OAMK
OULUN AMMATTIKORKEAKOULU

Anne Kumpula

Haikara eksyksissä?

Ohje lapsettomuuden tutkimisesta ja hoidosta Oulunkaaren kuntayhtymän neuvolapalveluille

Haikara eksyksissä?

Ohje lapsettomuuden tutkimisesta ja hoidosta Oulunkaaren kuntayhtymän neuvolapalveluille

Anne Kumpula
Opinnäytetyö
Syksy 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Anne Kumpula
Opinnäytetyön nimi: Ohje lapsettomuuden tutkimisesta ja hoidosta Oulunkaaren kuntayhtymän neuvolapalveluille
Työn ohjaaja: Terttu Koskela ja Minna Manninen
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2014 Sivumäärä: *43 + 4 liitesivua*

Lapsettomuus on yleistyvä ja maailmanlaajuisesti pareja koskettava ongelma. Suomessa sekä muissa teollisuusmaissa noin 15 %:n pareista arvellaan kärsivän siitä jossain elämänsä vaiheessa. Suomessa on tällä hetkellä arviolta 30 000 lapsettomuudesta kärsivää paria ja vuosittain heitä tulee noin 3 000 lisää.

Opinnäytetyöni tulostavoitteena oli tuottaa yhteistyössä Oulunkaaren neuvolapalveluiden kanssa ohje lapsettomuudesta. Ohje sisältää tutkittua ja ajantasaista tietoa lapsettomuuden mahdollisista syistä, tutkimisesta ja hoidosta, elämäntapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen sekä tietoa siitä, miten lapsettomuustutkimukset käynnistyvät avoterveydenhuollossa jatkuen erikoissairaanhoidon puolella. Ohje suunniteltiin pdf-muotoiseksi ja se tallennettiin neuvolan intranetiin, josta neuvolan työntekijät voivat sen tarvittaessa asiakkaalle tulostaa.

Projektin toiminnallisena tavoitteena oli lapsettomien pariskuntien tutkimuksiin ja hoitoihin hakeutumisen helpottuminen ja nopeutuminen. Oulunkaaren kuntayhtymän neuvoloiden työntekijät saivat oppaasta työvälineen lapsettomuudesta kärsivien hoitoonohjaukseen. Omana oppimistavoitteennani oli ymmärtää sosiaali- ja terveysalan projektityön pääpiirteet sekä lisätä tietouttani lapsettomuudesta, jotta osaan tulevassa ammatissani kätilönä ohjata asiakkaita myös perhesuunnittelussa ja lapsettomuuteen liittyvissä asioissa.

Asiasanat: lapsettomuus, hedelmällisyys, lapsettomuustutkimukset, lapsettomuushoidot

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Midwifery

---

Author: Anne Kumpula
Title of thesis: Guide of examination and treatment of infertility for Oulunkaari maternity and child health clinic
Supervisors: Terttu Koskela, Minna Manninen
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014
Number of pages: 43 + 4 appendix pages

Infertility is a growing problem which affects couples all over the world. In Finland as well as in other industrialized countries about 15 % of couples suffer from it at some point in their lives. In Finland there are currently an estimated 30 000 couples who suffer from infertility, and each year there will be around 3 000 more.

The aim of my thesis was to plan and to produce a guide of infertility in co-operation with Oulunkaari maternity and child care clinic. The guide includes researched and up-to-date information about the possible causes, examination and treatment options of infertility. It also includes information on how lifestyle affects on fertility and how the examination starts in open health care and continues in specialized medical care.

The operational aim of my thesis was to make it easier and faster for infertile couples to seek medical care for their problem. The employees of Oulunkaari maternity and child care clinics can use the product as a tool to guide couples who suffer from infertility. My personal learning aim was to understand the main features of the project work in social- and health care and to learn more about infertility, so that as a future midwife I have the possibility to guide the customers in the matters relating to family planning and infertility.

Key words: infertility, childlessness, fertility, infertility examination, infertility treatments

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ ... 3
ABSTRACT ... 4
SISÄLLYS ... 5
1 PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET ... 6
1.1 Projektin tausta ... 7
1.2 Projektin tavoitteet ... 8
2 TAHATON LAPSETTOMUUS ... 12
2.1 Lapsettomuuden ennaltaehkäisy ... 13
2.2 Lapsettomuuden syyt ... 14
2.3 Lapsettomuuden psyykkiset vaikutukset ... 18
3 LAPSETTOMUUDEN TUTKIMINEN JA HOITO ... 20
4 KIRJALLISEN MATERIAALIN KÄYTTÖ OHJAUKSESSA ... 25
5 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS ... 26
5.1 Projektiorganisaatio ... 28
5.2 Oppaan sisällön suunnittelu ... 29
5.3 Oppaan ulkoasun suunnittelu ... 32
6 PROJEKTIN ARVIOINTI ... 34
6.1 Tuloksen arviointi ... 34
6.2 Prosessin arviointi ... 35
7 POHDINTA ... 37
LÄHTEET ... 40
LIITTEET ... 44

1 PROJEKTIN TAUSTA JA TAVOITTEET

Lapsettomuus voidaan jakaa tahalliseen ja tahattomaan lapsettomuuteen. Tahallisessa lapsettomuudessa henkilö tai pariskunta on itse valinnut olla tekemättä lapsia, kun taas tahattomassa lapsettomuudessa seksuaalisesti aktiivisella pariskunnalla raskaus ei ole alkanut vuoden sisällä aktiivisesta yrittämisestä huolimatta. (Väestöliitto 2009, hakupäivä 14.4.2011.)

Tahaton lapsettomuus voidaan jakaa primaariin eli ensisijaiseen ja sekundaariseen eli toissijaiseen lapsettomuuteen. Ensisijaisesta eli primaarista lapsettomuudesta puhutaan silloin, kun aiempia raskauksia ei ole ollut. Toissijaisessa eli sekundäärisessä lapsettomuudessa raskauksia on ollut aiemmin. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011,175.)

Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 -tutkimuksessa tahattoman lapsettomuuden yleisyyttä tutkittiin tiedustelemalla, oliko vastaajalla jossakin vaiheessa elämäänsä ollut ajanjakso, jolloin hän oli yrittänyt tulla raskaaksi eikä ollut onnistunut lainkaan tai siinä oli kulunut yli vuosi. Kysymykseen vastanneista naisista 14,4 % ja miehistä 7,9 % oli kokenut tahatonta lapsettomuutta jossain elämänvaiheessa. (Klemetti ym. 2004, 46.) Vuoden 2011 tutkimuksissa naisista 19 % ja miehistä 11 % kertoi kokeneensa lapsettomuutta. Määrät ovat siis kymmenessä vuodessa lisääntyneet selvästi. (Koponen ym. 2012, 112-113.) Vuosittain noin 3000 uutta paria hakee Suomessa lääketieteellistä apua lapsettomuuteen (Väestöliitto 2014, hakupäivä 23.8.2014).

Tulevana kätilönä tehtävänäni on edistää naisten ja perheiden terveyttä kaikilla elämän osa-alueilla, ei ainoastaan raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana. Myös perhesuunnittelu on merkittävä osa kätilön työtä. Lapsettomuus vaikuttaa vahvasti parisuhteeseen, sekä naiseen että mieheen. Lapsettomuus voi olla hyvinkin vaikea ja koskettava aihe, sillä perheen perustaminen on monelle yksi elämän tärkeimmistä etapeista. Kätilönä minun tulee osata ohjata ja tukea pariskuntaa myös tällaisessa tilanteessa.

Lapsettomuus on viime vuosina lisääntynyt ja se koskettaa montaa suomalaista pariskuntaa. Usein ajatellaan, että raskaaksi tullaan heti kun halutaan, mutta todellisuus voi olla toinen. Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi lapsettomuuden, koska koen että siitä ei puhuta tarpeeksi sen

yleisyydestä huolimatta. Omassa koulutuksessani lapsettomuutta ei juurikaan käsitelty vaikka mielestäni kätilön tehtävissä tieto myös tästä on tärkeää.

1.1 Projektin tausta

Tuotekehitysprosessin ensimmäinen vaihe on aina ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen. Keskeistä on selvittää ongelman laajuus ja yleisyys. (Jämsä & Manninen 2000, 29–31.) Oulun kaupungin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin internetsivuja selatessa ilmeni, että tarkkaa tietoa lapsettomuudesta ja tutkimuksiin hakeutumisesta ei löydy (Oulun kaupunki 2011; Pohjois Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011, hakupäivä 16.5.2011).

Kansanterveyslaitoksen FINRISKI 2002-tutkimuksen yhteydessä toteutetussa erillisessä naisten tutkimuksessa tutkittiin naisten lisääntymisterveyttä. Tutkimus suoritettiin kuudella alueella, joista yksi oli Oulun lääni. 25-64 –vuotiaista Oulun läänissä asuvista vastaajista 14,9 % oli kokenut lapsettomuutta jossain elämänsä vaiheessa. Vastaajista 9,6 % oli ollut tutkimuksissa tai saanut hoitoa lapsettomuuteen. Noin 36 % lapsettomuutta kokeneista ei siis ollut hakeutunut tutkimuksiin tai hoitoihin. (Kansanterveyslaitos 2004, hakupäivä 8.2.2012.)

Kun opinnäytetyötä alettiin suunnitella, oli jo aluksi selvää, että haluaisin tehdä projektimuotoisen opinnäytetyön. Lapsettomuus valikoitui aiheeksi oman kiinnostuksen vuoksi. Keväällä 2011 olin sähköpostitse yhteydessä Väestöliiton Oulun lapsettomuusklinikan vastaavaan hoitajaan Arja Laihoon. Häneltä sain ideoita aiheen valintaan ja rajaamiseen. Hän kertoi, että tietoa eri hoitomuodoista on jo paljon, mutta monet pariskunnat eivät tiedä mistä aloittaa kun tuntuu, että raskaaksi ei yrittämälläkään tulla. Hän kehotti olemaan yhteydessä avoterveydenhuollon esimiehiin.

Keväällä 2012 olin yhteydessä Oulun kaupungin avoterveyden huollon palvelupäällikköön opinnäytetyöasiassa. Sain tutkimusluvan ja tapasimme yhteyshenkilöiden kanssa syksyllä 2014. Keskustelimme oppaan sisällöstä ja päätimme yhdessä, että tekisin oppaan, joka olisi suunnattu asiakkaille ja olisi asiakkaiden saatavilla Oulun kaupungin internetsivuilla. Syksyllä 2014 yhteystyökumppanikseni vaihtui Oulunkaaren kuntayhtymän neuvolapalvelut, joiden kanssa teimme opinnäytetyön yhteistyösopimuksen syyskuussa. Sovimme yhdessä yhteistyökumppanin kanssa, että opas sisältäisi perustietoa lapsettomuudesta, miten elämäntavat vaikuttavat lapsettomuuteen, mistä tutkimuksista kannattaa aloittaa, millaisia mahdollisuuksia hoitojen

suhteen on ja miten lapsettomuuspotilaan hoitopolku etenee avoterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon. Oppaassa keskityttäisin nimenomaan julkisen puolen tutkimuksiin ja hoitoihin, mutta yksityisenkin puolen tarjoamista palveluista olisi oppaassa maininta.

Syksyllä 2012 ja alkuvuodesta 2013 tein alustavia suunnitelmia oppaan sisällöstä. Helmikuussa jäin äitiyslomalle. Aluksi suunnitelmissani oli työstää opinnäytetyötä myös äitiysloman aikana. Kuitenkin esikoiseni synnyttyä mieleni muuttui ja halusin keskittyä täysipainoisesti vauva-arkeen, joten oppaan suunnittelu jatkui äitiyslomani jälkeen keväällä 2014 sekä aktiivisemmin yhteistyökumppanin vaihduttua syksyllä 2014.

1.2 Projektin tavoitteet

Projektin **tulostavoitteena** oli tuottaa yhteistyössä Oulunkaaren neuvolapalveluiden kanssa ohje lapsettomuudesta. Ohje sisältää perustietoa lapsettomuuden mahdollisista syistä, tutkimisesta ja hoidosta, elämäntapojen vaikutuksesta hedelmällisyyten, sekä tietoa siitä, miten lapsettomuustutkimukset käynnistyvät avoterveydenhuollossa jatkuen erikoissairaanhoidon puolella.

Projektin **laatutavoitteena** on tuottaa asiakaslähtöinen, lukijaystävällinen, selkeä ja tiivis opas, joka on kuitenkin mahdollisimman informatiivinen. Oppaan tulee olla myös helposti saatavilla kaikille sitä tarvitseville. Opas on suunnattu Oulunkaaren kuntayhtymän eli Iin, Pudasjärven, Simon, Utajärven, ja Vaalan seudulla asuville pariskunnille, jotka epäilevät kärsivänsä lapsettomuudesta mutta joiden mahdollisen lapsettomuuden syitä ei ole vielä diagnosoitu. Oppaasta he saavat ensikäden tietoa lapsettomuudesta ja siitä, miten asian kanssa kannattaa edetä.

Projektin **toiminnallisena tavoitteena** oli lapsettomien pariskuntien tutkimuksiin ja hoitoihin hakeutumisen helpottuminen ja nopeutuminen, sillä mitä aikaisemmassa vaiheessa tutkimukset aloitetaan, sitä todennäköisemmin raskaus alkaa hoitojen tuloksena. Oulunkaaren kuntayhtymän neuvoloiden työntekijät saavat oppaasta työvälineen lapsettomuudesta kärsivien hoitoonohjaukseen.

Tämän projektin myötä omana **oppimistavoitteenani** oli oppia sosiaali- ja terveysalan projektityöskentelyn ja tuotekehityksen erityispiirteitä. Tavoitteenani oli myös lisätä omaa

tietouttani lapsettomuudesta, jotta osaan tulevassa ammatissani kätilönä ohjata asiakkaita lapsettomuuteen liittyvissä asioissa.

TAULUKKO 3. Tuotteen laatukriteeri

Laatukriteerit	**Laatuindikaattorit, joiden kehittymistä ja muuttumista seurataan ja jotka toimivat viitteenä laadun vaihtelusta**		
	Rakennetekijät	**Prosessitekijät**	**Tulostekijät**
Selkeys	Teksti on jäsennelty johdonmukaisesti eri aihealueisiin, otsikot erittelevät aiheet ja kertovat sisällöstä.	Oppaan kehittelyvaiheessa ja sisällön suunnittelussa kiinnitetään tarkkaa huomiota tekstin jaotteluun ja aihealueisiin sekä otsikointiin.	Oppaan lukija ymmärtää lukemansa helposti. Tarvittaessa lukija löytää oppaasta sen, mitä etsii, esim. linkit lisätietoihin vain selailemalla opasta.
Helppolukuisuus	Tekstin lukeminen on helppoa ja sujuvaa, riviltä toiselle siirtyminen tapahtuu helposti. Teksti erottuu alustasta hyvin. Tekstin typografia on tarkkaan suunniteltu. Oppaassa käytetään selkeää kieltä, ammattisanastoa vältetään.	Typografisiin valintoihin mm. kirjasimen kokoon ja muotoon, ladontatiheyteen, rivien pituuteen ja riviväleihin sekä erilaisiin korostuksiin ja kuviin sekä värivalintoihin kiinnitetään valmisteluvaiheessa huomiota.	Lukijan on helppo lukea opasta ja mielenkiinto säilyy lukiessa. Katse siirtyy helposti riviltä toiselle ja sisällön kokonaisuuden voi ymmärtää opasta selailemalla. Oppaan lukeminen ei rasita silmiä.
Infromatiivisuus	Tuote sisältää sen tiedon, mitä lukija siltä odottaa. Tietoa on riittävästi, muttei liikaa.	Valmisteluvaiheessa aihe rajataan tarkasti.	Kun lukija lukee opasta, hän saa siitä tarvitsemansa tiedon ja osaa edetä sen mukaisesti.
Helppo saatavuus	Tuote on helposti saatavilla neuvolan työntekijöiden intranetissä, josta he sen voivat asiakkaalle tulostaa.	Opas tallennetaan pdf-muodossa neuvolan intranetiin.	Kun tuote on henkilö-kunnalla helposti löydettävissä ja tulostettavissa, asiakkaat saavat nopeasti tietoa lapsettomuus-tutkimuksiin hakeutumisesta

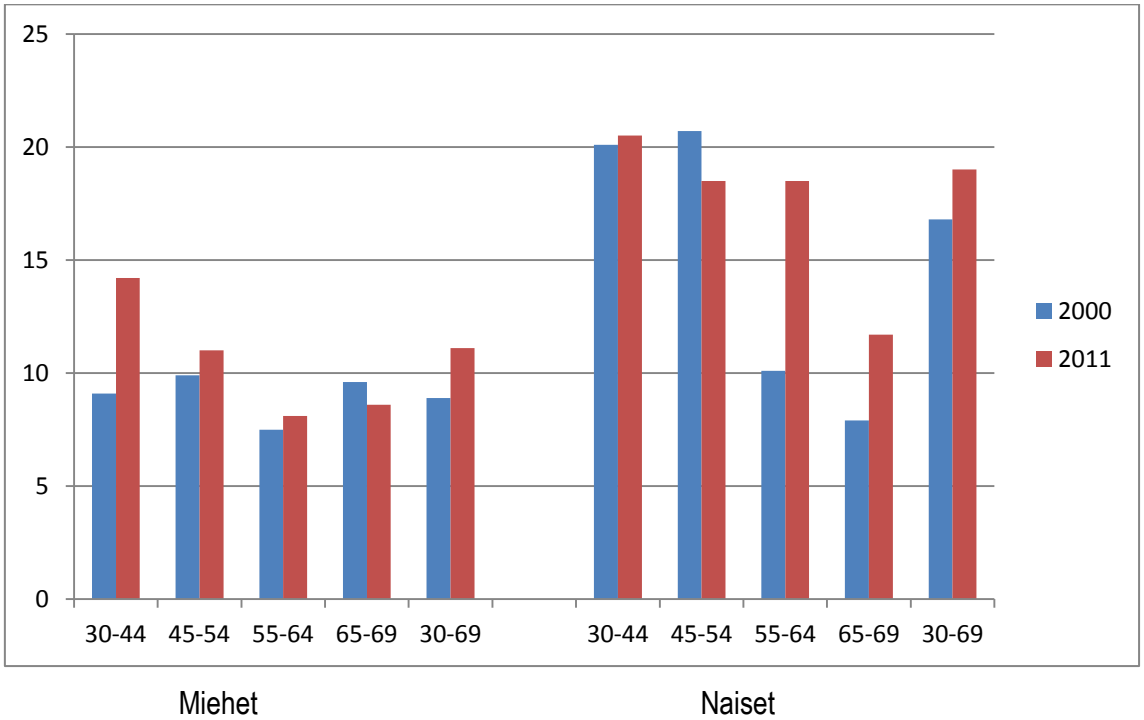
Ajantasaisuus	Oppaassa oleva teoriatieto sekä tutkimis- ja hoitomahdollisuuksista kertova tieto ja yhteystiedot ovat ajantasalla.	Oppaan sisältöä suunniteltaessa ollaan yhteydessä lapsettomuuden tutkimista ja hoitoa tarjoaviin tahoihin ja kysytään heiltä tietoa.	Oppaan lukijat saavat tarvitsemansa tiedon ja yhteystiedot, ja tutkimuksiin hakeutuminen helpottuu ja nopeutuu.
Asiakaslähtöisyys	Oppaan sisältö palvelee lukijan tarpeita.	Oppaan sisältö suunnitellaan tunnistetun asiakastarpeen perusteella.	Lukija löytää oppaasta sen tiedon, mitä tarvitsee.

2 TAHATON LAPSETTOMUUS

Terveys 2000 -tutkimuksessa tahattoman lapsettomuuden yleisyyttä mitattiin tiedustelemalla yli 20-vuotiailta vastaajilta, oliko heillä elämänsä aikana ollut ajanjaksoja, jolloin he olivat yrittäneet tulla raskaaksi siinä onnistumatta tai niin, että onnistumiseen olisi kulunut yli vuosi. Naisista 14,4 % ja miehistä 7,9 % kertoi kokeneensa lapsettomuutta jossain elämänsä vaiheessa. Tavallisimpia lapsettomuuden kokemukset olivat 30-54 -vuotiailla. Ero miesten ja naisten raportoiman lapsettomuuden välillä oli suurin tämän ikäisillä vastaajilla. (Klemetti ym. 2004, 45.)

Terveys 2011-tutkimukseen kutsuttiin kaikki elossa olevat vuoden 2000 tutkimukseen vastanneet henkilöt, vastaajista kaikki olivat täyttäneet 30 vuotta. Tutkimuksessa lapsettomuutta kertoi kokeneensa jossain elämänsä vaiheessa 19 % naisista ja 11 % miehistä. Vuoteen 2000 verrattuna lapsettomuus on siis yleistynyt sekä miehillä että naisilla. Naisilla yleistyminen ilmeni 55 vuotta täyttäneiden ryhmässä ja miehillä alle 55-vuotiaiden ryhmässä. (Koponen ym. 2012, 112-113.)

TAULUKKO 1. Tahattoman lapsettomuuden yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011* (Koponen ym. 2012).



* = vähintään yksi vuosi tuloksetonta raskauden yrittämistä jossakin vaiheessa elämää

Vuoden 2000 tutkimuksessa naisilla lapsettomuuden yleisyys oli yhteydessä koulutustasoon ja siviilisäätyyn. Keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneet naiset olivat kokeneet lapsettomuutta selvästi peruskoulutettuja naisia useammin. Myös korkeasti koulutetuilla miehillä lapsettomuuskokemuksien raportointi oli yleisempää kuin peruskoulutetuilla. Siviilisäädyn vaikutus jakaantui niin, että sekä naisten että miesten kohdalla yleisimmät siviilisäädyt olivat ”avioliitossa” ja ”eronnut”. (Klemetti ym. 2004, 45.)

Lapsettomuutta kokenesta naisista hieman yli puolet ilmoitti olleensa lapsettomuuden vuoksi tutkimuksissa tai hoidoissa, miehistä vajaa puolet. Avioliitossa olevilla naisilla ja miehillä tutkimuksiin ja hoitoihin hakeutuminen oli yleisempää. (Klemetti ym. 2004, 45.)

Lapsettomuus on yleinen ja maailmanlaajuisesti pareja koskettava ongelma. Suomessa sekä muissa teollisuusmaissa noin 15 %:n pareista arvellaan kärsivän siitä jossain elämänsä vaiheessa (Koskimies 2004, 42). Suomessa on tällä hetkellä arviolta 30 000 lapsettomuudesta kärsivää paria ja vuosittain heitä tulee noin 3 000 lisää (Väestöliitto 2014, hakupäivä 23.8.2014).

Lapsettomuus on myös lisääntynyt viime vuosikymmeninä. Pääasiallisena syynä tähän arvellaan sitä, että lapsen saamista lykätään yhä myöhemmäksi, jolloin kaikki lapsettomuutta aiheuttavat syyt ovat ehtineet vaikuttaa jo pidemmän aikaa. Miehestä johtuva lapsettomuus on yleistynyt maailmanlaajuisesti. Tämä johtuu sperman laadun vähittäisestä heikkenemisestä. 50 vuoden aikana siittiötiheydet ovat laskeneet 120 miljoonasta 60 miljoonaan millilitraan. Tämän yhdeksi aiheuttajaksi on arveltu ympäristön hormonaalisten haitta-aineiden vaikutusta siittiötuotantoon. (Koskimies 2004, 42.)

2.1 Lapsettomuuden ennaltaehkäisy

Lapsettomuuden ennaltaehkäisyssä sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisy ja tehokas hoito on tärkeää. Klamydia on Suomessa yleisin sukupuolitauti ja sen tärkein komplikaatio on PID eli pikkulantion tulehdus (pelvic inflammatory disease). Munajohdinvaurio todetaan hedelmättömyyden syyksi 14–20 %:lla lapsettomista pareista. Suurin osa näistä vaurioista on seurausta aiemmin sairastetusta PID:stä. (Anttila 2002.) Yhden PID-episodin jälkeen munatorviperäistä lapsettomuutta ilmenee 10-15 %:lla, kahden episodin jälkeen joka kolmannella ja kolmen tai useamman episodin jälkeen yli puolella (Paavonen 2011, 290).

Useissa tutkimuksissa on todettu ylipainon yhteys hedelmättömyyteen. Alipainon on tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä erityisesti primaariin lapsettomuuteen. Miehen ylipainon yhteyttä lapsettomuuteen ei ole tutkimuksissa todettu. (Seli 2011, 2.) Ylipainoisilla naisilla erityyppiset kuukautishäiriöt ovat yleisiä. Nuoren ylipainoisen naisen lapsettomuus myöhemmällä iällä on kolme kertaa todennäköisempi kuin normaalipainoisen. Myös lapsettomuushoitojen tulokset ovat ylipainoisilla selvästi huonommat kuin normaalipainoisilla. jos lapsettomuuteen ei ole ylipainon lisäksi muita syitä, jo 5-10 % painonpudotus voi auttaa jopa puolta lapsettomista pareista. (Anttila 2002.)

Liikunnalla on paljon terveyhdyttäviä vaikutuksia, mutta liiallinen ja liian kuormittava liikunta voi häiritä naisen kuukautiskiertoa ja näin heikentää hedelmällisyyttä. Miesten lisääntymisterveyden kannalta huolestuttavaa on viime aikoina lisääntynyt anabolisten steroidin käyttö kehonrakennuksessa. Anaboliset steroidit vähentävät kivesten omaa steroidituotantoa mikä johtaa siemennesteen laadun heikkenemiseen ja usein jopa täydelliseen siittiöiden puuttumiseen siemennesteestä. (Anttila 2002.)

Nykyään lapsen hankkimista lykätään yhä myöhemmäksi joten tietämystä erityisesti naisen hedelmällisen ajan rajallisuudesta tulisi lisätä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon seksuaaliterveyskasvatuksen että ehkäisyneuvoloiden valistustyön yhteydessä (Anttila 2002).

2.2 Lapsettomuuden syyt

Lapsettomuudessa on useimmiten kyseessä heikentynyt hedelmällisyys eli subfertiliteetti, jolloin raskauden alkamiseen menee yli vuosi. Steriliteetti eli täydellinen kyvyttömyys saada lapsia on harvinaista. Ehkäisyn lopettamisen jälkeen raskaus alkaa vuoden kuluessa 80–85 prosentilla pareista. Tämän jälkeen vielä puolet tulevat raskaaksi seuraavan vuoden aikana ilman hoitojen aloittamista. (Tiitinen 2009, hakupäivä 16.4.2011.)

Lapsettomuutta aiheuttava tekijä löytyy 25 prosentissa tapauksista naisesta ja 25 prosentissa miehestä. Sekä naisesta että miehestä löytyy lapsettomuutta aiheuttavia tekijöitä myöskin 25 prosentissa tapauksista. Samassa prosenttimäärässä tapauksista lapsettomuuden syy jää selvittämättä. (Tiitinen 2009, hakupäivä 16.4.2011.)

Nainen on hedelmällisimmillään 18. ja 35. ikävuoden välillä, mutta jo 30. ikävuoden jälkeen naisen hedelmällisyys alkaa laskea. Tämä johtuu erityisesti ei-ovulatoristen kiertojen määrän lisääntymisestä. Munasolut vanhenevat, joka voi johtaa siihen että munasolu ei hedelmöity tai se jakautuu poikkeavasti eikä pysty kiinnittymään kohdun limakalvolle. 40. ikävuoden jälkeen naisen hedelmällisyys laskee selvästi, jolloin mahdollisuudet tulla spontaanisti raskaaksi ovat alle 10 prosenttia, ja tämän ikäisillä hedelmöityshoidoissakin onnistuminen on parhaimmillaan 20 prosentin luokkaa. Miehellä iän merkitys ei ole yhtä suuri kuin naisella. Miehen siemennesteen määrä vähenee ja siittiöiden tuotanto heikkenee 40. ikävuoden jälkeen, ja siittiöissä voi tapahtua iän aiheuttamia kromosomimuutoksia. Jos mies on muuten terve, voi siittiötuotanto jatkua aina vanhuuteen saakka. (Koskimies 2004, 17–18.)

Tavallisimpia lapsettomuuden syitä ovat ovulaatiohäiriöt (20–30 %), munajohdinvauriot (10–15 %), endometrioosi (10–20 %) ja sperman heikentynyt laatu (20–40 %). Kohtuperäiset viat ja seksuaalihäiriöt ovat harvinaisempia lapsettomuuden aiheuttajia. Erilaiset yleissairaudet kuten diabetes, epilepsia ja keliakia voivat huonossa hoitotasapainossa heikentää hedelmällisyyttä. Sekä yli- että alipaino ovat hedelmällisyyttä laskevia tekijöitä erityisesti naisilla. Tupakointi heikentää munasarjojen toimintaa ja sperman laatua. (Tiitinen 2009, hakupäivä 19.4.2011.)

Ovulaatiohäiriö on tavallisin naisesta johtuvan lapsettomuuden syy. Sitä esiintyy kolmasosalla hoitoon hakeutuvista naisista. Munasolun irtoamishäiriöiden oireita voivat olla epäsäännölliset tai puuttuvat kuukautiset, mutta irtoamishäiriöt voivat olla myös täysin oireettomia. Irtoamishäiriön syy on usein aivolisäkehormonien eli follitropiinin (FSH) ja lutropiinin (LH) vajaaeritys. Näiden hormonien vajaaeritystä voi aiheuttaa laihdutus, alipainoisuus, henkinen tai fyysinen stressi sekä erilaiset syömishäiriöt. Myös ylipaino estää munasolun irtoamista. Kuitenkin joillain naisilla näiden hormonien vajaaeritys voi olla vain yksilöllinen ominaisuus. (Eskola & Hytönen 1997, 490.)

Polykystinen munasarjaoireyhtymä (PCOS, polycystic ovary syndrome) voi heikentää hedelmällisyyttä. Tyypilliset polykystiset munasarjat ovat suurentuneet ja sileäpintaiset. Paksuuntuneen kuorikerroksen alla on pieniä follikkeleita. (Martikainen & Laatikainen 2004, 112.) Polykystinen munasarjaoireyhtymä voi aiheuttaa kuukautisten epäsäännöllisyyttä tai jopa poisjääntiä, sekä pitkittyneitä vuotoja ja täten myös lapsettomuutta. Yli puolet PCOS:aa sairastavista potilaista ovat ylipainoisia, ja heillä on taipumusta erityisesti keskivartalolihavuuteen. Keskeisin hoito onkin ylipainoisilla laihdutus. Vain 5-10 prosentin painonlasku voi säännöllistää kuukautiskierrot ja raskaus voi alkaa ilman hoitoja. (Tiitinen 2010a, hakupäivä 19.4.2011.)

Endometrioosissa eli kohdun limakalvon sirottumataudissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy kohdun ulkopuolella yleisimmin vatsakalvon pinnalla pikkulantiossa, emättimen ja peräsuolen välissä tai munasarjojen pinnalla. Pesäkkeet aiheuttavat kudokseen kroonisen tulehdusreaktion. (Tiitinen 2010b, hakupäivä 19.4.2011.) Laaja endometrioosi aiheuttaa lapsettomuutta siihen liittyvien anatomisten muutoksien vuoksi. Munasarjojen endometrioosi voi häiritä munarakkulan kehitystä, estää ovulaatiota sekä haitata keltarauhasen toimintaa. Vatsakalvossa endometrioosi aiheuttaa muutoksia peritoneaalinesteeseen ja tähän liittyvien immunologisten muutosten arvellaan heikentävän hedelmällisyyttä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 178.)

Munajohdinvaurioita löytyy noin 15 prosentilla lapsettomuudesta kärsivistä naisista. Munajohdinvaurioita aiheuttavat tulehdukset, kohdunulkoiset raskaudet, sekä endometrioosi. (Eskola & Hytönen 1997, 491.) Munajohdinvauriot häiritsevät sukusolujen kuljetusta sekä hedelmöitystä. Munajohdin voi olla täysin tukkeutunut tai vaurio voi olla osittainen, jolloin munajohtimen sisä- tai ulkopuolella on kiinnikkeitä, jotka vaurioittavat munajohdinta tai heikentävät sen normaalia liikettä. Munajohtimen synnynnäiset vauriot ovat harvinaisia, suurin osa vaurioista johtuu aiemmin sairastetusta pikkulantion tulehduksesta. (Tiitinen & Hovatta 2004, 177.)

Kohtuviat heikentävät hedelmällisyyttä sillä ne haittaavat alkion kiinnittymistä kohdun limakalvoon. Kohdun lihasseinämän sisäiset ja pienetkin kohtuonteloon pullistuvat myoomat eli kohdun lihaskyhmyt sekä polyypit eli hyvänlaatuiset kasvaimet aiheuttavat kohtuontelon epäsäännöllisyyttä haitaten alkion kiinnittymistä. Kohdussa voi olla myös synnynnäisiä rakennevikoja: kohdussa voi olla osittainen tai täydellinen väliseinä ja kohtu voi olla osittain tai täysin kaksiosainen. Toistuvat kaavinnat voivat aiheuttaa kohtuun alkion kiinnittymistä haittaavia kiinnikkeitä tai kohtuontelo voi muurautua täysin umpeen. (Tiitinen & Hovatta 2004, 177-178.) Kohdunkaulan muutokset voivat hidastaa tai jopa estää siittiöiden pääsyn kohtuonteloon ja sitä kautta munajohtimiin. Kaulakanavan liman huono laatu voi johtua liian vähäisestä estrogeenivaikutuksesta, tulehduksesta tai siittiövasta-aineista. Myös kohtuun kohdistuneet toimenpiteet voivat aiheuttaa liman erityksen vähentymistä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 178; Eskola & Hytönen 1997, 492.)

Voimakas ja äkillinen stressitilanne sekä pitkittynyt stressi voivat häiritä naisen ovulaatiota ja munasarjojen hormonituotantoa. Jos stressiä ei pysty kontrolloimaan, elimistön suojamekanismit

heikkenevät ja palautuminen hidastuu. Miehillä stressihormonin vaikuttavat osaltaan heikentävästi siittiöiden tuotantoon. Myös voimakkaat elämänmuutokset kuten masennus ja yllättävä suru heikentävät elimistön omia suojamekanismeja, jolloin luonnon arvellaan estävän naisen raskaaksituloa. (Koskimies 2004, 25-26.)

Naisella runsas **alkoholinkäyttö** aiheuttaa häiriöitä kuukautiskierrossa ja hormonitasapainossa. Miehillä runsas alkoholinkäyttö vaikuttaa kiveksiin heikentämällä testosteronin tuotantoa ja vähentämällä siittiöiden muodostumista. (Koskimies 2004, 24.)

Tupakointi heikentää naisella kohdun ja limakalvojen verenvirtausta ja aiheuttaa näin munasarjojen toiminnan heikkenemistä. Tupakointi vaikuttaa haitallisesti munasoluun ja alkion kiinnittymiseen kohdun limakalvolle. Tutkimuksissa on todettu, että tupakointi heikentää hedelmöityshoitoja saavan naisen raskaaksitulomahdollisuuksia. Miehellä tupakointi vähentää siittiöiden liikkuvuutta ja määrää sekä huonontaa niiden laatua. Myös erektiohäiriöt ovat pitkään polttaneilla miehillä yleisempiä, sillä tupakointi heikentää lantion alueen verenkiertoa. (Koskimies 2004, 24.)

Miehen heikentynyt sperman laatu todetaan 30–50 %:lla lapsettomuushoitoihin hakeutuneista pariskunnista. Se ei kuitenkaan yksin selitä läheskään aina pariskunnan lapsettomuutta. Sperman huonon laadun syytä ei useinkaan saada selville: siittiöitä on liian vähän, ne liikkuvat heikosti tai ovat epämuotoisia. (Tiitinen 2009, hakupäivä 2.5.2011; Tiitinen & Hovatta 2004, 178.)

Kivesten laskeutumattomuus on yleistynyt viime vuosina. Jos tätä ei varhaislapsuudessa hoideta hormonein tai leikkauksella, siittiöiden muodostus häiriintyy. Jos kivekset on siirretty kivespussiin vasta neljännen ikävuoden jälkeen, voi seurauksena olla heikentynyt siittiötuotanto ja hedelmättömyys. (Tiitinen & Hovatta 2004, 178.)

Varikoseele eli kiveksen laskimopunoksen laajentumat kehittyvät murrosiän aikana noin 10 %:lle pojista. Heistä 15 %:lla hedelmällisyys vähenee. Varikoseelessa laskimoverta virtaa takaisin kiveksiin, sillä laskimoiden läpät puuttuvat tai kiveslaskimo on puristuksissa ylemmän suoliliepeen valtimon alla. Vaikka varikoseele on lähes aina vasemmanpuoleinen, se häiritsee siittiöiden tuotantoa molemmissa kiveksissä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 179.)

Miehen sukupuolielintulehdus voi kohdistua virtsaputkeen, siemenheittotiehyisiin, eturauhaseen, rakkularauhasiin, siemenjohtimiin tai lisäkivestiehyisiin aiheuttaen niissä vaurioita. Lisäkiveksessä oleva tulehdus tukkii herkästi lisäkivekset jolloin siittiöitä ei pääse siemennesteeseen. Eturauhasen ja rakkularauhasen tulehdukset heikentävät siemennesteen laatua ja vähentävät hedelmällisyyttä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 179.)

Klinefelterin oireyhtymä (karyotyyppi XXY) on yleisin lapsettomuutta aiheuttava synnynnäinen vika. Tila olisi helppo havaita kivesten pienen koon perusteella jo perusterveydenhuollossa puberteetin jälkeen, mutta se havaitaan usein vasta lapsettomuustutkimuksissa siittiöiden puuttuessa. Nämä miehet ovat usein hedelmättömiä ja tarvitsevat testosteronia korvaushoidoksi. (Tiitinen & Hovatta 2004, 179.)

2.3 Lapsettomuuden psyykkiset vaikutukset

Vanhemmaksi tuleminen on yksi aikuiselämän suurimpia käännekohtia. Lapsettomuus on usein ennalta arvaamaton tilanne, joka yllättää elämänsä hallintaan tottuneen ihmisen. Oma tahto ja suunnitelmat menettävät merkityksensä kun elimistö ei toimikaan halutulla tavalla. Tilanne voi aiheuttaa surua, epäuskoa, häpeää, kateutta ja raivoa. (Deka. & Swarnali 2010; Tulppala 2002, hakupäivä 10.9.2014.)

Naiset kokevat lapsettomuuden yleensä rankemmin kuin miehet. He kuvaavat enemmän negatiivisia tunteita ja tuntevat usein olevansa itse vastuussa lapsettomuudesta. Miehet ovat enemmän huolissaan siitä, miten lapsettomuus vaikuttaa puolisoon, parisuhteeseen ja ystävyyssuhteisiin. Lapsettomuus muuttaa väistämättä parisuhdetta ja parin intiimielämää. Seksielämästä voi tulla suorituskeskeistä, ja hellyys ja intohimo voivat jäädä taka-alalle, kun seksin päätarkoitus on raskauden alkuun saattaminen. Usein koettu kriisi kuitenkin lujittaa parisuhdetta ja lähentää puolisoita. (Tulppala 2002, hakupäivä 10.9.2014.)

Lapsettomuus on monelle sen kokeneelle yksi elämän suurimmista vastoinkäymisistä ja sen käsitteleminen edellyttää psykologista sopeutumista edistävien hallintakeinojen käyttöä. Lapsettomuuden aiheuttama stressikokemus on monivaiheinen: lapsettomuuden tiedostaminen, tutkimuksiin hakeutuminen sekä tutkimustulosten odottaminen ja tulkinta. Henkistä kuormitusta lisäävät päätökset hedelmöityshoidoista, hoitoihin liittyvät pelot sekä pelko hoitojen epäonnistumisesta ja pysyvästä lapsettomuudesta. Kuormittava ja pitkään kestävä stressi on

epäterveellistä, alentaa hedelmällisyyttä entisestään ja saattaa näin heikentää hedelmöityshoitojen onnistumismahdollisuutta. Valtaosa naisista kokee että hoitohenkilökunnalta saatu psyykkinen tuki on ollut riittävää lapsettomuustutkimusten ja –hoitojen aikana. Hoitohenkilökunnan on kuitenkin tärkeä osata tunnistaa parit, jotka hyötyisivät psyykkisen työn ammattilaisen tarjoamasta palvelusta. (Anttila & Korkeila 2012, hakupäivä 15.9.2014.)

3 LAPSETTOMUUDEN TUTKIMINEN JA HOITO

Lapsettomuuden syitä kannattaa alkaa tutkia, jos raskaus ei yrityksestä huolimatta ole alkanut vuoden aikana. Tutkimukset voidaan aloittaa myös aiemmin, jos kuukautiskierrot ovat epäsäännölliset, kuukautisvuodot ovat jääneet pois, naisella on taustalla pahoja lantion alueen tulehduksia tai jos naisella on ollut muita gynekologisia vaivoja. Jos miehellä on ollut sairauksia, joiden tiedetään heikentävän sperman laatua, siemennestetutkimus kannattaa suorittaa jo varhaisessa vaiheessa. Yli 35-vuotiaiden naisten tulisi hakeutua tutkimuksiin jo aiemmin. (Tiitinen, A. 2013, hakupäivä 1.8.2014.)

Julkisen terveydenhuollon piirissä lapsettomuushoitojen ikäraja on noin 40 vuotta, koska tämän jälkeen onnistuvan raskauden todennäköisyys on selkeästi pienentynyt (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2060). Mahdollisimman aikaisen diagnoosin ansiosta pariskunnalle jää enemmän aikaa tutkimuksille ja hoidoille ennen kuin naisen ikääntyminen itsessään alkaa heikentää hedelmällisyyttä (Godwin 2004. 61).

Avoterveydenhuollossa tutkimukset aloitetaan hakeutumalla terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Lääkärin vastaanotolle tulee hakeutua pariskunnan molempien osapuolien. Alkuun selvitetään keskustelemalla pariskunnan yleisterveys. Keskustelemalla kartoitetaan myös naisen gynekologinen historia sekä pariskunnan seksuaalihistoria. Kaikki perussairaudet ja mahdolliset lääkitykset on hyvä kertoa lääkärille. (Tiitinen, A. 2013, hakupäivä 1.8.2014.) Tutkimuksissa selvitetään myös kuinka kauan lapsettomuus on kestänyt: milloin ehkäisy on jätetty pois, millainen on parin yhdyntätiheys, kauanko raskautta on yritetty ja onko parilla ollut ongelmia sukupuolielämässä. Myös mahdollisissa aiemmissa suhteissa olleet raskausyritykset tulee selvittää sekä naisen että miehen osalta. (Tiitinen & Hovatta 2004, 181.)

Lapsettomuuden hoidossa puututaan ensimmäiseksi hedelmällisyyttä heikentävien tekijöiden korjaamiseen. Näistä tärkeimpiä ovat paino-ongelmat ja tupakointi Naisen tutkimukset aloitetaan mittaamalla paino, pituus ja verenpaine. Naisen rakenne ja ulkomuoto, karvoitus ja rintojen kehittyminen kertovat paljon hormonaalisesta tilasta. Naiselle tehdään gynekologinen tutkimus, jonka yhteydessä otetaan papa- ja klamydianäyte. Laboratoriokokeissa määritellään verenkuva, kilpirauhasen toimintakokeet ja veren prolaktiinin pitoisuus. Tarvittaessa voidaan määrittää myös muita peruslaboratoriotutkimuksia, esimerkiksi ylipainoisilla verensokeri ja maksa-arvot. (Tiitinen

2013, hakupäivä 1.8.2014.) Ovulaatiohäiriöissä oikean diagnoosin tekeminen on tärkeää. Jos taustalla on jokin endokriininen tauti kuten hypotyreoosi, se hoidetaan ensin. Jos taas ovulaatiohäiriön taustalla on yli- tai alipaino, pyritään normaalipainoon ennen hoitojen aloittamista. Hoitoa ei tule aloittaa liian aikaisin, jos spontaanin raskauden mahdollisuus on vielä hyvä. (Tiitinen 2009, hakupäivä 11.5.2011.)

Miehen tutkimusten perusta on sperma-analyysi, joka kannattaa suorittaa jo varhaisessa vaiheessa. Jos analyysin tulos on normaali, jatkoselvittelyt eivät yleensä ole tarpeen. Jos tulos on poikkeava, löydös tarkistetaan 1-2 kuukauden kuluttua, sillä sperman laatu voi vaihdella huomattavasti ajankohdasta riippuen. Siemennesteen tutkimisessa oikea näytteen antotapa on tärkeää. Siemennestenäytteestä tutkitaan siittiöiden määrä ja liikkuvuus sekä siittiövasta-aineet. Lisäksi tutkitaan tulehdukseen viittaavien valkosolujen määrä. Jos sperma-analyysi on poikkeava tai miehen sukupuolielinten alueella on oireita, tehdään miehelle kliininen tutkimus. Tällöin tutkitaan kivesten koko ja tasaisuus sekä arvioidaan näkyykö kivespusseissa laskimosuonten pullistumia (varikoseele). Myös eturauhasen koko ja aristus voidaan tunnustella. Kivesten kaikututkimuksella voidaan löytää mahdolliset rakenteelliset viat tai kasvaimet. (Tiitinen 2013, hakupäivä 1.8.2014.)

Alkututkimusten perusteella lääkäri arvioi, kannattaako tutkimuksia jatkaa erikoissairaanhoidon puolella. Pariskunnan tilanteesta sekä raskausyrityksen kestosta riippuen lääkäri tekee lähetteen Oulun yliopistollisen sairaalan naistentautien poliklinikan alaisuudessa toimivaan lisääntymislääketieteen yksikköön. Sieltä pariskunnalle varataan aika jatkotutkimuksiin.

Erikoissairaanhoidossa miehelle tehdään verikokeita, jos siemennestenäyte on vahvasti poikkeava. Hormonaaliset syyt ovat miehellä kuitenkin harvinaisia. Jos siittiöitä ei löydy tai niitä on huomattavan vähän, määritetään aivolisäkehormoni FSH:n pitoisuus. Suurentunut FSH arvo viittaa kivesperäiseen vaurioon. Verinäytteestä tehdään myös kromosomimääritys sekä Y-kromosin mikrodeleetiotutkimus. Myös muita hormonitutkimuksia voidaan määrittää, esim. testosteroni, prolaktiini ja kilpirauhasarvot. Jos siemennesteestä ei löydy siittiöitä, mutta verikokeiden tulokset ovat normaalit, voidaan kiveskoepalalle selvittää tapahtuuko kiveksessä normaalia siittiötuotantoa. (Tiitinen 2013, hakupäivä 15.7.2014.)

Emättimen kautta tehtävällä kaikututkimuksella selvitetään naisen synnytinelinten rakennetta ja toimintaa. Kohtuontelon arviointia varten kohtuun voidaan tehdä keittosuolatäyttö

(HSG=hysterosonografia). Kohtuun voidaan ruiskuttaa ilman ja veden seosta, jolloin varmistuu myös munanjohtimien aukiolo (HSSG=hysterosalpingosonografia). Jos HSSG ei ole normaali tai epäillään endometrioosia tai tulehduksen jälkitilaa, tehdään laparoskopia eli vatsaontelon tähystysleikkaus. (Tiitinen 2013, hakupäivä 15.7.2014.)

Alkukierron gonadotropiinitasot mitataan erityisesti jos naisen kuukautiskierto on ollut epäsäännöllinen. Alkukierrossa otettu FSH ja/tai AMH (anti-Muller-hormoni) kertovat munasarjojen toiminnasta. Ovulaation tapahtumista seurataan munarakkulan kasvun seurannalla. Loppukierrossa mitataan keltarauhashormoni (progesteroni) jolla varmistetaan ovulaation tapahtuminen ja keltarauhasen riittävä toiminta. (Tiitinen 2013, hakupäivä 15.7.2014.)

Jos lapsettomuudelle ei löydy selkeää syytä tai mahdollisena syynä on hieman heikentynyt sperman laatu, pariskunta voidaan ohjeistaa yrittämään raskautta luonnollisin keinoin hieman pidempään (Godwin 2004, 61).

Lapsettomuuden **hormonihoidoissa** tavallisin ovulaation induktioon käytettävä lääke on tablettimuotoinen klomifeeni. Sitä voidaan käyttää jos prolaktiinin ja muiden aivolisäkehormonien pitoisuudet ovat normaalit. Tämän tyyppisen lapsettomuuden yleisin syy on PCOS. Kolomifeenitabletteja otetaan viitenä päivänä aloittaen kierron 3. päivästä. Hoidon vastetta seurataan. Kuukautiskierron säännöllistyminen kertoo ovulaation käynnistymisestä. Gynekologisessa kaikututkimuksessa varmistetaan, että munasarjassa kypsyy yksi tai enintään kaksi munarakkulaa ja että kohdun limakalvo paksuuntuu samaan aikaan riittävästi. Noin viikko arvioidun ovulaation jälkeen varmistetaan keltarauhasen hyvä toiminta mittaamalla veren keltarauhashormonipitoisuus. Ylipainoisella PCOS-potilaalla hoitovaihtoehtona voi joskus olla diabeteslääke metformiini, joka voidaan myös yhdistää muihin munarakkulan kypsytyshoitoihin. (Tiitinen 2013, hakupäivä 15.7.2014.) Klomifeeniresistenteillä naisilla ovulaation induktiossa käytetään nykyisin usein letrotsolia, joka on rintasyövän hoitoon käytettävä lääke. Sillä on usein vähemmän sivuvaikutuksia kuin klomifeenillä, minkä vuoksi siitä on tulossa ensisijainen lääke ovulaation induktioon klomifeenin ohella. (Morin-Papunen & Koivunen 2012.)

Aivolisäkehormoneja (gonadotropiinihoidot) käytetään, jos klomifeeni ei auta tai jos munarakkulan kypsymishäiriön taustalla on gonadotropiinien puutos tai vajaus. Nämä valmisteet otetaan päivittäisinä ihonalaisina pistoksina, tavallisesti 1-2 viikon ajan. Munarakkulan kehitystä seurataan kaikututkimuksella. Samanaikaisesti voidaan mitata veren estradiolitaso, joka kertoo

munarakkulan sopivasta kasvusta. Hoito pyritään toteuttamaan pienimmällä mahdollisella lääkeannoksella niin että munasarjassa kypsyy vain yksi munarakkula. (Tiitinen 2013, hakupäivä 15.7.2014.)

Laparoskopiassa naiselta voidaan poistaa kiinnikkeitä, munajohtimet voidaan vapauttaa ja endometrioosipesäkkeet poistaa. Myös munasarjakystat sekä isokokoiset myoomat voidaan poistaa **Hysteroskopiassa** eli kohtuontelon tähystyksessä tehtäviä tavallisimpia toimenpiteitä ovat polyyppien tai kohtuonteloon kasvaneiden myoomien poisto sekä näytteiden otto. Harvinaisempia ovat kohtua umpeen muuraavat kiinnikkeet, jotka estävät kuukautisvuodot ja alkion kiinnittymisen. Tämä voi johtua useista kaavinnoista ja tulehduksista, jolloin kohdun limakalvo vaurioituu. (Koskimies 2004, 51.)

Varikoseele voi aiheuttaa miehellä siittiöiden määrän ja laadun heikkenemistä. Tällöin kiveksen suonikohju voidaan tukkia ns. skleroterapian avulla. Toimenpide tehdään polikliinisesti. Noin puolella miehistä siittiöiden laatu ja määrä paranevat toimenpiteen jälkeen. Kuitenkin jos siittiöiden määrä on jo aikaisemmin ollut pieni ja miehen partnerin ikä on yli 35 vuotta, päädytään usein suoraan hedelmöityshoitoihin. (Koskimies 2004, 51.)

Inseminaatio eli IUI (intrauterine insemination) voidaan tehdä joko naisen luonnollisen tai hormonihoidoilla stimuloidun kuukautiskierron aikana. Siittiöt voivat olla partnerin omia tai lahjoitettuja. Ennen inseminaatiota siittiöt pestään, jotta parhaiten liikkuvat siittiöt erottuvat muista. Pestyt siittiöt ruiskutetaan kohtuonteloon. Inseminaatiota käytetään, jos lapsettomuuden syynä on kohdunkaulan limasta tai siittiöistä johtuva tekijä sekä lievissä siittiövasta-ainetapauksissa ja selittämättömässä lapsettomuudessa. (Parempaa elämää 2014, hakupäivä 14.8.2014.)

Koeputkihedelmöitys eli IVF (in vitro fertilisaatio) perustuu kahteen oleelliseen seikkaan: gonadotropiinhoidolla stimuloidaan munasarjoja niin, että ne tuottavat useita munarakkuloita kerrallaan. GnRh-hormonien (gonadotropiineja vapauttava hormoni) vastavaikuttajahormoneilla estetään munasolujen kypsyminen ja munarakkulan puhkeaminen ennen munasolujen keräyshetkeä. (Parempaa elämää 2014, hakupäivä 14.8.2014.)

Kun suurimmat munarakkulat ovat läpimitaltaan yli 17 mm, annetaan hCG-pistos, joka laukaisee munasolujen lopullisen kypsymisen. Munasolut kerätään 36 tuntia myöhemmin käyttämällä ultraääniohjattua punktiota, jossa neula viedään emättimen seinämän läpi suoraan

munarakkuloihin. Munarakkulat imetään tyhjiksi, jolloin munasolut saadaan talteen rakkulanesteen mukana. Toimenpiteessä annetaan laskimonsisäinen rauhoittava lääke sekä kipulääkitys. (Parempaa elämää 2014, hakupäivä 14.8.2014.)

Rakkulanesteestä erotellaan kypsät munasolut ja ne siirretään viljelymaljalle. Hedelmöitystä varten maljalle lisätään 10 000 - 100 000 siittiötä yhtä munasolua kohti. Vuorokauden kuluttua keräyksestä voidaan nähdä kuinka moni munasolu on hedelmöittynyt. Yksi tai korkeintaan kaksi alkiota siirretään kohtuun ohuen ja pehmeän katetrin avulla. Alkioden siirto on kivuton toimenpide. Loppukierron ajaksi aloitetaan luteaalivaiheen tukihoito keltarauhashormonilla. Hyvänlaatuiset alkiot, joita ei siirretä kohtuonteloon, voidaan pakastaa. Tutkimusten mukaan raskasuprosentti yhtä hoitokiertoa kohtaan on n. 20 - 40 %. Nämä luvut eivät juurikaan eroa hedelmällisten parien vastaavista luvuista. (Parempaa elämää 2014, hakupäivä 14.8.2014.)

Munasolun mikroinjektio eli ICSI (Intrasytoplasmic Sperm Injection) on tärkeä miehestä johtuvan lapsettomuuden hoitomuoto. Siinä yksikin siittiö voi riittää, ja se ruiskutetaan munasolun sisään ohuella lasineulalla. Vaikka siemennesteestä ei löytyisi siittiöitä, raskauksia on saatu aikaiseksi käyttämällä suoraan kiveksestä, lisäkiveksestä tai siemenjohtimesta kerättyjä siittiöitä. Tämän vuoksi lahjoitettujen siittiöiden käyttö lapsettomuushoidoissa on vähentynyt oleellisesti. (Parempaa elämää 2014, hakupäivä 14.8.2014.)

Lahjasukusoluhoidot ovat mahdollisia, jos lapsettomuuden syynä on munasarjojen toimimattomuus tai se, että munasarjat on jouduttu poistamaan sairauden vuoksi. Taustalla voi olla useita tuloksettomia IVF-hoitoja tai toistuvia keskenmenoja. Syynä voi olla myös perinnöllisen sairauden suuri riski. Tällaisissa tapauksissa lahjoitettujen sukusolujen käyttö on mahdollista. Niitä voidaan saada vapaaehtoisilta lahjoittajilta tai koeputkihedelmöityspotilailta, jotka haluavat luovuttaa ylimääräiset munasolut. Munasolun luovutus vaati saman hormonihoidon ja seurannan kuin normaali IVF-hoito. (Parempaa elämää 2014, hakupäivä 14.8.2014.)

4 KIRJALLISEN MATERIAALIN KÄYTTÖ OHJAUKSESSA

Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaan hoitoa, sillä onnistuessaan sillä on vaikutusta asiakkaan terveyteen ja terveyttä edistävään toimintaan (Kääriäinen & Kyngäs 2014, hakupäivä 15.9.2014). Ohjauksella pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista. Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä asiakas jo mahdollisesti tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää. Tutkitun tiedon käyttö on ohjaamisen pohja. Tieto tulee kuitenkin muokata siten, että se on käyttökelpoista ohjauksen toteuttamisessa. (Kyngäs ym. 2007, 25,55.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on tarpeellista tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt. Kirjallisen ohjausmateriaalinen tulee olla sekä sisällöltään että kieliasultaan sopivaa ja ymmärrettävää. Ohjausmateriaali tulisi tarjota asiakkaalle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. Kun ohje on hyvin suunniteltu, tehokas ja oikein suunnattu, asiakas voi käyttää sitä itseopiskeluun. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Terveyttä edistävä aineisto on väline, jonka laatuun panostamalla tuetaan yksilöiden omavoimaistumista ja kehitystä. Kaikessa terveyteen tähtäävässä aineistossa tulee olla taustalla käsitys terveyden edistämisestä. Yleisenä terveysaineiston tavoitteena voidaan pitää sitä, että aineisto vastaa tavoitellun kohderyhmän sen hetkisiä tarpeita. Voimavaralähtöistä lähestymistapaa sisältävät aineistot kannustavat ja auttavat ymmärtämään yksilön omia mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteen. (Rouvinen-Wilenius 2008. 3-5.)

Terveysaineiston tulee perustua tutkittuun tietoon. Tuotteen laatukriteereitä tarvitaan, jotta aineiston laatua voidaan arvioida johdonmukaisesti. Terveyden edistämisen keskuksen laatukriteerejä ovat mm. konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmoteltavuus, sopiva tietomäärä, oikea virheetön tieto, tekstiin sopiva kuvitus, huomiota herättävyys sekä hyvä tunnelma. Vastaanottajalle on tärkeää tarjota vain olennaisin tieto, sillä omaksumiskyky on rajallinen. Tehostuksilla ja otsikoinnilla sanoman ymmärrettävyyttä voidaan lisätä. (Parkkunen ym. 2001, 10–12.)

5 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Keväällä 2012 Oulun kaupungilta hakemani tutkimuslupa opinnäytetyötä varten hyväksyttiin. Yhteistyökumppaniksi valikoitui Keskustan terveysaseman palveluesimies Marja-Liisa Pikkarainen sekä avoterveydenhuollon keskitettyjen palveluiden palveluesimies Helena Ruokamo, joiden kanssa tapasimme ja suunnittelimme oppaan toteutusta, sisältöä ja levityskanavaa. Päädyimme siihen, että opas olisi suunnattu lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille ja sisältäisi perustietoa hoitoon hakeutumisesta sekä lapsettomuuspotilaan hoitopolusta Oulun kaupungin avoterveydenhuollossa ja siitä, miten tutkimukset ja hoidot etenevät. Opas sisältäisi siis nimenomaan tietoa lapsettomuuspotilaan hoitopolusta julkisella puolella, joten yksityisen puolen (mm. Väestöliitto) tarjoamista palveluista oppaassa mainittaisiin vain lyhyesti.

Aluksi suunnitelmana oli että opas ja opinnäytetyö valmistuisivat jo vuoden 2013 alkupuolella. Projekti kuitenkin viivästyi, sillä olin raskaana ja loppuraskauden vaivojen vuoksi jouduin jättämään opinnot tauolle. Ilmoitin asiasta yhteistyökumppaneilleni ja he olivat myös sitä mieltä että minun tulisi keskittyä vauvaan täysipainoisesti. Niin teinkin, tyttäreni syntyi maaliskuussa 2013 ja lähes vuoden ajaksi jätin kouluasiat, kuten opinnäytetyön, pohdinta-asteelle. Alkuvuodesta 2014 kun tyttäreni lähestyi vuoden ikää ja koulu oli jatkumassa harjoittelujen muodossa, jatkoin taas opinnäytetyötä oppaan suunnittelun merkeissä. Oman äitiyslomani aikana maailmankuvani laajeni ja uskon että äitiyden myötä myös suhtautuminen opinnäytetyöni aiheeseen muuttuu. Kun nyt tiedän, mitä kaikkea hyvää äitys tuo elämään haluan omalta osaltani tehdä työtä sen eteen että mahdollisimman moni lapsettomuudesta kärsivä saa kaiken mahdollisen tuen ja mahdollisuuden vanhemmuuteen.

Tarkoituksenani oli haastatella Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteellisen yksikön henkilökuntaa yleisimmistä hoidoista ja hoidon toteutuksesta heillä. Ollessani sairaalaan yhteydessä, minulle kerrottiin etteivät he saa luovuttaa mitään tietoja, jos minulla ei ole PPSHP:n myöntämää tutkimuslupaa. Luvan saamisen olisi voinut mennä useita kuukausia. Aikataulun rajallisuuden vuoksi päätin etsiä tiedon kirjallisuudesta ja internetistä, erityisesti Terveysportista.

Ollessani uudelleen yhteydessä Oulun kaupungin yhteyshenkilöön, tulimme siihen lopputulokseen, ettei Oulun kaupunki olekaan sopivin yhteistyökumppani opinnäytetyön suhteen.

Syksyllä 2014 olin puhelimitse yhteydessä Oulunkaaren kuntayhtymän neuvolapalveluiden esimieheen Anne Leppälä-Hastiin, joka oli aiheesta kiinnostunut ja uskoi oppaan olevan tarpeellinen. Hän ohjeisti minua soittamaan kahdelle neuvolan terveydenhoitajalle, joilta sainkin paljon positiivista palautetta aiheenvalinnasta sekä vinkkejä oppaan suunnitteluun. Terveydenhoitajien mukaan soittoja lapsettomuusasioissa tulee aika-ajoin neuvolaan, ja heillä olisi hyvä olla jonkinlainen tietolähde jonka he voivat tarvittaessa asiakkaalle antaa. Heidän mukaansa oppaan tulisi olla mahdollisimman tiivis ja sisältää tietoa elämäntapojen vaikutuksesta lapsettomuuteen. Opas suunnitellaan sähköisesti pdf-muotoon ja se tallennetaan neuvoloiden käyttämään intranetiin, josta terveydenhoitajat voivat sen tarvittaessa tulostaa asiakkaalle.

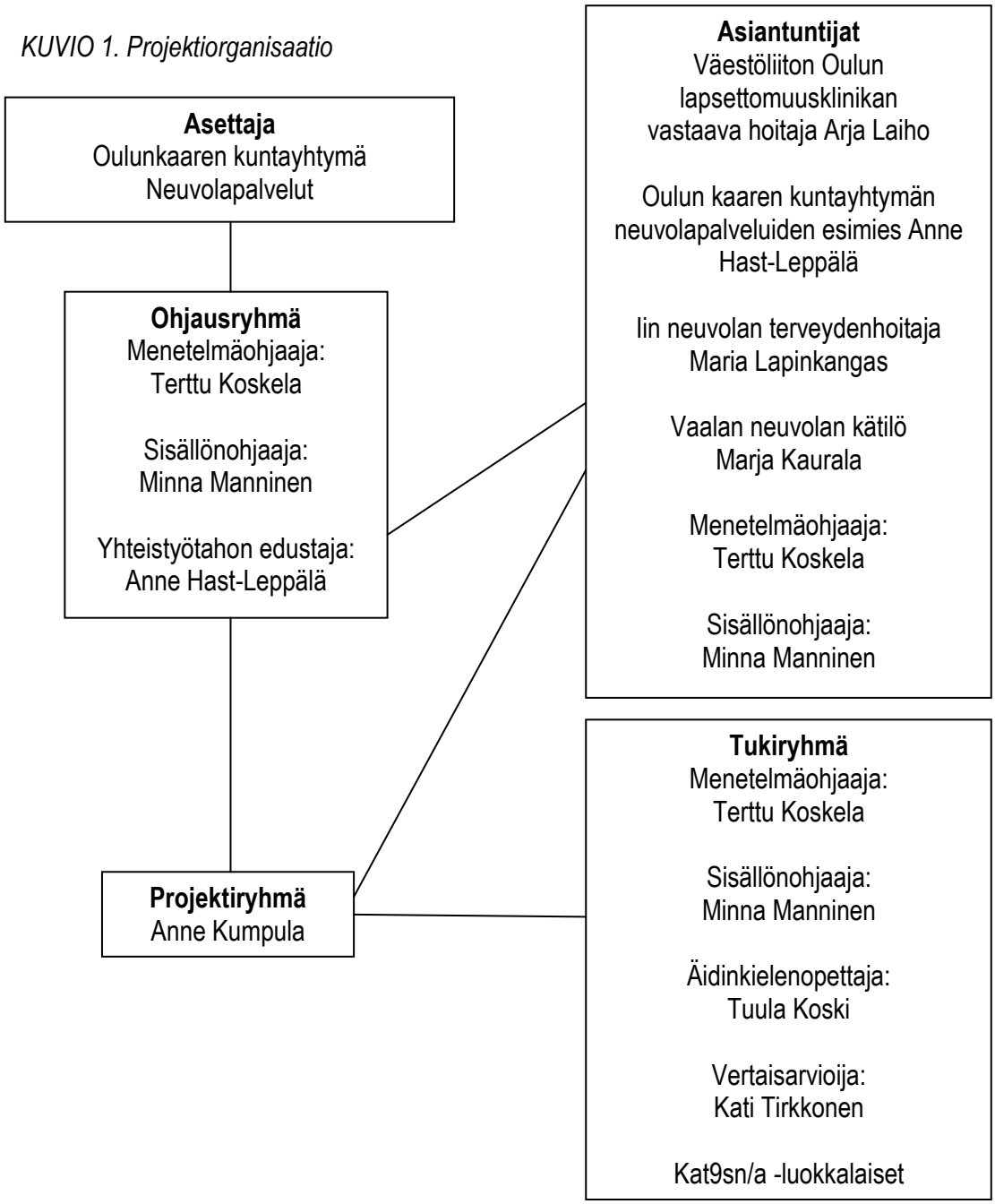
TAULUKKO 2. Projektin aikataulu

Päätehtävä	**Välitulokset**	**Aikataulu**
Alustava aiheenvalinta ja ideointi	Ideointiseminaari	Syksy 2010
Tiedonhaku, lopullinen aiheen ja tutkimusmenetelmän valinta	Valmistava seminaari	Kevät 2011
Projektin suunnittelu	Projektisuunnitelma	Syksy 2012
Tuotteen suunnittelu ja valmistaminen	Opas lapsettomuuden tutkimisesta ja hoidosta	Syksy 2012 Kevät 2014 - Syksy 2014
Projektin päättäminen	Loppuraportti	Syksy 2014

5.1 Projektiorganisaatio

Projektiorganisaatio on projektia varten muodostettu tarkoituksenmukainen organisaatio, johon kuuluvat henkilöt ovat mukava projektissa määräajan. Projektin henkilömäärä voi vaihdella projektin aikana. (Pelin 1990, 43.) Projektiryhmä on moottori, joka varmistaa projektin tavoitteiden saavuttamisen. Projektiryhmä vastaa juoksevista työtehtävistä sekä yksityiskohdista tehtävistä päätöksistä koko projektin alusta loppuun saakka. Ryhmä vastaa siitä, että projektin kuluessa saavutettavat tulokset ja ideat saatetaan muun projektiorganisaation tietoon. (Lööw 2002, 31-32.)

KUVIO 1. Projektiorganisaatio



Projektiorganisaatio koostui projektiryhmästä, tukiryhmästä, ohjausryhmästä sekä asiantuntijaryhmästä. Koska tein opinnäytetyöni yksin, projektiryhmään kuuluin vain minä. Vastasin siis itse sekä projektipäällikön että sihteerin tehtävistä. Ohjausryhmään kuuluvat sisällönohjaaja ja menetelmäohjaaja. Opinnäytetyön sisällönohjaaja on kätilötyön opettaja, lehtori Minna Manninen. Menetelmäohjaajana toimi lehtori Terttu Koskela.

Asiantuntijaryhmään kuuluivat menetelmäohjaajan ja sisällönohjaajan lisäksi Oulunkaaren kuntayhtymän neuvolapalveluiden esimies Anne Hast-Leppälä sekä terveydenhoitajat, joilta sain aluksi vinkkejä ja lopuksi palautetta oppaasta. Samaan ryhmään kuului myös Väestöliiton vastaava hoitaja Arja Laiho, jolta pyysin lisätietoa ja opastusta opinnäytetyön alkuvaiheissa.

Tukiryhmään kuuluivat opettajat Minna Manninen, Terttu Koskela, kielenohjaaja Tuula Koski sekä vertaisarvioija Kati Tirkkonen. Tukiryhmään kuului myös koko opiskelijaryhmäni Kat9sn, joilta sain paljon tukea ja kannustusta opinnäytetyön eri vaiheissa.

5.2 Oppaan sisällön suunnittelu

Tuotteistamisen lähtökohtana on aina asiakas ja tuotteistamisprosessin läpiviemiseksi asiakasnäkökulmien selvittäminen on välttämätöntä. Asiakkaiden tiedostetut ja tiedostamattomat tarpeet tulee selvittää tuotteistamisen alkuvaiheessa ja muokata tuotetta siten, että kaikkien asiakastasojen tarpeet voidaan osoittaa huomioonotetuiksi. (Jämsä & Manninen 2000, 20.)

Vuonna 2012 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli sama kuin monena aikaisempana vuonna, eli noin 30,1 vuotta. Ensisynnyttäjien keski-ikä oli 28,4 vuotta. 2000-luvulla ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut 0,7 vuodella. (THL 2014, hakupäivä 18.7.2014.) Lapsettomuuden kokemukset ovat yleisimpiä 30-54-vuotiailla (Klemetti ym. 2004, 45).

Tämän tiedon perusteella tulen kohdentamaan tuotteen yli 30-vuotiaille naisille ja heidän puolisoilleen. Lapsettomuus voi tulla ilmi jo ensimmäistä lasta yritettäessä tai vaikka raskauksia ja synnytyksiä olisi jo ennestäänkin. Tämän vuoksi oppaan tiedot tulee kohdentaa sekä primaaristi että sekundaarisesti lapsettomille pariskunnille. Tämä tietysti asetti haasteita oppaan suunnittelu- ja kehitysprosessille.

Tuotteen kehittely etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen ja rajausten mukaisesti. Useiden sosiaali- ja terveysalan tuotteiden sisältö muodostuu tosiasioista, jotka pyritään kertomaan mahdollisimman täsmällisesti ja ymmärrettävästi sekä vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Informaation välittämiseen tarkoitetuille tuotteille yhteisiä ongelmia ovat asiasisällön valinta ja määrä sekä tietojen mahdollinen muuttuminen tai vanhentuminen. Tuotetta laatiessa tuleekin pyrkiä eläytymään tiedon vastaanottajan asemaan henkilökohtaisten ja ammatillisten tarpeiden sijasta. (Jämsä & Manninen 2000, 54-55.)

Oppaan sisällön suunnittelu alkoi jo vuonna 2011 kun tein opinnäytetyöstäni valmistavan seminaarin. Silloin aihe valikoitui ja tarkentui. Hain runsaasti tietoa lapsettomuuden yleisyydestä, syistä, tutkimisesta ja hoidoista sekä kirjallisuudesta että internetistä. Projektisuunnitelmaa tehdessäni sekä keskusteltuani yhteyshenkilöiden kanssa oppaan sisällön suunnittelu ja levityskanavan miettiminen ovat koko ajan olleet tärkeimpiä asioita. Kun yhteistyökumppani projektin loppuvaiheessa vaihtui, piti myös levityskanavaa miettiä uudelleen. Uusi yhteistyökumppani oli sitä mieltä, että sähköinen versio oppaasta on ehdottomasti valmiiksi tulostettua parempi ja palvelee käyttäjiään parhaiten.

Sosiaali- ja terveysalan tuotteessa on muihin aloihin verrattuna poikkeuksellisia piirteitä. Tarkoituksena on asiakkaan terveyden, hyvinvoinnin ja elämänhallinnan edistäminen. (Jämsä & Manninen 2000, 23–24.) Tämä seikka tekee tuotteesta erityislaatuisen. Ihmisen terveys ja elämänhallinta ovat hyvin henkilökohtaisia asioita. Lapsettomuus voi olla pariskunnalle aihe, josta ei ole puhuttu kenellekään muulle. Suru, häpeä ja syyllisyys voivat olla tilanteessa läsnä. Ohjeen sisällön halusin pitää mahdollisimman positiivissävyisenä ja toiveikkaana.

Ohjeen sisältämän tiedon tulee olla faktaa ja väärälle tiedolle tai väärille tulkinnoille ei tule jättää tilaa. Oppaan sisällön suunnittelussa olen koko ajan pyrkinyt pitämään mielessä sen, millainen ihminen sitä mahdollisesti tulevaisuudessa tulee lukemaan. Ammattisanasto ja vaikeat ilmaisut olen jättänyt pois ja koittanut tehdä sisällöstä sellaisen, että myös ihminen, jolla ei ole tietämystä hoitoalan termeistä ymmärtää lukemansa hyvin.

Selkeässä ja ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa, ilmoitetaan kenelle se on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. On tärkeää kuvata miten hoidon onnistumista voidaan seurata. Myös yhteydenotoista ja lisätietojen hankkimisesta on hyvä olla tietoa. (Kyngäs ym.2007, 126.)

Oppaan sisällön suunnittelu lähti liikkeelle tutustumalla kirjallisuudesta ja internetistä löytyvään tutkittuun tietoon lapsettomuudesta. Alusta asti oli selvää, että haluaan tehdä oppaasta mahdollisimman tiiviin ja selkeän. Kuitenkin aiheen rajaus muodostui sisällön suunnittelussa kynnyskysymykseksi. Lapsettomuuteen liitty monia osa-alueita. Alkuun olikin tärkeää rajata opas käsittelemään nimenomaan lapsettomuuden tutkimisen ja hoidon fyysistä puolta, vaikka psyykkisen puolen merkitystä ei voi vähätellä. Halusin sisällössä kiinnittää erityistä huomiota elämäntapojen vaikutukseen ja keinoihin, joilla pariskunta voi itse parantaa raskaaksi tulemisen mahdollisuutta jo ennen tutkimuksiin hakeutumista.

Kirjoitin oppaan sisällön ensimmäisen version tavalliseksi Word-tiedostoksi enkä tässä vaiheessa vielä miettinyt muotoilullisia seikkoja juurikaan. Pyrin kuitenkin jo jäsentelemään ja otsikoimaan tekstiä. Alkuun tekstiä tuli runsaasti ja tiedon karsiminen sekä aiheen rajaus muodostuikin yhdeksi haastavimmista tehtävistä. Pyrin kirjoittamaan tekstin mahdollisimman helppolukuiseksi ja selkeäksi. En halunnut sisällöstä liian luettelomaista joten käytin listoja ja ranskalaisia viivoja vain muutamissa paikoissa.

Oppaan ensimmäisellä tekstisivulla kerrotaan lapsettomuuden määritelmiä ja mahdollisia syitä. Tämän jälkeen oppaassa kerrotaan elämäntapojen sekä iän vaikutuksesta lapsettomuuteen. Osion päätän kappaleeseen, jossa kerrotaan milloin tutkimuksiin kannattaa hakeutua. Avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tutkimukset on jaoteltu omiin alueisiin. Lapsettomuuden eri hoitomuodoista oli oppaassa aluksi paljon tietoa, mutta koska alun perinkin oli tarkoitus, että oppaassa keskitytään nimenomaan omien elämäntapojen merkitystä ja avoterveydenhuollon osuutta, tiivistin hoidoista kertovaa kappaletta paljon.

Aluksi oli tarkoitus, ettei oppaassa olisi juurikaan tietoa lapsettomuuden psyykkisestä puolesta. Kuitenkin toteutusvaiheessa ja tietoa etsiessäni myös psyykkisen puolen merkitys korostui, joten päätin kirjoittaa oppaan loppuun kappaleen, jossa kerrotaan lapsettomuuden aiheuttamista tunteista, puolison tuen ja vertaistuen merkityksestä sekä annetaan toivoa tulevaan.

Koska halusin pitää oppaan sisällön tiiviinä, lisäsin oppaaseen linkkejä internetsivuille, joista tietoa löytyy enemmän. Esimerkiksi Parempaa Elämää –sivustolta löytyi hyvin tietoa ja videoita lapsettomuustutkimuksista ja –hoidoista helposti ymmärrettävässä muodossa.

Oulussa lapsettomuuden tutkimuksia ja hoitoa tarjoavat myös yksityisen puolen toimijat. Yksi tärkeimmistä yksityisen puolen palvelun tuottajista on Väestöliiton lapsettomuusklinikka. Myös lääkärikeskus Gyneko tarjoaa lapsettomuustutkimuksia. Oppaassa on maininta myös näistä, mutta pääsääntöisesti oppaassa kerrotaan kuitenkin julkisen terveydenhuollon tarjoamista palveluista.

Opas oli suunnitteluvaiheessa pitkään ilman nimeä, mutta lopulta nimi syntyi ihan itsestään. Halusin nimen kertova aiheesta mutta kuitenkin kevyessä ja aavistuksen humoristisessa mielessä. Vaikka lapsettomuus aiheena onkin vakava, halusin pitää oppaan tunnelman toiveikkaana ja positiivisena. Oppaan yksi tärkeimmistä tehtävistä on kertoa lukijalle että lapsettomuuteen on olemassa hyviä hoitokeinoja ja lapsen saamiseen on lapsettomuusdiagnoosista huolimatta hyvät ennusteet. Siksi en halunnut tehdä opasta synkkää ja surumielistä, vaan kannustavan ja rohkaisevan.

5.3 Oppaan ulkoasun suunnittelu

Typografialla tarkoitetaan graafista ulkoasua, johon sisältyy mm. kirjainten valinta, ladelman muotoilu sekä värityksen ja kuvituksen suunnittelu. Sen avulla saatetaan sanoma sellaiseen muotoon, että se viestii yhtä vahvasti kuin tekstin sisältö ja vaikuttaa olennaisesti viestin ymmärrettävyyteen. Sen avulla saadaan lukija ensin kiinnostumaan ja sitten perehtymään julkaisuun. Kun typografia on onnistunutta, lukeminen on miellyttävää ja helppoa. Tekstin osat, leipäteksti, otsikot ja väliotsikot erottuvat toisistaan. (Loiri & Juholin 1998, 32.)

Ohjeen taiton suunnittelu alkaa asettelumallista, jonka avulla ohjeen eri elementit, otsikot, kuvat ja tekstit, asetetaan paikoilleen. Ohjeen asettelumallia varten tulee päättää monta ohjeen ulkoasuun vaikuttavaa tekijää kuten marginaalien leveys, palstojen määrä, tekstin tasaus, kirjasimen tyyppi ja koko sekä otsikoiden erottelu ja korostaminen. (Torkkola ym. 2002, 58.)

Kun olin suunnitellut oppaan sisällön valmiiksi, aloin miettimään oppaan asettelua. Opas tulisi olemaan luettavissa sekä internetissä että tulosteena, joten ulkoasua tuli miettiä tarkkaan. Alkuun aloin suunnitella opasta Microsoft Word-tekstinkäsittelyohjelmalla, mutta lopulta PowerPoint -ohjelma osoittautuikin käyttökelpoisemmaksi. Mietin alkuun, haluanko kirjoittaa useammalle palstalle mutta päädyin yhteen palstaan sivulla. Tämä lisäsi lopullisen ohjeen sivumäärää mutta uskon että näin ohje on helpommin luettava. Suunnittelin ja muotoilin opasta PowerPoint -

ohjelmalla ja tallensin sen pdf-muotoon. Tulostin kokeeksi opasta tulostimen asetusten kautta opaslehtisen muodossa ja se toimi mielestäni hyvin. Oppaan voi tulostaa myös yksittäisinä sivuina, yksi- tai kaksipuolisena, tai tulostamalla kaksi sivua yhdelle arkille. Luettavuus ei kärsi tulostusasettelusta.

Kansilehti on tärkeä osa opasta ja halusin tehdä siitä mielenkiintoisen ja houkuttelevan. Kansilehdellä on kerrottu lyhyesti, mistä opas kertoo. Lyhyt teksti ja selkeä, yksinkertainen kuva houkuttelevat jatkamaan lukemista. Ulkoasuun liittyy olennaisesti kuvituksen suunnittelu. Haikaran valinta kansisivun kuvaksi oli selkeä, sillä se sopii hyvin oppaan nimeen. Mietin aluksi, voinko laittaa oppaan kanteen kuvan, jossa on vauva, mutta koska halusin oppaan tunnelman pysyvän toiveikkaana, päädyin valitsemaan tämän kuvan. Löysin kuvan internetistä sivulta, jonka kuville annettiin vapaa käyttöoikeus. Kuva on selkeä ja toimii hyvin myös tulostettuna. Lintuteemaa jatkaakseni valitsin oppaan viimeisen sivun kuvaksi kaksi oksalla istuvaa pöllöä. Kuva löytyi samaiselta sivustolta, jonka kuville annettiin vapaa käyttöoikeus.. Kahdella pöllöllä pyrin viestittämään lukijalle, että lapsettomuus on parin yhteinen asia ja se vaatii ”samalla oksalla istumista”.

Fonttia, kirjasimen kokoa, rivivälejä ja muita muotoilullisia seikkoja muutin useita kertoja oppaan teon aikana. Päädyin tekstissä Calibri-fonttiin, joka on selkeä ja helposti luettava. Pääotsikot tein lihavoituna fonttikoossa 14, muun tekstin fonttikoko on 12.

6 PROJEKTIN ARVIOINTI

6.1 Tuloksen arviointi

Kaikkien tuotemuotojen kehittelyn eri vaiheissa palaute ja arviointi ovat tärkeitä. Parhaat keinot ovat koekäyttö tai esitestaus tuotteen valmisteluvaiheessa. Koekäyttäjinä voivat toimia tuotekehitysprosessiin osallistuneet tuotteen tilaajat. Palautetta on myös tarpeen hankkia sellaisilta henkilöiltä, jotka eivät tunne tuotetta tai sen tekijää ennestään. Koekäyttötilanteen tulisi olla mahdollisimman todellinen. (Jämsä & Manninen 2000, 80.)

Sain ensimmäisen version oppaasta valmiiksi syyskuussa 2014. Lähetin sen ensin sisällönohjaajalle ja menetelmäohjaajalle arvioitavaksi. Heiltä sain vinkkejä oppaan muokkaamiseen. Heidän mukaansa opas oli vielä liian oppikirjamainen ja sitä tulisi tiivistää ja myös lapsettomuuden psyykkisistä vaikutuksista olisi hyvä olla tietoa. Tiivistin opasta tämän jälkeen paljon ja lisäsin linkkejä lisätietoihin. Myös ulkoasua muutin vielä jonkin verran.

Tämän jälkeen opettajien hyväksynnän saatuani lähetin oppaan yhteistyötahon edustajalle sähköpostitse. Hän lähetti oppaan eteenpäin terveyspalvelujohtajalle ja neuvolalääkäreille, jotka tarkistivat sisällön. Kun sain heiltä hyväksynnän oppaalle, lähetin sen ja palautekyselylomakkeen kahdeksalle terveydenhoitajille. Palautekyselylomakkeesta pyrin tekemään mahdollisimman kattavan, jotta saisin palautetta ja kehitysehdotuksia kaikista oppaan osa-alueista. Lomakkeessa oli kahdeksan monivalintakysymystä sekä avoimia kysymyksiä. Koska palautekyselykaavake oli sähköinen, uskoin että saisin paremmin palautetta ja pidempiä vastauksia kysymyksiini kuin jos lomake olisi ollut kirjallinen. Vastausaikaa annoin kaksi viikkoa, viikon jälkeen laitoin muistutusviestin sähköpostitse.

Kahdeksasta terveydenhoitajasta sain palautetta vain kahdelta. Vastausprosentti jäi siis melko pieneksi. Saamani palaute oli hyvin positiivista ja kannustavaa. Oppaan aihe koettiin tarpeelliseksi ja ajankohtaisesti. Oppaan ulkoasun ja kuvituksen koettiin olevan hyvä ja selkä. Toisessa palautteessa sisältöön tuli lisäysehdotuksia:

> *”Pitäisikö lisätä tietoa tuoresiirroista? ja pakastealkio siirroista mahd. epäonnistuneen siirron jälkeen. IVF-hoitojen määrästä max 3-4 kertaa.”*

Toisen palautteen mukaan sisältö oli riittävää:

”Sisältöä riittävästi , hyvä peruspaketti. Lisätietoa voi hakea linkeistä.”

Oppaan kappalejakoon ja otsikointiin tuli myös muutosehdotuksia:

” Väliotsikot voisi olla isommalla tekstillä, asiat olisi helpompi löytää. Voisiko tekstissä olevat lisätietolinkit laittaa viimeiselle sivulle linkkejä ja ja lisätietoja osioon. Selkeyttäisikö se vielä sivuja.”

Kokonaisarvosana oppaalle oli molemmissa palautteissa hyvä. Päätin, etten lisää oppaaseen tietoa toisessa palautteessa ehdotetusta pakastealkionsiirrosta ja IVF-hoitojen määrästä, sillä pyrkimykseni oli alunperinkin pitämään hoidosta kertovan osion mahdollisimman tiiviinä ja näiden seikkojen lisääminen olisi pidentänyt osiota. En myöskään siirtänyt kaikkia linkkejä viimeiselle sivulle, sillä oppaan luettavuuden ja informatiivisuuden kannalta ajattelin, että jonkin verran lisätietolinkkejä olisi hyvä olla myös kappaleiden sisällä aihealueittain.

Opas on tällaisenaan sekä itseni että yhteistyökumppanin mielestä onnistunut ja toimiva. Oppas asettaa mielestäni hyvin sille alussa asettamani laatukriteerit. Se on tiivis mutta kuitenkin informatiivinen, selkeä ja helppolukuinen. Tilaajalla on oikeus muokata opasta ja lisätä tietoa tarvittaessa, sillä he saavat tuotteeseen täydet käyttö- ja muokkausoikeudet.

6.2 Prosessin arviointi

Opinnäytetyö kokonaisuudessaan oli kohdallani pitkä prosessi, eikä ongelmiltakaan vältytty. Aikataulussa pysyminen oli alusta asti haastavaa. Koska sain esikoiseni opintojen aikana, tuli opinnäytetyön tekemiseen pitkä tauko. Tämä vaikeutti projektia huomattavasti. Äitiyslomani aikana alkuperäisen yhteistyökumppanin mielipide opinnäytetyöstä oli muuttunut ja jouduin vaihtamaan yhteistyökumppania. Jälkikäteen ajateltuna tämä vaihdos oli varmasti vain positiivinen asia, sillä nyt oppaalle varmasti löytyy käyttöä. Projekti sujui uuden yhteistyökumppanin kanssa luontevasti.

Alkusyksy vuonna 2014 kului hyvin pitkälti opinnäytetyön parissa. Oikeastaan tässä vaiheessa projekti pääsi kunnolla vauhtiin kun lapseni aloitti päivähoidon ja minulla oli oikeasti aikaa ja

mahdollisuuksia keskittyä arkipäivisin täysin kouluasioihin. Oma valmistumiseni lähenee ja tieto siitä on antanut virtaa ja motivaatiota opinnäytetyön loppuun saattamiseen.

Tiedon hidas kulku ja opettajien sekä yhteistyökumppanin ymmärrettävästi pitkät vastausajat ovat välillä hidastaneet projektin etenemistä omalta osaltani. Olen kuitenkin syksyn aikana pysynyt hyvin laatimassani aikataulussa.

Kokonaisuudessaan projekti on mielestäni alun ongelmista huolimatta sujunut ihan hyvin ja olen itse tyytyväinen lopputulokseen. Opinnäytetyön tekeminen kaikkine osa-alueineen on kasvattanut omaa ammatti-identiteettiäni sekä lisännyt osaamista ja tietoa. Sosiaali- ja terveysalan projektityön pääpiirteet olen omaksunut hyvin ja erilaisten projektitöiden tekeminen tulevassa ammatissani kätilönä tai mahdollisessa jatkokoulutuksessa sujuu varmasti hyvin, kun yksi iso projekti on takana.

7 POHDINTA

Lapsettomuusdiagnoosin saaminen aiheuttaa monelle parille surua, pettymystä ja epätietoisuutta. Elämän ajatellaan usein menevän tietyn kaavan mukaan ja lapsen saaminen on suurelle osalle pariskunnista parisuhteen luonnollinen jatkumo. Toiset haluavat perustaa perheen heti kun se on mahdollista ja toiset asettavat aluksi opiskelun, työn tai oman vapaa-ajan etusijalle. Riippumatta siitä, missä elämänvaiheessa lapsettomuusdiagnoosin saa, se aiheuttaa jonkinasteisen kriisin. Yhtäkkiä kaikki ei sujukaan niin kuin on suunnitellut, ja oma keho ei toimikkaan niin kuin kuuluisi.

Valitsin opinnäytetyöni aiheen jo ennen esikoiseni syntymää. Kun alussa etsin tietoa lapsettomuudesta, mielessä kävi usein myös ajatus siitä, että lapsettomuushan voi koskettaa joskus minua myös henkilökohtaisesti. Kun esikoiseni syntyi kesken opintojeni, oma suhtautuminen opinnäytetyöni aiheeseen muuttui jollain tavalla syvällisemmäksi ja nyt koen aiheen entistä tärkeämmäksi. Raskaus ja lapsen syntymä ovat elämää mullistavia asioita, ja mahdollisuus niihin tulisi olla kaikilla halukkailla. Tieto hyvistä hoitomahdollisuuksista ja –tuloksista tulee olla saatavilla, jotta kynnys tutkimuksiin hakeutumiseen alenee.

Opas palvelee asiakkaiden lisäksi myös neuvoloiden henkilökuntaa, sillä he saavat oppaasta tietoa ja työkalun asiakkaiden ohjaukseen. Tulevaisuudessa opas voi olla neuvoloiden lisäksi käytössä myös Oulunkaaren kuntayhtymän terveysasemilla, jolloin myös terveysaseman työntekijät saavat oppaan käyttöönsä. Opas olisi hyvä julkaista myös Oulunkaaren kuntayhtymän internetsivuilla, jolloin se tavoittaisi enemmän ihmisiä. Yhteistyötaholla on oikeus muokata oppaan sisältöä hoitokäytäntöjen muuttuessa, ja sähköisen muodon vuoksi muokkaaminen on helppoa. Jatkossa oppaan tarpeellisuutta ja vaikuttavuutta olisi hyvä selvittää, esimerkiksi keräämällä asiakkailta palautetta oppaasta sekä tutkimalla lapsettomuudesta kärsivien tutkimuksiin hakeutumista.

Oppaassa käsiteltävä tieto on kirjoitettu hyvin yleisellä tasolla ja se sopisi käytettäväksi myös laajemmalla alueella. OYS:n lapsettomuuspoliklinikalle tulee asiakkaita hyvin laajalta alueelta. Oppaalle olisi varmasti käyttöä myös muilla alueilla Oulunkaaren lisäksi. Opiskelukavereilta ja läheisiltäni saamieni kommenttien perusteella tämänsisältöisestä oppaasta ei ole aikaisemmin edes kuultu. Aiheen henkilökohtaisuuden ja koskettavuuden vuoksi kirjallinen materiaali on hyvä apuväline hoitohenkilökunnalle. Oppaan avulla aiheen puheeksi ottaminen ja ohjaaminen on

helpompaa, sillä aina oikeita sanoja ei löydy. Lapsettomuudesta kärsivän parin kohtaamisessa läsnäolo onkin tärkeää, ei niinkä valmiit ratkaisut. Tunteiden myllerryksissä oleva pari tarvitsee selkeiden ohjeiden lisäksi tietoa siitä, että he eivät ole asian kanssa yksin, vaan apua on saatavilla.

Projekti on onnistunut haasteista huolimatta hyvin. Saamani palaute on ollut erittäin positiivista ja myös yhteistyökumppani on tulokseen tyytyväinen. Olen tehnyt opinnäytetyöni yksin ja päävastuu työn valmistumisesta on ollut koko ajan vain minulla. Tämä on välillä ollut haasteellista, sillä toisen henkilön näkökulma ja tuki olisivat varmasti helpottaneet työn tekemistä. Toisaalta uskon, että tekemällä opinnäytetyön yksin, olen kehittänyt omaa ammatti-identiteettiä ja itsevarmuutta. Pystyn perustelemaan omat päätökseni ja toimimaan itsenäisesti. Tätä taitoa tarvitaan paljon myös kätilön työssä.

Opinnäytetyön tekemisen aikana oma tietämykseni lapsettomuudesta on lisääntynyt paljon. Koulutuksessamme ei lapsettomuutta juurikaan käsitellä, joten uskon että opinnäytetyön tekemistestä on ollut iso hyöty omaa tulevaa ammattiuraani ajatellen. Myös oma kiinnostukseni lapsettomuuspotilaiden hoitoon on herännyt. Tulevaisuudessa työskentelisin mielelläni esimerkiksi lapsettomuuspoliklinikalla. Opinnäytetyön tekeminen on varmasti avannut uusia mahdollisuuksia ammattiuraani ajatellen.

Opinnäytetyö oli ensimmäinen tekemäni projektimuotoinen työ. Olen saanut kattavan kuvan projektityön pääpiirteistä sosiaali- ja terveysalalla. Tämän projektin jälkeen uusien vastaavien projektien suorittaminen ei tunnu enää yhtä haastavalta ja mahdollisia jatkokoulutuksia ajatellen tästä projektista on varmasti hyötyä. Projektin materiaalikustannukset jäivät hyvin pieniksi, sillä tuote suunniteltiin sähköiseen muotoon.. Projekti vaati paljon aikaa, ja se olikin varmasti suurin resurssi. Sain paljon tukea ja neuvoja yhteistyökumppanilta sekä ohjaavilta opettajiltani.

Vaikka näin jälkikäteen ajateltuna olenkin tyytyväinen projektin lopputulokseen, olisi monia asioita voinut tehdä toisin. Minun olisi kannattanut alusta asti pyrkiä pysymään aikataulussa, eikä jättämään projektin valmistumista opintojen loppumetreille. Omalla aktiivisuudellani olisin voinut saada projektin valmiiksi nopeammin. Aikataulun viivästymisessä oli kuitenkin osatekijöitä, joihin en itse voinut vaikuttaa. Yhteistyökumppanin perääntyminen projektin loppumetreillä aiheutti suuren motivaatiopulan. Yhteistyötahon vaihdoksen jälkeen sain kuitenkin paljon energiaa ja lisäintoa projektin loppuunsaattamiseen. Uskon, että kannustavalla ja innostavalla

yhteistyökumppanilla oli projektin onnistumiselle suuri merkitys. Mielestäni opinnäytetyön alussa ongelmana oli se, että aiheenvalinta tehtiin jo hyvin varhaisessa vaiheessa, jolloin en vielä tiennyt kätilöntyöstä juuri mitään. Jos nyt valitsisin opinnäytetyön aihetta uudestaan, miettisin vielä tarkemmin työn toteutusta ja yhteistyökumppanin valintaa, jotta ongelmilta vältyttäisiin.

LÄHTEET

Anttila, L. 2002. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. Duodecim. Terveyskirjasto. Hakupäivä 3.9.2014, http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92832.pdf.

Anttila, L. & Korkeila, J. 2012. Stressi ja lapsettomuus. Suomen Lääkärilehti 26–31. 67. vuosikerta. Hakupäivä 15.9.2014, http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/5000/sll262012-2076.pdf.

Deka, P. & Swarnali, S. 2010. Psychological aspects of intertility. British Journal of Medical Practitioners. BJMP 2010;3(3):a336. Hakupäivä 10.9.2014, http://www.bjmp.org/files/2010-3-3/bjmp-2010-3-3-a336.pdf.

Eskola, K. & Hytönen, E. 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Godwin, I. M. 2004. Cambridge guide to infertility and assisted reproduction. Cambridge: Cambridge University Press.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

Kansanterveyslaitos 2003. FINRISKI 2002 – tutkimus. Naisten terveys - kuukautiset, raskauskomplikaatiot, ehkäisy, hormonikorvaushoidot ja lapsettomuus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18 / 2003. Helsinki 2004. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b18.pdf.

Klemetti, R., Sihvo, S. & Koponen, P. 2004. Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. Teoksessa Koponen, P. & Luoto, R. (toim.) 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 - tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki.

Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P., Surcel, H-M., 2012. Lisääntymisterveys. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1.

Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus - toiveena lapsi. Hämeenlinna: Tammi.

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2014. Hakupäivä 15.9.2014, https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/.

Loiri, P. & Juholin, E. 1998. HUOM! Visuaalisen viestinnän käsikirja. Helsinki: Infoviestintä Oy.

Lööw, M. 2002. Onnistunut projekti – projektijohtamisen ja –suunnittelun käsikirja. Helsinki: Tietosanoma.

Martikainen, H. & Laatikainen, T. 2004. Hirsutismi ja Virilismi. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytkset. Helsinki: Duodecim.

Morin-Papunen, L. & Koivunen R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot – osa I. Duodecimin julkaisuja. 2012;128:1478–85.

MSD Finland Oy. Parempaa elämää 2014. Lapsettomuus. Hakupäivä 14.8.2014, http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus.

Oulun kaupunki 2011. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Lapsettomuus. Hakupäivä 16.5.2011, http://www.ouka.fi/sote/lapset_perheet/lapsettomuus.htm.

Paavonen, J. 2011. Gynekologiset infektiot. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistantaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim.

Parkkunen, N. Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2011. Synnytys ja naistentaudit. Hakupäivä 16.5.2011, http://www.ppshp.fi/synnytys_ja_naistentaudit/prime102.aspx.

Rouvinen-Wilenius, P. 2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto: kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Seli, E. 2011. Infertility. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell. Sisäinen lähde. Hakupäivä 3.9.2014,
http://site.ebrary.com/lib/oamk/docDetail.action?docID=10510599&p00=prevention%20infertility.

Suomen virallinen tilasto (SVT). Syntyneet 2010. Helsinki: Tilastokeskus.
Päivitetty 15.4.2011. Hakupäivä 17.5.2011,
http://www.stat.fi/til/synt/2010/synt_2010_2011-04-15_tie_001_fi.html.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Perinataalitilasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. Hakupäivä 15.7.2014,
http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet.

Tiitinen A. 2009. Lapsettomuus. Duodecim. Lääkärin käsikirja. Hakupäivä 16.4.2011,
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=lapsettomuus.

Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2004. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytkset. Helsinki: Duodecim.

Tiitinen, A. 2010a. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). Lääkärikirja Duodecim: Terveyskirjasto. Hakupäivä 19.4.2011,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00686.

Tiitinen, A. 2010b. Endometrioosi. Lääkärikirja Duodecim: Terveyskirjasto. Hakupäivä 19.4.2011, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119&p_haku=endometrioosi.

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

Tiitinen, A. 2013. Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim: Terveyskirjasto. Hakupäivä 1.8.2014, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151.

Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Tulppala, M. 2002. Lapsettomuuden tuska. Terveyskirjasto. Duodecim. Hakupäivä 10.9.2014, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_loki=N&p_artikkeli=onn00094.

Unkila-Kallio, L. & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin? Suomen lääkärilehti. 26–31 / 2012. 67. vuosikerta. Hakupäivä 13.9.2014, http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto26_1.pdf.

Väestöliitto 2009. Lapsettomuus. Päivitetty 4.9.2009. Hakupäivä 15.4.2011, http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/naiset/seksuaalisuus_naisen_elamankulus/lapsettomuus/.

Väestöliittö 2014. Lapsettomuusklinikka. Hakupäivä 23.8.2014, http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/.

Yliorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim.

LIITTEET

1. Palautekyselylomake

Tietoa lapsettomuuden tutkimisesta ja hoidosta
Oppaan arviointilomake

1. **Opas on tarpeellinen**

   1) täysin eri mieltä
   2) osittain eri mieltä
   3) osittain samaa mieltä
   4) täysin samaa mieltä
   5) en osaa sanoa

   Mitä mieltä olet oppaan aiheenvalinnasta?

2. **Oppaan ulkoasu on selkeä**

   1) täysin eri mieltä
   2) osittain eri mieltä
   3) osittain samaa mieltä
   4) täysin samaa mieltä
   5) en osaa sanoa

   Mitä mieltä olet oppaan ulkoasusta?

3. **Oppaan kuvitus on aiheeseen sopivaa ja riittävää**

   1) täysin eri mieltä
   2) osittain eri mieltä
   3) osittain samaa mieltä
   4) täysin samaa mieltä
   5) en osaa sanoa

   Mitä mieltä olet oppaan kuvituksesta?

4. Oppaan sisältö on riittävä ja tarkoituksenmukainen

1) täysin eri mieltä
2) osittain eri mieltä
3) osittain samaa mieltä
4) täysin samaa mieltä
5) en osaa sanoa

Mitä mieltä olet oppaan sisällöstä? Mitä oppaaseen voisi lisätä, pitäisikö jotakin poistaa?

5. Oppaan sisällön asettelu, kappalejako ja otsikointi on sopivaa

1) täysin eri mieltä
2) osittain eri mieltä
3) osittain samaa mieltä
4) täysin samaa mieltä
5) en osaa sanoa

Mitä mieltä olet oppaan sisällön asettelusta?

6. Oppaan teksti on sujuvaa ja helppolukuista

1) täysin eri mieltä
2) osittain eri mieltä
3) osittain samaa mieltä
4) täysin samaa mieltä
5) en osaa sanoa

Mitä mieltä olet oppaan tekstin helppolukuisuudesta ja sujuvuudesta?

7. **Yleisarvosana oppaasta (1-5)**

1) huono
2) välttävä
3) kohtalainen
4) hyvä
5) kiitettävä

8. **Kerro vapaasti kehittämisehdotuksia ja ideoita oppaan suhteen**

Mielipiteesi on tärkeä, kiitos paljon jo etukäteen!

Terveisin:
Kätilöopiskelija Anne Kumpula
Oulun ammattikorkeakoulu