

---

# **Endometrioosi ja lapsettomuus**

Opas Endometrioosiyhdistykselle



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2015

Salla Iivonen

Anni Lindqvist



HÄMEENLINNA  
Hoitotyönkoulutusohjelma  
Hoitotyö

---

|                  |                                      |                   |
|------------------|--------------------------------------|-------------------|
| <b>Tekijät</b>   | Salla Iivonen<br>Anni Lindqvist      | <b>Vuosi</b> 2015 |
| <b>Työn nimi</b> | Endometrioosi ja lapsettomuus – Opas |                   |

---

## TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö endometrioosia ja lapsettomuutta koskien toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toimeksianto saatiin Endometrioosiyhdykseltä, joka on vapaaehtoistoiminnalla toimiva endometrioosia sairastavien tukijärjestö. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa endometrioosista ja lapsettomuudesta sekä tuottaa opas endometrioosia sairastaville sekä heidän läheisilleen. Oppaan tarkoituksena on lisätä endometrioosia sairastavien naisten sekä heidän läheistensä tietämystä endometrioosista ja lapsettomuudesta sekä auttaa heitä pääsemään avun piiriin.

Oppaan sisältöä suunniteltaessa pyydettiin arvioita, näkemyksiä ja kommentteja Endometrioosiyhdistys ry:n edustajilta sekä heidän ehdotuksestaan myös lapsettomien yhdistys Simpukka ry:ltä. Palautteen mukaan opaslehtistä muokattiin ja uudistettiin.

Opas perustuu kirjallisuuteen ja näyttöön perustuvaan tietoon. Tiedonhaussa käytettiin apuna erilaisia tiedonhakumenetelmiä sekä erilaisia tiedonhakukantoja. Opinnäytetyössä käytettiin mahdollisimman tuoreita lähteitä saatavuuden mukaan. Oppaaseen kerättiin keskeisimmät tiedot endometrioosista ja lapsettomuudesta. Se sisältää endometrioosin ja lapsettomuuden kuvaukset, hoitokeinot sekä yhteystiedot, mistä voi hakea apua, tietoa ja tukea sairauden kanssa elämiseen.

**Avainsanat** Lapsettomuus, endometrioosi, opas

**Sivut** 25 s. + liitteet 5 s.

HÄMEENLINNA  
Degree Programme in Nursing  
Nursing

---

**Authors**

Salla Iivonen  
Anni Lindqvist

**Year** 2015

**Subject of Bachelor's thesis**

Guide about Endometriosis and Childlessness

---

ABSTRACT

This thesis about endometriosis and childlessness was a practice based thesis. The thesis was commissioned by Endometriosisyhdistys ry. The aim of the thesis was to gather information about endometriosis and childlessness and make a guide for women suffering from endometriosis and their next of kin. The aim of the guide was to increase their knowledge about endometriosis and childlessness and to make it easier for them to get help.

The guide was based on reliable literature and evidence-based information. The sources were collected by using different methods. For the guide all main points about endometriosis and childlessness were gathered. It includes treatment and descriptions of endometriosis and childlessness. There is also information about ways to get help, knowledge and support for coping with the sickness.

Endometriosisyhdistys ry. gave help with planning the guide and they commented it multiple times. As Endometriosisyhdistys ry. wished, the guide was sent to Simpukka ry. to get more feedback about childlessness in the guide. Based on the feedback the guide was updated.

**Keywords** Endometriosis, childlessness, guide

**Pages** 25 p. + appendices 5 p.

---

## SISÄLLYS

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | JOHDANTO.....  | 1  |
| 2   | ENDOMETRIOOSI SAIRAUTENA JA SAIRAUDEN TOTEAMINEN .....                       | 2  |
| 2.1 | Endometrioosin hoito .....   | 4  |
| 2.2 | Endometrioosin lääkehoito.....   | 4  |
| 2.3 | Endometrioosin leikkaushoito.....  | 5  |
| 3   | TAHATON LAPSETTOMUUS .....   | 7  |
| 3.1 | Selittämätön lapsettomuus ja lapsettomuuteen yhteydessä olevat tekijät ..... | 7  |
| 3.2 | Lapsettomuuden selvittäminen.....  | 8  |
| 3.3 | Lapsettomuuden hoito .....   | 9  |
| 3.4 | Hoitomenetelmät .....  | 10 |
| 3.5 | Psyykkinen tuki .....  | 13 |
| 4   | LAPSETTOMUUDESTA TEHDYT TUTKIMUKSET JA AIEMMAT<br>OPINNÄYTETYÖT.....         | 15 |
| 5   | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....                                  | 17 |
| 6   | OPPAAN TUOTTAMINEN .....   | 18 |
| 6.1 | Opinnäytetyöprosessi .....   | 18 |
| 6.2 | Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....                                 | 19 |
| 6.3 | Opas Endometrioosiyhdistykselle ja oppaan sisältö .....                      | 19 |
| 7   | POHDINTA.....  | 20 |
| 7.1 | Oppaan arviointi.....  | 20 |
| 7.2 | Opinnäytetyön prosessin ja oppimisprosessin arviointi.....                   | 21 |
|     | LÄHTEET .....  | 22 |

Liite 1 Endometrioosi ja lapsettomuus – Opas Endometrioosiyhdistys Ry:lle

## 1 JOHDANTO

Endometrioosi eli kohdun sirottumatauti on naisilla yleinen hedelmällisen iän sairaus, joka paranee menopausissa itsestään. Sen pääoireita ovat voimistuneet kivuliaat kuukautiskivut, alavatsakivut, kuukautishäiriöt ja hedelmättömyys. Usein juuri hedelmättömyyden vuoksi sairauden tutkimukset aloitetaan. On kuitenkin lohduttavaa, että endometrioosi heikentää hedelmällisyyttä vain harvoin steriliteettiin asti. Sen vuoksi lapsettomuustutkimuksissa olevilla tai aiemmin niissä käyneillä endometrioosipotilailla spontaanit raskaudet ovat tavallisia. Lisäksi on hyvä tietää, että endometrioosi ei aina edes heikennä hedelmällisyyttä. (Santala & Kauppila 2004, 96, 102.)

Hedelmällisessä iässä olevista pareista arviolta noin 15 % kohtaa lapsettomuutta jossakin elämänvaiheessa. Opinnäytetyössämme käsittelemme tahatonta lapsettomuutta, joka tarkoittaa vähintään vuoden yrittämisen jälkeen alkamatonta raskautta seksuaalisesti aktiivisella pariskunnalla. Suomessa arviolta 30 000 parilla esiintyy tahatonta lapsettomuutta. Noin kolmasosa lapsettomuuden syistä johtuu naisesta, kolmasosa miehestä ja kolmasosa molemmista. Lapsettomuudesta kärsivillä naisilla 10–30 %:lla on todettu endometrioosi. (Tiitinen & Hovatta 2004, 176,178; Koskimies 2004, 42.)

Nainen, joka on hoidoissa lapsettomuuden vuoksi, kohdataan hyvin intiimillä elämänalueella. Hänen hoitotyössään korostuu hienotunteisuus, sillä lapsettomuus voi olla kipeä asia. Parisuhteessa lapsettomuus koskettaa molempia osapuolia ja koettelee parisuhdetta, minkä vuoksi olisi tärkeää antaa realistinen kuva hoidon onnistumisesta. Psykkisen tuen tarve korostuu etenkin pariskunnan päättäessä luopua hoidoista. Hoitajalla on tärkeä rooli lapsettomuudesta kärsivän naisen tai pariskunnan ohjaamisessa. Molemmille osapuolille annettu tuki auttaa heitä tukemaan toinen toisiaan. (Ihme & Rainto 2008.)

Ohjaustilanteissa hoitaja saattaa toimia toivon tuojana pariskunnille esimerkiksi kertomalla erilaisista vanhemmaksi tuleminen vaihtoehtoista, kuten keinohedelmöityksestä tai adoptiosta. Myös gynekologisessa leikkaushoidossa hoitaja ohjaa potilasta ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. (Ihme & Rainto 2008, 22.)

Teemme opinnäytetyön Endometrioosiyhdistys ry:lle. Kyseessä on opas endometrioosia sairastavalle naiselle, jota lapsettomuus koskettaa. Tarkoituksena olisi, että nainen ja hänen läheisensä saisi oppaasta tietoa sairaudesta helposti ja ymmärrettävästi.

## 2 ENDOMETRIOOSI SAIRAUTENA JA SAIRAUDEN TOTEAMINEN

Suomenkielinen nimi endometrioosille on kohdun limakalvon pesäkesirotumatauti ja se on yleisimpiä gynekologisia sairauksia kohdun lihaskasvain-ten jälkeen (Leminen 2009). Tutkimusten perusteella ei osata sanoa endometrioosin syntymekanismia. Mahdollinen syy endometrioosille on se, että kuukautisten aikana kohdun limakalvoa kulkeutuu vatsaonteloon munatorvien kautta ja kiinnittyy siellä vatsakalvon pintaan kohdun limakalvon tapaiseksi kudokseksi. On myös mahdollista, että endometrioosia sairastavilla naisilla normaali elimistön immuunijärjestelmä olisi jollakin tavalla häiriintynyt ja näin ollen mahdollistaa endometrioosin kehittymisen. (Tiitinen 2013b.)

Endometrioosista kärsivän naisen kehossa esiintyy kohdun limakalvon tyyppistä kudosta kohdun ulkopuolella. Tavallisimmin kudosta esiintyy vatsakalvon pinnalla pikkulantiossa, emättimen ja peräsuolen välissä tai munasarjojen pinnalla. Kuukautisten aikana verta vuotaa ympärillä oleviin kudoksiin aiheuttaen arpia ja verenkertymiä sekä kiinnikkeitä. (Leminen 2009.) Pesäkkeitä voi kuitenkin ilmetä kehossa lähestulkoon missä vain, kuten esimerkiksi keuhkoissa. (Tiitinen 2013b.)

Endometrioosi ei ole lainkaan harvinainen sairaus vaan sitä esiintyy noin vajaalla 10 prosentilla naisista, yleisimmin 25–29-vuotiailla. Endometrioosista aiheutuvat oireet helpottavat usein vaihdevuosi-ässä. Sairaus on siis estrogeeniriippuvuuden takia erittäin harvinainen ennen kuukautisten alkamisikää ja vaihdevuosien jälkeen. (Leminen 2009.)

Lisäksi endometrioosia sairastavilla 40 %:lla on adenomyoosi eli sairaus, jossa lihassyiden väliin ja kohtulihaksen sisälle muodostuu ulokkeita, mitkä muodostuvat kohdun limakalvon rauhasista. Adenomyoosia on pidetty joskus endometrioosin alalajina. Muutokset ovat yleensä kohdun takaseinässä tai paikallisesti pesäkkeinä, jotka muodostavat muun muassa adenomyooman. Muutoksia esiintyy yhdellä kymmenestä yli 40-vuotiaalta naiselta. Adenomyoosi ei ole harvinainen ja se on myös yleisempi synnytäneellä naisella. (Tiitinen 2014.)

Vaikka diagnosointi on hankalaa, lääkäri pystyy jo oireiden perusteella epäilemään endometrioosia. Tavallinen löydös gynekologisessa sisätutkimuksessa on kipu ja arkuus kohdun takapinnalla. Lievemässä taudissa löydös voi olla täysin normaali. Lääkäri voi peräsuolen kautta tunnustellen löytää kohdun takapinnalla olevia voimakkaastikin arastavia nystyröitä, nämä eivät välttämättä löydy emättimen kautta tehtävässä tutkimuksessa. Ultraäänellä vatsan peitteiden läpi tai emättimen kautta voidaan havaita helpoiten endometrioosikystat, kuten suklaakystat. Suklaakysta on tila, jossa munasarjan sisälle on kasvanut endometrioosia ja voi olla selvästi suuren- tunut, mikä huomataan sisätutkimuksessa. (Tiitinen 2013a.)

Luotettavan endometrioosi diagnoosin saaminen on hankalaa ja oikean diagnoosin löytäminen voi kestää useita vuosia. Endometrioosissa on havaittavissa kolmenlaisia pesäkkeitä, joita ovat pinnalliset pesäkkeet, muna-

sarjan endometrioomat, sekä syvät pesäkkeet. Pinnalliset pesäkkeet sijaitsevat vatsakalvolla tai vatsaontelon kudosten pinnalla aiheuttaen kipua ja vuotohäiriöitä. Pinnalliset pesäkkeet löydetään varmasti ainoastaan laparoskopialla eli vatsaontelontähystyksellä. (Härkki, Heikkinen, Setälä. 2011.)

Munasarjoissa olevat endometrioosikystat eli endometrioomat taas voivat löytyä sattumalöydöksenä vatsakipujen takia tehdyssä tutkimuksessa, vaikka naisella ei välttämättä muita oireita ole. Endometrioomapotilaista puolella on syviä pesäkkeitä, jotka kasvavat viereiseen kudokseen. Syvät pesäkkeet aiheuttavat erilaisia oireita, kuten kipua, riippuen pesäkkeen sijainnista. Esimerkiksi emättimen pohjassa olevat pesäkkeet jotka ovat kiinnittyneet paksusuoleen, voivat aiheuttaa yhdyntä- ja ulostuskipuja. Kuukautisvuodon aikana säännöllisesti esiintyvä epätyypillinen kipuoire, kuten hartiapistos tai kipu nivustaipessa saattavat myös liittyä endometrioosiin. (Härkki, ym. 2011.)

Gynekologisessa tutkimuksessa voi esiintyä sinertävää endometrioosikudosta, joka johtuu kohdun ja ristiluun sekä kohdun ja paksusuolen välisistä syvistä pesäkkeistä. Pesäkkeet ovat kipeitä ja kovia. laparoskopian jälkeen voidaan vasta varmuudella todeta endometrioosi ja sen laajuus. Oireiden mukaan lisäksi lääkäri voi suorittaa virtsarakon tähystyksen ja suolitähystyksen. (Gynekologinen kaikututkimus 2013.) Magneettikuvaus on hyvä tehdä leikkausta edeltävästi, kun tutkitaan suolipesäkkeitä ja virtsajohtimen endometrioosipesäkkeiden aiheuttamaa hydronefroosia eli vesimunuaisia (Härkki, ym. 2011).

Endometrioosin riskiä lisäävät tekijät, jotka pitävät yllä munasarjojen ja endometriumien eli kohdun limakalvon jaksottaista ja pitkäaikaista toimintaa. Jos endometrioosia esiintyy runsaasti naisen suvussa, on naisella kuusi–yhdeksänkertainen riski sairastua endometrioosiin. (Leminen 2009.)

Endometrioosipesäkkeet aiheuttavat naiselle kroonisen tulehdusreaktion kudokseen, johon myös estrogeeni vaikuttaa. Tauti on itsessään riippuvainen estrogeenistä ja helpottaa kausina, jolloin naisen estrogeenin erityis on vähäisempää kuten imetysaikana. Endometrioosikudos myös itsessään tuottaa jonkin verran estrogeenia. (Leminen 2009.)

Tyypillisin endometrioosin aiheuttama oire on vuorokausia ennen kuukautisvuotoa alkava kivun tunne alavatsalla, joka ei helpotu tavallisimmilla särkylääkkeillä (Härkki, ym. 2011). Endometrioosista kärsivät naiset ovat useimmiten erittäin kipeitä pesäkkeiden aiheuttamien oireiden takia ennen kuukautisten alkua ja kuukautisten aikana. Kuukautisten aikaan naisella voi olla lisäksi tärinäkipua. Endometrioosi saattaa aiheuttaa tiputteluvuotoa pitkien kuukautiskiertoa. Nainen jolla on endometrioosipesäkkeitä voi kärsiä yhdyntäkivuista endometrioosikudoksen aiheuttamien kiinnikkeiden takia, sekä ulostamis- tai virtsaamiskivuista, jotka ovat varsin tavallinen oire sairaudessa. Endometrioosi voi aiheuttaa lisäksi munasarjakasvaimia. (Tiitinen 2013b.) Yksittäinen naisen elämään suuresti hankaloittava asia voi olla endometrioosin mahdollisesti aiheuttama lapsettomuus, johon tässä opinäytetyössä syvennytään.

### 2.1 Endometrioosin hoito

Endometrioosiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Hoidon tulee olla yksilöllistä ja hyvin suunniteltua. Siinä tulisi huomioida naisen ikä, aikaisemmat leikkaukset ja raskaustoive. Hyvin onnistunut hoito vaatii toimivaa yhteistyötä lapsettomuuslääkäreiden ja gynekologien välillä ja lisäksi usein kirurgien ja urologin kanssa. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 98–99.)

Lievemmissä endometrioosi tapauksissa spontaanisti alkavaa raskautta on perusteltua odottaa, mikäli ovulaatio, munanjohtimien toiminta, miehen siemennesteen laatu sekä muut raskauteen vaikuttavat tekijät ovat kunnossa. Lievässä endometrioosissa lapsettomuushoidot on hyvä aloittaa keveämmillä menetelmillä, kuten munasolun kypsytyshoidoilla ja keinohedelmöityksellä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 100–101.)

### 2.2 Endometrioosin lääkehoito

Ensisijainen hoito endometrioosiin on pitkäkestoinen lääkehoito jolla pyritään estämään estrogeenin stimuloiva vaikutus endometriosikudokseen ja näin pienentämään pesäkkeitä olettaen, että endometrioosi käyttäytyy kuten kohdun terve limakalvo. Hoitovaste ei kuitenkaan aina ole hyvä, koska endometrioosista kärsivät naisen kohdun limakalvo poikkeaa terveen naisen kohdun limakalvosta. Lääkehoidon kokeilun voi aloittaa ennen varmaa diagnoosia endometrioosista. Jos hoito on tehokasta, sitä voidaan jatkaa ilman laparoskopiaa eli vatsaontelon tähytystä. Lääkehoito tehoaa parhaiten vatsaontelon pinnalla oleviin pesäkkeisiin ja huonoiten endometrioosiin, sekä syviin pesäkkeisiin. (Härkki, ym. 2011.)

Lääkehoidossa on mahdollisuus valita useita eri vaihtoehtoista ja kokeilemalla niistä löytää jokaiselle potilaalle sopivan ja vähiten haittavaikutuksia aiheuttavan lääkityksen. On kuitenkin hyvä pitää mielessä, että kaikki endometrioosin hoitoon tarkoitetut hormonilääkkeet eivät sovi naiselle, joka toivoo raskautta, koska lääkkeet ehkäisevät raskauden. (Härkki, ym. 2011.) Hoitajan tulisi keskustella potilaan kanssa eri vaihtoehtoista sekä niiden mahdollisista vaikutuksista. Silloin potilas voi olla mukana vaikuttamassa omaan hoitoonsa. Hoitaja vastaa potilaan kysymyksiin ja ohjaa lääkkeiden käyttämisessä. On erityisen tärkeää että potilaalla on riittävä tietämys lääkehoidonsa toteuttamiseen turvallisesti toivottujen vaikutusten aikaan saamiseksi. (Ihme & Rainto 2008.)

Lääkehoidossa käytetään prostaglandiinisynteesin estäjiä. Kudoshormoneihin kuuluvia prostaglandiineja syntyy endometriosikudoksessa ja kohdun limakalvolla. Lääkkeen avulla tuotanto hiipuu ja kipu lievittyy 70–80 %:lla potilaista. Lääke kuitenkin yksin ei riitä endometriosipotilaiden kipujen hoitamiseen. (Härkki, ym. 2011.)

Yhdistelmäehkäisyvalmisteet kuten e-pillerit, renkaat ja laastarit ovat ensisijaisia lääkkeitä endometrioosin hoitoon. Yleensä ensimmäiseksi kokeillaan tavallista jaksottaista hoitoa. Kuitenkin herkästi saatetaan siirtyä pitkään sykliin, jossa valmistetta käytetään mahdollisimman kauan ilman, että reilua tiputteluvuotoa tai muita oireita, kuten painon tunnetta alkaa esiintyä.



Mitä harvemmin kuukautiset tulevat, sitä paremmin oireet pysyvät hallinnassa. Yhdistelmäehkäisy vähentää gonadotropiinin eritystä ja näin ollen ohentaa kohdun limakalvoa ja pienentää endometriosipesäkkeitä. Gonadotropiini säätelee ja stimuloi sukupuolirauhasten toimintaa. Keltarauhashormonit ovat turvallinen ja helppo lääke. Lääkettä käytetään joka päivä ilman taukoja. Lääkkeiden vaikutuksesta kohdun limakalvo ja endometriosipesäkkeet vähenevät, pesäkkeiden kiinnittyminen sekä uudisverisuonten muodostuminen heikkenee, endometriosikudoksen häviäminen tehostuu ja tulehdusreaktio vaimenee. Uusimpana progestiinina eli keltarauhashormonina on dienogesti, joka on keltarauhashormoni ja jonka vaikutus kohdun limakalvoon on voimakas. Hormonikierukka, joka vapauttaa levonogestrelia eli keltarauhashormia, on myös hyvä endometriosin hoidossa vaikka vaikutus on lievä munasarjojen steroidisynteesiin. (Härkki, ym. 2011; Gonadotropiini n.d.)

Lääkkeitä, jotka vaikuttavat sukupuolirauhasten toimintaan käytetään, kun yhdistelmäehkäisy- ja progestiini- ja progesteronivalmisteet eivät riitä. Lääkkeen avulla saavutetaan menopaussi, jolloin seuraa kuukautisten puuttuminen. Pelkästään sukupuolirauhastoimintaa säätelevien lääkkeiden haittavaikutuksena ovat vaihdevuosisoireet sekä luuston haurastuminen. Haittavaikutuksien takia hoitoon liitetään heti aluksi niin sanottu add-back terapia, jossa useimmiten annetaan potilaalle yhdistelmäehkäisyvalmistetta tai vaihdevuosisormonivalmistetta. (Härkki, ym. 2011.)

Lisäksi on käytössä aromataasientsyymin estäjiä, joiden tehon ajatellaan perustuvan niiden kykyyn estää gonadotropiineista riippumatonta estrogeenituotantoa mm. endometriosissa. Aromataasin estäjien teho ei yksin ole riittävä, minkä takia estrogeenituotanto estetään lisälääkityksellä, kuten yhdistelmäehkäisyvalmisteilla. Lääkehoidossa on muistettava eri valmisteiden aiheuttamat sivuvaikutukset, joita saattaa olla käytetystä valmisteesta riippuen; tiputtelu vuoto, turvotus, akne, psyykkiset oireet, sekä rasva-aineenvaihdunnan ongelmat. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 99–100.)

### 2.3 Endometriosin leikkaushoito

Leikkaushoidolla voidaan parantaa hedelmällisyyttä keskivaikeissa tapauksissa ainakin ohimenevästi. On kuitenkin huolellisesti harkittava munasarjoihin kohdistuvia leikkauksia, koska ne saattavat vähentää munarakkuloiden määrää ja näin ollen aiheuttaa pahimmillaan ennenaikaisen vaihdevuosisien alkamisen. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 100–101.)

Vaikeissa endometrioosi tapauksissa on perusteltua hoitaa lapsettomuutta koeputkihedelmöityksellä ilman viiveitä. Syitä hoitojen nopeaan aloitukseen voi olla esimerkiksi laajalle levinnyt tauti tai pahasti vaurioituneet munajohtimet. Laajalle levinnyt endometrioosi voi olla tarpeellinen hoitaa jo kipujenkin vuoksi ja isot endometriomat (yli 6 cm) on syytä poistaa ennen lapsettomuushoitoja. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 100–101, 185.)

Turun yliopistollinen sairaala on tehnyt tutkimuksen endometriosin hoitoon käytettyjen leikkausten avusta raskaaksi tulemiseen. He kävivät läpi

sairaalan tietokantoja vuosilta 2006–2010. Tämän ajan sisällä operaatioiden määrä oli kasvanut huomattavasti. Potilaiden tekemien ilmoitusten perusteella leikkaushoitojen todettiin auttavan raskaaksi tulemisessa. (Edgren, Hyypiä, Suvitie, Perheentupa & Mäkinen 2014.)

Jos lääkehoito ei ole tuottanut tulosta tai halutaan päästä varmaan diagnoosiin, tulisi harkita leikkaushoitoa. Leikkaushoito parantaa elämänlaatua ja helpottaa kipuja. Leikkaushoidossa pyritään poistamaan endometriosisipesäkkeet täydellisesti, näin ollen palauttamaan normaali anatomia ja säilyttää samalla hedelmällisyys. Nykyään laparoskopia on ensisijainen vaihtoehto ja samalla myös kustannustehokkain leikkausmuoto. On kuitenkin tutkittu endometriosisin uusiutuneen lähes 20 %:lla endometriosisia sairastavista potilaista kahden vuoden kuluessa leikkauksesta. (Härkki, ym. 2011.)

Kohdun tai kohdun ja munasarjojen poisto ilman endometriosisikudoksen poistoa ei paranna sairautta. Kuitenkin kohdun tai munasarjojen poistoa voidaan harkita jos sairauden aiheuttamat kivut ovat kovat tai muilla keinoilla ei ole saatu toivottavaa apua eikä potilas myöskään toivo raskautta. (Härkki ym. 2011.) Leikkauksen jälkeen hormonihoito on vielä suositeltavaa uusiutumisriskin takia. Yhdistelmäehkäisy- tai progestiinilääkitystä onkin helppo jatkaa jos samalla tarvitaan raskauden ehkäisyä. (Ylikorkala & Tapanainen. 2011, 100.)

Naisen hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista eli hänen hoidossaan huomioidaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Silloin hoidetaan sairasta ihmistä kokonaisuutena eikä pelkkää sairautta. Leikkaushoidossa olisi hyvä olla mukana muun muassa hoitotyön, gynekologian, lääketieteen, leikkaushoidon, anestesian sekä laboratorion ja röntgenin asiantuntijoita. (Ihme & Rainto 2008, 22.)

Gynekologisen leikkauksen jälkeisessä hoidossa tulisi ohjata naista omatoimisuuteen. Se tarkoittaa, että naisen avun tarve huomioidaan ja siihen vastataan, mutta kuitenkin häntä rohkaistaan omahoitoon. Silloin hän kotiuttamisen jälkeen hoitaa ja kuntouttaa itseään aktiivisesti esimerkiksi veritukosriskiä pienentäen. (Ihme & Rainto 2008, 22.) Omatoimisuuteen kannustamisessa hoitajan tärkein tehtävä on motivointi. Potilaan tulisi tietää mitä hyötyä omahoitamisella on toipumisessa. Silloin potilas tuntee myös oman tekemisensä merkitykselliseksi ja kokee, että hänellä on ote omasta elämästään.

### 3 TAHATON LAPSETTOMUUS

Tässä luvussa käsitellään lapsettomuutta, jota on olemassa tahatonta ja tahallista. Opinnäytetyössä perehdytään tahattomaan lapsettomuuteen, joka tarkoittaa, että raskaus ei ole alkanut seksuaalisesti aktiivisella pariskunnalla yli vuoden yrittämisen jälkeen. Lapsettomuutta on olemassa sekä ensisijaista, jolloin pariskunnalla ei ole lainkaan lapsia että toissijaista, joka tarkoittaa pariskunnalla olevan aiempi tai aiempia lapsia.

Lapsettomuuden yleisyydestä on hankala sanoa tarkkaa lukua, mutta noin 15 % pariskunnista kokee tahatonta lapsettomuutta jossakin elämän vaiheessa (Ihme & Rainto 2008, 68). Lapsettomuus lisääntyy huomattavasti iän myötä ollen 20–25-vuotiaana 6 % ja 40–45-vuotiaana 40 %. Kuitenkin enää vain noin viisi prosenttia on tahattomasti lapsettomia kolmen vuoden yrittämisen jälkeen. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 175.)

#### 3.1 Selittämätön lapsettomuus ja lapsettomuuteen yhteydessä olevat tekijät

Jos lapsettomuustutkimuksissa ei löydetä mitään syytä lapsettomuudelle, puhutaan selittämättömästä lapsettomuudesta. Mitä tarkemmin tutkimuksia tehdään, sitä pienemmäksi selittämätön lapsettomuus jää. Nykyisin sen osuus on 25 %. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 179.)

Hedelmällisin ikä naisella on 22 vuotta ja jo 35 ikävuoden jälkeen hedelmällisyys laskee rajusti. Kokonaan hedelmällisyys on ohi menopaussin alkaessa. Hedelmällisyyteen vaikuttaa usea eri tekijä kuten päihteet, tupakointi, huono ravitsemustila sekä vähäinen liikunta. Iällä on suuri merkitys naisen hedelmällisyyteen. Sairastetut sukupuoliteitse tarttuvat infektiot ja taudit, sekä kromosomipoikkeavuudet, kuten Turnerin oireryhmä vaikuttavat negatiivisesti lapsen saantiin. (Ihme & Rainto 2008, 68.)

Lapsettomuustutkimukset voidaan aloittaa parin niin toivoessa ja kun lapsettomuutta on kestänyt vuoden. Tutkimukset kannattaa aloittaa aiemmin, jos nainen on yli 38 vuotta, kuukautiskierrossa on ongelmia, taustalla on lantion alueen tulehduksia tai joitakin muita gynekologisia ongelmia. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 180.) Lapsettomuushoitoja ei tule aloittaa kuitenkaan liian aikaisin, jos on olemassa mahdollisuus spontaanisti alkavalle raskaudelle tai lapsettomuuteen johtavat tekijät, kuten paino-ongelmat tai tupakointi ovat hoidettavissa (Tiitinen 2013c).

Lapsettomuuden johtavat tekijät ovat karkeasti ilmenemisjärjestyksessä ovulaatioon liittyvät häiriöt, miehestä johtuvat tekijät, munajohdinvauriot, kohdun rakenteelliset viat, endometrioosi, kohdun kaulaan liittyvät tekijät ja seksiongelmat. Ovulaatiohäiriössä eli munasolun kypsymis- ja irtoamis-häiriössä on monta seikkaa, jotka voivat aiheuttaa lapsettomuuden. Häiriö luokitellaan sen mukaan, mistä syy on peräisin, kuten aivolisäkkeen tai munasarjan toiminnasta. Munajohdinvauriot aiheuttavat lapsettomuutta, koska vauriot häiritsevät sulusolujen kuljetusta, hedelmöittymistä ja alkion kiinnittymistä. Myös munajohdinvaurioita on useita erilaisia, kuten esimerkiksi munanjohdinten sisällä oleva kiinnike, joka vaurioittaa munajohdinta ja heikentää sen normaalia toimintaa. Alkion kiinnittymistä kohdun limakalvoon

haittaavat erilaiset kohtuviat, kuten kohtuonteloon pullistuvat myoomat. Kohdussa saattaa olla myös synnynnäisiä rakennevikoja. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 175–176.)

Lieviissä endometrioositapauksissa lapsettomuuden syntymekanismeja on hankala varmasti selittää, mutta todennäköisesti siihen vaikuttaa samat asiat kuin hankalammassa endometrioosissa (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 100–101). Endometrioosista kärsivillä naisilla munarakkulan kehitys, granuloosisolujen toiminta, munasolujen kypsyminen ja hedelmöityminen, munajohtimen toiminta sekä alkion kiinnittyminen on huonontunut. Tämä johtuu sairauden aiheuttamasta tulehdustilasta, muuttuneesta immuunivasteesta ja hormonitoiminnan häiriöstä sekä kohdun limakalvon muutoksista. Endometrioosin ollessa vaikea runsaat kiinnikkeet muuttavat naisen anatomiaa hedelmällisyyttä heikentäen. (Härkki, ym. 2011.)

PCOS eli monirakkulainen munasarjaoireyhtymä voi myös aiheuttaa lapsettomuutta, koska siihen liittyy tila jossa munasarjasta ei irtoa munasoluja. Siinä saattaa esiintyä myös epäedullisia muutoksia endometriumilla eli kohdun limakalvolla vaikeuttaen implantaatiota eli alkion kiinnittymistä kohtuontelon seinämään. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 108.) PCOS voidaan diagnosoida ultraäänen, gynekologisen tutkimuksien ja laboratoriotutkimusten avulla. Monirakkulaisen munasarjaoireyhtymän hoitona on hormonilääkitys. Lääkitys auttaa kuukautiskierron säännöllistämässä. (Ihme & Rainto 2008, 157.)

Miehestä johtuvat lapsettomuuden aiheuttajat ovat viime vuosikymmeninä lisääntyneet. Yleisimmät miehestä johtuvat lapsettomuuden syyt ovat laskeutumattomat kivekset, tulehdukset jälkitiloineen ja synnynnäiset poikkeavuudet. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 176.)

### 3.2 Lapsettomuuden selvittäminen

Lapsettomuus on parin yhteinen ongelma ja siksi heti alussa osapuolia on syytä haastatella yksin sekä yhdessä ja aloittaa kummankin osapuolen tutkimukset samaan aikaan. Hyvät esitiedot toimivat perustana lapsettomuuden toteamiselle. Tutkimuksissa selvitetään yleinen terveydentila, aiemmat sairaudet, leikkaukset ja sairaalahoidot. Alussa selvitetään myös käytössä olevat lääkkeet, tupakointi sekä päihteiden käyttö. Aiemmat raskaudet ja raskausyritykset on hyvä tietää. Naiselta kysytään puberteettikehitys, kuukautistilanne, mahdolliset sairauden oireet endokriinisiin tai kroonisiin sairauksiin sekä mahdolliset tulehdustaudit. Mieheltä kysytään kivesten laskeutuminen, puberteettikehitys ja tulehdukset sekä leikkaukset ja vammat perustietojen lisäksi. Alussa mieheltä tutkitaan myös siemennestänäyte ja selvitetään pariskunnan lapsettomuuden kesto, sekä milloin ehkäisy on jätetty pois ja mikä on yhdyntätiheys. Selvitetään lisäksi kuinka kauan raskautta on yritetty ja onko pariskunnalla esiintynyt ongelmia missään vaiheessa sukupuolielämässä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 180.)

Tutkimuksissa kartoitetaan pituuden ja painon lisäksi rintojen ja karvoituksen kehitys sekä otetaan PAPA-koet. Tarvittaessa tutkitaan infektionäytteet.

Lisäksi otetaan erilaisia verikokeita, joista kilpirauhasen toiminta ja prolaktiinitaso on syytä tutkia. (Ylikorkala & Tapanainen, 2011, 180.) FSH- ja LH- hormonien pitoisuuksilla varmistetaan munasolun irtoaminen. Munasarjan toiminnasta kertoo FSH-hormonitaso ja LH-hormonitaso voi kertoa monirakkulaisista munasarjoista. (Suikkari, Mäkinen & Tulppala 2007, 13.)

Lapsettomuutta selvittäessä naisen osalta tutkitaan aluksi munasarjojen rakenne sekä sijainti kohtuun ja munanjohtimiin nähden. Esimerkiksi keittosuolaruiskutuksella voidaan tutkia kohtuontelon muoto ja säännöllisyys. Munanjohtimien aukiolo tutkitaan ultraäänellä, ellei tarvetta vatsaontelontähystykselle ilmene. Tutkimuksessa kohtuonteloon ruiskutetaan keittosuola-ilmaseosta ja samalla seurataan sen kulkua munatorvissa. Sopivin aika tutkimukselle on alkukierto. Ennen tutkimuksen toteuttamista miehen siemennestenäytteen tulee olla valmiina ja näytteen tuloksen inseminaatiohoitoihin normaali tai riittävä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 181–182.)

Kohtuontelon tähystyksellä voidaan tutkia kohtua. Tutkimuksella voidaan arvioida esimerkiksi kohtuontelon muoto ja tarvittaessa ottaa koepaloja limakalvoilta. Tarkka lapsettomuuden perustutkimus on vatsaontelon tähystys, joka voi myös olla hoitava toimenpide. Tutkimuksessa nähdään munanjohtimen rakenteen ja aukiolon lisäksi myös pikkulantion kiinnikkeet ja mahdolliset endometriosipesäkkeet. Ovulaatio eli munasolun irtoaminen on syytä varmistaa vaikka kuukautiskierto olisikin säännöllinen seuraamalla sitä hormonimääritysten ja kaikututkimuksen avulla. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 181–182.)

### 3.3 Lapsettomuuden hoito

Ennen hoitoihin ryhtymistä on pariskunnan allekirjoitettava hoitosuostumus, joka on määräaikainen. Sitä ennen lääkäri kertoo hoidon toteutuksen, mahdolliset riskit ja onnistumismahdollisuudet. Kaikkien hoitovalintojen lähtökohtana on kuitenkin käyttää ainoastaan vaikuttavia hoitoja jolloin turhia ja toistuvia hoitoja ei toteuteta. Laissa ei ole ikärajoja, mutta julkisella puolella ei yleensä hoideta yli 40 -vuotiaita naisia. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 187–188.)

Suomessa syntyy tuhansia lapsia lapsettomuushoitojen avulla ja pelkästään koeputkihedelmöityksen avulla syntyy noin 3 % kaikista syntyvistä lapsista. Suomen laki ja asetukset säätelevät hedelmöityshoitojen antamista ja sukusolujen käsittelyä. Toimintaa valvoo Valvira ja Lääkelaitos ja se on luvanvaraista. Laissa mm. määritellään edellytykset hoitojen antamiselle sekä sukusolujen luovutukselle ja varastoinnille. Laissa on säädetty lisäksi hoidon tuloksena syntyneen lapsen oikeus saada tieto biologisista vanhemmistaan, lain keskeinen tavoite on turvata syntyvän lapsen etu. Lain mukaan hoitoon tulevilta pitää tutkia lisäksi HIV- ja hepatiitti-seulontakokeet, ja laki säätelee lisäksi laboratorioiden toimintaa tarkasti edellyttäen tarkkoja laatuja järjestelmiä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 187–188.)

Lapsettomuutta selvitetään pariskunnan yhteisenä ongelmana (Suikkari, ym. 2007, 13). Itse lapsettomuuden hoito suunnitellaan tarkasti parin toivei-

den ja lapsettomuuteen johtavan tekijän perusteella. Raskaiden lapsettomuushoitojen sijaan adoptio on hyvä vaihtoehto osalle pariskunnista. (Tiitinen 2013c.)

Julkisella puolella hoitoja ei voi saada jos pariskunnalla on jo kaksi lasta, sterilisaatio tai tartuntavaarallinen tauti joka vaatisi laboratoriolta erityisolosuhteita. Lahjasukusolujen käyttö on harkinnanvaraista. Näissä tapauksissa lapsettomuushoitoja on mahdollista saada kuitenkin yksityisillä lapsettomuusklinikoilla. Lapsettomuushoito suunnitellaan tutkimuksissa esiintulleiden tulosten, lapsettomuuden syyn ja keston perusteella. Lapsettomalle parille pyritään antamaan todenmukainen kuva raskauden alkamisen mahdollisuudesta myös ilman hoitoa. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 184, 187–188.) Joskus lapsettomuushoitoihin hakeutuu nainen yksin, jolloin hoidon suunnittelu sovitaan ainoastaan naisen kanssa ja lapsettomuushoidot toteutetaan lahjoitetuilla sukusoluilla.

### 3.4 Hoitomenetelmät

Useasta eri syystä johtuvaan lapsettomuuteen voidaan käyttää keinohedelmöitystä omia tai luovuttajan sukusoluja hyödyntäen lain asettamien ehtojen mukaisesti. Yleensä keinohedelmöitys tehdään kohtuonteloon (IUI). Tätä ennen siittiöt erotellaan ja pestään ennen inseminaatiota, koska siemenplasma sellaisenaan voi aiheuttaa naisen synnyttelimeissä haitallisia reaktioita. Ajoitus toimenpiteelle on tärkeä, tukena voidaan käyttää LH-hormoni eli ovulaatiotestejä tai kaikututkimusta. Onnistumistulos inseminaatiossa riippuu siemennesteen laadusta. Kiertoa kohti onnistumismahdollisuus on noin 5–10 % ja 10–20 %, jos hoito on yhdistetty munasolun irtoamista edistävään hoitoon. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 188.)

Ovulaatiohäiriöihin on paljon erilaisia hoitoja riippuen häiriön syystä. Munasolun munasarjoista irtoamista edistävään hoitoon käytetyin lääke kluokautiskierron puolessavälissä on klomifeenisitraatti, joka on tarkoitettu lisäämään munasolujen kehittymistä jos elimistön hormonitasot ovat normaalit. Hoito aloitetaan pienellä annoksella ja vastetta seurataan kaikututkimuksen avulla. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 186.)

IVF hoitoja eli koeputkihedelmöitystä voidaan käyttää lähes kaikissa lapsettomuusongelmissa. Nykyään IVF hoitoa käytetään eniten endometriosin aiheuttamasta ja selittämättömästä lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille. Koeputkihedelmöityshoidossa voi ilmetä lapsettomuuden syyksi hedelmöityshäiriö. Koeputkihedelmöityksessä on mahdollista käyttää lahjoitettuja munasoluja, jos naisen omia toimivia munasoluja ei kehity. Nykyään on myös mahdollisuus lahjoitettujen alkoiden käyttöön. Koeputkihedelmöityksessä käytetään hormonihoitoa, jolla saadaan useita munasoluja kypsyymään samanaikaisesti. Hormonihoidon vastetta seurataan kaikukuvauksella ja mahdollisesti seerumista tehtävällä määrityksellä. Hoitoon liittyy hyperstimulaation riski eli munasarjojen liika-aktivoituminen 1–5 %:ssa hoitoja. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 189–190.)

IVF hoidoissa munasolut kerätään emättimen kautta ja kerätyt munasolut siirretään viljelymaljaan, josta parin tunnin kuluttua hedelmöitetään. Noin

kahden vuorokauden kuluttua alkio on valmis alkionsiirtoon. Yleensä siirretään yksi alkio kerrallaan. Joissakin tapauksissa, kun hoitoja on jo useita, voidaan siirtää kaksi alkioita. Olennainen osa koeputkihedelmöityshoitoja on alkion pakastus. Kun alkioista yksi siirretään kohtuun, loput alkiot syväjäädytetään. Jos naisella on riski hyperstimulaatioon, ei alkion siirtoa kohtuun tehdä, vaan annetaan tilanteen rauhoittua ja alkiot pakastetaan. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 189–190.)

Hyperstimulaatio on vakavin komplikaatio eli lisäsairaus hedelmöityshoitoissa. Hyperstimulaatio aiheutuu kun munasarjojen vaste lapsettomuushoidoissa käytetyille hormonilääkkeille on liiallinen. Komplikaationa hyperstimulaatio on harvinainen, mutta sen lievempi muoto on hoitojen aikana yleinen. Oireina hyperstimulaatioissa ovat esimerkiksi vatsakipu, pahoinvointi ja turvotus. Hyperstimulaation ennakoiminen ei ole helppoa, mutta tiedetään että riskiryhmässä on hoikat, nuoret naiset sekä munasarjojen monirakkulaoireyhtymää sairastavat naiset. (Tiitinen 2014a.)

Yksi lapsettomuushoitojen vaihtoehtoista on ICSI eli siittiön mikroinjektio munasoluun. Hoidosta on kehittynyt miehestä johtuvan ja hedelmöitymisongelmasta johtuvan lapsettomuuden hoitokeino. Menetelmässä ohuella lasineulalla ruiskutetaan yksi siittiö munasoluun. ICSI-menetelmällä lapsettomuutta voidaan hoitaa hyvin tuloksin tilanteissakin, joissa mieheltä saadaan vain yksittäisiä siittiöitä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 190–191.)

Olennainen osa koeputkihedelmöityshoitoja on alkion pakastus, jolloin alkioista yksi siirretään kohtuun ja loput alkiot syväjäädytetään nestemäisessä typessä. Pakastamisen avulla pystytään välttämään hoidon riskejä, joita ovat hyperstimulaatio ja monisikiöiset raskaudet. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 191.)

IVF- ja ICSI-hoitojen tuloksiin vaikuttaa naisen ikä, lapsettomuuden aihe sekä hoitojen kesto. Tulos on kuitenkin yhtä hyvä riippumatta onko lapsettomuuden syy endometriooosi, munanjohtimen vaurio tai selittämätön lapsettomuus. Taustalla voi myös olla monen eri tekijän lapsettomuus, joka ei vaikuta hoidon tulokseen. Alle 38-vuotiaalla raskauden todennäköisyys on 25–40 % hoitokertaa kohti ja 20–30 %:ssa päästään synnytykseen asti. Kolmen hoitokerran jälkeen jo puolet pareista oli saanut lapsen. Samanlaiset tulokset ovat mikroinjektiohoidoilla, vaikka 40 ikävuoden jälkeen naisen omilla munasoluilla saavutetut tulokset ovat alle 10 % ja 43 ikävuoden jälkeen erittäin huonot. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 191; Tiitinen 2014b.)

Koeputkihedelmöityksen tuloksia on tutkittu ja toistettujen lapsettomuushoitojen avulla 70–80 % pareista on mahdollisuus saada lapsi. Kaksosraskaus on hedelmöityshoitojen tärkein riski ja se on ehkäistävissä ainoastaan yhden alkion siirrolla. (Isaksson & Tiitinen 2004.) Klomifeenin turhan käytön välttäminen sekä munarakkulojen kypsytyshoidon tarkalla seurannalla voidaan välttää kaksosraskauksia (Tiitinen 2002). Muita raskauksia useammin IVF-hoidolla alkaneet raskaudet päättyvät useimmin sektioon kuin spontaanisti alkanut raskaus. Epämuodostumien ilmeneminen lapsettomuushoidoissa on samaa tasoa kuin spontaanisti alkaneissa raskauksissa,

mutta rakennepoikkeavuuksia ilmene IVF- ja ICSI-hoitojen jälkeen hieman spontaanisti alkanutta raskautta enemmän. (Isaksson & Tiitinen 2004.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) on tilastotietoa lapsettomuushoidoista ja niiden kehittymisestä. Tilaston mukaan yhden alkion siirrot ovat nousseet 1990- luvun alusta, vuoteen 2008 asti kymmeniä prosentteja. Samoin monisikiöisten synnytysten osuus on vähentynyt. ICSI-menettelyn ja pakastetun alkionsiirron yleistyttyä hoitojen tulokset ovat myös nousseet 1990- luvulta alkaen huomattavasti. (Gissler & Heino 2010.)

Monirakkulaisessa munasarjaoireyhtymässä voidaan tarvittaessa käyttää leikkaushoitoa, jos tavanomainen munarakkulan kypsytyshoito ei ole onnistunut. Sterilisaatioleikkauksen jälkeen lapsen haluava voi saada lapsen sterilisaation purkuleikkauksen jälkeen tai koeputkihedelmöityksellä, mutta sterilisaation jälkeiset toimenpiteet eivät kuulu Kelan korvauksen piiriin. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 184–185.)

Leikkaushoitoon ryhdytään harkitusti tavoitteen ollessa diagnoosin tarkennus ja hedelmällisyyden parantaminen poistamalla tai vähentämällä häiritseviä tekijöitä. Aiheita leikkauksille on esimerkiksi kipu, myoomat ja endometrioosi. Leikkaus tehdään useimmiten vatsaontelontähystysleikkauksena, jossa kohdun muutoksia poistetaan kohdun tähystysleikkauksen eli hysteroskopian avulla. Leikkaukset vaativat suunnitelmallisuutta ja on arvioitava leikkauksesta riippuen miten pian potilas saa tulla raskaaksi. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 184–185.)

Miehen lapsettomuuteen vaikuttavia tekijöitä kuten sperman laadun heikkenemistä ei aina saada selville. Siemensyöksyn puuttumista voidaan kuitenkin toisinaan auttamaan lääkityksellä. Jos siittiöitä ei löydy ejakulaatista, voi niitä saada esimerkiksi kivespunktiolla, joka johtaa lapsettomuuden hoidossa IVF- tai ICSI-hoitoihin. Selittämätöntä siittiöiden harvalukuisuutta ja siittiöiden heikkoliikkeisyyttä ei pystytä hoitamaan koska hoidon mahdollisuudet miehestä johtuvassa lapsettomuudessa on rajalliset. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 186–187.)

Vaikka henkilö ei pystyisi saamaan biologisia lapsia, on hänellä mahdollisuus olla vanhempi esimerkiksi adoption kautta. Lapsen adoptiota säätelee adoptiolaki. Lain mukaan adoptionhakijan tulee olla vähintään 25-vuotias. Jos adoptoitava on alaikäinen, hakija saa olla korkeintaan 50 vuotta vanhempi. (Adoptiolaki 22/2012 2:6§.) Lapsi tulisi mahdollisuuksien mukaan sijoittaa niiden hakijoiden luokse, joilla arvioidaan olevan parhaat edellytykset huolehtia hänen hyvästä hoidosta ja kasvatuksesta. Lapsella tulisi olla kaksi adoptiovanhempaa ja lapsen mahdolliset sisarukset sijoitetaan samaan perheeseen. Perheessä aiemmin olleiden lapsien tulee olla adoptoitavaa lasta vanhempia. Lapsen sijoituksesta huolehtii adoptioneuvonnasta vastaava sosiaalityöntekijä. (Adoptiolaki 22/2012 2:27§.)

Adoptiossa neuvontaa saavat lapsen luovuttajat ja adoptiota hakevat. Adoptiota voi anoa Suomesta tai ulkomailta. Ulkomaisen adoption jonot ovat lyhentyneet. Koko adoptioprosessin tarkoitus on valvoa lapsen etua ja auttaa lasta. (Tiitinen & Hovatta 2004, 193.)



Sijaisvanhemmuus on myös yksi vanhemmuuden muoto eikä sitä säätele laki niin tiukasti kuin adoptiota. Sijaisvanhemmaksi voi ryhtyä lapseton pariskunta, mutta myös pariskunta jolla on jo lapsia. Sijaisvanhemmaksi voi ryhtyä myös yksin elävä henkilö. Sijaisvanhemmuudessa ei ole ehdottomia ikärajoja, mutta sääntönä on pidetty sitä että vanhempi sopisi lapsen biologiseksi vanhemmaksi ikänsä puolesta. (Mitä sijaisvanhemmuus on? n.d.) Sijaisvanhemmaksi pääsee ottamalla yhteyttä esimerkiksi kunnan sosiaalityöntekijöihin tai sijaishuoltoyksikköön. Lisäksi sijaisvanhemmaksi haluavan on käytävä PRIDE- ennakkovalmennus sekä tehtävä toimeksiantosopimus. Mitään tiettyä koulutusta sijaisvanhemmilta ei vaadita. (Miten sijaisvanhemmaksi tullaan? n.d.)

Lisäksi on olemassa tukiperhetoimintaa, joka kuuluu ehkäisevään lastensuojeluun. Lisäksi tukiperhe voi olla lastensuojelun tukimuoto lapsille, jotka ovat jo lastensuojelun asiakkaita. Perheet ohjautuvat tukiperhetoimintaan itse hakeutumalla tai muiden toimijoiden kautta, kuten koulun tai neuvolan ohjauksesta. Tukiperheiden hakemisella syitä voi olla yksinhuoltajuus, perheen huono sosiaalinen tukiverkosto tai raskas elämäntilanne. Pariskunta voi toimia tukiperheenä, vaikka heillä ei olisi lapsia entuudestaan. Myös yksin elävä henkilö voi hakeutua tukiperheeksi. Tukiperheille järjestetään valmennusta, koulutusta, ja he saavat aina sosiaalihuollon tuen sekä ohjauksen. (Ryhdy tukiperheeksi, 2015.)

Kaksin elämiseen päätyminen voi olla myös positiivinen kokemus. Pariskunta voi löytää uusia merkityksiä. Kun parisuhde on hyvinvoiva, antaa se voimia kahdestaan eläville. Myönteisistä puolista on hyvä nauttia oman puolison kanssa (Lapsettomuus parisuhteessa 2013). Tällaiseen päätökseen saattavat päätyä esimerkiksi pariskunnat, jotka eivät halua lapsettomuushoitoja tai hoidot ovat päättyneet tuloksettomina. Kaikille ei adoptio tai sijaisvanhemmuus ole vaihtoehto, jolloin vertaistuen tarve voi olla tärkeää.

Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä -Pro gradu- tutkielmassa tuli esiin lapsettomien vertaistuen tarve eli tarve jakaa ajatuksia samassa tilanteessa elävien henkilöiden kanssa. Tutkielmassa tulee esiin lapsettomuuden vertaistuki keskustelupalstoilla ja siellä vertaistuki ilmenee toivon ylläpitämisenä sekä vahvistamisena. Vertaistuki ilmenee tutkielman mukaan myös rohkaisuna. (Räisänen 2007.)

### 3.5 Psyykinen tuki

Lapsettomuus on omanlainen kokemus jokaiselle lapsettomalle parille. Kaikille se ei ole kriisi, vaikka lapsettomuus jättää jäljen. Hoitojen aikana pariskunta voi saada traumaattistakin tietoa itsestään ja kyvystään lisääntyä. Kriittisimpiä vaiheita lapsettomuushoidossa on hoitoihin meneminen, niiden suunnittelu ja hoitojen aloittaminen, pitkittyminen sekä päätyminen tuloksetta. (Ihme & Rainto 2008.)

On tärkeää antaa parille realistinen kuva hoidon onnistumisesta. Psyykkisen tuen tarve korostuu varsinkin, jos nainen tai pariskunta päättää luopua lapsettomuushoidoista. Tämän vuoksi hoidon moniammatillisuus on tärkeää.

Moniammatillisessa hoitotyössä on yhteistyössä muun muassa hoitaja, lääkäri ja psykologi. Hoitajan rooli on tärkeä, sillä hän selvittää pariskunnan tarvetta saada psyykkistä tukea ja kannustaa heitä ottamaan tarjottu apu vastaan. Tuen tarve vaihtelee paljon. Joillekin riittää sukulaisilta ja läheisiltä saatu tuki ja lääketieteellinen hoito. (Ihme & Rainto 2008, 72,73.)

Kummankin puolison mukanaolo hoitopäätöksiä tehtäessä ja lääkärin sekä hoitohenkilökunnan riittävä perehtyminen psyykkisiin kohtiin ovat välttämättömiä eri vaiheissa hoitoa. Lapsettomuushoidoissa olevat pariskunnat toivovat psyykkistä tukea hoitohenkilökunnalta. Hoitohenkilökunnan toivotaan olevan lääketieteellisten asioiden lisäksi perillä myös lapsettomuuden aiheuttamista psyykkisistä sairauksista sekä ottavan tämän huomioon. (Suikkari ym. 2007, 28–29.)

On toivottavaa että pariskunnalla olisi oma hoitava lääkäri ja/tai hoitaja, jonka kanssa voi turvallisesti ja omaan tahtiin työstää lapsettomuutta sekä valmistautua hoitoihin. Psykososiaalisen tuen tai psykoterapeuttisen tuen saaminen riippuu asuinalueesta ja hoitopaikasta, helpoiten tukea saa yksityisiltä ja suurista kaupungeista. Lapsettomien yhdistys Simpukka on paikka, jossa lapsettomat pariskunnat voivat antaa toisilleen tukea sen hetkisestä tilanteesta riippuen. (Suikkari ym. 2007, 29.)

Maija Tulppala (2002) kirjoittaa artikkelissaan että lähes 70 %:lla lapsettomista toivoo saavansa mukaan tai lainaksi lapsettomuuden eri teemoihin liittyvää materiaalia. Viidesosalle lapsettomista pareista lapsettomuus on iso haava, johon he tarvitsevat tukea hoitojen ja myös raskauden aikana sekä hoitojen päättyessä tuloksettomina.

Lapsettomuushoitojen aikana olisi suositeltavaa että psyykkisen työn ammattilainen on osa hoitoryhmää lapsettomuushoitojen aikana. Esimerkiksi Englannissa psyykkisen tuen tarjoaminen on lapsettomuushoidoissa lakisääteistä. Tukea tarvitaan erityisesti hoitoihin hakeutuessa, lopettaessa ja lahjoitettujen sukusolujen käyttöä mietittäessä, mutta myös raskauden alkaessa ja hoitojen jälkeen. (Tulppala 2002.)

Kartoituksessa on selvinnyt että psyykkistä tukea ei ollut tarjottu lainkaan yli puolelle pareista ja kolmasosalle riittämättömästi. Tuen saaminen on hankalaa, koska ammattiauttajien taidot lapsettomuuteen ja sen hoitoihin liittyvistä ongelmista ovat olleet heikot koulutuksen puutteen takia. (Tulppala 2002.)

Artikkelissa Lapsettomuuden tuska, tulee myös esiin pariskuntien toive tuen saamisesta hoitavalta henkilökunnalta. Vasta 2001 on Suomessa toteutettu ensimmäinen hoitohenkilökunnalle tarkoitettu koulutus vuorovaikutuskoulutus. (Tulppala 2002.)

#### 4 LAPSETTOMUUDESTA TEHDYT TUTKIMUKSET JA AIEMMAT OPINNÄYTETYÖT

Lapsettomuutta koetaan monella eri tavalla ja tämän vuoksi pariskunnalla voi olla erilaiset näkemykset ja ajatukset lapsettomuudesta. Lapsettomuuteen reagoidaan eri tavoin, joka johtaa helposti siihen, että pariskunta valikoi esimerkiksi kenelle lapsettomuudestaan kertoo. Lapsettoman kohtaaminen voi tuntua monille läheisille vaikealta. Aihe on yksityinen ja herkkä, ja reaktiot voivat olla odottamattomia. (Ihme & Rainto 2008.)

Media on aina ollut kiinnostunut hedelmällisyyteen liittyvistä asioista ja on seurannut lapsettomuushoitojen kehitystä mielenkiinnolla. Varsinkin koeputkihedelmöitysten eettisyyteen ja moraalisuuteen liittyvät kysymykset ovat aiheuttaneet keskustelua. (Koskimies 2004, 94.)

Johanna Mäkelä selvitti pro gradu -tutkielmassaan miten tahattomasti lapsettomat kokevat lapsettomuudesta kertomisen läheisille. Tutkimuksessa haastateltiin 12 lapsetonta henkilöä, seitsemää naista ja viittä miestä. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Tutkimuksessa selvisi, että alle puolet lapsettomista kokee asiasta puhumisen luonnolliseksi jatkumoksi vuorovaikutukselle läheisten kanssa. Läheisiltä saatu tuki saattoi olla positiivista tai negatiivista. Lapsettomuudesta kertomisen jälkeen koettiin, että kiusalliset kysymykset vähenivät huomattavasti. Kuitenkin osa läheisistä saattoi esittää asiattomia kysymyksiä tai lapsettomuudesta puheenaiheena vaiettiin. Suurin osa lapsettomista loi asiasta kerrottuaan erityisen läheisen suhteen läheisten kanssa. Heiltä lapsettomat saivat erityisesti tukea ja ymmärrystä lapsettomuuden kanssa selviämiseen. (Mäkelä 2007.)

Kaikista lapsettomuuden aiheuttamista kokemuksista huolimatta Tuomisen (2004) pro gradu -tutkielmassa esiin tuli lapsettomuuden lujittavan ja lähentävän pariskuntaa, koska se koetaan hyvin voimakkaana yhteisenä asiana. Usea kokee, että lapsettomuuden takia on opittava keskustelemaan ja samalla pystyttävä puhumaan vaikeistakin asioista. Lujuutta suhteeseen toi myös puolisolta saatu konkreettinen tuki esimerkiksi lapsettomuushoitojen aikana. Tuominen oli pro gradu -työssään haastatellut 16 henkilöä. Aineiston keräys tapahtui teema-haastattelun avulla ja haastattelut nauhoitettiin. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisella sisällön analyysimenetelmällä.

Teija Huhtala (2003) kuvaa pro gradu -työssä lapsettomien pariskuntien kokemuksia lapsettomuudestaan ja lapsettomuushoidoista. Tutkimuksessa on käytetty seitsemää lapsettomuuden kokenutta pariskuntaa, joilla oli myös kokemusta lapsettomuushoidoista. Aineisto oli analysoitu laadullisella sisällön analyysillä. Tutkimuksen mukaan pariskunnat kokivat yhdessä selviytymisen ja kasvamisen sekä toistensa tukemisen lapsettomuuteen liittyen lujittavan parisuhdetta. Tutkimuksessa selvisi, että lapsettomuuteen liittyi paljon surua ja negatiivisia tunteita, jotka varjostavat pariskuntien koko elämää. Kuitenkin pariskunnat olivat jaksaneet eteenpäin lapsettomuudessa ja rankoissa lapsettomuushoidoissa pitämällä kiinni toivon kipinästä. Toivoa tilanteeseensa pariskunnat kokivat saavansa lähinnä toinen toiseltaan ja vanhemmaksi tuleminen mahdollisuudesta. Huhtalan tutkimuksessa selvisi

myös, että vaikka pariskunnat lapsettomuushoitojen kautta yrittivät aktiivisesti saada lasta, ei sopeutuminen lapsettomana elämiseen tuntuisi mahdolliselta.

Parisuhteessa lapsettomuus koskettaa molempia osapuolia, minkä vuoksi hoitotyössä perhekeskeisyys on tärkeä periaate. Lapsettomuudella on vaikutuksia molempien identiteettiin ja minä -kuvaan. Molemmille osapuolille annettu tuki auttaa heitä tukemaan toinen toisiaan. Puoliso saattaa kokea itsensä avuttomaksi naisen sairauden kanssa tai hän voi kokea syyllisyyttä lapsettomuuden syystä riippuen. Tämän vuoksi myös hoitajalla on ohjaustilanteessa tärkeä rooli puhumiseen kannustamisessa. Vastoinkäymisten ja ongelmien käsittelyn kannalta on tärkeää, että pariskunta pystyy puhumaan kokemistaan syyllisyyden ja pelon tunteista. Ohjaustilanteissa hoitaja pystyy myös luomaan toivon kipinää pariskunnille kertomalla erilaisista vanhemmaksi tuleminen vaihtoehtoista, kuten keinohedelmöityksestä ja adoptiosta. (Ihme & Rainto 2008.)

Tuomi ja Niemelä (2008) ovat pro gradu -työssään selvittäneet naisten kokemuksia adoptioäitiydestä. Tutkimuksessa on käytetty 10 adoptioäidin kirjoituksista ja analysoimisessa on käytetty kehysanalyysiä. Tutkielmassa tulee esiin selvästi, että vanhempainrakkaus syntyy tietynlaisten tapahtumien ketjusta, johon raskaus ja synnytys eivät pääosin vaikuta. Adoptioäidit kokevat, että kiintymyssuhteen muodostuminen on samankaltaista adoptoidun ja biologisen lapsen kanssa ja adoptiovanhemmat kiintyvät lapsiinsa samantyyppisellä rakkaudella kuin geneettisetkin vanhemmat. Samalla tavalla kuin biologiset äidit jakavat synnytyskokemuksiaan, adoptioäidit keskustelevat omista kokemuksistaan lapsen ensikohtaamisesta ja siitä kuinka lapsi alkoi tuntua omalta. Työssä tuli esiin se, että adoptioäideillä on samanlainen fyysinen ja psyykinen yhteys omaan lapseen ja oma lapsi tuntuu erilaiselta kuin vieras lapsi.

Työssä tulee esiin adoptioäitiyden haastavuus positiivisessa mielessä. Adoptioäitiys tarjoaa ainutkertaisen haasteen sekä kokemuksen riskinotosta ja seikkailusta erilaisuutta kohtaan. (Tuomi & Niemelä 2008.)

Toinen Tuomen ja Niemelän (2008) tekemässä tutkielmassa esiin tullut asia oli, vaikka adoptioäidit eivät ole biologisesti antaneet elämää lapselleen, äidit ovat antaneet elämän omalle äitiydelleen. Adoptioon liittyvät menetykset ovatkin adoptiolapsen kiintymisen avulla mahdollista muuttaa voimavaroiksi. Kyky adoptioäitinä olemiseen riippuu hyvin pitkälle siitä millaisia mielikuvia naisella on äitiydestä ja ovatko ne kuviteltuja vai todellisia.

Endometriooosista ja lapsettomuudesta ei kovinkaan montaa opinnäytetyötä ole tehty, mutta vuonna 2010 Seinäjoen ammattikorkeakoulussa Ala-Mattinen ja Vesala ovat tehneet opinnäytetyön aiheesta: Lapsettomuuden takana endometriooosi - tietoa lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille. Opinnäytetyössä tekijät olivat myös saaneet aiheen Endometriooosiyhdistykseltä ja heidän tavoitteensa oli kerätä tietoa endometriooosista ja laatia opaslehtinen Endometriooosiyhdistykselle, hyvin samankaltainen tämän opinnäytetyön kanssa.

Toinen opinnäytetyö liittyen raskaaksi tulemiseen, kun taustalla on endometriooosi, on Endometriooosi ja raskaus potilasohjauksen näkökulmasta. Opinnäytetyön on tehnyt Nigmatova vuonna 2014 Diakonia-ammattikorkeakoulussa. Nigmatova on perehtynyt opinnäytetyössään endometriooosipotilaan hyvään hoitoon ja ohjaukseen. Lisäksi opinnäytetyö on myös tehty Endometriooosiyhdistykselle. Opinnäytetyössä tuli esiin erilaiset ohjaustilanteet, kuten vuorovaikutuksellinen ohjaus ja suuntautumaton lähestymistapa.

Vuorovaikutuksellisessa ohjauksessa asiakkaat ovat erilaisia ihmisiä persoonana ja ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja jokaisen asiakkaan kohdalla erilaista. Ongelma vuorovaikutuksellisessa ohjauksessa on potilaan omat uskomukset ja käsitykset, jotka ovat melko pysyviä ja muuttaminen hankalaa. Potilasta uudet asiat pelottavat, mutta myös potilas haluaisi ohjauksen yhteydessä tutustua uusiin seikkoihin. Halu pysyä vanhassa rajoittaa koko ohjaustilannetta. Suuntautumattomassa lähestymistavassa käsitellään ohjausta ihan uutena tilanteena. Ohjauksessa esiin tulevat ilmiöt ovat potilaalle uusia ja siksi ydinasia ei erotu kovin helposti. Ongelmaksi ohjauksessa muodostuu se, kun potilas ei osaa asettaa tarkoituksenmukaisia tavoitteita tässä vaiheessa ohjausta, sillä aluksi potilas käsittelee asioita ennakkokäsityksensä kautta. (Nigmatova 2014.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Endometriooosiyhdistys ry:lle opas, joka lisää endometriooosia sairastavien naisten ja heidän läheistensä tietämystä endometriooosista ja lapsettomuudesta. Yhdistyksellä on jo opas, joka lisää tietämystä endometriooosista. Kuitenkin yhdistys toivoi lisäksi myös opasta lapsettomuuteen liittyen. Endometriooosi on sairaus, jonka vuoksi useat naiset kärsivät lapsettomuudesta. Tämän vuoksi olisi hyvä luoda opas, joka lisää tietämystä endometriooosista lapsettomuuden aiheuttajana ja joka ohjaa naiset avun ja tuen piiriin.

Opinnäytetyönä tuotetun oppaan pitkän aikavälin tavoitteena on tuoda naisille ja heidän läheisilleen apua ja tukea endometriooosin kanssa kamppailuun sekä saattaa heidät avun piiriin. Lisäksi oppaasta saamansa tiedon avulla endometriooosia sairastava nainen motivoituisi hoitamaan sairauttaan aktiivisesti ja ennaltaehkäisemään sairauden etenemistä.

## 6 OPPAAN TUOTTAMINEN

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö on käytäntölähtöistä ja sen tavoitteena on opastaa, ohjeistaa tai järjestää käytännön toimintaa. Tavallisesti toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kahdesta osiosta: työn toiminnallisesta osuudesta, jota kutsutaan produktiksi ja opinnäytetyöraportista, joka sisältää opinnäytetyöprosessin selostuksen ja johtopäätökset. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–17.)

### 6.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöhön tulee sisältyä työn tavoitteet, johdanto, teoreettinen viitekehys, oppaan selosteosa ja arviointi sekä pohdinta (HAMK. Raportointiohje. 2011).

Yhteistyökumppanina meillä toimi Endometrioosiyhdistys ry, joka on opinnäytetyömme tilaaja. Endometrioosiyhdistys ry on Suomen ainoa endometrioosia sairastavien potilasjärjestö. Se toimii myös edunvalvojana endometrioosia sairastaville. Endometrioosiyhdistys on Suomessa pääosin vapaaehtoistoiminnalla toimiva yhdistys, joka jakaa tietoa sairaudesta sekä edistää yhteistyötä sairastuneiden ja hoitoyksiköiden välillä. Yhdistys tekee yhteistyötä muiden yhdistysten ja potilasjärjestöjen, sekä endometrioosin hoitoon erikoistuneiden lääkäreiden ja muiden asiantuntijoiden kanssa. Yhdistys kokee tärkeimmäksi tehtäväkseen parantaa endometrioosia sairastavien ja heidän läheistensä hyvinvointia esimerkiksi tarjoamalla vertaistukea ja yleistä tietoutta endometrioosista. (Endometrioosiyhdistys ry. n.d.)

Opinnäytetyömme tekemisen aloitimme hankkimalla tietoa teoreettisen viitekehityksen kirjoittamisen pohjaksi. Otimme selvää opinnäytetyön tilaajalta, Endometrioosiyhdistys ry:ltä, mitkä ovat heidän tarkemmat toiveet oppaan sisällöstä. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostettiin oppaan sisällön tarpeiden mukaan. Siten saimme teorian tietoa oppaan laatimiseksi.

Opinnäytetyömme kannalta keskeisimpiä kysymyksiä oppaan suunnittelussa ovat:

- Kuinka tuoda esille toivon ylläpitäminen?
- Mitä on endometrioosi?
- Mitä on tahaton lapsettomuus?
- Miten suhtautua endometrioosiin lapsettomuuden aiheuttajana?
- Mitä hoitomenetelmiä käytetään endometrioosin ja lapsettomuuden hoidossa?
- Mistä saan lisätietoa ja apua?

Nämä kysymykset on suunniteltu lukijalähtöisesti; eli pohdimme mitä tietoa opasta lukeva henkilö mahdollisesti haluaisi oppaasta saada.

Opasta suunnitellessa perehdyimme keräämämme teorian tiedon lisäksi aiempiin samankaltaisiin oppaisiin ja keräsimme ideoita oppaan rakentamiseen ja visuaalisuuteen liittyen. Saatuaamme oppaan valmiiksi, teimme se-

losteosan oppaan toteutuksesta ja sen jälkeen arvioimme työtä. Lopuksi kirjoitimme opinnäytetyön tiivistelmän, jossa lyhyesti kuvataan opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita, tiedonhakua sekä oppaan sisältöä. Opinnäytetyön loppuun liitimme kuvan kehittelemästämme oppaasta.

### 6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Olemme pyrkineet työssämme käyttämään eettisesti sopivia lähdemateriaaleja sekä valitsimme lähteiksi mahdollisimman tuoretta ja luotettavaa tietoa eli pääasiassa tutkimuksia ja asiantuntijoiden tekemiä kirjoituksia. Olimme kriittisiä lähteiden suhteen joita valitsimme, jotta tiedot opinnäytetyössä olisi mahdollisimman luotettavia, koska huono lähdekritiikki heikentää työn luotettavuutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 369–370.)

Endometrioosista ja lapsettomuudesta yksistään löytyi yllättävän hyvin kirjallisuutta, josta pyrimme valitsemaan ajankohtaisimmat ja aihetta lähinnä olevat teokset. Ongelmaksi välillä muodostui se, että jo käytössä olevat tiedot olivat lähdemateriaalissa vasta tutkimusvaiheessa. Tämän vuoksi jouduimme pohtimaan tiedon luotettavuutta ja käyttömahdollisuuksia. Joitakin lähdemateriaaleja saimme Endometrioosiyhdistykseltä, mutta pääasiassa olemme hankkineet lähteet itse. Mahdollisuuksien mukaan etsimme tietoa useasta eri lähteestä ja näin varmistimme sen oikeellisuuden muistakin julkaisuissa.

On olemassa myös arkieettisyyttä, joka tarkoittaa sopimuksen noudattamista niin aikataulujen kuin sisällön ja tavoitteiden osalta. (Kajaanin ammattikorkeakoulu, Eettisyys, n.d.)

Yhteistyökumppanimme Endometrioosiyhdistyksen kanssa teimme kirjallisen sopimuksen opinnäytetyöstä ja siihen liittyvästä oppaasta. Yhteydenpito toimi kahden vapaaehtoisen yhdistyksen jäsenen kanssa vaivatta sähköpostitse. Pysyimme sovituissa aikatauluissa ja ilmoitimme työmme etene- misestä Endometrioosiyhdistykselle säännöllisesti.

### 6.3 Opas Endometrioosiyhdistykselle ja oppaan sisältö

Olemme saaneet Endometrioosiyhdistykseltä muutamia ajatuksia joita he haluavat oppaassa olevan. Oppaan tulisi olla noin 6-8 sivua pitkä, sekä helposti luettava ja ymmärrettävä. Teoriatietoa etsiessä olimme aktiivisesti yhteydessä Endometrioosiyhdistykseen ja heiltä saimme paljon vinkkejä oppaan sisältöön liittyen. Oppaaseen tuli yhdistyksen ehdotuksesta tietoa myös lapsettomuushoidoista, jotka on pyritty kuvaamaan mahdollisimman lyhyesti ja selkeästi. Toteutimme opinnäytetyössä Endometrioosiyhdistykseltä saamiemme ajatuksia, niin että se palveli oppimistamme. Luimme paljon tietoa eri lähteistä, joista valitsimme mielestämme sopivimmat.

Tutkimusten mukaan potilaat käsittävät hyvän oppaan helposti luettavaksi. Tuttujen sanojen käyttäminen helpottaa asioiden ymmärtämistä, asiayhteyksien muodostumista ja muistamista. Laatuksiteereiden mukaan käsitel-

tävä asia tuntuu läheisemmältä, jos passiivin sijasta käytetään aktiivia. Selkokielen käyttö lisää oppaan luettavuutta. Selkokielisessä tekstissä sanat ovat tuttuja ja yleisiä, lauseet lyhyitä ja rakenne selkeä. Helppolukuisessa tekstissä asioiden esitystapa on positiivinen ja pitää lukijan mielenkiinnon alusta loppuun asti. (Parkkunen ym. 2001, 13–15.) Oppaassa ei saa olla liikaa tietoa, vaan asia tulisi esittää pääkohdittain. Oppaassa olisi hyvä mainita tietolähteitä, joista potilas voi itse etsiä lisää tietoa tarpeensa ja mahdollisuuksiensa mukaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 126–127.)

Pyrimme oppaassamme mahdollisimman helppolukaiseen ja helposti ymmärrettävään sisältöön. Kuitenkin tekstin tulisi pysyä luotettavana ja uskottavana. Oppaassa ei ole liikaa tekstiä sivulla ja sitä on helppo lukea.

Pyrimme myös kirjoittamaan oppaan positiiviseen muotoon sekä herättämään toivoa todellisuutta ja negatiivisia asioita peittelemättä. Oppaan sisällöksi muodostuivat endometrioosi sairautena, lapsettomuus sekä endometrioosia sairastavan lapsettomuuden hoidot eriteltyinä.

Kuvat lisäävät ohjeen ymmärrettävyyttä. Selkeä ulkoasu, sopiva tekstin koko ja tyyli ovat oppaan tärkeimpiä ominaisuuksia. Hyvin tehty opas kannustaa ja motivoi potilasta hoitamaan itseään. (Kyngäs ym. 2007, 126–127.) Tekstin tyyppillä ja koolla on vaikutus koko aineiston tunnelmaan. On tärkeää huomioida kohderyhmä oppaan ulkoasua valitessa. Suurella kirjaskoolla kirjoitettu opas on helposti luettavissa, mutta saattaa antaa epäuskottavan vaikutelman. (Parkkunen ym. 2001, 15–16.)

Opinnäytetyön teon loppuvaiheessa saimme tiedon, että Endometrioosiyhdistys haluaa kaikki oppaansa samanlaisella ulkoasulla, joten jätimme visualisoinnin heille ja annoimme heille käyttöön tuotetun tekstin.

## 7 POHDINTA

”Pohdinta paljastaa tutkimuksen arvon ja tutkijan kypsyneisyyden tai sen puutteen” (Kajaanin ammattikorkeakoulu, pohdinta. n.d.).

Pohdinnan tarkoitus on kohdistua koko tutkimusprosessiin eli menetelmiin, toteutustapaan ja tuloksiin sekä tuotokseen (Kajaanin ammattikorkeakoulu, pohdinta. n.d.). Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa opas Endometrioosiyhdistys ry:lle. Yhdistyksen toiveesta oppaaseen tulisi sisältyä endometrioosi sairautena, lapsettomuus ja lapsettomuuden hoitokeinot.

### 7.1 Oppaan arviointi

Opas (liite 1) on mielestämme onnistunut hyvin. Saimme luotua siitä helppolukuisen ja selkeän. Endometrioosiyhdistys ry:n mielipiteet oppaan sisällöstä olivat tärkeitä, sillä opas tulee heidän käyttöönsä. Oppaalle on selvästi tarvetta, sillä aiheesta on liian vähän tietoa. Kokonaisuudessaan olemme tyytyväisiä oppaan sisältöön.



Oppaan ulkonäköä suunnittelimme jo opinnäytetyöprosessin alussa, mutta Endometrioosiyhdistys ry:n toiveesta tuotimme oppaalle vain sisällön. Mielestämme on kuitenkin hyvä, että tuottamamme opas on ulkonäöllisesti yhteneväinen muiden yhdistyksen käytössä olevien oppaiden kanssa.

### 7.2 Opinnäytetyön prosessin ja oppimisprosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen. Meillä ei ollut tarkkaa aikataulua, vaan teimme opinnäytetyötä kokoajan muiden opintojen sivussa, koska meillä kummallakin oli erilaiset etenemissuunnitelmat koulussa. Aloitimme työn helmikuussa 2014, jolloin ajattelimme prosessin kestävän reilun vuoden. Alkuun työstäminen oli teorian tiedon hankkimista. Kevättalven aikana myös tarkka opinnäytetyön aihe ja idea tarkentui. Yhteistyösopimukset kirjoitimme kesäkuussa 2015 Endometrioosiyhdistyksen yhteyshenkilön kanssa.

Tiedonhaku oli aluksi hieman hankalaa, mutta vuoden aikana tiedonhaku- taidotkin lisääntyivät ja opimme suhtautumaan kriittisesti löytämäämme tietoon ja valikoimaan erilaisia luotettavia lähteitä. Lääketiede kehitty nopeasti, mikä toi eteemme ongelmia esimerkiksi tilanteissa joissa jo käytössä olevat lääkkeet olivat joissakin lähdemateriaaleissa vielä testausvaiheessa.

Yhteistyö Endometrioosiyhdistyksen kanssa on sujunut hyvin. Kokemus toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamisesta on kasvattanut taitojamme projektityöskentelyssä. Opinnäytetyöprosessin aikana myös oma tietämyksemme endometrioosia ja lapsettomuutta koskien on kasvanut paljon.

## LÄHTEET

- Adoptiolaki. 20.1.2012/22. Finlex. Viitattu: 13.10.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120022>
- Ala-Mattinen, K. & Vesala, H. 2010. Lapsettomuuden takana endometrioosi - tietoa lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Edgren, C., Hyypiä, A., Suvitie, P., Perheentupa, A. & Mäkinen, J. 2014. Pregnancy rates after operative treatment of endometriosis in Turku university hospital in 2006-2010. Poster - Surgical treatment. 12th World Congress on Endometriosis 30 April – 3 May 2014.
- Endometrioosiyhdistys ry. n.d. Viitattu: 15.5.2014. [www.endometrioosiyhdistys.fi](http://www.endometrioosiyhdistys.fi)
- Gissler, M. & Heino, A. 2010, Tilastotietoa hedelmöityshoidoista, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.1.2015. [http://www.valvira.fi/files/tiedostot/h/e/Hedelmöityshoitotilastot\\_Suomessa\\_Valvira.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/h/e/Hedelmöityshoitotilastot_Suomessa_Valvira.pdf)
- Gonadotropiini n.d. Viitattu 11.3.2015 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt00994](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00994)
- HAMK. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Raportointiohje. 2011 Viitattu 15.5.2014. [http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/Oskari/Hoitotyö/Hoitotyö\\_Hameenlinna/opintojen\\_lopussa/opinnaytetyo/raportointiohje](http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/Oskari/Hoitotyö/Hoitotyö_Hameenlinna/opintojen_lopussa/opinnaytetyo/raportointiohje)
- Hippeläinen, M. Endometrioosi, Duodecim. Viitattu 18.5.2014. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92173.pdf>
- Huhtala, T. 2003. Lapsettomuus – Toivon ja epätoivon vuoristorata. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Härkki, P., Heikkinen, A-M. & Setälä, M. 2011. Endometrioosin nykyhoito, Viitattu 15.9.2014. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99751](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99751)
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Isaksson, R. & Tiitinen, A. 2004. Hedelmöityshoitojen tuloksena syntyneiden lasten terveys. Viitattu 12.11.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94466.pdf>

Kajaanin ammattikorkeakoulu, Eettisyys. Viitattu 21.1.2015. [http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tu-  
kimateriaali/Eettisyys](http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tu-<br/>kimateriaali/Eettisyys)

Kajaanin ammattikorkeakoulu, Pohdinta. Viitattu 21.1.2015. [http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tu-  
kimateriaali/Pohdinta](http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tu-<br/>kimateriaali/Pohdinta)

Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen Rakkaus – toiveena lapsi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Lapsettomuus parisuhteessa. 2013. Kaksin elämiseen päätyminen. Simpukka. Viitattu 26.1.2015. [http://www.simpukka.info/lapsettomuus-pari-  
suhteessa-2/](http://www.simpukka.info/lapsettomuus-pari-<br/>suhteessa-2/)

Leminen, A. Endometrioosi, Duodecim. 2009. Viitattu 17.5.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artik-  
keli=seh00107&p\\_haku=estrogenei](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artik-<br/>keli=seh00107&p_haku=estrogenei)

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Miten sijaisvanhemmaksi tullaan? n.d. Perhehoitoliitto. Viitattu 12.1.2015. [http://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi/sijaisvanhemmuus/mi-  
ten\\_sijaisvanhemmaksi\\_tullaan](http://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi/sijaisvanhemmuus/mi-<br/>ten_sijaisvanhemmaksi_tullaan)

Mitä sijaisvanhemmuus on? n.d. Organisaatio. Perhehoitoliitto. Viitattu 12.1.2015. [http://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi/sijaisvanhem-  
muus/monipuolinen\\_perhehoito](http://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi/sijaisvanhem-<br/>muus/monipuolinen_perhehoito)

Mäkelä, J. 2007. LAPSETTOMUUEDESTA PUHUMINEN JA TUEN SAAMINEN LÄHEISILTÄ. Tampereen yliopisto. Puheopin laitos. Pro gradu -tutkielma.

Nigmatova, M. 2014. Endometrioosi ja raskaus potilasohjauksen näkökulmasta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opin-  
näytetyö.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineis-  
ton suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämisen keskus: Hel-  
sinki.

Punnonen, R. 2004. Estrogeenia koko elämä. Helsinki: WS Bookwell Oy

Ryhdy tukiperheeksi, Pelastakaa lapset. Viitattu 26.1.2015. [http://www.pe-  
lastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/tukiperhetoiminta/ryhdy-tuki-  
perheeksi/](http://www.pe-<br/>lastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/tukiperhetoiminta/ryhdy-tuki-<br/>perheeksi/)

Räisänen, R. 2007. Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Santala, M. & Kauppila, A. 2004. Endometrioosi. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 96–106.

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

Tiitinen, A. Adenomyoosi, Duodecim. 2014. Viitattu 13.11.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00103](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00103)

Tiitinen, A. Gynekologinen kaikututkimus, Duodecim. 2013a. Viitattu 17.5.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00126&p\\_haku=%20kaikututkimus](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00126&p_haku=%20kaikututkimus)

Tiitinen, A. 2013b. Endometrioosi, Duodecim. Viitattu 17.5.2014, 15.9.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00119](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119)

Tiitinen, A. 2014b. Koeputkihedelmöitys, Duodecim. Viitattu 26.1.2015. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00870](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00870)

Tiitinen, A. 2013c. Lapsettomuushoito, Duodecim. Viitattu 19.9.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00732](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732)

Tiitinen, A. 2002. Lapsettomuushoidon valinta, Duodecim. Viitattu 25.11.2014. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92830.pdf>

Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2004. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 176–193.

Tiitinen, A. Hedelmöityshoidon hyperstimulaatio-oireyhtymä, Duodecim. 2014a. Viitattu 12.11.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00869](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00869)

Tulppala, M. Lapsettomuuden tuska, Duodecim. 2012. Viitattu 12.11.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_loki=N&p\\_artikkeli=onn00094](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_loki=N&p_artikkeli=onn00094)

Tuomi, P. & Niemelä, L. 2008. Tavallista äitiyttä lisämaustein - Naisten kokemuksia adoptioäitiydestä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.

Tuominen, A. 2004. “SE, ET JOKU KUUNTELEE...”  
Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytysoppi. Hämeenlinna: Karisto.

ENDOMETRIOOSI JA LAPSETTOMUUS – OPAS  
ENDOMETRIOOSIYHDISTYKSILLE

Endometrioosi ja lapsettomuus – Opas Endometrioosiyhdistys Ry:lle

Mitä endometrioosi on?

- Sairaus, jossa kohdun limakalvon tyyppistä kudosta esiintyy muualla elimistössä, kuten vatsakalvon pinnalla pikkulantiossa, emättimen ja peräsuolen välissä tai munasarjojen pinnalla.
- Aiheuttaa naiselle erittäin kivuliaita kuukautisvuotoja sekä tärinä- ja yhdyntäkipuja.
- Riippuvainen estrogeenitason vaihteluista -> oireet väistyvät raskausaikana sekä vaihdevuosien alkaessa.
- Yleisimpiä gynekologisia sairauksia, ilmenee vajaalla 10 %:lla hedelmällisessä iässä olevista naisista.
- Vaikea endometrioosi on usein yhteydessä lapsettomuuteen.

Mitä lapsettomuus on?

- Raskaus ei ole alkanut seksuaalisesti aktiivisella pariskunnalla vuoden yrittämisen jälkeen
- Voi esiintyä myös henkilöllä jolla on jo lapsia (sekundäärinen lapsettomuus)

Lapsettomuuteen liittyviä tekijöitä

- Pariskunnan elämäntavat; epäedullinen ravitsemustila, tupakointi, päihteiden käyttö
- Sukupuoliteitse sairastetut tarttuvat infektiot miehellä tai naisella
- Ikä, naisilla yli 35v.
- Naisen ovulaatioon liittyvät häiriöt
- Munajohdinvauriot ja kohdun rakenteelliset muutokset
- Endometrioosi
- Miehestä johtuvat tekijät, kuten sperman laatu

## Lapsettomuuden hoitoprosessi

### Perusterveydenhuollon tutkimukset

- Perustutkimukset: siemennestenäyte, kuukautiskierron kartoitus, munatorvien aukiolotutkimus
- Tarvittaessa erikoissairaanhoidon
- Lähetä lapsettomuuslinikalle
- Julkisessa terveydenhuollossa naisen lapsettomuushoitojen ikäraja on noin 40 vuotta

### Lapsettomuusklinikan ensikäynti

- Tarvittaessa uudelleen perustutkimukset tai lisätutkimuksia
- Pariskunnalle kerrotaan mahdollisten tutkimusten tulokset ja vaihtoehdot lapsettomuuden hoidossa etenemiseen

### Hoitosuostumuksen tekeminen ja hoitomenetelmien valinta

- Suunnitellaan jatkohoito yksilöllisesti lapsettomuuden syyn, sekä parin toiveiden mukaan

Palveluita tarjoavat lapsettomuusklinikoillaan esimerkiksi julkinen terveydenhuolto, yksityiset terveydenhuoltoalan toimijat sekä väestöliitto.

## Lapsettomuuden hoitomenetelmät

- Hormonitoiminnan tasapainottaminen
  - Esimerkiksi: Kuukautisten puuttuessa tavoite saada hormoni-toiminta sekä kuukautiskierto normalisoitumaan
  - Sopiva ja oikea lääkitys riippuu syystä, joka aiheuttaa mm. kuukautisten poisjääntiä.
- Ovulaatioinduktio eli munasolun kypsytyshoito
  - Voidaan käyttää tilanteissa joissa ovulaatiossa häiriöitä tai jos munasoluja ei kehity tai irtoa lainkaan
- Inseminaatio eli keinohedelmöitys
  - Siittiöt ruiskutetaan kohtuonteloon munasolun irtoamisen aikaan
  - Voidaan toteuttaa joko puolison omilla tai lahjoitetuilla siittiöillä

- IVF eli koeputkihedelmoitys
  - Voidaan käyttää omia tai lahjoitettuja munasoluja ja siittiöitä
  - Munasolu hedelmöitetään viljelymaljassa ja alkio on noin kahden vuorokauden jälkeen valmis alkionsiirtoon. Alkiota voidaan myös kasvattaa pidempään ennen siirtoa tai voidaan käyttää aiemmin tehtyjä alkioita, jotka on pakastettu.
  - On myös mahdollisuus myös lahjoitettujen alkioiden käyttöön
- ICSI eli siittiöiden mikroinjektio munasoluun
  - Samankaltainen kuin IVF-hoito, mutta siittiö ruiskutetaan lasineulalla suoraan munasoluun
- Leikkaushoito
  - Päädytään harkiten
  - Aiheita leikkaukselle on kipu, endometrioosi ja myoomat
  - Tehdään yleensä vatsaontelon täyhystyksen tai kohtuontelon täyhystyksen kautta, jolloin on mahdollisuus poistaa muutoksia kohdussa ja sen ulkopuolella

### Endometrioosia sairastavan naisen lapsettomuuden hoito

- Lievässä endometrioosissa lapsettomuushoidot on hyvä aloittaa kevyellä menetelmällä. Tällöin on myös perusteltua odottaa spontaanisti alkavaa raskautta jos ovulaatio, siemennesteen laatu ja munajohtimien toiminta sekä muut raskauteen vaikuttavat tekijät ovat kunnossa.
- Keskivaikeassa endometrioosissa käytetään leikkaushoitoa. Leikkaushoidon tavoitteena palauttaa anatomia mahdollisimman normaaliksi poistamalla kaikki endometriosikudos. Leikkaushoitoa on harkittava tarkkaan, koska leikkaus voi vaurioittaa tervettä munasarjakudosta ja sen verenkiertoa.
- Mikäli endometrioosi on vaikea tai ”laajalle” levinnyt on perusteltua aloittaa lapsettomuushoidot koeputkihedelmoityksellä
- Lääkehoito
  - Valittavana useita erilaisia, kuten klomifeenisitraatti joka lisää munasolujen irtoamista. Klomifeenisitraatti on kauppanimeltään Clomifen tai Clomid.



### Lapsettomuushoitojen tulokset

Inseminaatiossa eli keinosiemennyksessä kiertoa kohti onnistumismahdollisuus on noin 5–10% ja 10–20% jos hoito on yhdistetty munasolun irtoamista edistävään hoitoon.

Alle 38 –vuotiailla IVF ja ICSI hoidoissa onnistumisprosentti on kiertoa kohden noin 25–40%, joista synnytykseen päästään 20–35 % :ssa.

Tuloksiin vaikuttaa naisen ikä, hoitojen aihe, aiempi hedelmällisyys sekä hoitojen määrä.

Suomessa syntyy tuhansia lapsia lapsettomuushoitojen avulla ja pelkästään koeputkihedelmöityksen avulla syntyy noin 3 % kaikista syntyvistä lapsista.

### Vanhemmuus adoption, sijaisvanhemmuuden tai tukiperhetoiminnan kautta

Vanhemmuden voi kokea monilla muilla tavoilla jos ei halua ryhtyä lapsettomuushoitoihin tai ne eivät ole tuottaneet toivottua tulosta.

Adoptiota säätelee tarkasti adoptiolaki, jossa määritellään adoption hakuehdot, kuten esimerkiksi adoptiota hakevan vanhemman on oltava iältään 25–50- vuotta. Adoptiossa neuvontaa saavat lapsen luovuttajat ja adoptiota hakevat. Adoptiota voi anoa Suomesta tai ulkomailta. Ulkomaisen adoption jonot ovat lyhentyneet. Koko adoptioprosessin tarkoitus on valvoa lapsen etua ja auttaa lasta.

Sijaisvanhemmuus on toinen, mahdollisesti helpompi tapa, jossa laki ei niin tiukasti säätele esimerkiksi ikää ja sääntönä onkin vain että vanhempi sopisi lapsen biologiseksi vanhemmaksi ikänsä puolesta.

Lisätietoa sijaisvanhemmuudesta saa ottamalla yhteyttä esimerkiksi kunnan sosiaalityöntekijöihin tai sijaishuoltoyksikköön.

Tukiperhetoiminta kuuluu ehkäisevään lastensuojeluun. Tukiperhe voi olla lastensuojelun tukimuoto lapsille, jotka ovat jo lastensuojelun asiakkaita. Tukea tarvitsevat perheet ohjautuvat tukiperhetoimintaa itse tai muiden toimijoiden kuten koulun tai neuvolan kautta. Syynä voi olla esimerkiksi perheen raskas elämäntilanne. Tukiperheenä voi toimia pariskunta, joka on lapsen tai joilla on jo lapsia. Myös yksin elävä henkilö voi hakeutua tukiperheeksi. Tukiperheille järjestetään valmennusta, koulutusta ja ohjausta. Lisäksi he saavat aina sosiaalihuollon tuen sekä ohjauksen.

### Omia muistiinpanoja

Vertaistukea ja neuvoja endometrioosia sairastaville sekä lapsettomuudesta kärsiville saa

- [www.endometrioosiyhdistys.fi](http://www.endometrioosiyhdistys.fi)
- [www.simpukka.info](http://www.simpukka.info)
- [www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka](http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka)
- [www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot)
- [www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi](http://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi)
- <http://www.pelastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/tukiperhe-toiminta/ryhdy-tukiperheeksi/>

Tämä opas on tehty opinnäytetyönä Hämeen ammattikorkeakoulussa yhteistyönä Endometrioosiyhdistyksen kanssa.

Annamme Endometrioosiyhdistys ry:lle oikeuden muokata tätä opasta.

Laatijat SI ja AL 2015

Lähteet:

Huhtala, T. 2003. Lapsettomuus – Toivon ja epätoivon vuoristorata. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Härkki, Heikkinen, Setälä 2011

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima

Leminen, Duodecim 2009

Pelastakaa lapset Ry, 2015 Viitattu 26.1.2015 <http://www.pelastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/tukiperhetoiminta/ryhdy-tukiperheeksi/>

Perhehoitoliitto. n.d. Organisaatio. Viitattu 12.1.2015 <http://www.perhehoitoliitto.fi/sijaisvanhemmaksi>

Tiitinen, A. Duodecim 2014, Endometrioosi

Tuomi, P. & Niemelä, L. 2008. Tavallista äitiyttä lisämaustein - Naisten kokemuksia adoptioäitiydestä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytysoppi. Hämeenlinna: Karisto