

PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU

KASVAVA HEDELMÄTTÖMYYS KÄTILÖTYÖN HAASTEENA

Justiina Anttila

Jenny Hahmo

Opinnäytetyö
Toukokuu 2009
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilötyön suuntautumisvaihtoehto
Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

ANTTILA, JUSTIINA & HAHMO, JENNY:
Kasvava hedelmättömyys kätilötyön haasteena

Opinnäytetyö 46 s, Liitteet 7 s.
Toukokuu 2009

Opinnäytetyö käsittelee hedelmättömyyttä, siihen vaikuttavia tekijöitä, lapsettomuuden selvittämiseksi tehtäviä tutkimuksia ja hedelmättömyyden eri hoitomuotoja. Työssä käsitellään myös syksyllä 2007 voimaan astunutta hedelmöityshoitolakia. Työssä pohditaan hedelmöityshoitoja eettiseltä kannalta sekä hedelmättömyyden vaikutuksia parisuhteeseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota kattavasti tietoa aiheesta, jotta kätilöopiskelijat voivat käyttää työtä oppimismateriaalina. Hedelmättömyys on lisääntyvä yhteiskunnan ongelma, joten tulevan kätilön pitää kasvattaa tietämystään myös tällä saralla. Työ koostuu aiheesta käsittelevästä teoriaosuudesta ja teoriaa syventäen tehtiin luento munasolunluovutuksista kätilöopiskelijoille. Luennon yhteydessä tehtiin kyselyn kätilöopiskelijoille heidän tietämyksestään sukusolujen luovuttamisesta ja heidän halukkuudestaan munasolunluovutuksiin.

Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa pidetyn luennon perusteella suurimmalla osalla vastanneista oli aikaisempaa tietoa munasolunluovutuksesta, mutta kukaan ei ollut luovuttanut munasolujaan. Luentomme jälkeen 35 % olisi ollut valmis luovuttamaan, 55% ei edelleenkään olisi valmis luovutukseen. Päätökseen vaikutti hoitoprosessin pitkäkestoisuus, sekä hoitojen kivuliaisuus. 2007 vuonna voimaan astuneen hedelmöityshoitolain vuoksi reilusti yli puolet otoksestamme eivät olisi valmiita luovuttamaan munasolujaan.

Hedelmöityshoidot kehittyvät kokoajan, joten jatkotutkimuksia voisi tehdä hedelmöityshoitojen kehitykseen ja tulevaisuuden hoitomenetelmiin liittyen. Alan kehityksen aiheuttamien uusien eettisten kysymysten selvittäminen, sekä uuden hedelmöityshoitolain vaikutukset pidemmällä aikavälillä olisi myös hyviä aiheita jatkotutkimukselle.

Asiasanat: hedelmättömyys, hedelmöityshoito, lapsettomuus, lisääntyminen

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Midwifery

ANTTILA, JUSTIINA & HAHMO, JENNY
Growing infertility as a challenge in midwifery

Bachelor's thesis 46 pages
May 2009

This bachelor thesis focuses on infertility, issues affecting infertility, related examinations, as well as methods of infertility treatment. This thesis also discusses the legislation of infertility treatments that came into force in autumn 2007. Moreover, infertility treatments are handled for the ethical perspective, together with its influence on relationship.

The purpose of this thesis is to collect information on infertility, so health care students can utilize this as studying material. Infertility is a growing problem in our society. Midwives should be professionals in this subject too. This thesis consists of a theoretical part, on the basis of which a lecture was given for Midwifery students on egg cell donating. After the lecture an enquiry was made about the subject. Most of the respondents did have earlier information about egg cell donating, but none of them had herself donated. After our lecture 35% of the participants would be ready to donate their egg cells. The remaining 55% would abstain from the donation. Their decision was affected by treatments being long-lasting and painful. More than half of the sample wouldn't be ready to donate because of the new infertility law.

Further researches could be related to the development of the infertility treatments and in forthcoming treatments. Besides, further research could focus on the ethical opinions on developing infertility treatments, as well as the long-term effects of the new infertility law.

Key words: infertility, infertility treatments, reproduction

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 HEDELMÄTTÖMYYS	5
3 HEDELMÄTTÖMYYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	8
3.1 Hedelmättömyyden syyt.....	8
3.2 Naisesta johtuvat syyt.....	9
3.3 Miehestä johtuvat syyt	11
4 HEDELMÄTTÖMYYSTUTKIMUKSET	14
4.1 Tutkimisen aloittaminen	14
4.2 Miehen tutkiminen.....	14
4.3 Naisen tutkiminen	15
5 HEDELMÖITYSHOIDOT	17
5.1 Ovulaatioinduktio	17
5.2 Inseminaatio (IUI)	18
5.3 Koeputkihedelmöityshoidot (IVF).....	19
5.4 Mikroinjektiohoidot (ICSI).....	21
5.5 In Vitro Maturaatio (IVM).....	22
5.6 Alkiokuoren avaus	22
5.7. Luovutetut sukusolut.....	23
6 HEDELMÖITYSHOITOJEN RISKIT JA NIIDEN TULOKSENA SYNTYNEIDEN LASTEN TERVEYS.....	25
7 ETIIKKA LAPSETTOMUUDEN HOITAMISESSA	26
7.1 Eettisyys hedelmöityshoidoissa	26
7.2 Eettisyys luovutettujen sukusolujen käytössä	27
7.3 Erilainen vanhemmuus	28
7.4 läkäs vanhempana	29
8 LAKI HEDELMÖITYSHOIDOISSA.....	30
9 HEDELMÄTTÖMYYDEN VAIKUTUS PARISUHTEESEEN.....	32
10 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	34

11 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	35
11.1 Kvantitatiivinen tutkimus	35
11.2 Kysely tiedonkeruumenetelmänä.....	35
11.3 Kyselyn taustat ja toteutus	36
11.4 Tutkimuksen luotettavuus	36
11.5 Tutkimuksen eettisyys.....	37
11.6 Aineiston analyysi	38
11.7 Tulokset	38
12 POHDINTA	40
LÄHTEET	43
LIITTEET.....	47

1 JOHDANTO

Lapsen saaminen on nyky-yhteiskunnassa iso osa monen miehen sekä naisen identiteettiä. Lapsen saamista pidetään yleensä itsestäänselvyytenä, kunnes kokee lapsettomuuden, joko väliaikaisena tai lopullisena. Se on henkilökohtainen ja hyvin tunnepitoinen asia, joka koskee kymmeniätuhansia pareja Suomessa (Tulppala, 2007, 3.)

Hedelmättömyyden yleistyessä ovat hoito- ja tutkimusmenetelmät kehittyneet, sekä hedelmättömyyden syitä on opittu ymmärtämään paremmin. Syyn löytäminen auttaa jatkamaan jokapäiväistä elämää. Suuri osa hedelmättömyydestä kärsivistä pareista saa apua kehittyneistä hoitomuodoista. Hoidoissa ei keskitytä ainoastaan lääketieteelliseen puoleen, vaan henkilökohtaista ohjaamista tarvitaan koko hoitoprosessin ajan. Yksi tapa ratkaista lapsettomuusongelma on adoptio. Jotkut parit tyytyvät elämiseen lapsettomana (Tiitinen, Suikkari, Forsman-Behm, Simberg, 2007, 3-5.)

Tässä työssä kuvataan hedelmättömyyteen vaikuttavia tekijöitä, tutkimusmenetelmiä, sekä erilaisia hoitomuotoja. Työssä tarkastellaan hedelmättömyyttä myös eettisestä näkökulmasta, sekä parisuhteen kannalta. Työssä huomioidaan uusi laki hedelmöityshoidoista, joka astui voimaan syyskuussa 2007. Työssä käydään läpi lyhyesti keinoalkuisen raskauden riskejä sekä vaikutuksia lapseen.

Kehittämistehtävässä keskitytään munasolujen luovuttamiseen. Tarkoituksena on pitää luento munasolujen luovuttamisesta Pirkanmaan Ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoille. Luennon yhteydessä kartoitetaan kyselyllä nuorten naisten tietämystä munasolunluovutuksista ja heidän halukkuuttaan luovuttaa omia sukusolujaan. Mukana luennolla on myös asiantuntijana kättilö hedelmöityshoitoja antavalta klinikalta. Esitystä havainnollistetaan PowerPoint -esityksellä, jotta hoitotyön opiskelijat voivat hyödyntää luentoa oppimismateriaalina.

Hedelmättömyys on lisääntyvä yhteiskunnan ongelma, joten tulevan kättilön pitää kasvattaa tietämystään myös tällä alueella. Työn tarkoituksena on antaa kattava tietopaketti hedelmättömyydestä hoitotyön opiskelijoille. Tavoitteena on, että opinnäytetyötämme voi hyödyntää oppimismateriaalina hoitotyön koulutusohjelmassa.

2 HEDELMÄTTÖMYYS

Hedelmättömyys eli infertilitaetti on yleistynyt ongelma nyky-yhteiskunnassa. Hedelmättömyys ja lapsettomuus on hyvä erottaa toisistaan, vaikka niitä pidetään toistensa synonyymeinä. ”Hedelmättömyydellä tarkoitetaan lääketieteellistä tilaa, jossa hedelmällisyys ei ole normaali ja raskaus ei ole alkanut vähintään vuoden säännöllisen yrittämisen jälkeen. Sen sijaan lapsettomuus on sosiaalinen tila.” (Martikainen, 2000, 123.) Hedelmättömyyden on arveltu lisääntyneen niin Suomessa, kuin muissakin länsimaissa. (Tulppala, 2007, 3.) Arviolta noin joka kuudes pari kärsii hedelmättömyydestä (Ketonen, 2005, 613). WHO:n (World Health Organization) mukaan hedelmättömyyttä sanotaan tahattomaksi silloin, kun pari on harrastanut säännöllistä yhdyntää ilman ehkäisyä vuoden ajan raskaaksi tulematta (Eskola & Hytönen, 2002, 48; Barrowclough, 2003, 175). Steriliteetiksi kutsutaan sitä, että on pysyvästi hedelmätön ja subferilitaetti tarkoittaa alentunutta hedelmällisyyttä (Tiitinen & Hovatta, 2004, 176).

Lapsettomuus luokitellaan kahteen ryhmään eli primaariin lapsettomuuteen (sterilitas primaria), jossa aiempia raskauksia ei vielä ole ja sekundaariin lapsettomuuteen (sterilitas secundaria), jossa on ainakin yksi aiempi raskaus lopputuloksesta huolimatta. Hedelmättömyyden hoitoon löytyy useita vaihtoehtoja. Tehokkaat ja kehittyneet hoitomuodot edesauttavat useita pareja saamaan lapsia. Hedelmöityshoidot ovat yleistyneet, mutta hoitomuotojen saatavuuden parantumisen on kuitenkin arveltu vaikuttavan kysynnän lisääntymiseen. (Ketonen, 2005, 613.) Noin 3000 uutta paria eli kaksi kolmasosaa lapsettomuudesta kärsivää pariskuntaa etsii vuosittain lääketieteellistä apua lapsettomuuteen (Tulppala, 2007, 3).

Hedelmättömyystutkimuksiin on suositeltavaa hakeutua vuoden yrittämisen jälkeen. Jos hedelmällisyyttä heikentäviä tekijöitä on jo etukäteen tiedossa voi hoitoihin hakeutua aiemmin. Tilastojen mukaan Suomessa on aloitettu vuonna 2005 noin 7 700 hedelmöityshoitoa. Vuodesta 2005 hoitojen määrä lisääntyi 3 prosenttia vuoteen 2006. Pakastettujen alkuiden siirtojen määrä lisääntyi vuo-

desta 2005 vuoteen 2006 seitsemän prosenttia, mutta IVF- ja ICSI –hoitojen määrä pysyi samana. (Gissler,2008.)

3 HEDELMÄTTÖMYYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

3.1 Hedelmättömyyden syyt

Hedelmättömyys on parin yhteinen ongelma ja syy saattaa johtua yhtä hyvin niin miehestä kuin naisesta. Täydellinen hedelmättömyys on harvinaista ja usein kyseessä on heikentynyt hedelmällisyys. (Tulppala, 2007, 9.) Syytä lapsettomuuteen ei aina löydetä. Noin joka kymmenennen parin hedelmättömyyden syy ei perustutkimuksissa selviä. Silloin voidaan puhua selittämättömästä hedelmättömyydestä, kun perustutkimuksissa on todettu miehellä hyvälaatuinen siemenneste ja naisella säännöllinen kuukautiskierto, jossa munasolu irtoaa sekä avoimet munajohtimet. (Oinonen, 1998,13.)

Hedelmättömyyden syyt jakautuvat seuraavasti: Ovulaatioon liittyvät syyt (18-32%), miehestä johtuvat syyt (20-30%), munajohdin vauriot (14-20%), kohtupoikkeavuudet (2-5%), endometrioosi (6-20%), seksiongelmat (1-5%), servikaalinen syy (3-5%), selittämätön lapsettomuus (6-20%) (Ketonen, 2005, 613.)

Hedelmällisyys alenee iän myötä, ja tämän vuoksi hedelmättömyyden yleistymiseen suurimpana vaikuttavana tekijänä on arveltu olevan lapsia haluavien pariskuntien iän nouseminen (Ihme & Rainto, 2008, 68). Nykyään naiset ovat korkeammin koulutettuja ja tämä siirtää perheen perustamista eteenpäin. Tutkimuksen mukaan tutkijakoulutuksen suorittaneiden 45–49 -vuotiaiden naisten osuus lapsettomista tässä ikäluokassa oli noin 27 prosenttia vuonna 2004. Ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneiden osuus lapsettomissa tässä ikäluokassa oli viidennes, kun taas alemmin koulutetuilla vielä vähäisempi. (Pietiläinen, 2006.) Sperman laadun vähittäistä heikkenemistä on myös pidetty mahdollisena vaikuttavana tekijänä (Eskola & Hytönen 1997, 489).

Hedelmättömyyden kasvuun ovat vaikuttaneet erilaisten sairauksien yleistyminen, kuten sukupuolielinten tulehdukset ja kohdunulkoiset raskaudet. Klamydiaa eli *Chlamydia trachomatis* -bakteerin aiheuttamaa sukupuolitautia todetaan Suomessa jo noin 14 000 vuosittain. Klamydiainfektion komplikaatioista tärkeimpänä on sisäsynnytin tulehdus ja noin joka neljäs kärsii sen aiheuttamista jälkiseurauksista. Yksi sairastettu sisäsynnytin tulehdus lisää lapsettomuuden riskiä joka kymmenellä, kahden tulehduksen jälkeen joka kolmannella ja kolmen tai useamman jälkeen yli puolella. Klamydiainfektio lisää myös kohdunulkoisen raskauden vaaraa kymmenellä prosentilla. Elämäntapa muutokset ja ympäristön saastuminen ovat osatekijöinä hedelmällisyyden heikkenemiseen. (Tulppala, 2007, 7-9.)

3.2 Naisesta johtuvat syyt

Yleisin naisesta johtuva hedelmättömyyden syy löytyy munasolun irtoamiseen liittyvästä häiriöstä, jonka yleisimmin aiheuttaa lihavuus tai PCO-syndrooma eli monirakkulaiset munasarjat. Jos ovulaatiota ei luonnostaan tapahdu, se pyritään aikaansaamaan lääkehoidon avulla eli hormoneilla. Tällöin puhutaan ovulaatio induktiosta. Laihuus, syömishäiriöt, henkinen tai fyysinen stressi sekä kilpirauhasen vajaatoiminta ja prolaktiinin liikaeritys voivat vaikuttaa munasolun irtoamiseen negatiivisesti. PCO-syndroomassa LH eli lutenisoiva hormoni, joka pääasiallisesti säätelee sukurauhasten toimintaa on usein normaalia korkeampi ja FSH eli follikkeliä stimuloiva hormoni, joka naisilla säätelee munarakkuloiden toimintaa on matalahko, munasarjan pintakerros on paksuuntunut, munasarja suurentunut ja ovulaatio näin estynyt. Joillakin naisilla munasarjat voivat puuttua myös täysin tai ne eivät toimi. Syy tähän voi olla synnynnäinen. Noin yhdellä prosentilla munasarjojen toiminta loppuu ennen aikaisesti eli ennen 40 ikävuotta, syy tähän on tuntematon. Munasarjat on myös voitu joutua poistamaan vaikeasta endometrioosista tai munasarjojen pahanlaatuisesta kasvaimesta johtuen. (Tulppala, 2007, 10.) Lievempi muoto munasolun irtoamattomuudelle on keltarauhasen vajaatoiminta, jonka aiheuttaa heikosti kehittynyt munarakkula (Tiitinen & Hovatta, 2004, 176–178.)

Noin joka viides hedelmättömyystutkimukseen tulevista naisista kärsii munajohdinvauriosta (Tulppala, 2007, 10). Vauriot häiritsevät sukusolujen kuljetusta ja hedelmöitymistä (Tiitinen & Hovatta, 2004, 177.) Munajohdin voi olla täysin tukkeutunut tai vaurio voi olla osittainen, joka esimerkiksi heikentää johtimen normaalia liikettä. Yleisin syy munajohdin vaurioon on sairastettu sisäsynnytintulehdus. Myös endometrioosi, pikkulantion leikkaukset, sterilisaation jälkitila sekä kohdunulkopuolinen raskaus voivat aiheuttaa vaurioita munajohtimiin. (Tulppala, 2007, 10.)

Endometrioosi eli kohdun pesäkesirottumatauti aiheuttaa hedelmättömyyttä. Sitä sairastaa joka viides suomalainen hedelmällisessä iässä oleva nainen, ja siihen liittyy perinnöllinen alttius. Useat sairastavat endometrioosia tietämättään. Endometrioosissa kohdun limakalvon tapaista kudosta ilmenee kohdun ulkopuolella (eli endometriosis externa), yleisimmin munasarjoissa, munajohtimissa sekä kohdun, suolen ja virtsarakon pinnoilla. (Tiitinen, 2007, 14-15; Aittomäki & Hovatta, 2006, 212.) Kuukautis-, yhdyntä- ja tärinäkivut voivat olla merkinä endometrioosista ja tämä voidaan todeta laparoskopialla. Endometrioosin aiheuttamat kiinnikkeet, munasarja endometrioosikystat, sekä immunologiset ja hormonaaliset muutokset aiheuttavat hedelmättömyyttä. (Tulppala, 2007, 10.)

Kohtupoikkeavuudet heikentävät hedelmällisyyttä häiritsemällä alkion kiinnittymistä kohtuun. Kohtuonteloon pullistuvat lihaskasvaimet eli myoomat sekä muut hyvänlaatuiset muutokset, kuten polyypit voivat häiritä alkion kiinnittymistä ja raskauden kulkua. (Tulppala, 2007, 11.) Synnynnäisiä rakennevikoja saattaa myös ilmetä kohtuontelossa. Kohdussa voi olla osittainen tai kokonainen väliseinä tai kohtu voi olla kokonaan kaksiosainen. Toistuvat kohtuonteloon kohdistuvat kaavinnat ja tulehdukset saattavat aiheuttaa kiinnikkeitä ja siten haitata raskauden alkamista. Kohdunkaulan liman koostumuksen epäedulliset muutokset, jotka voivat johtua tulehduksesta, siittiövasta-aineista tai rakenneviasta, voivat aiheuttaa hedelmättömyyttä. (Tiitinen & Hovatta, 2004, 177–178.) Kroonisten sairauksien hoidossa käytettävien särkylääkkeiden jatkuva käyttö saattaa

heikentää naisen raskaaksi tuloa vaikeuttamalla alkion kiinnittymistä kohdun limakalvolle. (Tuominen, 2008, 57.)

Noin 2-6 prosentilla pareista seksuaaliset vaikeudet ovat syynä hedelmättömyyteen. Naisella vaginismi eli emätinkouristus, voi estää yhdyntöjen onnistumisen kokonaan. Taustalla tähän emättimen jännitys- ja pakoreaktioon on usein traumaattisia lapsuuden tai nuoruuden kokemuksia. (Tulppala, 2007, 12.) Fyysiset, psyykkiset ja ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat yleensä kietoutuvat toisiinsa. Seksuaalialiasioista puhuminen kuuluu tärkeänä osana hedelmättömyyden syyn selvittelyyn. Vähäinen seksuaalinen kanssakäyminen heikentää raskaaksi tulon onnistumista. (Eskola & Hytönen, 1997, 491.)

3.3 Miehestä johtuvat syyt

Miehestä johtuva lapsettomuus on lisääntynyt ympäri maailmaa. Siittiötiheydet spermassa ovat laskeneet viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana puoleen. (Koskimies, 2004, 42.) Siemensyöksyssä siemennestettä tulee kerralla normaalisti noin 2ml, 1ml:ssä siemennestettä on siittiöitä noin 20 -100 miljoonaa ja näistä ainakin noin 50% liikkuu eteenpäin. Hyvän hedelmällisyyden kannalta ainakin noin 30% siittiöistä pitäisi liikkua eteenpäin. (Eskola & Hytönen, 1997, 492.)

Yleisin syy miehestä johtuvaan lapsettomuuteen onkin sperman huono laatu, siittiöitä on vähän, ne liikkuvat huonosti tai siittiö ei pääse munasolun sisään (Ketonen, 2005, 614.) Hedelmättömyyttä aiheuttavien siittiöiden rakenneviat voivat olla taustaltaan geneettisiä. Rakennepoikkeavuuksia ovat esimerkiksi akrosomittomat eli pallopäiset siittiöt, siittiön kaulan tupen rakennepoikkeavuus sekä Kartagenerin oireyhtymä, jossa on yleistä siittiöiden liikkumattomuus. Näistä johtuvaa hedelmättömyyttä hoidetaan menestyksekkäästi mikroinjektiolla (Aittomäki & Hovatta, 2006, 214.) Sperman huonoon laatuun saattaa vaikuttaa varikosee eli kiveslaskimon suonikohjut, jotka voivat häiritä voimakkaasti siittiöiden muodostusta. (Ketonen, 2005, 614.) Ne muodostuvat puberteetin aikana

joka kymmenennelle pojalle, joista noin 15 prosentilla hedelmällisyys heikkenee (Tulppala, 2007, 11).

Miehen sukupuolielinten eli eturauhasen, rakkularauhasten ja lisäkivesten tulehdukset ovat yksi tekijä sperman laadun huonontumiseen. Harvemmin syynä ovat hormonaaliset tekijät. (Sundström, 2005,13.)

Piilokiveksisyys eli laskeutumattomat kivekset on yksi hedelmättömyyden aiheuttaja, koska siittiötuotanto tarvitsee ruumiinlämpöä alemman lämpötilan. Laskeutumattomien kivesten leikkaushoito nykysuositusten mukaan alle kaksivuotiaana ehkäisee ja lieventää siittiötuotannon häiriöitä. Rokotuksella ehkäistävissä oleva sikotauti ei enää nykyään ole yleinen lapsettomuutta aiheuttava ongelma. (Tulppala, 2007, 11.)

Pintarakenteeltaan siittiöt ovat erilaisia kuin elimistön muut solut. Normaalisti siittiöt ovat suojassa elimistön immuunipuolustusjärjestelmältä, mutta suojausjärjestelmän pettäessä miehen elimistö saattaa alkaa muodostamaan siittiövästää aineita omia siittiöitä vastaan. Vastaa-aineet voivat aiheuttaa siittiöiden tarttumista toisiinsa ja niiden liikkuvuuden heikkenemistä. Tämä voi johtua sukupuolielinten alueelle tehdystä leikkauksesta, kiveksiin kohdistuneesta vammasta, lisäkivestulehduksesta, sterilisaation jälkitilasta ja kiveskohjuista. (Eskola & Hytönen, 1997, 492; Tulppala, 2007, 12.)

Leikkaukset, vammat, tulehdukset ja synnynnäiset viat saattavat aiheuttaa tukoksia siemenjohtimissa ja lisäkiveksissä. Tukosten vuoksi siemennesteestä puuttuu kokonaan siittiöt, mutta hormonitasot pysyvät normaalina. (Ketonen, 2005, 614.) Kromosomipoikkeavuudet ja geenivirheet ovat myös mahdollisia tekijöitä. Näitä ovat Y-kromosomin mikrodeleetio, joka todetaan noin 10 prosentilla, joilla siittiöt puuttuvat siemennesteestä. Toinen geenin aiheuttama mutaatio on kystinen fibroosi, joilla todetaan synnynnäinen siemenjohtimien puuttuminen. (Aittomäki & Hovatta, 2006, 212–213.)

Jotkut lääkkeet ja myrkyt alentavat hedelmällisyyttä. Kroonisten sairauksien lääkitys voi vaikuttaa hedelmällisyyteen alentavasti. Korkean verenpaineen (hypertensio) hoitona käytettävät kalsiumkanavan salpaajat heikentävät miehen hedelmällisyyttä. Myös anaboliset steroidit ja solunsalpaajahoidot voivat lopettaa siittiöiden muodostumisen. (Ketonen, 2005, 614.)

Yhdyntään liittyviä lapsettomuusongelmia ovat erektiohäiriöt, sekä siemensyöksyhäiriöt eli siemensyöksyn puuttuminen tai suuntautuminen virtsarakkoon. Siemensyöksyhäiriön aiheuttajana on tavallisesti selkäydinvaurio, lantionalueen leikkaus, multippeliskleroosi eli MS-tauti ja diabetes. Aina syytä sperman huonolaatuisuuteen johtamisesta ei löydetä ja tällöin puhutaan tuntemattomasta syystä johtuvasta heikkospermaisuuudesta. (Eskola & Hytönen, 1997, 495.)

4 HEDELMÄTTÖMYYSTUTKIMUKSET

4.1 Tutkimisen aloittaminen

Tutkimukset aloitetaan silloin kun hedelmättömyys on kestänyt yli vuoden, mutta jos hedelmällisyyttä heikentäviä tekijöitä on tiedossa, on hoitoihin syytä hakeutua aiemmin. On tärkeää että molemmat osapuolet tutkitaan perusteellisesti lapsettomuuden syyn selvittämiseksi. Asia otetaan esiin parin yhteisenä ongelmana. Tutkimukset suunnitellaan esitietojen perusteella. On tärkeää, että kummallakin, miehellä että naisella on mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun hoitavan lääkärin kanssa. (Tulppala, 2007, 13.)

Tutkiminen aloitetaan tekemällä anamneesi, jossa selviää molempien ikä, lapsettomuuden kesto, parisuhteen muutokset, yleinen terveydentila, aiemmat sairaudet, leikkaukset, sairaalahoidot, lääkitys, työolot, alkoholin käyttö ja tupakointi, sekä seksuaalinen anamneesi. (Ketonen, 2005, 615.) On myös tärkeää ottaa selville paria askarruttavat kysymykset, pelot ja toiveet (Tulppala, 2007, 13).

4.2 Miehen tutkiminen

Miehen tutkiminen on yksikertaisempaa ja vähemmän aikaa vievää, joten tutkiminen aloitetaan miehestä. Miehen nivuset ja kivekset tutkitaan. Ensimmäinen miehelle tehtävä laboratorionäyte on siemennesteen tutkiminen, jonka perusteella voidaan arvioida sperman laatua. Miehen pitää pidättäytyä yhdynnästä ja itsetyydytyksestä 2-5 vuorokauden ajan ennen näytteen antoa. Jos siemenneste on normaalia, ei muihin tutkimuksiin miehen osalta ole tarvetta. Lopullinen vastaus selviää joskus vasta kahden näytteen jälkeen, koska siemennesteen laatuun on paljon vaikuttavia ja muuttuvia tekijöitä, kuten lääkkeet ja stressi. Laboratoriossa tutkitaan siittiöiden lukumäärää, muotoa ja liikkuvuutta mikro-

skoopin avulla. Myös siittiövasta-aineet mitataan. Jos näytteessä ei ole poikkeavaa, yleensä muita tutkimuksia ei tarvita. (Tiitinen, Suikkari, Forsman-Behm & Simberg, 2007, 12.)

Spermasta tutkitaan:

- Tilavuus >2-5 ml
- Siittiöitä >20 milj/ml
- Liikkuvuus >50% liikkuu eteenpäin
- Morfologia >30% normaalin muotoisia
- Valkosoluja <1milj/ml

(Barrowclough, 2003, 177.)

Jatkotutkimuksiin ryhdytään, jos siittiöitä on vähän tai ne puuttuvat kokonaan. Miehellä tehdään kliininen tutkimus, jossa tehdään yleistarkastus kivesten, eturauhasen, rakkularauhasen ja esinahan alueille. Tutkitaan myös varikoseele. Kaikukuvauksen avulla saadaan selville kivesten koko, mahdolliset kasvaimet sekä siementiehyiden tukokset. Verinäytteiden avulla selvitetään FSH, LH, testosteroni ja prolaktiini pitoisuudet, sekä kilpirauhasen toiminta. Kromosomi-analyysillä voidaan vielä tarkentaa diagnoosia. (Ketonen, 2005, 615.; Tiitinen ym., 2007, 12.) Silloin, kun siemennesteestä puuttuvat siittiöt kokonaan voivat kivekset kuitenkin tuottaa siittiöitä. Tämä voidaan selvittää ottamalla kiveksestä neulanäyte paikallispuudutuksessa. (Tulppala, 2007, 14.)

4.3 Naisen tutkiminen

Naisen tutkiminen on haastavampaa ja vie enemmän aikaa, kuin miehen tutkiminen. Tähän vaikuttaa erityisesti kuukautiskierto, koska ovulaatio tapahtuu vain kerran kuukaudessa ja suurin osa tutkimuksista kohdistuu ovulaatioon. (Oinonen, 1998, 15.) Munajohdinten aukiolo ja munasolun irtoaminen ovat ehdottomia raskauden alkamiselle, joten nämä kuuluvatkin perustutkimuksiin (Tulppala, 2007, 13).

Esitietojen avulla pystytään hahmottamaan tilannetta. Haastatteluun kuuluu muun muassa kuukautisten säännöllisyys, kuukautis- ja yhdyntäkivut, painon kehitys, akne, hirsutismi eli liiallinen karvankasvu, sairastetut sisäsynnyttin tulehdukset, vatsan alueen leikkaukset, kierukan käyttö ja kaavinnat. Perusterveydenhuollossa voidaan ottaa Papa, klamydia, S-prolaktiini, TSH ja S-Progesteroni-näytteet. (Ketonen, 2005, 615.)

Lisäksi tehdään sisätutkimus, johon kuuluu gynekologinen ultraäänitutkimus. Tämän avulla selvitetään kohdun ja munasarjojen rakenne, ultraäänellä voidaan todeta myös polykystiset munasarjat. Kohdunlimakalvon kasvua ja munasolun kasvamista voidaan seurata toistuvalla ultraääniseurannalla. Keltarauhashormoni verikokeella voidaan varmistaa munasolun irtoaminen ja se otetaan viikko ennen vuodon alkua. Verinäytteellä voidaan myös selvittää kuukautiskierron alkupäivinä FSH-hormonitaso, joka kertoo munasarjan toiminnasta ja LH-hormonitaso, jolla voi varmistaa polykystiset munasarjat. Kilpirauhasen toiminta ja prolaktiinin erityis tutkitaan myös perustutkimuksiin kuuluvasta verinäytteestä. (Tulppala, 2007, 13.)

Hysteroskopiolla saadaan tietoa kohtuontelon anatomiasta ja laparoskopiolla selvitetään munajohdinten aukiolo, sekä voidaan löytää myös mahdollinen endometrioosi. Follikeliultraäänitutkimuksella seurataan munarakkulan kasvua. Sonosalpingografiolla, selvitetään munajohdinten aukiolo ultraäänellä kohtuonteloon laitettavan varjoaineen avulla, tutkimus voidaan tehdä myös käyttämällä natriumkloridia ja ilmaa. Kohdun limakalvoilta otettavien kudoksetutkimusten avulla voidaan selvittää kohdunlimakalvon kuntoa. (Ketonen, 2005, 615.)

5 HEDELMÖITYSHOIDOT

5.1 Ovulaatioinduktio

Hoitokeino valitaan yksilöllisesti hedelmättömyyden syyn selvittämisen jälkeen. Vaikuttavia tekijöitä hoidon valitsemiseen ovat naisen ikä, lapsettomuuden kesto sekä lapsettomuuden syy. Hormonihoito soveltuu käytettäväksi erityisesti silloin, kun naisella on hormonaalisia häiriöitä tai epäsäännöllinen kuukautiskierros. Ovulaatioinduktiolla eli munarakkulan kypsytyshoidolla voidaan tehokkaasti hoitaa munasolunirtoamisesta ja kypsymättömyydestä johtuvaa hedelmättömyyttä. (Tiitinen, ym., 2007, 16 -17.)

Ovulaatioinduktiossa tarkoituksena on stimuloida munasarjoja valmistamaan yksi munasolu, joka hedelmöittyy ajoitetussa yhdynnässä tai inseminaatioissa. Oikean ajoituksen varmistamiseksi voidaan käyttää LH eli ovulaatiotestiä. Ensimmäisenä lääkkeenä usein käytettävät klomifeenisitraattitabletit vahvistavat munarakkulan kasvua ja edistävät munasolun irtoamista. Hoitoon pitää liittää ultraääniseuranta. Ellei raskaus ala 4-6 kuukauden aikana, on hyvä hakeutua muihin hoitoihin. (Tiitinen, ym., 2007, 16 -17.)

Gonadotropiinia käytetään silloin, kun klomifeeni ei tehoa tai aivolisäkehormoneita (FSH, LH) erittyy liian vähän. Gonadotropiinihoidossa FSH:ta annetaan ihonalaisina pistoksina 50 -100 yksikköä (IU). Munarakkulan kypsymistä, sekä kohdun limakalvon paksuutta seurataan ultraäänitutkimuksin ja estradiolimäärittäyksin. Kun todetaan kypsynyt munasolu, annetaan naiselle hCG-hormonipistos, joka käynnistää ovulaation. Tämän jälkeen suoritetaan yhdyntä tai inseminaatio. (Tiitinen, ym., 2007, 17.)

Monisikiöraskausvaaran vuoksi hoito voidaan joutua keskeyttämään tai voidaan joutua siirtymään koeputkihedelmöityshoitoon. Hormonihoidot vaativat tarkkaa ultraääniseurantaa monisikiöraskauksien ja munasarjojen hyperstimulaation eli ylireagoinnin estämiseksi. Myös hormonitasoa pitää seurata tarkasti. (Tiitinen ym., 2007, 17.) Jos hedelmättömyyden syynä on vain munasolunirtoamishäiriö, ovat hoitomahdollisuudet hyvät ja jopa 80 prosenttia potilaista tulee raskaaksi (Tulppala, 2007, 15).

5.2 Inseminaatio (IUI)

Inseminaatio eli keinohedelmöitys (IUI) otetaan käyttöön silloin, kun selvää syytä hedelmättömyyteen ei ole löytynyt, yhdyntä ei jostain syystä onnistu, siemennyksy ei tapahdu tai kohdunkaulan poikkeavuus aiheuttaa lapsettomuutta. Käytettävät siittiöt voivat olla luovuttajan (AID) tai oman puolison (AIH) siemennesteestä. Inseminaation voi tehdä joko luonnollisella kierrolla, jos ovulaatio on odotettavissa tai hormonihoidon yhteydessä (klomifeeni, gonadotropiini). Jotta inseminaatio voidaan tehdä, pitää ainakin toisen munajohtimen olla auki ja terve. (Tiitinen ym., 2007, 20–21.)

Hoidossa kaikkein hedelmöityskykyisimmät siittiöt erotellaan ja pestään spermasta, sekä ruiskutetaan kohtuonteloon viljelynesteessä ohuella muovikatetrilla munasolun irtoamisen aikana. Ovulaation ajankohdan tarkastamiseksi voidaan käyttää kotitestiä, joka mittaa virtsan LH-pitoisuuden, 12–24 tuntia positiivisen tuloksen jälkeen tehdään inseminaatio. Raskaaksi tulemisen mahdollisuus inseminaatiossa oman puolison siemennesteellä on noin 10–15% yhtä yritystä kohti, kun taas luovutetuilla siittiöillä raskauden alkamisen todennäköisyys on 15–20% yhtä hoitokertaa kohden. Hoitoja suositellaan käytettäväksi ainakin 3–6 kertaa raskaaksi tulon todennäköisyyden kasvattamiseksi. Jos 3–6 hoitokertaa jäävät tuloksettomiksi siirrytään IVF-hoitoon. (Tulppala, 2007, 16.)

5.3 Koeputkihedelmöityshoidot (IVF)

Koeputkihedelmöitys (IVF) on nykyään kaikkein tehokkain hedelmöityshoito-muoto. Koeputkihedelmöitystä käytetään silloin, kun raskaaksi tulemisen mah-dollisuus muilla keinoilla on hyvin pieni. Sitä voidaan käyttää melkein kaikissa lapsettomuus tapauksissa, johtui se sitten miehestä tai naisesta. Koeputkihe-delmöityshoitoja on jo noin 15 vuotta toteutettu samalla kaavalla. (Tiitinen, ym., 2007, 23.) Maailman ensimmäinen koeputkihedelmöityksellä aikaansaatu lapsi syntyi Englannissa vuonna 1978 (Charlesworth, 2004, 1.)

Hoito alkaa siitä, kun gonadotropiinin avulla stimuloidaan munasarjoja niin, että ne valmistavat yhdellä kerralla useita munasoluja. Tavoitteena on saada kerä-tyksi 10–11 munasolua, jotta alkuiden suhteen olisi valinnanvaraa. GnRH-hormonin (gonadotrophin releasing hormone) avulla ehkäistään munasolun en-venaikaista kypsymistä ja munarakkulan puhkeamista ennen keräysajankohtaa, ja näin voidaan ajoittaa sopiva hetki munarakkulapunktiolle. Irrotuspistos on hCG-hormonia, joka kypsyttää munasolut ja irrottaa ne rakkulanesteeseen. Mu-narakkulat imetään tyhjiksi ja näin munasolut saadaan kerättyä rakkulanesteen kera. Munasolut kerätään emättimen kautta punktioneuulalla ultraääniohjaukses-sa, noin 36 tuntia viimeisen ns. irrotuspistoksen jälkeen. (Tiitinen ym., 2007, 23.)

Toimenpiteen ajaksi asiakas lääkitään voimakkaalla kipulääkkeellä, sekä rau-hoittavalla. Toimenpide tehdään harvoin nukutuksessa. Munasolujen keräys kestää noin 10–20 minuuttia. Mies antaa siemennestenäytteen munasolujen keräyksen aikana tai sen jälkeen hedelmöittämistä varten. Miehen on pidättäy-dyttävä yhdynnästä ja itsetyydytyksestä 2-5 päivää ennen näytteen antamista. Jos näytteen antamisessa on odotettavissa ongelmia, voi näytteen antaa jo ko-tona klinikalta saatuun steriiliin näyteastiaan. Näyte on tuotava klinikalle tunnin sisällä sen antamisesta. Hoidossa voidaan käyttää myös pakastettuja siittiöitä tai suoraan kiveksistä poimittuja siittiöitä. Munasoluja viljellään ravintoliuokses-

sa lämpökaapissa, jossa olosuhteet mukailevat elimistöä. Nimensä koeputkihedelmöityshoito on saanut, kun ennen kerätyt munasolut hedelmöitettiin koeputkessa, mutta nykyään hedelmöitys tapahtuu soluviljelymaljassa. (Tiitinen, ym., 2007, 23.)

Hedelmöitystä varten lisätään viljelymaljalle 10 000–100 000 siittiötä per munasolu. Noin vuorokauden kuluttua hedelmöityksestä saadaan selville, kuinka monta munasolua on hedelmöittynyt. Alkion siirtoon voidaan ryhtyä muutaman vuorokauden kuluttua kun alkio on nelisoluvaiheessa. Ohuen ja pehmeän katetrin avulla voidaan siirtää yksi tai kaksi alkioita kohtuun ja loput pakastetaan. (Tiitinen ym., 2007, 23.)

Raskauden onnistumisen edistämiseksi naiselle aloitetaan keltarauhasen tukihoito. Alle 35-vuotiaille siirretään ensimmäisellä kerralla yleensä vain yksi alkio, ettei tulisi monisikiöraskauksia. On todettu, että noin joka neljäs alkionsiirto johtaa lapsen syntymään ja noin puolet alle 35-vuotiasta tarvitsee vain yhden munasolujen keräyksen. (Ketonen, 2005, 617.)

”Vanhanaikaisen” koeputkihedelmöityksen rinnalle on kehitetty pehmeämpi hoitomenetelmä, antagonistihoito, jossa hormonipistoksia tarvitaan vain muutaman päivän ajan. Tässä hoidossa ei sammuteta naisen hormonitoimintaa kokonaan. Kuitenkin raskaustulokset ovat antaneet samoja tuloksia perinteisen koeputkihoidon kanssa. ”Vuonna 2006 joulukuussa järjestettiin ensimmäinen lempeään stimulaatioon liittyvä maailman kongressi ja lapsettomuushoitojen huippututkijat olivat yleisesti sitä mieltä, että perinteiset koeputkihoidot ovat tulleet tiensä päähän ja ne tulisi korvata kevyemmällä menetelmällä”. (Malms, 2007, 90.)

Kevyempää hormonihoitoa käytettäessä saadaan vähemmän soluja, mutta ne ovat laadultaan parempia. Riittää, että kerätyksi saadaan 3-6 munasolua ja potilaalle tämä merkitsee sitä, että pistospäiviä on vähemmän, hormoneja pystytään antamaan vähemmän ja silloin myös sivuvaikutukset jäävät vähäisemmik-

si. (Tuominen, 2008, 59.) Munasoluja voidaan kerätä jopa täysin luonnollisella kierrolla, ongelma tosin on, että jokaisella hoitokerralla ollaan vain yhden munasolun varassa. Sen vuoksi hoitotulokset jäävät jälkeen tavallisista koeputkihoidoista. (Malms, 2007, 90.)

5.4 Mikroinjektiohoidot (ICSI)

Mikroinjektiohoito eli intracytoplasmic sperm injection, on tärkein hoitomuoto hoidettaessa miehestä johtuvaa lapsettomuutta ja sen avulla on oleellisesti pysytty vähentämään luovutettujen siittiöiden käyttöä. Suomessa ensimmäinen ICSI-hoito tehtiin vuonna 1993. Miehen siittiöiden ollessa huonokuntoisia tai jos niitä on siemennesteessä hyvin vähän, tai ei ollenkaan, otetaan käyttöön mikroinjektiohoito, jossa kiveksistä, lisäkiveksistä tai siemenjohtimesta otetaan siittiöitä. Vain yksi siittiö poimitaan näytteestä ja ruiskutetaan ohuella lasineulalla suoraan munasolun sisään. (Ketonen, 2005, 618.)

Naisen munasolujen keräys ja hormonihoitot ovat samat kuin koeputkihedelmöityksessä. ICSI-hoidoilla aikaan saaduilla alkioilla on päästy samoihin raskauslukuihin kuin tavanomaisessa koeputkihedelmöityksessä. Mikroinjektiohoitoa voidaan käyttää myös silloin, kun munasolu ei jostain syystä hedelmöity, vaikka siittiöistä ja munasolusta ei olisi löydetty mitään vikaa. (Tiitinen ym., 2007, 26.)

Heikkolaatuisen sperman käytön munasolujen hedelmöittämiseen ei ole todettua lisäävän epämuodostumariskiä. Tämä perustuu raskaana oleville äideille tehtyihin lapsivesipunktioihin, sekä tarkkaan ultraääniseurantaan. Osa klinikoista kuitenkin suosittelee lapsivesipunktiota varmuuden vuoksi. (Tiitinen & Hovatta, 2004, 191.)

Erona koeputkihedelmöityksen ja mikroinjektiohoidon välillä on, että jälkimmäisessä yksi siittiö ruiskutetaan munasolun sisään, kun taas koeputkihedelmöityksessä maljalla yksi monista siittiöistä tunkeutuu itse munasoluun. Mikroinjektiohoidosta on tullut yhtä tärkeä hoitomenetelmä miehestä johtuvan lapsettomuuden hoidossa, kuin koeputkihedelmöitys on naisesta johtuvan. (Tiitinen & Hovatta, 2004, 189–191.)

5.5 In Vitro Maturaatio (IVM)

Uusin koeputkihedelmöitysmenetelmä on In Vitro Maturaatio eli hedelmöitys ilman munasarjojen hormonistimulaatiota. Tämä hoitomuoto sopii erityisesti niille naisille, joilla on yliaktiiviset munasarjat tai munasarjojen liiallisen stimulaation riski. Hoitomuotoa voidaan käyttää myös silloin, kun lapsettomuuden syy on miehestä johtuva. (Tiitinen ym., 2007, 28).

Epäkypsät munarakkulat kerätään normaalin kuukautiskierron aikana kypsyään viljelymaljalle hormoneja apuna käyttäen noin 30 tunniksi, jonka jälkeen ne hedelmöitetään maljassa tai mikroinjektio tekniikalla. Alkion siirto tapahtuu samoin kuin tavallisessa koeputkihedelmöityksessä ja ylimääräiset alkioit pakastetaan. Täysin ilman hormoneita ei tästäkään hoidosta selviä. Jotta alkio kiinnittyisi kohtuun, käytetään tukena tabletteina otettavia estrogeeni- ja kelta-ruuhashormoneja. (Tulppala, 2007, 18.) In vitro maturaatio -hoidon huono puoli on, verrattaessa hormonipistoksia käyttäviin hoitoihin, että raskauden alkamisen todennäköisyys on pienempi. (Tuominen, 2008, 59.)

5.6 Alkiokuoren avaus

Alkionkuoren avauksella on tarkoitus helpottaa alkion kiinnittymistä kohtuun. Alkionkuoren avaus voidaan tehdä sekä koeputkihedelmöityksessä, että mikroinjektiohedelmöityksessä. Normaalisti alkion jakautuessa alkiokuori ohenee

samalla ja lopulta repeää. Alkionkuori voi olla niin paksu tai sitkeä, ettei se pysty itsestään kuoriutumaan. (Tulppala, 2007, 19.) Tällöin suoritetaan avustettu alkionkuorenavaus, jossa alkionkuoreen tehdään reikä tai sitä ohennetaan niin, että se helpottaa alkion kuoriutumista ja tämän jälkeen kiinnittymistä kohdun limakalvolle. (Tiitinen, ym., 2007, 29).

Hormonihoidot saattavat aiheuttaa alkionkuoren paksuuntumista. Vielä ei ole pystytty luotettavasti todistamaan alkionkuoren avaamisen hyötyjä tai sen haittavaikutuksia alkionleikkaukselle. (Tulppala, 2007, 19.)

5.7. Luovutetut sukusolut

Huolimatta pitkälle kehittyneistä hedelmöityshoito menetelmistä, kaikki hoitomuodot eivät sovi kaikille hoitoon tuleville naisille. Luovutettuja sukusoluja tarvitsevat naiset, joilta munasarjat puuttuvat synnynnäisesti, munasarjat eivät pysty tuottamaan munasoluja, munasarjat on jouduttu poistamaan sairauden vuoksi, taustalla on lukuisia tuloksettomia IVF -hoitoja, taustalla on useita keskenmenoja tai jos perinnöllisten sairauksien riski on suuri. Noin 5-10 prosentille luovutettujen sukusolujen käyttö on ainoa mahdollisuus raskauden alkamiseen. (Tiitinen, 2007, 27.)

Munasolujen luovuttajan tulee olla 18 vuotta täyttänyt, mutta mielellään alle 35-vuotias, siittiöitä voi lahjoittaa mielellään alle 45-vuotias mies. Luovuttajan tulee läpäistä terveystarkastus ja antaa kirjallinen suostumus sukusolujensa luovutukseen. Henkilön tulee olla tietoinen siitä, että lapsella on oikeus tietää oma biologinen alkuperänsä 18 vuotta täytettyään. Luovuttaja tai luovuttajan läheiskäsi ei saa sairastaa periytyvää sairautta. Luovuttajat tutkitaan ennen sukusolujen luovutusta tarttuvien tautien varalta kuten HIV, hepatiitti B ja C, kippu, klamydia ja tippuri, myös peruskromosomit tutkitaan. Suotavana nähdään, että luovuttajalla olisi ennestään omia lapsia. (Tulppala, 2007, 23.)

Munasolunluovutus vaatii saman hormonihoidon ja seurannan kuin IVF - hoidoissa. Jotta menetelmä onnistuisi, pitää luovuttajan ja vastaanottajan kuukautiskierto ajoittaa samaan vaiheeseen. Munarakkulapunktiossa luovuttajalta kerätyt munasolut hedelmöitetään maljalla vastaanottavan naisen puolison siittiöillä. Alkion vastaanottajan kohdun limakalvo valmistellaan alkionleikkaukselle sopivaksi estrogeeni-keltarauhashormonihoidolla. Tavallisesti yksi tai enintään kaksi alkionleikkautta siirretään kohtuun. Noin 45 % alkionleikkauksista raskaus alkaa. (Tulppala, 2007, 25.)

Luovutettuja siittiöitä käytetään silloin, kun omia siittiöitä ei muodostu kiveksissä lainkaan tai silloin kun miehellä on periytyvä sairaus. Inseminaatio luovutetuilla siittiöillä voidaan tehdä luonnollisella kuukautiskierrolla silloin, kun on todettu, että munasolu irtoaa normaalisti. Tarvittaessa hoitoon voidaan liittää tabletteina tai pistoksina annettava hormonihoido. Luovutettuja siittiöitä voidaan käyttää myös IVF-hoidoissa jos munajohtimet ovat tukossa tai raskaus ei ala inseminaatiolla. (Tulppala, 2007, 26.)

Terveystarkastuksessa luovuttajasta kerätään tietoja hiusten, silmien ja ihon väristä, pituudesta ja etnisestä alkuperästä. Hedelmöityshoitoja antava taho toimittaa tiedot luovuttajasta Terveystarkastuksen oikeusturvakeskuksen ylläpitämään luovutusrekisteriin. Sukusolujen luovutus ei ole kaupallista toimintaa, mutta lahjoittajat saavat vähäisen kulukorvauksen. (Tulppala, 2007, 23.)

6 HEDELMÖITYSHOITOJEN RISKIT JA NIIDEN TULOKSENA SYNTYNEIDEN LASTEN TERVEYS

Naista koskevista riskeistä tärkein on munasarjojen hyperstimulaatio eli yli-reagointi. Sitä on todettu 0,5-2 prosentilla hoitokerroissa. Ylireagoinnin voi aiheuttaa mikä tahansa ovulaation induktiossa käytettävä lääke. Hyperstimulaatio saattaa aiheuttaa munasarjojen huomattavan kasvamisen tai nesteen kertymisen vatsaonteloon. Yleisinä oireina on vatsakipuja, vatsan turvotusta, pahoinvointia ja jopa hengitysvaikeuksia. Lievissä tapauksissa hoidoksi riittää lepo, mutta hyperstimulaatio voi johtaa jopa sairaalahoitoon vaikeammissa muodoissaan, johon voi liittyä munuaisten toiminnan häiriöitä tai suurentunut riski veritulppaan. (Tulppala, 2007, 21.) Kohdun ulkopuolisen raskauden riski on suurentunut hedelmöityshoitojen yhteydessä. Vietäessä alkio kohtuun, ja kun munanjohtimet ovat jäljellä, on mahdollista että se kulkeutuu kohtuontelosta munatorveen. Asia varmistetaan ensimmäisten raskausviikkojen aikana ultraäänitutkimuksella. Alavatsakivut ja verenvuodot ovat kohdunulkopuolisen raskauden tärkeimmät oireet. (Ketonen, 2005, 619.)

Hedelmöityshoidoissa yksi merkittävimmistä riskeistä on ollut monisikiöraskauksien suuri määrä, joka on merkittävin lasten ja odottavien äitien terveyttä huonontava tekijä. Monisikiöraskauksissa suurin riski on synnytyksen ennenaikaisuus ja lapsen syntymäpainon pienuus, sekä keskenmenoriskin suureneminen. Synnytyksen ennenaikaisuus on kuusinkertainen yksisikiöraskauteen verrattuna ja sikiön kasvun hidastuminen jopa yhdeksänkertainen. Hedelmöityshoitojen avulla alkunsa saaneen lapsen riski kehityshäiriöön, näyttäisi eräiden tutkimusten mukaan kasvavan, verrattaessa normaaliin raskauteen. Niistä suurin osa on poikien virtsa- ja sukuelinten epämuodostumia. Tutkimukset osoittavat, että epämuodostumariskin lisäys liittyy ensisijaisesti taustatekijöihin, ei niinkään hedelmöityshoitoihin. (Tulppala, 2007, 21.) ”Useimpien lapsettomuushoitojen tuloksena syntyneiden lasten terveyttä seuranneiden tutkimusten mukaan itse hedelmöityshoidoilla ei olisi suurta merkitystä kasvavan lapsen terveyteen.” (Tiinen ym., 2007, 28.)

7 ETIIKKA LAPSETTOMUUDEN HOITAMISESSA

7.1 Eettisyys hedelmöityshoidoissa

Ennen lapsettomuutta on hoidettu vain adoptoimalla tai vaihtamalla kumppania tilapäisesti tai pysyvästi, mutta nykyään lääketiede tarjoaa lukuisen määrän eri hoitomenetelmiä. Samalla on kuitenkin saatu käsiteltäväksi joukko eettisiä, juridisia ja käytännön ongelmia. (Ryynänen & Myllykangas, 2000, 178.) Keskustelua on herännyt runsaasti siitä kenellä on oikeus saada hedelmöityshoitoja, onko lisääntyminen perustarve vai oikeus, pidetäänkö hedelmättömyyttä sairauteena, johon tulisi saada hoitoa, ketkä ovat niihin oikeutettuja ja kuinka paljon yhteiskunnan tulisi kustantaa hoidoista (Klemetti, 2003, 122). Hoidoissa tulisi ottaa huomioon myös tulevan lapsen näkökulma, sillä lapsen etujen tulisi olla tärkeimpänä näkökohtana, mutta kuinka tämä pystyttäisiin toteuttamaan käytännössä (Unicef, 2008).

Erilaisia eettisiä pohdintoja on esitetty paljon puhuttaessa hedelmöityshoidoista. Vuonna 2007 syyskuussa uusi lakiesitys astui voimaan koskien lapsen oikeudesta tietää sukusolujen luovuttajan henkilöllisyys. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007; Leino-Kilpi, 2006, 176–177.) Tämä on nostanut keskustelun hedelmöityshoidoista jälleen esiin. Teknologian jatkuvasti kehittyessä joudutaan varmasti pohtimaan hoitojen eettisiä näkökohtia uudelleen ja uudelleen. Keskeinen eettinen ongelma on että vauraalle maksukykyiselle väestölle kehitellään jatkuvasti uusia ja kalliita hoitoja, kun valtaosalta ihmisistä maailmassa puuttuu perusterveydenhuollon palvelut. (Koskimies, 2004, 92.) ”Kaikkea, mihin lääketiede pystyy, ei tarvitse eikä ole syytä tehdä. Nöyryminen elämän edessä voi joskus merkitä suostumusta lapsettomuuteen ja elämänsisällön löytymistä muista tehtävistä.” (Koskimies, 2004, 93.)

7.2 Eettisyys luovutettujen sukusolujen käytössä

Sukusolujen luovuttajat jättävät ulkonäöllisiä tietojaan rekisteriin josta vanhemmiksi haluavat saavat valita minkälaiset geenit haluavat lapselleen periytyvän.

Siemennesteen luovuttajia etsittäessä harrastetaan yleisesti rodunjalostuksellista ajattelua, vaikka muuten rodunjalostus on jyrkästi tuomittua. Siemennesteen luovuttajaksi haetaan perimältään mahdollisimman tervettä henkilöä, mikä on ymmärrettävää periytyvien tautien siirtymistä ajatellen. Harvemmin kuitenkin huomataan, että tähän sisältyy rodunjalostuksellinen näkökohta. Mielellään halutaan myös, että luovuttajalla olisi omia lapsia. Tälle ajatukselle on vaikea keksiä muuta perustetta kuin se, että isänä olo merkitsisi tiettyä luotettavuutta, taetta heteroseksuaalisista suuntautumisesta ja riittävän tasapainoista luonnetta. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 179.)

Laki hedelmöityshoidoista (2007), momentti viiden mukaan jos hedelmöityshoidossa käytetään luovutettuja sukusoluja, hoitavan lääkärin tulee valita sukusolut, joiden luovuttaja muistuttaa ulkonäöltään syntyvän lapsen asianomaista vanhempaa, jollei hoitoa saava toivo toisin. Keinohedelmöityksen uuden teknologian kehittämistä on usein vastustettu sillä perusteella, että sen käyttöönotto on ”puuttumista jumalantyöhön”. (Ryynänen & Myllykangas, 2000, 180; Laki hedelmöityshoidoista. 2007.)

Lahjoitetun siemennesteen tai munasolujen käyttö hedelmöityshoidossa nostaa esiin kysymyksen ketkä ovat hoidoilla syntyneen lapsen oikeat vanhemmat. Ennen vanhemmuus oli selkeää, oli isä ja äiti, ja joissain tapauksissa kasvatusvanhemmat. Teknologian kehitys on tuonut tullessaan muitakin mahdollisuuksia. Tulevaisuudessa saadaan varmasti vielä lisää mahdollisuuksia lapsettomuuden hoitoon. (Ryynänen & Myllykangas, 2000, 182.) Vuonna 2007 voimaan astunut laki määrittelee, että lapsen isä on mies, joka parisuhteessa on antanut suostumuksensa hedelmöityshoidon antamiseen. Jos parin hoitoon käytetään luovutettuja siittiöitä, on hoitoon suostumuksensa antanut mies lapsen isä, ei siittiöiden luovuttaja. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.)

Ulkomailla tehtyjen tutkimusten mukaan muun muassa munasoluja luovuttaneista naisista suurin osa hyväksyy henkilötietojensa paljastamisen luovutetusta sukusolusta syntyneelle lapselle. Vuoden 2007 hedelmöityshoitolaain mukaan, lapsella on oikeus selvittää syntyperänsä, mutta silti vanhemmilla ei ole velvollisuutta kertoa lapselle sitä, että hän on syntynyt hedelmöityshoitojen tuloksena. Lapsen oikeuksien kannalta tämä ei ole oikein. Tietojen salaaminen lapselta, saattaa myöhemmin vaikuttaa haavoittavasti hänen kehitykseensä. Traumaattista lapselle saattaa myös olla se, ettei biologinen vanhempi halua tavata. (Haila, 2000, 2.)

7.3 Erilainen vanhemmuus

Homoseksuaalien ja yksinhuoltajien oikeus lapseen hedelmöityshoitojen avulla on kiistanalainen asia. Monet homoseksuaalit käyttävät koti-inseminaatiota, jossa siittiöiden luovuttaja laskee siemennesteen kuppiin ja siemeneste siirretään tavallisella lääkeruiskulla raskaaksi haluavan naisen emättimeen. Tätä menetelmää kutsutaan suomalaisten homoseksuaalien keskuudessa joskus muumimukimenetelmäksi. Koti-inseminaatio eroaa lapsettomuusklinikoilla tehtävistä lähinnä siinä, että klinikoilla käytetään anonyymejä siittiöidenluovuttajia, sekä tutkittua spermaa. Koti-inseminaatioissa luovuttaja yleensä tunnetaan. ”Projektiin” osallistuvien osapuolten tulisi perusteellisesti pohtia, mihin ollaan ryhtymässä ja mihin kukin sitoutuu eli kenelle kaikille vanhemmuuden vastuu jaetaan. Pohdinnan tulokset olisi hyvä kirjata paperille ja kopioida paperi jokaiselle osapuolelle. (Aarnipuu, 2003, 22–23.) Lisääntymistä ja pareja koskeva laki nostaa esiin kysymyksen siitä, että ovatko perheoikeudet poliittisia kysymyksiä ja voidaan joiltain ihmisiltä evätä oikeus perheeseen enemmistön päätöksellä (Kyyrönen, 2003, 30).

Tuleeko lailla tukea sellaista elämäkäytäntöä, mikä on yleistä, mutta ei välttämättä toivottavaa tai ristiriidatonta. Näin on tapauksissa, jossa hoidon tuloksena syntyvä lapsi jäisi harkitusti ilman vanhempaa. Yksinäisen naisen hakeutuessa hedelmöityshoitoihin, on hänen mietittävä onko hänellä aikaa kasvattaa lapsi

yksin, riittävätkö hänen sosiaaliset suhteensa ja taloudellisuutensa. Onko lapsi vain lääke aikuisen sairauteen nimeltä lapsettomuus? Haluaako, ja onko nainen varmasti valmis kasvattamaan lapsensa yksin, vai onko ajatus syntynyt vain yhteiskunnan painostuksesta ja sen antamasta mahdollisuudesta siihen? (Koskimies, 2004, 94.)

7.4 Iäkäs vanhempana

Komplikaatioiden riski kasvaa, mitä vanhemmalle naiselle hedelmättömyyshoitoja tehdään. Riski verenpainetautiin ja raskaudenaikaiseen sokeritasapanon muutokseen lisääntyvät, ne lisäävät äidin ja sikiön sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Lisäksi riski synnytyksen ennenaikaisuuteen kasvaa. Julkisessa terveyden huollossa onkin rajoitettu koeputkihedelmöitysten tarjontaa iäkkäille naisille, esimerkiksi HYKS:issä jonoon pääsyn ikäraja on nykyisin 38 vuotta. (Halila, 2000, 4.)

Usein vanhemmat naiset tarvitsevat lahjoitettuja munasoluja, ja heidän hoitonsa vuoksi se heikentää nuorten naisten hoitomahdollisuuksia, sillä munasolujen luovuttajista on jatkuva pula. Yksinäiselle naiselle voidaan antaa lapsettomuushoitoja vain, jos lapsettomuuteen on löydetty jokin lääketieteellinen syy. On epäeettistä, jos lääketieteellisistä syistä johtuvan lapsettomuuden selvittämiseksi tulisi harrastaa tilapäissuhteita ilman infektiosuojaa ja ehkäisyä, jotta säädetty indikaatio voitaisiin varmistaa. Voidaan myös kysyä, onko hoidoissa kyse lisääntymisteknologian käytöstä vai varsinaisesta lapsettomuuden hoidosta. (Halila, 2000, 3; Pihlaja-Mikkonen, 2005.)

8 LAKI HEDELMÖITYSHOIDOISSA

Laki hedelmöityshoidoista astui voimaan 1.syyskuuta 2007, sillä määritellään hedelmöityshoitojen antamisen, sükusolujen luovutuksen ja varastoinnin edellytykset. Samalla määriteltiin isyyslaki uudelleen niin, että huomioon otetaan sellaiset tapaukset, joissa lapsi syntyy hedelmöityshoitojen tuloksena. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.) Hedelmöityslain mukaan hoitoja voidaan antaa niin avio- kuin avopareille, sekä naispareille, että yksin eläville naisille. Kaikkien alkuiden ja sükusolujen luovuttajien on rekisteröidyttävä. Sijaissyntyistä pidetään edelleen kiellettynä. (Tiitinen, ym., 2007, 34.)

Ratkaisun hedelmöityshoitojen antamisesta tekee lääkäri. Hoitoja voidaan antaa kaikille naisille, jotka täyttävät vaaditut edellytykset. Hoitoihin ei ryhdytä, kun on syytä olettaa, että lapselle ei voida turvata tasapainoista kehitystä tai lapsi aiotaan antaa ottolapseksi. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.)

Hedelmöityshoidon tuloksena syntyneellä lapsella on 18 vuotta täytettyään oikeus saada tietää sükusolujen luovuttajan henkilöllisyys. Laissa ei kuitenkaan puututa siihen perheen sisäiseen asiaan, kertovatko vanhemmat lapselleen, että hän on syntynyt hedelmöityshoidon tuloksena. Vanhemmilla ei ole oikeutta saada tietoon sükusolunluovuttajan henkilöllisyyttä. Silloin, kun hoitoa annetaan yksinäiselle naiselle, on hänellä mahdollisuus saada tietoon luovuttajan henkilöllisyys, jos luovuttaja itse suostuu siihen. Sükusolujen luovuttajalla on myös vain silloin oikeus saada tietää hoitojen avulla syntyneestä lapsesta ja hoidettavasta. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.)

Luovutettujen sükusolujen käyttöön tarvitaan aina luovuttajan suostumus. Luovuttaja voi perua suostumuksen ja tämän jälkeen hänen sükusolujaan ei saa enää käyttää. Yhden luovuttajan sükusoluja saa käyttää korkeintaan viidelle. Aikaisemmin luovuttajat olivat enimmäkseen anonyymejä. Uuden lain tultua voimaan saa käyttää ainoastaan sellaisen luovuttajan sükusoluja joka on suostunut siihen, että lapsella on oikeus tietää luovuttajan henkilöllisyyden 18 vuotta täytettyään. Henkilötiedot annetaan Terveysturvakeskuksen ylläpitämään rekisteriin. Poikkeuksena kuitenkin vuoteen 2010 asti saa käyttää

ennen lain voimaantuloa luovutettuja sukusoluja siihen tarkoitukseen, että niiden avulla syntyisi biologinen täyssisar. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.)

Munasoluja voi luovuttaa terve, alle 35-vuotias, mieluiten synnyttänyt nainen, jonka suvussa ei ole perinnöllisiä sairauksia. Luovutus vaatii samanlaisen hormonihoidon ja munasolujen keräämisen kuin koeputkihedelmöitys. Luovuttajalle korvataan kulut, mutta taloudellisen hyödyn takia kukaan ei lahjoittajaksi ryhdy. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.)

Hedelmöityshoidoissa ei saa syntyvälle lapselle pyrkiä saamaan tiettyjä ominaisuuksia eli sukusoluja joiden perimään on puututtu. Poikkeuksena on kuitenkin, että hoitoon saa valita sukusoluja joiden luovuttaja muistuttaa ulkonäöltään toista vanhempaa. Lapsen sukupuoleen saa vaikuttaa vain jos parin omista sukusoluista syntyvälle lapselle olisi suuri riski sairastua perinnölliseen sairauteen, erityisesti jos hän on tiettyä sukupuolta. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.)

Hedelmöityshoitojen kustannuksista Kela korvaa vain silloin, kun lapsettomuushoitoihin on lääketieteellinen syy, joten esimerkiksi naisparien ja yksin elävien naisten on kustannettava hoitonsa kokonaisuudessaan yksin. Terveystieteiden tutkimuskeskus valvoo ja pitää rekisteriä sukusolujen ja alkuiden luovuttajista. Tämä tekee mahdolliseksi hedelmöityshoitojen avulla syntyneelle henkilölle selvittää biologinen alkuperänsä. (Laki hedelmöityshoidoista, 2007.)

9 HEDELMÄTTÖMYYDEN VAIKUTUS PARISUHTEESEEN

Hedelmättömyys diagnoosina voi vaikuttaa voimakkaasti ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. Useimmiten ilmaantuvia tunteita ovat syyllisyys, viha, masennus, huoli, riittämättömyys, kateus, hallinnan puute, sekä heikko itsetunto. Miesten ja naisten reaktiot voivat ilmaantua hyvinkin erilailla. Naisilla ilmaantuu usein psyykkistä ahdistusta ja vaikeaa masennusta, sillä he uskovat naisellisuutensa olevan sitä, että he pystyvät saamaan lapsia. Miehillä esiintyy harvemmin ahdistuneisuutta, sillä he pystyvät sopeutumaan naisia paremmin lapsettomuuteen. Jos lapsettomuuden syyt on diagnosoitu miehestä lähtöisiksi, niin riski masennukseen kasvaa, sosiaalisen väheksynnän pelko lisääntyy ja ilmaantuu epäonnistumisen tunteita. (Barrowclough, 2003, 179–180.)

Parisuhdeongelmia voi syntyä erilaisista syistä, fertiilimpi osapuoli voi tuntea vihamielisyyttä tai katkeruutta infertiiliä osapuolta kohtaan. Parilla saattaa olla huonot kommunikaatiotaidot ja he eivät kykene näyttämään tunteitaan toisilleen, ja pahimmillaan lapsettomuus johtaa eroon. Kuitenkin hedelmättömyydellä voi olla positiivisiakin vaikutuksia, ne voivat lähentää parin suhdetta ja parantaa heidän kommunikaatiotaitojaan. Vertaistuki ja tukiryhmillä on todettu olevan auttava vaikutus. Vaikeimpana hedelmöityshoidoissa voi olla päätös hoitojen lopettamisesta. Hoitojen saatavuus tarkoittaa, että jos yksi hoito pettää, niin toista voidaan kokeilla ja tuloksena voi olla loputon hoitojen kierre, epätoivoineen ja pettymyksineen. (Barrowclough, 2003, 179–180.)

Kättilön työ hedelmättömyyshoidoissa ei ole niinkään fyysistä, vaan kättilön kokonaisvastuuksi jää ohjauksesta ja neuvonnasta huolehtiminen. Ohjauksessa on tärkeää ottaa huomioon, että asiakkaat oppivat eritavalla. Ohjaus on myös toteutettava yksilöllisesti, ottaen huomioon asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet. Antaa riittävästi selkeää tietoa itse toimenpiteestä, siihen valmistautumisesta ja sen suorittamisesta, jotta asiakas pystyy muodostamaan päätöksensä itse. Kättilön tulee tukea heitä ja kunnioittaa heidän päätöksiään. (Hanhirova, 2005, 431.)

Kättilön tulee antaa tietoa myös hoitojen riskeistä naisen ja syntyvän lapsen kannalta. Yleistä, sekä tilastollista tietoa hoitojen onnistumismahdollisuuksista. Tietoa annetaan myös solunluovuttajien oikeuksista, sekä mahdollisen syntyvän lapsen myöhemmistä oikeuksista. Toimenpiteen suorittajien vaitiolovelvollisuuden painottaminen on myös tärkeä tieto hoitoihin tuleville. (Leino-Kilpi, 2006, 177.)

10 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää hedelmättömyyteen johtavia syitä, hedelmöityshoitomuotoja, hedelmöityshoitojen eettisyyttä, hedelmättömyyden vaikutusta parisuhteeseen ja tulevaan lapseen, sekä hedelmöityshoitolakia. Eri-tyisesti halusimme keskittyä munasolunluovutuksiin ja selvittää uuden hedelmöityslain vaikutusta nuoriin naisiin ja heidän haluunsa luovuttaa munasolujaan.

Kehittämistehtävänä järjestimme neljännen vuoden kättilöopiskelijoille suunnatun luennon munasolunluovuttamisesta. Luento pidettiin 15.1.2009 Pirkanmaan ammattikorkeakoulun tiloissa. Luento oli avoin kaikille. Luennon toteutimme opituntina, apuna käyttäen PowerPoint esitystä (Liite 2). Luennolla kävimme yleisesti läpi lapsettomuushoitoja, kerroimme ketkä tarvitsevat luovutettuja munasoluja, miten munasolun luovutus käytännössä tapahtuu, sekä lyhyesti kävimme läpi vuonna 2007 syksyllä voimaan astuneen hedelmöityshoitolain.

Teoriaosuuden jälkeen opiskelijat saivat esittää mieleen nousseita kysymyksiä. Lopuksi yhdessä ryhmän kanssa pohdimme munasolun luovutukseen liittyviä asioita, kuten uuden lain vaikutusta, sekä omaa halukkuuttaan luovuttaa munasoluja. Luennollamme oli mukana asiantuntijana kättilö hedelmöityshoitoja antavalta yksityiseltä klinikalta, jossa hän on työskennellyt vuosia munasolunluovutusten parissa.

Luennon yhteydessä teimme kyselyn kättilöopiskelijoille munasolunluovuttamisesta (Liite 1). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nuorten naisten halukkuutta luovuttaa munasolujaan, sekä vuonna 2007 voimaan astuneen lain hedelmöityshoidoista vaikutuksesta siihen. Työn tehtävänä on kyselylomakkeen avulla ja yhteisellä pohdinnalla ryhmän kanssa tutkia heidän kiinnostustaan munasolujenluovuttamisesta ja aikaisemmasta tietämyksestä aiheeseen. Tutkittava ryhmä koostuu 21–26 -vuotiaista Pirkanmaan ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoista. Kehittämistehtävän tavoitteena oli lisätä ryhmän tietoisuutta munasolunluovuttamisesta, uudesta hedelmöityshoitolaista ja saada heidät pohtimaan omaa halukkuuttaan luovutukseen.

11 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

11.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus pyrkii yleistämään. Tarkoituksena on, että pieneltä joukolta kysytään tutkittavan ilmiön tutkimusongelmaan liittyviä kysymyksiä. Pienen joukon eli otoksen odotetaan edustavan koko joukkoa eli perusjoukkoa. Tutkimuksesta nousseiden tulosten katsotaan edustavan koko joukkoa. (Kananen, 2008, 10.)

Tutkittavan joukon tulisi vastata ominaisuuksiltaan todellista kohderyhmää. Ongelmaksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa nouseekin se, että otoksen valinnassa harvoin onnistutaan täydellisesti. (Kananen, 2008, 10.)

Valitsimme työtteenksemme määrällisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme yleisen katsauksen nuorten naisten tietoisuudesta munasolunluovutuksista, sekä heidän halukkuudestaan luovuttaa munasolujaan syksyllä 2007 voimaan astuneen hedelmöityslain jälkeen.

11.2 Kysely tiedonkeruumenetelmänä

Täysin luotettavaa ja varmaa kysymysten esittämistapaa ei ole. Kyselytutkimuksessa kysymysten pitää asettaa niin, että ne palvelevat tutkimusongelman ratkaisua. Kyselyyn otetaan mukaan vain ne kysymykset, jotka ovat välttämättömiä tutkimusongelman ratkaisun kannalta. (Kananen, 2008, 13.)

Kysymykset voivat olla avoimia tai valmiilla vaihtoehdoilla varustettuja eli strukturoituja kysymyksiä. Kysymysten toimivuus edellyttää, että vastaaja ymmärtää kysymykset oikein, että hänellä on kysymysten edellyttämä tieto ja vastaaja haluaa antaa kysymyksiin liittyvän tiedon. (Kananen, 2008, 25.)

11.3 Kyselyn taustat ja toteutus

Kyselyyn osallistui yhteensä kaksikymmentä 21–26 -vuotiasta kättilöopiskelijaa. Yhdellä kyselyyn osallistuneista oli omia lapsia. Kolme kyselyyn osallistuneista oli avioliitossa, kaksitoista ryhmäläisistä oli avioliitossa ja viisi oli sinkkuja. Kyselyyn valittiin harkinnanvaraisella otannalla nuoria hedelmällisessä iässä olevia naisia. Kyselyn pohjaksi pidimme luennon, josta sai tietoa munasolunluovutuksista ja uudesta hedelmöityshoitolaista. Luennollamme mukana ollut kättilö hedelmöityshoitoja antavalta klinikalta antoi myös tarvittaessa tietoa luovutuksista.

Kyselylomakkeet jaettiin ennen luentoa. Kysymyksiin sai vastata luennon aikana, sekä sen jälkeen. Kysymyslomakkeeseen vastattiin anonyyminä. Esityksen lopussa pohdimme suullisesti yhdessä ryhmän kanssa luennon herättämiä kysymyksiä. Kysymyslomakkeella pyysimme myös palautetta munasolujenluovutusluennosta.

11.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään validiteetti- ja reliabiliteettikäsitteitä, jotka molemmat tarkoittavat luotettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelmaan nähden ja reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulee aina arvioida työn luotettavuutta. (Kananen, 2008, 79.)

Silloin kun reliabiliteetti on hyvä, toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset. Toisaalta kysyessämme kättilöopiskelijoilta heidän tietoisuuttaan ja haluaan luovuttaa munasoluja, saa kysely heidät pohtimaan asiaa ja luento lisää heidän tietoisuuttaan, tällöin toistetussa kyselyssä ei todennäköisesti tulisi samoja tuloksia. (Kananen, 2008, 80.)

Validiteetti on hyvä silloin, kun mitataan oikeaa asiaa, oikeaa syy-seuraussuhdetta. Ulkoisella validiteetilla arvioidaan saatujen tulosten yleistettävyyttä. Yleistettävyyks on silloin hyvä, kun otos vastaa koko joukkoa. Kyselyssämme validiteettiin vaikutti se, että kyselyyn vastanneet olivat kättilöopiskelijoita, eikä satunnaisesti poimittuja nuoria naisia. (Kananen, 2008, 81.)

11.5 Tutkimuksen eettisyys

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy yleensä eettisiä kysymyksiä. Aina, kun mitataan ihmillistä toimintaa on eettinen pohdinta tärkeä osa tutkimusta. Tutkimuksen tavoitteen tulee olla yleisesti hyödyllinen ja tutkimuksen tavoitteet, tehtävä ja tarkoitus pitää perustella tutkimukseen osallistuville. Kyselyyn osallistuvien pitää tietää, mihin tietoja kerätään ja miten niitä analysoidaan, sekä missä tulokset julkaistaan. (Koivula, Suihko & Tyrväinen, 2002, 49.)

Kyselyymme sai vastata anonyymisti ja vapaaehtoisesti, joten eettisten ongelmien ilmeneminen on pieni. Tutkittavilla on oikeus pysyä tuntemattomina ja tutkijan velvollisuus on taata heidän anonymiteettinsa. Kaikki tulokset on julkaistava, ei vain suosiollisia tuloksia. Olimme laatineet kyselyn 20 henkilölle ja käyimme kaikkia vastauksia tulosten laatimisessa. (Koivula, ym. 2002, 49.)

11.6 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen tulokset yleistetään. Selvitetään määriä, riippuvuuksia ja syysseurauksia. Saadut tulokset yleistetään koskemaan koko perusjoukkoa, josta havaintoyksiköt on otettu. Yleensä joudutaan tyytymään pieneen osaan perusjoukkoa, josta johtopäätökset tehdään. Vastausten keräämisen jälkeen voidaan tehdä tilastollista päättelyä. (Kananen, 2008, 81.)

Aineisto analysoitiin keräämällä jokaisesta kyselylomakkeesta kysymysten vastaukset yhteen taulukkoon. Taulukosta laskettiin vastausten prosentuaalinen osuus.

11.7 Tulokset

	kyllä	ehkä	ei
Oliko sinulla aikaisempaa tietoa hoidoista?	16	0	4
Vaikuttaisiko uusi laki päätökseesi luovutuksesta?	13	2	5
Oletko koskaan luovuttanut munasolujasi?	0	0	20
Olisitko valmis luovuttamaan munasolujasi?	7	2	11

Kyselyn perusteella 80% oli aikaisempaa tietoa munasolunluovutuksista, mutta on kuitenkin otettava huomioon, että otos oli kättilöopiskelijoita, joilla tietoa saattoi olla enemmän kuin muilla koulutuksensa vuoksi. Tutkittavasta ryhmästä kukaan ei ole koskaan luovuttanut munasolujaan. Luennon jälkeen 35 % olisi ollut valmis luovuttamaan, 55% ei edelleenkään olisi valmis luovutukseen. Päätökseen vaikutti hoitoprosessin pitkäkestoisuus, sekä hoitojen kivuliaisuus.

Uudesta hedelmöityshoitolaista ei otoksellamme ollut aikaisempaa tietoa. Se, että luovutetusta munasolusta syntyneellä lapsella on 18–vuotta täytettyään oikeus saada tietoonsa biologiset vanhempansa, vaikutti negatiivisesti haluk-

kuuteen luovuttaa. 65% kyselyyn vastanneista ei halua luovuttaa munasolujaan uuden lain vuoksi.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulokset tulisi pystyä yleistämään ja koskea koko joukkoa. Otoksemme ongelmaksi nousee se, että tutkittava perusjoukko koostuu kättilöopiskelijoista, jonka vuoksi heillä saattaa olla enemmän tietoa opintojensa pohjalta munasolunluovutuksesta, kuin jos tulokset yleistäisi koko Suomen väestöksi. On otettava huomioon, että vaikka olisimme tehneet esityksestämme kaikille avoimen, olisi luennon osallistujat kuitenkin koostuneet niistä, joilla on kiinnostusta ja tietoa asiasta. Luentomme jälkeen 35% olisi valmis luovuttamaan munasolujaan. Osaltaan siihen vaikutti luentomme tuoma tieto luovuttamisen hoitopolusta, korvauksista, sekä tieto munasolunluovuttajien vähyydestä. Informaation antaminen hedelmällisessä iässä oleville naisille, sekä aiheen tuominen median levitykseen lisäisi munasolunluovuttajien määrää.

80% luennolle osallistuneista sai mielestään kattavan kuvan munasolujen luovuttamisesta. Luento herätti paljon kiinnostusta ja keskustelua, sillä koulutuksessamme ei käsitellä aihetta. Opiskelijat kokivat luennon olevan hyödyllinen tulevan ammattinsa kannalta.

12 POHDINTA

Työmme on suunnattu hoitotyön opiskelijoille oppimismateriaaliksi kehittämään ja laajentamaan heidän ammatillista osaamistaan tulevassa työssään. Hedelmöityshoitoihin ja lapsettomuuteen ei koulutuksessamme perehdytä, joten aihe kiinnosti sen vuoksi. Hedelmättömyyden nopean lisääntymisen ja hoitojen kehittymisen vuoksi tulevaisuudessa hoitotyön ammattilaisina tulemme tarvitsemaan hedelmättömyyden perustietoa, sekä tietoa käytettävistä hoitomuodoista. Lapsettomuus ja hedelmöityshoidot kuuluvat kättilön työalueeseen. Hedelmöityshoidot ovat ajankohtaisia tällä hetkellä, joten oma kiinnostus aiheeseen oli suuri.

Suomessa lapsettomuuspoliklinikoilla työskentelee paljon sairaanhoitajia ja kättilöitä. Kättilön tehtävänä onkin toimia omanalansa asiantuntijana hoitoryhmässä ja toteuttaa kättilötyötä laadukkaasti. Kättilön on työskennellessään otettava huomioon kättilötyötä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Hedelmöityshoidoissa kättilön on pohdittava myös syntymättömän lapsen oikeuksia ja arvoa. Hedelmöityshoidoissa kättilön tehtävänä on hoitoon ohjaamisen lisäksi tukea ja ohjata pariskuntaa, parisuhdetta ja naiseutta. Kättilön tehtävä on huolehtia kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamisesta.

Suomessa hoitoihin joutuu jonottamaan ja sukusolujen luovuttajista on pulaa. Varsinkin nyt uuden hedelmöityshoitolain astuttua voimaan syksyllä 2007 luovuttajien määrä on vähentynyt. Toisaalta asian ajankohtaisuus ja julkisuudessa esiintyminen on lisännyt ihmisten tietoisuutta sukusolujen luovutuksista, joten tämä on osaltaan lisännyt uusien luovuttajien määrää.

Työssämme käsitelimme hedelmättömyyden syitä, ja niiden tutkimista. Perehdyimme eri hedelmöityshoitomuotoihin, sekä niiden aiheuttamiin riskeihin niin naisille, kuin syntyville lapsillekin. Syvensimme työtämme tutustumalla uuteen vuonna 2007 voimaan astuneeseen lakiin hedelmöityshoidoista, sekä etiikkaan.

Etiikka osa-alueemme tahtoi venyä pitkäksi, koska hedelmöityshoidoista on paljon erilaisia mielipiteitä ja eettisiä kantoja. Keskustelupalstoillakin käydään runsaasti keskustelua aiheesta ja monet lapsettomuusyhdistykset ottavat uuteen lakiin kantaa. Pohdimme myös hedelmättömyyden vaikutusta parisuhteeseen.

Työmme ensimmäinen vaihe on hyvin teoriapohjainen. Tuoretta kirjallisuutta aiheesta oli haastavaa löytää, mutta internetistä löysimme paljon uutta ja tuoretta tietoa. Pidämme opinnäytetyömme aihetta tärkeänä, koska hedelmättömyyshoidot lisääntyvät jatkuvasti ja hedelmättömyys on osana yhä useamman hedelmällisessä iässä olevan pariskunnan elämää.

Työn tiimoilta kävimme tutustumassa hedelmöityshoitoja antavaan Ava-klinikkaan. Siellä kättilö kertoi meille hedelmöityshoidoista ja erityisesti munasolunluovutuksista. Pääsimme tutustumaan tiloihin ja saimme kattavan kuvan hoitoprosesseista. Kävimme myös munasolunluovutuksista kiinnostuneille järjestetyssä tapahtumassa. Siellä heräsi ajatus kehittämistehtävästämme, pitää luento munasolunluovutuksista koulullamme. Munasolunluovuttajista on pulaa, ja päätimme pitää tilaisuuden koulullamme, koska siellä lähes kaikki ovat hedelmällisessä iässä olevia naisia. Tarkoituksena oli lisätä tietoa munasolunluovutuksista ja samalla kannustaa naisia luovuttamiseen.

Mielestämme luento onnistui hyvin ja palautteen perusteella siitä oli hyötyä suurelle osalle osallistujista. Olisimme kuitenkin toivoneet suurempaa osallistujamäärää, jotta tutkimuksestamme olisi tullut luotettavampi. Mielestämme validiteetti onnistui, sillä käytimme oikeaa tutkimusmenetelmää ja saimme vastauksen haluamiimme kysymyksiin. Kysely olisi pitänyt vielä esitellä ja kysymyksiä olisi voinut tarkentaa, luotettavampien tuloksien saamiseksi. Otanta oli myös melko suppea, koska kaikki olivat kättilöopiskelijoita.

Aikataulussa olemme pysyneet hyvin. Suunnitelmana oli saada vuoden 2008 kevääksi teoria osuus valmiiksi. 2008 syksyn aikana tavoitteenamme oli valmistella kehittämistehtävänä olevaa luentoa munasolujen luovutuksesta, sekä siihen liittyvää kyselylomaketta. Suunnitelmaan kuului myös tutustumiskäynti hedelmöityshoitoja antavaan Ava-klinikkaan, sekä siellä työskentelevän kättilön konsultointi. Luennon munasolunluovutuksista pidimme tammikuussa 2009 ja kevään 2009 aikana analysoimme kyselyn tulokset ja viimeistelimme opinnäytetyön. Suunnitelmana oli myös, että toinen meistä olisi käynyt hoitoprosessin läpi henkilökohtaisesti ja luovuttanut omia munasolujaan, mutta suunnitelma ei valitettavasti onnistunut luovutuskelpoisuudettomuuden vuoksi.

Jatkotutkimuksia voisi tehdä uuden hedelmöityslain vaikutuksista sukusolujen luovuttajien määrään. Tutkimuksia voisi myös tehdä hedelmöityshoitojen kehityksestä ja tulevaisuuden hoitomenetelmistä, sekä alan kehityksen aiheuttamista uusista eettisistä kysymyksistä.

Opinnäytetyö prosessina on ollut aikaa vievä, mutta antoisa ja opettava. Olemme oppineet laajasti hedelmöityshoidoista, joita koulutuksessamme ei käsitellä. Aihe on ollut erittäin kiinnostava sen ajankohtaisuuden vuoksi, sekä laaja, koska hoitomenetelmät kehittyvät jatkuvasti.

LÄHTEET

- Aarnipuu, T. 2005. Sateenkaariperheen ABC-kirja. 2.painos. Seksuaalinen ta-savertaisuus-SETA ry.
- Aittomäki, K. & Hovatta, O. 2006. Lisääntymisgenetiikka. Teoksessa Aula,P., Kääriäinen, H. & Palotie, A.(toim.) Perinnöllisyyslääketiede. 3. uudistettu painos. Duodecim: Karisto Oy 2006, 206-218.
- Baker,R. 2000. Tulevaisuuden seksielämä. Hämeenlinna: Karisto Oy
- Barrowclough, D. 2003. Preparing for pregnancy. Teoksessa:Myles Textbook for Midwives. Fraser, D & Cooper, M. (toim.) 14. painos. Nottingham: Churchill Livingstone. 165-183.
- Charlesworth,L. 2004. The Couple`s Guide to In Vitro Fertilization. USA: Da Capo lifelong Books.
- Eskola, K. & Hytönen, E.2002. Naisen elämä ja hoitotyö. 1.-2.painos. Porvoo: WSOY-Kirjapainoyksikkö, 488-497
- Gissler, M. Hedelmöityshoitotilastot 2005 ja ennakkotiedot 2006. Päivitetty 29.4.2008. Luettu 12.5.2008. Stakes.
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/hoidot/index.htm>
- Halila,R.2001. Laki hedelmöityshoidoista. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hanhirova, M. 2005. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa Mustajoki, M., Maan-selkä, S. Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 3. uudistettu painos, Hämeenlinna: Karisto Oy, Duodecim. 431–432.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki. Edita Prima, 68-73.
- Kananen, J. 2008. Kvantti, Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Koivula, U-M., Suihko,K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: possible. Opas opin-näytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimate-riaali. Nro 1. 2. uudistettu painos. Pieksämäki: RT-Print Oy.
- Ketonen, K. 2005. Lapsettomuus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, Raus-si-Lehto, Väyrynen, Äimälä (toim.). Kätilötyö. Tampere: Tammer-paino Oy. 613–621.
- Klemetti, R. 2003. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa: Sukupuoli ja terveys. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I.(toim.) Tampere: Vastapaino, 113-125.
- Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus-toiveena lapsi. Hämeenlinna: Karis-to Oy Kirjapaino, 23-81.
- Kyyrönen, S. 2003. Homoseksuaalien käsityksiä perheestä ja parisuhteen viral-listamisesta. Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja. Jyväskylän yliopistopaino 2003.

Laki hedelmöityshoidoista. Päivitetty 2006. Luettu 1.4.2008.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 1.-3. painos. Juva: WSOY, 198-210.

Malms, T. Kauneus ja terveys. 12/2007. Uutta apua lapsettomuuteen.

Martikainen, H. 2000. Hedelmättömyyden nykyiset hoitokeinot. Teoksessa: Käytännön gynekologiaa. Haukkamaa, M.(päätoim.). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 123-137.

Oinonen, T. 1998. Pitkä odotus-kokemuksia lapsettomuuden hoidosta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveysthuollon etiikka. 1.painos. Juva:WS Bookwell Oy, 178-184.

Pietiläinen, M. Tilastokeskus. Tasa-arvoinen Suomi-neito, osa1. 2006. Luettu 19.3.2008. Päivitetty 13.12.2006.
http://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2006/art_2006-07-06_001.html

Sunström, Per. 2005. Miten raskaus alkaa. Cura Klinikin Malmö. Serono Nordic.

Pihlaja-Mikkonen, P. Simpukka-yhdistys. Päivitetty 8.11.2005. Luettu 1.4.2008.
<http://www.simpukka-yhdistys.fi/Kannanotot/hedla.htm>

Suomen lääkärilehti. Hedelmöityshoidot lisääntyneet edelleen. Luettu 5.5.2008. Päivitetty 24.4.2008.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=5779/news_db=web_lehti2006/type=1

Tiitinen, A. 2007. Endometrioosi. Lääkärikirja Duodecim. Luettu 13.3.2008. Päivitetty 26.2.2007. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119&p_haku=Endometrioosi

Tiitinen, A., Suikkari, A-M., Forsman-Behm, K., Simberg, N. 2007. Hedelmöityshoidot.Oy Organon Ab.

Tiitinen,A. & Hovatta,O. Lapsettomuus. Teoksessa Naisten taudit ja synnytykset. Toim. Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2004. 4. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. Duodecim. 176-193.

Tulppala, M. 2007, Kun vauva viipyy –lapsettomuuden tutkimus ja hoito-Toim.Suikkari A-M. & Mäkinen,S. 2007. Topnova. Väestöliitto.

Tuominen, P. Vauva. 4/2008. Vahva kaipuu äitiyteen. Vantaa.

Unicef. Lapsen oikeuksien julistus. Päivitetty: 13.5.2008, luettu: 13.5.2008. Hyväksytty 1959. http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_julistus

LIITTEET

LIITE 1

KYSELY

1. Onko sinulla lapsia? Kyllä / Ei
2. Olisitko valmis luovuttamaan munasolujasi? Kyllä / Ei
3. Oletko aiemmin luovuttanut munasolujasi? Kyllä / Ei
4. Oliko sinulla aiempaa tietoa munasolunluovutuksista? Kyllä / Ei
5. Vaikuttiko luento mielipiteeseesi munasolunluovutuksista? Kyllä / Ei
6. Saitko kattavan kuvan luovutuksista esityksen pohjalta? Kyllä / Ei
7. Vaikuttaisiko uusi laki sukusolujen luovutuksesta päätökseesi? Kyllä / Ei

Ikäsi _____

Siviilisääty _____

("En osaa sanoa", jätä kohta tyhjäksi)

Munasolun luovutus

Justiina Anttila
Jenny Hahmo

Lapsettomuus

- Noin joka kuudes hedelmällisessä iässä oleva pari kohtaa tahatonta lapsettomuutta
- Noin 80 % hoitoon tulevista lapsettomista saa käytettävissä olevien hoitojen avulla toivomansa lapsen
- Lapsettomuushoitoihin kannattaa hakeutua kun raskautta on yritetty noin vuoden ajan
- Onnistuneen hoidon edellytys on lapsettomuuden syiden selvittäminen
- Lapsettomuuden aiheuttaja on kolmasosassa tapauksista naisessa ja kolmasosassa mieheissä. Noin 30%:lla pareista osasyitä löytyy molemmilta ja n.10 %:lla syytä ei saada selville.




Lapsettomuus jtk...

- Syitä:
 - munasolun irtoamishäiriöt, munanjohdinvauriot, endometrioosi, kohdun viat ja seksiongelmat, tulehdukset
 - yli- tai alipaino
 - tupakointi, alkoholinkäyttö, stressi
 - lapsen hankkimista lykätään vanhemmalle iälle
 - miehen hedelmättömyyden syynä synnynnäiset viat, tulehdusten jälkitilat, siittiövasta-aineet
 - eräät lääkkeet, myrkytykset
 - siemensyöksyn ja erektion ongelmat
 - Usein syynä on heikko sperman laatu, jolle ei löydy selitystä



Lapsettomuus jtk

- Hoitotapoja ovat:
 - Inseminaatio (AIH/AID)
 - Koeputkihedelmöityshoidot (IVF/ICSI/IVM)
 - Luovutettujen munasolujen ja siittiöiden käyttö
 - Ovulaatioinduktio
- Klinikoilla on käytössä Kelan suorakorvausmenettely, jolloin potilas maksaa ainoastaan hoitojen omavastuusuuden, jos on niihin oikeutettu.




Ketkä tarvitsevat luovutettuja munasoluja?

- munasoluja tarvitsevat naiset, joilla munasarjojen toiminta synnynnäisesti puuttuu
- munasarjojen toiminta heikkenee tai loppuu ennenaikaisesti
- jos naisella on todettu vaikea periytyvä tauti tai hän on kantaja
- toistuvat alkuraskauden keskenmenot
- taustalla useita tuloksettomia IVF -hoitoja
- munasarjat on jouduttu poistamaan sairauden vuoksi



Munasolun luovuttaja

- 18 vuotta täyttänyt henkilö
 - hyväksytty terveystarkastuksessa
 - antanut kirjallisen suostumuksen sukusolujen luovutukseen
 - tietoinen, että lapsella on tiedonsaantioikeus omaan biologiseen alkuperäänsä 18 vuotta täytettyään
 - mielellään alle 35 –vuotias (AvaClinikalla ikäraja 36 vuotta)
 - ei ole periytyvää sairautta itsellä tai lähisukulaisella
-
- luovuttajat tutkitaan ennen hoitojen aloitusta tarttuvien tautien varalta: HIV, B – ja C –hepatiitti, kuppa, klamydia ja tippuri, sekä peruskromosomit
 - suotavaa olisi, että lahjoittajalla olisi ennestään omia lapsia

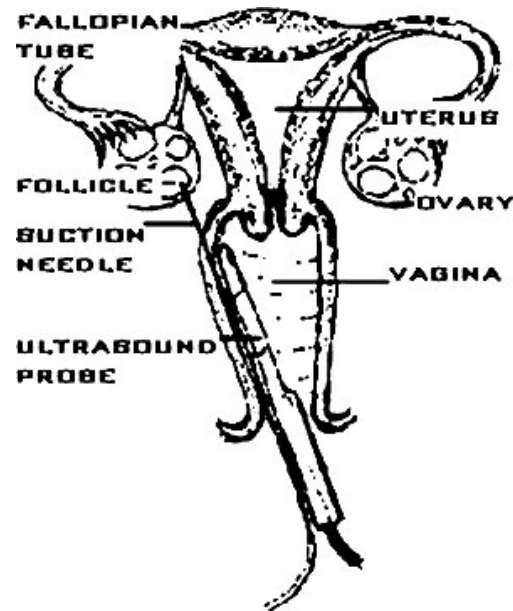
- 
- Luovutettujen sukusolujen käyttö ei ole kaupallista toimintaa
 - Terveystarkastuksessa luovuttajasta kerätään tietoja hiusten, ihon ja silmien väristä, pituus ja etninen alkuperä
 - Hedelmöityshoitoja antava taho toimittaa luovuttajasta tiedot TEO :n ylläpitämään luovutusrekisteriin
 - Luovutetuilla munasoluilla tehdyistä hedelmöityshoidoista n. 45% onnistuu
 - Luovuttaja saa halutessaan tietää onko raskaus alkanut

 - Väestöliitto maksaa kulukorvauksia luovuttajalle 250€, lisäksi korvataan matkakorvaukset julkisenliikenteen taksan mukaan ja jokaisesta klinikkakäynnistä 23€ vaivanpalkkaa
 - AvaClinikka maksaa 250€ ja lisäksi kulukorvaukset (kilometrien mukaan) sekä päivärahan



Luovuttajan hoitopolku

- Yhteydenotto hoitoja antavaan klinikkaan, annetaan ajat lääkärille ja psykologille
- Hoitaja haastattelee esitiedot
- 1. käynnillä lääkärin tapaaminen, tehdään sisätutkimus ja ultraus, otetaan B-krom, e-pillereiden / hormonien aloitus
- Psykologin haastattelu
- Tulee tieto hyväksytäänkö luovuttajaksi
- Lääkärillä loput verikokeet, Samalla sovitaan hoitoajankohta ja pillereiden lopetus.
- Pistosohjaus vuodon ensimmäisenä päivänä klinikalla
- Ultraäänikäyntejä noin 2-3 pistoshoidon aikana ja samalla luovuttaja tapaa aina hoitajan
- Kun munasolut ovat kypsiä, tehdään keräys eli munasolupunktio vaginan kautta (tav. kierron 13-14 päivänä)
- Jälkitarkastus n. 2 viikon kuluttua. Omat kuukautiset alkavat noin 10 päivän kuluttua keräyksestä.



Komplikaatioita luovuttajalle

- Punktion jälkeen munarakkulat täyttyvät uudelleen kudosteella, mikä voi aiheuttaa kipua ja turvotusta
- Hyperstimulaatiossa rakkulat kasvavat liian suuriksi, vatsaonteloon kertyy nestettä ja nestetasapaino häiriintyy (2/100)
- Punktiossa on pieni infektio- ja verenvuotoriski (1-2/1000)
- Myöhäisiä haittavaikutuksia ei ole

Hedelmöityshoitolaki 1.9.2007

- Lain mukaan hoitoja voidaan antaa avio- ja avopareille, sekä naispareille ja itsellisille naisille
- Luovuttajien on annettava henkilötietonsa TEO:n ylläpitämään luovutusrekisteriin, josta lapsella on oikeus saada luovuttajan henkilötiedot täytettyään 18 vuotta
- Jos mies joka on luovuttanut siittiötä itselliselle naiselle tai naisparille on suostunut siihen, että hänet voidaan vahvistaa syntyneen lapsen isäksi, on myös äidillä oikeus saada tietää luovuttajan henkilöllisyys. Tieto voidaan antaa välittömästi synnytyksen jälkeen.
- Lain mukaan lapsen isä on mies, joka parisuhteessa on antanut suostumuksensa hedelmöityshoidon antamiseen (avo- tai aviomies, ei siittiöiden luovuttaja)
- Sijaissynnytykset kiellettiin

- **Luovutettujen sukusolujen käyttö hedelmöityshoidoissa ja sijaissynnytyksiin tähtäävien hoitojen määrä 1992–2006**

	munasolu siittiö alkio sijaissynnytytys			
1992	58			
1993	97			
1994	173			
1995	188			
1996	220			
1997	264			
1998	340			
1999	403			
2000	425			
2001	588	345	49	5
2002	743	191	80	5
2003	810	233	72	3
2004	820	275	59	2
2005	775	269	78	-
2006	730	288	57	4



Pohdintaa

- Voisitko luovuttaa? Mikä saisi sinut luovuttamaan, mikä estäisi luovuttamasta?
- Vaikuttaisiko uusi laki sinun mielipiteeseesi luovuttamisesta?
- Tulisiko lapselle kertoa alkuperästään?
- Luovuttaisitko munasolun mielummin tuntemallesi henkilölle, esimerkiksi sisarellesi?



■ Lähteet

Ihme, A. 2008. Naisen terveys.

Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy: lapsettomuuden tutkimus. Väestöliitto.

www.avaclinic.com

www.stakes.fi

Tiitinen, A., Suikkari, A-M., Forsman-Behm, K., Simberg, N.
Hedelmöityshoidot. Oy Organon Ab

www.finlex.fi