa hoito sen sijaan aloitetaan suoraan munasolujen kypsyttämiseksi aivolisäkehormonivalmisteen avulla. Noin viikon sisällä hoidon aloituksesta lisätään rinnalle toinen hormonilääke GnRH-antagonisti, joka pistetään potilaalle päivittäisinä pistoksina. Tämän hoidon suurin etu on lyhyempi hoitajakso mutta toisaalta hoitokiertojen tarkkaileminen tällä tavalla ei ole niin helposti toteutettavissa. (Pruuki ym. 2015; Duodecim 2016.)

Hormonihoito toteutetaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti, mutta keskimäärin lääkehoitoa jatketaan 9-12 päivän ajan. Suurimpien munarakkuloiden läpimitan ollessa yli 17 mm annetaan potilaalle hCG-pistos (ns. irrotuspiikki), joka laukaisee munasolujen lopullisen kypsymisen munasarjassa. (Pruuki 2015; Duodecim 2016.)

Munarakkuloiden keräys tapahtuu munarappulapunktion avulla n. 36 tuntia viimeisen hormonipistoksen jälkeen. Kypsät munasolut siirretään odottamaan hedelmöitystä viljelymaljaan, jossa on kudosisviljelynestettä. Samaan aikaan laboratorio seuloa miehen siemennesteestä elinvoimaisimmat siittiöt, jotka lisätään maljaan. (Pruuki ym. 2015;

Duodecim 2016.) Hedelmöityshetkellä viljelymaljaan lisätään n. 200 000 siittiötä munasolua kohti (Duodecim 2016).

Hedelmöittyminen pystytään havaitsemaan jo punktiota seuraavana päivänä. Hedelmöittyneistä munasoluista kaikki eivät kuitenkaan lähde kehittymään tai eivät kehity alkiovaihetta pidemmälle. Hedelmöittyneet munasolut voidaan siirtää jo 48 tunnin kuluttua keräyksestä tai ne siirretään viimeistään 5. tai 6. vuorokauden päästä. Tässä vaiheessa myös ylimääräiset hyväkuntoiset alkiot pakastetaan. Alkionsiirto on potilaalle kivuton toimenpide. Se vaadi lääkitystä tai sairaalassaoloa toimenpiteen aikana tai jälkeen. (Duodecim 2016.)

Koeputkihedelmöityshoitoihin liittyy myös komplikaatioita, jotka ovat kuitenkin harvinaisia. Ne voivat pahimmillaan olla kuitenkin fataaleja, jolloin ne ovat syytä ottaa huomioon ja niistä tulee aina informoida potilasta ennen hoitojen aloittamista. (Terveysportti 2006.)

ICSI tarkoittaa Mikroinjektio-hoitoa (Intracytoplasmic Sperm Injection) ja se on tärkein hoitomuoto miehestä johtuvassa lapsettomuudessa (Pruuki ym. 2015; Duodecim 2016).

Munasolun hedelmöittämistä mikroinjektioilla käytetään, jos miehen siittiöt ovat huonosti liikkuvia tai niitä on liian vähän. Mikroinjektiohoidossa miehen siittiöt seulotaan ja parhaiten liikkuvat siittiöt otetaan talteen. Seulonnan jälkeen vain yksi siittiö ruiskutetaan ohuella lasineulalla suoraan munasolun sisään. (Pruuki ym. 2015.) Jos siemennesteessä ei ole tarpeeksi siittiöitä, silloin siittiöt voidaan kerätä mm. lisäkivistiehyestä, kiveskoepalasta. Mikäli miehen perimässä on jokin ominaisuus, jota

vältetään siirtämästä tulevalle lapselle, voidaan käyttää myös luovuttajan spermaa. (Paananen ym. 2007.)

Sperman mikroinjektointia lukuun ottamatta naisen hormonihoidot ovat tässä hoitomuodossa samat kuin normaalissa koeputkihedelmöityksessä. Myös hedelmöittymisen toteaminen ja sen jälkeen tapahtuva alkionsiirto noudattaa normaalin koeputkihedelmöityksen hoitopolkua. (Paananen ym. 2007.)

Sekä koeputkihedelmöitykseen että mikroinjektiohedelmöitykseen liittyy olennaisena osana **alkioiden pakastaminen**. Näiden hoitojen tuloksena saadaan yleensä useita alkioita, joista kuitenkin vain kerrallaan kohtuun siirretään yksi, joissain tapauksissa kaksi alkioita. Hyvälaatuiset jäljelle jääneet alkiot pakastetaan. Ne voidaan myöhemmin sulattaa ja siirtää kohtuun omassa kuukautiskierrossa ilman hormonivalmisteita tai siirto voidaan tehdä hormoniavusteiseen kiertoon. (Tiitinen 2016.)

Joskus lapsen saaminen omilla sukusoluilla on mahdotonta. Näin voi olla siinä tapauksessa, jos sukusoluja ei muodostu, ne ovat viallisia tai niistä syntyneellä lapsella olisi huomattava riski perinnölliseen sairauteen.

Tällaisissa tilanteissa hoidoissa voidaan käyttää **luovutettuja sukusoluja tai luovutettuja alkioita**. (Väestöliitto 2017.)

Lapsettomuutta ei tulisi käsitellä vain lääketieteellisestä näkökulmasta.

Asiassa tulisi nähdä myös sen esiin tuomat psykososiaaliset haasteet.

Lapsettomuushoidot voivat jatkua vuosia ja pitkän kestoensa sekä onnistumisen epävarmuuden vuoksi ne aiheuttavat monesti pariskunnille ahdistuneisuutta ja stressiä. Tämä on hoitojen kannalta ongelmallista, sillä

stressireaktio voi vaikuttaa epäedullisesti hoitojen onnistumiseen hedelmällisyyden heikkenemisen vuoksi. Samasta syystä pariskunnat voivat myös omasta tahdostaan keskeyttää hoidot ennen kuin kaikki voitava on hoitojen suhteen tehty. Hoidot voidaan joskus joutua lopettamaan myös tuloksettomina hoitavan lääkärin päätöksellä. Tämä on raskas tilanne ja vaatii lapsettomuuslääkäriltä huolellista asian läpikäyntiä pariskunnan kanssa. Syyt hoitojen lopettamiseen voivat olla erilaisia, kuten yrityskertojen enimmäismäärän täytyminen tai liian huono hoitovaste, iän tuomat rajoitteet tai terveydentilan rajoitteet. Erilaisten negatiivisten tunteiden käsitteleminen vaatii usein vahvaa tukea. Tuki voi olla ammattilaisen antamaa tai vertaistukea. (Anttila ja Korkeila 2012; Tiitinen 2016.)

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Ahinko K. 2009. Successful Intrauterine Insemination Treatment.

Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere (Väitöskirja), 24

Fraser D, Cooper M. 2009. Myles textbook for Midwives. Elsevier. 15. painos. Edinburgh, 182

Koskimies A. I. Hedelmällinen Rakkaus – toiveena lapsi. Karisto Oy Kirjapaino Hämeenlinna 1.-2. painos 2004, 42

Kuivasaari-Pirinen P. 2013 Publications of the University of Eastern Finland Kuopio The Pathway from Infertility to Motherhood through Assisted Reproductive Technology ART), 3-5

Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) 2007. Kätilötyö. Edita Prima. 1.-2. painos. Helsinki, 613-620

Pruuki H, Tiihonen R, Tuominen M. 2015. Toisenlainen tie - Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Kirjapaja. 1. painos. Helsinki, 126-130

Elektroniset lähteet:

Anttila L, Korkeila J. 2012. Stressi ja lapsettomuus. Suomen lääkärilehti 26-31/2012 vsk 67, 2076-2080

<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL262012-2076.pdf>

[luettu 7.6.2017]

Duodecim 2016. Koeputkihedelmöitys

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00870

[luettu 2.5.2017]

Heino A, Gissler M. 2017 Hedelmöityshoidot 2015 – 2016, 1-8

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132313/Tr09_2017.pdf?sequence=3 [luettu 2.5.2017]

Hippeläinen M. 2009. Milloin ja miten ovulaatioinduktiohoito? Suomen

Lääkärilehti 5/2009 vsk 54, 375-380

<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL52009-375.pdf1> [luettu 02.05.2017]

Mikkola L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan

vuorovaikutuksessa. Jyväskylä studies in humanities 66 Jyväskylän yliopisto s.12

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence> [luettu 6.7.2017]

Morin- Papunen L, Koivunen R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot – osa I.

Duodecim 2012; 128: 1478-85

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10381.pdf> [luettu 02.05.2017]

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

Lääkärilehti 39/2010 vsk 65

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/yli-40-vuotiaan-naisen-infertiliteetti/> [luettu 02.05.2017]

Terveysportti 2006. Varpu Jokimaa, Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot, 7

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95544.pdf> [luettu 02.05.2017]

THL 2016 Tahaton lapsettomuus

[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) [luettu 02.05.2017]

Tiitinen A, Unkila-Kallio L. 2011. Lapsettomuuskriisi. Lääkärikirja

Duodecim <http://www.oppiportti.fi/op/njs01605/do> [luettu 02.05.2017]

Tiitinen A. 2016a. Inseminaatio. Lääkärikirja Duodecim

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00872
[luettu 02.05.2017]

Tiitinen A. 2016. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja Terveysportti

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=hedelm%C3%A4tt%C3%B6myyden%20hoidot [luettu 7.6.2017]

Tiitinen A. 2016b. Lapsettomuushoito. Lääkärikirja Duodecim

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732
[luettu 02.05.2017]

Tiitinen A. 2016. Alkion pakastus. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00868
[luettu 6.7.2017]

Väestöliitto 2017. Koeputkihedelmoitys eli IVF -hoito

<https://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmoityshoidot/koeputkihedelmoitys-eli-ivf/>

[luettu 02.05.2017]

Väestöliitto 2017. Lapsettomuushoidot

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/> [luettu 02.05.2017]

Väestöliitto 2017. Tule sukusolujen luovuttajaksi

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/tule-luovuttajaksi/> [luettu 6.7.2017]

Unkila-Kallio L, Ranta V. 2012 Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin. Lääkärilehti 26-31/2012 vsk 67

<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL262012-2059.pdf>

[luettu 7.6.20

HOITAJAN ROOLI LAPSETTOMUUSHOIDOISSA - KLIINISESTÄ
KÄDENTAITAJASTA JA OHJAAJASTA KANSSAKULKIJAKSI JA
KANNUSTAJAKSI

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitajan koulutus

Opinnäytetyö

Pellikka Riitta

Penttinen Johanna

Rautiainen Päivi

Mitä aiheesta jo tiedetään?

- Hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa on moninainen.
- Kliinisten kädentaitojen lisäksi hoitajan tulee hallita potilaan ohjaaminen sekä psykososiaalisen tuen antaminen.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuottaa ja miten artikkelin tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää?

- Lääketiede on kehittynyt, joten fyysisten komplikaatioiden riski on vähentynyt.
- Psykososiaalisen tuen merkitys on erittäin suuri ja sen antamiseen on jatkossa kiinnitettävä entistä enemmän huomiota.
- Potilaita kehoitetaan avoimeen keskusteluun aiheesta, sillä se helpottaa raskaan prosessin läpikäymistä.
- Artikkelin tarjoaa myös mahdollisuuden hoitohenkilöstölle pohtia omaa rooliaan lapsettomuushoidoissa, ohjaamisen taitojaan, potilaan kohtaamista sekä oman persoonan vaikutusta potilastyössä.

Lapsettomuushoidoissa käyvä pariskunta tapaa hoitajensa aikana useita kertoja hoitopaikkansa henkilöstöä. On erityisen tärkeää, että pariskunnan ja hoitohenkilöstön välille muodostuu luottamuksellinen hoitosuhde, jossa vallitsee avoimuuden periaate. Tämä artikkeli on kirjoitettu lapsettomuushoidoista hoitajan näkökulmasta katsottuna. Artikkelia varten on haastateltu yli kymmenen vuotta Päijät-Hämeen keskussairaalan lapsettomuuspoliklinikalla lapsettomuushoitajien parissa työskennellyttä kättilöä. Hänen näkökulmiaan peilataan teoreettiseen tietoon aiheesta. Tässä artikkelissa käytetään kättilöstä yleisnimitystä hoitaja.

Hoitaja moniosaajana ja vastuunkantajana

Hoitajan rooli voidaan nähdä lapsettomuushoidoissa niin sosiaalisena tukijana kuin myös hoitotoimenpiteissä vaativia klinisiä kädentaitoja toteuttavana ammattilaisena. Sosiaalisena tukijana hoitaja auttaa potilasta hallitsemaan epävarmuutta. Sosiaalinen tukeminen voidaan ajatella myös kytkeytyvän hyväksytyksi tulemisen tunteeseen. Hoitotoimenpiteet sen sijaan nähdään usein ammatilliseksi avuksi potilaan vaivaan. Kun sosiaalinen tuki sisältyy hoitotyöhön, se korostaa potilaan autonomiaa ja tukee tämän selviytymistä. Joissakin hoitoyksiköissä hoitajan vastuulle kuuluu myös erinäisiä lapsettomuushoitoprosessiin liittyviä hallinnollisia tehtäviä, kuten hoitajonon sekä laboratoriovastausten hallinnointi.

(Ansamaa 2006.)

Haastattelusta kävi ilmi että, hoitaja on merkityksellinen linkki hoidoissa käyvien pariskuntien ja lääkäreiden välillä. Edelleen hoitajan tärkeimpiä tehtäviä klinisten hoitotoimenpiteiden ohella ovat pariskuntien auttaminen,

kuunteleminen ja kannustaminen lapsettomuushoitoihin liittyvissä kysymyksissä. Lääkkeisiin liittyvä ohjaaminen sekä hoitopolun selkiyttäminen ovat olennainen osa hoitajan roolia. Tärkeintä on luoda pariskunnille tunne siitä, että hoitajaan voi ottaa aina yhteyttä kaikissa asioissa. Haastattelussa korostui, että on tärkeää olla helposti lähestyttävä ja luoda läheiset välit, joissa pariskunnat uskaltavat kysyä avoimista mieltään painavista asioista.

Lapsettomuudesta kärsivät parit tarvitsevat hoitohenkilökunnan vahvaa tukea koko prosessin ajan. Turvallisen hoitosuhteen syntymistä edesauttaa hoitohenkilökunnan avoin ja rehellinen vuorovaikutus, sillä se helpottaa paria kertomaan omista kokemuksistaan ja huolistaan.

(Ansamaa 2006.)

Haastattelusta kävi ilmi, että hoitaja kykenee järjestämään melko hyvin aikaa pariskuntien ohjaamiselle kliinisen hoitotyön ohessa. Nykyään hoitajia voi tavoitella niin puhelimitse kuin sähköpostitse, mikä varmasti on helpottanut yhteydenpitoa. Edelleen hoitaja summaa pyrkimyksenä olevan, että lapsettomuuspoliklinikalla hoitajien vaihtuvuus olisi pientä. Näin potilaille voitaisiin vahvistaa tunnetta helposti lähestyttävästä hoitajasta, jolla on hallussaan kokonaiskuva potilaan tilanteesta.

Valonkantaja – tukea ja kannustusta vaikeina aikoina

Tietoisuus omasta lapsettomuudesta on verrattavissa traumaattiseen tapahtumaan, kriisiin. Tyypillistä tällaisessa tilanteessa on, että ihminen pyrkii kieltämään tapahtuneen. Tilanteeseen olisi kuitenkin lähdeävä

sopeutumaan, vaikka se tuntuukin hyvin epäoikeudenmukaiselta. On tärkeää kohdata totuus, sillä ilman sitä ihminen voi takertua turhiin syytöksiin, jotka ruokkivat katkeruutta ja vihaa. Totuuteen sopeutuminen vaatii asian psyykkistä käsittelyä ja se on hyvä sijoittaa mahdollisimman alkuvaiheeseen kriisiä. (Saari 2003.)

Psykososiaalinen tuki ja sen muoto sekä sisältö korreloivat traumaattisen kokemuksen eri vaiheiden kanssa. Aivan alussa on tärkeää, että luodaan rauhoittava ja turvallinen ilmapiiri, jossa korostuu myötäeläminen ja huolenpito. Tiettyjä lohduttavia tai oikeita sanoja ei ole olemassa. Tärkeintä on olla levollisesti läsnä ja käytettävissä. Auttajan oma liikuttuminen on sallittua. Monet kokevat sen empatiaksi ja se lisää lämpöä tilanteeseen. Olennaista kuitenkin on, että autettava voi edelleen luottaa auttajaan ja hänen tukeensa ja kestokykyynsä. Auttajan on hyvä pitää mielessä, että tyhjiin sanontoihin tai turhiin lupauksiin ei kannata tarttua, sillä ne koetaan usein loukkaavina. Usein kosketus on parempi keino viestiä aitoa välittämistä ja jakamista kuin sanat. (Saari 2003.) Hoitajan oma haavoittuvuus ja herkkyys aidossa hoitosuhteessa ovat voimavaroja. Ne auttavat ymmärtämään potilasta ja hänen tarpeitaan ja toiveitaan avoimemmin sekä tunnistamaan ympäristön mielialoja ja sen viestejä herkemmin. (Sarvimäki 2009.)

Ansamaan (2006) mukaan psykososiaalisen tuen yhtenä päätavoitteena on auttaa pariskuntia löytämään voimavaroja, joiden avulla he voivat sopeutua tilanteeseen ja löytää keinoja asian käsittelyyn. Sen lisäksi, että hoidot ovat fyysisesti raskaita naisen elimistölle, ne ovat myös psyykkisesti

ja sosiaalisesti vaativia sekä naiselle että miehelle. Lapsettomuushoidot asettavat usein myös parisuhteen koetukselle. Tästä syystä moniammatillinen psykososiaalinen tuki on erityisen tärkeässä asemassa osana lapsettomuushoitoja. Yhtenä tuen tavoitteena on, että pariskunta hyväksyy lapsettomuuden tosiasiallisuuden omassa elämässään. Tärkeää on totuudenmukaisen kuvan antaminen hoitojen onnistumisen mahdollisuudesta. (Ihme ja Rainto 2014.)

Lapsettomuus voidaan kokea loukkauksena omaa naiseutta ja miehuutta kohtaan. Pariskunta voi kokea, että heidän rakkautensa ja parisuhteensa ei koe täyttymystä ilman lasta. Nainen kokee lapsettomuuden usein psyykkisesti raskaampana, koska hoitomuodot ja lääkitykset sekä tutkimukset kohdistuvat voimakkaammin yleensä naiseen. Nainen kokee lapsettomuudessa myös muunlaisia menetyksiä kuin pelkän lapsen puuttumisen. Naiselta jää puuttumaan kokemus raskaudesta, synnytyksestä ja imetyksestä, joita kulttuurissamme korostetaan melko vahvasti. (Oinonen 1998; Ansamaa 2006; Llewellyn-Jones 2011.)

Lapsettomuudesta kärsivien psykososiaalinen neuvonta on haastavaa, sillä aiheeseen integroituu monia eri osa-alueita kuten parisuhteen dynamiikka, seksuaalisuus, surutyö sekä tietämys lapsettomuudesta sen hoidoista ja lapsettomuuskriisistä. (Tulppala 2004; Ansamaa 2006.)

Lapsettomuuden tuoman kriisin kokemiseen ja siitä selviytymiseen vaikuttavat yksilölliset ominaisuudet, kuten itsetunto ja minäkuva. Tästä johtuen kaikki eivät koe lapsettomuutta kriisinä, mutta jokaiseen se vaikuttaa jollakin tasolla. Kun ihmiselle syntyy tunne elämänhallinnan

menettämisestä, se johtaa yksilön ja usein myös parin yhteiseen kriisiin. Lapsettomuus kriisissä voidaan nähdä sekä kehityskriisin että traumaattisen kriisin piirteitä. Kehityskriisin piirteet nousevat selkeimmin esille lapsettomuus kriisin akuutissa vaiheessa, jolloin koetaan usein vahvoja pelon, vihan, häpeän, surun sekä syyllisyyden, avuttomuuden ja nöyryytyksen tunteita. Avuttomuuden tunne syntyy usein siksi, että pariskunta tarvitsee ulkopuolista apua yhteiselämän kaikkien intiimeimmällä alueella. (Tulppala 2004; Ansamaa 2006; Käypä hoitosuositus 2014.) Traumaattisen kriisin reaktiot tulevat esiin yleensä myöhemmässä vaiheessa lapsettomuus kriisiä. Nämä reaktiot kytkeytyvät usein menetyksen tunteisiin, joita lapsettomuudessa edustaa syntymätön lapsi. (Ansamaa 2006.)

Yhtenä psykososiaalisen tuen muotona toimii vertaistuki, joka koetaan merkityksellisenä. Lapsettomuudesta kärsivät voivat osallistua mm. Simpukka ry:n toimintaan useilla paikkakunnilla. Sen vahvuus on samankaltaisten kokemusten jakaminen, toisten samassa tilanteessa olevien tapaaminen ja kannustaminen. Toisaalta vertaistukiryhmässä tulee olla mahdollisuus tuoda esille myös yksilöllisiä ja erilaisia kokemuksia. (Ansamaa 2006; Saari ym. 2009.)

Haastattelun mukaan vertaistuen piiriin ohjaaminen ei ole automaattinen toiminto kaikille lapsettomuushoitoihin tuleville pariskunnille. Tuen tarvetta ja tukimuotoa arvioidaan tapauskohtaisesti yhdessä pariskunnan kanssa. Tänä päivänä pariskunnat saavat tietoa vertaistukiryhmistä mm.

hoitopaikkojensa ilmoitustauluilta, mutta myös internet ja hoitajat ohjaavat tarvittaessa tuen piiriin.

Sosiaalisen tukiverkoston merkitys on kiistaton lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien keskuudessa. Laaja ja monipuolinen sosiaalinen verkosto auttaa selviytymään lapsettomuuden kriisistä, sillä kuuntelijoita tarvitaan kriisin monissa vaiheissa. (Saari ym. 2009.) Usein ystävät ja lähimmäiset ovat niitä, jotka lopulta saattavat antaa parasta keskusteluapua ja tukea hoitohenkilöiden ja asiantuntijoiden sijasta. Auttamisen ei aina tarvitse olla aktiivista, pelkkä läsnäolo lähimmäisenä on riittävää. (Hammarlund 2010).

Joskus puhuminen voi olla hyvin vaikeaa ja ajatus siitä on vastahakoista. Psykodynaamisessa teoriassa tätä kutsutaan vastustukseksi, kun taas kognitiivinen teoria nimeää ilmiön välttämiseksi. Kriisitilanteissa ihminen pyrkii välttämään juuri niitä asioita, joita nimenomaisesti pitäisi käsitellä. Lapsettomuudesta kärsivillä taustalla voi olla etenkin voimakkaita syyllisyyden ja häpeän sekä arvottomuuden tunteita. (Hammarlund 2010.)

Tärkeä osa lapsettomuuden hyväksymistä kuitenkin on, että kertoo asiasta valitsemilleen läheisilleen. Avoimuus voidaan kokea vaikeana etenkin lapsettomuuskriisin alkuvaiheessa, ja se saattaa lisätä paineita asiasta. Myöhemmin puhuminen helpottaa omaa taakkaa ja läheisten mahdollinen ymmärrys ja tuki ovat arvokasta. (Oinonen 1998; Ansamaa 2006.)

Psykologin avusta on monelle hyötyä, vaikka sitä ei välttämättä kokisi tarvitsevansa. Psykkiseen hyvinvointiin tulisi keskittyä jo hoitojen alusta saakka. Ulkopuolisen keskusteluavun merkitys korostuu tilanteessa, jossa

käytetään lahjoitettuja sukusoluja. Tällöin vanhemmuuden ja vanhemmaksi tulemisen merkitys on erilainen (Oinonen 1998.)

Miehillä ja naisilla on usein erilainen tapa käsitellä lapsettomuuden aiheuttamaa surua. Miehet purkavat sitä tavallisimmin toimintaan. Naisilla on selkeästi suurempi tarve selvittää omia tunteitaan ja ajatuksiaan puhumalla. Valitettavasti joskus miehet voivat kieltää naista kertomasta asiasta ulkopuolisille. Joskus erilainen tapa käsitellä vaikeita asioita voi synnyttää parin välille ikäviä väärinkäsityksiä ja ristiriitoja siitä, pitävätkö molemmat lapsen saamista yhtä tärkeänä asiana. (Oinonen 1998; Ansamaa 2006.)

Haastateltu hoitaja vahvistaa avoimuuden merkitystä ja asian jakamista. On erittäin tärkeää, että puolison lisäksi joku muukin tietäisi pariskunnan tilanteesta. Etenkin naisten verbaalisuus on ollut havaittavissa hoitajan uran aikana ja olisikin tärkeää, että heillä olisi mahdollisuus purkaa tunteitaan puolison lisäksi jollekin muulle läheiselle ihmiselle. Usein pariskunnat käyvät hoitajan luona yhdessä keskustelemassa mieltään painavista asioista. Tarvittaessa myös puoliset voivat tulla erikseen tapaamaan hoitajaa. Haastattelussa nousi esiin myös, että miehet ovat viime aikoina rohkaistuneet keskustelemaan entistä enemmän aiheesta. He tulevat tapaamaan hoitajaa yksin usein etenkin siinä tilanteessa, jos lapsettomuus on todettu johtuvan heistä.

Yhä useammissa hoitopaikoissa on nykyään mahdollisuus päästä lähetteellä keskustelemaan psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa lapsettomuuden synnyttämistä kysymyksistä. Kriisitilanteessa potilas

tuntee epävarmuutta, koska ei pysty itse kontrolloimaan tilannettaan ja tietämään, miten tilanne päättyy. Hoitajan antama psykososiaalinen tuki lisää potilaan henkilökohtaista hallitsemisen tunnetta. (Mikkola 2006.) Psykososiaaliseen tukeen on panostettava erityisesti myös silloin, kun pariskunta päättää itse luopua lapsettomuushoidoista tai ne lopetetaan tuloksettomina hoitavan lääkärin päätöksellä (Ihme ja Rainto 2014.)

Haastattelusta selvisi, että nykyisin lääkkeet ovat kehittyneet merkittävästi ja monia hoitojen seurauksena syntyviä komplikaatioita voidaan estää aiempaa paremmin lääketieteellisin keinoin. Nyt olisi hyvä aika nostaa lapsettomuushoitojen henkistä puolta ja potilaiden psykososiaalista tukemista enemmän esiin osana lapsettomuushoitoja. Haastattelusta nousi esiin myös, että psykososiaalinen tukeminen on tärkeä asia ja etenkin hoitajan rooli korostuu tukijana ja kannustajana tässä asiassa. Henkinen tukeminen ja kannustus ovat paljon kiinni hoitajan omasta persoonasta. Pääsääntöisesti lapsettomuushoitojen parissa työskentelevät hoitajat ovat sellaisia persoonia, joiden on helppo puhua myös vaikeista asioista.

Lääkehoidon täsmätietoa - ohjaamista kädestä pitäen

Lääkehoidon ohjauksessa keskeisiä asioita ovat tarkat ja yksiselitteiset ilmaiset, joissa vältetään ammattisanastoa sekä kertominen lääkkeen hyödyistä ja haitoista tasapuolisesti. Kirjallisen informaation lisäksi suullinen tieto lääkkeistä on tärkeää. Olennaista on, että tietoa annetaan riittävästi jo heti hoitoprosessin alussa. Ohjaustilanteissa olisi hyvä, jos informaatio voidaan toistaa olennaisten tietojen osalta. Toinen hyvä tapa

on pyytää potilasta kertaamaan hänelle annetut ohjeet ja täydentää lopuksi mahdolliset oleelliset puuttuvat tiedot. (Llwellyn-Jones 2011; van der Meer 2015.) Toisinaan pariskunnat voivat olla niin järkyttyneitä saamastaan negatiivisesta tiedosta, että he eivät kykene sisäistämään heille kerrottuja asioita. Silloin on hyvä, jos heille voi antaa aiheesta luettavaksi esitteitä tai kirjan. Tilanteissa on myös jätettävä mahdollisuus kysymysten esittämiselle. (Llwellyn-Jones 2011.)

Potilaan ohjaamisessa on huomioitava, että jokaisella on yksilöllisiä tarpeita ja jokaisen lähtötilanne on erilainen. Valitettavan usein lähtötilanteessa ei käytetä riittävästi aikaa yksilöllisten tarpeiden arviointiin. Tämä johtaa siihen, ettei ohjaaminen perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Ohjaustilanteissa tulee huomioida niin potilaan kuin hoitajankin taustatekijät, joita ovat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. (Kyngäs ym. 2007; Vänskä ym. 2012.) Edelleen Vänskä ym. (2011) sekä Kyngäs ym. (2007) korostavat, että ohjaustilanteissa hoitajan on huomioitava, että ohjaus on eettisesti kestävä ja ohjauksen perustana on ajantasainen tieto sekä näyttöön perustuvat valinnat.

Lääkehoidon ohjauksen osalta haastattelun mukaan suurimmat haasteet ovat siinä, että hoitajan tulee muistaa pariskuntien olevan tavallisia ihmisiä, joille lääkehoito ja etenkin pistoshoidot voivat olla hyvinkin vieraita. Tästä syystä lääkehoidon ohjaukseen tulee varata riittävästi aikaa ja esimerkiksi pistämistä harjoitellaan vastaanotolla keinoihon.

Haastattelu vahvistaa, että ehdoton edellytys lääkehoidon ohjaamiselle on myös ajantasaiset tiedot hoidoissa käytettävistä lääkkeistä ja niiden

vaikutuksista sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Lisäksi on osattava selvittää eri kauppanimillä myytävien lääkkeiden eroavaisuuksia.

Nämä tiedot ovat työn kannalta tärkeitä, koska hoitajan yhtenä merkittävimpänä roolina on toimia hoidoissa käyvien pariskuntien auttajana ja neuvojana kaikissa kysymyksissä. Usein hoitaja on myös taho, johon pariskunnat ensimmäiseksi ottavat yhteyttä, kun heille herää kysymyksiä lääkehoitoon liittyen.

Haastattelusta nousi esiin, että hoitohenkilökunta kaipaisi työnsä tueksi lääkeyhtiöiltä entistä parempia esittelypakkauksia, joiden avulla lääkehoidon ohjausta voisi paremmin havainnollistaa ja opastaa hoidoissa käyville pariskunnille. Hoitohenkilökunnalla oli myös positiivisia odotuksia jokin aika sitten erään lääkeyhtiön lanseeraamalle mobiilisovellukselle, jonka kautta lääkehoitoa olisi voinut ohjeistaa. Jostain syystä pariskunnat eivät kuitenkaan tästä innostuneet ja sovelluksen käyttö jäi vähäiseksi.

Vaikka lapsettomuushoidot ja niissä käytettävät lääkkeet ovat kehittyneet vuosien saatossa huomattavasti ja kehitystä tapahtuu edelleen, näkee haastateltu hoitaja kuitenkin hyvänä asiana sen, että ihmiset eivät vielä voi vaikuttaa kaikkeen. Vaikka hoitojen aikana jokainen joutuu kohtamaan vaikeita asioita ja pettymyksen tunteita, niin hoitaja uskoo vahvasti, että lopulta jossakin elämänvaiheessa kaiken tarkoitus tulee ihmiselle selväksi, vaikka juuri sillä hetkellä hoitojen keskellä siltä ei tuntuisikaan. Lopulta kuitenkin suurinta osaa lapsettomista voidaan auttaa. Tämä on myös yksi niistä asioista, jotka hoitaja kokee palkitsevana omassa työssään ja auttaa jaksamaan eteenpäin.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Ansamaa O. 2006. Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen.

Artikkeli teoksessa Apter J, Väisälä L, Kaimola K. (toim.) Seksuaalisuus
Kustannus Oy Duodecim Helsinki s. 185, 187, 189-190

Hammarlund C-O. 2010 Kriisikeskustelu - kriisituki, jälkipuinti, stressin ja
konfliktin käsittely. 2. päivitetty laitos. Tietosanoma Oy Helsinki s. 26, 60,
69

Ihme A, Rainto S. 2014. Naisen terveys. 2. uud. painos. Edita Publishing
Oy Porvoo

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors
T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy 1.painos.
Porvoo s. 26-27, 31, 154

Llewellyn-Jones D. 2011. Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology.
9.painos Mosby Elsevier Edinburgh s. 256

Oinonen T. 1998. Pitkä Odotus - Kokemuksia lapsettomuuden hoidosta.
Kustannusosakeyhtiö Tammi Helsinki s. 30-31

Saari S, 2003. Kuin Salama kirkkaalta taivaalta – kriisit ja niistä
selviytyminen. 3. uudistettu laitos. Otavan Kirjapaino Keuruu s. 81-82, 143,
146

Saari S, Kantanen I, Kämäräinen L, Parviainen K, Valoaho S, Yli-Pirilä P.
2009. Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas. 1. painos. Kustannus
Oy Duodecim Helsinki s. 47, 52

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. 2009. Hoitotyön etiikka. Edita 1. painos
Helsinki s. 16

Tulppala M. 2004. Näkökulmia parisuhteeseen ja lapsettomuuteen kiintymyssuhdeteorian pohjalta. Artikkeliteoksessa Malinen V, Alkio P. Parisuhde intiimiys ja seksuaalisuus V-L Markkinointi Oy Helsinki s. 85, 86

Vänskä K., Laitinen-Väänänen S., Kettunen T. & Mäkelä J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita Priima 1. painos Helsinki s. 63-64

Elektroniset lähteet:

Käypä hoito – suositus. Traumaperäinen stressihäiriö.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50080> [luettu 16.11.2017]

Mikkola L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylä studies in humanities 66 Jyväskylän yliopisto s.12,46

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence> [luettu 4.7.2017]

van der Meer M. 2015. Puhu lääkkeistä selkeästi Lääkärilehti 33/2015 vsk 70 s.1972-1974.

<http://www.laakarilehti.fi/aineistot.lamk.fi/ajassa/ajankohtaista/puhu-laakkeista-selkeasti/> [luettu 4.7.2017]

KIIREETTÖMYYDESTÄ LIUKUHIHNALLE – POTILAIEN
TUNTEMUKSIA LAPSETTOMUUSHOIDOISTA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitajan koulutus

Opinnäytetyö

Pellikka Riitta

Penttinen Johanna

Rautiainen Päivi

Mitä aiheesta jo tiedetään?

- Tahaton lapsettomuus on kasvava ilmiö.
- Potilailla on paljon odotuksia ja pelkoja lapsettomuushoitoja kohtaan ja he tarvitsevat vahvaa tukea ja vastauksia kysymyksiinsä.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuottaa tai miten artikkelin tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää?

- Potilaat ovat pääasiallisesti tyytyväisiä saamiinsa lapsettomuushoitoihin.
- Lääkeohjaukseen ja psykososiaaliseen tukeen kaivataan jatkossa entistä enemmän huomiota.
- Pieniä toiminnallisia muutoksia tekemällä lapsettomuushoitoja voidaan kehittää potilasystävällisempään suuntaan.
- Artikkelin toimii myös palautekanavana hoitohenkilöstölle heidän työstään.

Noin joka viides pariskunta kohtaa tahatonta lapsettomuutta (Heino & Gissler 2017). Tämän päivän kehittyneen lääketieteen avulla jopa 80% lapsettomuushoitoihin hakeutuneista potilaista saa apua lapsettomuuteen. Päätös hakeutua lapsettomuushoitoihin vaihtelee miesten ja naisten kesken. Päätöksen tekeminen riippuu monista asioista, kuten sosiaalisesta ja taloudellisesta tilanteesta sekä koulutustaustasta. (Miettinen 2011.)

Tämä artikkeli on kirjoitettu potilaiden näkökulmasta ja siitä, miten he kokevat hoitajan roolin lapsettomuushoidoissa. Tätä artikkelia varten on haastateltu viittä potilasta, joista neljä oli naisia ja yksi mies. Haastateltavat ovat olleet tai ovat edelleenlapsettomuushoidoissa eri puolella Suomea vuosina 2004-2017. Heidän haastatteluistaan saatua tietoa verrataan aiempaan teoreettiseen tietoon.

Potilaan kokemus hoitajan roolista

Potilasohjaus on tärkeää terveydenhuollon henkilökunnan ja potilaan vuorovaikutteista ja aktiivista toimintaa, jonka tavoitteena on saada potilas tietoiseksi omaan terveyteen ja hoitoon liittyvistä asioista.

Tavoitteena on saada potilas ymmärtämään kyseiset tiedot ja toimimaan niiden mukaan (Kyngäs ym. 2007; Vänskä, ym. 2011; Falk-Rafael 2001, Leino-Kilpi ym. 2005, Redman 2007, Eloranta ym. 2014 mukaan.) Tänä päivänä pyrkimys on voimavaraistumista tukevassa potilaslähtöisessä ohjauksessa. Potilas ymmärretään aktiivisena tiedonkäsittelijänä, jolloin hänellä tulee olla riittävästi tukea ja tietoa

tiedon käsittelyyn. (Eloranta ym. 2014.) Tavoitteena on, että potilas osallistuisi oman hoitonsa suunnitteluun ja hoidon toteutukseen mahdollisimman aktiivisesti (Vänskä ym. 2011).

Tähän opinnäytetyöhön haastatellut henkilöt olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä saamaansa lapsettomuushoittoon. He kokivat, että heitä kuunneltiin ja hoitajan vastaanotolla sai näyttää kaikki tunteensa. Haastattelujen pohjalta saatua tutkimustulosta tukee aiemmin Kyngäksen ym. (2007) esittämä tieto, että potilaan ja hoitajan halu työskennellä yhdessä, yhdessä asetetut tavoitteet, odotukset ja usko auttamisen mahdollisuuksiin, muodostavat onnistuneen vuorovaikutuksen.

Lapsettomuuspoliiklinikat ovat pääsääntöisesti avoinna virka-aikaan. Haastatellut potilaat olivat yleisesti sitä mieltä, että tavoitettavuus oli hyvällä tasolla. Toisaalta lyhyet soittoajat aiheuttivat hankaluuksia hoitajan tavoittamisessa. Viikonloppuisin ei usein löydy tarvittavaa neuvoa ja tukea. Tähän potilaat toivoivat parannusta esimerkiksi päivystyksen tapaisena palveluna. Myös Mikkolan (2006) tutkimuksessa oli päädytty samaan tulokseen haastatteluiden pohjalta. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus ei ole aina niin potilaslähtöistä kuin toivotaan. Osastojen ja hoitajien resurssit määräävät osaltaan sen, kuinka joustavasti tavoitettavuus voidaan järjestää.

Sairaanhoidon erikoisaloilla on käytössä omahoitajakäytäntö, jota voitaisiin tuoda myös lapsettomuuspoliiklinikoille. Haastatteluista tuli

ilmi, että haastateltavat toivoivat jonkinlaista omahoitajakäytäntöä. He kokivat, että on raskasta kertoa tilanteestaan kerta toisensa jälkeen uudelle hoitajalle, kun psyykkinen jaksaminen on muutenkin koetuksella. Yksilöohjaus vaatii hoitajalta aikaa, mutta potilaat arvostavat sitä, koska se mahdollistaa aktiivisen ja motivoituneen tukemisen, vapaamuotoisen ilmapiirin, jatkuvan palautteen antamisen sekä potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen (Kyngäs ym. 2007; Vänskä ym. 2011).

Toiveena lääkehoidon informatiivisuuden kehittäminen

Lääkehoidon ohjaus on yksi osa lapsettomuuspoliklinikan hoitajan työtä. Siihen kuuluvat pistosopetukset, lääkkeiden annostuksen läpikäyminen, mahdolliset haittavaikutukset ja muu lääkehoitoa koskeviin kysymyksiin vastaaminen. Haastatellut potilaat kertoivat saaneensa hoitoprosessin alussa esitteitä hoidosta. Kaikille heille oli kerrottu ja opetettu kiireettömästi ja kädestä pitäen, miten muun muassa pistos tulee pistää.

Tehtyjen haastattelujen perusteella ilmeni, että lääkehoidon ohjauksessa ei kuitenkaan toteudu riittävä informatiivisuus. Esimerkiksi moni haastatelluista potilaista kertoi turvautuvansa myös toissijaisiin lähteisiin saadakseen lisätietoa heille määrättyistä lääkkeistä, niiden vaikutuksista ja mahdollisista haittavaikutuksista tai muiden lääkkeiden vaikutuksesta lapsettomuuteen. Haastatellut potilaat kokivat, että he eivät osanneet kyseenalaistaa lääkehoitomuotoja, tai että he eivät

osanneet ensimmäisillä kerroilla kysyä, mitä olisi pitänyt saada tietää lääkeshoidosta. Potilaiden näkökulmasta he eivät saaneet tarpeeksi tai eivät lainkaan tietoa käytettyjen lääkkeiden haittavaikutuksista etenkin, jos lääke vaihdettiin toiseen. Haastatellut kertoivat vastaanottokäynnin jälkeen etsineensä lisätietoa internetistä tai keskustelleen samassa tilanteessa olevien ystäviensä kanssa. Eräs haastateltavista oli saanut lisätietoja lääkkeiden haittavaikutuksista mm. Facebookin Neliapila-vertaistukiryhmästä:

Esimerkiksi näin, että buranaa ei saa syödä, ku se ohentaa limakalvoja, mä kuulin sieltä. Lääkäri ei puhunu siitä mitään. Mul on paljon liikunnallisia särkyjä, joihin mä otan lääkettä. Ni onneks ei ottanu buranaa.

Luulin sitten, että johtuu, kun päivät alkaa kirkastumaan ja ehkä siitepölyä tai jotain ilmassa. Sitten minä sinne Neliapila-ryhmään, että mul on päänsärkyä, niin joo synarit aiheuttaa sitä...Ookke, hirveen kiva tietää.

Ohjaustilanteessa tulee paljon informaatiota, jolloin on hyvä, että pariskunta saa esitteitä tai muuta kirjallista materiaalia kotona luettavaksi (Llwellyn-Jones 2011). Lääkkeiden kirjallisen informaation lisäksi potilaille ensiarvoisen tärkeää on suullinen tieto, jonka merkitystä ei tule aliarvioida. On hyvä toistaa olennaisin tieto uuden

lääkkeen käytöstä, sillä näin pystytään minimoimaan riski lääkkeen väärinkäyttämiseen (van der Meer 2015). Miettisen tutkimuksen mukaan 11 % sekä naisista että miehistä koki, että he eivät saaneet tarpeeksi tietoa ennen hoitopäätöksen tekoa eri hoitomuodoista tai hoidon etenemisestä (Miettinen 2011). Vastaanotolla tulisi välttää ammattisanastoa ja käyttää mahdollisimman ymmärrettäviä ilmaisuja. Haittavaikutuksista kertominen avoimesti lisää kunnioitusta potilasta kohtaan. (van der Meer 2015.)

Psykososiaalisen tuen monet muodot

Lapsettomuus on parisuhdetta ja pariskunnan molempien osapuolten psyykkistä hyvinvointia kuormittava vaihe elämässä, jolloin psykososiaalisen tuen tarve on suuri. Lapsettomuutta voi verrata lähiomaisen menetykseen. Naiset ja miehet kokevat lapsettomuuden eri tavalla. Naiset kokevat olevansa vastuussa parin lapsettomuudesta ja tuntevat miehiä enemmän masennusoireita, stressiä ja ahdistusta. Stressi ja ahdistuneisuus lisääntyvät miehillä hoidon epäonnistuessa. Jos todetaan, että syy lapsettomuuteen on miehessä, vaikutus miehisyyteen ja itsetuntoon voi olla suuri. (Tulppala 2012.) Naiset keskustelevat enemmän, ja Miettisen tutkimuksen mukaan 40 % naisista kertoi lapsettomuudestaan parisuhteen ulkopuoliselle henkilölle, kun taas miehistä vastaava osuus oli 13 % (Miettinen 2011). Pariskunta saattaa kokea pettävänsä myös omien vanhempinsa ja appivanhempinsa toiveet tulla isovanhemmiksi. Pariskunnan

kummankin osapuolen masennus- ja ahdistusoireet lisääntyvät, kun lähipiiri odottaa hoitojen onnistumista (Tulppala 2012). Miettisen tutkimuksen mukaan pariskunnat toivoivat enemmän tukea läheisiltään ja hoitohenkilökunnalta (Miettinen 2011).

Lähipiirin ja kumppanin tuen lisäksi haastateltavat pitivät myös erilaisia vertaistuen muotoja olennaisena osana henkistä jaksamista.

Haastateltavat kokivat, että on helpompi käsitellä lapsettomuutta ja hoitoja henkilöiden kanssa, jotka pystyvät samaistumaan tilanteeseen omien kokemuksiansa pohjalta. Merkittävä rooli on vertaistuen saaminen samassa tilanteessa olevilta pareilta ja niiltä, jotka ovat jo käyneet lapsettomuushoitojen polun läpi. Erityisesti hedelmättömyyshoitojen samassa vaiheessa olevat potilaat pitävät toistensa tukea korvaamattomana ja kokevat vahvaa yhtenäisyyttä. (Räisänen 2007.)

Yhtenä Internetin vertaistukiryhmänä haastatteluissa nousi esille esimerkiksi Facebookissa toimiva Neliapila -vertaistukiryhmä.

Ryhmässä haastateltavat olivat saaneet tukea niin onnistumisiin, pettymyksiin, kuin lääkehoidollisiin aiheisiin. Internetin vertaistukiryhmissä nouseekin esille kolme kategoriaa - toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen, jakaminen ja yhteisöllisyys. Vertaistuki voidaan jakaa näihin kolmeen eri kategoriaan sen mukaan, millaista tukea hoidettavat kokevat saavansa ja antavansa. (Räisänen 2007.)

Lähipiirin ja vertaistuen avusta huolimatta haastateltavat kaipasivat hoitohenkilökunnan puolelta henkistä tukea. He kokivat, että henkisen tuen saaminen lapsettomuuspoliklinikoilla oli riittämätöntä. Tällöin he hakeutuivat esimerkiksi psykiatrisen hoitajan tai pariterapeutin vastaanotolle. Lapsettomuus koettelee parisuhdetta. Pariskunnan yhdessä pysyminen ei ole itsestäänselvyys, myöskään hoitohenkilökunta ei saa pitää sitä itsestäänselvytenä. Haastatteluista tuli ilmi, että pariskunnat toivoivat mahdollisuutta päästä parisuhdeterapiaan edes kerran hoitojen aikana, koska hoidot ja pettymykset kuormittavat parisuhdetta. Haastatteluista saatua tietoa tukee myös Tulppalan 2012 kirjoittama artikkeli, jonka mukaan pariskunnista yli 70 % toivoo psyykkisen tuen mahdollisuutta lapsettomuushoitojen aikana.

Lapsettomuus saattaa vaikuttaa myös pariskunnan molempien osapuolten seksuaalisuuteen, sillä intohimo, hellyys ja seksuaaliset tunteet jäävät taka-alalle, kun yhdynnän päätavoitteena on raskaus ja seksi muuttuu halusta pakoksi. Suorituspainetta voi aiheuttaa myös yhdyntöjen ajoittaminen. Seksuaaliseen halukkuuteen voi vaikuttaa lapsettomuuteen liittyvä suru, mielialanvaihtelut ja masennus. Tänä päivänä lapsettomuushoidot tehokkuudestaan huolimatta rikkovat kehon rajoja ja intimiteettiä. Pariskunnan molemmat osapuolet voivat kokea kehonsa arvottomaksi ja toimimattomaksi, jos raskautta ei saada lainkaan alkuun. (Tulppala 2012.)

Jos raskautta on toivottu vuosia, vanhemmuuteen liittyvät paineet ja raskauteen liittyvä menettämisen pelko voivat olla suuret. Raskauteen ja vanhemmuuteen liittyviä pelkoja ja odotuksia on syytä normalisoida terapian avulla. Osa haastatteluun osallistujista kertoi hakeutuneensa keskustelemaan psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa. He toivoivat, että lapsettomuushoitajien hoitohenkilökunta ja psykiatrisen sairaanhoitaja tapaisivat keskenään hoitojen aikana. Näin potilas saisi keskittyä hoitoihin ja hoitohenkilökunta olisi tietoinen potilaan psyykkisestä tilasta. Näin vältetään siltä, että potilaan täytyy vastaanotolla kertoa tilanteesta uudestaan, mikäli hoitajat ja lääkärit vaihtuvat hoitojen aikana. On tärkeää antaa kaikille lapsettomuuspotilaille kirjallista ja suullista tietoa lapsettomuuden vaikutuksista parisuhteeseen, seksuaalisuuteen ja henkiseen hyvinvointiin. Myös menetykset, keskenmenot ja hoitojen epäonnistumiset, on tärkeää työstää terapian avulla. (Tulppala 2014.) Pitkäkestoisessa kriisityössä tarvitaan moniammatillista työryhmää; lääkäreitä, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja hoitohenkilöstöä. Psykososiaalinen kriisityö tulisi toteuttaa pitkäkestoisesti, sillä kertaluonteisesta toimenpiteestä ei ole hyötyä psyykkisten oireiden ehkäisyssä. (Henriksson ym. 2010.)

Yleisesti ottaen haastatellut olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Hoitokokemus vaihteli sairaanhoitopiireittäin sekä hoitohenkilökunnan vaihtuessa. Moni haastatelluista potilaista koki, että osa hoitohenkilökunnasta oli rutinoitunut työhönsä. Tämä saattaa

luoda tunteen siitä, että hän olivat vain yksi potilas muiden joukossa.

Kuten yksi haastatelluista potilaista totesi:

*Tulee välil sellanen pelko, et ollaan me niille vähän
niinkun liukuhihnalla, silleen sarjalla.*

Hedelmöityshoitojen herättämä psyykkinen stressi ja pettymysten määrä voi vähentää pariskuntien halukkuutta jatkaa hoitoja (Miettinen 2011). Jopa neljännes lapsettomuushoidot aloittaneista pariskunnista keskeyttää lapsettomuushoidot. Tärkeimpiä syitä lopettamiselle ovat hoitojen henkinen ja fyysinen kuormitus. (Tulppala 2012). Tähän opinnäytetyöhön haastatelluista henkilöistä osa on saanut apua lapsettomuuteen ja osalla toivo elää edelleen, että heidän lapsettomuushoitonsa onnistuisivat.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Eloranta S, Katajisto J, Leino-Kilpi H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Tutkiva Hoitotyö 26 (1), 63-73

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E, Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy 1.painos. Porvoo s. 26-27; 40

Llewellyn-Jones D. 2011. Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology. 9.painos Mosby Elsevier Edinburgh s. 256

Tulppala M. 2002. Näkökulmia parisuhteeseen ja lapsettomuuteen kiintymysteorian pohjalta. Teoksessa: Malinen V. ja Alkio P. (toim.) Parisuhde intiimiys seksuaalisuus. Teoriaa ja käytäntöjä pariterapiasta. VL-Markkinointi Oy, Helsinki, 87

Vänskä K., Laitinen-Väänänen S., Kettunen T. & Mäkelä J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita Priima 1. painos Helsinki s. 16-17

Elektroniset lähteet:

Heino A, Gissler M. 2017 Hedelmöityshoidot 2015 – 2016, 1-8
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132313/Tr09_2017.pdf?sequence=3 [luettu 2.5.2017]

Henriksson M, Laukkala T. 2010. Traumaattisten tilanteiden jälkeinen psykososiaalinen tuki on moniammatillista yhteistyötä. Duodecim 2010;126 2643-2644

<http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/xmedia/duo/duo99182.pdf>
[luettu 4.7.2017]

Miettinen A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöliiton Väestön tutkimuslaitos 28- 47. https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/be4c365c7be62475daa3453ec5a974bd/1499198160/application/pdf/911236/%C3%84idiksi%20ja%20is%C3%A4ksi%20hedem%C3%B6ityshoidolla_pdf.pdf [luettu 4.7.2017]

Räisänen R. 2007. Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä. Pro Gradu, Hoitotieteen laitos, Tampereen Yliopisto, 24
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78230/gradu01991.pdf?sequence=1> (luettu 18.7.2017)

Tulppala M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. Lääkärilehti 26-31 vsk 67 2081-2086
<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lapsettomuus-ja-parisuhde/> [luettu 4.7.2017]

van der Meer M. 2015 Puhu lääkkeistä selkeästi. Lääkärilehti 33/2015 vsk 70 1972-1974.

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/ajassa/ajankohtaista/puhulaakkeista-selkeasti/> [luettu 4.7.2017]

Hoitajan teemahaastattelukysymykset

Hoitajan teemat: hoitajan rooli ja vastuut lapsettomuushoidoissa, hoitajan tavoitettavuus, psykososiaalinen tuki ja lääkehoidon ohjaus

1. Minkälaisena näette hoitajan roolin lapsettomuushoidoissa?
2. Mitkä ovat hoitajan vastualueet lapsettomuushoidoissa?
3. Mitä hoitajan vastaanotolla tapahtuu, kun pariskunta/ potilas tulee vastaanotolle?
4. Mitkä ovat mielestänne suurimmat haasteet lääkehoidon ohjauksessa pariskunnille?
5. Kuinka paljon hoitajat ohjaavat potilaita henkisen/vertaistuen piiriin?
6. Koetteko, että hoitajilla on tarpeeksi aikaa tukea potilaan henkisen tuen tarpeita?
7. Oletteko saanut lisäkoulutusta erityisesti lapsettomuushoidon lääkehoitoon?
8. Miten lääkehoidon ohjausta voisi mielestänne kehittää?
9. Miten hoitajan roolia voisi mielestänne kehittää lapsettomuushoidoissa?
10. Miten lapsettomuushoitoja voisi mielestänne kehittää?

Potilaiden teemahaastattelukysymykset

Potilaiden teemat: hoitajan rooli ja vastuut lapsettomuushoidoissa, hoitajan tavoitettavuus, psykososiaalinen tuki ja lääkehoidon ohjaus

Taustatiedot:

Millä aikavälillä ollut lapsettomuushoidoissa?

Kauan lapsettomuushoidot ovat kestäneet kohdallanne?

1. Voitteko kertoa lapsettomuushoidoistanne?
2. Koetteko, että olette saaneet tarpeeksi informaatiota lääkehoidosta/lääkkeistä? Jos olette, niin millä tavalla? Jos ette ole, mitä jätite kaipaamaan?
3. Koetteko, että olette saaneet tarpeeksi tietoa lääkehoidon haittavaikutuksista? Jos olette, niin millä tavalla? Jos ette ole, mitä jätite kaipaamaan?
4. Koetteko, että olette saaneet tarpeeksi tietoa hoidosta? Jos olette, niin millä tavalla? Jos ette ole, mitä jätite kaipaamaan?
5. Koetteko, että hoitaja on ollut hyvin tavoitettavissa? Jos ei, niin miten olisitte halunneet muuttaa tavoitettavuuskäytäntöä?
6. Mitkä ovat olleet suurimmat haasteet hoitohenkilökunnan yhteistyössä?
7. Miten olette kokeneet hoitajan roolin lapsettomuushoidoissa esimerkiksi lääkehoidon ohjaus, henkinen tukeminen jne.?
8. Miten hoitajan roolia voisi kehittää lapsettomuushoidossa?

Hoitajan haastattelun sisällönanalyysi	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Alkuperäiset ilmaukset			
Se on niin kuin linkki lääkärille potilaalla on kuitenkin ehkä helpompi lähestyä sitä hoitajaa ensisijaisesti kuin suoraan sitten lääkärille on se sitten mikä asia tahansa mä näen sen äärimmäisen tärkeänä sen roolin.	Linkki potilaan ja lääkärin välillä Henkinen tukeminen		
Et me kaikki tultais semmosiks niinku läheisiks ja helposti lähestyttäviks. ajanvarauslistat toimii	Tärkeä rooli	Hoitajan rooli ja vastuut	
huolehtia kaikista laboratoriovastauksista ja että ne on asiallisesti otettu ja että lääkäri on ne nähny ja kirjannu ne ja tota kaikki pistosopetukset on myös hoitajan vastuulla ja myös jos tulee tämmösiä keskustelutarpeita niin toki nekin on sitte hoitajan vastuulla. koen jotenkin hirveen tärkeänä, että kyllä sen hoitajan pitää tietää ne kaikki mekanismit millä tavalla mikin lääke toimii totta kai. Koska me ollaan se linkki, mihin ne potilaat ottaa ensimmäisenä yhteyttä.	Helposti lähestyttävä		
saa laittaa sähköpostia, mulle saa soittaa se hoitaja aina on siellä lapsettomuuspolilla pitkän aikavälin, eli puoli vuotta vähintään. Et niinku potilaille tulis semmonen niinku kontakti et heidän on helppo lähestyä meitä, et kun meitä ei ole miljoona hoitajaa eikä sehoitaja siinä koko ajan vaihdu.	Tavoitettavuus	Hoitajan tavoitettavuus	
niinku hoitaja on se auttava, kuunteleva, ja tsemppaava tekijä siinä koko prosessin sen koko lapsettomuusprosessin aikana. Tuki ja turva Ei pitäisi olla mitään sellaista kysyttävää mitä pitää jännittää et voiko kysyy Pyritään ohjaamaan kyllä. Kyllä. Mutta se ei ole mikään automaatio oikeastaan meillä ootko tietonen, että on Simpukka-yhdistys ja sitte sanon myöskin sen, että tännekin on mahdollisuus tulla keskustelemaan, jos tuntuu ja ja ja mä kun yleensä juttelen niin mä myös kysyn, että tietääkö joku muu kuin se puoliso tästä tilanteesta.	Ohjaaminen Tukeminen	Psykososiaalinen tuki	Hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa
Että mä koen jotenkin, että naiset ovat niin verbaalisia, että ne tarvii jonkun muunkin henkilön siihen, että ne saa purkaa kuin se oma puoliso. Että ois se joku läheinen, jolle pystyis purkamaan. mahdollisuus mennä juttelemaan meidän psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa	Tsemppari		
yleensä käyn läpi sen historian ja sit sen tulevaisuuden ja ja selitän aika tarkkaan, että että tota miks se lääkäri on esimerkiksi valinnut tietyt lääkkeet ja tota ja ja ja miten tää protokolla nyt tästä eteenpäin sit menee. Eli käyn myöskin sen lääkkeen ihan konkreettisesti läpi et miten tiettyjä lääkkeitä pistetään ja miks sitä pistetään ja mihin se vaikuttaa ja ynnä muuta muuta Muitaa se, että on maallikoita. Ja, kaikki ei osaa pistää Me näytetään ihan kädestä pitäen	Lääkeinformaatio Selkokielisyys	Lääkehoidon ohjaus	

Potilaiden haastatteluiden sisällönanalyysi

LIITE 6

Potilaiden haastatteluiden sisällönanalyysi		Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Alkuperäiset ilmaukset				
<p>A= Mun mielestä oli tärkeässä osassa ja kun oli käynyt eka lääkärillä niin hoitajan kanssa käytiin ne asiat rauhassa läpi</p> <p>A= olis se omahoitajuus enempi</p> <p>A= Ja ehkä enemmän sitä henkistä tukemista ehkä vois enempi jotenkin korostaa siellä polilla</p> <p>E= hoitaja oli niinkun asiakkaan luona sen lääkärin tutkimuksen ajan ja sitten niinkun sen tutkimuksen jälkeen kun käydään näitä läpi mitä on tehty ja se on niinkun hoitajan tehtävä. Ja varmistaa että nyt on kaikki ymmärretty ja niinkun on ylhäällä ja seuraava aika on varattu muuta että näin että onko kaikki ok ja sillee.</p> <p>E= yks lääkäri oli semmonen että sen kanssa ei ensin ymmärretty toisiamme mutta tota hoitajan kautta sekun sitten lähti toimimaan.</p> <p>B= Jatkaa ihan samal tavalla tota</p> <p>B= Oon ollut tosi tyytyväinen. Et ei oo ollut mitään ongelmaa.</p> <p>B= Kyllä ne ihan ohjas kädestä pitäen ne... ne kaikki... kaikki jutut ja kertovat ja sanovat justuinsa, et saa soittaa aina ku tulee jotain kysyttävää, et älä jää yksin miettimään ja ja... Läitä viestiä ja he soittaa sulle takasin päin ja et tota...</p> <p>C= On ollut ihanaa väkeä, se hoitajan rooli on ihan äärimmäisen tärkeä mutta niin on myös lääkärinkin. Et jos hoitaja ois kiva ja lääkäri ois kopee ja kaukainen, ni kyl se luottamus kärsis jo siitä, ku tietää et se hoitaja ei tee ite niit päätöksiä niist lääkinällisistä jutuista.</p> <p>C= Ei mitenkään, ku on kysymys Päksistä! Se tuki, se läsnäolo.</p> <p>C= Et ei kyllä tuu mitään mieleen, ei ees HUSsin puolesta, vaikka se on sil taval... Ei mitään. Ei, se että nii... Sielläkin mainiosti toimi se hoitajan ja lääkärin työjako HUSsissa.</p>		<p>Dialogi</p> <p>Vuorovaikutus</p> <p>Hoitajan persoonallisuus</p> <p>Työnjako</p> <p>Keskusteleva</p> <p>Helposti lähestyttävä</p>	<p>Hoitajan rooli ja vastuut</p>	
<p>A= olis kaivannut semmosta että jos olis ollut oma hoitaja</p> <p>A= Olis mun mielestä ollut kivempi, kun saattoi vastassa tai puhelimessa kuka vaan ja jos olis ollut oma lääkäri/ oma hoitaja käytäntö niin se sitten olis ollut mun mielestä parempi.</p> <p>E= Että olis joku varmistus siihen että miten viikonloppuna pitää toimia jos vaikka unohtaa ottaa tiettyyn aikaan lääkkeen niin miten pitää toimia, ettei sitten mene koko kierro hukkaan vaan sen takia ettei saa ketään kiinni.</p> <p>E= mutta olis edes joku viikolopun takaportti jolta varmistaa. Kun jos äitiyspolille soittaa niin siellä ollaan sillee että ei meillä nyt ole ketään kukaan tästä asiasta tietäis.</p> <p>B= On ollut hyvin tavoitettavissa, ainoon vaan, että se on se soittoaika... ootappas, kun mä katon täältä... 14-14.30. Se on aina mulle se vähän hankala aika soittaa tuolt toistä, et sitte pitää vähä miettiä missä kohtaa voi soittaa. Ja sit mä aina unohdan sen. Se on tosi lyhkänen... siin vois olla aamustakin joku tunti ja iltapäivästä tunti. Mut muuten kyllä, tosi hyvin on ja hyvät hoitajatkin.</p> <p>C= Niin. On, on. Et se saavutettavuus on parempi. Ett meilt on kysytty, että saako lääkäri soittaa illalla, kun hän on kymmeneen saakka päivystyksessä.</p> <p>C= hoitaja sanonu, että sit jos pää prakaa, niin soittelet heti</p> <p>D= No siis Päksissä silleen, että mähän soitin sinne myös soittoaikojen ulkopuolella ja ne soitto siltä mulle takasin päin.</p> <p>D= Läheisempi hoitokontakti. Kyl se aina vaikuttaa.</p>		<p>Omahoitaja</p> <p>Päivystys</p> <p>Soittoajat</p>	<p>Hoitajan tavoitettavuus</p>	
<p>B= no henkinen tukeminen.. Ne tsemppa kauheesti siel.</p> <p>B= oli mun mielestä hyvä että hoitajalla korostuu semmoinen empatiakyky, että kun lapsettomuus on iso kriisi ja varsinkin hoitojen keskellä eläminen on rankkaa, niin että muistaa sitä henkistä puoltakin kysyä. Saatiin kyllä siis henkistä tukea, kun aina kysyttiin miten menee ja että oli aina aikaa vaikka itkeäkin jos siltä tuntui.</p> <p>B= kaikki oli mukavia ja ilmapiiri oli positiivinen ja semmoinen että kukaan ei ollut jotenkin epä mukava.</p> <p>E= se henkisen puolen tuki vähän sillee lapsen kengissä, että siihen vois tota panostaa jonkun verran</p> <p>C= Mehän siis käydään pariterapiassa ja ollaan koettu tosi hyväksi. Ja hyväkin, että ollaan käyty. Siellä voi sitten purkaa asioita ja kun tulee sit niit pettymyksiä, niin ne voi kuormittaa parisuhdetta. Vaik meil ei oo kyl ollut mitään koskaan, ollaan hyvä tiimi. Enemmän pitäis ohjata terapiaan, ees sen yhen kerran.</p> <p>D= Pariterapiaa pitäis olla. Et heti kun hoidot alkaa, niin pitää käydä ainakin kerran pariterapiassa. Ees yhen kerran juttelemaa ja katsomassa tarviiko jatkokäyntejä.</p> <p>D= Oikein hyvä.</p> <p>C= Joo, mahtava. Tulee itku.</p> <p>C= Mahtava, aivan älyttömän iso voimavara.</p> <p>C= ihan uskomatonta väkeä toi Päksi. Se on siis ihan mieleton. Ja sama tämä siis, ku me käytiin keräyksessä HUSsissa, niin siirrossa meil oli samat hoitajat ja ne kyseliki heti kuulumisia. Et nekin muistaa, et sekun että sielläkin muistetaan, vaik se on niin iso paikka.</p>		<p>Empaattisuus</p> <p>Terapia</p> <p>Kriisi</p> <p>Henkinen tuki</p> <p>Kehittäminen</p>	<p>Psykososiaalinen tuki</p>	<p>Hoitajan rooli lapsettomuus hoidoissa</p>
<p>B =Kyl mä ainakin sain, kyl ne ihan neuvo ja teki kaikki ne, kertovat kaikki oireet ja mitä voi tulla ja ja... Väliillä soitteinkin sinne sairaalaan. Nehän käskin sieltä soittaa, jos joiain tulee. Enkä jäänyt kyllä mitään kaipaamaan.</p> <p>B =Olen saanut.. lääkähoidosta tarpeeksi tietoa ja sitte oon tota saanut tietoa tästä tulevastakin lääkityksestä mikä nyt sitte, et sehän on aika, aika vaativaa se... sitte se sano, että voi tulla sitten ihan mitä tahansa</p> <p>A= Käytiin kyllä tosi hyvin ne kaikki vaikka miten se piikki laitetaan ja milloin tehdään mitään ja se sairaanhoitaja näytti hyvin ne ja kerrottiin riskeistä hyvin</p> <p>A= toinen lääkäri joka ei sitten kirjoittanutkaan sitä reseptiä ja siitä ei sitten edes keskusteltu miksi ei.</p> <p>A= mitä olis ollut hyvä keskustella sen lääkärin kanssa</p> <p>A= Jät epäselväksi että miksi toisessa pistettiin se ja toisessa ei.</p> <p>A= siinä on se hypersimulaation riski niin siitä että jos tulee oireita niin mitä pitää tehdä jos tulee semmoisia oireita, mutta oikeistaan noista tosissaan niistä alkiosirtolääkkeistä ei käyty oikein mitään</p> <p>A= aattelen että ollaan saatu ainakin ne tärkeimmät jutut</p> <p>A= ei jääty hirveesti kaipaamaan mitään muuta</p> <p>C= Ei oo selitetty aluperinkään et miksi käytetään näin... Ja me ei olla myöskään... siihen ensimmäiseen... me ei kyseenalaistettu mitään. Me luotetaan</p> <p>C= Toisaalta hyvä, ei tuu resattua niin paljon. Toisaalta huono, et jälkikäteen on tullu sellasia, et ihan niinku että miksi</p> <p>C= HUSsi jää kovin etäiseksi ja kylmäksi, paitsi hoitajat ja hoitavat lääkärit, jotka toimenpiteitä tekee. Mutta se alkuinfo, jäi tosi pintapuoliseksi, ei me osattu kysyä mitään ja sitten kysyttiin, että onko mitään kysyttävää... No eihän me tiedetä mistään mitään kysyä, kun ollaan ensimmäistä kertaa mummoo mäessä! Ei me osata kyseenalastaa, ei me osata miettiä, vaan ollaan, että antaa tulla vaan ja hirveen hyvällä mielellä mennään</p> <p>C= No sitten me kyseenalaistamaan, että miksi sama lääkekaava, kun se oli huono hoitotulos sillä?</p> <p>C= Niitten on ollut pakko, kun ne ei oo välttämättä saanu niit vastauksii ite. Lääkäri ei puhunu siitä mitään</p> <p>C= Ei. Ei olla kyl saatu mitään tietoa häittävistä vaikutuksista.</p> <p>C= Hyperistä saatiin alun perinkin tietää</p> <p>C= Et ei oo niinku, et sanotaanko, että enemmänkin sais puhua ehdottomasti</p> <p>C= jossain asioissa ois voinut saada vähä enemmän tietoo. Ja kun tää koko prosessi on niinku psykyyksiestikin niin hankala prosessi, ettet sä jaksaa niinkun puolustaa ittees, niin ei sulle tuu välttämättä mieleen kysyä... selvittää kaikkea...</p> <p>D= Nii tota, eihän niistä kaikista oo ihan kerrottu. On kerrottu, että tällä tavalla tehdään ja näin.</p> <p>D= Kertovat niinkun, että tällanen on mut että ei todennäköisemmin oo mitään hätää.</p> <p>D= Eikä varmaan kannatakaan kertoa kaikkea, et ei niinku ois kaivannutkaan sen enempiä.</p> <p>E= on pitänyt jonkun verran sillee ehkä tehdä tarkentavia kysymyksiä</p> <p>E= kyllä mie uskon että ihan hyvin niinkun tullut informaatiota ja sitä että kaikki pistosopetukset ja tällaset</p> <p>E= on pitänyt ite vähän kaivella</p> <p>E= tosi monella tuntuu että kun on vaihdettu vaikka just se ovulaation induktiolääke toiseen siis niinkun ei oo niitä follikkuliuuria ei oo sitten ollut että on joutunut pärjäämään niinkun omillaan</p> <p>E= miun mielestä ihan tosi hyvin kertovat niinkun</p>		<p>Opetus</p> <p>Epäselvyys</p> <p>Kyseenalaistaminen</p> <p>Epävarmuus</p>	<p>Lääkehoidon ohjaus</p>	

Asianumero	D/2587/13.00.00.01/2017
Päätöslaji	
Otsikko	Pellikka Riitta, Penttinen Johanna ja Rautiainen Päivi, Hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa, lääkehoidon ohjaus, tukeminen, Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, H-hoitotyö
Päätösperustelut	<p>Lahden ammattikorkeakoulun opiskelijan toimeksiantona tekemä opinnäytetyö. Työ toteutetaan haastattelemalla henkilökuntaa tai kyselylomakkeilla. Lupa myönnetään lapsettomuuspoliklinikan kättilön haastatteluun.</p> <p>Tutkimuksesta ei aiheudu kuluja Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymälle.</p>
Päätös	<p>Päätän myöntää tutkimusluvan 30.09.2018 saakka seuraavin ehdoin ja edellytyksin:</p> <ul style="list-style-type: none">- saadut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa käyttää vain opinnäytesuunnitelmassa määriteltyyn aiheeseen.- tekijän on huolehdittava siitä, että työssä muodostuvat yksittäisen henkilön identifiointiin mahdollistavat aineistot säilytetään omina asiakirjoista erillisinä aineistoina ja suojataan asiattomilta pääsyyiltä sekä manuaalisten että atk-tiedostojen osalta.- jos opinnäytesuunnitelmassa tulee muutoksia, tulee niistä ilmoittaa lupaviranomaiselle ja tarvittaessa hakea uusi lupa- tietosuojasysteistä tutkimuksen tulokset tulee julkistaa siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on noudatettava tieteen eettisiä ohjeita.- lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan- lupapäätöksen saajan tulee antaa päätös tiedoksi kaikille osallisille ja valvoa ehtojen täyttymistä <p>Luvan saanut on velvollinen toimittamaan valmiin opinnäytetyön sähköisen version Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän tutkimuskoordinaattorille.</p> <p>Tekijänoikeuksista ja omistuksesta on sovittu erikseen toimeksiantosopimuksessa.</p> <p>Tämän luvan myöntämiseen liittyvät tutkimuslupahakemusasiakirjat on tallennettu asianhallintajärjestelmä TWebiin.</p>
Lisätietojen antaja	Ylihoitaja Tuija Sulonen 044-7195254

**PÄIJÄT-HÄMEEN**

hyvinvointikuntayhtymä

Keskussairaalan hallinto

Ylihoitaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

14.11.2017/3 §

Toimivallan peruste	Hallintosääntö
Nähtävänäoloaika	04.12.2017
Nähtävänäolopaikka	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä / kirjaamo, Keskussairaalankatu 7 15850 Lahti
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus
Saaja	Pellikka Riitta, Penttinen Johanna ja Rautiainen Päivi
Tiedoksi	Osastonhoitaja Anne Koskinen, apulaisosastonhoitaja Minna Tuuri, Marjo Soini
Liitteet	1. Organisaation lupahakemus, opinnäytesuunnitelma ja muu materiaali ja mahdollinen toimeksianto
Allekirjoitus	Tuija Sulonen Ylihoitaja