

Riikka Suhonen ja Laura Suontausta

POTILAIKEN JA HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA
ENDOMETRIOOSISTA JOHTUVASTA LAPSETTOMUUDEN
HOIDOSTA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2012

POTILAIEN JA HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA ENDOMETRIOOSISTA JOHTUVASTA LAPSETTOMUUDEN HOIDOSTA

Suhonen, Riikka
Suontausta, Laura
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kesäkuu 2012
Ohjaaja: Lahti, Meimi
Sivumäärä: 44
Liitteitä: 4

Asiasanat: Endometrioosi, lapsettomuus, hedelmöityshoidot, ohjaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää endometrioosiin sairastuneiden naisten ja hoitohenkilökunnan kokemuksia endometrioosista johtuvasta lapsettomuuden hoidosta. Tavoite oli tuottaa hyödynnettävissä olevaa tietoa endometrioosiin sairastuneiden naisten lapsettomuuden hoidosta endometrioosiin sairastuneille potilaille sekä heitä hoitavalle henkilökunnalle.

Opinnäytetyö tehtiin endometrioosista johtuvasta lapsettomuudesta, koska endometrioosi on yleinen, mutta melko tuntematon sairaus. Endometrioosi aiheuttaa usein lapsettomuutta, mutta aihetta ei ole tutkittu kovin paljon. Opinnäytetyön pohjana oli teoriaosuus, joka laadittiin alan kirjallisuutta ja aikaisempia tutkimuksia apuna käyttäen. Teoriaosuudessa käsiteltiin endometrioosia ja lapsettomuutta sekä niiden hoitomuotoja. Opinnäytetyössä perehdyttiin myös lapsettomuuteen kokemuksena ja lapsettomien parien ohjaukseen sekä tukemiseen.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Endometrioosiyhdistys ry:n ja Satakunnan keskussairaalan naistentautien osaston ja poliklinikan kanssa. Kyselylomake tehtiin potilaille ja hoitohenkilökunnalle, jossa kysimme heidän kokemuksiaan ja tunteitaan endometrioosista johtuvan lapsettomuuden hoidosta. Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Monivalintakysymykset käsiteltiin Tixel -ohjelmalla tilastollisesti ja tuloksia havainnollistettiin kuvioilla ja taulukoilla.

Tulokset kuvasivat monipuolisesti potilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia endometrioosista johtuvasta lapsettomuuden hoidosta. Opinnäytetyön tutkimustuloksista selvisi, että endometrioosista johtuvasta lapsettomuuden hoidossa on paljon hyvää, mutta paljon myös parannettavaa. Tulosten mukaan olisi tärkeää, että hoitohenkilökunnalta riittäisi tarpeeksi ohjausaikaa lapsettomille pareille. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeää jakaa ilot ja surut parin kanssa. Myös henkisen tuen riittävä saanti sekä omiin lapsettomuushoitoihin vaikuttaminen nousivat tärkeiksi asioiksi potilaiden vastauksissa. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia, miten paljon esimerkiksi sosiaaliset suhteet ja työssä jaksaminen kärsivät lapsettomuushoitojen aikana.

Opinnäytetyön nimi eng.

Suhonen, Riikka

Suontausta, Laura

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

June 2012

Supervisor: Lahti, Meimi

Number of pages: 44

Appendices: 4

Keywords: Endometriosis, infertility, fertilisation cares, control

The purpose of this thesis was to survey women who are suffering from endometriosis and medical staff who treat them for their experiences about infertility treatment. Our aim was to produce information about treatment of women suffering from endometriosis and infertility that could help patients suffering from endometriosis and personnel who are taking care of them.

We made our thesis about infertility caused by endometriosis, because it is common but quite unfamiliar disease. Endometriosis often causes infertility, but it hasn't been much examined. Theory part which was drawn up using the literature on the field and earlier studies as help is the basis of this thesis. It contains discussion about endometriosis and childlessness as well as ways to treat those. The thesis also studied infertility as an experience and how couples suffering from infertility are supported and guided.

Thesis was done in cooperation with Finnish Endometriosis association and Satakunta central hospital's gynecological section and dispensary. We made questionnaire to the patients and the medical staff, in which we asked their experiences and their feelings about endometriosis. The thesis is quantitative. Multiple-choice questions were processed with Tixel-program statistically and findings were visualized by indices and tables.

The results that were obtained from the questionnaires described the experiences of the patients and of the nursing staff from many sides for the care of the childlessness caused by the endometriosis. A dissertation on the research results became clear that it is a lot good in the care of the childlessness caused by the endometriosis but also room of improvement. According to the results it would be important that from the nursing staff there would be enough control time for childless pairs. It would be important for the nursing staff to share joys and sorrows with the pair. Also the sufficient supply and affecting of the mental support the own infertility treatments got to be important matters in the patients' answers. The further research would be interesting to study how much for example the social relations and managing in the work suffer during the infertility treatments.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	ENDOMETRIOOSI.....	6
2.1	Endometrioosi sairautena.....	6
2.2	Oireet.....	7
2.3	Diagnoosi.....	9
2.4	Hoito.....	10
3	LAPSETTOMUUS.....	12
3.1	Lapsettomuuden syyt.....	13
3.2	Lapsettomuushoidot.....	15
4	HEDELMÖITYSHOIDOT.....	16
5	LAPSETTOMUUSKRIISI.....	18
5.1	Lapsettomuus kokemuksena.....	18
5.2	Surutyö.....	19
6	HOITOHENKILÖKUNNAN ANTAMA OHJAUS JA TUKE.....	20
6.1	Tuki.....	22
6.2	Vertaistuki.....	23
7	YHTEISTYÖKUMPPANIT.....	23
7.1	Endometrioosiyhdistys ry.....	23
7.2	Satakunnan keskussairaalan naistentautien osasto ja poliklinikka.....	24
8	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET.....	24
9	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	25
10	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	26
10.1	Tutkimusmenetelmä.....	26
10.2	Opinnäytetyön kohderyhmä.....	26
10.3	Aineistonkeruumenetelmä.....	27
11	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	27
11.1	Potilaille suunnatun kyselylomakkeen tulokset.....	27
11.2	Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselylomakkeen tulokset.....	35
12	POHDINTA.....	41
12.1	Luotettavuus.....	41
12.2	Eettisyys.....	41
12.3	Johtopäätökset.....	42
12.4	Jatkotutkimusaiheet.....	44
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Endometrioosiksi kutsutaan tilaa, jolloin kohdun limakalvon kaltaista kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella muissa kehon elimissä tai rakenteissa. Useimmiten endometrioosia esiintyy munasarjoissa, munanjohtimissa, kohdun pinnalla, kohdunkaulassa ja emättimessä. Endometrioosin oireita ovat kipu alavatsassa tai -selässä tai lantiossa, useimmiten kuukautisten aikana. Kivun määrä ei kerro endometrioosin vaikeusasteesta, vaan kivuttomalla naisella voi olla laajalti endometrioosia. (Womenshealthin www-sivut 2012.)

Endometrioosia esiintyy 10–30 % lapsettomuuspotilaista. Endometrioosipotilaan hoito keskittyy kerrallaan joko kipuihin tai lapsettomuuteen, molempia ei voi hoitaa samanaikaisesti. Endometrioosi heikentää hedelmällisyyttä monella tavalla, joita ei kaikkia edes tunneta. (Terveysportin www-sivut 2012.)

Opinnäytetyössä selvitetään endometrioosia sairastavien naisten ja hoitohenkilökunnan kokemuksia ja tunteita endometrioosista johtuvan lapsettomuuden hoidosta. Taustatietojen lisäksi kyselylomakkeissa kysytään tukimuodoista, tuen riittävydestä, puolison huomioimisesta, tiedon saamisesta ja jakamisesta sekä kehittämisideoita lapsettomuuden hoitoon.

Opinnäytetyön aihe pohjautuu Endometrioosiyhdistyksen ilmoitukseen Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankissa. Aiheen valinta tehtiin yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen opinnäytetyövastaavan kanssa. Potilaiden kokemusten rinnalla kysyttiin myös hoitohenkilökunnan näkemyksiä endometrioosista johtuvasta lapsettomuuden hoidosta, joten otimme yhteyttä Satakunnan keskussairaalan naistentautien osastolle ja poliklinikalle.

Kyselylomakkeet toimitetaan Endometrioosiyhdistyksen www-sivuille ja Satakunnan keskussairaalan naistentautien osastolle ja poliklinikalle. Tavoite on tuottaa hyödynnettävissä olevaa tietoa endometrioosiin sairastuneiden naisten lapsettomuuden hoidosta endometrioosiin sairastuneille potilaille sekä heitä hoitavalle henkilökunnalle.

2 ENDOMETRIOOSI

2.1 Endometrioosi sairautena

Endometrioosi on suomenkieliseltä nimeltään kohdun limakalvon sirottumatauti. Endometrioosia sairastaa noin 10 % fertiili-ikäisistä naisista. Lapsettomuuspotilaista 25 % sairastaa endometrioosia. (Terveystieteen www-sivut 2012.) Endometrioosiin sairastunut nainen on tavallisimmin alle 35-vuotias. Tauti on harvinainen teini-ikässä ja paranee yleensä menopausin jälkeen itsestään. (Santala & Kauppila 2001, 97.)

Endometrioosissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta on pesäkkeinä kohtuontelon ulkopuolella, tavallisesti pikkulantion sidekalvossa tai munasarjoissa. Harvoin pesäkkeitä on vatsaontelon ulkopuolella, kuten keskushermostossa tai keuhkoissa. (Setälä, Hurskainen, Kauko, Kujansuu, Tiitinen, Vuorma & Mäkelä 2001, 3.) Pesäkkeiden vuoksi kudokseen aiheutuu krooninen tulehdusreaktio. Pesäkkeet reagoivat syklisesti progesteronin ja estrogeenin eritykseen, niin kuin kohdun limakalvo. Estrogeeniä erittyy munasarjoista sekä itse endometrioosipesäkkeistä. Kuukautisten aikaan pesäkkeet muuttuvat ruskeiksi tai mustiksi, koska niiden sisälle vuotaa verta. (Santala & Kauppila 2001, 96.)

Endometrioosi luokitellaan ulkonäön perusteella. Muutokset voivat olla pinnallisia, rauhasmaisia kohoumia, tummia pigmentoituneita pesäkkeitä, taskumaisia defektejä, kiinnikkeitä sekä arpeutumia. Luetellut muutokset ovat taudin eri vaiheissa tapahtuvia. Taudin aktiivisuutta voidaan määrittellä myös pesäkkeiden syvyyden perusteella. Pinnalliset pesäkkeet ovat alle 1mm:n syvyisiä, ja yli 5mm:n syvyiset pesäkkeet ovat aktiivisempia kuin leesiot, jotka ovat 1-5mm:n syvyisiä. (Hippeläinen 2001, 705.) Muutoksia voi olla munasarjoissa pinnallisena tai sisässä olevina kystamaisina neste-rakkuloina eli endometrioosina. Adenomyoosista puhutaan silloin, kun pesäkkeitä on kohdun lihaseinämän sisällä. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Väyrynen 2006, 571.) Kiinnikemuodostumat munatorvien ja munasarjojen ympärillä sekä vatsaontelon pohjalla viittaavat vaikeampiin endometrioosin muotoihin. Kiinnikkeet voivat jopa muuttaa suuresti pikkulantion anatomiaa. (Setälä ym. 2001, 3) Endometrioosia ei esiinny yleensä menopausin jälkeen, sillä se on riippuvainen estrogeenis-

ta. Endometrioosipotilaalla hoidetaan joko lapsettomuutta tai kipua, samanaikaisesti niitä ei voi hoitaa. (Terveystieteen www-sivut 2012.)

Endometrioosiin sairastumiseen ei tunneta perussyitä, mutta mahdollinen selitys on, että kuukautisten yhteydessä kohdun limakalvoa kulkeutuu munatorvien kautta vatsaonteloon. Kulkeutunut limakalvo kiinnittyy vatsaontelon pintaan ja toimii siinä kohdun limakalvon tapaisesti. Endometrioosipotilailla saattaa olla jollakin tapaa häiriintynyt immuunijärjestelmä, joka edesauttaa endometrioosin puhkeamisen. (Terveystieteen www-sivut 2012.)

Endometrioosin esiintyvyyttä ei tarkalleen tiedetä, sillä luotettava diagnoosi voidaan tehdä vain vatsaontelon avo- tai tähystysleikkauksessa. Endometrioosi on kuitenkin tautina melko yleinen. (Santala & Kauppila 2001, 97.) Endometrioosilla on usein elämänlaatua heikentävä vaikutus, mutta taudinkulku on pääsääntöisesti hyvänlaatuisen. Riski pahanlaatuistumiseen on pieni. Endometrioosipotilaan hoito vaatii moniammatillista osaamista yhdessä leikkaavien gynekologien, lapsettomuutta hoitavien lääkärien sekä usein myös urologien ja gastroenterologien välillä. (Hippeläinen 2001, 710–711.)

2.2 Oireet

Endometrioosia sairastavista yksi neljäsosa on oireeton. Pahenevat kuukautis- ja yhdyntäkivut, alavatsakivut, lapsettomuus, tärinäarkuus jo ennen kuukautisia, ripuli, ulostamiskivut, virtsaamiskipu, selkäkipu, pahoinvointi, hiivatulehdukset ja krooninen väsymys ovat endometrioosin oireita. Taudinkuvaa hämärtää endometrioosin samanaikainen esiintyminen muun gynekologisen sairauden kanssa. Oireet sijaitsevat kutakuinkin siellä, missä endometrioosipesäkkeitä on. (Endometrioosiyhdistyksen www-sivut 2012.)

Jos naisella kivuttomat kuukautiset muuttuvat kivuliaiksi tai lievät kivut voimakkaiksi, on syytä epäillä endometrioosia. Lantion alueen ajoittaista kipua sekä yhdyntäkivua voi olla myös kuukautiskierron ajankohdasta riippumatta. Kipuoireet pahenevat kuukautisten aikana. Kipu on yleensä niin voimakasta, että se hankaloittaa elämää ja

heikentää elämänlaatua. Emättimen ja peräsuolen välissä sekä suoliston seinämässä sijaitsevat syvät pesäkkeet aiheuttavat suolioireita kuukautis- ja yhdyntäkipujen lisäksi. Ummetus, ripuli, ulostusvaikeus sekä verenvuoto ulostamisen yhteydessä ovat suolioireita, joita voi olla kuukautisten aikaan. Endometrioosin tai sen arven aiheuttama suolen tukkeutuminen osittain tai täydellisesti ovat harvinaisia ääritapauksia. (Setälä ym. 2001, 6-7.)

Tiheävirtsaus, virtsaamiskipu sekä verivirtsaisuus viittaavat pesäkkeiden sijaitsevan virtsarakon päällä tai sen seinämässä. Virtsanjohtimen tukkeutuminen johtuu lantionpohjassa sijaitsevista pesäkkeistä. Tukkeutuminen johtaa munuaisaltaan laajentumiseen sekä munuaisten toiminnan häiriintymiseen. Endometrioosi voi olla kivuton, vaikka se olisi laaja-alainen. Kivut voivat kuitenkin olla voimakkaita, vaikka tutkimuksissa löytyisi vain lieviä endometrioosimuutoksia. (Setälä ym. 2001, 6-7.)

Kohdun ympärillä sijaitsevien tukisiteiden sekä lantion pohjan aristus ovat tyypillisiä endometrioosiin viittaavia löydöksiä. Sisätutkimuksessa tunnettavia pesäkkeitä voi olla emättimen ja peräsuolen välissä sekä vatsaontelon pohjalla. Peräsuolen välissä sijaitseva endometrioosi voi kasvaa emättimen seinän läpi ja näkyä sinertävänä pesäkkeenä. Munasarjakystaa epäillään, jos munasarja on suurentunut ja aristava. Kiinnikemuodostumat vaikuttavat kohdun ja munasarjojen liikkuvuuteen. Sisätutkimusta täydentää emättimen kautta tehtävä ultraäänitutkimus. (Setälä ym. 2001, 6-7.)

Kouristuksenomaiset alavatsakivut ja vatsanpeitteiden jännittyminen kovaksi aiheutuu endometriooman spontaanista puhkeamisesta. Puhkeamisen seurauksena vatsaonteloon valunut hemolysoitunut veri sekä solujäte aiheuttavat voimakkaan peritoneaalisen ärsytyksen. Tilanne vaatii välitöntä hoitoa. Munasarjan pinnalla tai sidekalvossa oleva pienikin kysta voi puhjeta. Tämä aiheuttaa verijätteiden aiheuttamaa kudosaärsytystä, alavatsavaivaa sekä kiinnikkeiden muodostumista. Kiinnikkeet ovat yleensä merkki keskivaikeasta tai vaikeasta endometrioosista. 60 %:lla endometrioosipotilaista on kuukautishäiriöitä, kuten tiputtelua, kierron lyhenemistä tai runsaita kuukautisia. Häiriöt aiheuttaa endometrioosista johtuva munasarjahormonien erityshäiriö. (Santala & Kauppila 2001, 101.)

2.3 Diagnoosi

Tyypilliset oireet viittaavat vahvasti endometrioosiin, mutta se voidaan löytää myös oireettomilta naisilta. Naisella voi olla sisätutkimuksessa havaittavaa kohdun takakannattimien nystyrämäisyyttä sekä kipua kuukautisten aikaan, joka viittaa vahvasti endometrioosiin. (Hippeläinen 2001, 706.)

Kaikututkimuksella pystytään parhaiten todentamaan munasarjamuutokset. Paksu seinämä sekä homogeeninen niukkakaikuinen sisältö ovat tyypillistä endometriomalle. Diagnosoidessa endometriosia eri kaikututkimuksien välillä herkkyys ja tarkkuus vaihtelevat 80–95 %. Erotusdiagnostisena ongelmana tulevat erilaiset munasarjan kasvaimet sekä hemorragiset kystat, jolloin dopplertutkimuksesta voi olla hyötyä. Vaikeaan taudinkuvaan viittaa munasarjamuutokset. (Hippeläinen 2001, 706.)

Endometrioosin diagnosoimisessa sekä hoidossa yleisin toimenpide on laparoskopia eli vatsaontelon tähystys. Nukutuksessa tehtävä laparoskopia tehdään leikkausolosuhteissa. Toimenpiteessä vatsaonteloon viedään kamera sekä leikkausinstrumentit kahdesta neljään noin puolen senttimetrin mittaisten viiltojen kautta. Tutkimuskasulla laajennetaan vatsaonteloa, jotta näkyvyys saadaan mahdollisimman hyväksi. Endometrioosiepäily voidaan varmistaa tähystyksen aikana, sekä pesäkkeitä voidaan poistaa. Toimenpide voidaan tehdä päiväkirurgisesti, jonka jälkeen sairaaloma saa muutamasta päivästä viikkoon. (Endometrioosiyhdistyksen www-sivut 2012.)

Laparotomia on laajempi toimenpide kuin laparoskopia. Laparotomiassa vatsanpeite avataan pysty- tai vaakaviillolla. Avoleikkauksesta toipuminen vie pidemmän aikaa, jolloin sairaaloma saa yleensä neljä viikkoa. (Endometrioosiyhdistyksen www-sivut 2012.)

Ultraäänitutkimuksessa pystytään erottamaan endometriomat muista munasarjojen muutoksista. Pesäkkeet voidaan löytää myös magneettikuvauksessa. Peräsuolen kautta tehtävällä ultraäänitutkimuksella voidaan todeta rektovaginaalinen endometrioosi. Tähystystutkimuksia sekä varjoainekuvauksia voidaan käyttää virtsateiden sekä suo-

liston endometrioosin diagnosoimisessa. (Endometrioosiyhdistyksen www-sivut 2012)

Kansainvälistä pisteytysjärjestelmää pyritään käyttämään endometrioosin kliinisen vaikeusasteen määrittämisessä. Pisteet määräytyvät kummankin munasarjan ja muna-johtimen kiinnikkeistä sekä muutoksista erikseen. Pisteet lasketaan yhteen ja niiden perusteella endometrioosi luokitellaan minimaaliseksi, lieväksi, kohtalaiseksi tai vaikeaksi. (Hippeläinen 2001, 706.)

2.4 Hoito

Endometrioosiin ei ole vielä toistaiseksi löydetty parantavaa lääkitystä. Oireet, löydökset, perhetilanne ja ikä vaikuttavat hoidon valintaan. Jos endometrioosi todetaan lähellä menopaussia ja se on vähäoireinen, oireita lievittävä hoito sekä seuranta riittävät. Kirurgiseen hoitoon harvemmin on tällöin tarvetta, sillä muutokset korjautuvat itsestään. (Santala & Kauppila 2001, 103.)

Estrogeenin stimuloivaa vaikutusta endometriosikudokseen pyritään estämään lääkehoidolla. Endometriosimuutokset pyritään poistamaan kirurgisella hoidolla, jolloin tavoitteena on palauttaa normaalit anatomiset olosuhteet. Tautiin liittyvä kivun hoito on moninaista, mutta prostaglandiinien eritystä estävät lääkkeet ovat todettu hyväiksi. Hoitoratkaisuihin vaikuttaa se, onko potilaalla toive tulla vielä raskaaksi. (Hippeläinen 2001, 707–710.)

Endometrioosin jatkuvaan *lääkehoitoon* käytetään keltarauhashormonihoitoa, ehkäisytabletteja, danatsolia sekä gonadotropiinin vapauttajahormonin analogeja. Lääkkeet vaikuttavat lähinnä endometrioosin aiheuttamaan kipuun. Lääkehoito ei paranna hedelmällisyyttä, vaan viivästyttää raskaaksi tuleamista. Oireiden ollessa lieviä sekä kun kyseessä on lähinnä epäily endometrioosista, voidaan aloittaa yhdistelmäpilleri tai prostaglandiinien estäjälääkitys. Näiden lääkkeiden vaikutus saattaa olla jarruttava tekijä endometrioosin kulkuun. Oireiden kehittymistä seurataan jatkuvasti, jolloin tarve laparoskopiaan huomataan. (Hippeläinen 2001, 707–710.)

Estrogeeni sekä progesteroni saavat yhtä aikaa annettuna aikaan kohdussa niin sanottu desiduaalireaktion, jolloin kohdun limakalvo ohenee sekä vuodot niukkenevat. Ehkäisy pillereitä käytetään myös jatkuvasti 3-6 kuukauden jaksoissa, tällöin vuodot tulevat ainoastaan 2-4 kertaa vuodessa. Välivuotoja saattaa kuitenkin tulla, mikä hankaloittaa käyttöä. Eniten endometrioosin hoidossa käytettyjä synteettisiä kelta-ruuhashormoneita ovat medroksiprogesteroniasetaatti sekä lynestrenoli. Kelta-ruuhashormoni jatkuvasti käytettynä saa aikaan terapeuttisen amenorrean, jolloin kipua yleensä häviää. (Hippeläinen 2001, 707–710.)

Halpa lääkehoitomuoto on progesteronihoito, mutta potilaille aiheutuvat haittavaikutukset ovat monesti este käytölle. Haittavaikutuksia voivat olla läpäisyvuodot, akne, turvotus, sukupuolinen haluttomuus, painon nousu sekä jopa depressiivisyys. Suuret annokset saavat aikaan ovulaation estymisen, jolloin potilailla voi ilmetä hypoestrogeniaa. Danatsoli vaikuttaa keskisyklin FSH- ja LH- huippuihin estämällä ne, jolloin steroidimuodostus munasarjassa häiriintyy. Kun kohdun limakalvon kasvu estyy, seurauksena on amenorrea. Danatsolin käyttö on kallista ja se aiheuttaa haittavaikutuksia, mitkä ovat aiheuttaneet lääkkeen käytön vähenemisen. (Hippeläinen 2001, 707–710.)

Vaihdevuotia muistuttava hypoestrogeninen tilanne saadaan aikaan GnRH-agonisteilla. Endometrioosin hoidossa on kätevä antaa agonisteja ihon alle pitkävaikutteisina valmisteina. Agonistit ovat tehokkaita kivun vähentäjiä. Ne ovat kuitenkin kalliita, ja luukatoa sekä hypoestrogenismia aiheuttavia. Lääkettä ei suositella käytettäväksi vuotta pitempään. (Hippeläinen 2001, 707–710.)

Leikkaushoito on yksi endometrioosin hoitomuodoista. Endometrioosin hyväksi hoitomuodoksi on havaittu laparoskooppinen kirurgia. Laparoskopiasa hyvä näkyvyys vatsaontelon elimiin, lyhyt sairaalassaoloaika sekä yleensä nopea toipuminen ovat puoltavia asioita. Toimenpide rajoittuu kiinnikkeiden irrotteluun sekä endometrioosimuutosten poistoon. Tämä on hyvä hoitomuoto etenkin, jos toiveena on vielä tulla raskaaksi. Endometrioomat, jotka kasvavat sekä oireilevat, suositellaan ennemmin laparoskooppisesti poistettavaksi kuin tyhjennettäväksi. Potilaat, joilta on leikattu kysta laparoskooppisesti, pysyvät kauemmin kivuttomina, sekä ovat hedelmällisempiä kuin potilaat, joilta kystat tyhjennetään. Kystan koko ja tyhjennys lisäävät uusiutumiseriskiä. Uusintaleikkauksia joudutaan tekemään useammin, jos kystan sei-

nämä vain avataan, eikä poisteta. Toimenpiteet voivat tuhota munasarjakudosta ja heikentää hedelmällisyyttä, jos ne ovat hyvin radikaaleja sekä uusiutuvia. (Hippeläinen 2001, 707–710.)

Laparotomiaa suositellaan, jos potilaalla on syvät emätinmuutokset, kookas endometriooma, hankalia kiinnikkeitä tai endometrioomat sijaitsevat virtsateissä tai suolistossa. Jos endometrioomat uusiutuvat usein tai ne reagoivat huonosti lääkehoitoon, ratkaisuksi jää kohdun ja munasarjojen poisto. Radikaalileikkauksen jälkeen uusiutumisen riski on pieni, eikä hormonikorvaushoidon aloitukselle ole estettä. (Hippeläinen 2001, 707–710.)

3 LAPSETTOMUUS

Tahattomalla lapsettomuudella eli infertiliteetillä tarkoitetaan sitä, että raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa säännöllisestä sukupuolielämästä huolimatta. Lapsettomuus on ensisijaista eli primaarista, kun naisella ei ole aiempia raskauksia ja toissijaista eli sekundaaria, kun naisella on aiempia raskauksia. Nämä raskaudet ovat voineet olla myös keskenmenoja tai kohdunulkoisia raskauksia. (Eskola & Hytönen 2002, 310.) Pysyvää hedelmättömyyttä kutsutaan steriliteetiksi ja heikentynyttä lisääntymiskykyä subfertiliteetiksi (Tiitinen & Hovatta 2001, 169). Lapsettomuus on harvoin ehdotonta, sillä luonnollisesti raskaaksi tuleminen mahdollisuus on melkein aina olemassa (Hartikainen ym. 1994, 309).

Yleisesti arvioidaan, että 15 % kaikista pareista on jossakin elämänsä vaiheessa kärsinyt lapsettomuudesta. Lapsettomuuden tiedetään lisääntyvän iän myötä. 20–25-vuotiailla lapsettomuutta esiintyy vain 6 %:lla, 30–35-vuotiailla 16 %:lla ja 40–45-vuotiailla 40 %:lla. Kolmen vuoden raskauden yrittämisen jälkeen vain noin 5 % on lapsettomia. (Tiitinen & Hovatta 2001, 169.) Tahaton lapsettomuus on lisääntynyt viime aikoina. Syyksi arvellaan lasten saannin siirtymistä myöhemmälle iälle, jolloin kaikki tekijät, kuten ikä, tulehdukset, sairaudet, leikkaukset ja endometriooosi ovat ehtineet vaikuttaa pidempään. Myös miesten sperman laadun heikkeneminen on

mahdollinen syy yleistyneeseen lapsettomuuteen. (Eskola & Hytönen 2002, 310; Hartikainen ym. 1994, 308.)

Lapsettomuus on aina parin yhteinen ongelma. Noin kolmannes lapsettomuuden syistä johtuu naisesta, kolmannes miehestä ja kolmannes molemmista. Lapsettomuuden ehkäisyssä tärkeää on sukupuolitautilien ehkäisy, niiden tehokas hoito ja ehkäisyvalistus. Lapsettomuuden yleisimmät syyt ovat munarakkulan kypsyshäiriöt, munanjohdinvauriot ja erilaiset siittiötuotannon häiriöt. Nykyisin vain noin 10 % jää niin sanotuksi selittämättömäksi lapsettomuudeksi, joka tarkoittaa sitä, ettei tutkimuksissa löydetä lapsettomuuden syytä. (Tiitinen & Hovatta 2001, 169, 173.) Parien on tärkeää tulla yhdessä hoitoon, näin taataan paras mahdollinen hoito (Eskola, Hytönen & Komulainen 1993, 203). Ensimmäisellä käynnillä luodaan käsitys kokonaistilanteesta, keskustellaan parisuhteesta ja parin odotuksista ja toiveista. Toisille riittävät perustutkimukset, kun taas toiset haluavat käydä läpi kaikki mahdolliset vaihtoehdot. (Hartikainen ym. 1994, 309.) Alkuvaiheen tutkimukset voidaan tehdä terveyskeskuksessa tai gynekologilla, mutta yleensä hoito jatkuu lapsettomuuden hoitoon keskittyneissä yksiköissä (Oinonen 1998, 13). Lapsettomuuden hoito on osa terveyspalveluja, joten kaikilla lapsettomuudesta kärsivillä pareilla on oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon (Hovatta & Niemi 1986, 19).

3.1 Lapsettomuuden syyt

Endometrioosia on joka viidennellä tahattomasti lapsettomalla naisella. Yhteys endometrioosin ja lapsettomuuden välillä on selvä vaikeissa tapauksissa. Vaikeassa taudinkuvassa munasarjojen toimintaa häiritsee munasarjaendometrioosi. Kiinnikkeiden välityksellä endometrioosi aiheuttaa munajohtimien toimintahäiriöitä. Lievässä endometrioosissa esiintyy myös lapsettomuutta, mutta mekanismi ei ole selvä. Lievässä endometrioosissa munajohtimien kulku on vapaa ja anatomia normaali. Endometrioosista johtuvaa lapsettomuutta on tutkittu ja monia eri teorioita on mainittu useassa lähteessä, mutta niistä ei ole kuitenkaan näyttöä. (Eskola & Hytönen 2002, 312; Hippeläinen 2001, 710.)

Jos potilaalle ilmenee hankalia endometrioosin oireita sekä selviä löydöksiä munasarjoista, on laparoskopia hyvä vaihtoehto. Endometrioosipesäkkeiden poisto, kiinnikkeiden vapauttaminen sekä munasarjakystojen poisto laparoskoopilla edistää raskaaksi tulemista. Laparoskoopin kautta hävitetään yleensä pienetkin pesäkkeet nopeasti, sillä ajan kuluessa tilanne saattaa vaikeutua. Laparoskopia ei kuitenkaan ole tarpeellinen oireettomalle tai lieväoireiselle potilaalle, jolla on lapsettomuutta. Mikäli miehen siemenneste on hyvää ja naisella on avoimet munanjohtimet, voidaan ovulaatiota tukea ja antaa keinosiemennyshoitoa. Koeputkihedelmöitykseen on syytä siirtyä suoraan, kun lantion kiinnikkeet ja endometrioomat uusiutuvat, sekä kun potilaan oireet ovat pahoja. (Eskola & Hytönen 2002, 312; Hippeläinen 2001, 710.)

Yleensä endometrioosista johtuvaa lapsettomuutta hoidetaan kuten lapsettomuutta yleensä. Hoitomuotoja ovat muun muassa superovulaatio-inseminaatiohoidot, munasolun irtoamista edistävä lääkehoito ja koeputkihedelmöitys. Koeputkihedelmöitys on endometrioosista johtuvassa lapsettomuudessa tehokkain hoitomuoto. Pelkkä lääkehoito endometrioosissa ei auta raskauden alkamisessa vaan yleensä se vaatii rakenteellisten muutosten poistamista. (Eskola & Hytönen 2002, 312; Hippeläinen 2001, 710.)

Endometrioosin heikentävä vaikutus hedelmällisyyteen johtaa harvoin steriliteettiin. Niinpä lapsettomuustutkimuksissa oleville endometrioosipotilaille spontaani raskaus on melko tavallisia. Hedelmällisyys ei aina edes heikkene endometrioosipotilailla. (Santala & Kauppila 2001, 102.)

Munasolun irtoamishäiriöitä ilmenee noin joka kolmannella lapsettomuudesta kärsivällä naisella. Epäsäännölliset tai puuttuvat kuukautiset voivat olla oire, mutta kuukautiskierto voi olla myös normaali. Syynä irtoamishäiriöön on usein aivolisäkehormonien vajaeritys aivolisäkkeestä. Vajaeritys voi olla yksilöllinen ominaisuus, tai johtua laihdutuksesta, ali- tai ylipainoisuudesta tai stressistä. (Eskola & Hytönen 2002, 311.) Myös krooniset sairaudet voivat aiheuttaa munasolun irtoamishäiriöitä, ellei sairaus ole hyvässä hoitotasapainossa (Tiitinen & Hovatta 2001, 170).

Munanjohdinvaurio selittää lapsettomuuden 15 %:lla naisista. Munanjohdinvaurioita aiheuttavat tulehdukset, kohdunulkoiset raskaudet, endometrioosi ja sterilisaation jälkitila. Diagnoosi tapahtuu laparoskopian tai hysterosalpingografian avulla. Mik-

rokirurgiset avoleikkaukset munanjohdinvaurioiden korjausleikkauksina ovat vähentyneet ja laparoskooppinen mikrokirurgia on yleistynyt. Vaikeissa tapauksissa hoitona käytetään keinohedelmöitystä. (Eskola & Hytönen 2002, 312.)

Edellä mainittujen lisäksi on paljon *muita syitä lapsettomuuteen*. Kohdunkaulan liman huono koostumus voi johtua tulehduksesta, siittiövasta-aineista tai rakenneviasta. (Eskola & Hytönen 2002, 312.) Kohdunkaulan muutokset voivat vaikuttaa epäedullisesti siittiöiden pääsemiseen kohtuonteloon ja munanjohtimiin (Tiitinen & Hovatta 2001, 171). Lapsettomuuden syyksi voi paljastua myös kohdun rakenneviat, myoomat, polyypit ja kiinnikkeet. Kohtuperäiset tekijät hoidetaan hysteroskopiolla. Isot myoomat hoidetaan leikkauksella, kun taas pienet leikataan vain, jos ne suuntautuvat kohtuonteloon ja näin estävät raskauden. Myös seksuaalielämän vaikeudet voivat olla lapsettomuuden syynä. Esimerkiksi naisen emätinkouristus voi estää yhdynnän ja näin hedelmöittymisen. Parisuhdeongelmat vaikuttavat tietenkin myös yhdynnän määrään, tähän ratkaisu voi löytyä parisuhdeterapiasta. (Eskola & Hytönen 2002, 312–313.)

Miehestä johtuva lapsettomuus on usein diagnosoitavissa sperma-analyysin avulla. Heikentyneen sperman laadun tavallisin syy on kiveslaskimon suonikohjut. Lisäksi sukupuolielinten tulehdukset heikentävät sperman laatua. Hormonihäiriöt miehellä ovat harvinaisia ja lääkehoidolla korjattavissa. Myös esimerkiksi piilokiveksisyys, siittiövasta-aineet, tukokset lisäkiveksissä ja siemenjohtimissa, synnynnäiset kehityshäiriöt, siemensyöksyn häiriöt, impotenssi, lääkkeet ja epäterveelliset elämäntavat aiheuttavat miehelle hedelmättömyyttä. (Eskola & Hytönen 2002, 313–314.)

3.2 Lapsettomuushoidot

Leikkaushoito lapsettomalle potilaalle tehdään yleensä laparoskopiateitse. Laparoskopiasa ruiskutetaan väriainetta kohdun kaulakanavan kautta ja seurataan väriaineen kulkeutumista munanjohtimien kautta vatsaonteloon. Laparoskooppisesti voidaan esimerkiksi avata munanjohtimen tukos ja poistaa myoomia. Laparoskooppisen hoidon on todettu edesauttavan raskauden alkamista, kun potilaalla on lievä tai kohdalainen endometrioosi. Laajalle levinnyttä endometrioosia on tarpeellista hoitaa jo

kipujenkin takia. Lievässä endometrioosissa raskauden mahdollisuus on jopa 70–80 %, laajassa puolestaan vain 30 %. Tulosta parannetaan hedelmöityshoidoilla, joilla saavutetaankin parempia tuloksia vaikeassa endometrioosissa leikkauksiin verrattuna. Isot endometrioosimyoomat eli kohdun lihaskyhmät kannattaa kuitenkin poistaa ennen hedelmöityshoitoja. (Tiitinen & Hovatta 2001, 175, 178.)

Ovulaatiohäiriöiden hoito on tärkeä lapsettomuuden hoitomuoto. Hedelmällisyyslääkkeiden käyttöön otossa on tärkeää oikea diagnoosi. Ensisijainen tauti on hoidettava asianmukaisesti. Seuranta on tärkeää kierron ovulatorisuuden varmistamiseksi. Jos ovulaatiohäiriön syynä on ali- tai ylipainoisuus, paino täytyy yrittää normalisoida ennen lääkehoidon aloittamista. (Tiitinen & Hovatta 2001, 178.)

Miehen lapsettomuuden hoito on vaikeampaa kuin naisten. Sperman laatuun kohdistuvia hoitoja ei juuri ole. Hormonihoidoista ja vitamiinihoidoista ei tutkimusten mukaan ole apua miehillä. Sterilisaation purku tuo siittiöitä siemennesteeseen yli puolella miehistä. Mikäli syy löytyy vasta-aineista, hoitoina käytetään inseminaatiota, koeputkihedelmöitystä ja siittiön mikroinjektiota. Siemensyöksyn puuttumista autetaan lääkityksellä tai sähkösimulaatiolla. (Tiitinen & Hovatta 2001, 179–180.)

4 HEDELMÖITYSHOIDOT

Keinosiemennys eli inseminaatio tarkoittaa sperman saattamista naisen elimistöön ilman yhdyntää. Keinosiemennys on hyvä hoitomuoto esimerkiksi silloin, kun lapsettomuuden syy on impotenssissa tai puuttuvassa siemensyöksyssä. Näissä tapauksissa siemensyöksy voidaan ehkä tuottaa itsetyydytyksellä. Ensin voidaan yrittää koti-inseminaatiota, jossa pari itse ruiskuttaa sperman emättimeen. Jos raskautta ei saada näin aikaan tai ongelma on sperman heikko laatu, parempia tuloksia saadaan aikaan kohdunsisäisellä keinosiemenennyksellä. (Eskola & Hytönen 2002, 314–315.)

Kohdunsisäinen keinosiemennys tarkoittaa siittiöiden viemistä kohdunkaulan liman läpi suoraan kohtuonteloon, josta ne menevät ruiskutetun nesteen mukana munanjoh-

timiin. Keinosiemennyksessä käytetään usein pestyjä eli siemenplasmasta erotettuja siittiöitä, koska pesu parantaa niiden liikkuvuutta. Keinosiemennys ajoitetaan munasolun irtoamispäivään lutropiinin huippueritystä mittaavan kotitestin tai ultraääni-tutkimuksen avulla. Usein aloitetaan myös munasolun irtoamista edistävä lääke tai superovulaatiohoito. Yhdistetty munasolun irtoamishoito ja keinosiemennys ovat hyviä hoitoja myös selittämättömässä lapsettomuudessa ja endometrioosissa. (Eskola & Hytönen 2002, 315.)

Koeputkihedelmöitys eli IVF (=in vitro – fertilisatio) toimii hoitona esimerkiksi munanjohdinvaurioissa sekä miehestä johtuvassa, endometrioosin aiheuttamassa ja selittämättömässä lapsettomuudessa. Superovulaatiohoidolla, istukkagonadotropiinin avulla, kypsytetään monia munarakkuloita, jotka normaalisti surkastuisivat pois. Kypsistä rakkuloista munasolut imetään munarakkulanesteen mukana pois. Sitten munasolut hedelmöitetään siittiöillä. 1-2 alkiota siirretään kohtuun ja loput pakastetaan. Koeputkihedelmöitys voidaan tehdä myös lahjoitetuilla munasoluilla. (Eskola & Hytönen 2002, 315.)

Siittiön mikroinjektio munasoluun on tärkeä miehestä johtuvan lapsettomuuden hoitomuoto. Menetelmässä munasoluun ruiskutetaan yksi siittiö ohuella lasineulalla. Mikroinjektio toimii hyvin, kun siittiöitä on vähän tai ne liikkuvat huonosti, siittiön tulee vain olla elossa. (Tiitinen & Hovatta 2001, 183.)

Hoitojen tuloksiin vaikuttavat naisen ikä ja hoidon aihe. Kaikista oikeanlaista hoitoa saaneista lapsettomuuspotilaista noin 80 % saa lapsen. Lapsettomuushoitojen ei ole todettu lisäävän epämuodostumien riskiä, mutta monisikiöisyydestä johtuva ennenaikaisuus on uhkaava tekijä. Keskenmenojen osuus näyttää olevan joissakin hoidoissa suurempi. Lapsettomuushoidoista alkaneita lapsia ja syntyneitä lapsia seurataan tarkasti, mutta pitkällä aikavälillä kehityseroja ei ole löytynyt. (Tiitinen & Hovatta 2001, 184–185.)

5 LAPSETTOMUUSKRIISI

5.1 Lapsettomuus kokemuksena

Lapsettomuus on edelleen yleisyydestään huolimatta vaiettu asia. Lapsettomuudesta ei puhuta sukulaisten kesken kahvipöydässä eikä kadulla naapurien kanssa. Väestöliiton tutkimuksen mukaan noin 5 % naisista ja 3 % miehistä oli kertonut lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista avoimesti kaikille. Valitettavan usein lapsettomuus myös mielletään naisen syyksi, vaikka syy voi olla myös miehessä tai molemmissa. Tämän takia naisilla on miestä useammin häpeän ja riittämättömyyden tunteita. Nainen voi kokea olevansa epäonnistunut naisena ja puolisona. (Salzer 1994, 11, 21; Miettinen 2011, 41.)

Hedelmättömyys tulee yleensä parille yllätyksenä. Lapsen saantia pidetään itsestään selvyytenä, eikä kovinkaan moni osaa ennalta pelätä lapsettomuutta. Ennalta aavistamaton uutinen aiheuttaa aina kriisin, sekä yksilöllisesti että parisuhteessa. Lukemattomat lääkärikäynnit, kipeät leikkaukset ja sadat lääkkeet vaikuttavat pariskunnan elämään ja yhteiseloön. (Salzer 1994, 29–31.) Usein naisilla on kiihkeämpi tarve saada lapsi, jolloin vaatimukset itseään ja miestä kohtaan kasvavat liiallisiksi (Cullberg 1991, 126).

Eräs nainen kuvailee lapsettomuutta näin: ”Hedelmättömyys on isku omanarvontunolleni, se rikkoo yksityisyyttäni, tekee väkivaltaa seksuaalisuudelleni, koettelee selviytymiskykyäni, loukkaa oikeudentuntoani ja muistuttaa kipeästi siitä, ettei mitään voi pitää itsestäänselvyytenä. Ennen kaikkea se on haava – ruumiilleni, mielelleni, sielulleni. Kipu on hellittämätön.” (Salzer 1994, 33.)

Lapsettomuus synnyttää vahvoja vihan tunteita. Ihminen voi olla vihainen itselleen, puolisolleen, syntymättömälle lapselle, hoitohenkilökunnalle, lapsen saaneille ja Jumalalle. Lapsettomuudesta kärsivä tuntee myös usein syyllisyyttä. Olenko minä itse aiheuttanut tämän kaiken? Olenko tehnyt jotakin väärin? Johtuuko tämä siitä nuoruuden sukupuolitaudista? Lapsettomista voi tuntua, että hedelmättömyys on rangaistus jostakin menneisyydessä tapahtuneesta asiasta. Suurin kysymys on: ”Miksi juuri minä?” (Salzer 1994, 42–50.)

Eristäytyminen ja masennus ovat usein seurausta hedelmättömyyden toteamisesta. Monet alkavat piileksiä muilta ihmisiltä ja häpeävät itseään. Lapseton ei välttämättä halua nähdä lapsia, äitejä ja isiä onnellisina perheensä kanssa. Lapsettomuudesta kärsivät välttelevät usein ystäväpariskuntia ja sukulaisia, joilla on lapsia. Tällainen käyttäytyminen johtaa puolestaan yksinäisyyteen. Yksinäisyys, toivottomuus ja itkuisuus johtavat usein masennukseen. (Salzer 1994, 50–54.)

Lapsettomilta pariskunnilta katoaa seksistä usein hauskuus ja ilo, koska seksi muuttuu stressaavaksi perheenisäystarkoituksessa harjoitettavaksi toiminnaksi. Tutkimukset ja hoidot ovat niin fyysisesti kuin henkisestikin raskaita, eikä asiaa auta yhdyntöjen ajoitus ovulaation mukaan. On uuvuttavaa kokea pettymys kuukausi toisen jälkeen, joten onkin hyvä puhua ongelmista aina hoitojen yhteydessä. (Hartikainen ym. 1994, 302–303.)

5.2 Surutyö

Lapsettomuutta ei ole helppo hyväksyä. Pariskunnan on tehtävä tietynlaista surutyötä luopuessaan haaveestaan. Lapsi on elänyt mielikuvissa, mutta ei ole saanut syntyä. Surutyön vaiheet voivat monin osin muistuttaa läheisen kuoleman tai vaikean sairauden aiheuttamaa surua. (Eskola & Hytönen 2002, 316.)

Surutyön ensimmäinen vaihe on asian kieltäminen. Seuraavaksi tulee syyllisyyden ja häpeän tunteet, sekä tiedon etsiminen alkaa. Tässä vaiheessa esiintyy usein hoitohenkilökunnan syyttelyä, vaikka kyse on omasta pahasta olostä. Tämäkin on nähtävä osana surutyötä ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan ymmärrystä. Lapsetonta tulee kuunnella ja rohkaista edelleen kanssakäymiseen ihmisten kanssa, joilla on lapsia. (Eskola & Hytönen 2002, 316–317.)

Pahimmat tunteet menevät hiljalleen ohi ja elämä alkaa tuntua elämisen arvoiselta ilman lastakin. Toiset lapsettomat saavat lopulta biologisia lapsia, mutta on myös hyvä nähdä vaihtoehdot, esimerkiksi adoptio. Joskus on hyväksyttävä tosiasia, etteivät lapset tule kuulumaan omaan elämään. Varsinkin tässä tapauksessa hoitohenkilökunnan

tuki on korvaamatonta. (Eskola & Hytönen 2002, 317.) Ihminen voi tuntea itsensä tarpeelliseksi monissa muissakin asioissa, lapsettomuus mahdollistaa esimerkiksi täysipainoisen panostuksen työelämään ja urakehitykseen (Hartikainen ym. 1994, 317).

6 HOITOHENKILÖKUNNAN ANTAMA OHJAUS JA TUKI

Potilaan hoidossa ohjaus on keskeisessä osassa hoitohenkilökunnan ammatillista toimintaa. Se on myös tärkeä osa hoitoa. Jokaisen hoitajan tehtävä on antaa potilaalle ohjausta, sillä hän on pääsääntöisesti vastuussa siitä. Erilaisissa ohjaustilanteissa, osana muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä, toteutetaan suunnitelmallista ohjausta. Ohjauksen tarkoitus on antaa hyödyllistä tietoa potilaille, tukea voimavarojen etsimisessä ja kannustaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Ohjaus on asiakkaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista, sekä tavoitteellista ongelmanratkaisua. Ohjaus on tärkeässä roolissa potilaan kannustamisessa, jotta hän saavuttaisi asetetut tavoitteet mahdollisimman hyvin. Ohjaustilanteen onnistuminen vaikuttaa potilaan ja hänen omaistensa terveyteen. Ohjauksella on terveyttä edistävä vaikutus. Nykyään hoitoajat ovat lyhyitä, mikä luo lisähaastetta ohjauksen onnistumiselle. Hoitajan on tunnistettava ja tiedostettava ohjauksen tarve sekä mistä ohjaus koostuu. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5, 11–12; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7.)

Ohjaaminen tulee tapahtua yhteisymmärryksessä ja yhteistyössä potilaan kanssa. Ohjaus auttaa potilasta käyttämään piileviä voimavarojaan sekä auttaa näkemään mahdollisuuksien maailman omassa elämäntilanteessa. Tyypillistä aikuiselle on liittää uusi tieto entiseen ja muokata sekä yhdistää tietoa. Ohjaamisen onnistuminen vaatii potilaan motivaation ja kiinnostuksen ohjattavaan asiaan. Jotta tarvittava motivaatio syntyisi, tavoitteiden tulee olla selkeitä ja potilaan tulee olla sopivassa tunnetilassa. Potilaan onnistumisodotukset vaikuttavat myös suuresti motivaation syntyyn. (Kassari, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 32.)

Ohjaustilanteen onnistumiseen vaaditaan myös hoitajan motivaatio ja oikeanlainen asennoituminen. Tiedon puute vaihtoehtoista vaikeuttaa potilaita tekemään päätöksiä ja ratkaisuja. Tärkeää ohjaustilanteessa olisi hoitajan aloitteellisuus sekä herkkyyys ohjeiden ja tiedon antamisessa. (Kassari ym. 2005, 32, 37.)

Ihmiset oppivat uutta eri tavoilla, joten ohjaamisessa onkin tärkeää rohkaista potilasta käyttämään hänelle soveliaista tapaa. Ihminen huomaa oman tiedon ja taidon suhteellisen rajallisuuden kun hänen elämässään tulee vastoinkäymisiä. Nainen kokee uuden todellisuuden, joka herättää monia tunteita ja kysymyksiä. Hoitajan tulee osata arvioida, koska potilas on valmis ottamaan vastaan uutta tietoa. Potilaalta on hyvä kysyä ennen ohjausta, mitä hän jo tietää ennestään, sillä tällöin hoitaja toimii enemmän tukijana ja ohjaajana kuin tiedon jakajana. (Kassari ym. 2005, 41–42.)

Olellaisia piirteitä ohjauksessa on vuorovaikutus, tavoitteellinen toiminta sekä potilaan ja hoitajan taustatekijät. Taustatekijät ovat ohjauksen lähtökohdat. Taustatekijöitä ovat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Fyysisiä taustatekijöitä ovat mm. sukupuoli, ikä, terveydentila ja sairauden tyyppi. Terveysuskomukset, käsitys omasta terveydentilasta, mieltymykset, kokemukset, tarpeet, odotukset, motivaatio sekä oppimistavat ja -valmiudet ovat psyykkisiä taustatekijöitä. Merkittäviä sosiaalisia taustatekijöitä ovat kulttuuriperusta, sosiaaliset tekijät, uskonto sekä eettiset tekijät. Potilaan taustatekijöiden tunteminen on välttämätöntä, sillä jos niitä ei huomioida, potilaita ohjattaisiin aina samalla tavalla. Tällöin ei kunnioiteta yksilöllisyyttä tai itsemääräämisoikeutta. Myös hoitajan tulee ymmärtää tapansa ajatella ja toimia, omat tunteensa, omat ihmiskäsityksensä ja arvonsa. Kun hoitaja on tiedostanut omat taustatekijänsä, hän kykenee toimimaan asiakkaan tilannetta selkeyttävällä tavalla. (Kyn-gäs ym. 2007, 26–35.)

Hoitaja on ohjauksen ja potilas oman elämänsä asiantuntija. Ohjaus perustuu asioihin, jotka asiakas nostaa esille, ja jotka ovat hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen sekä sairaudelleen tärkeitä asioita. Tarve ohjaukseen voi liittyä potilaan elämäntahtoongelmiin, elämäntilanteen eri vaiheisiin, terveysongelmiin tai elämäntilanteen muutosvaiheisiin. Hoitajan tehtävä on arvioida ja tunnistaa yhdessä potilaan kanssa ohjaustarpeet. Ohjauksessa on tärkeää selvittää potilaan tilanne, sekä mahdollisuus sitoutua omaa terveyttä tukevaan toimintaan. Tämä mahdollistaa potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen. (Kyn-gäs ym. 2007, 26–35.)

Ohjaus on onnistunut kun potilas saa tilanteensa kannalta sopivaa ja tarpeellista tietoa ja tukea. Potilaan tulee tuntea ohjauksen jälkeen, että hän ymmärtää paremmin omaa tilannettaan ja itseään. Kun potilas saa riittävästi tietoa, hän pystyy itsenäisesti arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi. (Kyngäs ym. 2007, 42, 47.)

6.1 Tuki

Ohjaukseen sisältyy tiiviisti sosiaalisen tuen antaminen. Sosiaalisen tuen muotoja ovat emotionaalinen, tiedollinen, käytännöllinen ja tulkinnallinen tuki. Emotionaalista tukea on myönteisten tunteiden osoittaminen, kuten pitäminen, arvostaminen ja välittäminen. Taloudellinen apu ja erilaisten potilaan tarvitsemien palveluiden tarjoaminen on käytännön tukea. Tiedollinen tuki on tärkeää, jotta potilas saa kaiken tarpeellisen tiedon. Tulkinnallisessa tuessa hoitaja auttaa potilasta ymmärtämään ja arvioimaan itseään, omaa tilannettaan ja muita ihmisiä. Henkisen tuen antaminen on erityisen tärkeää, sillä se pitää sisällään rinnalla kulkemisen, kuuntelemisen, potilaasta välittämisen sekä tuen ja toivon antamisen. Hoitajan tulisi osata antaa kaikkia näitä tuen muotoja. (Kyngäs ym. 2007, 42–43.)

Endometriosisista johtuva lapsettomuus voi olla suuri sokki pariskunnalle. Tilanne herättää surun ja epätoivon tuntemuksia pariskunnassa. Nainen saattaa syyttää itseään, koska lapsettomuus on hänestä johtuvaa. Naiselle äidiksi tuleminen muodostuu usein kokopäivätyöksi ja yhdyntä saattaa muuttua vain toiminnaksi, joka tähtää lapsen saamiseen. Lapsettomuuskriisi saattaa aiheuttaa pariskunnassa tuntemuksia, ettei kannata jatkaa yhdessä ilman lasta. Tämän vuoksi lapsettomia pariskuntia tulisi tutkimusten ja hoitojen aikana kannustaa nauttimaan toisistaan sekä yhteisestä elämästä. Luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeä, jotta pariskunnan kanssa voidaan yhdessä etsiä keinoja ja syitä jatkaa yhdessä eloa sekä löytää lämpöä perheestä, jonka puoliso tekee ilman lapsiakin. (Eskola ym. 2002, 317–318.)

Hoitajan tulisi kannustaa miehiä mukaan lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin, sillä olisi tärkeää, että molemmat olisivat mukana. Vaikka miehellä ei olisi suurta osuutta hoidoissa, hänen henkinen panoksensa on keskeisen tärkeä. Tällöin mies tukee naista viestimällä, että kyse on yhteisestä asiasta. (Eskola ym. 2002, 318.)

6.2 Vertaistuki

Vertaistuki on käytetty tukimuoto Suomessa. Se on yhteisöllistä ja omaehtoista tukea ihmisten kesken, jotka ovat samassa tilanteessa ja joita yhdistää kohtalonyhteys. Kohtalonyhteys on määritelty yhteiskunnassa poikkeavaksi tilanteeksi, joka vaatii enemmän sosiaalista tukea. (Vuorinen 1996, 7.)

Vertaistuki mahdollistaa ihmisen tarpeen saada ja antaa tukea, vertailla omaa elämäntilannetta ja kokemuksia. Vertaistuen kautta ihminen saa tutkia, miten sairaus ja sen kanssa eläminen sekä oma elämä ja voimavarat ovat erilaisia tai samanlaisia muiden ihmisten kanssa. Vertailu voi saada aikaan motivaation ja halun selviytyä tilanteesta. Oman tilanteen arviointi ja vertailu samassa tilanteessa olevien ihmisten tilanteeseen, auttaa ihmisiä toimimaan oman terveytensä kannalta hyvin ja auttaa säilyttämään oman elämän hallinnan tunteen. (Terveyskirjaston www-sivut 2012.)

Endometrioosista johtuvasta lapsettomuudesta voi olla vaikea kertoa ystäville sekä perheelle, minkä vuoksi lapseton pari ei saa sosiaalista tukea heiltä. Lapsettomalle pariskunnalle voi olla hyvin tärkeää jakaa kokemuksia ihmisten kanssa, jotka ovat kokeneet saman. (Terveyskirjaston www-sivut 2012.)

7 YHTEISTYÖKUMPPANIT

7.1 Endometrioosiyhdistys ry

Endometrioosiyhdistys on endometrioosia sairastavien naisten potilasyhdistys. Yhdistyksen tehtävänä on lisätä yleistä endometrioositietoutta, antaa vertaistukea endometrioosia sairastaville ja kehittää yhteistyötä eri hoitoyksiköiden kanssa. (Endometrioosiyhdistyksen www-sivut 2012.)

Kaikki endometrioosia sairastavat, heidän läheisensä, hoitohenkilökunta sekä sairaudesta kiinnostuneet ovat tervetulleita yhdistyksen jäseniksi. Yhdistyksen jäsenet saavat neljä kertaa vuodessa ilmestyvän jäsenlehden. Yhdistys tarjoaa arvokasta vertaistukea jäsenilleen sekä tietoa sairaudesta. Endometrioosiyhdistys tekee yhteistyötä

hoitohenkilökunnan kanssa, kansainvälisten endometrioosiyhdistysten, muiden yhdistysten ja potilasjärjestöjen, lääkäreiden sekä muiden asiantuntijoiden kanssa. Endometrioosiyhdistys toimii vapaaehtoisvoimin, hallituksessa on puheenjohtaja, neljä varsinaista jäsentä sekä kaksi varajäsentä. (Endometrioosiyhdistyksen www-sivut 2012.)

7.2 Satakunnan keskussairaalan naistentautien osasto ja poliklinikka

Naistentautien osastolla ja poliklinikalla hoidetaan kaiken ikäisiä naisia, joilla on naistentauti. Osastolla hoidetaan myös raskaana olevia sekä synnyttäneitä naisia. Leikkauspotilaat ovat suurin potilasryhmä yksikössä. Laskeumakorjaukset, virtsanpidätyskyvyn korjausleikkaukset, kohdunpoisto, munasarjoihin tehtävät leikkaukset sekä syöpäleikkaukset ovat yleisimpiä leikkauksia ja toimenpiteitä. Muita toimenpiteitä ovat mm. kohdun lämpöallohoito, kohdun täyhystykset, sterilisaatio sekä kaavinnat. Yksikössä hoidetaan myös alkuraskauden ongelmia, syöpäpotilaita, raskaudenkeskeytyksiä ja gynekologisia tulehduksia. Keskimääräinen hoitoaika on 1-3 vuorokautta. Poliklinikan toiminta on merkittävässä osassa. Naistentautien poliklinikalla hoidetaan ja tutkitaan mm. virtsankarkailua, laskeumia, kuukautiskierron häiriöitä, lapsettomuutta, kohdunsuun muutoksia, syöpäpotilaita ja raskaudenkeskeytyksiä. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2012.)

8 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Ala-Mattinen ja Vesala (2010) ovat tehneet AMK- opinnäytetyön aiheenaan Lapsettomuuden takana endometrioosi - Tietoa lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille. Opinnäytetyön tavoitteena on ollut tiedon kerääminen ja jakaminen endometrioosista johtuvasta lapsettomuudesta terveydenhoitajille, opinnäytetyön tekijöille ja pariskunnille. Opinnäytetyön johtopäätöksiä ovat, että endometrioosi on kansalle vieras sairaus, sen aiheuttamasta lapsettomuudesta on vähän tietoa ja se on yksi neljästä lapsettomuuden aiheuttajasta.

Lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana saatiin selville, että vaikeissa tapauksissa yhteys endometrioosin ja lapsettomuuden välillä on selvä, sekä spontaani raskaus on mahdollinen endometrioosia sairastavalle. Opinnäytetyössä tuli myös ilmi, että terveydenhoitajan tuki, ohjaus ja neuvonta ovat tärkeää työtä. Terveydenhoitajan tulee myös osata arvioida yksilölliset ja pariskunnan tarpeet. Jatkotutkimushaasteiksi jäi endometrioosin vaikutus lapsettomuuteen sekä se, kuinka pariskunnat kokevat lapsettomuuden ja ovatko lapsettomuushoidot johtaneet toivottuun raskauteen. (Ala-Mattinen & Vesala 2010.)

Fyhr-Komu ja Hakama (2008) ovat tehneet AMK- opinnäytetyön aiheenaan Naisten kokemuksia tahattomasta lapsettomuudesta. Opinnäytetyö käsittelee naisten kokemuksia tahattomasta lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista. Tutkimustuloksista ilmenee, että lapsettomuus aiheuttaa väistämättömän kriisin elämässä, mutta tämä kriisi lähentää pariskuntia. Vastanneet naiset kokivat lapsettomuudesta kertomisen vaikeaksi, mutta kertoivat siitä kuitenkin esimerkiksi ystävilleen. Osa vastanneista oli sitä mieltä, että asia on paras pitää omana tietonaan. Lapsettomuudesta kärsivät naiset kokivat sosiaaliset tilanteet, esimerkiksi juhlat, vaikeaksi. Tutkimukseen osallistuvia naisia etsittiin internetin välityksellä lapsettomien keskustelupalstoilta. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan lapsettomuuspoliklinikan kanssa, ja he hyödyntävät tutkimusta käytännön hoitotyössä. Jatkotutkimushaasteeksi jäi, että lapsettomuutta tutkittaisiin pariskunnan molempien osapuolten näkökulmasta samaan aikaan. Toinen tutkimuksen aihe voisi olla, vaikuttaako lapsettomuus psyykkiseen hyvinvointiin. Lisäksi voitaisiin vielä tutkia tuen riittävyyttä ja laatua.

9 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää endometrioosiin sairastuneiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia endometrioosista johtuvasta lapsettomuuden hoidosta.

Tavoite oli tuottaa hyödynnettävissä olevaa tietoa endometrioosiin sairastuneiden naisten lapsettomuuden hoidosta endometrioosiin sairastuneille potilaille sekä heitä hoitavalle henkilökunnalle.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten potilaat kokevat endometrioosista johtuvan lapsettomuuden hoidon?
2. Miten hoitohenkilökunta kokee endometrioosipotilaiden lapsettomuuden hoidon?

10 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

10.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Keskeistä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat aiemmat teoriat, aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, käsitteiden määrittely ja hypoteesien esittäminen. Myös tutkittavien henkilöiden ja koehenkilöiden valinta ovat keskeisessä asemassa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa muuttujat saatetaan taulukkomuotoon ja tilastollisesti käsiteltäviksi. Tulokset kuvataan esimerkiksi prosenttilukkoilla ja tilastollisesti analysoiden. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140.) Kvantitatiivinen kyselylomake sopi meille, koska halusimme kerätä tietoa suurelta joukolta endometrioosipotilaiden lapsettomuuden hoidosta.

10.2 Opinnäytetyön kohderyhmä

Opinnäytetyössämme oli kaksi kohderyhmää. Toinen vastaajajoukko muodostui niistä Endometrioosiyhdistyksen jäsenistä, jotka sairastavat endometrioosia. Toinen kohderyhmä oli Satakunnan keskussairaalan naistentautien ja poliklinikan hoitohenkilökunta. Kyselyn toteuttamiseen pyydettiin lupa Endometrioosiyhdistyksen opinnäytetyövastaavalta ja Satakunnan keskussairaalan operatiivisen hoidon toimialueylihoitajalta. Endometrioosiyhdistykseen kuului vuodenvaihteessa noin 670 jäsentä. Naistentautien osastolla ja poliklinikalla työskentelee yhteensä noin 20 hoitajaa.

10.3 Aineistonkeruumenetelmä

Keräsimme tutkimusaineistoa kyselylomakkeilla, joissa oli monivalinta- eli strukturoituja kysymyksiä, strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja sekä avoimia kysymyksiä, joissa oli esitetty kysymys ja jätetty vastaukselle tyhjä tila. Kysely tunnetaan keskeisenä menetelmänä survey-tutkimuksessa. Survey-tutkimukselle ominaista on standardoitu aineistokeruumenetelmä ja kohdehenkilöiden muodostuminen tietystä perusjoukosta. Standardoitu tarkoittaa sitä, että asioita kysytään kaikilta vastaajilta täysin samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 193, 199.)

Aloitimme kyselylomakkeiden laadinnan tutustumalla teoriapohjaan, jonka jälkeen teimme erilaiset kyselylomakkeet potilaille ja hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeiden tekemistä ohjasi koko ajan tutkimuskysymyksemme. Hyväksytimme kyselylomakkeet ensin ohjaajallamme, jonka jälkeen lähetimme potilaille suunnatun kyselylomakkeen sähköpostilla Endometrioosiyhdistyksen opinnäytetyövastaavalle, joka testautti sen hallituksen jäsenillä. Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselylomakkeen lähetimme hyväksyttäväksi Satakunnan keskussairaalan operatiivisen hoidon toimialueylihoitajalle. Potilaille kysely suoritettiin verkkokyselynä Endometrioosiyhdistyksen www-sivuilla. Hoitohenkilökunnalle veimme 20 kyselylomaketta osaston kahvihuoneeseen paperiversioina.

11 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

11.1 Potilaille suunnatun kyselylomakkeen tulokset

Endometrioosiyhdistyksen jäseniltä saimme 19 vastausta kahdessa viikossa. Hylkäsimme yhden vastauksen, koska hän ei ollut fertiili-ikäinen ja hänellä ei ollut varsinaisesti hoidettu lapsettomuutta.

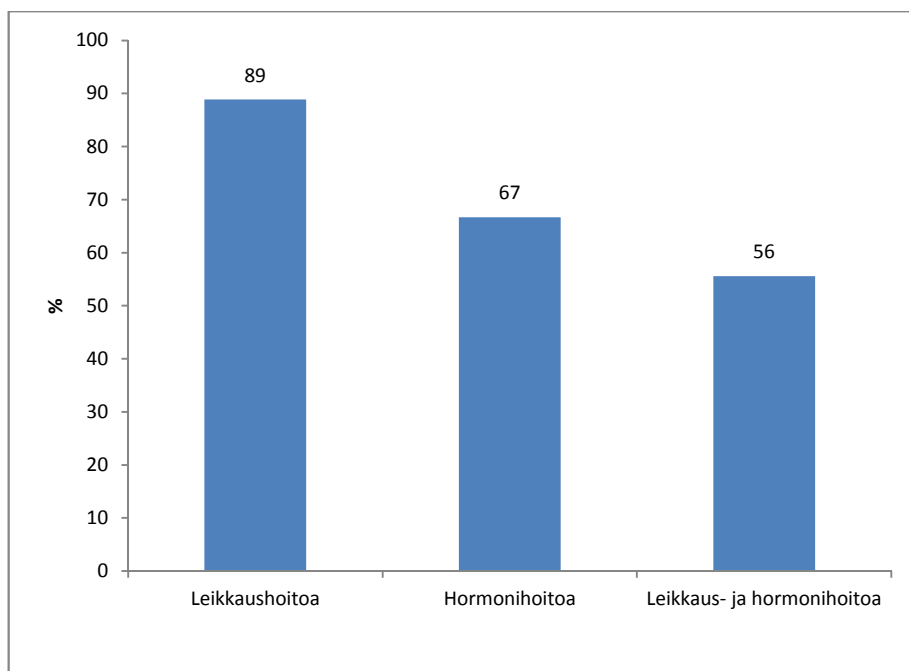
Taustatiedoissa selvitettiin vastaajan ikä ja siviilisääty. 39 % (n=7) oli 20–29-vuotiaita. Puolet (50 %, n=9) vastaajista oli 30–39-vuotiaita. 40–49-vuotiaita oli 11

% (n=2). 50-vuotiaita tai vanhempia ei ollut yhtään. (Taulukko 1.) Kaikki vastaajista olivat avio- tai avoliitossa.

Taulukko 1. Vastaajien ikäjakauma (n=18)

<i>Ikä</i>	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
alle 20 vuotta	0	0
20-29 vuotta	7	39
30-39 vuotta	9	50
40-49 vuotta	2	11
50 vuotta tai yli	0	0
Yht.	18	100

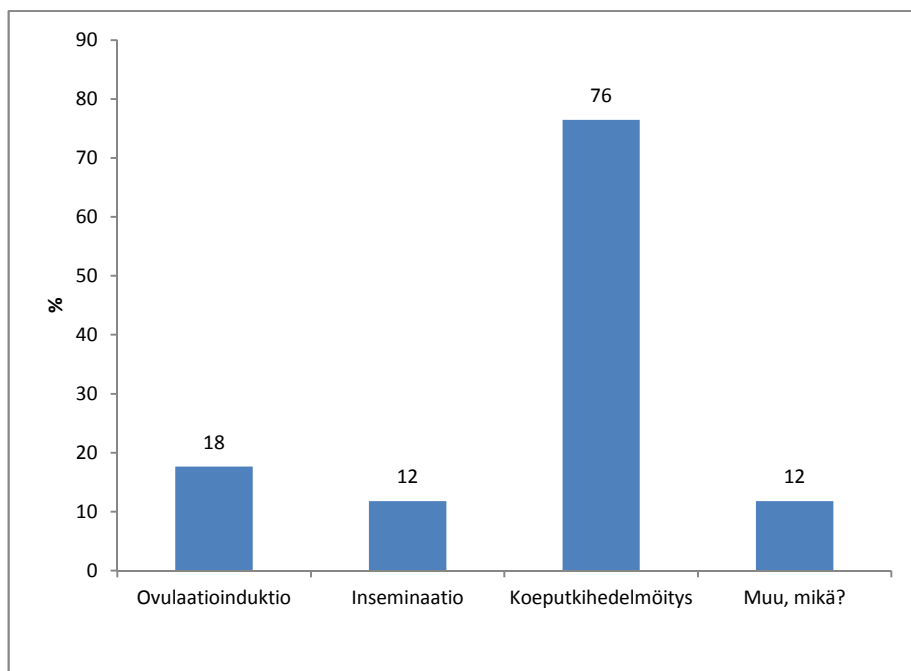
Kolmannessa monivalintakysymyksessä kysyttiin, minkälaista hoitoa vastaajat olivat saaneet endometrioosiin. 89 % (n=16) vastaajista olivat saaneet leikkaushoitoa. 67 % vastaajista (n=12) oli saanut hormonihoidon. Kymmenen näistä vastaajista oli saanut sekä leikkaushoitoa että hormonihoidon. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien saamat hoitomuodot endometrioosiin. (n=18)

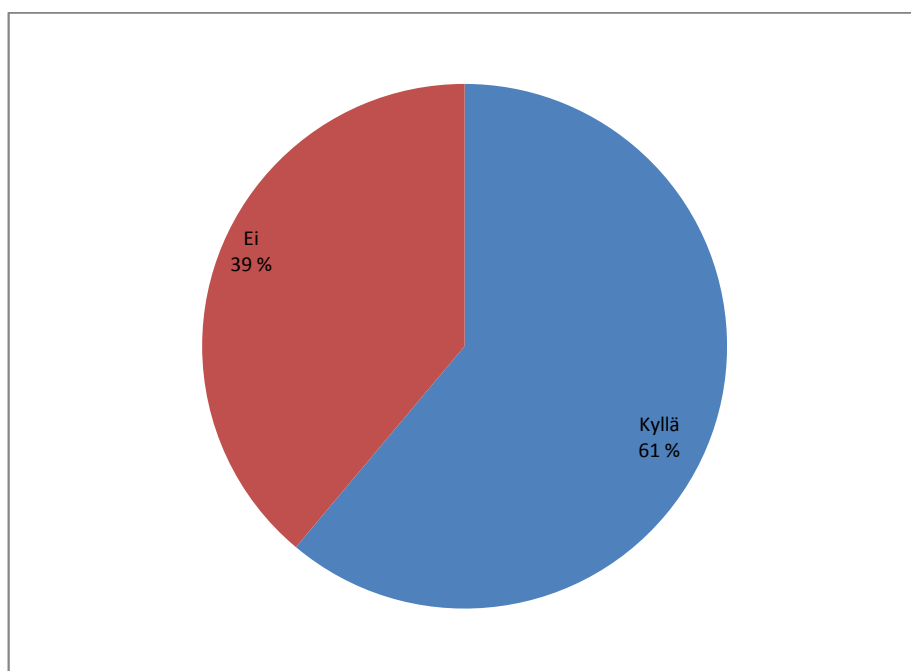
Neljännessä monivalintakysymyksessä kysyttiin, minkälaista lapsettomuushoitoa vastaajat ovat saaneet. Kolme vastaajaa (18 %) oli saanut ovulaatioinduktihoitoa. Kaksi (12 %) vastaajaa oli saanut inseminaatiohoitoa. Kolmetoista (76 %) vastaajaa

oli saanut koeputkihedelmöityshoitoa. Kaksi vastaajaa (12 %) oli saanut muita hoitoja, joita olivat hormonihoito ja lahjamunasoluhoido. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Vastaajien saamat lapsettomuushoidot. (n=17)

Viidennessä kysymyksessä kysyttiin, ovatko vastaajat saaneet vaikuttaa omiin lapsettomuushoitoihinsa. 61 % (n=11) vastaajista on saanut vaikuttaa omiin lapsettomuushoitoihinsa. 39 % (n=7) vastaajista ei ole saanut vaikuttaa omiin lapsettomuushoitoihinsa. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Vastaajien mielipide omiin lapsettomuushoitoihin vaikuttamisesta. (n=18)

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin, miten vastaajat ovat saaneet vaikuttaa omiin lapsettomuushoitoihinsa ja minkälaisin tuloksin. (n=11) Moni vastaajista oli ehdottanut erilaista lääkitystä, hoitoa tai aikataulua kuin heillä oli ollut ja lääkäri oli suostunut muutoksiin. Esimerkiksi kolme vastaajaa oli jättänyt ”kevyemmät” hoidot välistä ja siirtyneet suoraan ivf-hoitoon. Kaksi vastaajista oli kokenut, että julkisella puolella ei saa vaikuttaa hoidon kulkuun, kun taas yksityisellä puolella saa vaikuttaa hoidon kulkuun. Yksi vastaajista koki julkisella puolella olevan nopeaa ja hyvää hoitoa, johon saa itse vaikuttaa. Eräs vastaajista kertoo saaneensa päättää hoitopaikkansa itse ja saaneensa reseptit suoraan apteekkiin.

”Hoidon ajoitukseen, sekä siirrettävien alkioiden määrään (lääkäri suositteli yhtä, me toivoimme kahta).”

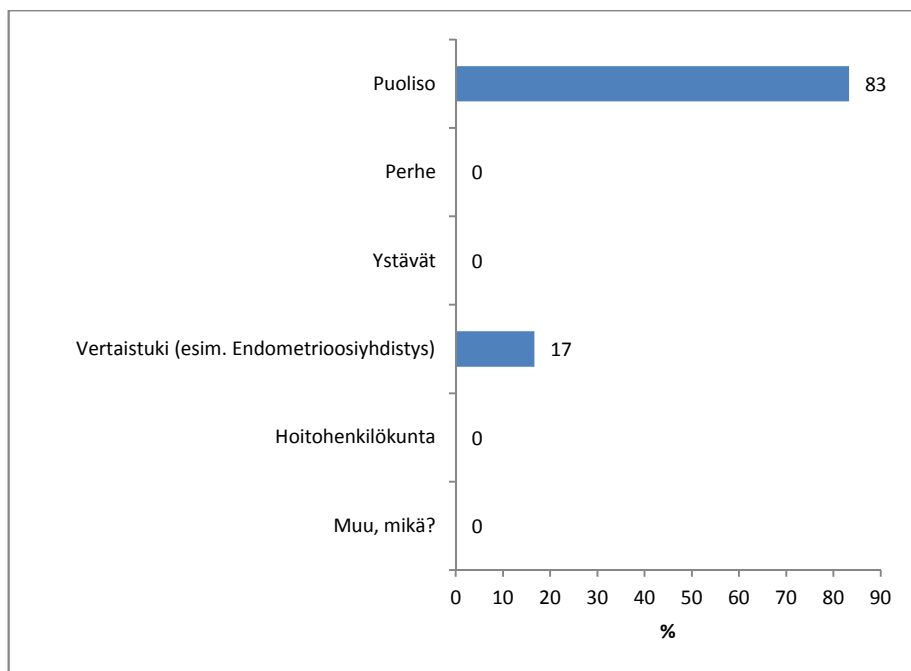
”Emme halunneet aktiivista lapsettomuushoitoa. Toivoimme että lääkäri hoitaa minua niin hyvin kuin mahdollista luonnollisen hedelmöitymisen aikaansaamiseksi.”

Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin, miten vastaajat (n=6) olisivat halunneet vaikuttaa lapsettomuushoitoihinsa. Yksi vastaajista olisi halunnut, että hänen kipupelkonsa olisi otettu enemmän tosissaan. Kolme vastaajista koki, että ei olisi halunnut tai osannut vaikuttaa omiin hoitoihinsa, sillä he luottivat ammattilaisten mielipiteisiin. Yksi vastaajista koki, että julkisella puolella ”törmää aikatauluihin ja muihin omituisiin sääntöihin”, joihin haluaisi itse vaikuttaa.

”Halusin vaikuttaa hoitojen rytmitykseen ja siihen aikatauluun. Tuntuu, että suurin osa ajasta vaan odotellaan mitä tapahtuu – vaikka itsellä on jo sellainen olo että voisi siirtyä eteenpäin hoidoissa.”

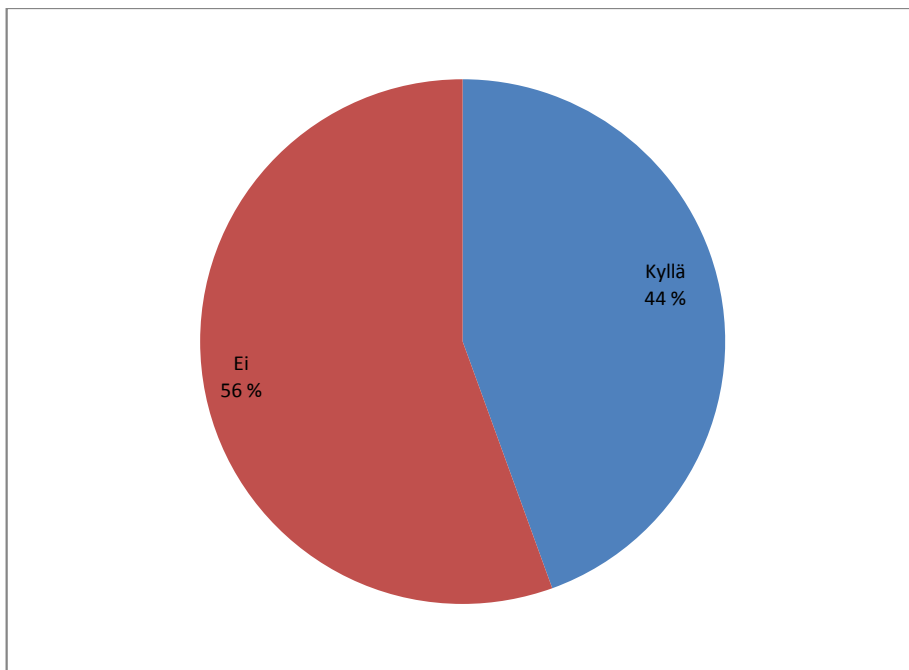
...”minusta pitäisi enemmän kuunnella potilasta ja potilaan kehoa ja tunteita.”

Kahdeksannessa monivalintakysymyksessä kysyttiin, mikä tukimuoto on ollut tärkein lapsettomuushoitojen aikana. Suurin osa (83 %, n=15) vastaajista koki puolison tärkeimmäksi tukimuodoksi. 17 % (n=3) vastaajista koki vertaistuen tärkeimmäksi tukimuodoksi. (Kuvio 4.)



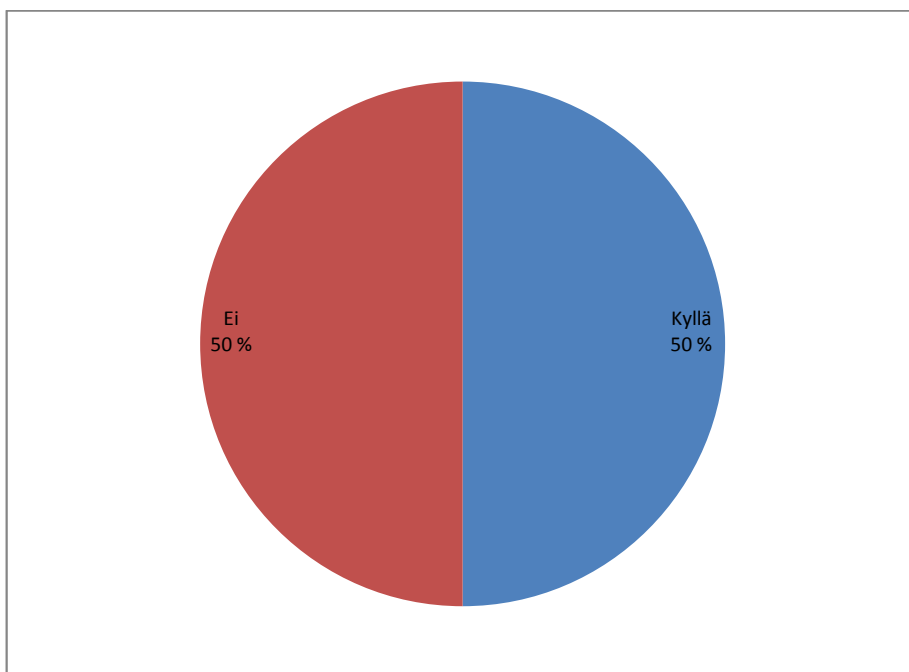
Kuvio 4. Vastaajien mielipide tärkeimmästä tukimuodosta lapsettomuushoitojen aikana. (n=18)

Yhdeksännessä kysymyksessä kysyttiin, ovatko vastaajat mielestään saaneet tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta. 44 % (n=8) vastaajista koki saaneensa tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta. 56 % (n=10) vastaajista koki saaneensa liian vähän tukea hoitohenkilökunnalta. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Vastaajien mielipide henkilökunnalta saadun tuen riittävydestä. (n=18)

Kysymyksessä 10 vastaajilta tiedusteltiin, onko puolisoa otettu riittävästi huomioon lapsettomuushoitojen aikana. Puolet (50 %, n=9) vastaajista koki, että heidän puolisoaan oli otettu riittävästi huomioon lapsettomuushoitojen aikana. Toisaalta puolet (50 %, n=9) vastaajista koki, että heidän puolisoaan ei ole otettu riittävästi huomioon lapsettomuushoitojen aikana. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Vastaajien mielipide puolison huomioimisen riittävydestä. (n=18)

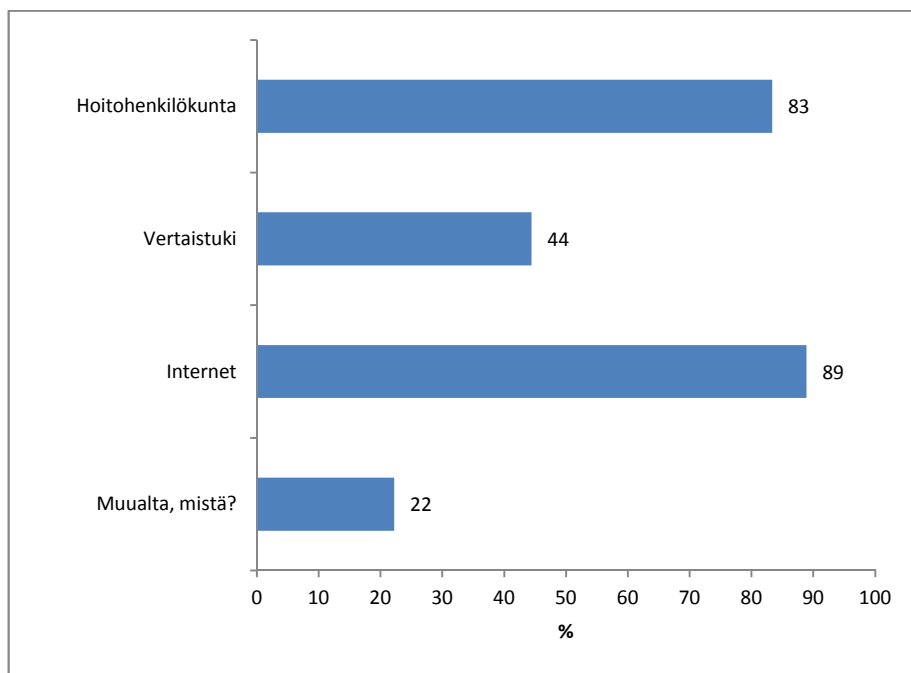
Kysymyksessä 11 kysyttiin, minkälaista tukea vastaajat olisivat kaivanneet enemmän. Viisi vastaajista koki keskustelun, yksilöllisen hoidon, henkisen puolen hoitamisen ja jaksamisen huomioimisen vähäiseksi. Kaksi näistä vastaajista oli hakeutunut yksityiselle psykologille keskustelemaan. Yksi vastaajista koki, että tiedonpuutteen vuoksi hänelle oli annettu yksi vaihtoehto hoidon suhteen, vaikka hän olisi kaivannut vaihtoehtoja ja keskustelua. Yksi vastaajista olisi kaivannut selkokieltä keskusteluihin ja koko perheen huomioimista. Yksi vastaajista olisi kaivannut kannustusta miehelleen käydä mukana lääkärissä ja hoidoissa. Yksi vastaajista ehdotti, että hoitohenkilökunta keskustelisi pelkästään miehen kanssa hoidoista ja puolison tukemisesta.

”Aitoa ja kiireetöntä kuuntelemista ja asioihin paneutumista jokaisen pariskunnan kohdalla vielä yksilöllisemmin. Emme ole liukuhihnalla ollessamme lapsettomuushoidossa.”

”Fyysisen puolen lääkärit ovat hoitaneet hyvin, mutta mitään henkistä tukea ei ole tarjottu.. Kertaakaan ei ole kysytty miten jaksamme hoitojen keskellä.. Olisi mukavaa jos se otettaisiin osaksi hoitoja!”

Kysymyksessä 12 kysyttiin, onko tiedonsaanti ollut riittävää lapsettomuuteen liittyvissä asioissa ja mistä asioista vastaajat olisivat kaivanneet lisää tietoa. (n=17) Kahdeksan vastaajista koki saaneensa tarpeeksi tietoa. Yksi vastaajista nosti esille, että koska lapsettomuus on tabu yhteiskunnassamme, olisi hienoa, jos se olisi enemmän esillä tiedotusvälineissä. Yksi vastaajista korosti myös, että hän on saanut tietoa kysymällä, mutta rajallisen lääkäriajan vuoksi asioihin ei perehdytetä kovinkaan hyvin. Lääkkeistä olisi haluttu tietää enemmän, sillä varsinkin julkisella puolella lääkkeiden koettiin määräytyvän sairaalan resurssien mukaisesti. Eräs vastaajista koki hankalaksi eri lääkäreiden mielipide-erot, joiden takia oli vaikea tietää mikä on itselle parasta. Yksi vastaajista koki, ettei sairaalamaailmassa ole mahdollisuutta saada tukea, vaan tukea saa vain esimerkiksi Internetistä. Kaksi vastaajista korosti, että itsekkin voi hakea tietoa, eikä lääkärinvastaanotolla ole hyväksi saada liikaa tietoa kerralla. Eräällä vastaajalla oli positiivinen kokemus keskustelusta sairaanhoitajan kanssa lääkärikäynnin jälkeen.

Kysymyksessä 13 kysyttiin, keneltä vastaajat ovat saaneet tietoa lapsettomuushoidoista. Suurin osa (83 %, n=15) vastaajista oli saanut tietoa hoitohenkilökunnalta. 44 % (n=7) oli saanut tietoa vertaistuen kautta. 89 % (n=16) vastaajista oli saanut tietoa Internetistä. 22 % (n=4) vastaajista oli saanut tietoa jostakin muualta. Muita tietolähteitä olivat kirjat, opaslehtiset, Simpukka ry ja oma sisar. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Vastaajien tiedonsaantikanavat. (n=18)

Kysymyksessä 14 kysyttiin, minkälaisia odotuksia vastaajilla oli lapsettomuushoitoihin liittyen ja täytyivätkö odotukset. (n=17) Neljatoista vastaajista toivoi saavansa lapsen, ja kuusi heistä oli tähän mennessä saanut lapsen tai oli raskaana. Kolme vastaajista ei ollut odottanut mitään tai heillä oli varovaiset odotukset. Kaksi pariskunnasta oli hyväksynyt ehdottoman lapsettomuuden, ja näistä toinen pariskunta on adoptiojonossa. Yksi vastaajista olisi kaivannut hoitohenkilökunnalta parempaa suhtautumista asioihin. Eräs vastaajista kertoi kestävänsä kaikki mahdolliset fyysiset hoidot, mutta toistuvat pettymykset ovat henkisesti raskaita. Eräs vastaajista oli odottanut nopeampaa etenemistä hoitojen suhteen. Kaksi vastaajista kehui yksityistä puolta, sillä julkisella puolella esimerkiksi hoitovaihtoehdot ovat vähäisiä. Yksi vastaaja arvosti julkisen puolen nopeaa hoitoa.

...”Julkisen puolen heikkoudet korostuivat yksityiselle siirryttäessä. Vaikka hoidot ovat kalliita, niin potilas huomioidaan paremmin ja hoidon suunnittelu on parempaa ja hoitoon pääseminen helpompaa.”

”Jotenkin sitä oletti, että hoitojen avulla tulisi nopeastikin raskaaksi. Hoidon alusta on nyt vuosi eikä raskaus ole vieläkään alkanut.”

Kysymyksessä 15 kysyttiin kehittämisideoita lapsettomuuden hoitoon. (n=14) Vastaajat kaipasivat julkista keskustelua lapsettomuudesta yhteiskunnassa, lisää empatiaa ja ymmärrystä sekä hoitohenkilökunnalta että kanssaihmisiltä ja keskusteluapua myös ajalle, jolloin odotellaan hoidon tulosta. Julkiselle puolelle kaivattiin enemmän henkisen tuen antamista, lyhemmät jonotusajat sekä mahdollisuutta lyhyen kaavan ivf-hoitoon ja lahjasoluhoitoon. Eräs vastaajista koki, että gynekologeilla on heikko tietämys endometrioosista, minkä takia taudin diagnosointi viivästyy. Muutama vastaaja joutui myös matkustamaan ivf-hoitoon monta tuntia, joten he toivoivat mahdollisuutta saada hoitoa lähempänä heitä.

11.2 Hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselylomakkeen tulokset

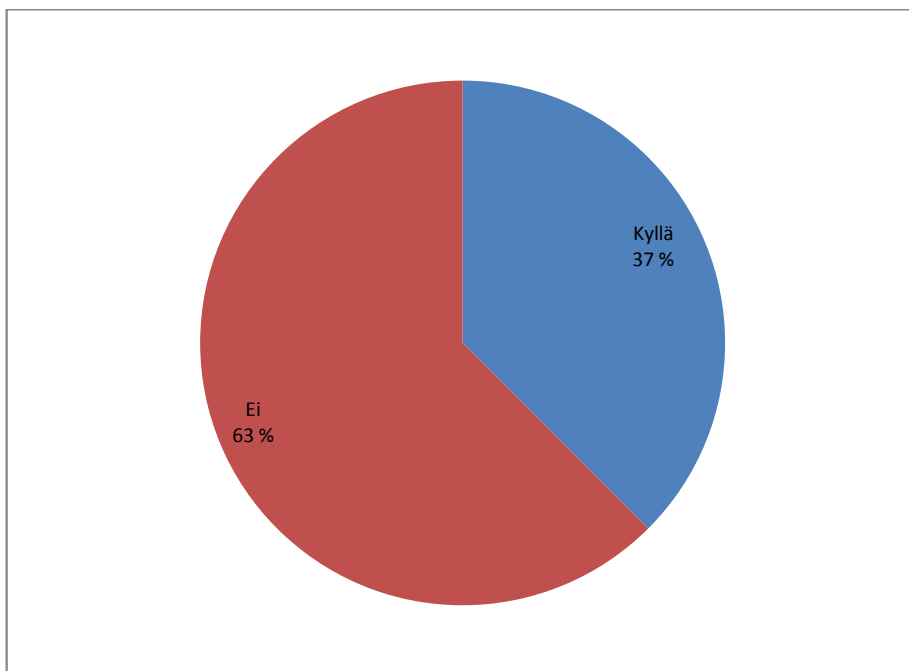
Naistentautien osastolle ja poliklinikalle jaetuista 20 kyselylomakkeesta palautui 8 kyselylomaketta, jolloin vastausprosentiksi muodostui 40 %.

Taustatiedoissa selvitettiin vastaajan ikä, sukupuoli ja ammattinimike. Vastaajista suurin osa oli 40–49-vuotiaita, heitä oli 63 %. Yksi vastaaja oli 30–39-vuotias, yksi 50–59-vuotias ja yksi 60 vuotta tai yli. Vastaajista kukaan ei ollut 20–29-vuotias. (Taulukko 2.) Kaikki vastaajat olivat naispuolisia sairaanhoitajia.

Taulukko 2. Vastaajien ikäjakauma (n=8).

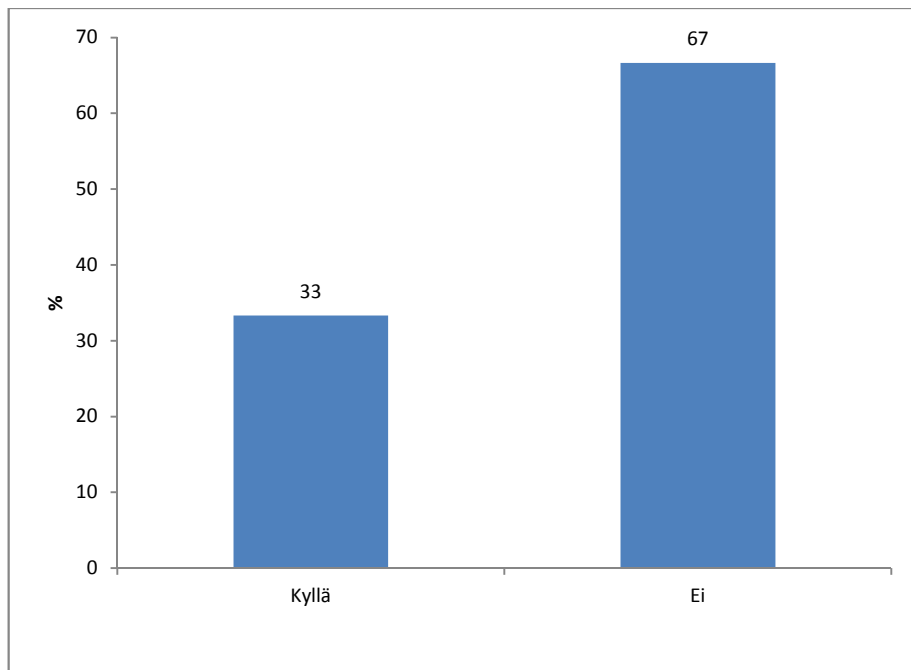
<i>Ikä</i>	<i>Lkm</i>	<i>%</i>
20-29	0	0
30-39	1	13
40-49	5	63
50-59	1	13
60 vuotta tai yli	1	13
Yht.	8	100

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, ovatko vastaajat hoitaneet endometrioosipotilaiden lapsettomuutta. Vastanneista 37 % (n=3) olivat hoitaneet endometrioosipotilaiden lapsettomuutta. 63 % (n=5) vastaajista eivät olleet hoitaneet endometrioosipotilaiden lapsettomuutta. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Vastaajien endometrioosipotilaiden hoitokokemus. (n=8)

Viidentenä kysymyksenä kysyttiin, ovatko vastaajat mielestään antaneet potilaille tarpeeksi tukea hoitoprosessin aikana. Vastaajista 33 % (n=2) kokivat antaneensa potilaille tarpeeksi tukea hoitoprosessin aikana. 67 % (n=4) vastaajista koki antaneensa potilaille liian vähän tukea hoitoprosessin aikana. Kaksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Vastaajien antaman tuen riittävyys hoitoprosessin aikana. (n=6)

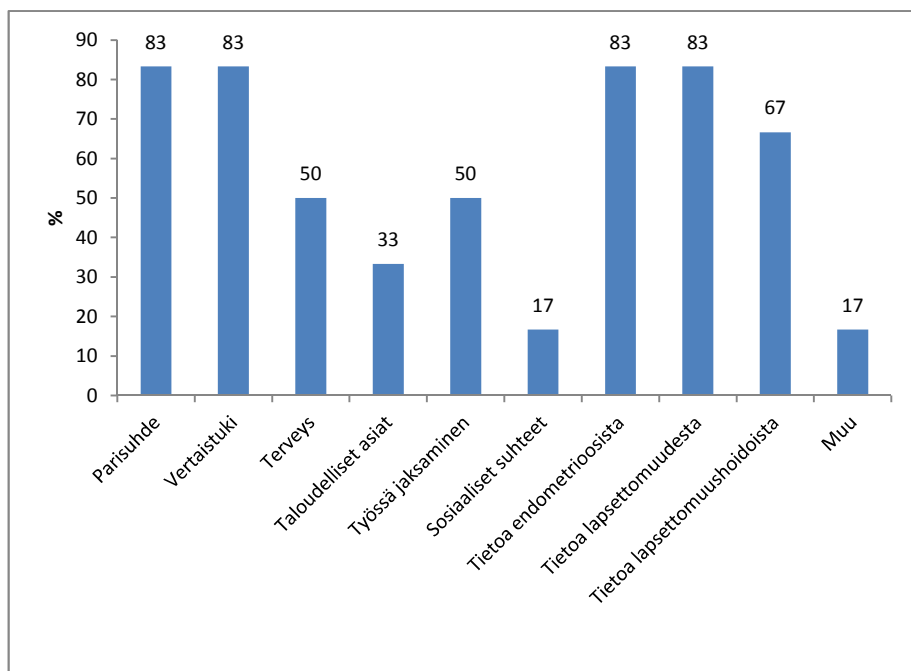
Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin, ovatko vastaajat mielestään huomioineet puolisoa riittävästi. Kuudesta vastanneesta kaikki kokivat huomioineensa puolisoa riittämättömästi. Kaksi vastaajista jätti vastaamatta kysymyksen.

Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin, mikä on vaikuttanut tuen antamisen vähyyteen. Yksi vastaajista kertoi, että puolison huomioimiseen vaikutti se, että puoliso ei yleensä ole ollut mukana. Yksi vastaajista toi esille tiedon riittämättömyyden, jonka vuoksi kokee antaneensa potilaille liian vähän tukea. Yksi vastaajista kertoo ajan puutteen vaikuttavan tuen antamisen riittämättömyyteen, koska kaikkia asioita ei ehdi käydä vastaanottoajalla läpi.

”Aika poliklinikan vastaanotolla suurin rajoittava tekijä.”...

Kahdeksannessa monivalintakysymyksessä kysyttiin, mitä asioita vastaajat huomioivat ohjauksessa. Suurin osa (83 %, n=5) vastaajista oli huomioinut ohjauksessa parisuhteen ja vertaistuen sekä antaneet tietoa endometrioosista ja lapsettomuudesta. 67 % (n=4) vastaajista oli antanut tietoa lapsettomuushoidoista. Puolet vastaajista (50 %, n=3) oli huomioinut ohjauksessa terveyden ja työssä jaksamisen. 33 % (n=2) vastaajista oli huomioinut taloudelliset asiat ohjauksessa. 17 % (n=1) vastaaja oli huo-

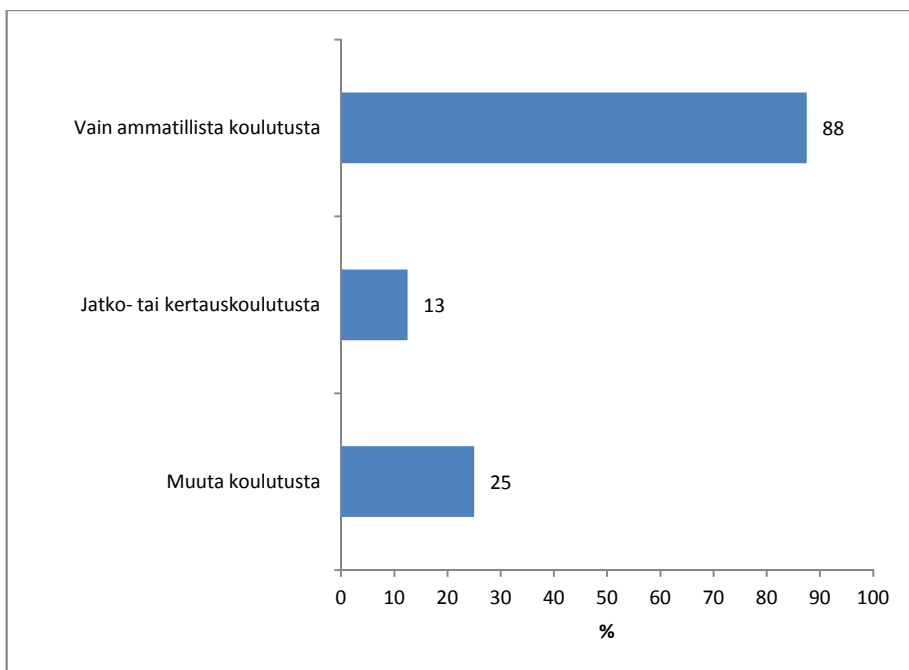
mioinut ohjauksessa sosiaaliset suhteet. 17 % (n=1) vastaaja kertoo lisäksi huomioineensa ohjauksessa pistosopetuksen, oireet ja aikataulut. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Asiat, joita vastaajat huomioivat ohjaustilanteessa. (n=6)

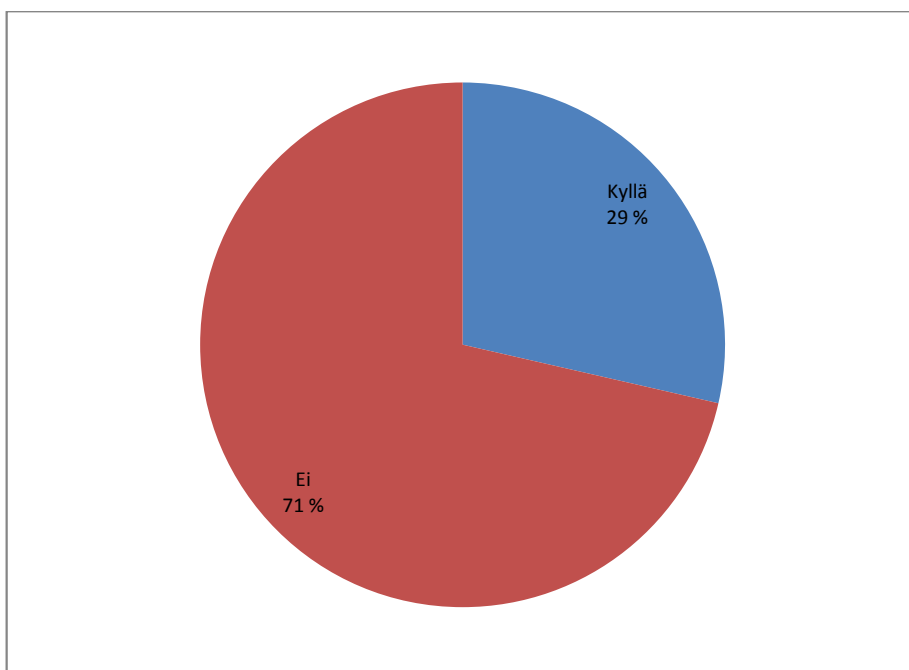
Yhdeksännessä kysymyksessä kysyttiin, mitä asioita vastaajat ovat huomioineet liian vähän ohjauksessa. Kaksi vastaajaa oli vastannut tähän kysymykseen. Esille nousi hoidoissa jaksaminen, puolison tuki ja sen merkitys, taloudelliset asiat ja sosiaaliset suhteet.

Kymmenennessä monivalintakysymyksessä kysyttiin, minkälaista koulutusta vastaajat ovat saaneet liittyen lapsettomuuteen. Suurin osa (88 %, n=7) vastaajista oli saanut vain ammatillista koulutusta liittyen lapsettomuuteen. 13 % (n=1) vastaaja oli saanut jatko- tai kertauskoulutusta. 25 % (n=2) vastaajista oli saanut muuta koulutusta: lapsettomuushoitajille suunnattuja koulutuksia ja työssä oppimista. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Vastaajien saama koulutus liittyen lapsettomuuteen. (n=8)

Kysymyksessä 11 kysyttiin, kaipaisivatko vastaajat lisää tietoa ja/tai koulutusta endometrioosista johtuvan lapsettomuuden hoidosta. 71 % (n=5) vastaajista ei kaivannut lisäkoulutusta. 29 % (n=2) vastaajista kaipasi lisäkoulutusta. Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Vastaajien mielipide lisätiedon/ -koulutuksen tarpeesta. (n=7)

Kysymyksessä 12 kysyttiin lisää tietoa ja/tai koulutusta kaipaavilta, minkälaista tietoa ja koulutusta he haluaisivat lisää. Yksi vastaajista oli vastannut tähän kysymykseen, ja hän kertoi kaipaavansa lisätietoa ennaltaehkäisevästä hoidosta.

Kysymyksessä 13 kysyttiin, minkälaisia valmiuksia vastaajat kokevat kaipaavansa lisää lapsettomien parien hoitoon. Kaksi vastaajaa oli vastannut tähän kysymykseen, ja esille nousi työnohjaus ja vertaistuki sekä ajanpuute ja resurssit.

”Lisää aikaa ja resursseja. Työ myös henkisesti hyvin raskasta, sillä lapsettomuus raskas asia parille. Työnohjaus oman jaksamisen tukena ei olisi pahitteeksi.”

Kysymyksessä 14 kysyttiin, mitä muuta vastaajat haluaisivat kertoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta lapsettomuushoidoista. Tähän kysymykseen oli vastannut kolme vastaajaa.

”Vaikeasti lähestyttävä erityisaihe hoitajille, jotka eivät ole erikoistuneet juuri tähän aihepiiriin.”

”Onneksi lapsettomuushoidoista vastaavat osastollamme 3 ammattitaitoista hoitajaa. Kaikkien ei tarvitse osata kaikkea!”

”Lapsettomia potilaita hoitaa vain osa henkilökunnasta ja näin on potilaankin kannalta hyvä. On sitten se tuttu hoitaja joka tuntee jo äänestä. Surut ja ilotkin on yhteisiä. Tosin endometrioosin vuoksi lapsettomuushoidoissa oleva ei mitenkään ”erotu joukosta” muista lapsettomuudensyistä hoidossa olevista. Ovat ”yksi monista”.”

Kysymyksessä 15 kysyttiin kehittämisideoita lapsettomuuden hoitoon. Vastaajista kaksi oli vastannut tähän kysymykseen. Esille nousi idea hoitajan ohjauspoliklinikasta lääkärin antaman hoidon ja ohjauksen tueksi.

12 POHDINTA

12.1 Luotettavuus

Tutkimustulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka virheiden syntymistä pyritään välttämään. Tämän vuoksi luotettavuutta arvioidaan erilaisin mittaus- ja tutkimustavoin. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, eli tutkimus ei anna sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen validius tarkoittaa pätevyyttä, eli mittari tai tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeisiin vastanneet ovat voineet ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin kyselylomakkeen tekijä on tarkoittanut. (Hirsjärvi ym. 2005, 216–217.)

Endometrioosia sairastaville naisille suunnattu kyselylomakkeen vastausprosentti jäi tavoitettamme pienemmäksi, mutta vastaukset edustavat varmasti monen endometrioosia sairastavan mielipidettä. Potilaiden vastaukset olivat monessa kohtaa niin sanottua ”ajatuksenjuoksua”, jonka vuoksi niitä oli haasteellista lukea ja analysoida.

Hoitohenkilökunnalle suunnatusta kyselylomakkeesta saatuja tuloksia ei voi yleistää, koska vastaajajoukko jäi pieneksi. Lisäksi osa vastaajista ei ole hoitanut ollenkaan potilaiden lapsettomuutta, pelkästään endometrioosia, jolloin heidän vastauksensa eivät vastaa tutkimuskysymyksiimme. Kysely on kuitenkin toistettavissa, sillä vastaajat vastaisivat todennäköisesti samalla tavalla seuraavallakin kerralla. Olemme esittäneet tulokset totuudenmukaisesti.

12.2 Eettisyys

Ensimmäinen eettinen ratkaisu on tutkimusaiheen valinta. Tutkimusaihetta valittaessa mietitään esimerkiksi miksi tutkimukseen ryhdytään tai pitääkö aiheen olla yhteiskunnallisesti merkittävä. (Hirsjärvi ym. 2005, 26.) Halusimme valita aiheen, joka kiinnostaa meitä oikeasti ja tutkimustuloksilla on merkitystä. Endometrioosista johdettava lapsettomuutta on tutkittu vähän, mikä myös vaikutti päätökseemme aiheen valinnan suhteen. Esittelimme Endometrioosiyhdistyksen opinnäytetyövastaavalle ja Satakunnan keskussairaalan operatiivisen hoidon toimialueylihoitajalle aiheemme

tutkimussuunnitelmalla, jonka perusteella he myönsivät meille luvan opinnäytetyön tekemiseen.

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa tulee ottaa huomioon henkilöiden suostumuk- sen hankinta ja vastaamiseen liittyvät riskit. Tutkittaville tulee kertoa rehellisesti mi- hin he osallistuvat ja mitä tulee tapahtumaan. On tärkeää taata anonymisuus, luotta- muksellisuus ja aineiston käsittelyn asianmukaisuus. (Hirsjärvi ym. 2005, 26–27.) Vastaaminen kyselylomakkeisiin oli vapaaehtoista ja tapahtui anonymisti. Kysely- lomakkeet käsiteltiin luottamuksellisesti ja hävitettiin asianmukaisesti. Saatua tut- kimustuloksia käytettiin vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Kerroimme molem- pien kyselylomakkeiden saatekirjeissä miten ja mihin vastauksia käytetään.

Tutkimustyössä on monia periaatteita, jotka tulee ottaa huomioon. Muiden tekstiä lainattaessa on merkittävä huolellisesti lähdeviitteet, eikä muiden tutkijoiden työtä saa vähätellä. Tulokset tulee esittää kriittisesti, mutta totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2005, 27.) Olemme osoittaneet selkeästi, mikä on omaa ja mikä muiden tekstiä. Olemme tuoneet rehellisesti esille opinnäytetyömme tekemiseen liittyvät puutteet.

12.3 Johtopäätökset

Endometrioosia sairastaville naisille suunnatuiden kyselylomakkeiden perusteella naiset kokevat lapsettomuushoidot eri tavalla. Suurin tyytyväisyyteen vaikuttava tekijä on hoidoilla saavutetut tulokset. Jo lapsen saaneet tai raskaana olevat naiset kokevat lapsettomuushoidot selvästi positiivisemmin. Pääsääntöisesti potilaat haluavat vaikuttaa omiin hoitoihinsa, ja ovat näin tehdessään tyytyväisempiä saamaansa hoitoonsa.

Vastausten perusteella puoliso on tärkein tukimuoto, jolloin esille nousee hoitohenki- lökunnan antaman kannustuksen ja tuen tärkeys puolisolle. Hoitohenkilökunnan vas- tauksista ilmeni, että jokainen sairaanhoitaja kokee huomioineensa potilaan puolisoa liian vähän. Myös Fyhr-Komun ja Hakaman (2008) mukaan puoliso on naisille tär- kein tukimuoto, joka antaa voimia. Vertaistuki nousi esiin toiseksi tärkeimpänä tu- kimuotona, jonka vuoksi hoitohenkilökunnalla tulee olla tietämystä potilaille sunna-

tuista vertaistukiverkostoista. Hoitohenkilökunnalta saamien tulosten perusteella he huomioivat vertaistuen hyvin ohjauksessa.

Ala-Mattilan ja Vesalan (2010) mukaan terveydenhoitajan antama ohjaus, tuki ja neuvonta ovat erittäin tärkeitä asioita lapsettoman parin hoidossa. Ohjaustilanteessa ei voi käyttää tiettyä kaavaa, vaan pitää huomioida jokaisen yksilölliset tarpeet. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan vain noin puolet endometrioosia sairastavista naisista koki saaneensa puolisonsa kanssa tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta. Hoitohenkilökunta koki myös antaneensa liian vähän tukea potilaille. Erityisesti esille nousi henkisen tuen riittämättömyys ja jaksamisen huomioiminen. Tähän voisi olla ratkaisuna muutaman potilaan ja yhden hoitajan esille tuoma hoitajan ohjauksikäynti lääkärin vastaanottoajan jälkeen.

Sekä potilaat että hoitajat toivat esille lääkärikäynnille varatun ajan rajallisuuden. Ajan riittämättömyys vaikuttaa tiedon ja tuen saantiin, jolloin potilaalle voi jäädä epätietoinen tunne lääkärikäynnistä. Ajan ja tiedon puutteen vuoksi työssä jaksaminen, taloudelliset asiat ja sosiaaliset suhteet jäävät vähemmälle huomiolle ohjaustilanteessa. Lapsettomuus on intiimi ja naista haavoittava asia, minkä vuoksi hoitoon tulisi varata riittävästi aikaa. Myös Fyhr-Komun ja Hakaman (2008) mukaan naiset kokivat lapsettomuushoidot sekä fyysisesti että henkisesti raskaiksi, joka tukee ajan riittävyyden merkitystä lääkärikäynneillä.

Tärkeimmät tiedonsaantikanavat potilaille ovat hoitohenkilökunta ja Internet. Mielestämme hoitohenkilökunnan tulisi antaa eniten tietoa potilaille, koska Internetistä voi saada vääränlaista tietoa lapsettomuuden hoidosta. Tämänkin vuoksi tulisi varata tarpeeksi aikaa keskustelulle, jotta potilailla olisi mahdollisuus kysyä mieltään askarruttavia kysymyksiä.

Vastauksista nousi selkeästi esille tyytymättömyys julkisen puolen lapsettomuushoitoihin. Osa vastaajista koki, ettei julkisella puolella saanut vaikuttaa aikatauluihin ja hoitovaihtoehdot olivat vähäisiä. Yksityisen puolen koettiin paneutuvan paremmin henkisen tuen antamiseen ja hoidon koettiin olevan nopeampoisempaa. Lyhyen kaavan IVF-hoito ja lahjasoluhoido haluttiin kaikille mahdollisiksi hoitovaihtoeh-

doiksi. Tuntuu epärealistiselta, että lapsettoman parin mahdollisuudet lapsen saantiin riippuvat paljon asuinkunnasta ja parin taloudellisesta asemasta.

12.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyötä tehdessämme heräsi kiinnostus siitä, miten endometrioosista johtuva lapsettomuus konkreettisesti vaikuttaa naisen ja pariskunnan elämään. Olisi mielenkiintoista kuulla, miten paljon esimerkiksi sosiaaliset suhteet ja työssä jaksaminen kärsivät lapsettomuushoitojen aikana.

LÄHTEET

Ala-Mattinen, K. & Vesala, H. 2010. Lapsettomuuden takana endometrioosi – Tietoa lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille. AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammatti-
korkeakoulu. Viitattu 22.3.2012
[.https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23267/ala-
mattinen_kaisa.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23267/ala-mattinen_kaisa.pdf?sequence=1)

Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkkyyssä. Keuruu: Otava.

Endometrioosiyhdistyksen www-sivut. Viitattu 22.3.2012.
www.endometrioosiyhdistys.fi

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

Eskola, K., Hytönen, E. & Komulainen, S. 1993. Äitiyshuolto ja naistentautien sairanhoido. Porvoo: WSOY.

Fyhr-Komu, J. 2008. Naisten kokemuksia tahattomasta lapsettomuudesta. AMK-
opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.3.2012.
[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/11115/2008-05-07-
07.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/11115/2008-05-07-07.pdf?sequence=1)

Hartikainen, A-L., Tuomivaara, L., Puistola, U. & Lang, L. 1994. Koko nainen -
Raskaus, seksi, sairaudet. Porvoo: WSOY.

Hippeläinen, M. 2001. Endometrioosi. Duodecim 117 (7): 703–711.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. uud. p. Helsinki:
Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki:
Tammi.

Hovatta, O. & Niemi, M. 1986. Saisimmepä lapsen. Espoo: Weilin+Göös.

Härkki, P. 2010. Endometrioosi. Lääkärin käsikirja. Viitattu 22.3.2012.
www.terveysportti.fi, lääkäriin käsikirja, endometrioosi.

Kassari, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. &
Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY

Kukkurainen, M-L. 2007. Vertaistuki ja tukihenkilötoiminta. Terveyskirjaston www-
sivut. Viitattu 29.3.2012. www.terveyskirjasto.fi

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors,
T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79 (10), 6-7.

Miettinen A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöliiton väestöntutkimuslaitos. Helsinki.

Oinonen, T. 1998. Pitkä odotus – kokemuksia lapsettomuuden hoidosta.

Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A-M (toim.) 2006. *Kätilötyö*. Tampere: Edita.

Salzer, L. 1994. *Lapsettomuus kriisinä*. Helsinki: Otava.

Santala, M. & Kauppila, A. 2001. Endometrioosi. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. Viitattu 22.3.2012. www.satshp.fi

Setälä, M., Hurskainen, R., Kauko, M., Kujansuu, E., Tiitinen, A., Vuorma, S. & Mäkelä, M. 2001. Endometrioosin aiheuttaman kivun hoito. *FinOHTAn raportti 19*. Helsinki: STAKESin monistamo.

Tiitinen, A. 2010a. Tietoa potilaalle: Endometrioosi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.10.2010. <http://www.terveysportti.fi>, lääkärin käsikirja, endometrioosi.

Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2001. Lapsettomuus. Teoksessa O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Vuorinen, M. 1996. Oma-apuryhmäprojekti. Teoksessa Kärkkäinen, T. & Nylund, M. (toim.). *Oma-apuryhmät: vertaistuen tukea ja toimintaa*. Kansalaisareena ry. Helsinki. 7.

Womenshealthin www-sivut. Viitattu 10.4.2012. www.womenshealth.gov.

KYSELYLOMAKE

”Potilaiden kokemuksia endometrioosista johtuvasta lapsettomuudesta.”

Ympyröikää Teille oikean vastausvaihtoehdon edessä oleva numero monivalintakysymyksissä. Vastatkaa avoimiin kysymyksiin vastaukseen varatuille riveille. Mikäli avoimille kysymyksille tarkoitetut vastausrivit eivät riitä, voitte jatkaa vastaustanne kyselylomakkeen kääntöpuolelle.

1. Ikä

- 1 Alle 20 vuotta
- 2 20–29 vuotta
- 3 30–39 vuotta
- 4 40–49 vuotta
- 5 50 vuotta tai yli

2. Siviilisääty

- 1 Avio-/ avoliitossa
- 2 Naimaton

3. Minkälaista hoitoa olette saaneet endometrioosiin?

- 1 Leikkaushoito
- 2 Hormonihoidot
- 3 Muu, mikä? _____

4. Minkälaista lapsettomuushoitoa olette saaneet?

- 1 Ovulaatioinduktio
- 2 Inseminaatio
- 3 Koeputkihedelmöitys
- 4 Muu, mikä? _____

5. Oletteko saaneet vaikuttaa omiin lapsettomuushoitoihinne?

1 Kyllä

2 Ei

6. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen myöntävästi, miten saitte vaikuttaa lapsettomuushoitoihinne ja minkälaisin tuloksin?

7. Jos vastasitte kysymykseen viisi (5.) kielteisesti, miten olisitte halunneet vaikuttaa lapsettomuushoitoihinne?

8. Mikä tukimuoto on ollut tärkein lapsettomuushoitajien aikana?

1 Puoliso

2 Perhe

3 Ystävät

4 Vertaistuki (esim. Endometriosiyhdistys)

5 Hoitohenkilökunta

6 Muu, mikä? _____

9. Oletteko mielestänne saaneet tarpeeksi tukea hoitohenkilökunnalta?

1 Kyllä

2 Ei

10. Onko puolisoanne otettu riittävästi huomioon lapsettomuushoitajien aikana?

1 Kyllä

2 Ei

11. Jos koette tuen saamisen itsellenne tai puolisolellenne liian vähäiseksi, minkälaista tukea kaipaisitte enemmän?

12. Oliko tiedonsaanti riittävää lapsettomuuteen liittyvissä asioissa? Mistä asioista olisitte kaivanneet lisää tietoa?

13. Keneltä olette saaneet tietoa lapsettomuushoidoista?

- 1 Hoitohenkilökunta
- 2 Vertaistuki
- 3 Internet
- 4 Muualta, mistä?

14. Minkälaisia odotuksia Teillä oli lapsettomuushoitoihin liittyen? Täyttyivätkö odotukset?

15. Kehittämisiäideoita lapsettomuuden hoitoon?

Kiitos vastauksistanne!

KYSELYLOMAKE

”Henkilökunnan kokemuksia endometrioosista johtuvasta lapsettomuudesta.”

Ympyröikää Teille oikean vastausvaihtoehdon edessä oleva numero monivalintakysymyksissä. Vastatkaa avoimiin kysymyksiin vastaukseen varatuille riveille. Mikäli avoimille kysymyksille tarkoitetut vastausrivit eivät riitä, voitte jatkaa vastaustanne kyselylomakkeen kääntöpuolelle.

1. Ikä

1. 20–29 vuotta
2. 30–39 vuotta
3. 40–49 vuotta
4. 50–59 vuotta
5. 60 vuotta tai yli

2. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

3. Ammattinimekkeenne

4. Oletteko hoitaneet endometrioosipotilaiden lapsettomuutta?

1. Kyllä
2. Ei

5. Oletteko mielestänne antaneet potilaille tarpeeksi tukea hoitoprosessin aikana?

- 1 Kyllä
- 2 Ei

6. Oletteko mielestänne huomioineet puolisoa riittävästi?

1 Kyllä

2 Ei

7. Jos vastasitte edellisiin kahteen kysymykseen kielteisesti, mikä vaikutti tuen antamisen riittämättömyyteen?

8. Mitä asioita huomioitte ohjauksessa? Voitte ympyröidä useamman vaihtoehdon.

1. Parisuhde
2. Vertaistuki
3. Terveys
4. Taloudelliset asiat
5. Työssä jaksaminen
6. Sosiaaliset suhteet
7. Tietoa endometriosisista
8. Tietoa lapsettomuudesta
9. Tietoa lapsettomuushoidoista
10. Muu, mikä?

9. Mitä asioita mielestänne huomioitte liian vähän ohjauksessa?

10. Minkälaista koulutusta olet saanut liittyen lapsettomuuteen?

- 1 Vain ammatillista koulutusta
- 2 Jatko- tai kertauskoulutusta
- 3 Muuta koulutusta, mitä?

11. Kaipaisitteko lisää tietoa/ koulutusta endometrioosista johtuvan lapsettomuuden hoidosta?

1 Kyllä

2 Ei

12. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen myöntävästi, minkälaista tietoa/ koulutusta haluaisitte?

13. Minkälaisia valmiuksia koette kaipaavanne lisää lapsettomien parien hoitoon?

14. Mitä muuta haluaisitte kertoa hoitohenkilökunnan näkökulmasta lapsettomuushoidoista?

15. Kehittämisiäideoita lapsettomuuden hoitoon?

Kiitos vastauksistanne!

Riikka Suhonen

XXXXX

XXXXX

XXXXX

ANOMUS

Laura Suontausta

XXXXX

XXXXX

XXXXX

21.2.2012

Endometrioosiyhdistys ry

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikössä hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opintolinjalla. Valmistumme sairaanhoitajiksi keväällä 2012.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa endometrioosiin sairastuneiden lapsettomuuden hoidosta. Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeilla, joissa käsitellään potilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksia endometrioosista johtuvasta lapsettomuuden hoidosta.

Pyydämme kohteliaimmin lupaa suorittaa kysely Endometrioosiyhdistyksen jäsenille, joilla on endometrioosista johtuvaa lapsettomuutta. Kyselyn suoritamme helmikuussa 2012. Kyselylomakkeella saadun aineiston käsittelemme luottamuksellisesti huolehtimalla potilaan yksityisyyden säilymisestä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa hyödynnettävissä olevaa tietoa endometrioosiin sairastuneiden naisten lapsettomuuden hoidosta endometrioosiin sairastuneille potilaille sekä heitä hoitavalle henkilökunnalle. Saatuja tietoja käytetään vain tätä tutkimusta varten. Valmis opinnäytetyö luovutetaan käyttöön tutkimusluvan myöntäjälle. Opinnäytetyömme ohjaa lehtori Meimi Lahti.

Kunnioittaen

Riikka Suhonen

Laura Suontausta

Opinnäytetyön työnjako

Riikka Suhonen

Aiheseminaarin suunnittelu ja toteutus	20	
Suunnitteluseminaarin suunnittelu ja toteutus	20	
Opinnäytetyön teoriaosuuteen perehtyminen	80	
Kyselylomakkeiden tekeminen (potilaat)	60	
Kyselylomakkeiden aineiston käsittely (potilaat)	100	
Teoriaosuuden kirjoittaminen (endometrioosi ja sen hoito)	100	
Raportointiseminaarin suunnittelu ja toteutus	20	= 400 h

Laura Suontausta

Aiheseminaarin suunnittelu ja toteutus	20	
Suunnitteluseminaarin suunnittelu ja toteutus	20	
Opinnäytetyön teoriaosuuteen perehtyminen	80	
Kyselylomakkeiden tekeminen (henkilökunta)	60	
Kyselylomakkeiden aineiston käsittely (henkilökunta)	100	
Teoriaosuuden kirjoittaminen (lapsettomuus ja sen hoito)	100	
Raportointiseminaarin suunnittelu ja toteutus	20	= 400 h