

ENDOMETRIOOSI JA LAPSETTOMUUS

Naisten kokemuksia läheisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta

Riikka Niskanen ja Jenni Rouvinen

ENDOMETRIOOSI JA LAPSETTOMUUS

Naisten kokemuksia läheisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta

Riikka Niskanen ja Jenni Rouvinen

Opinnäytetyö, syksy 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystyön suuntautumis-
vaihtoehto

Terveystyöntekijä (AMK)

TIIVISTELMÄ

Niskanen, Riikka & Rouvinen, Jenni. Endometrioosi ja lapsettomuus. Naisten kokemuksia läheisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta. Helsinki, syksy 2014, 78 sivua, 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää keneltä läheisiksi kokemiltaan henkilöiltä naiset saivat tukea lapsettomuushoitoprosessin aikana ja minkälainen merkitys tuella oli heidän senhetkisen jaksamisen ja hyvinvointinsa kannalta. Halusimme myös tutkia minkälaista tukea he olivat läheisiltään saaneet ja minkälaista lisätukea he olisivat mahdollisesti kaivanneet. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa ymmärtämään monipuolisen sosiaalisen tuen tärkeyttä osana lapsettomuushoitoprosessia. Tämä tieto on sovellettavissa hyvin myös muihin elämän kriisi- ja muutostilanteisiin liittyvään tuentarpeeseen, joten tutkimuksemme tuo tarpeellista tietoa kaikille hoitoalan ammattilaisille, jotka kohtaavat asiakkaita tällaisissa tilanteissa.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja tutkimusotteena käytimme narratiivista tutkimusta. Keräsimme tutkimukseen vapaamuotoisia kirjoitelmia, jotka käsittelivät naisten kokemuksia saamastaan sosiaalisesta tuesta lapsettomuushoitoprosessin aikana. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Endometrioosiyhdistys ry:n kanssa. Kirjoitelmät kerättiin Internet-lomakkeella, jonka linkki löytyi Endometrioosiyhdistyksen kotisivuilta. Tutkimukseen osallistui yhteensä seitsemän henkilöä ja aineisto analysoitiin kokemuksiin keskittyvällä narratiivien analyysillä.

Naiset saivat tukea ensisijaisesti kumppaniltaan ja sisaruksiltaan. Joissain tapauksissa ystävän tai toisen vertaisen tuki saattoi kuitenkin nousta näitäkin tärkeämmäksi. Tukea saatiin myös muualta ystäväpiiristä, työyhteisöstä ja vertais-tukiryhmistä. Kaikista kirjoitelmista kävi ilmi että sosiaalinen tuki oli naisten hyvinvoinnin ja kriisistä selviytymisen kannalta korvaamattoman tärkeää. Tärkeimpinä pidettiin erilaisia emotionaalisen tuen muotoja, mutta myös arvioivat ja välineelliset tukimuodot olivat tärkeässä roolissa. Ensisijaisesti läheisten antama tuki vaikutti naisiin voimaannuttavasti, helpottaen huolta ja surua sekä auttaen jaksamaan paremmin. Useat vastaajat kokivat myös parisuhteensa lujittuneen yhteisen kriisin myötä. Muutama vastaaja kertoi tuen vaikuttaneen ylläpitävästi myös heidän fyysiseen hyvinvointiinsa. Suurin osa vastaajista koki läheisiltä saamaansa tuen riittäväksi, eikä tarvetta lisätuelle mainittu. Osa vastaajista olisi kuitenkin toivonut läheisiltään enemmän ymmärrystä ja huomaavaisuutta sekä perehtymistä endometrioosiin ja lapsettomuuteen.

Asiasanat: endometrioosi, lapsettomuus, lapsettomuushoidot, sosiaalinen tuki, voimaantuminen, terveyden edistäminen.

ABSTRACT

Niskanen, Riikka and Rouvinen, Jenni. Endometriosis and infertility. Women's experiences of social support received from their close ones. Helsinki, Autumn 2014, 78 pages, 3 appendices. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The object of the thesis was to research from which of their close ones women got support during their infertility treatments and what kind of impact it had towards their well-being and life management. The purpose of the study was also to research what kind of support they had got from their close ones and were there some extra support they possibly would have needed. The aim of the study was to produce information which helps to understand the importance of diverse social support as part of infertility treatment process. This information can be applied to other crises and changes in life in which are related to need of support, and therefore the study also brings necessary information for all healthcare professionals who encounter clients in similar situations.

The study was qualitative and the used method was narrative method. All texts collected to the study were free-form texts which discussed women's experiences of social support during their infertility treatments. The survey was made in cooperation with Endometriosisyhdistys ry. The texts were collected using an Internet-survey which was linked to the home page of Endometriosisyhdistys. Total amount of people who participated in the survey was seven and answers were analyzed using experience-centered analysis of narratives.

Women received primary support especially from their partner and siblings. In some cases support of a friend or peer support was even more important. Support was received also from circles of friends, work communities and peer groups. From every text it transpired that social support was invaluable necessary for their well-being and coping with the crisis. Most important forms of support were emotional support forms, but evaluating and instrumental support had also important roles. The primary effect of social support was empowering, it relived concerns and anxiety which helped in managing their lives. Many of the answerers had also experienced strengthening in their intimate relationships because of the shared crisis. Some of the answerers told that social support had as well had positive effects in their physical well-being. Most of the answerers told that they had had enough social support from their close ones and they did not need any extra support. Some of the answerers had hoped their close ones to be more understanding and sympathetic as well as to familiarize themselves better with endometriosis and infertility.

Key words: endometriosis, infertility, infertility treatment, social support, empowerment, promotion of health.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 LAPSETTOMUUSKRIISI	10
3 SOSIAALINEN TUKI	14
3.1 Sosiaalisen tuen muodot	16
3.2 Vertaistuki.....	18
4 ENDOMETRIOOSIN AIHEUTTAMA LAPSETTOMUUS.....	20
4.1 Endometrioosi	20
4.2 Lapsettomuushoidot	22
4.2.1 Ovulaatioinduktio, inseminaatio ja leikkaushoidot.....	23
4.2.2 Koeputkihedelmöitys.....	24
5 VOIMAANTUMINEN	25
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
7.1 Yhteistyökumppani	29
7.2 Tutkimusote.....	30
7.3 Aineiston keruu.....	32
7.4 Kohderyhmä	35
7.5 Aineiston analyysi.....	37
8 TULOKSET	40
8.1 Tuen antajat	40
8.1.1 Primaariset sosiaaliset suhteet	40
8.1.2 Sekundaariset sosiaaliset suhteet	41
8.2 Tuen erilaiset muodot.....	43
7.2.1 Emotionaaliset tukimuodot.....	43
8.2.2 Arvioivat tukimuodot.....	44
8.2.3 Välineelliset tukimuodot	45

8.3 Tuen merkitys.....	45
8.3.1 Voimaantuminen.....	46
8.3.2 Parisuhteen lujittuminen.....	47
8.3.3 Fyysinen hyvinvointi.....	47
8.4 Lisätuen tarve.....	48
8.5 Yhteenveto keskeisistä teemoista ja kategorioista	49
9 POHDINTA	50
9.1 Tulosten tarkastelu	50
9.2 Luotettavuuden tarkastelu	55
9.3 Eettiset kysymykset.....	60
9.4 Ammatillinen kasvu	61
9.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	64
10 LÄHTEET.....	66
LIITE 1. Saatekirje	73
LIITE 2. Tukea pohdintaan ja palaute	75
LIITE 3. Luokittelu	76

1 JOHDANTO

Endometrioosi on naisilla esiintyvä krooninen sairaus, jossa kohdun limakalvon kaltainen kudos muodostaa pesäkkeitä kohtuontelon ulkopuolelle. Sairaus on riippuvainen estrogeenista eli naishormonista ja se voidaan todeta kuukautisten alkamisen jälkeen. Endometrioosia sairastavista naisista suurin osa on 20–40 -vuotiaita. Endometrioosi aiheuttaa kohtuontelon ulkopuolelle kroonisen tulehdusreaktion, jonka seurauksena naiset voivat kärsiä kivuista ja lapsettomuudesta. (Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen & Kauko 2009, 4141–4142.)

Mielestämme naistentautien ja niihin liittyvien ongelmien käsitteleminen on aina ajankohtaista. Endometrioosin aiheuttama lapsettomuus on naisten ongelmana ajaton sekä siitä kärsivät useat naiset ympäri maailmaa. Vuonna 2007 Pohjois-Amerikassa oli endometrioosia sairastavia naisia noin 5.5 miljoonaa, joista 10 prosenttia oli lisääntymisikäisiä. Tämä teki endometrioosista kyseisessä ikäryhmässä diabetesta yleisemmän sairauden. Endometrioosia ilmaantui eniten lapsettomuudesta sekä lantiokivuista kärsivillä naisilla ja sen todettiin olevan selkeästi lapsettomuutta aiheuttava sairaus. 30–40 prosenttia endometrioosia sairastavista naisista kärsi myös lapsettomuudesta ja tämän vuoksi endometrioosi voidaan luokitella yhdeksi yleisimmäksi naisten lapsettomuutta aiheuttavaksi sairaudeksi. Vuonna 2010 tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, olivatko endometrioosi ja lapsettomuus lisääntyneet kymmenen vuoden aikana itäisellä Quebecin alueella Kanadassa. Tutkimuksessa tuli ilmi, että yhä nuoremilla naisilla todettiin endometrioosia ja kymmenen vuoden sisällä sekä endometrioosidiagnoosit että endometrioosista aiheutuva lapsettomuus oli selkeästi lisääntynyt. Lapsettomuusluvut pysyivät kuitenkin tasaisena. (Paris & Aris 2010, 838.)

Norjan Trondheimissa toteutetussa viisitoista vuotta kestäneessä seurantatutkimuksessa haluttiin tutkia endometrioosin aiheuttamia vaikutuksia elämään niillä naisilla, jotka olivat saaneet endometrioosidiagnoosin St. Olavin sairaalassa vuosina 1991–1993. Tutkimukseen osallistui 130 naista. Tutkimuksessa käsiteltiin useista eri näkökulmista sitä, miten endometrioosi oli vaikuttanut naisten päivittäiseen elämään muun muassa kipujen, erilaisten hoitojen sekä lapsetto-

muuden muodossa. Tutkimukseen vastanneista naisista 45 (57.7 prosenttia) kärsi endometrioosin aiheuttamasta lapsettomuudesta. Heistä 75.6 prosenttia onnistui synnyttämään yhden tai useamman biologisen lapsen. Spontaaneja raskauksia oli 47 prosenttia ja IVF -hoitojen eli koeputkihedelmöityksen avulla saavutettuja raskauksia 33 prosenttia. Niiden naisten osuus, jotka eivät kyenneet saamaan biologisia lapsia oli yhteensä 27 prosenttia. Tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että jopa kaksi kolmasosaa lapsettomuudesta kärsivistä naisista kykeni saamaan lapsia endometrioosista huolimatta. Tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että endometrioosilla oli yleisesti suuri vaikutus naisten elämään. Noin puolet naisista koki sairauden vaikuttaneen merkittävästi parisuhteeseen, ihmissuhteisiin sekä kykyyn toimia työelämässä. (Fagervold, Jenssen, Hummelshoj & Moen 2009; 914, 917–918.)

Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena on selvittää keneltä läheisiksi kokeilta henkilöiltä naiset saivat tukea lapsettomuushoitoprosessin aikana ja minkälainen merkitys tuella oli heidän sen hetkisen jaksamisen ja hyvinvoinnin kannalta. Haluamme myös tutkia minkälaista tukea he olivat läheisiltään saaneet ja minkälaista lisätukea he olisivat mahdollisesti kaivanneet. Haluamme erityisesti käsitellä tutkimuksessamme sosiaalisen tuen primaari- ja sekundaaritasoja, joihin kuuluvat suhde kumppaniin ja perheeseen, muut läheisiksi koetut ihmissuhteet, suhteet ystäviin, sukulaisiin sekä työtovereihin. Otamme tutkimuksessamme huomioon myös vertaistuen osana sekundaarista tuen tasoa. Rajaamme näkökulman primaariseen sekä sekundaariseen sosiaaliseen tukeen, sillä haluamme erityisesti tuoda esille läheisten tarjoaman tuen merkitystä henkilöä kohtaavassa kriisitilanteessa. Teemme opinnäytetyömme yhteistyössä Endometrioosiyhdistyksen kanssa.

Haluamme opinnäytetyöllämme tarjota tietoa sekä tukea näille endometrioosia sairastaville naisille, jotka kärsivät sairauden vuoksi lapsettomuudesta. Toivomme tutkimuksen auttavan naisten läheisiä ja muita sairaudesta kiinnostuneita ymmärtämään monipuolisen tuen tärkeyttä lapsettomuushoitoprosessissa. Työmme tuo myös hyödyllistä näkökulmaa hoitoalan ammattilaisille, sillä se tarjoaa kokemuksellista kvalitatiivista tutkimustietoa asiakkaiden merkityksellisiksi ja oleellisiksi kokemista tukevista tekijöistä. Näin tutkimuksen tuloksia voidaan

hyödyntää hoitoalalla esimerkiksi asiakkaan kohtaamisessa. Päädyimme endometrioosia ja lapsettomuutta käsittelevään opinnäytetyöaiheeseen, sillä koemme sen olevan oleellisesti hyödyksi ammatilliselle kehityksellemme. Naistaudit ovat meitä molempia kiinnostava aihealue ja koemme tutkimuksen olevan hyödyksi meille molemmille terveydenhoitajan ammatissa. Terveydenhoitaja tarvitsee ammatissaan taitoja toimia lisääntymisterveyden eli seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen liittyvien aiheiden parissa. Lisääntymisterveyteen liittyvät esimerkiksi raskaus ja lapsettomuus. Lisääntymisterveyteen liittyen terveysulottuvuuden käsitteellä voidaan tarkoittaa terveysongelmaa, terveyden edistämistä tai lisääntymisterveyteen liittyvän asian käsittelemistä terveydenhuollossa. (Nurmi 2000, 218.)

2 LAPSETTOMUUSKRIISI

Kriiseiksi voidaan luokitella kaikki ihmisen elämän kannalta merkitykselliset muutokset, joihin hänellä ei ole ennestään valmista toiminta- ja selviytymismallia. Kriisit kuuluvat ihmisen elämään ja kehitykseen ja niiden myötä ihminen usein joutuu luopumaan joistakin asioista. Toisaalta kriisin myötä voidaan myös parhaimmassa tapauksessa saavuttaa uusia voimavaroja elämään, sillä onnistuneesti läpikäyty kriisi yleensä vahvistaa ihmisen psykososiaalista toimintakykyä. Traumaattisista kriiseistä puhutaan niissä tilanteissa, joissa ihminen joutuu muutostilanteessa kohtaamaan niin haastavia asioita ja tunteita, ettei hänellä itsellään ole keinoja niiden käsittelyyn. Tällainen kriisi voi johtua esimerkiksi vakavasta sairastumisesta, onnettomuudesta tai läheisen menettämisestä. (Kettunen, Kärhi-Wiik, Vuori-Klemilä & Ihalainen 2009, 52–53.)

Lapsettomuuden tiedostaminen on aina pariskunnalle tuskallinen tapahtuma, joka tuottaa suurta surua ja jota ei ole helppoa hyväksyä. Kaikki tahattomasti lapsettomat parit käyvät yleensä läpi jonkinasteisen lapsettomuuskriisin. Lapsettomuudesta ei ole helppoa puhua edes lähimmäistensä kanssa ja lapsettomuudesta kärsivät saattavat muun muassa kokea tahatonta sosiaalista painostusta puolisoiden vanhempien tai suvun taholta. (Miettinen 2011, 5; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.) Suurimmalle osalle lapsettomuushoidot aloittavista pariskunnista raskaaksi tulemisen vaikeudet ovat tulleet yllätyksenä. Tämä vaikeuttaa usein tilanteeseen sopeutumista sekä tuottaa lisähaasteita eri vaihtoehtojen pohtimiseen. (Miettinen 2011, 20.) Tutkimuksissa on havaittu, että naiset ovat usein miehiä valmiimpia keromaan omasta lapsettomuudestaan tai hedelmöityshoidoistaan lähipiirilleen. Sekä lapsettomuudesta että siihen liittyvistä hoidoista puhumisen on havaittu lievittävän lapsettomuudesta aiheutuvaa ahdistuneisuutta ja tuskaa. Puhumisen on todettu myös vaikuttavan positiivisesti lapsettoman parin keskinäiseen suhteeseen. Lähimpien antama tuki voi myös motivoida paria hedelmöityshoitoihin lähtemisessä sekä auttaa jatkamaan hoitoja pidempään pettymyksistä huolimatta. (Miettinen 2011,40.)

Parit hakevat apua lapsettomuuskriisiin yleensä yhdessä. Lapsettomuuskriisiin liittyvässä surutyössä on selkeästi nähtävissä vaiheet, jotka muistuttavat lähei-

sen omaisen menettämiseen tai oman vaikean sairauden aiheuttamaa surua. Yleensä kriisin alku ei ole selkeää, vaan se alkaa eri ihmisillä eri vaiheissa. Alkua leimaa se että lapsettomuutta on erittäin vaikeaa hyväksyä todeksi ja moni pyrkii aluksi kieltämään ongelman kokonaan. Tätä seuraa reaktiivinen vaihe, johon tyypillisesti kuuluu syyllisyyden, huonommuuden, häpeän ja epäonnistumisentunteita, jossittelua sekä tarkkaa paneutumista hoidon lääketieteellisiin yksityiskohtiin. Puolison tai hoitohenkilökunnan syyttelyä saattaa myös esiintyä tässä vaiheessa ja ne kuuluvat osaltaan kriisiin läpikäymiseen. (Hovatta 2002, 316–317; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.)

Molempien puolisoitten mukana olo ja hoitohenkilökunnan tuki ja paneutuminen hoidon eri puoliin ovat välttämättömiä kriisin läpikäymisessä. Syyllisyyden tunteita helpottavat niistä puhuminen ymmärtävä kuulijan kanssa. Pareja on myös rohkaistava jatkamaan sosiaalista kanssakäymistä ystävien ja sukulaisten kanssa, joilla on pieniä lapsia, mahdollisista kiusallisen voimakkaista kateudentunteista huolimatta. Eristäytymisestä ulospääsy nopeuttaa kriisistä selviämistä. Apua ja tukea tilanteeseen voi saada myös perheneuvolasta, psykiatrilta sekä lapsettomien yhdistykseltä eli Simpukka ry:ltä, joka järjestää muun muassa vertaistukiryhmiä. (Hovatta 2002, 316–317; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.)

Osa pareista joutuu aina hyväksymään lapsettomaksi jäämisen (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192). Tällöin surutyön tavoitteena on menetyksen hyväksyminen ja tarkastelu eri näkökulmista, surusta aiheutuvan kivun salliminen ja käsittely, sopeutuminen olosuhteisiin joista lapsi puuttuu, tämän sijoittaminen tunnetasolla muistoihin ja kuvitelmiin sekä elämän jatkaminen. Surutyölle ovat ominaisia akuutit vaiheet joiden aikana suru tuntuu valtaavan surevan ja jotka voivat purkautua voimakkaana itkuna ja ahdistuksena. Näitä vaihteita voi olla alkuun tiheästi, mutta ne laantuvat surutyön edistyessä. (Hammarlund 2001, 43, 45–46).

Kriisin selkiintymisvaihe käynnistyy vähitellen, usein vasta vuosien jälkeen. Surun lievittyessä energiaa vapautuu enemmän muun elämän suunnitteluun ja elämä muuttuu täysipainoisemmaksi. Puolisoiden keskinäinen yhteisymmärrys lujittuu usein lapsettomuuskriisin läpikäymisen aikana ja parisuhde vahvistuu. (Hovatta 2002, 316–317; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.)

Kriisin eri vaiheissa tarvitaan erilaista tukea. Tuen antaja voi olla niin ammattilainen kuin myös joku autettavan lähipiiriin kuuluva. Sokkivaiheessa pääpaino on välittävän ja rauhoittavan ilmapiirin luomisessa, psykososiaalisen tuen antamisessa, välttämättömän tiedon antamisessa, läsnäolossa ja kuuntelussa. Tärkeää on myös sosiaalisen verkoston selvittäminen ja sen mukaan ottaminen mahdollisuuksien mukaan. Kriisituen antajan on tärkeää ymmärtää ja kyetä hyväksymään ihmisten erilaisten ilmaisu- ja kokemustapoja, sillä sokkivaiheen reaktiot voivat olla hyvin yksilöllisiä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16–18.)

Kriisin reaktiovaiheessa ihminen on päässyt itse kriisin käsittelyssä alkuun. Tällöin tärkeintä on antaa mahdollisuus puhua ja käydä läpi kriisiin liittyviä asioita sekä ilmaista tunteitaan vapaasti. Myös lepo ja rentoutuminen sekä mahdollisuus unohtaa asiat hetkeksi ovat tärkeitä. Työstämisvaiheessa kriisin käsittelyssä on päästy jo pidemmälle. Tässä vaiheessa korostuu usein tarve puhua tilanteesta. Erilaiset tunneilmaisut ovat myös osa kriisin läpikäymistä. Osalle puhuminen ei kuitenkaan välttämättä ole luontevin kriisin käsittely ja purkamistapa, vaan tilannetta voi purkaa myös toiminnalla. Auttamisessakin korostuu tässä vaiheessa kriisin työstäminen esimerkiksi keskustelemalla. Auttajan on oltava rauhallinen ja läsnä oleva ja antaa autettavalle tilaa käsitellä kriisiä omalla tavallaan. (Kiiltomäki & Muma 2007, 18–19.) Hyviä selviytymiskeinoja tässä vaiheessa ovat varsinkin perheenjäseniin ja kumppaniin, hyviin ystäviin, työtovereihin sekä ammattiauttajiin turvautuminen (Nurmi 2006, 167). Auttajan onkin tärkeää kannustaa autettavaan käyttämään mahdollisuuksien mukaan sosiaalisia verkostojaan ja tarvittaessa ohjata ammattiavun piiriin. Jos autettava ei huolehdi itsestään, on siihen myös uskallettava puuttua ystävällisesti. (Kiiltomäki & Muma 2007, 19.)

Kriisin selkiytymisvaiheessa ihminen alkaa pikkuhiljaa sopeutua kriisin tuomiin muutoksiin elämässään. Kriisi on eletty osa elämää ja elämä jatkuu, vaikka ihmiselle usein jääkin kriisiin liittyvä ”arpi” sisimpäänsä, jota hän kantaa mukanaan. Tässä vaiheessa keskitytään usein tulevaisuuden ajatteluun ja suunnitteluun. Auttaja voi tässä vaiheessa rohkaista tulevaisuuteen suuntautumisessa ja toivon ylläpitämisessä. Autettavalle on myös annettava mahdollisuus palata

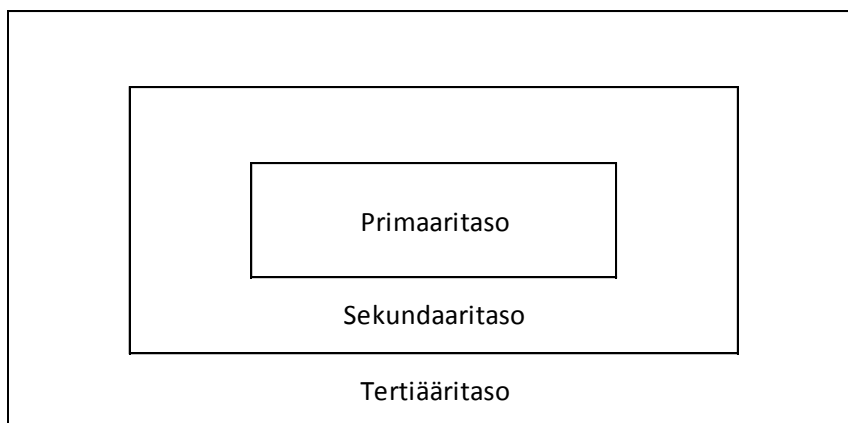
menneeseen ja muistella tapahtunutta. Selviytymisen tukeminen on tärkeää tässäkin vaiheessa. Esimerkiksi vertaisryhmiin tai muuhun vertaistoimintaan ohjaaminen voi olla hyvä tukimuoto. (Kiiltomäki & Muma 2007, 19–21.)

3 SOSIAALINEN TUKI

Kun maailmamme järkkyy tai luhistuu, tarvitsemme tukea toisilta ihmisiltä, jotka voivat kannatella meitä ja joihin voimme luottaa. Niin ahdistus, tuska kuin häpeän, syyllisyyden ja tyhjyyden tunteetkin voivat helpottua ja muuttua siedettävämmiksi, kun voimme jakaa ne jonkun kanssa. Vaikeasta asiasta puhuesamme aluksi hyvin sekasortoiselta vaikuttanut tilanne hitaasti jäsentyy ja tilanteeseen oppii asennoitumaan paremmin, jolloin sitä on myös helpompi käsitellä. Kun ihminen otetaan vakavasti, yksinäisyys vähenee ja elämä saa merkitystä. Onkin erityisen tärkeää pitää huolta siitä, että kukaan ei joutuisi tilanteeseen, jossa hänellä ei ole ketään jonka kanssa jakaa todellisuuttaan. (Hammarlund 2001,15–16.)

Sosiaalisen tuen käsitteen määrittely on kautta aikojen koettu haastavaksi, sillä siihen liittyy hyvin voimakkaasti ihmisestä itsestään lähtöisin oleva kokemuksellinen ulottuvuus. Käsite on moniulotteinen ja sitä voidaan jaotella useamman erilaisen mallin mukaan. Mallien välillä on eroja niin niiden sisällöllisissä painotuksissa kuin myös lähestymistavoissa, mutta kaikissa korostuu selkeästi se että mahdollisuus sosiaaliseen tukeen on tärkeä voimavara, joka vaikuttaa vahvasti ihmisen hyvinvointiin ja koettuun terveyteen. (Metteri & Haukka-Wacklin 2011, 55.)

Yhden lähestymistavan mukaan sosiaalisessa tuessa voidaan nähdä erilaisia tasoja (KUVIO 1). Primaaritason tukirakenteeseen kuuluvat yksilön oma perhe, kumppani sekä muut lähimmät uskotut, joita voivat olla esimerkiksi sisarukset tai vanhemmat. Sekundaaritason tukirakenteeseen taas kuuluvat ystävät, sukulaiset ja työtoverit. Tertiääritason tukirakenteen muodostavat muun muassa tuttavat, viranomaiset, sekä erilaiset julkisia ja yksityisiä palveluita tarjoavat tahot. (Kumpusalo 1991, 15; Metteri & Haukka-Wacklin 2011, 56.)



KUVIO 1. Sosiaalisen tuen tasot

Toinen lähestymistapa sosiaaliseen tukeen on malli, jossa ihmiset jaotellaan viiteen eri ryhmään sen mukaan, miten laajaa sosiaalisen tuen verkostoa he käyttävät. Näitä ryhmiä ovat laaja-alaisesti sosiaalisen tuen eri muotoja käyttävät, tukensa pääasiassa virallisilta tahoilta hakevat ja lähiyhteisöön tukeutuvat. Lähiyhteisöjen tukeen turvautuvat voidaan jaotella vielä erikseen niihin jotka käyttävät vain oman lähipiirinsä eli perheen, läheisten ja sukulaisten tukea sekä laajempaa tukea käyttäviin, jotka käyttävät myös erilaisten järjestöjen palveluita. Viides ryhmistä jää kokonaan sosiaalisen tuen ulkopuolelle. Tähän ryhmään kuuluvia yhdistävät usein alhainen koulutustaso ja taloudellisten resurssien heikkous, eivätkä he ole syystä tai toisesta palvelujen piirissä tuentarpeestaan huolimatta. (Metteri & Haukka-Wacklin 2011, 56.)

Sosiaalista tukea saadakseen tulee ihmisen kuulua johonkin sosiaaliseen verkostoon, jonka jäseniin ihminen voi luottaa, jossa hän tuntee olevansa arvostettu ja rakastettu ja kokee välittämistä. Näitä verkostoja voivat esimerkiksi olla parisuhde, perhe, ystävät tai jokin muu ryhmä. (Viljamaa 2003, 24–25; Sohlman 2004, 49–50; Metteri & Haukka-Wacklin 2011, 55.) Toisaalta sosiaalisesti tueksi voidaan myös mieltää kunnan sosiaali- tai terveystoimen antama erilaisiin tuke vaativiin elämäntilanteisiin liittyvä sosiaalinen tai taloudellinen tuki (Otavan Opisto i.a). Sosiaalinen tuki suojaa ihmistä niin stressiä aiheuttaviin elämäntapahtumiin joutumiselta sekä auttaa selviytymään stressiä tuottavista tapahtumista. Sosiaalisen tuen ytimenä voidaankin pitää sen stressiä vähentävää vaikutusta ja sitä kautta myös myönteistä vaikutusta ihmisen sosiaaliseen, psyyk-

kiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Sosiaalisen tuen merkitys kasvaa tilanteissa, joissa yksilön omat voimavarat ovat vähäisiä. Tehokkain tuki saavutetaan kun tuettavan ja tukijan elämäntilanteet ovat samanlaisia ja he ymmärtävät toisiaan emotionaalisesti. Sosiaalisen verkoston olemassaolo on välttämätöntä tuen saamiseksi, mutta se ei silti aina takaa tukea tai toimi puskurina elämän kriisitilanteissa, vaan on mahdollista että verkosto toimii myös stressin lähteenä. (Viljamaa 2003, 24–25; Sohlman 2004, 49–50; Metteri & Haukka-Wacklin 2011, 55.)

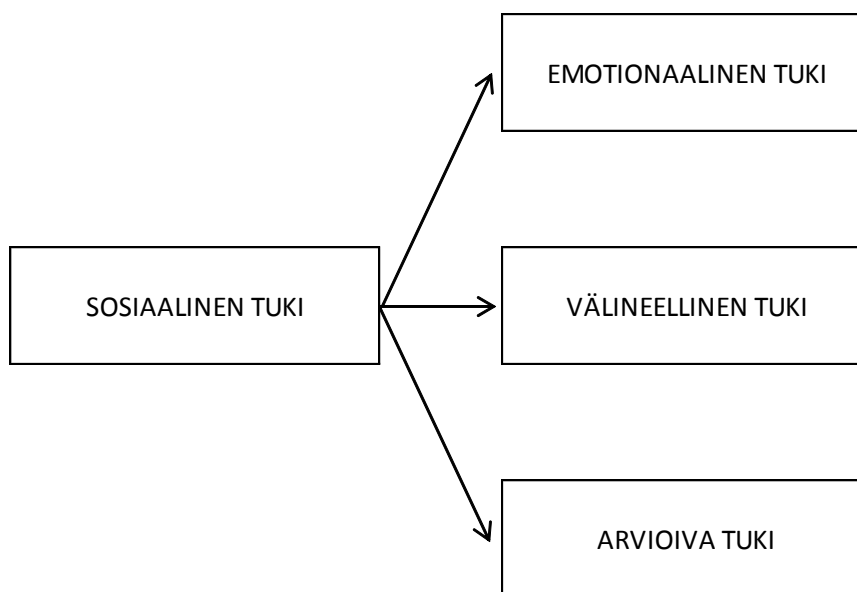
Varsinkin hoitotyön ammattilaisten antamaa tukea lapsettomuushoitoprosessiin liittyen on tutkittu paljon. Huhtalan (2003, 24–34.) lapsettomuutta ja siihen liittyvää sosiaalista tukea käsittelevässä tutkimuksessa korostuvat erityisesti hoitotyöntekijöiden antaman tuen merkitys. Myös lapsettomuushoitoihin osallistuvan parin keskinäinen, toisilleen antama tuki sekä vertaistuki olivat tärkeässä osassa. Moafi, Dolatian ja Alimoradi (2014, 130) käsittelevät artikkelissaan sosiaalisen tuen vaikutuksia lapsettomuudesta kärsiviin pariskuntiin. Sosiaalinen tuki voi parhaimmillaan edistää psyykkistä ja fyysistä terveyttä sekä auttaa käsittelemään lapsettomuuteen liittyvää stressiä. Riittämätön tai puuttuva sosiaalinen tuki voidaan yhdistää stressiin, ahdistukseen, masennukseen, avuttomuuteen, parisuhteen seksuaalisiin sekä sosiaalisiin ongelmiin ja itsetunnon sekä elämänlaadun alenemiseen. Lapsettomuushoitoprosessin aikainen riittämätön sosiaalinen tuki voi myös johtaa hoitojen lopettamiseen. Sosiaalinen tuki vaikuttaa monipuolisesti lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien eri elämän osa-alueisiin ja se on tärkeä osa jaksamista sekä selviytymistä.

3.1 Sosiaalisen tuen muodot

Sosiaalisen tuen muotoja voidaan esimerkiksi jaotella kolmeen erilaiseen tukimuotoon, jotka ovat emotionaalinen tuki, välineellinen tuki ja arvioiva tuki (KUVIO 2). Emotionaalinen tuki on toisten ihmisten antamaa huolenpitoa, rakkautta, sympatiaa sekä ymmärrystä. (Viljamaa 2003, 25; Sohlman 2004, 49.) Emotionaalinen tuki koostuu kannustamisesta, luottamuksen ja arvostuksen sekä välittämisen osoittamisesta (Oommen, Salonen & Kaunonen i.a). Tällaista tukea saa-

daan yleensä kaikkein läheisimmiltä ja luotetuimmilta ihmisiltä. Emotionaalinen tuki koetaan usein sosiaalisen tuen muodoista tärkeimmäksi ja se on myös useimmiten suurimmassa roolissa erilaisessa kriisitilanteisiin liittyvässä avussa. (Kiiltomäki & Muma 2007, 16–2; Sohlman 2004, 49; Viljamaa 2003, 25.)

Välineellinen tuki voi olla konkreettista apua ja tukea kuten erilaisia palveluita. Myös ajan, työpanoksen, rahan tai tavaran antaminen ovat välineellisen tukemisen muotoja. Konkreettisella tasolla tällaista tukea voi olla esimerkiksi kaupassa käyminen, lääkkeiden antaminen tai tiedon etsiminen. Arvioivaan tukeen kuuluvat erilaisissa päätöksissä ja ongelmanratkaisutilanteissa auttaminen ja ohjaaminen. Palautteen, erilaisten tietojen ja neuvojen antaminen voidaan myös nähdä osana arvioivaa tukea. Tiivistetysti sosiaalinen tuki voi pitää sisällään niin tunnetukea, käytännön apua, tietotukea kuin myös itsearvostus- ja itsearviointitietoa. (Oommen, Salonen & Kaunonen i.a; Sohlman 2004, 49; Viljamaa 2003, 25.)



KUVIO 2. Sosiaalisen tuen muodot

Tuomisen (2004, 34–38) lapsettomien saamaan sosiaaliseen tukeen liittyviä kokemuksia käsittelevästä tutkimuksesta nousevat esille sosiaalisen tuen muodoista varsinkin emotionaaliset tukimuodot. Tärkeimmäksi asiaksi sosiaalisen tuen osalta nousi se, että lähipiirissä oli joku, joka jaksoi kuunnella heitä. Myös

yleinen huolenpito, voinnin tiedustelu, rohkaisu ja kannustaminen koettiin merkitykselliseksi. Osa oli saanut läheisiltään myös konkreettisempaa, välineelliseen tukeen kuuluvaa apua, kuten esimerkiksi taloudellista avustusta lapsettomuushoitojen kustannuksiin.

3.2 Vertaistuki

Vertaistuesta on olemassa useita hieman toisistaan eroavia määritelmiä. Vertaistuki perustuu siihen, että ryhmän jäsenet ovat käyneet elämänsä aikana läpi samankaltaisia kokemuksia ja jakavat näitä kokemuksia yhdessä. Ihminen saa vertaistuen kautta kokemuksen, ettei hän ole tilanteensa kanssa yksin, vaan muillakin voi olla samankaltaisia kokemuksia ja ajatuksia. (Huuskonen 2014; Terveystieteiden tutkimuskeskus i.a.b.) Pelkonen ja Saarelainen (2012, 20) tutkivat omassa opinnäytetyössään endometrioosia sairastavien vertaistukea. He saivat tuloksissaan selville, että diagnoosin saaneet naiset halusivat hakeutua vertaistukeen oman selviytymisenhalunsa vuoksi. Vertaisiltaan naiset hakivat lisätietoa sairaudesta, kokemustietoa sekä emotionaalista tukea.

Tietoisuus siitä, että on olemassa toisia jotka ovat kokeneet samankaltaisia asioita elämässään, helpottaa pelkoa ja epävarmuutta omasta tilanteesta ja auttaa eteenpäin. Vertaistuki toimii menneen ymmärtämisen, nykyhetken tiedostamisen ja tulevaisuuden toivon mahdollistajana. Omista kokemuksistaan kertomalla oma tarina jäsentyy uudelleen ja siihen voi saada tukea sekä toivoa. Vertaistuki perustuukin muun muassa siihen että toisen vertaisen esimerkki kriisistä vaikuttaa omaan kykyyn ratkaista kriisiin liittyviä ongelmia. (Mäkimurto, Rauhala, Smahl & Ståhlberg 2009, 5–6.) Vertaistuessa omaan tilanteeseen voi löytää aivan uudenlaisia näkökulmia, sillä prosessin eri vaiheet sekä tilanteiden ainutlaatuisuus ja erilaisuus tulevat myös näkyviin. Varsinkin vertaissuhteen vastavuoroisuus ja tasa-arvoisuus tekevät siitä hyvin erilaisen verrattuna hoito- tai asiakkuussuhteisiin, kun samaan aikaan voi sekä antaa että saada tukea. Vertaistukea voidaan määritellä myös voimaantumisen ja muutosprosessina. Tämän prosessin aikana ihminen oppii havaitsemaan omia voimavarojaan ja vahvuuk-

siaan sekä ottamaan paremmin vastuuta elämästään. (Huuskonen 2014; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.b.)

Erilaisia vertaistuen toteutumistapoja on monia. Näitä voivat olla esimerkiksi kahdenkeskeinen tuki, vertaistukihenkilötoiminta, erilaiset vertaistukiryhmät ja vertaistuki Internetissä. Vertaisryhmät voivat olla pienempiä tai suurempia ryhmiä, joka kokoontuvat säännöllisesti vaihtamaan ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Ryhmät voivat olla suuntautuneita niin keskusteluihin kuin yhteisiin harrastuksiin ja muihin kiinnostuksenkohteisiin. Arjessa selviytyminen parantuu tilanteeseen liittyvän tiedon ja käytännön vinkkien saannin myötä, elämään tulee uutta sisältöä, yhdessä tekemistä ja ystäviä. Kaikilla ei kuitenkaan ole syystä tai toisesta mahdollisuutta osallistua perinteisiin kasvokkain kokoontuviin vertaisryhmiin. Tästä johtuen varsinkin virtuaaliset vertaistukiryhmät, jotka eivät ole aikaan tai paikkaan sidottuja, ovat kasvattaneet suosiotaan 2000-luvun aikana. (Huuskonen 2014; Nylund 2005, 201–203; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.b.)

Vertaisryhmän ohjaajana voi toimia yksi vertaisista ryhmäläisistä tai koulutettu vapaaehtoinen. Tavallisesti vertaistukeen ei kuulu ammattiapua, mutta olemassa on myös ammattilaisten ohjaamia vertaistukiryhmiä. Vertaistoiminta on kansalaislähtöistä toimintaa, joka ei välttämättä ole kytköksissä mihinkään taustayhteisöön. Toisaalta monet järjestöt ja organisaatiot ovat mahdollistamassa vertaistukea esimerkiksi tarjoamalla tukea, toimitiloja ja ohjaajien koulutusta. Suomessa ei ole selkeitä rakenteita vertaistoiminnan ja ammattityön väliselle vuoropuhelulle. Ammattilaisella on kuitenkin mahdollisuus edistää vertaistuen osaamista olemalla aktiivisesti yhteistyössä erilaisten vertaistuen toimijoiden kanssa. Myös vertaistuen piiriin hakeutumista voidaan edistää ammattilaisten toimesta, tiedottamalla asiakkaita vertaistuen eri mahdollisuuksista. (Huuskonen 2014; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.b.)

4 ENDOMETRIOOSIN AIHEUTTAMA LAPSETTOMUUS

Endometrioosin aiheuttama lapsettomuus määritellään tahattomaksi lapsettomuudeksi. Tahattomasta lapsettomuudesta on kyse kun seksuaalisesti aktiivisella pariskunnalla ei ole alkanut raskaus yli vuoden kestäneestä yrittämisestä huolimatta. Lapsettomuus voi olla primaarista tai sekundaarista. Primaarissa lapsettomuudessa ei aikaisempia raskauksia ole ollut, kun taas sekundaarissa lapsettomuudessa kyse on aiempien raskauksien jälkeen todetusta lapsettomuudesta. (Ihme & Rainto 2008, 68.) Lapsettomuuden yleisyydestä ei ole tarkkoja tietoja ja määrät vaihtelevat hieman eri tutkimusten mukaan, mutta noin 15 prosenttia hedelmällisessä iässä olevista pariskunnista kärsii jossakin vaiheessa elämänsä tahattomasta lapsettomuudesta. Lapsettomuus lisääntyy iän myötä ja sitä esiintyy noin 6 prosentilla 20–25-vuotiaista, 16 prosentilla 30–35-vuotiaista ja 40 prosentilla 40–45-vuotiaista. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175.)

Endometrioosia tavataan eri tutkimusten mukaan noin 30–50 prosentilla lapsettomuudesta kärsivistä naisista (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011). Endometrioosin laajuus vaikuttaa todennäköisyyteen tulla raskaaksi. Lievissä muodoissa raskauden mahdollisuus on 70–80 prosenttia ja laajalle levinneessä muodoissa noin 30 prosenttia. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 177–185.) Laajalle levinneessä endometrioosissa erilaiset anatomiset muutokset, kiinnikkeet ja esteet heikentävät mahdollisuutta raskauteen. Lievemmissä muodoissa endometrioosin vaikutusta lapsettomuuteen on vaikeampaa selittää varmuudella, mutta lievempikin endometrioosi heikentää siittiöiden hedelmöittymiskykyä ja munasolun kiinnittymistä kohdun limakalvolle. (Perheentupa & Santala 2011, 100–101.)

4.1 Endometrioosi

Endometrioosi on krooninen sairaus joka vaivaa varsinkin hedelmällisessä iässä olevia naisia. Endometrioosissa kohtuontelon ulkopuolella sijaitsee pesäkkeittäin kohdun limakalvon kaltaista kudosta, joka aiheuttaa kroonisen tulehdusreaktion. (Halttunen i.a; Härkki, Heikkinen & Setälä 2011; Perheentupa & Santala 2011, 93). Yleisimmin näitä pesäkkeitä esiintyy kohdun takana, kohdun taka-

kannatussiteissä, munasarjoissa, pikkulantion elimissä sekä vatsakalvolla (Halttunen i.a; Perheentupa & Santala 2011, 93). Endometrioosia esiintyy noin 10 prosentilla hedelmällisessä iässä olevista naisista. Raskauden aikana sairauden oireet levittyvät suurella osalla, mutta palaavat jälleen kuukautiskierron käynnistymisen jälkeen. Vaihdevuosien jälkeen endometrioosin oireet loppuvat. Perimäisiä syitä taudin syntyyn liittyen ei tunneta. (Perheentupa & Santala 2011, 93.) Perimällä näyttäisi olevan huomattava merkitys endometrioosin synnyssä. Ensimmäisen asteen sukulaisilla on jopa 6–9-kertainen riski sairastua endometrioosiin ja perinnölliseen riskiin vaikuttavat useat eri geenit. Toisaalta myös ympäristötekijät ja olosuhteet vaikuttavat olennaisesti sairauden kehittymiseen. (Perheentupa & Santala 2011, 96.)

Tyypillisimpiä oireita endometrioosipotilailla ovat kuukautisiin liittyvät alavatsakivut, jotka alkavat jo päiviä ennen kuukautisvuodon alkua. Krooniset vatsakivut, ovulaatiokivut, yhdyntäkivut sekä ulostamiskivut ovat myös varsin yleisiä. Joskus endometrioosin ainoa oire saattaa myös olla infertilitteetti ja potilas voi olla muuten täysin oireeton. Endometrioosi vaikuttaa monella tapaa sitä sairastavan elämänlaatuun, muun muassa poissaolot työstä ja koulusta ovat tavallisia lääkityksestä huolimatta. Vaikeissa tapauksissa endometrioosi voi myös huonontaa potilaan seksuaalielämän laatua estäen yhdynnät pahimmillaan jopa kokonaan. (Perheentupa & Santala 2011, 96.)

Endometrioosiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta sen oireita voidaan lievittää usealla eri menetelmällä riippuen sairauden vaikeustasosta. Endometrioosin hoito tulee suunnitella jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti, huomioiden potilaan ikä, mahdollinen raskaustoive ja aiemmat leikkaukset. (Perheentupa & Santala 2011, 98.) Ensisijaisesti käytetään lääkkeellisiä hoitomuotoja. Hoito yhdistelmäehkäisyvalmisteella ja tulehduskipulääkkeillä voidaan aloittaa suoraan tyypillisten oireiden perusteella. Lääkehoidolla voidaan kuitenkin hoitaa pääasiassa vain endometrioosiin liittyviä kipuoireita ja oireet palaavat nopeasti lääkehoidon loputtua, minkä vuoksi lääkehoidon tulisi olla pitkäkestoista. Lapsettomuuspotilailla ei kuitenkaan voida käyttää kivunhoitoon parhaiten soveltuvia lääkkeitä, sillä ne ehkäisevät raskauden, eivätkä paranna hedelmällisyyttä lääkityksen loputtuakaan. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011; Perheentupa & Santala

2011, 93.) Kirurginen hoito on aiheellista niissä tapauksissa, joissa lääkehoidosta ei ole riittävä apua tai tutkimuksissa todetaan kookas, halkaisijaltaan 4cm tai suurempi endometriooma tai syvä endometrioosi. Kirurgisessa hoidossa on tärkeää, että endometrioosikudos saadaan poistettua tehokkaasti ja että anatomia saadaan palautettua mahdollisimman normaaliksi. (Perheentupa & Santala 2011, 98–100.) Endometrioosikudosta poistavasta leikkaushoidosta huolimatta endometrioosi uusiintuu pitkällä aikavälillä noin 50 prosentilla leikkaushoitoa saaneista. Riskitekijöitä endometrioosin uusiutumiseen ovat potilaan nuori ikä ja endometrioosipesäkkeiden epätäydellinen poistaminen. Koska endometrioosi on estrogeeniriippuvainen sairaus, sen oireet loppuvat usein vasta vaihdevuosi- en alkaessa. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011.)

4.2 Lapsettomuushoidot

Lapsettomuus koskettaa parisuhteen molempia osapuolia, niin heidän identiteettiään ja seksuaalisuuttaan. Lapsettomuuden vuoksi hoidossa olevan parin hoitotyössä korostuu hienotunteisuus, sillä lapsettomuus on kipeä asia josta voi olla vaikeaa puhua. Lapsettomuushoidot voivat myös olla niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti vaativia. (Ihme & Rainto 2008, 68–72). Hännisen (2004) naisten tahattoman lapsettomuuden kokemuksia käsittelevässä tutkimuksessa kuvataan lapsettomuushoitoja raskaana ja vaativana kokemuksena. Hoidoilla todetaan myös olevan negatiivisia vaikutuksia niin hoidettavan ruumiinkuvaan, identiteettiin kuin seksuaalisuuteenkin. Hoitoihin liittyvät toimenpiteet ja tutkimukset ovatkin usein raskaita potilaan elimistölle ja psyykelle.

Lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien hoitopolku alkaa perusterveydenhuollon tai yksityisen lääkärin vastaanotolla. Lapsettomuutta tulee aina selvittää parin yhteisenä ongelmana. Hedelmöityshoitoja voidaan käyttää lähes kaikissa lapsettomuuden syissä. Hoitojen antamista säädellään kuitenkin nykyisin hyvin tarkasti. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011,175.) Lapsettomuudesta kärsivien parien jatkohoito tapahtuu joko julkisella sektorilla erikoissairaanhoidossa, Väestöliitossa tai yksityisellä lapsettomuushoitoklinikalla. Lapsettomuutta voidaan hoitaa useilla erilaisilla menetelmillä, kuten hormonihoidoilla ja kirurgisilla hoidoilla.

Lisäksi voidaan käyttää erilaisia avusteisia menetelmiä, joihin kuuluvat muun muassa inseminaatio ja koeputkihedelmöitys. Sen lisäksi että hoitoihin tulevalle parille on annettava tietoa itse tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, on myös tärkeää antaa alusta lähtien realistinen kuva hoitojen onnistumisen mahdollisuuksista. (Ihme & Rainto 2008, 69–70.) Vuonna 2009 hedelmöityshoitoja oli Suomessa mahdollista saada yhteensä 15 yksityisellä klinikalla ja 12 yliopisto- sekä keskussairaalaklinikalla (Miettinen 2011, 5).

Suomessa annetaan lapsettomuushoitoja toiseksi eniten koko Pohjoismaissa, heti Tanskan jälkeen. Vuonna 2008 hoitokertoja oli Suomessa seitsemän tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohden ja hoitomäärien on ennustettu lisääntyvän edelleen. (Miettinen 2011, 5.) Suomessa syntyy vuosittain tuhansia lapsia jotka ovat saaneet alkunsa erilaisilla hedelmöityshoitomenetelmillä ja kaikista syntyvistä lapsista pelkästään koeputkihedelmöityksen avulla alkunsa saaneita lapsia on noin 3 prosenttia. Hedelmöityshoitojen antamista ja sukusolujen käsittelyä säädellään Suomessa erilaisien lakien ja asetusten avulla ja toimintaa valvovat Valvira ja Lääkelaitos. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 187.)

4.2.1 Ovulaatioinduktio, inseminaatio ja leikkaushoidot

Endometriosisin lievissä muodoissa lapsettomuushoidot voidaan aloittaa keveämmillä hoitomuodoilla kuten ovulaatioinduktiolla tai inseminaatiolla (Perheentupa & Santala 2011, 101). Ovulaatioinduktio eli munarakkulan kypsytyshoito on hormonaalinen lapsettomuuden hoitomuoto. Lääkehoidolla on mahdollista saada aikaan ovulaatio niissä tapauksissa, joissa munasolun irtoaminen on jostakin syystä estynyt. Lääkehoito toteutetaan suun kautta ja ultraäänitutkimuksilla seurataan munarakkuloiden kypsymistä. (Ihme & Rainto 2008, 70.)

Inseminaatio kuuluu avusteisiin lapsettomuushoitoihin. Siinä pestyt siittiöt vietään katetrilla suoraan kohtuonteloon. Inseminaatioon voidaan käyttää puolison omia siittiöitä tai luovutettuja sukusoluja. Inseminaatiohoito tehdään ovulaation aikana ja sen tukena voidaan käyttää myös ovulaatioinduktiota. väestöliiton mu-

kaan inseminaation onnistumisprosentti on noin 10–15 prosenttia jokaista hoitokertaa kohden. (Ihme & Rainto 2008, 71.)

Kesivaikeissa ja lievissä endometrioositapauksissa hedelmällisyyttä voidaan parantaa leikkauksella ainakin ohimenevästi (Perheentupa & Santala 2011, 101). Leikkaushoitoon ryhdytään aina harkitusti, kun tavoitteena on tarkentaa potilaan diagnoosia. Leikkaushoidolla voidaan myös parantaa hedelmällisyyttä poistamalla tai vähentämällä erilaisia esteitä ja muita hedelmällisyyteen vaikuttavia häiritseviä tekijöitä. Lapsettomuuspotilaiden leikkaushoidot tehdään pääasiallisesti laparoskopisesti. Kohtuontelon muutoksia voidaan poistaa myös hysteroskopian avulla. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 184.)

4.2.2 Koeputkihedelmöitys

Koeputkihedelmöitystä eli IVF-hoitoa voidaan käyttää lähes kaikissa lapsettomuuteen liittyvissä ongelmissa. Hoidoissa voidaan käyttää parin omia tai lahjoitettuja sulusoluja tilanteesta riippuen. Nykyisin IVF-hoidoissa siirretään pääsääntöisesti yksi alkio kerrallaan, maksimissaan alkioita siirretään kaksi. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 189–190.) Vaikeissa endometrioosi tapauksissa, joissa potilaan sairaus on levinnyt laajalle, oireet ovat voimakkaita ja nopeasti uusiutuvia tai potilaan munajohtimet ovat tuhoutuneet, on endometrioosista johtuvaa lapsettomuutta perusteltua hoitaa välittömästi koeputkihedelmöityksellä (Perheentupa & Santala 2011, 101). Alle 38 -vuotiailla raskauden todennäköisyys IVF-hoidoilla on 25–40 prosenttia hoitokertaa kohti. Vastaavasti syntyneitä lapsia hoidoilla saadaan 20–30 prosenttia hoitokertaa kohti ja kolmen alkion siirron jälkeen on yli puolet hoidettavista pareista saanut lapsen. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 191.)

5 VOIMAANTUMINEN

Voimaantumista voidaan määritellä usealla eri tavalla, mutta Siitonen (1999, 61) on väitöskirjassaan kuvaillut sitä sisäiseksi voimaantumiseksi. Hän kuvailee voimaantumista voimavaraistavaksi ja myönteiseksi tunteeksi, jonka saavuttuaan, ihminen on halukas yrittämään parhaansa sekä valmis käyttämään omia kykyjään ongelmanratkaisussa. Järvinen (2007, 60–61) esittää väitöskirjassaan, että voimaantumista määrittelevät siihen liittyvät asiayhteydet sekä tarkastelunäkökulmat. Siitonen (2009, 84) toteaaakin tarkastellessaan väitöskirjassaan useita voimaantumiseen liittyviä tutkimuksia, että empowerment -käsitettä voidaan lähestyä eri näkökulmista sekä sen prosessi voidaan liittää useisiin asiayhteyksiin, mikä tekee käsitteestä erittäin moniulotteisen.

Voimaantuminen (empowerment) voidaan käsittää eräänlaisena prosessina, jossa yksilö tai yhteisö voimaantumisen myötä pystyy ylittämään ongelmat elämäntilanteessaan ja lopulta saavuttamaan elämänhallinnan sekä samalla löytämään ratkaisun vallitsevaan ongelmaan. (Fitzsimons 2011, 4–5.) Hokkanen (2009, 319–320) jakaa tekstissään voimaantumisen prosessin Stephen Rosen kuvauksen mukaisesti kolmeen eri vaiheeseen: naming, loving ja acting. Naming -vaiheessa henkilö ei itse näe omia kykyjään ja vahvuuksiaan, jolloin ammattilaisen tai läheisen tuki on tarpeellinen. Tuen avulla ongelmatilanteen tarkastelu onnistuu kriittisesti ja monipuolisesti useasta eri näkökulmasta. (Hokkanen 2009, 319–320.)

Loving on voimaantumisprosessissa vaihe, jossa tukena toimiva henkilö vahvistaa ja tukee ongelmatilanteessa elävän henkilön itsestään lähteviä kykyjä, voimavaroja ja mahdollisuuksia (Hokkanen 2009, 319–320). Ihmisen voimaantumista tukevia erilaisia voimaantumisen kategorioita ovat vapaus, vastuu, arvostus, luottamus, konteksti, ilmapiiri ja myönteisyys. Nämä kategoriat ovat merkityksellisiä henkilön voimaantumisprosessissa ja yhdenkin puuttuminen saattaa jopa estää prosessin etenemisen. (Siitonen 1999, 61.) Acting -vaiheessa henkilö pystyy hänestä itsestään löytyneiden voimavarojen ja mahdollisuuksien avulla ratkaisemaan elämäntilanteessa vallitsevan ongelman. Päämääränä on, että

ratkaisu ongelmaan löytyy henkilön omista voimavaroista ja kyvyistä, ei yleistettävistä tulkinnoista. (Hokkanen 2009, 319–320.)

Siitonen (1999, 161–165) on omassa empiirisessä tutkimuksessaan luonut voimaantumisteorian, joka sisältää viisi eri voimaantumisen premissiä eli edellytyksiä:

1. *Voimaantuminen on henkilökohtainen ja sosiaalinen prosessi; voimaa ei voi antaa toiselle.*
2. *Voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, jota jäsentää päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emootiot sekä näiden sisäiset suhteet.*
3. *Voimaantuminen vaikuttaa katalyytin tavoin sitoutumisprosessiin*
4. *Voimaantuminen on yhteydessä ihmisen hyvinvointiin*
5. *Voimaantuneisuus ei ole pysyvä tila*

Ensimmäisen ja toisen premissin mukaan voimaantuminen on henkilökohtaista ja se voi olla vain ihmisestä itsestään lähtöisin oleva prosessi. Voimaantumista jäsentävät tekijät, kuten omien päämäärien asettaminen ja luottamus omiin mahdollisuuksiin, tukevat edelleen teoriaa siitä, että voimaantuminen on henkilöstä itsestään lähtevä eikä sitä voi toinen ihminen puolesta tuottaa. Voimaantuminen eli sisäinen voimantunne auttaa myös kolmannen premissin mukaan henkilöä sitoutumaan. Voimaantumisen laatu vaikuttaa sitoutumisen vahvuuteen eli vahva voimaantuminen johtaa vahvaan sitoutumiseen, kun taas heikko voimaantuminen johtaa heikkoon sitoutumiseen. (Siitonen 1999, 117, 159–161.) Voimaantumisteorian kolmatta premissiä voidaan myös tarkastella terveydenhoitotyön näkökulmasta, jolloin asiakas nähdään voimaantuneena henkilönä. Jos asiakas on vahvasti voimaantunut ja häntä on voimaantumisprosessissa tuettu, sitoutuu hän teorian mukaan myös vahvasti hoitosuhteeseen. Toisaalta heikosti voimaantunut asiakas, joka ei asiakassuhteessa koe saavansa tukea voimaantumiseen, tulee teorian mukaan sitoutumaan hoitosuhteeseen heikosti.

Voimaantumisteorian neljäs premissi kuvaa voimaantumisen yhteyttä henkilön hyvinvointiin. Teoriassa hyvinvointi käsittää sekä yksilön että ryhmän hyvinvoinnin. Tämä perustuu teorian ensimmäiseen premissiin, jonka mukaan voimaan-

tuminen on yksilöllinen ja sosiaalinen prosessi. Yksilön voimaantuminen ja hyvinvointi vaikuttaa siis myös ryhmän voimaantumiseen ja hyvinvointiin. Viiden premessin mukaan henkilön voimaantuminen ei ole pysyvä tila, vaan sen vahvuus voi muuttua ympäristön vaihtuessa. Ihminen voi kokea olevansa tietystä tilanteesta vahvasti voimaantunut, mutta tilanteen muuttuessa voimavarat voivat vähentyä. Tästä saattaa seurata esimerkiksi väsymystä ja toimintakyvyn alenemista. (Siitonen 1999, 162–164.)

Siitosen (1999, 165–167) mukaan voimaantumisteoriaa ja sen eri vaiheita on erittäin hyödyllistä tarkastella, jos oma tai jonkun toisen henkilön voimaantuminen kiinnostaa. Voimaantumisteorian mahdollisiksi käyttäjiksi hän luettelee esimerkiksi työnantajan, rehtorin ja jaksamisen ongelmasta kärsivän henkilön läheisen. Hän kehottaa kuitenkin kiinnostuneita tutustumaan teoriaan kriittisesti arvioiden, sillä tutkimus perustuu tutkijan subjektiivisiin tulkintoihin.

Terveystenhoitajana voimaantumiseen ja sen erilaisiin prosessin vaiheisiin olisi hyvä tutustua, sillä voimaantuminen on tärkeä osa muun muassa asiakkaan hyvinvointia ja hoitoon sitoutumista. Voimaantumisen prosessista ja terveydenhuollon ammattilaisen työskentelytavoista voidaan myös löytää yhtäläisyyksiä, jos voimaantumisen prosessia verrataan esimerkiksi motivoivaan haastatteluun. Motivoiva haastattelu on ohjausmenetelmä, jolla terveydenhuollon ammattilainen tukee asiakasta erilaisissa muutostilanteissa. Tuen tarkoituksena on löytää asiakkaasta itsestään lähtevät voimavarat sekä kyvyt, joiden avulla muutosprosessi voidaan aloittaa. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos i.a.a.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää keneltä läheisiksi kokemiltaan henkilöiltä naiset saivat tukea lapsettomuushoitoprosessin aikana ja minkälainen merkitys tuella oli heidän sen hetkisen jaksamisen ja hyvinvoinnin kannalta. Haluamme myös tutkia minkälaista tukea he olivat läheisiltään saaneet ja minkälaista lisätukea he olisivat mahdollisesti kaivanneet.

Haluamme erityisesti käsitellä tutkimuksessamme sosiaalisen tuen primaari- ja sekundaaritasoja, joihin kuuluvat suhde kumppaniin ja perheeseen, muut läheisiksi koetut ihmissuhteet, suhteet ystäviin, sukulaisiin sekä työtovereihin. Otamme tutkimuksessamme huomioon myös vertaistuen osana sekundaarista tuen tasoa. Rajaamme näkökulman primaariseen sekä sekundaariseen sosiaaliseen tukeen, sillä haluamme erityisesti tuoda esille läheisten tarjoaman tuen merkitystä henkilöä kohtaavassa kriisitilanteessa.

- Keneltä naiset saivat tukea?
- Minkälaista tukea naiset saivat läheisiltään?
- Miten naiset kokivat läheisiltä saamansa tuen? (Tuen merkitys.)
- Minkälaista tukea läheisiltä olisi vielä kaivattu?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Yhteistyökumppani

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina toimi Endometrioosiyhdistys ry. Aloitimme yhteistyön keväällä 2013 ja opinnäytetyömme aihe syntyi yhteisen pohdinnan tuloksena kaikkien osapuolten kesken. Saimme vapaasti ehdottaa meitä kiinnostavia endometrioosiin liittyviä tutkimusaiheita, ja useiden yhteydenottojen jälkeen tutkimuksen aihe rajautui lopulliseen muotoonsa. Teimme Endometrioosiyhdistyksen kanssa yhteisen kirjallisen sopimuksen toukokuussa 2013. Sopimuksessa sitouduimme tekemään opinnäytetyömme yhteistyössä yhdistyksen kanssa.

Yhteydenotot ja keskustelut yhdistyksen kanssa kävimme sähköpostin välityksellä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olimme useita kertoja yhteyksissä yhdistykseen pääasiassa prosessin etenemiseen sekä tutkimuksen aineiston keruuseen liittyen. Endometrioosiyhdistyksen rooli yhteistyössä oli tutkimusaiheen hyväksymisen lisäksi tutkimuksemme aineiston keruun julkaiseminen heidän omilla nettisivuillaan sekä tutkimuksemme mainostaminen heidän jäsenilleen tarkoitetulla Facebook-sivustolla. Lähetimme opinnäytetyösuunnitelmamme yhdistyksen kommentoitavaksi loppuvuodesta 2013 sekä esitarkastuksen yhteydessä jo lähes valmiin työn syyskuussa 2014. Palaute yhdistykseltä oli rakentavaa ja positiivista sekä uusia näkökulmia antavaa. Tulemme opinnäytetyömme pohjalta tekemään tutkimuksemme keskeisiä tuloksia käsittelevän artikkelin Endometrioosiyhdistyksen jäsenlehteen Endorfiiniin syksyllä 2014.

Endometrioosiyhdistys ry on Suomessa vuonna 1999 perustettu endometrioosia sairastavien henkilöiden potilasjärjestö. Se toimii endometrioosia sairastavien edunvalvojana ja sen tehtävänä on lisätä tietoutta endometrioosista sekä kehittää yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Tärkeimmäksi tehtäväkseen yhdistys kuitenkin kokee endometrioosia sairastavien ja heidän läheistensä hyvinvoinnin tukemisen sekä monipuolisen vertaistuen tarjoamisen. Endometrioosiyhdistys tekee monipuolista yhteistyötä eri potilasjärjestöjen, yhdistysten sekä endome-

trioosin hoitoon erikoistuneiden asiantuntijoiden kanssa. Yhdistyksen yhteistyökumppanina toimii muun muassa lapsettomien yhdistys Simpukka ry. (Endometrioosiyhdistys ry 2012a.)

Endometrioosiyhdistys pyrkii tarjoamaan jäsenilleen sekä kaikille endometrioosia sairastaville useita erilaisia vertaistuen muotoja. Kaikille avoimia tukimuotoja ovat tukipuhelin, Internetin keskustelupalstat sekä Facebook-ryhmät. Yhdistyksen jäsenille on tarjolla mahdollisuus osallistua vertaistukiryhmiin sekä tukihenkilötoimintaan. Vertaistukiryhmiä on järjestetty eri puolille Suomea. Niissä henkilön on mahdollisuus osallistua kokemuksiä jakavaan ryhmätoimintaan. Tukihenkilötoiminnan kautta yhdistyksen jäsenen on mahdollisuus saada myös oma henkilökohtainen tukihenkilö. (Endometrioosiyhdistys ry 2012b.) Endometrioosiyhdistyksen nettisivuilla tarjotaan laajasti ja monipuolisesti tietoa endometrioosista sekä sen hoidosta kaikille asiasta kiinnostuneille.

7.2 Tutkimusote

Tutkimusmenetelmää ja metodologiaa valitessa, tutkijan on määriteltävä oma näkemyksensä tekemänsä tutkimuksen luonteesta sekä johdettava tutkimuskysymykset. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan ihmisiä, ihmisten elämää sekä heidän asioille asettamia merkityksiä, joiden avulla halutaan ymmärtää tutkittavaa kohderyhmää yhä paremmin tutkimukselle asetetun tarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti. Laadullisten tutkimusten kenttä sisältää useita eri tutkimuksen lähestymistapoja sekä aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 7; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 151–157; Varto 2005, 148).

Halusimme tutkia naisten kokemuksia sekä heidän asettamia merkityksiä heidän läheisiltään saamalle sosiaaliselle tuelle. Kananen (2010, 41) suosittelee oppaassaan laadullisen tutkimuksen valintaa erityisesti silloin, jos tutkittavasta ilmiöstä ei ole tutkittua tietoa tai ilmiötä halutaan tutkia syvällisemmin. Päädyimme näkemyksemme sekä tutkimuksemme aiheen luonteen mukaisesti toteuttamaan tutkimuksemme laadullisena tutkimuksena.

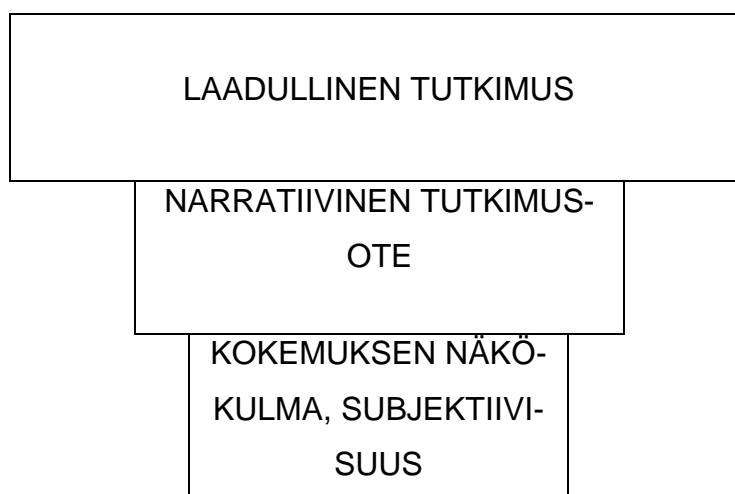
Aloitimme opinnäytetyöprosessimme keväällä 2013 olemalla yhteydessä Endometrioosiyhdistykseen. Esitimme ideapaperin lokakuussa 2013, jolloin opinnäytetyömme aihe oli vielä hyvin laaja. Halusimme tuolloin tutkimuksessamme käsitellä kokonaisvaltaisesti endometrioosia sairastavien naisten hyvinvointia lapsettomuushoitojen aikana. Aiheen rajaaminen oli mielestämme haastavaa ja se vei opinnäytetyöprosessistamme suuren osan. Esitimme opinnäytetyömme suunnitelman joulukuussa 2013, jolloin aiheen rajaaminen oli edelleen kesken. Opinnäytetyömme aihe rajautui lopulliseen sosiaalista tukea käsittelevään muotoon vasta käsikirjoitusvaiheessa. Rajaamiseen saimme apua Endometrioosiyhdistykseltä, opinnäytetyöseminaareista sekä ohjaavilta opettajiltamme.

Narratiivisuus on laadullisessa tutkimuksessa lähestymistapa, jossa kiinnitetään huomio kertomuksiin ja tarinoiniin tiedon välittäjänä ja muodostajana. Tarkoituksena on tarkastella tarinoiden tai kertomusten avulla ihmisten ainutlaatuisia kokemuksia ilman suunniteltuja ja jäseneltyjä haastattelukysymyksiä tai havainnointia. Narratiivinen tutkimus ei pyri etsimään yleistettävää tietoa, vaan sen avulla pyritään saamaan henkilökohtaista ja subjektiivista tietoa. Se ei myöskään menetelmänä tarjoa tutkimuksen toteutukselle tai tavoitteelle tarkkoja reunaehtoja, vaan sen avulla voidaan monipuolisesti ymmärtää ja jopa selittää elämän eri näkökulmia tutkimalla ihmisten ilmiöille asettamia merkityksiä. (Erkkilä 2008, 201; Heikkinen 2010, 143–157; Squire, Andrews & Tamboukou 2008, 1–2).

Koska tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää kohderyhmän kokemusten avulla sosiaalisen tuen merkityksiä, koimme narratiivisen tutkimuksen olevan paras valinta opinnäytetyömme tutkimusta varten. Koimme, että kertomukset avaavat osallistujien kokemuksia parhaiten, kun he saavat kuvata tilanteita ja tapahtumia itse omin sanoin. Hoitotieteissä narratiivista tutkimusta on käytetty esimerkiksi tutkittaessa ikääntyvien naisten kokemuksia terveydenhuollosta. Tutkimuksen aineistona käytettiin naisten itse kirjoittamia tarinoita, joista pyrittiin tunnistamaan niitä ongelmia, joita he kohtasivat iäkkäisiin ihmisiin liitettyjen ennakkoluulojen vuoksi. (Feldman 1999, 269.)

Narratiivisuudessa kertomus tai tarina ymmärretään osana ihmisen sisäistä kykyä jäsenellä ja muodostaa omia kokemuksiaan, elämäänsä sekä ajatuksiaan. Kertomuksen voidaan siis ajatella olevan sitä luovalle henkilölle elämää eheyttävä sekä johdonmukaisuutta ja jatkuvuutta tuottava asia. (Laitinen & Uusitalo 111–112.) Tutkimusotteen valitsemisen yhteydessä pohdimme vastaajien motivaatiota ja halukkuutta osallistua tutkimukseemme sekä sellaista otetta, jonka osallistujat kokisivat osallistavaksi ja mielekkääksi. Tämän vuoksi halusimme tutkimusotteen olevan vapaamuotoinen ja antavan osallistujille tilaa jakaa kokemuksiaan avoimesti sekä pohdiskelevasti haluamallaan tavalla.

Kuviossa 2 on kuvattu laadullista tutkimusta, siihen liittyvää narratiivista tutkimusotetta sekä teoreettista viitekehystä eli tutkimusta ohjaavaa näkökulmaa. Ylhäältä alaspäin kapeneva pyramidi kuvaa tutkimusasetelman rajausta, joka ylhäältä laajasta laadullisen tutkimuksen joukosta kaventuu tutkimusotteen kautta tutkimuksen näkökulmaa tarkemmin rajaavaan teoreettiseen viitekehykseen.



KUVIO 3. Tutkimusmenetelmä ja teoreettinen viitekehys

7.3 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmän valinnassa tulee ottaa huomioon se, millaista tietoa tutkimusta varten halutaan etsiä ja millainen aineisto tarjoaa parhaiten näkökulmia ja ratkaisuvaihtoehtoja tutkimustehtävään ja määriteltyyn tutkimuson-

gelmaan. Aineistonkeruumenetelmää voidaan alkaa pohtia siinä vaiheessa, kun tutkimuksen tarkoitus ja tavoite on asetettu. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.) Narratiivisen tutkimuksen kohdalla voidaan todeta, että useat laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät ovat käytettävissä narratiivista tutkimusta tehdessä. Aineistonkeruumenetelmän valintaa ohjaavat pääosin tutkimuksen tarkoitus, siihen sidottu asiayhteys sekä oletettu analyysimenetelmä. Joskus aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikuttavat myös tutkimukseen käytettävä aika, mahdolliset kustannukset sekä kohderyhmän tavoittaminen. (Bold 2012, 106; Laitinen & Uusitalo 2008, 122–123.) Valinnan suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös omien taitojen arviointi: mitä jo osaan ja mitä pystyn oppimaan tutkimusprosessin aikana? (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b).

Aineiston valintaa ohjaa tutkimuksen näkökulma. Se, halutaanko tutkittavasta ilmiöstä omakohtaista ja kokemuksellista tietoa vai eri asiayhteydessä ilmiötä käsittelevää tietoa, on oleellista aineistonkeruumenetelmän kannalta. Näkökulman asettamisessa auttavat erityisesti tutkimuskysymykset. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.) Narratiivisessa tutkimuksessa tarkoitus on kuvata ja ymmärtää tutkittavien henkilöiden tarinoita kertomuksina tai narratiiveina eli kokemusten sanoituksina. Narratiivisen tutkimuksen aineistona voivat olla mitkä tahansa suulliset tai kirjalliset kuvaukset tapahtumista. Tyypillisimpiä ovat kuitenkin kirjoitetut tarinat sekä haastattelut. Kirjoitettua aineistoa voi esiintyä useassa erilaisessa kirjallisessa muodossa. Ne voivat olla esimerkiksi päiväkirjoja, kirjeitä tai tutkimusta varten kirjoitettuja omaelämäkerrallisia tai osaelämäkerrallisia tarinoita. Tarinamuotoisessa aineistossa yksilölliset kokemukset ja tapahtumat on tuotettu muille ymmärrettäväksi ja luettavaksi. Tarinat toimivat erinomaisesti yksilöiden kokemuksia tutkivien tutkimusten aineistona. (Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen 2001, 90–91; Laitinen & Uusitalo 2008, 122; Syrjälä 2001, 1.)

Toteutimme tutkimuksemme aineistonkeruun Internetissä, sillä halusimme mahdollisuuksien mukaan tavoittaa mahdollisimman paljon kohderyhmäämme kuuluvia henkilöitä. Päädyimme keräämään tutkimuksemme aineistoksi vapaa-
muotoisia kirjoitelmia, sillä tutkimuksemme näkökulmana oli kerätä mahdoli-

simman subjektiivista ja kokemuksellista tietoa sosiaaliseen tukeen liittyen. Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikuttivat myös tavoitteemme kerätä mahdollisimman avointa kokemustietoa herkästä aiheesta säilyttäen samalla vastaajien nimettömyys. Erillinen tutkimuslupa ei tämän vuoksi tutkimuksemme kohdalla ollut tarpeellinen, sillä tutkimukseen osallistuneet henkilöt päättivät osallistumisestaan itse.

Käsikirjoitusvaiheessa työstimme aineistonkeruun tueksi vastaajien pohdintaa ohjaavia aiheita, joita toivoimme osallistujien käsittelevän kirjoitelmissaan. Lähdimme pohtimaan ensin strukturoidumpaa tutkimuslomaketta, jonka kuitenkin lopulta koimme tutkimuksemme kannalta liian rajatuksi vaihtoehdoksi. Koimme, että strukturoitu malli ei olisi tuonut aineistossa ilmi kokemuksellisuuden näkökulmaa yhtä hyvin kuin vapaa vastauskenttä. Pohdinta-aiheiden ollessa avoimessa muodossa, antavat ne vastaajalle vapauden useisiin eri näkökulmiin. Päätimme muotoilla aiheet tutkimuskysymystemme pohjalta, jotta ne ohjaisivat kirjoitelmia tutkimuksemme aiheen mukaisesti. Pohdinta-aiheiden oheen liitimme vielä tarkempia ajatuksiamme siitä, mitä kukin aihealue voisi sisältää.

Keräsimme aineiston Webropol-alustalle, jolle osallistujat pääsivät julkisen Internet-osoitteen kautta. Endometriosisyhdistyksen julkaisi linkin yhdistyksensä Internet-sivustolla. Linkin yhteyteen oli lyhyesti liitetty kuvaus opinnäytetyömme aiheesta sekä osallistumisajasta. Halukkaat ja tutkimuksesta kiinnostuneet henkilöt pystyivät osallistumaan tutkimukseemme siirtymällä linkin kautta aineistonkeruualustalle, johon olimme vastaajia varten laatineet perusteellisemmän saatekirjeen. Saatekirjeessä (LIITE 1) selitimme tarkemmin tutkimuksemme aiheen, tarkoituksen, tavoitteen sekä tutkimuksemme kohderyhmän. Saatekirjeen luetuun osallistujat saivat vapaavalintaisesti siirtyä eteenpäin kirjoittamaan omaa tarinaansa sille varattuun vastauskenttään. Tilaa tarinan kirjoittamiseen oli varattu runsaasti sekä tarinan kirjoittamista tukemaan olimme kirjanneet vastaajille näkyviin aiheeseen liittyviä pohdinta-aiheita (LIITE 2). Tarinan kirjoittamisen jälkeen vastaajat saivat antaa palautetta tai kirjata ylös omin sanoin tutkimuksesta esiin nousevia ajatuksia palautteelle varattuun erilliseen vastauskenttään.

Aineistonkeruuseen olimme varanneet aikaa heinäkuun 2014 loppuun asti, mutta tuohon mennessä olimme saaneet kertomuksia vain kolme kappaletta. Mielestämme kertomusten määrä tuossa vaiheessa ei ollut tutkimuksemme luotettavuuden kannalta riittävä, joten päätimme ottaa yhteyttä Endometrioosiyhdistykseen ja pyytää lisää aikaa aineistonkeruulle. Endometrioosiyhdistys ilmoitti meidän pyynnöstämme Internet-sivustollaan, että tutkimukseemme vastausaika oli jatkettu elokuun 2014 puoliväliin asti sekä he samalla muistuttivat tutkimuksemme olemassaolosta jäsenille tarkoitettulla Facebook-sivustollaan. Tämän ansiosta saimme aineistoon lopulta kokonaisuudessaan seitsemän kirjoitelmää, minkä koimme sopivaksi määräksi luotettavuuden sekä tutkimuksen luonteen kannalta.

Tutkimuksemme aineisto muodostui seitsemästä kirjoitelmasta, joista jokainen oli ainutlaatuinen sisällöltään sekä rakenteeltaan. Kokonaisuudessaan aineisto oli tekstipituudeltaan yhdeksän A4 kokoisen sivun mittainen Arial tekstityylin koolla 12. Laajin saamamme kertomus oli pituudeltaan neljä ja puoli sivua, kun taas lyhin kolmasosan yhdestä sivusta. Keskimäärin kertomukset olivat noin yhden sivun mittaisia. Kertomukset rakentuivat sisällöllisesti myös erittäin yksilöllisesti. Osa kertomuksista oli jäsennelty kronologisesti eli aikajärjestyksen mukaisesti, kun taas toisissa kirjoitelmissa sisällön kulkua ohjasivat aineistonkeruuta varten laatimamme pohdintaa tukevat ajatukset.

7.4 Kohderyhmä

Empiiristä tutkimusta tehdessä tutkijan on alustavasti oltava kiinnostunut toisten henkilöiden kokemuksista ja löydettävä sellainen merkittävä kokemus, jota hän haluaa ymmärtää. Tämän jälkeen on löydettävä henkilöitä, joiden elämään sisältyy aihe, johon liittyvistä kokemuksista tutkija on kiinnostunut. Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävä voivat asettaa tutkittaville elämäntilanteille ehtoja ja rajoja. Tärkeää on selvittää tutkittaville henkilöille heidän kokemustensa tutkimusarvo, sillä tutkimukseen osallistuvien on oltava halukkaita kertomaan tarinansa avoimesti. (Perttula 2008, 136–137.) Tutkimuksen kohderyhmää rajattaessa on otettava huomioon myös yleisiä, kohderyhmää koskettavia asioita.

Tutkimukseen osallistumisen tulee aina olla henkilöille vapaaehtoista. Tutkimukselle edullista olisi myös tilanne, jossa osallistujat olisivat itse kiinnostuneita tutkimuksesta sekä osallistumisestaan siihen. Kohderyhmän valintaan liittyy myös tutkimuskohtaisesti tutkimusluvan hakeminen tai pyytäminen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.)

Tutkimuksen kohderyhmä on usein joukko henkilöitä, joilla on kokemusta samasta ilmiöstä tai jotka omaavat keskenään tietyn yhdistävän erityispiirteen. Tutkija määrittelee tutkimuksensa kohderyhmän tutkittavan ilmiön tai rajatun aihealueen mukaan. Tutkimuksen tarkoitus sekä ryhmän rooli tutkimuksessa määrittelevät ryhmään kohdistuvat vaatimukset ja kohderyhmän koon. (Holloway & Wheeler, 110–112.) Tutkimuksessamme kohderyhmänä toimivat endometrioosia sairastavat naiset, jotka ovat jossakin elämänsä vaiheessa käyneet läpi lapsettomuushoitoprosessia. Tutkimus ei rajaa kohderyhmästä naisia onnistuneiden tai epäonnistuneiden lapsettomuushoitojen perusteella, vaan kaikki kohderyhmään kuuluvat naiset ovat voineet halutessaan osallistua tutkimukseemme. Kohderyhmämme on rajattu vain naispuolisiin tutkittaviin, sillä halusimme tutkia juuri endometrioosia sairastavien henkilöiden kokemuksia läheisten antamasta tuesta. Tämä luonnollisesti rajaa miespuoliset henkilöt pois tutkimukseemme kohderyhmästä.

Kohderyhmämme muodostui opinnäytetyöprosessin edetessä ja teoriaa rakentaessa. Opinnäytetyöprosessin alussa halusimme tutkimuksessamme kartoittaa onnistuneita lapsettomuushoitokokemuksia, minkä mukaan kohderyhmämme olisi muodostunut naisista, jotka olivat onnistuneesti saaneet lapsen lapsettomuushoitojen avulla. Opinnäytetyöprosessin edetessä myös tutkimuksen aihe sekä näkökulma vaihtuivat merkittävästi. Lapsettomuushoitoprosessin aikaisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tutkiminen rajautui asteittain läheisten antaman sosiaalisen tuen tutkimiseen. Tämän prosessin myötä myös kohderyhmämme muuttui ja lopullisesti vakiintui naisiin, jotka sairastavat endometrioosia ja ovat jossakin elämänsä vaiheessa käyneet tai käyvät edelleen läpi lapsettomuushoitoprosessia.

7.5 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnin yhtenä tavoitteena on löytää aineistosta ne keskeiset teemat, jotka kuvaavat tutkittavaa kohdetta parhaiten. Tämän jälkeen tutkimustulosten analysointi voidaan rakentaa näiden keskeisten teemojen varaan. Tutkimustehtävän kannalta analysointi tarkoittaa keskeisten käsitteiden löytämistä ja tutkimuksen kannalta epäolennaisen aineiston karsimista suurestakin aineistomäärästä. Narratiivisessa tutkimuksessa tärkeimpiä aineiston analyysin lähtökohtia on määrittää, ollaanko tutkimuksessa kiinnostuneita aineiston eli kertomuksen sisällöstä vai sen muodosta. Kertomuksen sisällöllä tarkoitetaan sitä, mitä ihmiset kertomuksessaan kertovat, kun taas kertomuksen muodolla tarkoitetaan sitä, miten ihmiset ovat tarinansa kertoneet. (Kiviniemi 2010, 80; Laitinen & Uusitalo 2008, 131; Riessman 2008, 53.)

Narratiivisen analyysin voi toteuttaa usealla eri tavalla. Kaasila (2008) lainaa omassa artikkelissaan Lieblichin teoksesta tuttua analyysin jaottelua kategoriiseen ja holistiseen lähestymistapaan. Analyysimenetelmät voidaan myös Polkinghornen jaottelun mukaisesti jakaa narratiivien tai narratiiviseen analyysiin. Kategorinen ja narratiivien analyysi ovat jaotteluissa toisiaan vastaavat menetelmät. Ne ovat lähestymistapana hyödyllisiä silloin, kun tutkitaan jollekin ihmisryhmälle yhteistä tiettyä ilmiötä. (Heikkinen 2010, 149; Kaasila 2008, 46.)

Valitsimme tutkimuksemme analysointimenetelmäksi narratiivien analyysin, sillä koimme sen olevan tutkimuksemme luonteelle hyödyllisin analysointimenetelmä. Olimme jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa kiinnostuneita aineiston sisällöstä sen rakenteen sijaan ja halusimme korostaa aineistosta esiin nousevia teemoja kategoriointia apuna käyttäen, ottaen kuitenkin aineiston huomioon kokonaisuutena. Analysoimme aineistoa teoriasidonnaisesti eli käytimme analysoinnissa tulkintojen tukena muun muassa sosiaalisen tuen erilaisia jaotteluita. Tuen merkitystä analysoidessamme tulkinnat muodostuivat aineistolähtöisesti. Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2006a) mukaan teoria- sekä aineistolähtöistä tutkimusta yhdistelevää analysointia voidaan kutsua teoriasidonnaiseksi tutkimukseksi, jossa aineiston analyysi kytkeytyy teoretietoon tai erilaisiin malleihin, mutta ei suoranaisesti perustu siihen.

Narratiivien analyysissä aineistoa pyritään käsittelemään kokonaisuutena. Kertomuksien sisältöjä teemoitellaan, tyytitellään ja luokitellaan laadulliselle tutkimukselle ominaisella tavalla. Narratiivien analyysissä keskitytään kertomuksen sisältöön sen kielellisten piirteiden sijaan. Sen käyttö laadullisen tutkimuksen analyysinä perustuu käsitykseen siitä, että ihmisen ajattelu on tieteellis-analyttistä eli kertomuksen analyysin myötä syntyy erilaisia kategorisointeja tai tyypittelyjä. (Kujala 2007, 29–30.)

Narratiivien analyysi aloitetaan luokittelemalla aineistoa helpommin käsiteltäviin osiin. Luokittelu toimii analyysin lähtökohtana, jonka jälkeen aineiston tulkitseminen, yksinkertaistaminen sekä tiivistäminen ovat helpompaa. Luokittelussa tarkoituksena on löytää aineistosta tutkimuksen kannalta tärkeät ja keskeiset piirteet. Luokkien muodostaminen tapahtuu suhteessa tutkimustehtävään, aineiston laatuun ja tutkijan teoreettiseen tietämykseen sekä kykyyn käyttää tietämystään. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 147; Holloway & Wheeler 2002, 214.)

Aloitimme aineiston analysoinnin kirjoitelmiin tutustumisella sekä niiden lukemisella. Luimme molemmat omilla tahoillamme jokaisen kertomuksen tarkasti useaan kertaan, jonka jälkeen aloitimme aineiston luokittelun tutkimuskysymystemme pohjalta. Kävimme jokaisen kertomuksen läpi merkitsemällä ylös niitä asioita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Kävimme aineiston uudelleen läpi jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla, joten aineisto tuli analyysiä tehdessä erittäin tutuksi.

Luokittelun jälkeen muodostuneita luokkia yhdistellään uusiksi laajemmiksi kategorioiksi. Yhdistelyssä täytyisi luokkien välille löytää yhtenäisiä säännönmukaisuuksia tai samankaltaisuuksia. Analyysiä voidaan edelleen jatkaa yhdistämällä samankaltaisia kategorioita laajemmiksi tutkimuksen aineistosta nouseviksi teemoiksi. Jokaisen tarinan kohdalla analysointi suoritetaan erikseen, jonka jälkeen teemoja voidaan kertomusten kesken vertailla. Näitä teemoja vertailemalla tutkija pyrkii päätymään onnistuneisiin ja tutkimustaan hyödyntäviin tulkeihin. Tulkeihin vaikuttavat tutkijan asettamat näkökulmat sekä hänen omat arvonsa sekä ennako-oletuksensa. Tulkin varmistamiseksi voidaan

tulkintoihin päätymisestä kirjoittaa tarkka selvitys tai käyttää aineiston luokitteluvaiheessa useita tulkitsijoita. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 149–151; Holloway & Wheeler 2002, 214.)

Kävimme kaikki kirjoitelmat läpi ensin etsimällä ne luokat, jotka vastasivat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen muodostimme löytämistämme luokista kategoriat ja niille nimesimme yhden, ensimmäistä tutkimuskysymystä vastaavan, kokonaisvaltaisen teeman. Tämän jälkeen siirryimme toiseen tutkimuskysymykseen ja toistimme saman analysointiprosessin. Jatkoimme analysointia edelleen samalla kaavalla viimeiseen tutkimuskysymykseen asti. Teemat muotoutuivat helposti tutkimuskysymystemme pohjalta, sillä tutkimuskysymykset käsittelivät jo itsessään sosiaalista tukea eri näkökulmista. Muodostimme luokittelutaulukon (LIITE 3.) yhdistämällä kertomuksista tehdyt analyysit yhdeksi suuremmaksi kokonaisuudeksi havainnollistamaan analyysimme eri vaiheita.

8 TULOKSET

8.1 Tuen antajat

Jaoimme tutkimusaineistossa esille tulleet tuen antajat teorian pohjalta kahteen eri kategoriaan, primaariseen sekä sekundaariseen sosiaalisen tuen ryhmään. Primaarisen tuen antajiin kuuluvat henkilölle läheisimmät suhteet, kuten puoliso, sisarukset ja vanhemmat. Sekundaarisen tuen antajia ovat usein ystävät, työyhteisö sekä vertaiset. Jokaisen vastaajan tukiverkko oli kuitenkin yksilöllinen ja siihen kuuluvat henkilöt oli eritelty tarkasti. Myös tärkeimmiksi koetut suhteet oli eritelty muista ihmissuhteista. Tarkastelemme tutkimusaineistossa esille tulleita tuloksia opinnäytetyömme näkökulman mukaisesti läheisten tuen antajien näkökulmasta jättämällä ammattilaiset pois tutkimuksemme tuloksista.

8.1.1 Primaariset sosiaaliset suhteet

Ensisijaisina tuen antajina esille nousivat primaariseen kategoriaa kuuluvat tuen antajat, joita olivat kumppani, sisarukset sekä vanhemmat. Jokaisessa saamassamme kertomuksessa tärkeimmäksi ja merkittävimmäksi tuen antajaksi oli kuitenkin eritelty vastaajan kumppani. Kumppanin tärkeyttä tukijana kertomuksissa korosti erityisesti yhteisen kriisin jakamisen teema. Perhesuhteissa tärkeiksi tukijoiksi nousivat myös sisaret, jotka kuvailtiin henkilönä, jolle pystyttiin jakamaan avoimesti kaikki lapsettomuuteen sekä endometrioosiin liittyvät ajatukset.

Moni (tuttavista) siis tiesi ja antoi kykynsä mukaan tukea, mutta paras tuki on tietenkin sellaiselta joka on kokenut vastaavaa. Mies oli silti ehdottomasti suurin tukipilari ja henkilö, jonka kanssa pystyin puhumaan ihan kaikesta.

Ehdottomasti tärkeimmäksi ihmissuhteeksi koin suhteen puolisoon, jolle asia oli yhtä merkityksellinen kuin itselleni.

Olen onnekas, minulla on kaksi siskoa ja mies –joka osasi varautua, ettei kaikki mene niinkuin strömsöössä. Toinen sisaristani kärsii pco:sta, jonka vuoksi hän joutui lapsettomuushoitoihin. ... Tämän (oireiden) vuoksi hakeuduin kunnalliselle puolelle ja sisareni tausta avitti minua edelleen erikoislääkärille. Tässä vaiheessa suurin apu oli siskoltani, joka oli samaisella lääkäriä käynyt jo moneen otteeseen.

Kertomuksissa vanhempien rooli tuen antajana vaihteli suuresti. Osassa kertomuksia vanhemmille ei hoidoista ollut kerrottu ollenkaan tai vanhempien rooli jätettiin kokonaan mainitsematta. Toisissa kertomuksissa taas vanhemmat kuvailtiin empaattisina ja ymmärtävinä tuen antajina.

Vanhemmille en kertonut lapsettomuudesta hoitojen alkuvaiheessa, joten tältä osin aika jäi heidän osaltaan melko lyhyeksi.

Tärkeimpiä ihmissuhteita olivat puolison lisäksi sisko, veli, omat vanhemmat sekä ystävä... Saatua tuki oli kaikilta läheisiltä erilaista. Kuitenkin yhdistävänä tekijänä oli surkuttelematon empaattisuus.

8.1.2 Sekundaariset sosiaaliset suhteet

Primaaritason lisäksi myös sekundaaritason sosiaaliset suhteet voidaan kokea tärkeiksi ja hyvinvointia tukeviksi. Olennaisiksi sekundaarisen tuen antajiksi kertomuksissa nousivat ystävät, vertaiset sekä työyhteisö. Työyhteisöstä mainittiin lyhyesti muutamissa kertomuksissa ja tällöin kyse oli usein oman tilanteen jakamisesta työyhteisössä.

Koska olen kova puhumaan, töissä ja lähipiirissä moni tiesi missä mennään. Tämä helpotti siinä mielessä, ettei kukaan kysynyt ylimääräisiä. Kaikki tiesi, että uutisia tulee sitten kun on kerrottavaa.

Ainoastaan työpaikallani muutama ihminen tietää (lapsettomuudesta/sairaudesta). Oli helpottavaa, että edes muutama työkaveri tietää miksi en aina ole oikein parhaimmillani töissä.

Vertaistuki tuli esille useassa eri kertomuksessa, jossa se oli koettu erittäin tärkeäksi osaksi jaksamista ja hyvinvointia lapsettomuushoitojen aikana. Vertaistukea kertomuksissa käsiteltiin läheisten ystävien antamana sekä järjestöjen tarjoamana. Useimmiten vertaistuen antaja oli kuitenkin läheinen ystävä, joka oli myös itse lapsettomuuden kanssa kamppaileva ja lapsettomuushoitoja kokenut. Osa vastaajista kuvaili saaneensa tukea vertaisilta myös Internetin keskustelupalstojen kautta. Myös keskusteluryhmät koettiin tärkeänä osana sosiaalista tukea.

Päätin kertoa asiasta lähimmälle ystävälleni, joka oli myös suunnittelemassa lapsettomuushoitojen aloitusta. Näin tuimme toinen toistamme vertaistuen keinoin, vaikka syymme hoitoihin olivat hyvin erilaiset.

Endometrioosia sairastavan ystäväni kanssa pystyin puhumaan asioista ja tunteistani kaikkein suorimmin. Edes siskoni, jota läheisempää ihmistä elämässäni ei ole, ei pystynyt olemaan niin suurena tukena kun ystäväni.

Onni oli, että osasin hakeutua endometrioosiliiton keskustelupalstalle, jossa sain todellista vertaistukea.

Tärkeää tukea sain myös Simpukka-yhdistyksestä ja sitä kautta muodostuneista kontakteista sekä ryhmäkeskusteluista.

Tutkimusaineistosta tärkeiksi sekundaarisen tuen antajiksi nousivat myös ystävät. Ystäviä kuvailtiin kertomuksissa hyvinkin eri tavoin, mutta useissa kertomuksissa kumppanin jälkeen tärkeimpänä tukipilarina koettiin hyvin läheinen ystävä. Läheisten ystävien lisäksi aineistosta nousi esille muu ystäväpiiri, jolle

kertomuksesta riippuen oltiin sairaudesta ja lapsettomuudesta avoimia tai niistä päätettiin olla kertomatta.

Itse olen saanut kumppanilta ja ystäviltä oikein hyvin tukea. Olen erittäin kiitollinen heistä ystäväistä, jotka lähelläni ovat...

Vanhoista ystäväistä juuri kukaan ei ollut oikein samassa elämäntilanteessa, joten siltä osin asian jakaminen jäi melko pintapuoliseksi, vaikka hyvät ystävät hoidostamme tiesivätkin.

8.2 Tuen erilaiset muodot

Sosiaalisen tuen teoreettisen jaon mukaan kategorioimme aineistossa esiintyneet tuen muotoihin liittyvät luokat emotionaaliseen, arvioivaan ja välineelliseen tukeen. Arvioivalla tuella tarkoitetaan esimerkiksi neuvojen antamista sekä yhdessä pohtimista. Välineelliseen tukeen liittyvät konkreettiset avustuskeinot, kuten asioiden puolesta tekeminen. Kertomuksissa ensisijaisia tuen muotoja olivat emotionaaliset tukimuodot, joita ovat esimerkiksi sympatia ja ymmärrys.

7.2.1 Emotionaaliset tukimuodot

Aineistosta nousi esille useita erilaisia emotionaalisia tukimuotoja. Oleellisimpina aineistosta nousivat keskusteleminen, kuunteleminen, välittäminen ja huolenpito, lupa avoimesti purkaa ajatuksia sekä yhdessä pohtiminen. Näiden yhteyteen oli usein kertomuksissa liitetty myös vertaistuen näkökulma. Kertomuksissa esiintyivät myös kumppanin läsnäolo sekä yhdessäolo huomioitavina tukimuotoina.

Tästäkin (parisuhteesta) olemme pystyneet hyvin puhumaan. Hän (kumppani) myös päivittäin kyselee vointini ja selvästi ja valitetta-

vasti potee huonoa omaatuntoa siitä, että naiselle tämä prosessi on vaikeampi, kivuliaampi ja tietyllä tavalla myös stressaavampi.

Ystäväni tuki on ollut myös tärkeä. Hänelle voin kertoa kaiken. Epäilykseni, pelkoni, iloni, suruni, menetykseni ja huoleni tulevasta. Toistaalta hän saa myös ajatukseni muualle ja saa minut nauramaan.

Tuki on ollut sanallista tsemppausta, vuodatuksen kuuntelemista, lähellä olemista ja yhteistä tekemistä.

Kertomuksissa esiintyivät oleellisesti erilaiset emotionaaliset tukimuodot, mutta niiden lomassa kuvailtiin myös useita tuen antajien ominaisuuksia, jotka koettiin tukemisen kannalta tärkeinä. Läheisten antamassa tuessa arvostettiin ymmärrystä ja hienotunteisuutta, empaattisuutta, tilan antamista, tilannetajua, avoimuutta sekä myös tietoisuutta tilanteesta.

Se, että todettiin yhdessä (perheen kanssa) kuinka raskas, surullinen, kuluttava ja epäoikeudenmukainen tilanne on, kuitenkin säälliin ja voivotteluun ei sorruttu miltään taholta. Kukaan ei tentannut miten jaksan tai asiat etenee, vaan odotettiin että minä kerron.

Asiasta (lapsettomuudesta) ei tarvinnut vaieta kotona, koin sen olevan aidosti yhteinen (parisuhteessa).

8.2.2 Arvioivat tukimuodot

Arvioivia tukimuotoja nousi esille lyhyesti muutamissa vastaajien kertomuksissa. Merkityksellisimmiksi tukimuodoiksi koettiin erilaisten tilanteiden ja vaihtoehtojen pohtiminen. Myös tulevaisuuteen valmistaminen ja tarvittaessa todellisuuteen palauttaminen tulivat esille osana arvioivaa tukea.

Sain kertoa asioista kun olin valmis. Sain rauhaa sulatella ja käydä asiat läpi, kun sitä tarvitsin. Minua palauteltiin maan pinnalle, kun ajatukset olivat utopistisia ja minua tuettiin, kun sitä tarvitsin.

Mitään lääkäri ei sanonut ultratessaan miltä näyttää. Sisarelleni oli aina ilmoittanut tarkkaan mitä oli näkynyt ja minä hölmönä en edes osannut kysyä. Tätä mietittiin ääneen vaan siskoni kanssa.

8.2.3 Välineelliset tukimuodot

Emotionaalisen ja arvioivan tuen lisäksi kertomuksissa nousivat esille erilaiset konkreettiset keinot, joilla läheiset olivat tukea vastaajalle tarjonneet. Eniten kertomuksissa esiintyvää konkreettista tukea tarjosivat kumppanit, jotka osallistui-
vat aktiivisesti hoitoon sekä avustivat lääkkeiden ottamisessa. Muita aineistossa mainittuja konkreettisen tuen muotoja olivat yhteinen tekeminen, apu asioiden hoitamisessa, kuljetusapu sekä tiedon etsiminen.

Toinen sisaristani otti asiakseen selvittää googlen kautta mikä minulla oikein on. ... Miehen tuella ensimmäinen pistos upposi vatsamakkaraani.

Puoliso oli mukana jokaisella hoitokerralla ja tukena muutenkin. Hän myös auttoi pistämään lääkkeitä.

Hän (ystävä) on ollut myös konkreettisena apuna, kuljettaessaan minua sairaalaan ollessani huonossa kunnossa ja käynyt asioillani.

8.3 Tuen merkitys

Aineistosta esille nousseet sosiaalisen tuen merkitystä kuvaavat luokat analysoimme aineistolähtöisesti voimaantumisen, fyysisen hyvinvoinnin sekä parisuhteen lujittumisen kategoriaan. Ensisijaisesti kertomuksissa tuen merkitystä

kuvailtiin voimaannuttavaksi ja jaksamista tukevaksi. Parisuhteen lujittuminen sekä fyysinen hyvinvointi nousivat merkitykseltään tärkeänä vain muutamassa kertomuksessa, vaikkakin ne oli mainittu muussa aineistossa hieman eri tavalla.

8.3.1 Voimaantuminen

Kertomuksissa läheisten sosiaalinen tuki oli koettu voimavaraistavana, huolta ja surua helpottavana, kunnioittavana sekä jaksamista tukevana. Saatu tuki oli myös auttanut valamaan uskoa sekä suuntaamaan ajatuksia tulevaan. Päätösten tekoon rohkeuden saaminen sekä myös tunne siitä, ettei ole yksin kriisissä ajatustensa kanssa, olivat merkityksellisiä läheisten tuen avulla saavutettuja asioita. Merkitykselliseksi naiset kokivat myös sen, että läheisten tuki toi heille tunteen siitä, että he saivat olla oma itsensä tilanteesta riippumatta. Jokainen tarina kuvaili siis omalla tavallaan tuen merkitystä voimaannuttavana tekijänä naisten lapsettomuushoitoprosessin aikana. Voimaantuminen oli selkeästi eniten esille aineistossa nouseva läheisten sosiaaliselle tuelle asetettu merkitys.

Avomiehelle en toki kaikkia mietteitä purkanut, sisareni saivat osansa. Siskot ovat olleet minulle korvaamaton voimavara.

Läheisten tuki oli ensisijaisen tärkeää, se oli jaksamisen elinehto. ... Se (hienotunteisuus) tuntui kunnioittavalta, kuitenkin kyseessä ovat niin äärimmäisen henkilökohtaiset asiat.

Oli tärkeää huomata etten ollut ainoa, vaikka siltä usein tuntui esim. työpaikalla.

Päätin heti alkuun etten ala asiaa yksin sulattelemaan ja itkemään. Lapsikyselyihin vastasin suoraan totuudella ja se oli varmaan yksi tärkeimmistä selviytymiskeinoista.

8.3.2 Parisuhteen lujittuminen

Seitsemästä kertomuksesta kolmessa parisuhteen lujittuminen oli yksi tärkeä osa sosiaalisen tuen merkitystä. Parisuhteen koettiin olevan lapsettomuskriisin keskellä erittäin suurella koetuksella muun muassa stressin, hoitojen, lääkkeiden sekä muiden parisuhteessa tapahtuneiden muutosten vuoksi. Erilaisten parisuhteelle koituneiden koetusten keskellä oman puolison tuki koettiin erityisen merkityksellisenä ja tätä kuvattiin kertomuksissa parisuhteen lähentymisenä sekä puolisoitten välisen kunnioituksen kasvamisena. Kriisitilanne koettiin myös oman kumppanin kesken yhteiseksi, mikä toimi merkityksellisenä osana parisuhteen lujittumisen kokemusta.

Kumppanin kanssa kriisiä käytiin läpi ihan eri tasolla. Niissä keskusteluissa kriisi oli yhteinen ja varoin puolisoni kuormittamista.

Mieheni on ollut korvaamaton tuki koko edelleen käynnissä olevan projektin kanssa. En olisi ilman häntä jaksanut näin kauan. Minusta tuntuu, että tilanne on jopa lähentänyt meitä.

Yhdessä jaettu suru ja huoli ei musertanut alleen yhtä paljon kuin se olisi varmasti tehnyt yksin koettuna. Vaikka asia oli hankala ja vaikutti myös negatiivisesti parisuhteeseen, kytki se toisaalta meitä vielä tiiviimmin yhteen.

8.3.3 Fyysinen hyvinvointi

Läheisten antama tuki koettiin fyysiselle hyvinvoinnille merkittäväksi vain muutamassa kertomuksessa. Kyseisissä kertomuksissa tuen merkitys fyysisen hyvinvoinnin näkökulmasta kuvattiin lyhyesti yleisen hyvinvoinnin säilymisestä sekä kirjaimellisesti hengissä selviytymisestä.

Hän (kumppani) huolehti ja pelasti varmaan henkenikin, kun olin kohtutulehduksen vuoksi kipeä, enkä halukas lähtemään sairaalaan ennenkuin hän pakotti.

8.4 Lisätuen tarve

Aineistossa lisätuen tarpeen käsittelemisen näkökulmat vaihtelivat suuresti ja niitä käsiteltiin melko suppeasti. Suurin osa tutkimukseen osallistujista ei kokenut läheisiltään minkäänlaista lisätuen tarvetta ja osa ei tuonut lisätuen näkökulmaa mitenkään esille kertomuksessaan. Muutama vastaaja päätyi kuitenkin kertomuksessaan pohtimaan lisätuen tarvetta omalla kohdallaan, jolloin muutamia toisistaan eroavia tarpeita tuli aineistossa esille. Läheisiltä olisi toivottu joissakin tapauksissa ymmärrystä ja hienotunteisuutta, yleistä huomaavaisuutta sekä tutustumista endometriooseen ja lapsettomuuteen. Yhdessä kertomuksessa pohdittiin omaa jaksamista ja sitä, että vertaistuki olisi lapsettomuushoitoprosessin aikana ollut hyvä lisätuki läheisten perhesuhteiden rinnalle. Puolisolta saadun tuen osalta yhdessä kertomuksessa kokemus tuen riittämättömyydestä liittyi pääasiassa puolisoiden kriisiprosessin etenemiseen eri tahdissa ja sen tuomiin ristiriitoihin.

Ehkä olisin kaivannut tässä vain ”kemiallisen” raskauden kokeneena tukea muualta. Minulla oli sellainen olo, että lääkärien mielestä en ollut ikinä raskaana, mutta minulle se haalea plussa oli totista totta.

Lisätukea olisin ehkä toivonut taloudellisen puolen huomioimisessa. Tuella tarkoitan keskustelua ja ymmärrystä taloudellisesta puolesta, en suinkaan rahan antamista.

Jokatapauksessa, enemmän huomaavaisuutta olisin toivonut äitini osalta, hän ei mielestäni sosiaalisissa tilanteissa asiaa riittävästi huomioinut.

Ihmisillä tuntuu olevan aika vähän tietoa lapsettomuushoidoista. Kaipaisin sitä, että miehellenikin joku selittäisi näiden hoitojen olevan raskaita keholle ja mielelle.

8.5 Yhteenveto keskeisistä teemoista ja kategorioista

Kokosimme tutkimuksemme tuloksissa esille tulleet teemat ja kategoriat taulukoon 1. Taulukon ylimmällä rivillä on eritelty tutkimuksemme teemat, jotka esiintyvät myös tutkimuskysymyksissämme sekä tutkimuksemme tuloksissa. Jokaisen teeman alle on lueteltu siihen liittyvät kategoriat, jotka käsittelevät erilaisia näkökulmia oman teemansa mukaisesti.

TAULUKKO 1. Yhteenveto keskeisistä teemoista ja kategorioista

TUEN ANTAJAT	TUEN ERILAISET MUODOT	TUEN MERKITYS	LISÄTUEN TARVE
Primaariset sosiaaliset suhteet	Emotionaaliset tukimuodot	Voimaantuminen	
Sekundaariset sosiaaliset suhteet	Arvioivat tukimuodot	Parisuhteen lujittuminen	
	Välineelliset tukimuodot	Fyysinen hyvinvointi	

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu

Laadullista tutkimusta tehtäessä on aina otettava huomioon se, että tutkimuksen tekijät tekevät aineiston pohjalta tulkintoja, joihin vaikuttavat heidän omat ennakko-oletuksensa, ajatuksensa, arvonsa ja oppineisuutensa. Jokainen tulkinta on yksipuolinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä sekä jokainen niistä voidaan kumota tai niille voidaan esittää useita eri vaihtoehtoja. Tutkijan tehtävänä on muodostaa johdonmukainen käsitys omista tulkinnoistaan sekä perustella niihin päätyminen. (Eskola & Suoranta 1998, 208–210; Kiviniemi 2010, 82–83.)

Tärkeimmäksi sekä merkittävimmäksi primaarisen tukiverkoston henkilöksi naiset kokivat tutkimuksessamme oman kumppaninsa. Samaan päätelmään oli päätynyt myös Mäkelä (2007) omassa pro gradu -tutkielmassaan, jossa tutkimuksen aiheena oli lapsettomuudesta puhuminen sekä tuen saaminen läheisiltä. Parisuhteen merkitystä lapsettomuuskriisissä ei voida liikaa korostaa, sillä kumppanin tuki oli tutkimuksemme mukaan ollut merkittävä tekijä naisten jakamisen sekä hyvinvoinnin taustalla. Parisuhteessa lapsettomuuteen liittyvä stressi on yhteydessä riittämättömään kumppanilta saatuun tukeen. Kumppanin tuki on molemmille parisuhteen osapuolille merkittävä tekijä, kun halutaan keventää lapsettomuuteen liittyvää stressiä ja taakkaa. (Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimarães & Costa 2014, 83.)

Toiseksi tärkeäksi henkilöksi primaarisessa tukiverkostossa koettiin sisarus, jolla saattoi tapauskohtaisesti olla myös kokemuksia lapsettomuuden kanssa kamppailusta. Vertaisen löytyminen perheestä antoi mielestämme naisille selkeästi toivoa sekä rohkeutta kohdata lapsettomuuskriisi. Muut perhesuhteet, kuten vanhemmat, eivät tulleet tutkimuksessamme erityisesti esille. Tutkimuksemme tuloksista tulkitsimme, että vanhemmiltaan naiset odottivat ymmärrystä sekä empaattisuutta sen sijaan, että olisivat halunneet keskustella syvällisemmin lapsettomuuskriisistä tai siihen liittyvästä endometriosisista.

Sekundaarisessa tukiverkostossa tärkeimmiksi tuen antajiksi nousivat ystävät sekä vertaiset. Ystävien rooli tukijana vaihteli kertomuskohtaisesti paljon, mutta ystävyysuhteet oli selkeästi koettu yhtenä merkittävimpänä tukiverkostona lapsettomuushoitoprosessin aikana riippumatta annetun tuen muodosta tai merkityksestä. Vertaiset tulivat esille tutkimuksessamme useassa eri muodossa. Osa tutkimukseemme osallistuvista naisista oli saanut vertaistukea läheiseltä ystävältään tai sisarukseltaan ja osa oli löytänyt vertaistukea järjestöjen, kuten Endometrioosiyhdistys ry:n tai Simpukka ry:n keskustelupalstojen kautta.

Tutkimuksemme tulosten pohjalta voimme todeta, että endometrioosista ja lapsettomuudesta kärsivät naiset ovat hyötynneet saamastaan vertaistuesta erittäin paljon. Ajatusten jakaminen vertaisen kanssa oli tuonut lohdutusta siitä, että ei olekaan ainoa ajatustensa ja ongelmiansa kanssa kamppaileva ihminen. Osa tutkimukseemme osallistuneista naisista olisivat myös tulkintojemme mukaan kaivanneet vertaisen tukea, sillä kertomuksissa oli muun muassa pohdittu miehen rajallista mahdollisuutta ymmärtää lapsettomuutta naisen näkökulmasta. Vertaistuen tarve riippuu kuitenkin täysin siitä, minkälaista tukea henkilö itse kokee tarvitsevänsä. Mikkonen (2009, 154) käsittelee väitöskirjassaan sairastuneiden henkilöiden vertaistukea sekä erityisesti vertaistuen merkitystä. Tutkimuksessa vertaistuen kokemusta kuvattiin ihmisille tärkeänä, sillä se tarjosi sosiaalista ja henkistä tukea sekä myös tunteen siitä, ettei ole tilanteensa kanssa yksin. Kokemusten jakaminen ja niiden vertaaminen koettiin myös positiivisena asiana.

Tutkimuksessamme kävi ilmi, että läheiset ystävyysuhteet koettiin osassa kertomuksia tuen kannalta merkittävämmäksi, kuin perhesuhteet. Ystävää kuvattiin sellaiseksi henkilöksi, jonka kanssa pystyttiin avoimesti keskustelemaan lapsettomuuteen sekä endometrioosiin liittyvistä asioista. Muutamassa kertomuksessa esille nostettiin ystävän toimiminen samalla myös vertaistukena, mikä koettiin kirjoittajien taholta elintärkeäksi ja korvaamattomaksi. Ystävä saattoi jakaa kirjoittajan kanssa samankaltaisia kokemuksia lapsettomuuden kanssa kamppailusta ja lapsettomuushoidoista.

Tärkeimmiksi tukimuodoiksi naiset kokivat emotionaaliset tukimuodot. Emotionaalisia tukimuotoja tutkimustuloksissa olivat muun muassa keskustelu, kuuntelu, surun jakaminen, ymmärrys ja oman tilan antaminen. Tutkimuksemme tulosta puoltavat myös edelleen Mäkelän (2007) pro gradu -tutkielmassa esille tulleet tulokset, joiden mukaan lapsettomuudesta kärsivät haastatellut kokivat parhaimmiksi tuen muodoiksi kuuntelun sekä keskustelun. Välineellisistä tukimuodoista esille nousivat kumppanin aktiivinen osallistuminen hoitoon sekä yhdessäolo. Arvioivaa tukea tuli ilmi tutkimuksessa vain päätöstenteon yhteydessä.

Tutkimuksemme tulosten pohjalta voimme päätellä, että emotionaalisen tuen muodot ovat kriisitilanteessa ensisijaisia ja merkityksellisiä verrattuna muihin sosiaalisen tuen muotoihin. Tulkinnan perustamme selkeästi tulosten perusteella siihen, että emotionaalisen tuen muotoja tuli tutkimuksessa eniten esille ja niitä oli kertomuksissa pohdittu ja arvostettu muita tukimuotoja enemmän. Välineelliset ja arvioivat tukimuodot ovat myös tärkeitä ja kuten emotionaalisten tukimuodot, myös niiden merkitys on jokaiselle henkilölle yksilöllinen. Rauni ja Ylä-Jussila (2012) selvittivät opinnäytetyössään tahattomasti lapsettomien henkisen tuen tarvetta. Heidän tutkimuksessaan sosiaalinen tuki koettiin tärkeänä ja helpottavana sekä parhaiten lapsettomuudesta kärsivät saivat tukea kuuntelusta sekä muista emotionaalisista sosiaalisen tuen muodoista, mikä tukee myös tutkimuksemme pohjalta tekemiämme tulkintoja.

Tutkimuksessamme tuen merkitykset jakautuivat kolmeen kategoriaan, voimaantumiseen, parisuhteen lujittumiseen sekä fyysiseen hyvinvointiin. Aineistossa läheisten antaman sosiaalisen tuen merkitys liittyi erittäin vahvasti jaksamiseen sekä hyvinvointiin ja näiden kautta voimaantumiseen. Voimme siis päätellä, että voimaantuminen oli tutkimuksessamme oleellisin sosiaalisen tuen merkitys. Arvotamme voimaantumisen tärkeimmäksi tuen merkitystä kuvaavaksi kategoriaksi, sillä se tuli tutkimuksessamme eniten esille verrattuna muihin merkitystä kuvaaviin kategorioihin. Voimaantuminen sisältää myös itsessään jaksamisen sekä taakan keventymisen elementit, jotka tulivat tuloksissa vahvasti esille ja ne ovat mielestämme kriisissä selviytymisen sekä pärjäämisen kannalta erittäin oleellisia.

Ihmisen terveydelle, hyvinvoinnille sekä yksilön selviytymiselle muiden ihmisten merkitys on tärkeä kaikissa elämänvaiheissa. Sosiaalisesti hyvinvoivat ja aktiiviset ihmiset voivat tutkitusti keskimääräistä paremmin kuin sosiaalisesti vähemmän aktiiviset. Toisten antama tuki sekä kokemus yhteisöön kuulumisesta kohentavat yksilön terveyttä ja hyvinvointia. Sosiaalisen tuen yhteys fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen on tiedetty jo pitkään. Tuki voi olla muodoltaan hyvinkin vaihtelevaa, esimerkiksi henkistä tai käytännön apua. Tuen määrä ei kuitenkaan korvaa laatua, sillä jo yksi merkittävänä koettu ihmissuhde voi tarjota riittävästi tukea. Saadun tuen on todettu olevan tärkeässä asemassa elämän kriisitilanteissa, kuten esimerkiksi sairastumisen yhteydessä. Tuki lieventää stressin aiheuttamia haittavaikutuksia ja se voi lisätä sisäistä voimantunnetta, minkä seurauksena yleinen hyvinvointi paranee. (Martelin, Hyyppä, Joutsenniemi & Nieminen 2009.)

Parisuhteen lujittuminen nousi tutkimuksessamme toisena oleellisena tuen merkitystä kuvaavana kategoriana. Vaikka parisuhteen lähentymistä sekä kunnioituksen lisääntymistä kuvattiin vain muutamassa kirjoitelmassa, uskomme parisuhteen lujittumisen olleen osana myös useamman vastaajan kokemusta, sillä puoliso koettiin kaikissa kertomuksissa tärkeimmäksi tuen antajaksi. Tulkintaamme tukee mielestämme myös se, että emme kohdanneet aineistossamme sellaista kertomusta, jossa parisuhde olisi tämän suuren kriisin sekä parisuhteelle koituneen koetuksen myötä rakoillut tai hajonnut. Mäkelä (2007) toteaa myös tutkielmansa pohjalta, että parisuhteessa koettiin vahvistumista lapsettomuusvuosien aikana, mutta hän tuo esille myös negatiivisena koettuja parisuhteen muutoksia, kuten esimerkiksi asioiden käsittelyn eriaikaisuuden. Osalla vastaajista lapsettomuushoitoprosessi oli tutkimuksemme aineistonkeruun aikana kesken, joten emme saamiemme kertomusten pohjalta voi päätellä kriisin myöhäisempiä vaikutuksia parisuhteeseen. Emme voi myöskään täysin yleistää tulkintaamme jokaiseen lapsettomuus kriisiä kohdanneeseen parisuhteeseen.

Parisuhteessa sen molemmat osapuolet ovat toisilleen tärkeitä sosiaalisen tuen lähteitä. Kumppanin sosiaalista tukea voi arjessa kuvata muun muassa päivittäisen arjen eri ulottuvuuksilla, kuten läsnäololla, kuulumisten vaihdolla, sekä lohduttamisella elämän vastoinkäymisissä sekä kriisitilanteissa. Kumppani voi-

daan nähdä jonkinlaisena tukipilarina, joka pitää silloin huolta, kun itsellä on vaikeaa ja elämä tuntuu luisuvan raiteeltaan. (Martelin, Hyyppä, Joutsenniemi & Nieminen 2009.)

Kolmanneksi tuen merkitystä kuvaavaksi kategoriaksi muodostui aineiston pohjalta fyysinen hyvinvointi. Mielestämme fyysisen hyvinvoinnin kategoria on tutkimuksemme tuen merkityksen teemassa erittäin tärkeä, vaikka aineistossa siitä mainittiin lyhyesti muutamassa kirjoitelmassa. Tulkitsimme kirjoitelmista, että mainitut fyysiseen hyvinvointiin liittyvät tapahtumat olivat kertojilleen erittäin merkittäviä ja jopa elämää muuttavia, joten koimme niiden olevan tärkeä osa tutkimustulostemme raportointia.

Tutkimuksessamme kävi ilmi, että läheisiltä saatu tuki koettiin pääosin riittävänä eikä lisätukeen ollut tarvetta. Yhdessä kirjoitelmassa oli kuitenkin otettu esille, että läheiset olisivat voineet olla ymmärtäväisempiä taloudellista tilannetta ajatellen. Yksi tutkimukseemme vastannut henkilö olisi sosiaalisissa tilanteissa toivonut muilta ihmisiltä ymmärrystä ja hienotunteisuutta lapsettomuuteen liittyen. Toiveet lisätuesta ja sen mahdollisuuksista kohdistuivat lähinnä hoitohenkilöstöön sekä ulkopuolisiin ihmisiin. Hoitotyön ammattilaisiin liittyen useammassa kirjoitelmassa kävi ilmi, että hoitohenkilökunta ei ollut kiinnittänyt asiakkaan sosiaalisen tuen tarpeeseen riittävästi huomiota. Asiakkaan tukiverkostoa ei ollut kartoitettu eikä tietoa ammatillisen tuen ja vertaistuen mahdollisuuksista ollut annettu. High ja Steuber (2014, 157) olivat tutkimuksessaan halunneet selvittää minkälainen ero saadulla ja toivotulla sosiaalisella tuella oli lapsettomuudesta kärsivien naisten kohdalla. Tutkimuksessaan he saivat selville, että naiset olivat kokeneet eniten epäjohtonmukaisuutta saadessaan tukea hoitoalan ammattilaisilta. Useimmissa tapauksissa tukea ei ollut koettu riittävänä, vaan sitä olisi kaivattu ammattilaisilta enemmän.

Hammarlundin (2001, 26) mukaan nykyisin ajatellaan usein, että tukihenkilönä toimiminen erilaisissa kriisitilanteissa kuuluu vain ammattilaisille. Tämä kuitenkin kertoo suuntauksesta jossa huolenpito ja lähimmäisenrakkaus ollaan siirtämässä yhä suuremmilta osin ammattilaisille. Tämän pitäisi kuitenkin olla enemmänkin hätäratkaisu johon turvaudutaan sosiaalisen verkoston puuttuessa, sillä

arvokkainta tukea antavat yleensä lähimmäiset ja ystävät. Terveyden- ja sairauzehoidossa sekä myös yleisesti yhteiskunnassa tulisi edistää kulttuuria, jossa mahdollisimman moni kokisi saavansa huomiota ja olevansa arvokas yhteisön jäsen. Päädyimme tutkimuksestamme saatujen tulosten pohjalta näihin samoihin päätelmiin. Läheisten antama tuki on korvaamattoman tärkeää, eikä ammattilainen voi korvata tätä tukea täysin niissä puitteissa, jotka nykyinen terveydenhoitojärjestelmämme luo. Siksi olisikin hyvin tärkeää pyrkiä lisäämään yleistä tietoutta ihmisten sosiaalisista verkostoista ja niistä saadun tuen merkityksestä.

Tutkimuksemme tulosten tulkinnat pohjautuvat suurilta osin suoraan tutkimuksemme aineistoon, sillä tuen antajia, tukimuotoja sekä lisätuen tarvetta käsiteltiin kertomuksissa vastaajien puolesta melko suoraan. Aineiston tukena toimivat myös sosiaaliseen tukeen liittyvät erilaiset teoriat. Omien tulkintojemme varaan jäi pääasiassa tuen merkitystä käsittelevä osio, jonka pohdinta kertomuksissa ei ollut niin selkeästi esillä. Tutkimustamme tarkasteltaessa täytyy myös muistaa, että kokemus on aina henkilölle yksilöllinen sekä henkilökohtainen tapahtuma, joten tuloksia ei voida yleistää kaikkiin endometrioosia sairastaviin sekä lapsettomuudesta kärsiviin naisiin.

9.2 Luotettavuuden tarkastelu

Lähteiden valinnassa on syytä kiinnittää huomiota niin lähdeteoksen kirjoittajan tunnettavuuteen, arvostukseen kuin myös lähteen ikään ja lähdetiedon alkuperään. Myös lähteen uskottavuus ja kustantaja sekä lähteen totuudellisuus ja puolueettomuus ovat tekijöitä joihin tulee kiinnittää huomiota. Yleensä olisi suositeltavaa pyrkiä käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, mutta toisaalta vanhemmat, alkuperäiset lähteet osoittavat usein sen, miten tieto on lainausketjun aikana varmistunut ja muuttunut. (Hirsjärvi ym. 2009,113–114.) Lähdemateriaalia etsiessämme pyrimme koko ajan kiinnittämään aktiivisesti huomiota materiaalien luotettavuuteen. Rajasimme muun muassa lähteitä pois niiden julkaisuvedon perusteella, pyrkien käyttämään ainoastaan 2000-luvulla julkaistuja lähdeteoksia. Vanhempien lähdeteosten osalta pyrimme siihen, että niitä oli

käytetty pohjana yhdessä tai useammassa uudessa samaa aihepiiriä käsittelevässä teoksessa.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään aineiston riittävyydestä usein käsitettä saturaatio. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkijalla ei tutkimuksen alussa ole tietoa siitä, kuinka montaa tapausta hän tutkii, vaan tutkimusvastauksia voidaan koota niin kauan kun ne tuovat tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Kun samat teemat alkavat kertaantua tutkimusvastauksissa on aineistoa riittävästi, jotta voidaan saada teoreettisesti merkittäviä tutkimustuloksia. Tämä menetelmä on osoittautunut yleisesti hyväksi keinoksi, jolla voidaan määritellä kvalitatiiviseen tutkimukseen kerättävän aineiston määrää. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on useimmiten tietyn ilmiön ymmärtäminen eikä tilastollisten syy-seuraussuhteiden etsiminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c). Tämän vuoksi laadullisessa tutkimuksessa aineiston todellisuudella sekä konkreettisella määrällä ei ole tutkimuksen kannalta merkitystä ja tutkimus sekä analyysi perustuvat saatuun ja käsillä olevaan aineistoon. (Tilastokeskus i.a.) Olimme aineiston analyysin kannalta arvioineet, että sopiva vastaajamäärä tutkimukseemme voisi olla noin 5–10 vastausta. Saimme lopulta tutkimusvastauksia yhteensä seitsemän, mikä osoittautui tutkimuksen kannalta erittäin sopivaksi määräksi. Aineiston sivumäärä oli kokonaisuudessaan yhdeksän A4 kokoista sivua. Vastauksissa on selvästi nähtävissä tiettyjen teemojen toistuminen, joka on omalta osaltaan osoitus vastaajamäärän riittävyydestä ja takaa tutkimustulosten luotettavuutta.

Vastausten määrään on luultavasti vaikuttanut aineistonkeruumenetelmämme valinta, sillä osa vastaajista koki vapaamuotoisen kirjoittelun kirjoittamisen haastavana. Uskomme myös, että henkilökohtaisesta ja hyvinkin arasta aiheesta kirjoittaminen on saattanut tuntua pelottavalta sekä jopa tungettelevalta, joten osa henkilöistä on saattanut sivuuttaa tutkimuksemme tämän asian vuoksi. On myös mahdollista, että tutkimus ei ole saavuttanut suurta yleisöä, vaikka opinäytetyömme tutkimuksesta mainittiin Endometrioosiyhdistyksen Internet-sivustolla sekä myös heidän yksityisessä Facebook-ryhmässään. Osa potentiaalisista vastaajista on saattanut myös vieroksua tapaa kirjoittaa kokemuksis-

taan Internetin välityksellä. Toisenlaisen aineistonkeruumenetelmän, kuten esimerkiksi suullisen haastattelun, valinta olisi saattanut innoittaa joitakin henkilöitä osallistumaan tutkimukseemme.

Aineistoa analysoidessamme huomasimme, että osa vastaajista oli kokenut vapaan kirjoittamisen muodon positiivisesti ja kertonut tarinansa kovinkin yksityiskohtaisesti. Osa vastaajista taas oli kokenut vapaan kirjoittamisen hieman hankalaksi ja olisi kaivannut vielä enemmän tarkentavia kysymyksiä oman tarinansa muodostamisen tueksi. Näillä vastaajilla tarinan pituus jäi hieman lyhyemmäksi verrattuna muihin vastaajiin. Aineistoa ja palautetta läpi käydessämme keskustelimme, että olisimme voineet rakentaa aineiston keruun hieman eri tavalla, jotta kaikki vastaajat olisivat voineet tuntea varmuutta vastatessaan tutkimukseen. Olisimme voineet yhdistellä tarkentavia kysymyksiä enemmän avoimien aiheiden yhteyteen, jotta täysin avoimet pohdinta-aiheet eivät olisi tuntuneet vastaajista niin laajoilta. Ne olisivat luultavasti myös auttaneet vastaajia jäsentämään kirjoitelmiaan paremmin. Emme kuitenkaan olisi lähteneet täysin strukturoituun aineistonkeruuseen, sillä se ei olisi vastannut tutkimuksemme luonnetta yhtä hyvin, kuin kertomuksista koostuva aineisto. Tiedostamme kuitenkin sen, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat yksilöitä ja kokevat erilaiset aineistonkeruumenetelmät itselleen joko hyödyllisiksi tai haastaviksi. Tässä suhteessa kaikkia osallistujia emme siis voineet aineistonkeruutavallamme miellyttää.

Saimme tutkimuskysymyksiimme hyvin vastauksia, mutta tuen merkityksiä ei juuri ollut kertomuksissa selkeästi pohdittu tai avattu. Olisimme siis voineet muotoilla tuen merkitystä käsittelevät pohdintakysymykset hieman tarkemmin, jotta merkityksiä olisi tarinoissa käsitelty ja pohdittu enemmän. On mahdollista, että pohdintaan on vaikuttanut merkityksen ymmärtäminen käsitteenä. Merkitystä olisi voinut käsitteenä avata ja liittää siihen erilaisia näkökulmia, kuten esimerkiksi minkälainen merkitys läheisten antamalla tuella on ollut sinun terveydentilaasi. Tämä olisi saattanut herättää vastaajissa enemmän ajatuksia sekä selkiyttää merkityksen käsitettä, minkä seurauksena merkitystä olisi kirjoitelmissa pohdittu monipuolisemmin.

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä voidaan arvioida myös sisäisen validiteetin ja ulkoiseen validiteetin avulla. Sisäistä validiteettia tarkastellessa kiinnitetään huomiota siihen, ovatko tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat, käsitteelliset määrittelyt ja menetelmälliset ratkaisut loogisessa suhteessa keskenään. Sisäinen validiteetti osoittaa niin tutkijan tieteellistä otetta kuin myös hänen tieteenalan liittyvää hallintaa. Ulkoinen validiteetti osoittaa tutkimuksessa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä kootun aineiston välisen suhteen pätevyyden. Tutkimushavainto on ulkoisesti validi silloin, kun tutkija kuvaa tutkimuskohteensa täsmällisesti sellaisena kuin se on. Lisäksi tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu olennaisesti myös se, etteivät tutkimustulokset ole ristiriidassa keskenään. (Eskola & Suoranta 1998, 213.) Luotettavuutta voidaan tarkastella myös tutkimuksen reabiliteettia arvioimalla. Reabiliteetti tarkoittaa satunnaisten tekijöiden mahdollista vaikutusta tutkimustulokseen. (Heikkinen 2010, 153.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja siksi luotettavuuden arvioinnin tulee koskea koko tutkimusprosessia. Tämän takia tutkija joutuukin kvalitatiivista tutkimusta tehdessään pohtimaan aktiivisesti tekemiään ratkaisuja ja ottamaan kantaa niin analyysin kattavuuteen kuin tekemänsä työn luotettavuuteen. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen avoimuutta ja prosessia. Laadullisen tutkimuksen raportoinnissa on tärkeää tuoda esille tutkimuksen prosessissa tapahtuneet muutokset esimerkiksi aineistonkeruuseen liittyen. Prosessin kuvaus tekee tutkimuksen eri vaiheet lukijalle ymmärrettäväksi, jolloin tutkimuksen uskottavuus on myös lukijan arvioitavissa. (Eskola & Suoranta 1998, 208–210; Kiviniemi 2010, 82–83.)

Tutkimusta on ollut työstämässä koko tutkimusprosessin ajan kaksi tutkijaa, jolloin olemme voineet peilata omia päätelmiämme toisen päätelmiin. Myös johtopäätöksemme tutkimustuloksista ovat olleet samansuuntaiset, eikä tulkinnoissamme ole ollut ristiriitoja. Olemme myös pyrkineet raportoimaan mahdollisimman tarkasti koko tutkimusprosessimme ja siinä tapahtuneet muutokset. Tarkistimme tutkimusprosessin aikana myös käsiteiden määrittelyiden ja valitsemamme tutkimusmenetelmän ovat loogisuuden suhteessa tutkimuksemme johtopäätöksiin. Saadut tutkimustulokset eivät ole ristiriidassa keskenään. Lisäksi muis-

sa aihetta sivuavissa tutkimuksissa on päädytty samansuuntaisiin johtopäätöksiin kuin omassa tutkimuksessamme.

Palautetta opinnäytetyöstämme saimme tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä aineistonkeruun yhteydessä seuraavasti:

Kiva kun jotkut ihmiset tutkivat näitäkin asioita. Vastaan kyllä kaikkiin mielellään.

Olipas vapaamuotoinen, toivottavasti tarinastani oli teille jotakin hyötyä, vaikka prosessina minun tarinani on sangen lyhyt. Yllätyin monivalintatehtävien puutteesta. Kiitos, että kiinnitätte huomiota meihin, lapsettomuudesta kärsiviin ja kärsineisiin.

Oho, oliko tämä tässä?! Olisin kaivannut vähän tarkennettuja kysymyksiä.

Seitsemästä osallistujasta kolme oli jättänyt palautetta kirjoitelman kirjoittamisen jälkeen. Palautteesta saimme selville, että osa osallistujista koki vapaamuotoisen kirjoitelman kirjoittamisen haastavana ja tarkentavia kysymyksiä olisi kaivattu lisää. Jäimme pohtimaan syitä siihen, miksi neljä osallistujaa jätti palautekentän kokonaan tyhjäksi. Voisiko se johtua myös haastavana koetusta vapaamuotoisesta kirjoitelman kirjoittamisesta? Koettiinko palautteen antaminen kirjoittamisen jälkeen turhaksi ja aikaa vieväksi? On myös mahdollista, että nämä osallistujat, jotka jättivät palautteen antamatta, eivät kokeneet sen antamista tärkeänä.

Saimme Endometriosisyhdistykseltä palautetta opinnäytetyöstämme useampaan kertaan eri vaiheissa opinnäytetyöprosessia. Palaute oli hyvin positiivista ja saimme myös hyviä ehdotuksia ja näkökulmia työhömmе liittyen. Ennen tutkimuksemme julkaisemista Webropol-alustalla saimme yhdistykseltä kommentointia niin saatekirjeen kuin kirjoitelmien pohdintaa ohjaaviin aiheisiin liittyen. Heidän ehdotuksestaan lisäsimme saatekirjeeseen vielä erikseen maininnan vertaistuesta yhtenä läheisten antaman tuen muodoista. Esitarkastukseen jättö-

vaiheessa saimme palautetta varsinkin työn selkeydestä ja helppolukuisuudesta, sekä kattavasta lähdeluettelosta. Myös johtopäätöksissä painottamastamme hoitotyöntekijöiden tekemästä sosiaalisen tuen kartoittamisesta saimme positiivista palautetta.

9.3 Eettiset kysymykset

Verkkolomake- ja sähköpostitutkimukset tuottavat yleensä suuremman vastausprosentin kuin perinteinen postilomake, jos tutkimuksen kohderyhmä on Internetin kautta tavoitettavissa. Internetissä tapahtuva tutkimus ei myöskään ole sidottu mihinkään aikaan tai paikkaan, mikä voi lisätä tutkimushenkilöiden mahdollisuutta vastata tutkimukseen. Toisaalta sähköpostitse tai verkkolomakkeella saatu tutkimustieto ei ole yhtä ilmaisuvoimaista kuin kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus, sillä siitä puuttuvat eleet, ilmeet ja äänenpainot. (Kuula 2011, 174–175.) Päädyimme oman tutkimuksemme kohdalla keräämään kertomuksista muodostuvan tutkimusaineiston Internetin välityksellä juuri siitä syystä, että ihmisten olisi mahdollisuus osallistua silloin kun se itselle parhaiten sopii. Tällaisessa tapauksessa vastauksista jää kuitenkin enemmän yksinomaan tutkijan oman tulkinnan varaan, kun viestinnästä puuttuvat ilmeet, eleet ja äänenpainot.

Tutkimuksesta informointi on aina tutkijan velvollisuus tutkimustavasta riippumatta. Tutkimus pyynnön tai tutkimuslomakkeen ollessa Internetissä on tutkimuksen perustiedot ja tietosuojaratkaisut kerrottava vastaajalle. Ne voidaan kertoa joko erillisessä saatetekstissä, jossa kerrotaan tutkimuksesta tai erikseen avautuvan lomakkeen tai kyselyn alussa. (Kuula 2011, 175.) Tietosuojaratkaisuihin kuuluvat niin tutkittavan tunnistettavuuden estäminen eli anonymisointi, aineistojen arkistointi kuin myös tutkimusaineiston vastaanottamiseen liittyvät turvaratkaisut niissä tapauksissa joissa aineiston vastaanottamiseen käytetään esimerkiksi sähköpostia.

Päädyimme tutkimuksemme osalta käyttämään aineiston keruuseen Webropol-alustaa, sillä se on tietosuojan kannalta luotettavampi ratkaisu esimerkiksi sähköpostiin verrattuna. Tutkimuksesta informoinnin osalta päädyimme ratkaisuun,

jossa Endometrioosiyhdistyksen sivuilta löytyi tutkimuslinkin yhteydestä lyhennetty saateteksti. Itse tutkimuslinkin etusivulta löytyi pidempi, tarkennettu saateteksti josta löytyi niin tutkimuksen vastausohjeet kuin myös tietosuoja- ja tietosuojatiedot tutkimuksen julkaisemisesta sekä yhteystietomme lisäkysymysten varalta. Pyrimme saatetekstissämme tähdentämään sitä, että tutkimusvastaukset päätyvät vain tutkimuksen tekijöiden haltuun ja että tutkimusvastaukset anonyymisoodaan, jolloin yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa lopullisesta opinnäytetyöstä.

9.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi on ollut kokonaisuudessaan pitkäjänteinen ja sitoutumista vaativa prosessi. Olemme harjaantuneet käsittelemään ja tarkastelemaan opinnäytetyötämme useasta eri näkökulmasta sekä olemme oppineet aktiivisesti arvioimaan omaa toimintaamme. Todellisen asiantuntijan työskentelytapa on etenevä ja progressiivinen ongelmanratkaisuprosessi, jossa asiantuntija reflektoi jatkuvasti koko prosessin ajan omaa toimintaansa ja oppimistaan (Tynjälä 1999, 160–161). Oma tietopohjamme on lisääntynyt opinnäytetyöprosessin aikana runsaasti niin lapsettomuuteen, lapsettomuushoitoihin kuin myös endometrioosiin liittyen. Samoin ymmärryksemme sosiaalisen tuen tärkeydestä osana selviytymisprosessia on kasvanut. Ihmisen sosiaalisen verkoston selvittäminen erilaisissa elämän kriisi- ja murrostilanteissa on erittäin tärkeää, jotta lisätukea tarvitsevat osattaisiin entistä paremmin löytää ja ohjata esimerkiksi vertaistuen tai ammattilaisten antaman tuen pariin. Tämän takia ammattilaisten on myös ehdottoman tärkeää ostaa hankkia tietoa erilaisista tukimuodoista ja mahdollisuuksista.

Asiantuntijuuden muodostumiseen ja kehittymiseen tarvitaan formaalista eli virallista sekä informaalista eli arkielämän oppimista. Virallista oppimista ovat esimerkiksi erilaiset koulutukset ja luokkaoppimistilanteet. Arkielämän oppimistilanteita voivat olla esimerkiksi keskustelut ja seminaarit. Kokemuksella on merkittävä osuus arkielämän oppimisessa. Kokemus ei kuitenkaan itsessään riitä oppimiseen, vaan sen lisäksi tarvitaan reflektointia eli kokemuksen läpikäymistä

sekä muodollista ja tavoitteellista opiskelua. Kriittinen reflektio nähdään keskeisenä todellisen oppimisen edellytyksenä. Reflektion tulisi kohdistua yksilön omia havaintoja ja toimintoja ohjaaviin tekijöihin, jotta asiantuntijuuden kehittyminen on mahdollista. Onnistuneen oppimisen tuloksena muodostuu uusi näkökulma jo ennestään tuttuun asiaan tai vanha toimintamalli korvataan perustellen uudella toimintatavalla. Ammatillinen osaaminen kasvaa ja kehittyy koko elämän ajan. Ammatillisuuden kehittäminen tarkoittaa asioiden ja ilmiöiden muuttamista yksilön ammatillisessa identiteetissä. (Vaherva 1999, 97–99; Lehtinen & Palonen 1999, 153; Tynjälä 1999, 166; Räsänen 2000, 141, 117.)

Olemme pohtineet tulevaa ammattirooliamme terveydenhoitajana ja tulevaa työllistymistämme terveydenhoitotyön kentälle sekä sitä, miten opinnäytetyömme hyödyttäisi meitä tulevassa työssämme. Opinnäytetyömme on tuonut meille uusia näkökulmia ja ajatuksia sosiaalisen tuen tärkeydestä muun muassa neuvolatyön ja työterveyshuollon kentille. Sosiaalisen tuen merkityksen huomioiminen on kuitenkin mielestämme sovellettavissa myös muualle asiakastyöhön, kuten esimerkiksi sairaanhoitoon ja sosiaalityöhön.

Neuvolatyössä sosiaalisen tuen huomiointi on mielestämme ensiarvoisen tärkeää sillä raskaus ja syntyvä lapsi muuttavat elämäntilannetta merkittävästi. Esimerkiksi endometrioosia sairastavan tai lapsettomuushoitajien avulla raskaaksi tulleiden kohdalla tulisi mielestämme erityisesti huomioida läheisen tukiverkoston olemassaoloa. Taustalla vaikuttava sairaus ja pitkä lapsettomuushoitoprosessi vaikuttavat suuresti äidin ja koko perheen odotusaikaan ja se tulisi huomioida neuvola-aikaisessa seurannassa. Mielestämme varsinkin psykososiaalisen tuen merkitys korostuu, sillä pelko raskauden keskeytymisestä tai muista sen kulkuun liittyvistä ongelmista voi olla tällaisella perheellä suurempi verrattuna perheisiin, jossa raskaus on alkanut spontaanisti.

Työterveyshuollossa asiakkaan terveydentilaa tulisi kartoittaa laaja-alaisesti. Endometrioosi noustessa esille terveystarkastuksessa olisi terveydenhoitajana tärkeää huomioida sairauden vaikutukset työssä jaksamiseen ja mahdollisiin sairauksiin poissaoloihin. Myös lapsettomuus ja siihen liittyvien hoitojen aiheuttama stressi sekä niistä johtuva kriisitilanne voivat vaikuttaa jaksamiseen ja poissa-

oloihin työpaikalta. Mielestämme terveydenhoitajana olisi tärkeää ottaa huomioon asiakkaan ajatukset ja kokemukset työyhteisön avoimuudesta ja tuesta. Onko työpaikalla ketään, kelle asiakas voi tai haluaa tilanteestaan kertoa? Entä minkälainen asiakkaan lähipiirin muodostama tukiverkosto on? Samalla terveydenhoitajan tulisi tarjota mahdollisuutta ammatilliseen tukeen. Mielestämme yhtenä hyvänä tapana päivittää työnantajan tietämystä työntekijän tilanteesta esimerkiksi runsaisiin sairaus poissaoloihin liittyen olisi pitää yhteinen verkostopalaveri työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon edustajan kesken. Tarve tällaiselle verkostopalaverille lähtee asiakkaasta.

Olemme opinnäytetyöprosessimme aikana oppineet lisää niin rakentavan palautteen antamisesta. Samoin kykymme ottaa vastaan rakentavaa palautetta sekä saadun palautteen hyödyntäminen omassa työskentelyssä on kehittynyt. Varsinkaan opinnäytetyöseminaareissa saatujen hyvin valmisteltujen opponointien tärkeyttä ja niistä saatua apua ei voi liikaa korostaa. Arkielämän tärkeitä ja tyypillisimpiä oppimismuotoja ovat muun muassa keskustelut, tapaamiset ja seminaarit (Vaherva 1999, 99).

Parityöskentelymme oli sujuvaa, ja opimme prosessin aikana hyödyntämään toistemme vahvuus- ja erityisosaamisalueita. Kokemus tällaisesta pitkäjänteisestä tutkimusprosessista on varmasti hyödyksi myös tulevaisuudessa työelämään siirryttäessä ja jatko-opinnoissa. Pari- ja ryhmätyöskentelyssä mielipiteitä ja näkökulmia on usein useampia kuin yksi, mikä on työn kannalta monesti suuri vahvuus. Erilaisista näkökannoista johtuen saattaa toki syntyä myös ristiriitoja, mutta niistä päästään yli yhdessä keskustelemalla. Työelämän käytännöissä yksilön näkökulma osoittautuu usein riittämättömäksi. Koulutuksessa saatujen oppien huono siirtyminen työelämän käytäntöihin selittyy usein sillä, että työelämässä kaivataan ja hyödytään yhteisöllisestä ja toimintaympäristöön liittyvästä osaamisesta. Yksilön oppiminen työelämässä tapahtuu usein ryhmätilanteissa osana koko yhteisön oppimista. (Lehtinen & Palonen 1999, 156.)

Tiedonhakutaitomme ovat myös kehittyneet opinnäytetyöprosessin aikana. Olemme oppineet kiinnittämään entistä tarkemmin huomiota varsinkin lähteiden kriittiseen tarkasteluun muun muassa niiden luotettavuuden arvioinnin osalta.

Lähdeteoksien luotettavuuteen vaikuttavat varsinkin kirjoittajan tunnettavuus, julkaisuajankohta ja teoksen pohjana käytetyt aiemmat lähde- teokset.

9.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Voidaan sanoa että primaariset ja sekundaariset sosiaalisten suhteet ovat lähes välttämättömiä ihmisen selviytymisen kannalta silloin, kun hän elämässään kohtaa suuren kriisi tai muutostilanteen. Mitä laajemmat ja lujemmat sosiaaliset suhteet henkilö omaa, sitä todennäköisemmin hän selviytyy tilanteesta ja voi kriisistä huolimatta verrattain hyvin. Toisaalta muutamakin hyvin läheinen ihminen voi riittää tähän. Sosiaalisista suhteista merkittävimpinä koetaan varsinkin pari- ja perhesuhteet, kuten puoliso ja sisarukset. Myös läheiset ystävät ovat usein merkittävässä roolissa sosiaalisen tuen kannalta.

Vertaistuki on monille myös korvaamaton selviytymiskeino, sillä asioiden jakaminen toisen samanlaisia asioita kokeneen kanssa on jotain mitä on vaikeaa verrata mistään muualta saatuun tukeen. Vertaistuki on usein oivallinen apu niissä tilanteissa joissa riittäviä primaarisia ja sekundaarisia sosiaalisia suhteita ei ole tai näihin ryhmiin kuuluvia ihmisiä ei tahdota syystä tai toisesta kuormittaa. Vertaistuesta alkaneet suhteet myös muotoutuvat usein ystävyys-suhteiksi, jotka voivat kantaa läpi elämän.

Merkittävimpiä sosiaalisen tuen muodoista ovat emotionaaliset tukimuodot kuten empaattinen ja ymmärtävä läsnäolo, kuunteleminen ja keskustelu. Yhteinen tekeminen ja huumori vievät ajatukset hetkeksi muualle auttavat näin jaksamaan paremmin. Myös erilaiset välineelliset tukimuodot eli käytännön apu esimerkiksi tiedonhaussa, kauppa-apu tai hoitoihin kuljettaminen voivat usein olla korvaamattoman tärkeitä tukimuotoja.

Jatkotutkimusaiheita nousi tutkimuksemme aikana useita. Päädyimme muun muassa pohtimaan sitä, miten ja kuinka paljon hoitotyöntekijät kartoittavat asiakkaidensa sosiaalisen tuen verkostoja erilaisissa tilanteissa. Perusterveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla terveydenhoitajat tekevät tätä työtä, mutta

työotteissa ja painotuksissa on henkilökohtaisia eroja. Lisäksi myös muualla terveydenhuollossa on usein tilanteita joissa sosiaalisen tuen kartoittaminen olisi potilaan kokonaistilanteen kannalta erittäin tärkeää. Kartoittamalla asiakkaan tukiverkostoja ja niiden mahdollisuuksia voidaan ennaltaehkäistä muun muassa erilaisten psyykkisten ongelmien syntyä.

Tutkimuksemme sai myös pohtimaan sitä millaisia hoitotyöntekijöiden tietopohja, asenteet ja suhtautuminen ovat yleisesti endometrioosiin ja siitä johtuvaan lapsettomuuteen liittyen. Tutkimusvastauksistamme nousi selvästi esille se, että tiedonanto endometrioosiin ja lapsettomuushoitoihin liittyen oli useassa tapauksessa koettu puutteelliseksi ja jopa riittämättömäksi. Vaikka endometrioosi on naistentutina verrattain yleinen, tuntuvat tiedot sen ja lapsettomuuden yhteydestä olevan usein tavalla tai toisella puutteellisia. Myös muuta endometrioosiin liittyvää tutkimusta tulisi kehittää. Varsinkin tutkimukset endometrioosin esiintyvyydestä Pohjoismaissa ja Suomessa toisivat varmasti mielenkiintoista uutta tietoa sairauteen liittyen, sillä aihetta ei ole tutkittu varsinkaan Suomessa.

10 LÄHTEET

- Bold, Christine 2012. Using Narrative in Research. London: SAGE Publications Ltd.
- Endometrioosiyhdistys ry 2012a. Endometrioosiyhdistys ry. Viitattu 14.8.2014.
<http://www.endometrioosiyhdistys.fi/fi/yhdistys>
- Endometrioosiyhdistys ry 2012b. Yhdistyksen vertaistuki. Viitattu 14.8.2014.
<http://www.endometrioosiyhdistys.fi/fi/vertaistuki>
- Erkkilä, Raija 2008. Narratiivinen kokemuksen tutkimus: Koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa Juha Perttula & Timo Latomaa (toim.) Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 195–226.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Vastapaino: Tampere.
- Fagervold, Bente; Jenssen, Marita; Hummelshoj, Lone & Moen, Mette Haase 2009. Life after a diagnosis with endometriosis – a 15 years follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol 88, no 8, 914–919.
- Feldman, Susan 1999. Please don't call me "dear": older women's narratives of health care. *Nursing Inquiry* 6, 269–276.
- Fitzsimons, Annette 2011. What is Empowerment? Teoksessa Annette Fitzsimons, Max Hope, Charlie Cooper ja Keith Russell (toim.) Empowerment and Participation in Youth Work. Exeter: Learning Matters Ltd, 3–19.
- Halttunen, Mervi i.a. Gynekologinen vatsakipu. *Therapia Fennica*. Viitattu 18.9.2014.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Gynekologinen_vatsakipu
- Hammarlund, Claes-Otto 2001. Kriisikeskustelu. Kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktin käsittely. Helsinki: Tietosanoma.
- Hänninen, Irene 2004. Holistinen ihmiskäsitys naisen tahattoman lapsettomuuden kokemuksen tulkinnassa. Helsingin Yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan laitos. Pro gradu -tutkielma.

- Härkki, Päivi; Heikkinen, Anna-Mari & Setälä, Marjaleena 2011. Endometriosisin nykyhoito. Duodecim. Viitattu 18.9.2014.
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
- Heikkinen, Hannu L. T. 2010. Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 143–159.
- High, Andrew C. & Steuber, Keli Ryan 2014. An Examination of Support (In)Adequacy: Types, Sources, and Consequences of Social Support among Infertile Women. Communication Monographs, vol 81, no 2, 157–178.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, Liisa 2009. Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina. Teoksessa Mikko Mäntysaari, Anneli Pohjola ja Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus, 315–337.
- Holloway, Immy & Wheeler, Stephanie 2002. Qualitative Research in Nursing – 2nd Edition. Osney Mead, Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Hovatta, Outi 2002. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa Kaarina Eskola ja Eeva Hytönen (toim.) Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Huhtala, Teija 2013. Lapsettomuus – toivon ja epätoivon vuoristorata. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Huuskonen, Päivi 2014. Vammaispalvelujen käsikirja. Itsenäisen elämän tuki. Vertaistuki. Viitattu 18.8.2014.
<http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki>
- Ihme, Anu ja Rainto, Satu 2008. Naisen terveys. Lapsettomuus. Helsinki: Edita.

- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 7–20.
- Järvinen, Tomi 2007. Empowerment - A Challenge of Non-Governmental Organizations in Development Cooperation Partnerships. Tampereen Yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta, Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.
- Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylällä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut – yksikkö.
- Kettunen, Reetta; Kärhi-Wiik, Kaija; Vuori-Klemilä Anne & Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro.
- Kiilotomäki, Aliisa & Muma, Päivi 2007. Sairaanhoidtaja tekee kriisityötä. Helsinki: Gummerus.
- Kiviniemi, Kari 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani Aaltonen & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 70–85.
- Kujala, Tiina 2007. Kerronnallinen tutkimus opettajien ikääntymisestä. Teoksessa Eija Syrjäläinen, Ari Eronen & Veli-Matti Värri (toim.) Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampere University Press: Taju, 13–39.
- Kumpusalo, Esko, 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Helsinki: Sosiaalinen ja terveyshallitus.
- Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Internet aineiston hankinnassa. Tampere: Vastapaino.
- Laitinen, Merja & Uusitalo, Tuula 2008. Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämäkokemusten tutkimisessa. Teoksessa Raimo Kaasila, Raimo Rajala & Kari E. Nurmi (toim.) Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus: Tila, 106–151.
- Lehtinen, Erno & Palonen, Tuire 1999. Kognitio, käytäntö ja kulttuuri: Lintubongarin pidempi oppimäärä. Teoksessa Anneli Eteläpelto & Päivi Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Helsinki: WSOY, 146–159.

- Mäkelä, Johanna 2007. Lapsettomuudesta puhuminen ja tuen saaminen läheisiltä. Tampereen Yliopisto, Humanistinen tiedekunta, Puheopin laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Mäkimurto, Raija; Rauhala, Olli; Smahl, Merja & Ståhlberg, Outi 2009. Keinoja omaan kuntoutumiseen, Perheen työkirja. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Martelin, Tuija; Hyyppä, Markku; Joutsenniemi, Kaisla & Nieminen, Tarja 2009. Hyvä kumppani ja kivat kaverit tuovat terveyttä arkeen. Viitattu 19.9.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00107
- Martins, M.V.; Peterson, B.D.; Almeida, V.; Mesquita-Guimarães, J. & Costa, M.E. 2014. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, vol 29, no 1, 83–89.
- Metteri, Anna & Haukka-Wacklin, Tuula 2011. Sosiaalinen tuki kuntoutuksen ytimessä. Teoksessa Vappu Karjalinen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Helsinki: STAKES, 53–58.
- Miettinen, Anneli 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidoilla. Väestöntutkimuslaitos, katsauksia E40/2011. Helsinki: Väestöliitto.
- Mikkonen, Irja 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Yhteiskuntatieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Moafi, F.; Dolatian, M. & Alimoradi, Z. 2014. Impact of social support on infertile couples. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, vol 12, 130–131.
- Nurmi, Lasse 2006. Kriisi, pelko, pakokauhu. Helsinki: Edita.
- Nurmi, Tuulikki 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Nylund, Marianne 2005. Vertaisryhmät kokemuksen ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.) *Vapaaehtois-toiminta: anti arvot ja osallisuus*. Tampere: Vastapaino.
- Oommen, Hanna; Halonen, Anne & Kaunonen, Marja i.a. Vanhempien tukeminen lapsivuodeosastolla. Viitattu 18.9.2014.
http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Vanhempien_tukeminen.pdf

- Otavan Opisto i.a. Sosiaalinen terveys. Viitattu 19.9.2014.
http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/te/te1/5_sosiaalinen_terveys/5.0sosiaalinen_terveys?C:D=gjxz.fimz&m:selres=gjxz.fimz
- Paris, Krystal & Aris, Aziz 2010. Endometriosis-associated infertility: a decade's trend study of women from the Estrie Region of Quebec, Canada. *Gynecological Endocrinology*, November 2010; 26(11): 838–842.
- Pelkonen, Heidi & Saarelainen, Sirpa 2012. Vertaistukea endometriooasia sairastavalle. Naisten vertaistuen tarve. Lahden Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö.
- Perheentupa, Antti ja Santala, Markku 2011. Endometriooosi, adenomyoosi ja salpingitis isthmica nodosa. Teoksessa Olavi Ylikorkala & Juha Tapanainen (toim.) *Naistentaudit ja Synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 93–101.
- Perttula, Juha 2008. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Juha Perttula & Timo Latomaa (toim.) *Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 115–162.
- Räsänen, Juhani 2000. Kehityksen ulottuvuuksia: Kehityssuuntautunut oppiminen ja -arviointi. Järvenpää: Julkiviestintä.
- Rauni, Elina & Ylä-Jussila, Jasmina 2012. Tahattomasti lapsettomien henkisen tuen tarve. Kirjallisuuskatsaus. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Riessman, Catherine Kohler 2008. *Narrative Methods for the Human Sciences*. California: Sage Publications, Inc.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006a. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Aineisto- ja teorialähtöisyys. Viitattu 1.9.2014.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006b. KvaliMOTV – 6.1 Mil-laista aineistoa ja miten? Viitattu 22.9.2014.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_1.html

- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006c. KvaliMOTV – 6.2 Aineiston määrä ja tutkittavat. Viitattu 22.9.2014.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2.html
- Setälä, Marjaleena; Härkki, Päivi; Perheentupa, Antti; Heikkinen, Anna-Mari & Kauko, Minna 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometriooasia. Suomen Lääkärilehti, vol 64, no 48, 4141-4145.
- Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun Yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta, opettajakoulutuksen yksikkö. Väitöskirja.
- Sohlman, Britta 2004. Funktionaalinen mielenterveydellinen malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Helsinki: Stakes.
- Squire, Corinne; Andrews, Molly & Tamboukou, Maria 2008. What is narrative research? Teoksessa Molly Andrews, Corinne Squire & Maria Tamboukou (toim.) Doing Narrative Research. London: SAGE Publications Ltd, 1–21.
- Syrjälä, Leena 2001. Elämäkerrat ja tarinat tutkimuksessa. Viitattu 15.4.2014.
https://www.edu.helsinki.fi/svy/kvali/narrat/mat/narrat_elamakerrat.pdf
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.a. Motivoiva haastattelu. Viitattu 18.9.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/motivoiva-haastattelu
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, i.a.b. Vertaistuki. Viitattu 18.8.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/vertaistuki
- Tiitinen, Aila & Unkila-Kallio Leila 2011. Lapsettomuus. Teoksessa Olavi Ylikorkala & Juha Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja Synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 175–192.
- Tilastokeskus i.a. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 19.9.2014. <http://tilastokeskus.fi/virsta/tkeruu/01/07/>
- Tuominen, Anu 2004. ”Se, et joku kuuntelee..” Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. Tampereen Yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Tynjälä, Päivi 1999. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa Anneli Eteläpelto & Päivi Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Helsinki: WSOY, 160–179.

- Vaherva, Tapio 1999. Henkilöstökoulutuksen rajat ja mahdollisuudet. Teoksessa Anneli Eteläpelto & Päivi Tynjälä (toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Helsinki: WSOY, 83–101.
- Varto, Juha 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Viitattu 13.8.2014.
http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf
- Viljamaa, Marja-Leena 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi; Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: Narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 81–115.

LIITE 1. Saatekirje

**Endometrioosi ja lapsettomuushoitoprosessi****Naisten kokemuksia läheisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta**

Hei!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulun toimipisteestä ja teemme opinnäytetyötä Endometrioosiyhdistykselle aiheenamme endometrioosi ja lapsettomuushoitoprosessi.

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää miten Sinä, endometrioosin vuoksi lapsettomuudesta kärsivä nainen, olet kokenut läheisiltäsi saamasi tuen oman lapsettomuushoitoprosessisi aikana sekä minkälainen merkitys tuella on ollut sinun hyvinvointisi ja jaksamisesi kannalta. Haluamme myös selvittää minkälaista tukea läheisiltäsi sait ja minkälaista lisätukea olisit mahdollisesti kaivannut.

Tutkimuksemme tavoitteena on tuoda esille lapsettomuuskriisissä olevien tai olleiden henkilöiden kokemuksia läheisiltään saamasta tuesta. Uskomme tutkimuksen myös edistävän hoitotyön ammattilaisten ymmärrystä läheisten antaman tuen merkityksestä, jolloin asiakkaan tukiverkostot voidaan ottaa paremmin huomioon asiakaskohtaamisessa.

Kuulut tutkimuksemme kohderyhmään, jos kärsit endometrioosin aiheuttamasta lapsettomuudesta sekä olet jossain vaiheessa elämäsi käynyt läpi tai parhaillaan käyt läpi lapsettomuushoitoprosessia. Pyydämme Sinulta omakohtaista ja kokemuspohjaista tietoa koskien läheisiltäsi saatua tukea. Läheisillä tukiverkostoilla tarkoitamme perhe-, pari- tai ystävyysuhteita sekä myös sellaisia ihmissuhteita, jotka olet kokenut itsellesi läheisiksi ja merkittäviksi (esimerkiksi vertaistuki).

Tutkimus on luottamuksellinen, vapaaehtoinen ja vastaaminen siihen tapahtuu nimettömästi. Antamasi vastaukset käsitellään tutkimuksessa niin, että henkilöllisyyttäsi ei voida yhdistää antamiisi tietoihin. Tarinasi päättyy vain opinnäytetyön tekijöiden haltuun ja tutkimuksen valmistuttua se hävitetään asianmukaisesti.

Vastauskentän yhteyteen liitetyt pohdintakysymykset on tarkoitettu helpottamaan Sinua tarinasi kirjoittamisessa. Toivomme, että pohdit näitä teemoja kirjoitelmasasi, mutta pyydämme Sinua tekemään kirjoitelman omista kokemuksistasi aivan omalla tyylilläsi ja omin sanoin avoimeen vastauskenttään. **Jokainen tarina on ainutlaatuinen ja arvokas sekä toivomme ehdottomasti, että Sinä osallistut tutkimukseemme omalla tarinallasi!**

Opinnäytetyö liitetään sen valmistuttua syksyllä 2014 ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden julkaisuarkistoon Theseukseen. Lisäksi linkki tutkimukseen julkaistaan Endometriosisyhdistyksen sivuilla, jonka kautta kaikki aiheesta kiinnostuneet pystyvät sen helposti löytämään. Kirjoitamme tutkimustuloksista myös kokoavan artikkelin Endometriosisyhdistyksen jäsenlehteen Endorfiiniin.

Tutkimukseemme voit osallistua tarinallasi 20.7.2014 mennessä!

Kysymykset tutkimukseen liittyen voit lähettää sähköpostitse jompaankumpaan osoitteeseen:

Jenni Rouvinen, terveydenhoitajaopiskelija
jenni.rouvinen(a)student.diak.fi

Riikka Niskanen, terveydenhoitajaopiskelija
riikka.niskanen(a)student.diak.fi.

Opinnäytetyöprosessiamme ohjaa Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin toimipisteen lehtori Anneli Laavi.

Siirtymällä suoraan seuraavalle sivulle pääset kertomaan meille tarinasi!

LIITE 2. Tukea pohdintaan ja palaute



Endometrioosi ja lapsettomuushoitoprosessi

Naisten kokemuksia läheisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta

Kuvaile niitä lapsettomuushoitoprosessisi aikaisia ihmissuhteita, jotka koit tuen kannalta merkityksellisiksi ja läheisiksi.

Pohdi omin sanoin, minkälaista tukea koit saavasi läheisiltä ihmissuhteiltasi lapsettomuushoitoprosessin aikana.

- Pohdi myös sitä, mitä saamasi tuki sinulle merkitsi.
- Voit myös halutessasi käsitellä saamaasi tukea lapsettomuushoitoprosessin eri vaiheissa.

Pohdi, minkälaista lisätukea olisit läheisiltä ihmissuhteiltasi kaivannut.

- Millaisissa tilanteissa olisit kaivannut lisätukea?

Vapaamuotoinen palaute kyselystä

LIITE 3. Luokittelu

LUOKAT	KATEGORIAT	TEEMAT
Puolisolta saatu tuki Ystäviltä saatu tuki Sisaruksilta saatu tuki Vanhemmilta saatu tuki Vertaisilta saatu tuki (kontakti) Vertaisilta saatu tuki (internet) Potilasyhdistykseltä saatu tuki Työyhteisöstä saatu tuki	Primaarinen tuki (Perhe) Sekundaarinen tuki (Ystävät, vertaiset ja muualta saatu tuki)	Tuen antajat
Kuuntelu Keskustelu Hoitoon ohjaaminen Hoidoissa käyminen yh- dessä Tiedon etsiminen Yhdessä tilanteen pohti- minen Toivon luominen Yhdessä itkeminen Oman tilan antaminen Kokemusten jakaminen Eri vaihtoehtojen miettimi- nen ja punnitseminen Esimerkki hoitojen onnis- tumisesta Tietoisuus tilanteesta Luottaminen siihen että	Emotionaalinen tuki Arviointituki Välineellinen tuki	Tukimuodot

<p>itse kertoo tilanteesta kun haluaa Empatia Ymmärrys Tekstiviestit Puhelut Huolenpito Käytännönapu Maanpinnalle palauttaminen Yhdessä tekeminen Jaettu suru ja huoli Lääkehoidossa auttaminen Ryhmäkeskustelut Henkinen tuki Tiedollinen tuki Yhteinen tekeminen Lähellä oleminen Pirstäminen Rohkaiseminen</p>		
<p>Ymmärrys Tunne siitä että voi olla oma itsensä Tulevaisuuteen valmistaminen Auttanut jaksamaan Auttanut suuntaamaan ajatuksia tulevaisuuteen Antanut uskoa tulevaan Auttanut hahmottamaan tilannetta</p>	<p>Voimaantumisen Fyysinen hyvinvointi Parisuhteen lujittuminen</p>	<p>Tuen merkitys</p>

<p>Auttanut tekemään päätöksiä</p> <p>Helpottanut oloa</p> <p>Auttanut voimaan paremmin</p> <p>Tuntui kunnioittavalta kun ei kyselty</p> <p>Auttanut pysymään hengissä</p> <p>Puolisoiden läheneminen</p> <p>Puolisoiden välisen kunnioituksen kasvaminen</p> <p>Yhteiseksi koettu kriisi</p> <p>Muuta ajateltavaa</p> <p>Auttanut huomaamaan, ettei ole yksin ajatustensa kanssa</p> <p>Suru ja huoli eivät muser- tanut alleen niin paljon</p> <p>Tunne jakamisesta</p> <p>Voimavarojen lähde</p> <p>Korvaamattomuus</p>		
<p>Vertaistuki</p> <p>Taloudellisen puolen huomiointi</p> <p>Ymmärrys</p> <p>Hienotunteisuus</p> <p>Yleinen huomaavaisuus</p> <p>Tutustuminen sairauteen</p> <p>Tilanteen huomioiminen sosiaalisissa tilanteissa</p>	<p>Lisätuen tarve</p>	