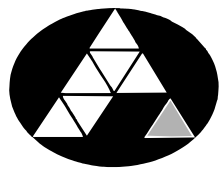


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Henna-Riikka Hiltunen

PARISKUNNAN KOEPUTKIHEDELMÖITYSHOIDON (IVF)
OHJAUKSEN KEHITTÄMINEN
– Audiovisuaalinen ohjausmateriaali koeputkihedelmöityksestä

Opinnäytetyö
Helmikuu 2010



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijä
Henna-Riikka Hiltunen

Nimeke
Pariskunnan koeputkihedelmöityshoidon (IVF) ohjauksen kehittäminen
– Audiovisuaalinen ohjausmateriaali koeputkihedelmöityksestä

Toimeksiantaja NordicInfu Care AB

Tiivistelmä

Lapsettomuus on maailmalla yleinen ongelma. Lapsettomia pareja arvioidaan olevan jo 80 miljoonaa, ja teollistuneissa länsimaissa ongelman arvioidaan koskettavan joka kuudetta paria. Lapsettomat pariskunnat tarvitsevat lääketieteellistä neuvontaa sekä psyykkistä tukea hoitohenkilökunnalta koko hoitoprosessin ajan.

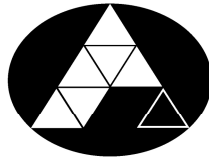
Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja tukea hoitohenkilöstön neuvontatyötä sekä antaa informaatiota koeputkihedelmöityshoitoon tuleville pariskunnille. Opinnäytetyön tehtävänä oli laatia käsikirjoitus hoitajan näkökulmasta koeputkihedelmöityshoidon ohjausvideoon. Käsikirjoitus tuki videon toteutusta visuaaliseen muotoon. Video kuvattiin syksyllä 2009 Turun yliopistollisessa keskussairaalassa lapsettomuuspoliklinikalla sekä Turun ulkoilmamaisemissa. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä NordicInfu Care AB:lle. Yhteistyökumppaneina videossa toimi Fertility Network Oy sekä SGP Finland Oy, joka vastasi videon kokonaistuotannosta ja ohjauksesta.

Teoriaosassa käsitellään lapsettoman parin koeputkihedelmöitys-hoitopolun lisäksi hoidon ohjauksen merkitystä sekä hoitoon liittyviä eettisiä ja juridisia kysymyksiä. Teoriaosaa voidaan käyttää videon täydentävänä osana, sillä siinä on käsitelty asioita yksityiskohtaisemmin. Videota ja kirjallista raporttia voidaan hyödyntää lapsettomuusklinikoilla koeputkihedelmöityshoidon ohjauksessa sekä opetuskäytössä. Teoriatietoa tutkiessa nousi koeputkihedelmöityshoidon jatkotutkimusaiheiksi muun muassa ikääntyvien naisten lapsettomuus sekä naisen ylipaino lapsettomuuden taustalla.

Kieli
suomi

Sivuja 43
Liitteet 3
Liitesivumäärä 14

Asiasanat
tahaton lapsettomuus, koeputkihedelmöityshoito, potilasohjaus, käsikirjoitus, audiovisuaalinen ohjausmateriaali



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
February 2010
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358-13-260 6600

Author Henna-Riikka Hiltunen

Title

Development of Patient Counselling for Couples Needing In Vitro Fertilisation (IVF) Treatment – Audiovisual Educational Material for In Vitro Fertilization

Commissioned by NordicInfu Care AB

Abstract

Infertility is a common problem in the world. There are already approximately 80 million infertile couples and it is estimated that in industrialized western countries the problem affects one in every six couples. Infertile couples need medical advice and psychological support from the nursing staff throughout the entire treatment process.

The purpose of the thesis was to develop and support the counselling provided by the nursing staff and in addition, to provide information to couples who are about to undergo in vitro fertilization treatment. A further task included in the thesis was to prepare a manuscript from the nurse's perspective about the in vitro fertilization treatment for an educational video. The script aided the implementation of the video into a visual medium. The video was filmed in the fall of 2009 at the Infertility Clinic of Turku University Central Hospital and around Turku. The thesis was completed as a practice-based thesis for the NordicInfu Care AB. Other collaborators in the production of the video were the Fertility Network Oy and SGP Finland Oy, which was also responsible for the overall video production and direction.

In the theoretical section of the thesis the following areas are covered: in vitro fertilization treatment path of the infertile couple, the significance of patient counselling, and ethical and legal questions that arise from the treatment. The theoretical section supplements the video as it discusses other items in greater detail. Moreover, the video and the written report can be used at infertility clinics for educational purposes and as a tool when counselling couples undergoing in vitro fertilization treatment. Finally, when reviewing theory related to in vitro fertilization treatment, infertility in aging and obese women emerged as topics for further research.

Language
Finnish

Pages 43
Appendices 3
Pages of Appendices 14

Keywords

involuntary infertility, in vitro fertilization treatment, patient counselling, manuscript, audiovisual counselling material

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	LAPSETTOMUUS JA SIIHEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	6
2.1	Tahaton lapsettomuus	6
2.2	Lapsettomuuteen vaikuttavat taustatekijät.....	7
2.3	Lapsettomuuden syyt.....	9
2.3.1	Naisesta johtuvat syyt.....	9
2.3.2	Miehestä johtuvat syyt.....	10
3	LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSET JA -HOIDOT SUOMESSA	10
3.1	Tutkimuksiin hakeutuminen	10
3.1.1	Naiselle tehtävät tutkimukset	11
3.1.2	Miehelle tehtävät tutkimukset	12
3.2	Lapsettomuushoidot Suomessa	12
3.3	Hedelmöityshoitojen korvattavuus Suomessa	14
3.4	Hedelmöityshoitojen etiikka ja lainsäädäntö Suomessa	15
4	KOEPUTKIHEDELMÖITYSHOITO (IVF).....	17
4.1	IVF-hoidon historia	17
4.2	IVF-hoidon vaiheet.....	17
4.3	IVF-hoitoihin liittyvät hoitotulokset ja riskit	20
5	POTILASOHJAUS OSANA HOITOTYÖTÄ	22
5.1	Ohjauksen merkitys hoitotyössä	22
5.2	Lapsettoman parin ohjauksen erityispiirteitä	24
5.2.1	Vuorovaikutus ja tiedon saanti ohjauksessa	24
5.2.2	Psyykinen tuki lapsettomuskriisissä	25
5.3	Audiovisuaalinen ohjausmateriaali potilasohjauksen tukena	27
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	29
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	29
7.1	Toteutustapana toiminnallinen opinnäytetyö	29
7.2	Toimeksiantajan kuvaus	29
7.3	Lähtötilanteen kartoitus	30
7.4	Käsikirjoituksen toteutus ja arviointi.....	31
7.4.1	Hyvän käsikirjoituksen kriteerit	31
7.4.2	Käsikirjoitusprosessi.....	33
7.5	Videon toteutus	34
8	POHDINTA	35
8.1	Opinnäytetyön eettisyys.....	35
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	36
8.3	Opinnäytetyön oppimisprosessi	37
8.4	Materiaalin hyödynnettävyys ja kehittämismahdollisuudet	39
	LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1	Toimeksiantosopimus (englanniksi)
Liite 2	Käsikirjoitus
Liite 3	Käsikirjoituksen tiivistelmä

1 JOHDANTO

Lapsettomuus on maailmalla yleinen ongelma. Lapsettomia pareja arvioidaan olevan jo 80 miljoonaa, ja teollistuneissa länsimaissa ongelman arvioidaan koskettavan joka kuu-
detta paria. Hedelmättömyysongelmat voivat johtua niin miehistä kuin naisista tai mo-
lemmista. (Vilka 2006, 1327.) Yksi lapsettomuuden syistä on ensisynnyttäjien keski-
iän nousu. Vuonna 2007 ensisynnyttäjien keski-ikä Suomessa oli keskimäärin 30 vuotta.
Muita lapsettomuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa elämäntavat, ylipaino,
sukupuoli-infektiot, sairaudet sekä rakennepoikkeavuudet. (Ihme & Rainto 2008, 68–
69.)

Väestöliitto on todennut seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassaan hyvin tärkeäksi
puuttua lapsettomuusongelmiin, jotta asiantuntevaa ohjausta ja hoitoa pystyttäisiin tar-
joamaan ajoissa. Ohjelman mukaan hyvä seksuaaliterveysvalistus täytyy kohdistaa eh-
käisykeskeisyydestä hedelmällisyyden säilyttämiseen, suojaamiseen sekä ylläpitävään
seksuaaliterveyteen. Lapsettomuushoitoja tullaan kuitenkin tarvitsemaan tulevaisuudes-
sakin. Lapsettomuushoitojen jatkuva kehittäminen vaatii tutkimustyötä, kehityksen seu-
raamista sekä eri maiden välistä yhteistyötä. (Väestöliitto 2006, 41.)

Nykyaikaiset menetelmät lapsettomuuden hoidossa vaativat hoitohenkilökunnalta am-
matillista tuntemusta hoitotekniikasta sekä inhimillisyyttä kohdata vaikeassa hoitopro-
sessissa oleva lapseton pariskunta (Eskola & Hytönen 1996, 31). Lapsettomuuspotilaan
hoidossa ei riitä yksin lääketieteellinen huippuosaaminen (Tulppala 2007, 29). Hoitajan
koulutus, teorian tiedon omaaminen sekä hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot
tekevät ohjauksesta täydellisen (Ohtonen 2006).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja tukea hoitohenkilöstön neuvontatyötä sekä
antaa informaatiota koeputkihedelmöityshoitoon tuleville pariskunnille. Opinnäytetyön
tehtävänä oli laatia käsikirjoitus hoitajan näkökulmasta koeputkihedelmöityshoidon
ohjausvideoon. Toteutetun videon sisältö on lyhyt ja tiivis tietopaketti, jossa on kuvattu
koeputkihedelmöityshoitoon tulevan pariskunnan hoitopolku. Videossa kerrotaan lap-
settomuuden syistä, tarvittavista tutkimuksista sekä hoidosta. Käsikirjoitus ja video poh-
jautuvat teorian tietoon.

Videota ja kirjallista raporttia voidaan hyödyntää lapsettomuusklinikoilla koeputkihedelmöityshoidon ohjauksessa sekä opetuskäytössä. Opinnäytetyön toimeksiantaja on NordicInfu Care AB. Yhteistyökumppaneina videossa toimivat Fertility Network Oy sekä SGP Finland Oy, joka vastasi videon kokonaistuotannosta ja ohjauksesta.

Lapsettomuus ja siihen liittyvät tutkimukset ja hoito ovat mielenkiintoisia ja haastavia osa-alueita, joita sairaanhoitajan opinnoissa ei pääse kovin syvällisesti oppimaan. Katsoin oman oppimiseni kannalta hyödylliseksi tarttua näihin aihealueisiin ja päätin selvittää asiaa tarkemmin. Video on myöhemmin nähtävissä Fertility Network Oy:n sekä SGP Finland Oy:n ja NordicInfu Care AB:n Internet-sivustoilla.

2 LAPSETTOMUUS JA SIIHEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

2.1 Tahaton lapsettomuus

Tahaton lapsettomuus käsitteenä tarkoittaa sitä aikaa, jolloin raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa säännöllisistä yhdynnöistä huolimatta. Yleensä raskaus alkaa 80–85 %:lla pareista vuoden kuluessa ehkäisyn poisjätön jälkeen. Loppuosasta puolet tulee raskaaksi ilman apuhoitoja seuraavan vuoden kuluessa. (Tiitinen 2009a.) Tahaton lapsettomuus on melko yleinen ongelma, josta kärsii elämänsä jossakin vaiheessa 10–15 % pariskunnista eli joka kuudes lasta toivova pari. Maassamme arvioidaan olevan noin 30 000 tahattomasti lapsetonta pariskuntaa, ja uusia lapsettomia pareja tulee vuosittain noin 3 000. Yleinen käsitys on, että hedelmättömyys on jonkin verran yleistynyt. (Toivanen, Tulppala & Vilska 2004, 4115.)

Naisten lisääntymisterveyttä selvittäneen FINRISKI 2002 -tutkimuksen mukaan Suomessa kaikista naisista 16 %:lla oli joskus ollut hankaluuksia tulla raskaaksi, ja 9 % oli ollut tutkimuksissa tai saanut hoitoa lapsettomuuteen. Vain pieni osa tahattomasta lapsettomuudesta on pysyvää ja korjaamatonta, sillä hedelmöityshoitojen nopea kehitys on tuonut tullessaan avun lapsettomuudesta kärsivien parien elämään. (Tiitinen 2004, 4107.)

Lapsettomuus käsitteenä jaetaan primaariseksi tai sekundaariseksi lapsettomuudeksi. Primaarisesta lapsettomuudesta puhutaan silloin, kun raskaus tai lapsen saanti ei ole

onnistunut aikaisemmin. Sekundaarisesta lapsettomuudesta puhutaan puolestaan silloin, kun raskaus ja lapsen saanti on aikaisemmin onnistunut luonnollisin keinoin. Tahallinen lapsettomuus on puolestaan tietoisesti valittu elämäntapa. (Klemetti 2003, 113; Ihme & Rainto 2008, 68.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään tahatonta lapsettomuutta eli hedelmättömyyttä.

Uudetkaan hoitomuodot eivät aina takaa raskauden alkamista. Viidesosa pareista jää lopullisesti lapsettomaksi lapsettomuushoidoista huolimatta. Hoitojen lopettaminen on yleensä vaikea päätös, sillä uusia lapsettomuushoitoja tulee jatkuvasti tarjolle. Pariskunnat saattavat kokea hoitojen päättymisen jopa oman lapsen menettämiseltä. Päätös hoitojen lopettamisesta käynnistää pariskuntien mielessä surutyöprosessin. Tällöin ammatti-ihmisen apu voi tarjota uutta näkökulmaa siihen, että elämällä on muutakin tarjottavaa kuin vanhemmuus. Joskus parit päätyvät adoptioon tai sijaisvanhemmuuteen. (Tulppala 2007, 34–35.)

2.2 Lapsettomuuteen vaikuttavat taustatekijät

Raskauden alkamiseen ja jatkumiseen vaikuttavia taustatekijöitä on monia. Lapsettomuuteen vaikuttavat paljon myös omat elämäntavat ja tottumukset. Tupakointi ja runsas päihteiden käyttö heikentävät niin naisen kuin miehenkin hedelmällisyyttä sekä alkaneen raskauden ennustetta. Tupakanpolton lopettaminen palauttaa hedelmällisyyden tason normaaliksi. (Tulppala 2007, 7.)

Naisen normaali paino on tärkeä edellytys lisääntymisterveydelle. Ylipainoisilla naisilla kuukautiskierron- sekä munasolun irtoamishäiriöt ovat hyvin tavallisia. Erityisesti vyötärölihavuuteen on todettu liittyvän hormonaalisia muutoksia, jotka vaikuttavat haitallisesti hedelmällisyyteen. Jo 5–10 %:n painon lasku saattaa auttaa jopa puolta lapsettomista pariskunnista sekä parantaa alkaneen raskauden ennustetta. (Tulppala 2007, 7.) Vastaavasti alipainoisillakin naisilla voi olla vaikeuksia tulla raskaaksi. Erityisesti syömishäiriötä sairastavilla naisilla hedelmättömyyteen liittyy eriasteisia kuukautishäiriöitä. Syömishäiriö on vakava asia, ja sen hoitaminen auttaa hedelmällisyyden ja raskauden ennustetta. (Tulppala 2007, 8.) Runsa ylipaino miehillä voi vastaavasti vaikuttaa hedelmättömyyteen. Estrogeenin liiallinen muodostuminen rasvakudoksessa heikentää sperman laatua. (Koskimies 2004, 30.)

Hedelmällisyysikä naisilla ajoittuu 18:n ja 35 vuoden välille. Naisen hedelmällisyysikä alkaa laskea yleensä 30 ikävuoden jälkeen. Yli 35-vuotiaista noin puolet onnistuu tulemaan raskaaksi vuoden yrittämisen jälkeen ilman hedelmällisyshoitoja. Iäkkäämpien naisten ovulaatiokierto on lyhyempi kuin nuoremmilla tai ovulaatio jää välistä. Ovulaation heikentyminen johtuu lyhentyneestä follikkeli- eli munarakkulavaiheesta. Tästä syystä follikkeli ei aina hedelmöity tai se jakaantuu epämääräisesti, jolloin kiinnittyminen kohdun seinämään on vaikeampaa. (Koskimies 2004, 17.)

Pitkäaikaissairauksilla tai niiden hoitoon käytettävällä lääkityksellä voi olla vaikutusta lapsettomuuden syyhyn, hoidon riskeihin tai raskauden kulkuun. Yleisimpiä sairauksia, jotka aiheuttavat pohdintaa, ovat diabetes, verenpainetauti, kilpirauhasen vajaatoiminta, reumataudit, veren hyytymishäiriöt, epilepsia, astma sekä psyykkiset sairaudet. Lääkitys on hyvä käydä läpi lääkärin kanssa raskautta harkittaessa. (Koskimies 2004, 33.)

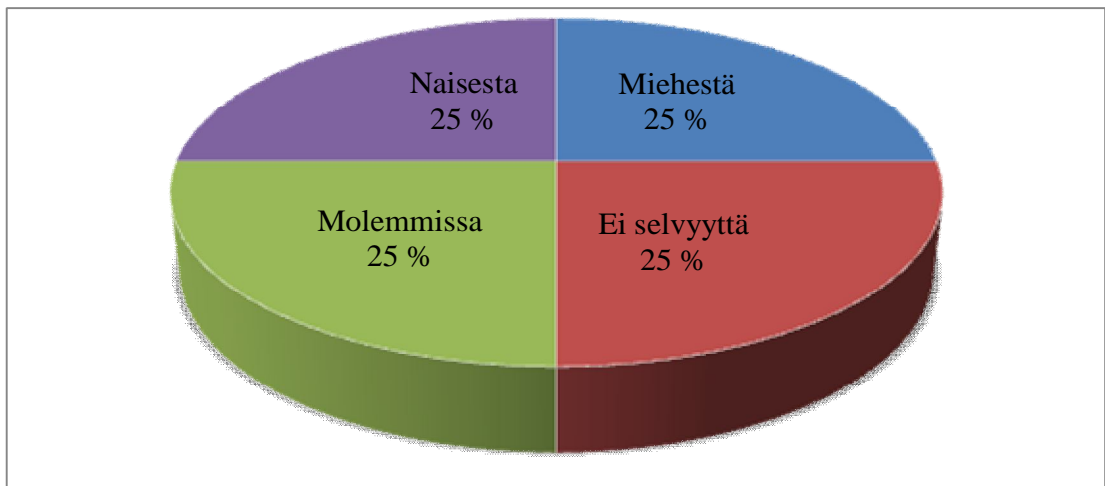
Lääkkeistä erityisesti solunsalpaajat, verenpainelääkkeet, pitkävaikutteiset sulfat, psykelääkkeet sekä anaboliset steroidit aiheuttavat siittiötuotannon heikentymistä (Hippeläinen & Räsänen 2002, 499). Naisen tulisi välttää tulehduskipulääkkeiden käyttöä raskautta suunniteltaessa, sillä lääkkeet voivat heikentää alkion kiinnittymistä kohdun limakalvolle. Sukupuolitaudeista klamydia on yleisin hedelmällisyyttä aiheuttava tulehdus. Tulehdus voi aiheuttaa jopa kymmenkertaisen vaaran kohdun ulkopuoliselle raskaudelle. (Tulppala 2007, 8 – 9.)

Pitkään jatkunut sosiaalinen paine ja stressi voivat aiheuttaa naiselle ovulaatiohäiriöitä. Miehillä puolestaan stressi voi heikentää siittiöiden tuotantoa. Äkilliset elämänmuutokset, kuten suru tai masennus, voivat myös laukaista vastaavanlaisen reaktion elimistössä, ja näin hormonitoiminta voi häiriintyä. (Koskimies 2004, 25–26.)

Noin 2–6 prosentilla pareista lapsettomuuden taustalla voivat olla seksuaaliongelmia. Seksuaaliongelmia voivat johtua haluttomuudesta, erektiohäiriöistä, siemensyöksyn puuttumisesta tai diabetestä sairastavilla miehillä siemensyöksy voi kohdistua virtsarakkoon. Yhdyntään liittyvät ongelmat ovat yleensä moninaisia. Ongelmaan liittyy monesti fyysisiä, psyykkisiä sekä ihmissuhdeongelmia. Lapsettomuuden selvittelyyn kuuluukin yhtenä osa-alueena seksuaalialiasioista keskustelu, ja tarvittaessa pariskunnalle voidaan tarjota psykoterapeuttista apua. (Tulppala 2007, 12.)

2.3 Lapsettomuuden syyt

Lapsettomuus koskettaa parisuhteessa molempia osapuolia. Joskus lapsettomuuden syy saattaa olla elimellinen. Tutkimusten mukaan syy on yhtä usein sekä naisessa että miehessä tai molemmissa. Joskus lapsettomuuden syy jää kokonaan selvittämättä. (Tulppala 2007, 9; Klemetti 2003.) Tämän vuoksi on tärkeää, että molemmat osapuolet tutkitaan diagnoosin selvittämiseksi (Hovatta 2002, 311). Kuviosta 1 näkyy, kuinka lapsettomuuden syyt ovat jakautuneet miehen ja naisen välillä prosentuaalisesti.



Kuvio 1. Lapsettomuuden syiden jakautuminen naisen ja miehen välillä

2.3.1 Naisesta johtuvat syyt

Naisesta johtuvan lapsettomuuden syynä ovat tavallisesti munasolun irtoamishäiriöt, jotka aiheutuvat usein aivolisäkehormonien, kuten follitropiinin (FSH) ja lutropiinin, (LH) vajaerityksestä aivolisäkkeessä (Hovatta 2002, 311). Aivolisäkkeen tuottamia hormoneja (FSH:ta ja LH:ta) kutsutaan yhteiseltä nimeltään gonadotropiinit. Gonadotropiinit säätelevät ihmisellä sukupuolihormonien eristystä. FSH naisilla kiihdyttää munarakkulan kasvua ja kehitystä. LH vaikuttaa naisilla munasolun irtoamiseen ja ohjaa keltarauhasen muodostumista. (Tiitinen, Suikkari, Forsman-Behm & Simberg 2008, 6.) Toiseksi yleisin syy on munajohdinvaurio, joka todetaan joka viidellä lapsettomuustutkimuksiin tulevalla naisella. Joka kolmannella hedelmällisessä iässä olevalla lapsettomalla naisella syyksi todetaan endometrioosi. (Tulppala 2007, 9–10.)

Lisäksi kohtupoikkeavuudet voivat olla yksi lapsettomuuden syy. Kohdun rakenteelliset viat heikentävät alkion kiinnittymistä kohdun limakalvolle. Kohtuontelon lihaskasvaimet eli myoomat tai muut hyvänlaatuiset muutokset kohdun limakalvolla, esimerkiksi polyypit, voivat häiritä raskauden alkua tai sen etenemistä. Toistuvat tulehdukset tai kaavinnat kohtuontelossa voivat johtaa kiinnikkeiden syntymiseen, mikä vaikeuttaa raskaaksi tuloa. Kohtuontelon huono liman erityys voi johtua vähäisestä estrogeenivaikutuksesta tai kohtuontelon toimenpiteistä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 177–178.)

2.3.2 Miehestä johtuvat syyt

Miehestä johtuvan lapsettomuuden syynä on yleensä sperman laadun heikkous, jolloin siittiöitä ei ole tarpeeksi tai niiden liikkuvuus on heikkoa (Tulppala 2007, 11). Sperman laatu pystytään diagnosoimaan sperma-analyysin avulla. Yleisin syy sperman laadun heikkouteen on itse kiveskudoksessa, sen kyvyssä tuottaa hyvälaatuisia siittiöitä vaihtelevin syin. Joskus sperman laadun heikkous johtuu kiveslaskimon suonikohjuista. Lapsettomuus voi johtua myös miehen sukupuolielinten tulehduksesta, kuten eturauhasen, rakkularauhasen tai lisäkivesten tulehduksesta. (Hovatta 2002, 313–314.)

Myös piilokives korjattunakin voi aiheuttaa edelleen siittiötuotannon häiriöitä. Synnyttäiset kehityshäiriöt, jotka muuten eivät vaikuta miehen kehitykseen, voivat aiheuttaa lapsettomuutta. Harvinaisempia syitä miehellä ovat hormonihäiriöt. Joskus ei saada selville mistä epänormaali sperman laatu johtuu. Silloin puhutaan tuntemattomasta syystä johtuvasta heikkospermaisuudesta. (Hovatta 2002, 313–314.)

3 LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSET JA -HOIDOT SUOMESSA

3.1 Tutkimuksiin hakeutuminen

Lapsettoman parin hoitopolku alkaa perusterveydenhuollossa tai yksityislääkärin vastaanotokäynnillä, josta pariskunta saa lähetteen jatkotutkimuksiin. Jatkohoidot tehdään aina erikoissairaanhoidossa, yksityisellä lapsettomuuslinikalla tai Väestöliitossa. (Ihme & Rainto 2008, 69.) Lapsettomuustutkimukset aloitetaan, jos raskaus ei ole alkanut reilun vuoden yrittämisen jälkeen ehkäisyn lopettamisesta. Tätä ennen on jo kannattanut

selvittää, jos naisella on ollut kuukautiskierronhäiriöitä tai hän on sairastanut pahoja lantion alueen tulehduksia. Vastaavasti jos on tiedossa, että miehellä on ollut sairauksia, joiden tiedetään vaikuttaneen lapsettomuuteen, kannattaa siemennestetutkimus tehdä jo hyvissä ajoin. (Tiitinen & Hovatta 2004, 181.)

Tutkimusten alussa paria haastatellaan yhdessä ja erikseen. Molempien tutkimukset aloitetaan yleensä samanaikaisesti, jotta saataisiin nopeasti selvyys lapsettomuusongelmaan. Hyvä taustatyö ja selvitys perustiedoista ovat lapsettomuusdiagnostiikan perusta. (Tiitinen & Hovatta 2004, 181.) Esitietojen perusteella määritellään hoidon kiireellisyys ja laajuus (Hippeläinen & Räsänen 2002, 498). Jokaiselle pariskunnalle suunnitellaan tutkimukset aina yksilöllisesti (Ihme & Rainto 2008, 69).

3.1.1 Naiselle tehtävät tutkimukset

Naisen lapsettomuustutkimukset ovat monimutkaisempia ja aikaa vieviä verrattuna miehen tutkimuksiin (Tulppala 2007, 13). Naiselle tehdään aluksi gynekologinen perustutkimus (Koskimies 2004, 48). Perustutkimukset alkavat pituuden, painon ja verenpaineen mittauksella. Rinnat tutkitaan, otetaan papa-näyte eli gynekologinen irtosolunäyte ja tarvittaessa otetaan infektionäytteet. (Tiitinen & Hovatta 2004, 181.) Selvitetään aikaisempi ehkäisy ja kuukautiskierron pituus. Lisäksi tehdään erilaisia laboratorio- ja hormonitoiminnan tutkimuksia sekä selvitetään kilpirauhasen toiminta. (Ihme & Rainto 2008, 69–70.)

Raskaaksi tulolle välttämättömiä ovat munasolun irtoaminen ja munajohtimen aukiolo. Nämä pystytään tarkistamaan helposti ultraäänitutkimuksella (Tulppala 2007, 13). Emättimen kautta tehtävä ultraäänitutkimus antaa lisäksi selvyyttä kohdun ja munasarjojen rakenteesta sekä kohdun limakalvon paksuudesta. Mikäli limakalvo on paksu, kohdun limakalvolla voidaan epäillä olevan polyyppejä. (Martikainen 2000, 125.)

Ultraäänitutkimuksella voidaan seurata myös munarakkulan kypsymistä sekä kohdun limakalvon kehitystä kuukautiskierron aikana. Munatorvien aukiolo voidaan tarkistaa ultraäänitutkimuksen yhteydessä joko varjoaine- tai keittosuolaruiskutuksella. Jos epäillään munajohdinvaurioita tai endometrioosia, tehdään lisäksi vatsaontelontähystys eli

laparoskopia. Kohtuontelon tilasta saadaan tarkempi varmuus kohdun tähytyksellä eli hysteroskopiolla. (Tulppala 2007, 13–14; Ihme & Rainto 2008, 69–70.)

3.1.2 Miehelle tehtävät tutkimukset

Miehen kliinisiin tutkimuksiin kuuluvat kivesten ja nivustaiteiden tarkastelu ja tunnus- telu. Kivesten koko ja kiinteys kertovat yleensä hyvin siittiötuotantokyvystä. Jos kives- ten tunnus- telussa havaitaan kiveslaskimon suonikohjuja, löydös tarkistetaan ultraääni- tutkimuksella. (Tulppala 2007, 14.) Kivesten ultraäänitutkimuksella saadaan tarkka sel- vyys kivesten rakenteellisista vioista (Hippeläinen & Räsänen 2002, 499).

Laboratoriossa tutkitaan ja analysoidaan miehen siemennestenäyte. Sperma-analyysi on miehen tärkeimpiä tutkimuksia. Näytteestä tutkitaan siittiöiden liikkuvuus, määrä, ra- kenne sekä siittiövasta-aineiden esiintyminen. Mikäli siemennestenäyte todetaan nor- maaliksi, ei mieheltä tarvita ottaa muita tutkimuksia. Jos vastaavasti näyte on poikkeaa- va, verestä otetaan perushormonimääritykset, FSH, LH, testosteronin ja prolaktiinin pitoisuudet sekä kilpirauhasen arvot. (Tulppala 2007, 14.) Miehillä siittiöiden kehitystä ja tuotantoa säätelevät samat aivolisäkkeen tuottamat hormonit (FSH ja LH), jotka sää- televät naisella hormonitoimintaa. FSH kiihdyttää miehillä siittiöiden kehittymistä ja LH säätelee testosteronituotantoa kiveksissä. (Tiitinen ym. 2008, 7.)

Sperma-analyysin tulkinnessa käytetään Maailman terveysjärjestön WHO:n sekä Eu- roopan lisääntymislääketieteen ja -biologian asiantuntijoiden seuran ESHRE:n antamia suosituksia ja viitearvoja (ESHRE 2008, 2). Mikäli siemennesteestä puuttuvat siittiöt, miehelle tehdään kivesbiopsia eli otetaan koepala kiveksestä. Koepalasta saadut siittiöt voidaan pakastaa mahdollista myöhempää hedelmöityshoitoa varten. Kromosomiana- lyysi tehdään, jos sperma-analyysi osoittautuu erittäin huonoksi. (Koskimies 2004, 48.)

3.2 Lapsettomuushoidot Suomessa

Suomessa vuonna 2008 vastasyntyneistä lähes kolme prosenttia oli saanut alkunsa he- delmöityshoidoilla (Ihme & Rainto 2008, 70). Hedelmöityshoitojen saatavuus on Suo- messa hyvä. Suurin osa hoidoista toteutetaan yksityisillä klinikoilla. Jonoja hedelmöi- tyshoitoihin on lähinnä julkisella sektorilla. (Tulppala 2007, 22.)

Yksityisiä ja julkisia lapsettomuushoitoklinikoita on Suomessa tällä hetkellä yhteensä 26, joista 19 klinikkaa antaa koeputki- ja mikrohedelmöityshoitoja sekä pakastettuja alkion siirtoja (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2006). Lapsettomuushoitojen aloittamisen suunnittelussa pyritään arvioimaan aina, onko luonnollinen raskaus mahdollinen. Hoitosuunnitelma tehdään aina parin toiveiden sekä ongelman syiden mukaan. Osa hoitoon hakeutuneista pariskunnista kokee parhaaksi vaihtoehtokseen kuitenkin adoption tai hoidosta pidättäytymisen ja valitsevat tietoisesti elämän ilman lapsia. (Tiitinen 2002, 517.)

Aluksi täytyy puuttua hedelmällisyyttä alentavien tekijöiden korjaamiseen, kuten esimerkiksi paino-ongelmat ja tupakointi ovat näistä tekijöistä tärkeimmät (Tiitinen 2009b). Jos pariskunta päätyy lääketieteelliseen hoitomuotoon, sen on oltava turvallinen sekä naiselle että sikiölle. Raskausriskit on minimoitava ja tavoitteena on saada terve lapsi. Hoitosuunnitelmaan vaikuttavat myös hoidon kokonaiskustannukset. (Tiitinen 2002, 517.)

Klemetin (2007, 3–4, 51) mukaan naisen ikääntyessä hoitojen onnistuminen vaikeutuu ja kustannukset nousevat. Tutkimuksen mukaan alle 30-vuotiaista 47 % ja yli 40-vuotiaista 17 % sai hoidoilla lapsen seurannan aikana. Kun tiedetään, että ensisynnyttäjien keski-ikä on jatkuvasti kohonnut, lapsen hankinnan siirtäminen myöhemmälle iälle merkitsee sitä, että yli 30-vuotiaiden naisten osuus synnyttäjistä kasvaa. Synnytysten lykkääminen myöhempään elinvaiheeseen onkin tärkeä syy lapsettomuuteen, mikä lisää puolestaan hedelmättömyyshoitojen käyttöä. Klemetin väitöskirjan tulokset kuvaavat karulla tavalla, millainen rasite kalliit lapsettomuushoidot ovat kansantaloudelle ja kaikki keinot kustannusten alentamiseksi ovat tervetulleita. Tämä tuo osaltaan lapsettomuushoitojen kustannustehokkuuden ja onnistumisen vielä tärkeämmäksi ennen kaikkea hedelmällisyysikäisten iäkkäämpien naisten kohdalla.

Nykyisin on monia vaihtoehtoja hoitaa sekä miehestä että naisesta johtuvaa lapsettomuutta. Lapsettomuuden hoito on syyn mukaista, ja siksi näiden syiden mahdollisimman tarkka selvittely luo perustan oikealle hoidolle. Noin 80 % lapsettomuustapauksista on nykyisin hoidettavissa, jos kaikkia hoitomahdollisuuksia käytetään hyväksi. (Tiitinen 2002, 517.) Ennen hoitojen aloittamista on tärkeää huolellinen informaation antaminen sekä hoidon tuloksista että hoitoriskeistä (Tulppala 2007, 15).

Lapsettomuushoidot voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään: kirurgisiin hoitoihin, hormonihoitoihin, ja avusteisiin hedelmöityshoitoihin (ART), kuten inseminaatio (IUI) eli keinosiemennys sekä koeputki- ja mikroinjektiohedelmöitys (IVF ja ICSI) (Tiitinen & Hovatta 2004, 185–186, 188–189, 191). Hedelmöityshoidoilla tarkoitetaan menetelmiä, joiden avulla avustetaan munasolujen kypsyä, irtoamista, hedelmöitymistä sekä alkuiden kiinnittymistä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007, 7).

Leikkaushoitoa käytetään silloin, jos esimerkiksi joudutaan poistamaan tähytyksellä endometriosisipesäkkeitä tai kohtuontelon muita kasvaimia. Hormonihoitoa käytetään munasolun irtoamishäiriöön. Tavalliset munarakkulan kasvua edistävät ja munasolun irtoamiseen käytettävät hormonivalmisteet ovat tablettina otettava klomifeeni tai ihon alle pistoksina annettava FSH-hormonia sisältävä hoito. Inseminaatioissa hyvin liikkuvat ja rakenteeltaan hyvät siittiöt erotellaan siemennesteestä ja ruiskutetaan katetrin avulla suoraan kohtuonteloon ovulaatiopäivänä. Tähän hoitoon voidaan liittää naiselle annettava FSH-pistoshoito. (Tulppala 2007, 15–16.)

Hoidoissa lääketieteellisesti vaativimmat menetelmät ovat koeputkihedelmöitys ja mikroinjektiohoito. Näissä hoidoissa kasvatetaan hormonihoitoon avulla munarakkuloita ja kerätään munasoluja munarakkulapunktiossa. Hedelmöitys tapahtuu laboratoriossa puolison tai luovuttajan siittiöillä. Saaduista alkioista siirretään yksi tai useampi katetrin avulla kohtuun. (Tulppala 2007, 17.)

Mikroinjektiohoitoa käytetään yleensä silloin, kun miehen siittiöiden määrä ja laatu eivät riitä IVF-hoitoon. Mikroinjektio tapahtuu pitkälti koeputkihedelmöityshoidon tavoin. Laboratoriossa mikroinjektiossa viedään siittiö mikromanipulaattorin avulla ohuella lasipipetillä munasolun sisään. Tällä tavoin saadaan varmistettua, että huonolaatuisenkin siittiö pääsee munasolun sisälle ja hedelmöitys pääsee mahdollisesti alkuun. (Koskimies 2004, 61.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään hedelmöityshoitovaihtoehtoista koeputkihedelmöityshoitoon eli IVF-hoitoon.

3.3 Hedelmöityshoitojen korvattavuus Suomessa

Suomessa hedelmöityshoidot kuuluvat sairaskorvauksen alaisuuteen, jolloin korvausta voi saada lääkkeistä ja hoitotoimenpiteistä (Tulppala 2007, 22). Kansaneläkelaitos on

kiristänyt hedelmöityshoitojen korvausjärjestelmää vuonna 2008 (Kansaneläkelaitos 2008). Korvausta maksetaan pääsääntöisesti vain kolmesta hedelmöityshoidosta (Palmäki 2009).

Hoidon yläikärajana pidetään 43:a vuotta. Uuden ohjeistuksen mukaan 43 vuotta täyttäneiden naisten suoraveloituskorvausta ei voida enää soveltaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että sairaanhoito- ja lääkekustannusten korvaus pitää hakea jälkikäteen Kansaneläkelaitokselta, jossa hakemus käsitellään erikseen. Hakemuksen käsittelyä varten tarvitaan hoitavan lääkärin lausunto sairaudesta. Kansaneläkelaitos ei korvaa sterilisaation jälkeisiä hedelmöityshoitoja, ellei sterilisaatio ole tehty sairauden vuoksi. (Kansaneläkelaitos 2008.)

Korvausta ei myöskään saa alkioiden pakastamisesta tai säilytyksestä syntyvistä kuluista. Sukusolujen luovuttajalle ei saa lain mukaan maksaa rahallista korvausta, sillä kyse ei ole luovuttajan sairauden hoitamisesta. Ainostaan pieni kulukorvaus on sallittu. (Koskimies 2004, 95, L 1237/2006, 21§.) Hoitotakuun piiriin lapsettomuuden hoito on kuulunut tietyillä edellytyksillä 1.4.2005 lähtien (Tulppala 2007, 22).

3.4 Hedelmöityshoitojen etiikka ja lainsäädäntö Suomessa

Lääketieteen kehittyminen on tuonut monia uusia mahdollisuuksia ihmisen lisääntymisessä. Hoidot ja tekniikka mahdollistavat lapsen syntymisen ilman biologista vanhemmuutta. Laki kuitenkin määrittää kaikissa toiminnoissa lapsen edun turvaamista. (Koskimies 2004, 90.) Lapsettomuushoidoissa käytetyt menetelmät ovat herättäneet monissa maissa oikeudellisia ja eettisiä kysymyksiä (Eskola & Hytönen 1996, 24). Euroopan eri maissa säännökset vaihtelevat merkittävästi. Joissakin maissa sijaissyntyminen on laillista, ja toisissa maissa taas ei hyväksytä alkioiden pakastusta tai hedelmöityshoitoja luovutetuilla sukusoluilla. (Halila 2005, 1929.) Keskustelua syntyy ajoittain siitä, onko lapsettomuus sairaus, joka oikeuttaa hoitoon yhteiskunnan varoilla. Ketkä ovat oikeutettuja saamaan hoitoja, onko samaa sukupuolta olevilla pareilla oikeus lapsen saamiseen? (Klemetti 2003, 122; Koskimies 2004, 90.)

Suomessa lapsettomuusklinikat noudattavat yhteisesti sovittuja eettisiä periaatteita. Hoitoihin tuo erityistä ongelmaa lahjoitettujen sukusolujen käyttö. Huomioon on otettava lahjoitettujen sukusolujen avulla syntyneiden lasten biologisen alkuperän vaikutus lapsen ja perheen välisiin suhteisiin. Kysymyksiä on herättänyt se, kuinka saadaan selvitettyä parin mahdollisuudet taata syntyvälle lapselle turvallinen ja vakaa kehitys. Ristiriitaisia kysymyksiä herättää lisäksi sukusolujen luovuttajan identiteettisuoja. Onko eettisesti oikein luovuttajan kannalta salata tieto vai onko syntyvällä lapsella oikeus saada tietää biologinen perimänsä? (Suomen Lääkäriliiton eettisten periaatekysymysten valio-kunta 2005, 64–65.) Näitä kysymyksiä ratkaisemaan on Suomeen saatu vihdoin hedelmöityshoitolaki (L1237/2006), joka tukee hoitohenkilökunnan sekä hoitoon tulevien parien tai yksinäisten naisten hoitoa ja hoitopäätöksiä.

Laissa on määrätty tarkasti, mitkä seikat määräävät seksuaali- ja lisääntymisterveyden parissa työskentelevien hoitotyön ammattilaisten toimintaa. Hedelmöityshoito perustuu voimassa oleviin lakeihin ja asetuksiin. Lain mukaan pariskunnalla on oikeus saada hoitoon tullessaan tietoa terveydentilastaan, hoidon laajuudesta, riskitekijöistä sekä hoitoon liittyvistä eri vaihtoehtoista. Ennen hoidon alkua allekirjoitetaan aina hoitosuostumus. (Ihme & Rainto 2008, 18–19.) Lääkäri antaa päätöksen hedelmöityshoitojen antamisesta, mikäli kaikki hoidon edellytykset täyttyvät (Tulppala 2007, 23; L1237/2006, 11§).

Eduskunta hyväksyi 22.12.2006 uuden lain hedelmöityshoidosta. Lain mukaan hoitoja voidaan antaa avio- tai avopareille, yksineläville tai naispareille. Kaikkien alkuiden sekä sukusolujen luovuttajista on pidettävä luovutusrekisteriä. Sijaissyntyminen on edelleen Suomessa kielletty. Hedelmöityshoitolaki astui voimaan Suomessa 1.9.2007. (Tulppala 2007, 22–23.) Hedelmöityshoitolaissa hedelmöityshoito määritellään seuraavasti:

Tässä laissa säädetään sellaisen hedelmöityshoidon antamisesta, jossa ihmisen sukusolu tai alkio viedään naiseen raskauden aikaansaamiseksi. Tässä laissa säädetään myös sukusolujen ja alkuiden luovuttamisesta ja varastoinnista hedelmöityshoitoa varten. Tämän lain säännökset sukusoluista koskevat myös sukusolujen esiasteita. Hedelmöityshoitona ei tässä laissa pidetä miehen käsittelemättömän ja varastoimattoman sperman viemistä naiseen ilman, että toimenpiteeseen osallistuu lääkärin ammatin harjoittamiseen oikeutettu tässä toimessaan tai muu ulkopuolinen korvausta vastaan. (L1237/2006, 1§.)

4 KOEPUTKIHEDELMÖITYSHOITO (IVF)

4.1 IVF-hoidon historia

Koeputkihedelmöityshoito eli IVF tulee latinan kielen sanoista *in vitro fertilisatio*. Koeputkihedelmöityksen tarkoituksena on saada onnistumaan munasolujen ja siittiöiden kohtaaminen sekä munasolun hedelmöittyminen. IVF-hoitoa voidaan käyttää melkein kaikissa lapsettomuusongelmissa. Käyttöindikaatioita ovat muun muassa munajohdinvauriot, endometriosisi, selittämättömät lapsettomuudet sekä miehistä johtuvat lapsettomuuden ongelmat. (Tiitinen & Hovatta 2004, 189.)

Englantilaiset Robert Edwards ja Patrick Steptoe onnistuivat ensimmäisenä hedelmöittämään ihmisen munasolun vuonna 1969. Tätä ennen tutkimustyötä tehtiin useita vuosia koe-eläimillä. Edwards toimi silloin fysiologian professorina Cambridgen yliopistossa. Tiivis yhteistyö Steptoen ja Edwardsin välillä alkoi vuonna 1968 Oldhamin yleissairaalassa. Ensimmäinen koeputkihedelmöitetty raskaus saavutettiin 1975, mutta tämä päättyi kohdunulkoiseen raskauteen. Maailman ensimmäisen koeputkilapsen nimi oli Louise Brown. Hän syntyi Englannissa 25. heinäkuuta 1978. (Koskimies 2004, 96.)

Ensimmäinen Suomessa koeputkihedelmöityksellä alkunsa saanut lapsi syntyi vuonna 1984 Helsingin yliopistollisessa sairaalassa. Tästä parin viikon päästä syntyi jo toinen lapsi Turun yliopistollisessa sairaalassa. Turun yliopistollinen sairaala oli ensimmäinen sairaala Suomessa, joka kehitti ja otti käyttöön IVF-hoidon vuonna 1982. (Jokimaa 2008, 12.)

4.2 IVF-hoidon vaiheet

IVF-hoidon vaiheet voidaan jakaa karkeasti seitsemään eri osioon.

Ensimmäinen vaihe on hormonihoido. Hoidon tarkoituksena on saada aikaan usean munarakkulan kasvaminen, kypsyminen sekä irtoaminen. Normaalisti kuukautiskierron aikana muodostuu yksi munarakkula, jonka sisällä on yksi munasolu. IVF-hoidossa munarakkuloita saadaan hormonilääkityksen avulla kasvatettua jopa useita kymmeniä. (Koskimies 2004, 54.) Munasarjojen stimulointiin on olemassa monenlaisia hor-

monivalmisteita. Lääkemuotona käytetään joko tablettia tai ihon alle laitettavaa pistoslääkettä. Pistoslääkkeistä käytetään yleisnimikettä FSH-pistokset. (Tulppala 2007, 15.)

Toinen vaihe on hormonihoidon seuranta. Hormonihoidon vastetta seurataan tavallisesti kaksi tai kolme kertaa hoidon aikana ultraäänitutkimuksella sekä tarvittaessa laboratorionäytteellä. Näytteestä määritetään seerumin estradioliarvo, joka on yleensä koholla juuri ennen ovulaatiota. (Tiitinen & Hovatta 2004, 189.) IVF-hoito voidaan toteuttaa myös naisen luonnollisen kuukautiskierron aikana ilman hormonipistoksia (Tiitinen & Hovatta 2004, 189; Tulppala 2007, 18). Luonnollista menetelmää käytetään, jos epäillään hormonihoidosta aiheutuvan ongelmia, esimerkiksi munasarjojen ylireagointia (Tulppala 2007, 18).

Kolmas vaihe on munasolujen keräys. Kypsistä munarakkuloista imetään munarakkulanestettä ultraäänipunktiossa emättimen pohjukan läpi ohuella neulalla (Hovatta 2002, 315). Joskus harvoin munasarjojen sijaitessa korkealla voidaan joutua punktio tekemään vatsapeitteiden läpi. Toimenpide tapahtuu kevyessä sedaatioissa eli potilaalle annetaan laskimonsisäisesti rauhoittava lääke sekä kipulääkettä. Mikäli potilas on erittäin kipuerkäs, keräys voidaan tehdä nukutuksessa. (Koskimies 2004, 58.) Munasarjoista poimitut munasolut siirretään viljelymaljalle (Tiitinen & Hovatta 2004, 191).

Toimenpide kestää noin 10–30 minuuttia. Toimenpiteen jälkeen potilasta tarkkaillaan muutaman tunnin ajan lepohuoneessa, jonka jälkeen pariskunta pääsee lähtemään kotiin. (Koskimies 2004, 58.) Munasarjojen kiertymisen vuoksi aktiivista liikuntaa, kuten juoksua tai aerobicia tulee välttää punktion jälkeen kahden viikon ajan. Toimenpiteen jälkeen alavatsalla voi tuntua kipua ja turvotusta. Tarvittaessa kipuun voi käyttää lääkkeenä parasetamolia. Munasarjojen toipumiseen auttaa runsas nesteen juonti. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008b.)

Neljäs hoidon vaihe on siemennesteen käsittely laboratoriossa. Munasolujen keräyspäivänä mies on antanut siemennestenäytteen, josta valitaan siittiöt hedelmöitystä varten (Martikainen 2000, 133). Parhaiten siemennestenäytteen saa masturboimalla, sillä näytteen tulee olla tuore ja mielellään tunnin sisällä laboratoriossa. Kuljetuksen aikana näyte on pidettävä lämpimässä, sillä siittiöt ovat alttiita lämpötilan vaihteluille. Tarvittaessa sairaaloissa on myös varattuna tila, jossa voi antaa näytteen. (Koskimies 2004, 59; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008a.)

Viides hoidon vaihe on hedelmöitys. Munasolut erotetaan laboratoriossa munarakkulanesteestä ja hedelmöitetään samana päivänä puolison tai luovuttajan siittiöillä (Tulppala 2007, 17). Yleensä viljelymaljalle siirretään noin 10 000–20 000 esikäsiteltyä siittiötä, jonka jälkeen malja siirretään lämpökaappiin (Tiitinen & Hovatta 2004, 190). Laboratoriossa seurataan hedelmöityksen kehitystä, ja 18–20 tunnin jälkeen siittiöiden lisäämisestä voidaan todeta, onko hedelmöitys alkanut (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007).

Kuudes hoidon vaihe on alkion siirto. Kahden tai kolmen päivän kuluttua hedelmöityksestä kehittyvistä alkioista yksi tai kaksi siirretään kohtuun. Loput hyvänlaatuiset alkiot voidaan pakastaa mahdollista myöhempää sulatussiirtoa varten. (Tulppala 2007, 17.) Alkion siirto on pieni ja kivuton toimenpide. Siirto tapahtuu ohuen katetrin avulla kohtuonteloon. Alkion siirrossa käytetään apuna ultraäänilaitetta, jotta nähdään katetrin pään olevan varmasti oikeassa kohtaa kohtuonteloa. Alkionsiirron aikana virtsarakon tulee olla täynnä, jotta ultraäänikuva olisi selkä. Toimenpiteen jälkeen saa liikkua normaalisti ja kotiin pääsee lähtemään heti. (Koskimies 2004, 64, 66.) Alkion siirron jälkeen aloitetaan noin kaksi viikkoa kestävä tukihoido keltarauhas- eli progesteronihormonilla (Martikainen 2000, 133). Keltarauhashormonia otetaan normaalisti joko emättimen kautta voiteena tai suun kautta tablettina (Koskimies 2004, 68).

Seitsemäs hoidon vaihe on raskaustesti. Raskaustesti tehdään 14 päivää alkionsiirrosta joko kotona virtsasta tehtävällä raskaustestillä tai vastaavasti laboratoriossa verestä mitattavalla herkemmällä testillä (Koskimies 2004, 68). Raskaustestin näyttäessä positiivista raskaus on onnistunut. Tämän jälkeen tehdään joko kuuden tai seitsemän raskausviikon ultraääni ja tarkistetaan raskauden alku sekä tehdään jatkohoitosuunnitelma. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008b.) Mikäli raskaustesti näyttää negatiivista ja kuukautisvuoto on alkanut, mietitään yhdessä lääkärin kanssa jatkohoidon suunnittelu. Käydään läpi hoidon epäonnistuminen sekä uudet mahdollisuudet hoitojen ja raskauden suhteen. (Koskimies 2004, 68.)

4.3 IVF-hoitoihin liittyvät hoitotulokset ja riskit

Koeputkihedelmöityshoito on arkipäivää Suomessa (Tulppala 2007, 22). IVF-hoito sekä tästä johdetut menetelmät ovat käytetyin ja tehokkain hoitomuoto hedelmöityshoidoissa (Koskimies 2004, 79). Suomessa on näiden hoitojen ansiosta syntynyt jo melkein 15 000 lasta ja koko maailmassa noin kolme miljoona lasta. Lapsettomuushoidot tulee toteuttaa niin, että riskit olisivat mahdollisimman pienet sekä äidille että sikiölle. (Tulppala 2007, 21.) Taulukosta 1 näkyy, kuinka IVF-hoidon kehitys on edennyt Suomessa vuosina 2003–2007.

Taulukko 1. IVF-hoitojen kehitys Suomessa vuosina 2003–2007 (Mukaiillen Gissler & Heino 2009, 22).

IVF	2003	2004	2005	2006	2007
Hoitoja	6 990	7 798	7 691	7 839	7 990
Kierrot	2 669	2 926	2 810	2 849	2 931
Punktiot	2 592	2 849	2 736	2 770	2 830
Siirrot	2 342	2 530	2 433	2 530	2 538
Raskauksia	744	676	678	748	774
Synnytyksiä	566	525	517	581	583

Koeputki- ja mikrohedelmöityshoitoja sekä niihin liittyviä pakastettujen alkuiden siirtoja tehtiin lähes 8 000 kappaletta vuonna 2007. Vuoden 2008 ennakkotilastojen mukaan näiden hoitojen määrä kasvoi 6,1 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Vuoden 2008 hoitokertojen määrä oli 8 480. (Gissler & Heino 2009, 1.)

Uusi laki toi muutoksia luovutettujen sukusolujen saatavuuteen. Luovutetuilla munasoluilla hoito kerrat vähentyivät huomattavasti vuonna 2007. Luovutetuilla siittiöillä tehdyt hoidot kuitenkin lisääntyivät 34,7 prosenttia vuonna 2007. (Gissler & Heino 2009, 1.)

Hedelmöityshoitojen avulla alkaneista raskauksista 20,5 prosenttia päättyi keskenmenoon vuonna 2007 sekä 1,9 prosenttia kohdunulkoiseen raskauteen. Spontaaniin raskauteen verrattuna keskenmenon riski on arviolta samalla tasolla hedelmöityshoitoraskauksissa. Kohdunulkoisen raskauden riski on suurempi kuin luonnollisessa raskaudessa. Samoin vastasyntyneiden kuolleisuus näyttää vuoden 2007 tilastojen mukaan olevan hieman korkeampi hedelmöityshoitoraskauksissa. (Gissler & Heino 2009, 3.)

Suomessa hedelmöityshoitojen tilastointi alkaa vuodesta 1992. Alkuvuosina 1992–1993 tiedot hoidoista keräsi Helsingin yliopistollinen IVF-klinikka. Vuodesta 1994 asti tietojen ja tilastojen ylläpidosta on vastannut Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. (Gissler & Heino 2008, 10.) Raskaustilastot antavat arvokasta tietoa hoitojen onnistumisesta. On kuitenkin muistettava, että jokainen pari on yksilöllinen, ja heidän erilaiset taustatekijänsä ovat vaikuttamassa raskauden onnistumiseen. Alle 40-vuotiaiden onnistumisprosentti IVF-hoidoissa on parhaimmillaan 50 prosenttia, mutta iäkkäämillä mahdollisuudet vähenevät 25 prosenttiin. (Koskimies 2004, 79.)

Koeputkihedelmöityshoitojen komplikaatiot ovat naiselle harvinaisia, mutta vaikeimmillaan ne voivat johtaa kuolemaan. Hoitojen yleisimmät komplikaatiot liittyvät munasarjojen hyperstimulaatioon, munasolujen keräykseen sekä alkaneisiin raskauksiin. (Jaakola 2007, 333.) Yleisin komplikaatio on kuitenkin munasarjojen hyperstimulaatioireyhtymä eli munasarjojen ylireagointi (Jokimaa 2006, 434). Sen voi aiheuttaa hedelmöityshoidossa käytetty hormonilääke. Riskiryhmään kuuluvat nuoret hoikat naiset sekä naiset, joilla on munasarjojen munarakkula-oireyhtymä. Tyypilliset oireet ovat kovat vatsakivut, vatsan turvotus, oksentelu, pahoinvointi sekä joskus hengenahdistus. (Tulppala 2007, 21; Tiitinen 2009c, 1.)

Hoitona munarakkula-oireyhtymään on yleensä lepo ja runsas nesteen juominen. Vaikeimmissa tapauksissa seurataan tilannetta sairaalahoidossa. Hoidon aikana tarkka ultraääniseuranta sekä veren hormonipitoisuuden seuranta estävät riskin syntymistä. (Tiitinen 2009c, 1.) Muita komplikaatioita voivat olla infektio, veritulppa, munarakkulan repeäminen tai munasarjan kiertymä (Jokimaa 2006, 434).

Tutkimusten mukaan hedelmöityshoidoilla syntyneet lapset ovat pääosin yhtä terveitä ja kasvavat ja kehittyvät yhtä normaalisti kuin luonnollisestikin käynnistyneissä raskauksissa. Koeputkihoitojen pitkäaikaisriskeistä tiedetään kuitenkin vielä vähän. Tästä johtuen hoitoja tulisi käyttää rajatusti ja vain lääketieteellisin perustein. (Soini, Kääriäinen & Tuuri 2006, 1103–1104.) Hedelmöityshoitojen ei ole todettu aiheuttavan sen enempää epämuodostumien riskiä kuin spontaanien raskauksien. Keskenmenojen riski on joissakin lapsettomuushoidoissa suurempi, mutta tähän on syynä todennäköisesti taustalla oleva lapsettomuuden alkuperäinen syy. (Tiitinen & Hovatta 2004, 192.)

Merkittävin hedelmöityshoitojen riski liittyy monisikiöraskauksiin sekä niihin liittyviin raskausajan komplikaatioihin. Raskauden aikaisia ongelmia voivat olla muun muassa ennenaikaisuus, pienipainoisuus, erilaiset vauriot sekä vastasyntyneiden kuolleisuus. (Soini ym. 2006, 1103–1104.) Monisikiöraskauksia on kuitenkin pystytty hoitojen kehittyessä vähentämään, kun on siirrytty enemmän yhden alkion siirtoihin (Koskimies 2004, 79). Lapsettomuushoidoilla alkaneita raskauksia ja äitejä seurataan hiukan tarkemmin, sillä pitkästä lapsettomuudesta kärsineen äidin raskaus kuuluu riskiryhmään. Tämän vuoksi äidit usein ohjataan raskauden ajaksi seurantaan keskussairaalan äitiyspoliklinikalle. (Tiitinen & Hovatta 2004, 192.)

5 POTILASOHJAUS OSANA HOITOTYÖTÄ

5.1 Ohjauksen merkitys hoitotyössä

Potilaalla on ohjauksessa itsemääräämisoikeus, joka sisältää ihmisarvoa kunnioittavan kohtelun, yhteisen suunnittelun sekä tiedonsaannin. Nämä asiat on oltava potilasohjauksessa mukana, jotta asiakasta voitaisiin hoitaa lain määräämällä tavalla. Jatkuva hoitotyön kehittäminen on tärkeää potilaan oikeuksien turvaamiseksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 16–17.)

Potilasohjauksen tarkoituksena on taata potilaalle oikeanlainen tieto ja taito hänen sairauteensa ja sen hoitoon liittyvistä asioista. Hyvän ohjauksen tavoitteena on, että potilas pystyy itse osallistumaan hoitoonsa ja näin tunnistamaan omat voimavaransa. Tieto helpottaa potilasta päätösten ja valintojen teossa. Informaatio auttaa lisäksi poistamaan ahdistusta ja epätietoisuutta sairauteen tai hoitoon liittyvissä asioissa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 36.)

Keskeisintä tiedon saannissa ovat hoitajan vuorovaikutustaidot, empatia ja kyky lähestyä asiakasta oikein. Potilaan ohjauksen ja opettamisen tavoitteena on saada potilas sitoutumaan hoitoonsa sekä edesauttaa hänen selviytymistään hoitoon osallistumisen avulla. (Holmia ym. 2006, 36.) Kuviossa 2 näkyy, mitkä asiat tukevat hyvää vuorovaikutusta ohjauksessa.



Kuvio 2. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät (Mukaiillen Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 23).

Hoitajalla on kokonaisvastuu hoidonohjauksesta, koordinoinnista sekä toteuttamisesta. Ohjauksen onnistuminen edellyttää hyvää esivalmistelua ja suunnittelua ohjaustilanteeseen. Hoitajan tulisi ottaa huomioon hoidon suunnittelussa asiakkaan tarpeet ja tavoitteet, sekä tutustua asiakkaan aikaisempiin potilaskertomuksiin, elämäntilanteeseen ja hoitokokemuksiin. Ohjaustilanteessa hoitajalla on oltava taito kuunnella ja havainnoida potilasta sekä keskustella potilaan kanssa tasavertaisesti. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26–27, 31–32.)

Potilaan ilmeet ja eleet kertovat paljon psyykkisestä tilasta, esimerkiksi peloista, ahdistuneisuudesta tai hoitomyönteisyydestä. Edellä mainitut seikat saattavat vaikuttaa hoito-ohjeiden omaksumiseen. Ohjaukseen vaikuttavat lisäksi potilaan ikä, persoonallisuus, kuulo ja näkö. Hyvään ohjaukseen kuuluu ohjeiden täydentäminen potilaan tarpeita vastaavaksi. Potilaat haluavat hoitohenkilökunnalta yksinkertaisia ja käytännönläheisiä ohjeita selviytyäkseen muun muassa kotihoidosta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26–27, 31–32.)

5.2 Lapsettoman parin ohjauksen erityispiirteitä

5.2.1 Vuorovaikutus ja tiedon saanti ohjauksessa

Potilaat saattavat kokea lapsettomuuteen liittyvän ohjauksen vaikeaksi. Tällöin rauhallinen keskustelu hoitajan kanssa tai pelkkä hoitajan läsnäolo saattaa laukaista vaikean tilanteen ja antaa potilaalle turvallisuutta sekä psyykkistä ja sosiaalista tukea. (Torkkola ym. 2002, 28.) Keskustelu hoitajan ja lääkärin kanssa luo lapsettomuushoidon perustan. Keskusteluissa käydään läpi pariskunnan elämänhistorian lisäksi myös lapsettomuuteen sekä tuleviin tutkimuksiin ja hoitoihin liittyviä tunteita. (Eskola & Hytönen, 1996, 496.)

Hoitajan ammattitaitoinen vuorovaikutus potilaan kanssa vaikuttaa paljon siihen, kuinka hyvin potilas omaksuu hoito-ohjeet. Pelkkä kaavamainen ohjeiden läpikäyminen ei tuo ohjaukselle oikeaa lopputulosta. (Torkkola ym. 2002, 28.) Hoitajan tulee varata potilasohjaustilanteisiin aikaa potilaan kanssa käytäviin keskusteluihin. Ympäristön tulee olla rauhallinen, eikä häiriötekijöitä saa olla. Hoitajan on kiinnitettävä huomiota, jos potilas ei ole sitoutunut ohjaukseen. Tällöin lisäinformaation antaminen esimerkiksi kirjallisessa muodossa tai videona tukee potilaan oppimista. (Lassila & Paso 2007, 20.)

Erityisesti hormonihoidot ja toimenpiteet ovat naisen elimistölle raskaita. Hoitojen komplikaatioiden vuoksi naista on informoitava ja ohjattava oikein. (Ihme & Rainto 2008, 70–73.) Ohjauksen tulee olla selkää eikä ammattisanastoa tule käyttää ohjaustilanteissa. Potilaalle on annettava aikaa mahdollisille mieltä painaville kysymyksille. Tiimityöskentely tukee potilaan ohjausta antamalla tietoa eri näkökulmasta potilaalle. (Lassila & Paso 2007, 20–21.)

Parisuhteessa lapsettomuus koskettaa muun muassa pariskunnan identiteettiä, seksuaalisuutta sekä naisellisuutta ja miehisyyttä. Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävissä hoitotyössä hoitaja joutuu kohtaamaan erittäin arkaluontoisia ja intiimejä asioita. Hoitosuhteen yhtenä osa-alueena on antaa ohjausta ja oikeaa neuvontaa seksuaalisuusasioissa. Ohjauksen tavoitteena naisen hoitotyössä on, että nainen hyväksyy oman seksuaalisuutensa. Keskustelut ja oikean tiedon antaminen naispotilaalle voivat auttaa luopumaan häpeän ja syyllisyyden tunteista. Tällöin hoitajan tehtävänä on luoda turval-

linen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotta näistä arkaluontoisistakin asioista uskalletaan puhua ääneen. (Ihme & Rainto 2008, 27, 68.)

Nykyaikaiset menetelmät lapsettomuudenhoidossa vaativat hoitohenkilökunnalta ammatillista tuntemusta hoitotekniikasta sekä inhimillisyyttä kohdata vaativassa hoitoprosessissa oleva lapseton pariskunta (Eskola & Hytönen 1996, 30). Lapsettomuuspotilaan hoidossa ei riitä yksin lääketieteellinen huippuosaaminen (Tulppala 2007, 3). Hoitajan koulutus, teorian tiedon omaaminen sekä hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot tekevät ohjauksesta täydellisen. Sairaanhoitajan oma persoonallisuus ja luovuus korostuvat ohjaustilanteissa. (Ohtonen 2006.)

Haverisen (2005, 28, 31, 33) tutkimuksen mukaan lapsettomuushoitoon liittyy paljon asioita, joita hoitajan kuuluu tietää. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, että ohjaus hoitojen alkuvaiheessa lieventävää lapsettoman parin pelkoa, ennakkoluuloja sekä väärinkäsityksiä. Tärkeintä on kiinnittää huomiota parin psyykkiseen hyvinvointiin ja kokonaisvaltaisempaan hoitoon, ettei hoito kohdistu pelkästään fyysisen puolen hoitamiseen. Hoitajat tarvitsevat tietoa ja koulutusta uusista lääkkeistä, hoitotuloksista, ravinnon ja painon merkityksestä lapsettomuusongelmiin sekä hormonaalisista toiminnoista. Tärkeäksi koettiin myös vanhemmuudesta kertominen hoitojen onnistuttua.

Vaikka toivottu raskaus onnistuisi tai vaihtoehtoisesti päädyttäisiin adoptioon, lapsettomuuden eri vaiheet koetaan aina kriisinä (Tulppala 2007, 29–30). Monesti myös alkavan hoidon onnistuminen ja mahdollisesti alkava raskaus on haaste tuleville vanhemmille. On tärkeää antaa ohjausta ja tukea jo ennen hoitojen alkamista ja edelleen hoitojen alettua. (Tiitinen ym. 2008, 1.) Usein hoitajan ja pariskunnan välille syntyy hoitojen aikana kiinteä ja lämmin hoitosuhde, sillä hoitajaksot ovat yleensä pitkä ja vaativa prosessi (Eskola & Hytönen, 1996, 497).

5.2.2 Psykkinen tuki lapsettomuuskriisissä

Pariskunnan ei ole helppo hyväksyä tahatonta lapsettomuuttaan (Eskola & Hytönen 1996, 496). Lapsettomuus ja siihen liittyvät tutkimukset sekä hoidot ovat monesti pariskunnille fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti rankkoja. Koko hoitoprosessi koettelee parisuhdetta. (Ihme & Rainto 2008, 70–73.)

Sallisen (2006, 2–3) tutkimuksen mukaan lapsettomuus koettiin kriisinä ja traumaattisena kokemuksena. Lapsettomuus oli merkinnyt parien elämässä muutosta tai käännekohtaa elämänkaareissa ja sisäisessä elämäntarinassa. Tutkimuksesta ilmeni, että traumaattiseen kriisiin koettiin liittyvän vakavampia mielenterveyshäiriöitä ja tunnetiloja. Lapsettomuus koettiin psyykkisesti erittäin raskaaksi elämäntilanteeksi. Heti hoitoprosessin alusta lähtien on tärkeää antaa lapsettomalle pariskunnalle henkistä tukea.

Lapsettomuuden tuomassa kriisissä on nähtävissä surutyön vaiheet, jotka ovat verrattavissa läheisen omaisen menettämiseen. Parin on ensin vaikea hyväksyä tilannettaan. Tämän jälkeen seuraa reaktiivinen vaihe. Tällöin tunteet vaihtelevat syyllisyydestä häpeään. Tässä vaiheessa vihan tunteet saatetaan kohdistaa hoitohenkilökuntaan, jolloin hoitajan on osattava tunnistaa käytös osana kriisin vaihetta. Hoitajan kärsivällinen kuuntelu, myötäeläminen sekä asioiden läpi käyminen helpottavat paria pääsemään tästä vaiheesta eteenpäin. Joskus vihan ja katkeruuden tunteita saattavat herättää ystäväpiirissä olevat perheet, joissa on pieniä lapsia. Pariskuntia on kuitenkin rohkaistava kohtaamaan tunteensa, ja heidän on jatkettava kanssakäymistä ystävien kanssa, sillä eristäytyminen pitkittää omaa kriisiä. (Eskola & Hytönen 1996, 496.)

Pariskunnan yhteinen läpikäyty kriisi parantaa kykyä käsitellä elämän vastoinkäymisiä. Hoitoprosessin aikana käydyt keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa voivat toimia kannustavana tukena. (Repokari 2009.) Kriisin aikana pariskunta saattaa kokea, ettei heillä ole enää yhteistä tulevaisuutta ilman lasta. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa pariskunta voi yhdessä hoitajan kanssa miettiä syitä ja keinoja jatkaa yhteistä tulevaisuutta. (Eskola & Hytönen 1996, 497.)

Sallisen (2006, 123) tutkimuksessa ilmeni, että lapsettomuskriisissä on omat erityispiirteensä. Erityispiirteet muodostuvat muun muassa hoitoprosessin pitkäaikaisuudesta, pettymyksistä ja menetyksistä sekä jatkuvien voimakkaiden tunnereaktioiden läpi käymisestä. Tulppalan (2007, 27–28) mukaan psyykkisen tuen tarve vaihtelee pariskuntien välillä. Psyykkisen tuen tarpeeseen vaikuttavat paljon läheisten antama tuki sekä veritaistuen saanti. Molempien osapuolten mukanaolo hoitojen alusta asti edesauttaa yhteenkuuluvuuden tunnetta ja helpottaa päätösten teossa. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeää huomioida pariskunnan psyykkisen tuen tarve hoitopolun eri vaiheissa.

Monet lapsettomat parit kokevat saavansa liian vähän henkistä tukea hoitojen aikana hoitajalta ja lääkäriltä. Hoitohenkilökunnan tulisi tarjota tietoa ja opastaa pareja vertaisryhmiin sekä tarjota muita vaihtoehtoja henkisen tuen saamiselle. Hoidot tuovat paljon uutta asiaa, joten asioiden syvällisempi läpikäyminen ennakkoon auttaisi pareja tiedon käsittelyssä. (Sallinen 2006, 117.)

Mahdollisuudet saada yksilöllistä psykososiaalista tukea lapsettomuuden tuomaan kriisiin vaihtelevat paikkakunnittain. Pienissä kaupungeissa tällaista mahdollisuutta ei yleensä ole tarjolla. Parhaiten psyykkistä tukea on tarjolla isommissa kaupungeissa sekä yksityisillä klinikoilla. Psykososiaalisen tuen sekä ohjauksen merkitystä ei osata yhdistää osaksi lääketieteellistä hoitoa. (Tulppala 2007, 28.) Hyvään hoitotiimiin kuuluu moniammatillinen työryhmä, jossa osallisena ovat hoitaja, lääkäri, psykologi sekä erilaiset terapeutit (Ihme & Rainto 2008, 70–73).

5.3 Audiovisuaalinen ohjausmateriaali potilasohjauksen tukena

Audiovisuaali tulee latinankielisistä sanoista audio ja visio. Video-sana on johdettu sanasta visio eli näkeminen. Audio tarkoittaa suomeksi kuulla, ja video tarkoittaa nähdä. Audiovisuaalisessa esityksessä yhdistyvät kuuleminen sekä kuvan ja liikkeen näkeminen, mitkä helpottavat uuden oppimista. (Oittinen & Tuominen 2007, 30–31.)

Ohjauksen tulisi herättää mielenkiintoa opittavaa asiaa kohtaan. Havainnollistaminen tuo ohjaukseen tehokkuutta sekä opittavan asian ymmärtämisen että taitojen kartuttamisen osalta. Visualisointi on yksi keino havainnollistaa uutta asiaa. Video on hyvä oppimisen apuväline hoitajan antaman ohjauksen lisäksi. Tietotekniikka antaa suuret mahdollisuudet kehittää potilasohjausta. Liikkuvan kuvan ja äänen yhdistäminen ohjeisiin tekee videosta informatiivisen ja käsiteltävää asiaa havainnollistavan tiedon lähteen. (Torkkola ym. 2002, 28.) Erilaiset audiovisuaaliset mediat, kuten esimerkiksi video, elokuva tai multimedia on tehokkaita välineitä silloin, kun halutaan vaikuttaa suoraan katsojan ajatuksiin, tunteisiin sekä järkeen (Aaltonen 2002, 16).

Video-ohjauksesta hyötyvät erityisesti ihmiset, joilla on vaikeuksia lukea kirjallista materiaalia. Videon katselu mahdollistaa ohjauksessa oikea-aikaisuuden. Ohjaus ei sido tiettyyn aikaan ja paikkaan, vaan asiakas voi katsoa videon jo ennen toimenpiteeseen tuloa. Video havainnollistaa esimerkiksi toimenpiteet, paikat, ohjeet sekä hoitopolun kulun selkeästi. Videon avulla pystytään ehkäisemään väärinymmärryksiä ja ohjauksen yhteydessä palauttamaan mieleen aiemmin saatua tietoa. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

Uudet tekniikat ja teknologian hyödyntäminen tuovat potilasohjaukseen uusia mahdollisuuksia. (Laaksonen 2006). Sähköiset mediat, kuten Internet, mahdollistavat nopean tietojen ja ohjeiden välittämisen asiakkaalle. Asiakkaat ovat usein toivoneet havainnollistamisen käyttöä ohjaustilanteissa. (Kyngäs ym. 2007, 122–124.) Tietotekniikalla ei kuitenkaan tule korvata perinteisiä hoitokeskusteluja (Torkkola ym. 2002, 28; Laaksonen 2006). Hoitajien on osattava kyseenalaistaa terveyttä vaarantavat ja virheelliset tiedot ohjaukselta antaessaan. Ammatti-ihmisillä on oltava taitoa etsiä uusinta tietoa sekä kyky kertoa asia potilaalle ymmärrettävästi. (Laaksonen 2006.)

Ohjauksen lopuksi hoitajan on tärkeää arvioida tavoitteiden toteutumista. Onko potilas saanut vastauksen hänelle tärkeisiin kysymyksiin? Onko potilas omaksunut kotihoito-ohjeet oikein? Arvioinnin perusteena on potilaan tieto-taitojen kartuttaminen, ei ohjauksen määrä. Lopuksi on tärkeää varmistaa potilaalta opetuksen asiasisältö, se mitä jäi hänelle mieleen tai jäikö epäselvyyksiä. Ohjausprosessi koostuu pienistä osista, kuten potilaan tarpeista, ohjauksen tavoitteista, suunnitelmasta, keinoista, toteutuksesta sekä arvioinnista. (Torkkola ym. 2002, 28–29.)

Ammattitaitoisella ohjauksella on suuri merkitys sekä kansantaloudellisesti että kansanterveyden edistämisen kannalta. Hyvin onnistunut ohjaus tuo onnistumisen tunteita myös hoitohenkilökunnalle. Potilaanohjauksen tärkeys tulee ymmärtää ja sitä on kehitettävä ja arvioitava jatkuvasti. Eri ohjausmenetelmien kehittäminen on myös tärkeää. Asiakaspalautteen kautta saadaan arvokasta tietoa hoitotyön kehittämiseen. (Ohtonen 2006.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ja tukea hoitohenkilöstön neuvontatyötä sekä antaa informaatiota koeputkihedelmöityshoitoon tuleville pariskunnille. Opinnäytetyön tehtävänä oli laatia käsikirjoitus hoitajan näkökulmasta koeputkihedelmöityshoidon ohjausvideoon. Käsikirjoitus tuki videon toteutusta visuaaliseen muotoon. Videota ja kirjallista raporttia voidaan hyödyntää lapsettomuusklinikoilla koeputkihedelmöityshoidon ohjauksessa sekä opetuskäytössä.

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Toteutustapana toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön aiheen on oltava ajankohtainen ja lähtöisin työelämän tarpeista. Toteutustapa voi toiminnallisessa työssä olla vapaasti valittu. Toiminnallinen työ voi olla opastamista, ohjeistamista, järjeistämistä tai järjestämistä. Toteutustapana voi olla opas tai ohje. Tuotoksen voi tehdä toimeksiannon tarpeiden mukaan esimerkiksi portfoliona, kirjana, vihkona, näyttelynä, tapahtumana, videona tai Internet-sivuina. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä voidaan käyttää asiantuntijakonsultaatiota tiedon hankinnassa. Konsultaatiot ovat vapaamuotoisia eikä niitä tarvitse kirjoittaa puhtaaksi, koska toiminnallisessa opinnäytetyössä usein riittää suuntaa antava tieto. (Vilka & Airaksinen 2003, 56–58.)

Opinnäytetyö sisältää teoreettisen osan lisäksi käytännön kliiniseen työhön ja kokemukseen perustuvan osan, jonka pohjalta video tehtiin. Teoreettinen osa ja video tukevat toisiaan, mutta niitä voidaan käyttää myös erikseen. Minun osuuteni videossa kohdistuu koeputkihedelmöityshoidon ohjaukseen ja ohjauksen kehittämiseen.

7.2 Toimeksiantajan kuvaus

Valitsin aiheekseni lapsettomuushoidot, sillä halusin syventää tietämystäni tällä erikoisosa-alueella, jota sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto ei kovin syvällisesti käsit-

tele. Tiedustelin helmikuussa 2009 NordicInfu Care AB:lta aihetta opinnäytetyölleni ja sain heiltä toimeksiantosopimuksen maaliskuussa 2009 (liite 1).

NordicInfu Care AB on ruotsalainen lääkefirma, joka välittää kaikissa Pohjoismaissa terveydenhuollon laitteita, lääkkeitä ja palveluja sellaisilla terapia-alueilla, jotka helpottavat hoitohenkilökuntaa ja potilaita käyttämään parenteraalisia lääkkeitä kotonaan. Yrityksen pääkonttori on Tukholmassa, Ruotsissa. Yrityksellä on toimistot Tanskassa, Norjassa ja Suomessa. Opinnäytetyöni yhteyshenkilö on yrityksen Suomen alueen myynnistä ja toiminnasta vastaava tuotepäällikkö.

NordicInfu Care AB on tuonut juuri markkinoille uuden lapsettomuushoidoissa käytettävän hormonivalmisteen. Valmiste on tarkoitettu käytettäväksi naisilla munarakkula kypsytyshoidossa eli ovulaation induktiohoidoissa sekä munasarjojen stimuloinnissa avusteisten lisääntymishoitojen yhteydessä naisilla. Uuden tuotteen rinnalle tarvittiin potilaan ohjausta tukevaa ja hoitoja havainnollistavaa materiaalia. Toimeksianto sekä opinnäytetyön aihe syntyivät toimeksiantajan käytännön tarpeista.

7.3 Lähtötilanteen kartoitus

Käytännön hoitotyössä on tärkeä muistaa lapsettoman pariskunnan kokonaisvaltainen hoidonohjaus ja tarve kartoittaa jo käytössä olevia hoitomenetelmiä. Tarkoituksena oli luoda tieto-taitoa lisäävä työkalu lapsettomuushoitoja harkitseville henkilöille. Ensimmäinen ajatus oli lähteä tekemään hoitajille ohjevihko, joka tukisi uuden lääkkeen käytön ohjausta lapsettomuushoitoon tuleville naisille.

Ajatuksena oli kartoittaa IVF-hoitajien näkemystä tällaisesta ohjevihkosesta ja sen tarpeellisuudesta. Lähdin tekemään alkukartoitusta 12.3.2009 Pohjois-Karjalan keskussairaalaan. Tällöin tapasin sairaalan lapsettomuuspoliklinikan erikoislääkärin, joka tarjosi uudenlaisen näkökulman opinnäytetyön toteuttamiselle. Ehdotuksena oli opinnäytetyöni linkittäminen Fertility Network Oy:n sekä GP Finland Oy:n suunnittelemaan videoon. Minuun osuuteni videon suunnittelussa oli tuoda näkökulmaa hoitajan rooliin. Tehtäväni oli toteuttaa videoon käsikirjoitus IVF-hoitajan näkökulmasta.

Parit käyvät vaikeita asioita läpi eri tavoin, ja myös erilaiset tiedot ja taidot opitaan ja koetaan eri lailla. Siksi video voi olla yksi osa tai keino oppia ja ymmärtää lapsettomuutta, ja se voi tukea lapsettomuuden hoitoa. Se myös havainnollistaa usein vain naiseen keskittyneen hoidon kulkua miehelle ja voi siten yhdistää tai vahvistaa parisuhdetta ja läpikäytyä lapsettomuushoitoa.

Hoitohenkilökunnan tapa antaa ohjausta ja informaatiota potilaille ohjaustilanteissa luo käsityksen hoitoyksikön johtamistavoista ja hoitoideologiasta. Jokaisen hoitoyksikön on kehitettävä oma persoonallinen tapa informoida asiakkaitaan, jolloin hyvästä ohjauksesta hyötyvät niin asiakkaat kuin henkilökuntakin. (Torkkola ym. 2002, 34–35.) Tarve kehittää IVF-hoitoa lapsettomuuslinikalla on tullut ajankohtaiseksi, koska IVF-hoidon ohjauksesta ei ole saatavilla tämän kaltaista videota, joka tukisi pariskunnan ohjausta.

Videon avulla IVF-hoitoja suunnittelevat pariskunnat voivat tutustua hoitoprosessiin ennen hoidon aloittamista. Ohjausvideo tukee hoitajan ja lääkäreiden työtä IVF-hoidonohjauksessa. Tämä materiaali on suunnattu erityisesti hoitoa harkitseville asiakkaille, heidän mahdolliselle tukiverkostolleen sekä hoitohenkilökunnalle. Tätä kautta muodostui opinnäytetyöni tuotoksena audiovisuaalinen materiaali.

7.4 Käsikirjoituksen toteutus ja arviointi

7.4.1 Hyvän käsikirjoituksen kriteerit

Käsikirjoittaja voi luoda tekstiä moneen erilaiseen tarpeeseen. Käsikirjoitusta tarvitaan muun muassa tiedottamisen, opettamisen ja taiteen aloilla. Ohjelman sisällöstä vastaa yleensä käsikirjoituksen tilaaja, sillä ohjelman kustannukset tulevat tilaajalle. Käsikirjoituksen tilaajana voi olla esimerkiksi yhteisö, julkinen sektori, yksityinen yritys tai järjestö. On olemassa myös sponsoroituja ohjelmia, jotka käsittelevät yhteishyödyllisiä aiheita. (Aaltonen 2002, 9–10.) Opinnäytetyöni on ulkopuolelta taloudellisesti tuettu video, joka on tarkoitettu yhteishyödylliseen käyttöön.

Jokaisen ohjelman takana on aina käsikirjoitus, johon tarina perustuu. Käsikirjoitus on koko tuotannon perusta. Sen mukaan rajataan ohjelman sisältö ja rakenne ennen kuvausta. Muuten ohjelmasta voi tulla sekava eikä katsoja saa oikeaa käsitystä ohjelman

sisällöstä. Huolella tehty käsikirjoitus nopeuttaa ja selkeyttää sekä kuvaus- että editointivaihetta. Käsikirjoituksen tehtävänä on kokonaisuuden hahmottaminen, kommunikointi rahoittajan tai muun ulkopuolisen tahon kanssa ja muiden työryhmän jäsenten informointi. (Aaltonen 2002, 12–14.)

Hyvään käsikirjoitukseen ei kuulu teknisiä ohjeita, kuten kuvakulmien, kameran liikkeiden tai kuvakokojen kirjoittaminen (Idström 2003, 52; Aaltonen 2002, 114). Hyvä käsikirjoitus on selkeä ja yksinkertainen. Sen sisällöstä on välityttävä ohjelman keskeinen asia ja siinä kuvaillaan yksityiskohtaisesti kameran edessä tapahtuva toiminta. Kokonaisuus jaetaan kohtauksiksi, mutta tarkkoja kuvakulmia ei vielä tässä vaiheessa tarvita. Ohjaajan tehtävänä on miettiä kuvauksen teknisiä ratkaisuja sekä kuvakulmia, ja kirjoittajan tehtävänä on kertoa, mitä kuvassa tapahtuu. Selostustekstin eli speakin tehtävänä on selkeyttää ja laajentaa kuvan ja äänen informaatioita. Selostusteksti tukee katsojaa ohjelman edetessä ja sitoo kohtaukset toisiinsa. Selostusteksti on aina puhuttua, ja sen on oltava rytmikästä ja sujuvaa tekstiä. Suhde kuvan ja selostuksen välillä on oltava elävä ja vaihteleva. (Aaltonen 2002, 114–115, 122–125.)

Käsikirjoituksen kohtaukset voivat olla lyhyitä puolentoista rivin mittaisia tai kymmenen sivun pituisia. Käsikirjoituksen tekemisessä on tärkeää osata lukea rivien välistä, se ei tapahdu vuorosanoista eikä toiminnan kuvauksesta. Kirjoittajan on osattava käyttää kirjoituskieltä niin, että jokainen tekstin ensimmäisestä lukijasta videon katsojaan asti ymmärtää tekstin sisällön. Sanojen ja kielen avulla käsikirjoittaja avaa sisällön tapahtumat niin, että se tulee näkyväksi kuvaksi. (Idström 2003, 52.)

Käsikirjoituksesta tehdään useita eri versioita, ja tilaaja ja tuottaja arvioivat ja analysoivat lopullisen tuotoksen. Lisäksi tekstin voi arvioida ulkopuolisilla asiantuntijoilla. Luonnoksesta tehdään uusi versio, johon tehdään tarvittavat muutokset. Lopullinen käsikirjoitus on valmis, kun kaikki asianosaiset ovat tyytyväisiä. Valmis käsikirjoitus annetaan kuvaustyöryhmälle työvälineeksi. Jokainen työryhmän jäsen voi merkitä omat muistiinpanonsa, ja näin käsikirjoitus muokkautuu vielä esimerkiksi kuvakäsikirjoitukseksi tai ohjauksikäsikirjoitukseksi. (Aaltonen 2002, 133–134, 138.)

7.4.2 Käsikirjoitusprosessi

Käsikirjoituksen luomisprosessi lähti käyntiin tutustumalla aikaisempiin toiminnallisiin opinnäytetöihin, joissa oli tehty video. Ammattikirjallisuutta ja opinnäytetöitä vertaamalla käsikirjoituksen perusta alkoi hahmottua. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys tuki käsikirjoituksen työstämistä oikeassa järjestyksessä. Teoriaosuutta selvensi toimeksiantajan kustantama koulutusmatka Helsinkiin 17.–18.4.2009 Fertilitteettiyhdistyksen kevätkokoukseen. Kahden päivän aikana kuulin Suomen IVF-hoitoon erikoistuneiden ammatti-ihmisten luentoja aiheesta.

Tämän lisäksi tietoutta lisäsi 8.5.2009 tutustumiskäynti Pohjois-Karjalan lapsettomuuspoliklinikalla. Käynti antoi käsityksen IVF-hoidon hoitopolusta. Päivän aikana pääsin seuraamaan IVF-hoitajan työskentelyä poliklinikalla. Näin sain kokemusta ja näkemystä erilaisista hoitotoimenpiteistä, ohjaustilanteista ja näin, kuinka arvokasta työtä lapsettomuuslaboratorion työntekijät tekevät hoidon aikana. Nämä oppimistilanteet antoivat vahvistusta käsitykselleni lapsettoman pariskunnan hoitopolusta.

Alkuun loin itselleni miellekartan avulla visuaalisen näkemyksen IVF-hoidon hoitopolusta. Hoitaja kulkee pariskunnan mukana koko hoitoprosessin ajan. Hoitopolusta oli vaikea valita mitään tiettyä kohtaa käsikirjoitukseen, koska hoitaja on pariskunnan tuki ja turva hoitojen alusta loppuun. Hahmottamisessa auttoi lisäksi erilaisten vanhempien vastaavien dokumenttien ja videoiden katsominen. Tällaisia videoita olivat muun muassa eräs vanhempi ruotsalainen IVF-hoidosta tehty VHS-video (Hovatta & Tiitinen 1994) sekä muutamat amerikkalaisten tekemät Internetissä olevat videoklipit aiheesta (esimerkiksi UCSD-TV 2007). Näin sai käsityksen siitä, kuinka pitkän tekstin kustakin hoitopolun osasta voi käsikirjoituksessa kertoa katsojalle.

Käsikirjoituksen ensimmäinen versio valmistui 26.5.2009. Videon pääsuunnittelija, IVF-hoitaja ja toimeksiantaja arvioivat luonnoksen. Tämän jälkeen tein käsikirjoitukseen tarvittavat muutokset ja aloin työstää lopullista käsikirjoitusta. Jaoin kirjoittamisen kolmeen osioon: kuva, ääni ja teksti. Jakamista helpottivat aikaisempien opinnäytetöiden käsikirjoitukset (esimerkiksi Mustonen, Tukiainen & Vepsä 2000), joista pystyi saamaan mallia käsikirjoituksen pohjaksi. Aluksi lähdin liikkeelle omasta teoriaosuudestani ja mietin hoitopolun etenemistä tekstinä, joka lopullisessa videossa kuuluu taust-

täänenä. Jaoin tekstin kohtauksiksi, jotka kulkevat yhdessä kuvan kanssa. Näin sain jaettua kohtaukset selkeästi selostustekstin mukaan.

Lopullinen käsikirjoitus valmistui 21.6.2009. Vielä kertaalleen ammatti-ihmiset katsoivat tekstin läpi ja arvioivat sen ennen kuvaajalle lähettämistä. Kuvaaja kokosi käsikirjoituksen avulla hoitajan sekä pariskunnan näkemykset videon toteutuksen suunnittelussa. Tämän lisäksi videoon tuli toinen käsikirjoitus erikoislääkäreiden näkökulmasta. Liitteessä 2 näkyy hoitajan näkökulmasta tehty käsikirjoitus kokonaisuudessaan, ja liitteessä 3 on tiivistetty käsikirjoitus.

7.5 Videon toteutus

Käsikirjoituksen valmistuttua kuvaaja ja ohjaaja alkoivat työstää omaa osuuttaan videon toteutuksessa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan kuvaukset oli suunniteltu kesäkuun 2009 loppuun. Aikataulua jouduttiin kuitenkin siirtämään, jotta löydettiin videolle sopivat näyttelijät. Näyttelijöiden valinnasta vastasi ohjaaja. Kuvaukset järjestettiin Turun yliopistollisessa sairaalassa lapsettomuuspoliklinikalla 19.9.2009. Kuvausaika sovittiin viikonlopuksi, jolloin poliklinikalla ei ollut muuta toimintaa.

Paikalla oli kuvaaja, avustaja, ohjaaja, näyttelijät sekä toimeksiantaja ja minä. Näyttelijöitä oli useita. Pääroolissa oli pariskunta, lääkäri ja hoitaja. Sivurooleissa oli laboratoriotyöntekijä sekä muutama sivunäyttelijä. Lääkärin ja hoitajan roolia näyttelivät hoitoalan ammattihenkilöt. Pariskuntaa esittävät henkilöt olivat harrastenäyttelijöitä. Ohjaaja järjesti näyttelijöiden ja kuvauspaikan lupa-asiat.

Aluksi käytiin kuvauspaikan tilat läpi ja mietittiin yhdessä kuvakulmia ja kohtauksia. Ensimmäinen otos kuvattiin lääkärin huoneessa, jossa pariskunta keskusteli lääkärin kanssa tutkimuksista ja tuloksista. Toinen otos kuvattiin pääaulassa, jossa otettiin useampi kohtaus. Sen jälkeen siirryttiin lepoahuoneeseen, jossa kuvattiin pistoshoidon ohjaus sekä kotiinlähtö. Viimeinen vaihe oli leikkaussalikohtaus, jossa kuvattiin munasolujen keräys ja alkionsiirto. Otoksia jouduttiin ottamaan useita kertoja sekä tarkistamaan kuvan laatu aina välissä, joten päivän kuvausten kokonaisajaksi tuli yhdeksän tuntia.

Videon muut kuvaukset on toteutettu Oulun yliopistollisessa sairaalassa, jossa kuvattiin laboratoriokohtaukset, ja ulkoilmakuvauksia on kuvattu Turun maisemissa. Itse olin mukana ainoastaan Turun lapsettomuusklinikalla tapahtuvissa kuvauksissa, jossa hoitajan osuus kuvattiin.

Materiaali tullaan lataamaan korkeatasoisena Flash-muodossa Fertility Network Oy:n palvelimelle (www.fertilitynetwork.fi/video/ivf-hoitaja). Internet-sivujen kautta videon saa ladattua nopeasti ympäri maailmaa, ja hyödynnettävyys on näin laajempi. Videosta tehdään eri kielisiä versioita, jolloin katsojamäärä kasvaa. Videon ammattitaitoisesta kuvauksesta ja lopullisen version muokkaamisesta vastasi AV-tuotantoyhtiö Kuvakasvot Oy (www.kuvakasvot.fi). Videon kokonaistuotannosta ja ohjauksesta vastasi Fertility Network Oy sekä GP Finland Oy.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvän tutkimuksen perusedellytys on, että se on suoritettu luotettavasti ja uskottavasti ja että se pohjautuu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija on työssään rehellinen, huolellinen ja tarkka. Tiedonhankinnassa on oltava kriittinen, ja on otettava huomioon asianmukaisella tavalla muiden tutkijoiden saavutukset. Tutkimus täytyy olla hyvin suunniteltu, totutettu sekä raportoitu yksityiskohtaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.)

Rehellen tutkijan keskeiset periaatteet ovat välttää toisten tai omien tutkimusten plagiointia, välttää tulosten vääristelyä tai tarpeetonta kritiikkiä ja antaa raportissa oikea teoriatieto. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 25–27). Tutkimukseen osallistujien asemat, oikeudet, vastuut sekä velvollisuudet tulee olla kirjattuna tarkasti ja määriteltynä kaikkien osapuolten kannalta oikein. Tutkimuksen rahoittajat sekä muut olennaisesti tutkimukseen liittyvät yhteistyötahot on ilmoitettava raportissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin tiedonhankinnassa ajankohtaista ja uusinta tietoa sekä taustatietojen kartuttamiseksi hoitohenkilökunnan konsultaatiota. Lähdeviittausten merkinnässä käytettiin eettisesti oikeita käytänteitä, eikä tekijöiden oikeutta loukattu.

Etiikassa on kyse oikeasta ja väärästä sekä hyvästä ja pahasta. Eettisten ongelmien välttämiseksi tulee tarkkaan selvittää tiedonhankintatavat sekä tilankäyttöön liittyvät lupa-asiat. Hirsjärven ym. (2008, 23–27) mukaan tutkimuksen lähtökohdan tulee olla ihmisarvoa kunnioittavaa. Ihmisen itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja hänelle annettava mahdollisuus päättää, haluaako osallistua tutkimukseen. Osallistumisen tulee pohjautua vapaaehtoisuuteen ja luottamukseen. Tutkimukseen osallistuvan on saatava tietoa tutkimuksesta ja sen toteutuksesta.

Näyttelijöitä hakiessa on tarkasti selvitettävä kuvauksen tarkoitus ja tavoitteet. Kuvaukset järjestettiin viikonlopulle, jolloin lapsettomuuspoliklinikalla ei ollut muuta toimintaa. Näin ei ollut vaaraa loukata kenenkään intymiteettiä tai anonymiteettiä. Toimeksiantajan kanssa solmittiin toimeksiantosopimus, jossa määritettiin kaikki tarpeelliset asiat eettisyyden takaamiseksi. Kuvauksen lupa-asiat hoidettiin asianmukaisesti Fertility Network Oy:n sekä SGP Finland Oy:n puolesta.

Opinnäytetyön aihe on herkkä ja vaikea aihealue, joka toi oman haasteensa aiheen valintaan eettisestä näkökulmasta katsottuna. Lapsettomuushoitoihin liittyy paljon eettisiä ja moraalisia kysymyksiä, jotka herättävät keskustelua mediassa (Koskimies 2004, 94). Tämän vuoksi on tärkeää, että laissa on määrätty tarkasti lapsettomuushoitoon liittyvät oikeudet ja velvollisuudet ja ennen kaikkea otettu huomioon myös lapsen näkökulma hoidoissa. Opinnäytetyössä on otettu huomioon eettisyyden näkökulma ja käsitelty aihetta kokonaisvaltaisesti sekä pyritty selvittämään näitä vaikeita kysymyksiä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyöni luotettavuuden perustana on teoreettinen osuus, jonka kirjoittamisen pohjana olen käyttänyt uusimpia asiantuntijoiden kirjoittamia lähteitä. Lähteinä on sekä kotimaisia että kansainvälisiä tutkimuksia ja muita aihetta käsitteleviä kirjoituksia. Lisäksi lähteinä käytettiin Internet-sivustoja, jotka ovat luotettavien tahojen sekä lapsettomuusasiantuntijoiden ylläpitämiä. Hyvän aineiston peruskriteerinä on sen luotettavuus. Internet-sivustojen lähteet on merkitty asianmukaisesti lähdeluetteloon sekä kirjattu ylös sivustoilla käyntipäivät.

Vilkan ja Airaksisen (2003, 72–77) mukaan lähteen luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta voi tarkastella auktoriteetin, tunnettavuuden, iän sekä uskottavuuden mukaan. Lähteen auktoriteettia voi tarkastella ja arvioida julkaisun lähdeviitteen sekä lähdeluettelon perusteella. Toiminnallisen työn arvo ei myöskään perustu lähteiden lukumäärää vaan tärkeämpää on lähteiden oikeellisuus ja soveltuvuus.

Opinnäytetyö on toimeksiantajan tarpeista lähtöisin ja heidän toiveiden pohjalta tehty. Tämä osoittaa, että toimeksiantajalla on tarvetta tällaiselle työlle. Opinnäytetyön tiedon oikeudellisuutta lisää toimeksiantajalta saatu informaatio IVF-hoidosta. Kirjallisen osion luotettavuutta lisäsivät pyytämäni palautteet sekä korjausehdotukset opinnäytetyön ohjaajiltani ja terveydenhuollon ammattilaisilta. Korjausehdotukset auttoivat muun muassa hoitopolun etenemistä oikeassa järjestyksessä.

Käsikirjoitusta tukee tutustumiskäynti lapsettomuuspoliklinikalla. Käynti lapsettomuuspoliklinikalla antoi konkreettisemmän käsityksen IVF-hoidon ohjauksesta. Videon luotettavuutta tukee käsikirjoitus, joka pohjautuu teoriaosuuden viitekehykseen. Kuvaukseen liittyvistä teknisistä asioista vastaavat ammatti-ihmiset, joten kuvan laatu on asianmukainen.

8.3 Opinnäytetyön oppimisprosessi

Alkukartoituksen kautta pääsin tähän lopulliseen opinnäytetyön aiheeseen. Aluksi aihe rajoittui hoitajan antaman pistohoidon ohjaukseen. Tarkoituksena oli haastatella useita IVF-hoitajia ja laatia haastattelujen pohjalta ohjevihkonen. Alkukartoituksessa kuitenkin ilmeni tarvetta uudentlaiselle ohjausmateriaalille, joka on nykyaikaisesti ja helposti ladattavissa Internetistä. Aiheen muuttuessa lapsettoman parin IVF-hoidonohjaukseen koko opinnäytetyö sai uuden näkökulman. Tarkemmin asiaa tutkiessani huomasin, että hoitajan rooli lapsettomuushoidoissa onkin paljon laajempi ja monimutkaisempi. Hoitajan on tiedettävä tarkkaan koko hoitoprosessi kaikkine tekniikoineen, koska hoitaja avustaa näissä edellä mainituissa hoitotoimenpiteissä ja ohjaa pariskuntaa tutkimuksiin.

Otin haasteen vastaan ja päätin ryhtyä tutkimaan tätä arkaluontoista aihetta, jota sairaanhoitajan koulutusohjelmassa ei käsitellä juuri lainkaan. Eskolan ja Hytösen (1996, 496) mukaan sairaanhoitajan hoitotyössä voi kohdata lapsettomuudesta kärsivän potilaan millä terveydenhuollon osa-alueella tahansa.

Päivän oppimistilanne lapsettomuuspoliklinikalla antoi paljon konkreettisemmän kuvan hoidonohjauksesta sekä hoitopolusta. Ohtosen (2006) mukaan oppimistapahtumat antavat opiskelijoille erinomaisen käsityksen ohjaustilanteesta. Opiskelijat voivat tarkkailla sivusta vuorovaikutustilannetta ja oppia tilanteesta uusia keinoja. Oppimistilanteista saa lisäksi tärkeää ja yksityiskohtaista tietoa potilaan hoitamisesta sekä eri sairauksista.

Käsikirjoitusprosessi oli haastava, sillä sellaista en ollut aikaisemmin tehnyt. Lapsettomuus käsitteenä oli jonkin verran tuttu, mutta IVF-hoito oli täysin uutta ja opeteltavaa aluetta. Aiheesta löytyi kirjallisuutta, ja aikaisemmat vastaavanlaiset toiminnalliset opinnäytetyöt tukivat käsikirjoituksen tekemistä. Aikaisempia tutkimuksia lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista on Suomessa tehty eri tieteenaloilla. Hoitotieteen alalla tutkimuksia on tehty vähemmän kuin lääketieteen alalla. Kyseisten tutkimusten lähdemateriaaleista on ollut hyötyä aiheeseen tutustuessa ja opinnäytetyön suunnittelussa sekä käsikirjoituksen luomisessa. Toimeksiantaja sekä yhteistyötahot ovat antaneet ohjausta ja aineistoa hormoni- ja IVF-hoidoista sekä videon tuottamisesta ja käsikirjoittamisesta.

Opinnäytetyöprosessin kautta ymmärrän nyt paremmin lapsettomuuden tai lapsen hoidoilla saaneen parin elämänvaihetta ja siihen liittyvää kriisiä. Opinnäytetyön kokonaisprosessi on ollut erittäin haastava, mutta samalla mielenkiintoinen. Haastavaksi työn teki muun muassa se, että kun yhteistyössä oli mukana monta eri tahoa, piti saada kaikkien mieltymykset ja aikataulut sopimaan yhteen. Olen saanut paljon uutta tietoa ja opinut kriittistä ajattelua. Uskon, että tästä tiedosta ja kokemuksesta on minulle tulevaisuudessa hyötyä sairaanhoitajan ammatissa.

8.4 Materiaalin hyödynnettävyys ja kehittämismahdollisuudet

Videota ja teoriaosuutta voidaan hyödyntää nykyaikaisesti lapsettomuushoitotyössä. Internetin maailmanlaajuinen käyttö on uudistanut potilaan ohjausta uusien menetelmin. Se mahdollistaa potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisen eikä sido ohjausta tiettyyn aikaan eikä paikkaan. Jatkossa on arvioitava videon käyttökelpoisuutta ja hyödynnettävyyttä tarkemmin. Tämä onnistuu parhaiten vasta, kun video on ollut jonkin aikaa hoidonohjauksen tukena. Materiaalia voidaan jatkossa hyödyntää useammassa eri maassa, sillä videota tehdessä otettiin huomioon myös kansainvälisyys. Videossa ei varsinaisesti kuulla näyttelijöiden puhetta, vaan ohjelmaan tulee puhuttu teksti. Näin puhuttu teksti on helppo jälkikäteen muuttaa eri kielille, ja videon käytettävyys laajenee. Teoria-tietoon perehtyessäni nousivat koeputkihedelmöityshoidon jatkotutkimusaiheiksi muun muassa ikääntyvien naisten lapsettomuus ja naisen ylipaino lapsettomuuden taustalla.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2002. Käsikirjoittajan työkalut. Audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- ESHRE. 2008. Hedelmöityshoitojen hyvät kliiniset toimintatavat – Euroopan lisääntymislääketiede- ja embryologiaseura ESHRE:n julkilausuma. http://www.eshre.com/binarydata.aspx?type=doc/Good_clinical_treatment_ESHRE_position_paper_FINISH.pdf. 1.11.2009.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 1996. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Gissler, M. & Heino, A. 2008. Hedelmöityshoidot 2006–2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Tilastotiede 13/2006. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt13_08.pdf. 5.11.2009.
- Gissler, M. & Heino, A. 2009. Hedelmöityshoidot 2007–2008. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tilastoraportti 4/2009. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr04_09.pdf. 29.11.2009.
- Halila, R. 2005. Laki ja etiikka hedelmöityshoidoissa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121 (18), 1928–1929. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95214.pdf>. 29.11.2009.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. 16.11.2009.
- Haverinen, S. 2005. Naistentautien poliklinikalla ja –osastolla työskentelevien hoitajien kokemuksia valmiuksistaan kohdata tahattomasti lapsettomuudesta kärsiviä pariskuntia ja naisia. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakonien sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/HaverinenSari2005.pdf. 20.11.2009.
- Hippeläinen, M. & Räsänen, M. 2002. Lapsettomuuden perustutkimukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 118 (5), 497–502. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92827.pdf>. 1.11.2009.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Hovatta, O. 2002. Tahaton Lapsettomuus. Teoksessa Eskola, K. & Hytönen, E. (toim.) Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY, 310–318.
- Hovatta, O. & Tiitinen, A. 1994. Koeputkihedelmöityshoito. Stockholm: Origo AB.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.
- Indström, T. 2003. Mitä käsikirjoittaminen on? Teoksessa Hirvonen, E. (toim.) Käsikirjoittaminen. Helsinki: Art House Oy, 29–54.
- Jaakkola, M.L. 2007. Koeputkihedelmöityshoitoihin liittyvät komplikaatiot. Finnanest 40 (4), 333–336. http://www.finnanest.fi/lehdet/4_07/Jaakola_Koeputki.pdf. 7.11.2009.

- Jokimaa, V. 2006. Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot. *Duodecim* 122(4), 434–440. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95544.pdf>. 5.11.2009.
- Jokimaa, V. 2008. Lapsia koeputkista – 25 vuotta koeputkihedelmöityshoitoja Tyksin naisten klinikalla. *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vuosikatsaus 2007*. 21/2008, 1–30. http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/14330/VSSH_P_Vuosikatsaus_2007.pdf. 6.11.2009.
- Kansaneläkelaitos. 2008. Hedelmöityshoitojen korvaaminen sairausvakuutuksesta 1.2.2008. Terveys- ja toimeentuloturvaosasto. Tiedote 1.11.2008. (Diaarinumero 1/322/2008.) [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/240108160455KS/\\$File/Hedelm%C3%B6ityshoitokirje2008.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/240108160455KS/$File/Hedelm%C3%B6ityshoitokirje2008.pdf?OpenElement). 2.11.2009.
- Klemetti, R. 2003. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa Luoto, R., Viisanen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 113–125.
- Klemetti, R. 2007. The Use of Assisted Fertilization in Finland: Health effect and equality. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-6860-5.pdf>. 7.8.2009.
- Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen raskaus – toiveena lapsi. Helsinki: Tammi.
- Kyngäs, M., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- L1237/2006. Laki hedelmöityshoidosta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>. 24.4.2009.
- Laaksonen, K. 2006. Potilaiden ohjaukseen tarvitaan osaamista ja aikaa. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2006. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/puheenjohtajan_palsta/potilaiden_ohjaukseen_tarvitaan/. 16.11.2009.
- Lassila, S. & Paso, S. 2007. Kirurgisen potilaan ohjaus potilaan näkökulmasta. - kirjallisuuskatsaus. Helsingin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. opinnäytetyö. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/31255/stadia-1197553714-2.pdf?sequence=1>. 16.11.2009.
- Martikainen, H. 2000. Hedelmättömyyden nykyiset hoitokeinot. Teoksessa Haukkamaa, M. (toim) *Käytännön gynekologiaa*. Klaukkala: Racallmed Oy, 123–137.
- Mustonen, M., Tukiainen, A. & Vepsä, J. 2000. Tehoelvytys – opetusvideo. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - Hoitotyön punainen lanka. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2006. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/. 16.11.2009.
- Oittinen, R. & Tuominen, T. 2007. Olennaisen äärellä – Johdatus audiovisuaaliseen kääntämiseen. Tampere: Tampere University Press.
- Palomäki, H. Dosentti, asiantuntijalääkäri. Kansaneläkelaitos. Terveysosasto. Fertiliteettiyhdistyksen kevätkokouksen luento Helsingissä 17.4.2009.
- Repokari, L. Lastenpsykiatrian erikoislääkäri. Helsingin yliopistollinen keskussairaalan Lastenpsykiatrian klinikka. Fertiliteettiyhdistyksen kevätkokouksen luento Helsingissä 18.4.2009.

- Sallinen, M. 2006. Ruusunpunaista pilvilinnoista tuuliajolle. Tahaton lapsettomuus psyykkisenä kriisinä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01315.pdf>. 17.11.2009.
- Soini, S., Kääriäinen, H. & Tuuri, T. 2006. Mitä tiedetään hedelmöityshoidojen avulla syntyneiden lasten terveydestä – miten pareja tulisi informoida. Suomen Lääkärilehti 10 (61), 1103–1109.
- Suomen Lääkäriliiton eettisten periaatekysymysten valiokunta. 2005. Lääkärin etiikka - 6. painos. Elämän alku. Hedelmöityshoidot. Helsinki: Suomen lääkäri­liitto. <http://www.laakariliitto.fi/files/Etiikka05.pdf>. 24.4.2009.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2006. Hedelmöityshoidot 2007–2008. Päivitetty 24.9.2009.
http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/hoidot/hedelmoi_hedelmoi_tietosisalto.htm. 20.11.2009.
- Tiitinen, A. 2002. Lapsettomuuden hoidon valinta. Duodecim 118 (5), 517–521.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92830.pdf>. 7.11.2009.
- Tiitinen, A. 2004. Lapsettomien parien tutkimus ja hoito – haaste terveydenhuollon ammattilaisille. Suomen Lääkärilehti 59 (43), 4107.
- Tiitinen, A. 2009a. Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelintunnus: dlk00151 (016.504).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00151. 3.12.2009.
- Tiitinen, A. 2009b. Lapsettomuushoidot. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelintunnus: dlk00732 (017.732).
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732. 1.11.2009.
- Tiitinen, A. 2009c. Hedelmöityshoidon hyperstimulaatio-oireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Artikkelintunnus: dlk00869.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00869. 5.11.2009.
- Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2004. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim, 176–193.
- Tiitinen, A., Suikkari, A.M., Forsman-Behm, K & Simberg, N. 2008. Hedelmöityshoidot. Helsinki: Oy Organon Ab.
- Toivanen, R., Tulppala, M. & Vilska, S. 2004. Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. Suomen Lääkärilehti 59 (43), 4115–4120.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi.
- Tulppala, M., 2007. Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: Väestöliitto.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tarkistettu 14.4.2004.
<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>. 20.11.2009.
- UCSD-TV – University of California Television – Sand Diego. 2007. Health Matters: Fertility and In Fitro Fertilization (IVF). <http://www.ucsd.tv/search-details.aspx?showID=12319>. 5.2.2010.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2007. Lapsettomuustutkimukset ja –hoidot.
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2794/28330/>. 29.11.2009.
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2008a. Inseminaatio-ohje pariskunnalle.
<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2794/27599/>. 17.11.2009.

- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2008b. Koeputkihoito: Munasolupunktio ja alkionsiirto. Potilasohje. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2794/27600/>. 7.11.2009.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilka, S. 2006. Lapsettomuuden hoidoilta odotetaan tuloksia ja inhimillisyyttä. Suomen lääkärilehti 12 (61), 1327.
- Väestöliitto. 2006. Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/52449/file/VLSekstervplohjelma.pdf. 13.4.2009.

Toimeksiantosopimus

NORTH KARELIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
AGREEMENT FOR A THESIS

CONTRACTING PARTIES:

ORDERING PARTY NordicInfu Care AB /Teija SaariContact information: teija.saari@infucare.seSTUDENT Henna-Riikka Hiltunen (Bachelor of Health Care and Social Services,
Registered Nurse)Contact information: henna-riikka.hiltunen@edu.ncp.fi

COMMISSION AGREEMENT:

Topic of thesis: Developing of the infertility treatment process –
A new nursing tool and administration support materials for the ART specialist and patients.
Degree Programme in Nursing (15 ETCS degrees/210)

Concerning the agreement, the parties have today agreed about the following (e.g. financing, deadlines)

Ordering party

NordicInfu Care will ensure design, materials, and production of thesis/work-related costs.
Travel expenses of student during work, production costs of final thesis.
Full costs of material production, printings, copies for the clinical use.
NordicInfu Care AB has all rights to created materials for Fostimon.

Student(s)

The student will make work within planned timing and will keep sponsor informed.
NordicInfu Care AB has all rights to change and update guidance materials.
The student will follow confidentially agreement during work.

The advisor for the thesis at North Karelia University of Applied Sciences:

Maija Laitinen and Raija Tanskanen

The commission and its results are confidential until ____/____.____ at the following terms:

Date and signatures

12.3.2009

T T S S
Client

Henna Riikka Hiltunen
Student Henna-Riikka Hiltunen

KÄSIKIRJOITUS: IVF-HOITO**KUVA**

Ulko kuva:
Pariskunta kävelee klini-
kalle.

Sisäkuva:

Hoitaja ottaa vastaan pa-
riskunnan odotustilassa ja
kättelee pariskuntaa. Hoi-
taja pyytää pariskuntaa
odottamaan aulassa, kun-
nes lääkäri saapuu.

Naisella on kädessä esitie-
tokaavake.

ÄÄNI

Tässä videossa esitetään
lapsettomuuden syitä,
lapsettomuustutkimuksia
sekä käsitellään IVF-
hoidon eri vaiheet.

Tahaton lapsettomuus on
maailmalla yleinen on-
gelma, josta kärsii joka
kuudes lasta toivova pari.
Lapsettomuuden lisään-
tyminen johtuu osittain
siitä, että ensisynnyttäjien
keski-ikä on noussut ai-
kaisempiin vuosiin verrat-
tuna.

Lapsettomuussyyn tutki-
mukset aloitetaan, jos
raskaus ei ole alkanut
vuodenkaan yrittämisen
jälkeen ehkäisyn lopetta-
misesta. Joskus hoitoon
on syytä hakeutua jo ai-
emmin.

Tutkimuksiin hakeudu-
taan aina lähetteen kautta,
jonka jälkeen lapsetto-
muuspoliklinikalta saa
kutsukirjeen ja ajan poli-
klinikalle.

Lapsettomuus on aina
parin yhteinen ongelma,
ja siksi sen selvittämiseen
on tärkeä sitoutua yhdes-
sä. Noin 80 % lapsetto-
muustapauksista on nyky-
ään hoidettavissa, jos
kaikkia hoitomahdoli-
suuksia käytetään hyväk-
si.

TEKSTI

IVF

Tahaton lapsettomuus

Lapsettomuustutkimukset

KUVA

Hoitaja avaa oven tutkimuhuoneeseen ja kutsuu pariskunnan sisään.

Lääkäri kättelee pariskuntaa.

Pariskunta istuu tuoleihin ja kuuntelee lääkäriä.

Hoitaja istuu taka-alalla.

ÄÄNI

Lapsettomuushoitojen aloittamisen suunnittelussa pyritään arvioimaan aina, onko luonnollinen raskaus mahdollinen.

Ensimmäiseksi keskustellaan hedelmällisyyttä heikentävien elämäntapojen korjaamisesta; paino-ongelmat, tupakointi ja päihteiden käyttö ovat näistä tekijöistä tärkeimmät. Jo pelkkä elintapojen muutos saattaa edesauttaa raskauden onnistumista.

Perustutkimuksessa selvittää aina sekä naisen että miehen yleistä terveydentilaa, aikaisempia sairauksia, perinnöllisiä riskitekijöitä sekä hedelmällisyyttä. Tässä vaiheessa on myös tärkeää kartoittaa pariskunnan motivaatiota, seksuaalikäyttäytymistä sekä halukkuutta sitoutua mahdollisesti pitkiinkin hoitajaksoihin.

TEKSTI

KUVA

Kuva: Pariskunta katsoo toisiaan ja hoitaja myötäelää elein, ilmein. Keskustelua/ kuuntelua

ÄÄNI

Jo ennen hoitoon hakeutumistaan pariskunnan mieltä ovat voineet askaruttaa monet kysymykset lapsettomuudesta, tutkimuksista ja hoidoista. Suuret tunteet, epävarmuus hoidon sopivuudesta sekä pelko mahdollisesta epäonnistumisesta varjostavat toiveita lapsensaamisesta. Hoitohenkilökunnan tärkeimpiä tehtäviä onkin tukea pariskuntaa koko hoitoprosessin ajan.

Hoitosuunnitelman tarkoitus on selventää pariskunnalle realistiset tavoitteet hoidon onnistumiselle.

Tieto hoitoprosessin kuluista ja yksilöllinen ohjaus helpottavat pariskuntaa hoitopäätöksen teossa.

TEKSTI

KUVA

Kuva: Animaatiokuva naisen munasarjan toiminnasta (munarakkulan kypsyminen).

Kuva: Ultraäänitutkimuskuva munarakkuloista.

ÄÄNI

Naisen hedelmällisyyden tutkiminen on monimutkaisempaa kuin miehen ja sen selvittämisessä saattaa mennä enemmän aikaa.

Naisen lapsettomuustutkimukset suoritetaan ultraäänitutkimuksin, hormoniverikokein sekä tarvittaessa vatsaontelon tähytyksellä. Näillä suljetaan pois rakenteelliset ja mahdolliset munarakkulan kypsymisen ongelmat.

Munarakkulan irtoaminen ja munajohtimen aukiolo ovat välttämätön edellytys raskaudelle. Naisella tavallisin lapsettomuuden syy on munasolun irtoamisen häiriö. Muita syitä voivat olla munajohdinvauriot, kohtuviat tai endometrioosi.

Aina ei kuitenkaan perusteellisillakaan tutkimuksilla löydetä varsinaista syytä lapsettomuudelle.

TEKSTI

Naisen lapsettomuustutkimukset

KUVA

Kuva: Mies laboratorion ovella.

Kuva: sperma-analyysistä

Kuva: kaikukuvauksesta

ÄÄNI

Miehen keskeisin lapsettomuustutkimus on sperma-analyysi. Sen perusteella tutkitaan, onko kyse vähäisestä siittiöiden määrästä, siittiöiden huonosta liikkuvuudesta tai siitä, että siittiö ei hedelmöitä munasolua. Mies antaa siemennestenäytteen, joka analysoidaan laboratoriossa.

Lisäksi suoritetaan hormonimittaukset, jotka auttavat siittiötuotannon häiriön, laadun ja vaikeusasteen määrittelyä.

Kaikukuvauksella puolestaan tutkitaan kiveksiin liittyviä rakenteellisia poikkeavuuksia. Näitä lisätutkimuksia tehdään aina tarvittaessa.

Nykyisin on monia vaihtoehtoja tutkia ja hoitaa sekä miehestä että naisesta johtuvaa lapsettomuutta.

Tutkimusten perusteella suunnitellaan pariskunnalle yksilöllinen hoitomuoto. IVF-hoitoa voidaan käyttää melkein kaikissa lapsettomuusongelmissa.

TEKSTI

Miehen lapsettomuustutkimukset

KUVA

Kuva: Lääkäri on kertomassa pariskunnalle IVF-hoidosta.

Kuva: Pariskunta, joka on kuuntelemassa lääkäriä. Lääkäri näyttää kuvia munasarjojen stimulaatioista.

Kuva: hormonivastauksesta printti?

Kuva: lääkäristä, pariskunnasta ja hoitajasta

Kuva: Nainen on soittamassa kotioloissa hoitajalle. (turvonnut olotila).

ÄÄNI

Maailman ensimmäinen IVF-hoidoilla avustettu lapsi syntyi vuonna 1978 Englannissa.

Vuosikausia kestänyt tutkimustyö toi vihdoin toivoa lukuisille lapsettomille pariskunnille.

IVF-hoidot sekä siitä johdetut menetelmät ovat maailman käytetyin ja tehokkain hoitomuoto hedelmöityshoidossa.

Koeputkihedelmöityshoito perustuu munasarjojen stimuloimiseen useampien munasolujen tuottamiseksi. Tavoitteena on saada hyvälaatuisia alkioita, joista yksi tai kaksi voidaan siirtää katetrin avulla kohtuun. Tämän lisäksi loput hyvät alkiot voidaan pakastaa mahdollista myöhempää käyttöä varten.

Hoitomuoto valitaan aina yksilöllisesti. Munasarjan vaste on myös yksilöllistä. Ikä, paino, tupakointi, ja mahdolliset munasarjoihin kohdistuneet leikkaukset vaikuttavat vasteseen.

Hoidon aikana arvioidaan tilannetta ultraääniseurannan sekä veren hormonipitoisuuden avulla. Hormonihoidon aikana on normaalia, että tuntee olevansa turvoksissa. Verenkierron hormonipitoisuus on muuttunut, mikä saattaa vaikuttaa mielialaan tai mielialan vaihteluihin.

TEKSTI

Koeputkihedelmöitys

KUVA

Kuva: FSH molekyyli-rakenne.

Kuva: FSH-hormonin vetäminen ruiskuun.

Kuva: Ihonalainen pistos, jossa asiakas harjoittelee vatsanseutuun pistämistä hoitajan kanssa. Mies on vierellä seuraamassa tilannetta.

Kuva: kellosta ja aikavälistä 18–20

ÄÄNI

FSH:lla on ratkaiseva vaikutus munarakkuloiden kasvuun ja kehittymiseen. FSH saa aikaan munasolun kehittymisen ja kasvun varhaismunasolusta hedelmöityskykyiseksi munasoluksi.

FSH-hormonihoidon avulla saadaan munasarjoissa kypsyään useita munasoluja samanaikaisesti. Munarakkuloiden kasvattamiseen käytettävät hormonit ovat tehokkaita lääkkeitä, ja siksi hoitoa onkin välttämätöntä seurata huolellisesti ultraäänellä. Tarvittaessa käytettäviä annoksia muutetaan hoidon onnistumisen ja turvallisuuden takaamiseksi.

Nämä aivolisäkkeen hormonit annostellaan pistoksina ihon alle parin viikon ajan. Pistäminen on varsin yksikertaista ja helppoa. Hoitaja käy läpi asiakkaan kanssa pistämisen vaihe vaiheelta.

Pistokset on syytä ottaa samaan aikaan vuorokaudesta, mikä takaa munarakkuloiden tasaisen kasvun. Tämä helpottaa hoidon seurantaa ja mahdollisten annosmuutosten onnistunutta toteutumista.

TEKSTI

Pistoshoiton ohjaus:

KUVA

Kuva: Nainen pistämässä kotioloissa.

Kuva: Allakasta näkyy pistosjakso

Kuva: Monitorikuva tassaaisesti kasvaneista follikkeleista ja endometriumista.

Kuva: Pariskunta tulee vastaanotolle, hoitaja ohjaa pariskunnan tutkimus-huoneeseen.

Kuva: Mies on tuomassa spermanäytettä laboratorion ovelle.

ÄÄNI

FSH-pistoksia käytetään tavallisesti 10–14 vuorokautta, jona aikana munarakkulat tavallisesti kasvavat toivotun kokoisiksi.

Munasolujen lopullinen kypsyminen ja hedelmöittävyys varmistetaan 36 tuntia ennen munasolukeräystä otettavalla istukka-hormonipistoksella eli ns. irrotuspiikillä.

Hormonihoito on yleisesti varsin turvallista. Harvinaisena sivuvaikutuksena voi hoidon aikana ilmetä hyperstimulaatioyndrooma eli munarakkulat ylireagoivat ja kerryttävät nestettä. Oireena on yleensä alavatsakipu sekä pahoinvointi. Yleensä lievä turvotus hoituu levolla sekä tarkemmalla seurannalla.

Punktiopäivänä pariskunta tulee vastaanotolle. Nainen tulee munasolujen keräystä varten, ja mies antaa spermanäytteen laboratorioon samana päivänä tehtävää koeputkihedelmöitystä varten.

Siemennäyte tuotetaan masturboimalla ja mielellään lähellä hoitopaikkaa, sillä näytteen tulee olla mahdollisimman tuore. Siittiöt ovat herkkiä lämmön vaihtelulle, ja siksi ne tulee säilyttää siirron aikana kehon lämpöisenä. Tarvittaessa näytteen voi antaa poliklinikalla sitä varten varatussa huoneessa.

TEKSTI

Munasolujen keräys, punktiopäivä

KUVA

Kuva: kuvaa toimenpiteestä

.

Kuvaa laboratorion

Kuva: Nainen, joka lepäilee paareilla toimenpiteen jälkeen.

Kuva: Hoitaja ja lääkäri tarkistamassa potilaan vointia ja kertomassa kuinka keräys onnistui.

Kuva. Hoitaja antaa UÄ-ajan ja hyvästelee pariskunnan.

ÄÄNI

Munasolujen keräys tapahtuu ultraäänipunktiossa emättimen pohjukan läpi ohuella neulalla. Tavoitteena on imeä kaikki munarakkulat tyhjiksi rakkulanesteestä. Yleensä saadaan kerätyksi muutamasta rakkulasta useisiin kymmeneen. Toimenpide kestää noin 10–30 min. Toimenpiteen yhteydessä annetaan laskimonsisäisesti kipulääkettä sekä rauhoittava lääke.

Keräyksen jälkeen munarakkulaneste vietään välittömästi laboratorioon tutkittavaksi. Mikroskoopin avulla nesteestä etsitään munasolut, jotka siirretään lämpökaappiin viljelymaljoille odottamaan hedelmöitystä.

Punktion jälkeen naista seurataan poliklinikalla noin 2-3 tuntia, jonka jälkeen pariskunta pääsee lähtemään kotiin odottamaan seuraavaa vaihetta.

Keräyksen jälkeen munasarjat voivat olla arat ja turvoksissa, joten liikkeen on oltava rauhallisia ja vältettävä painavien tavaroiden kantamista. Punktio on turvallinen toimenpide, ja sivuvaikutukset ovat erittäin harvinaisia.

TEKSTI

KUVA

Kuvaa solujen viljelystä

Kuva: Hoitaja soittamassa asiakkaalle ja kertomassa kuinka monta munasolua on hedelmöittynyt.

Kuva: Animaatiokuvaa alkioiden viennistä katetrin avulla emättimen kautta kohtuun.

Kuva: Pariskunta on allekirjoittamassa pakastus-sopimusta.

ÄÄNI

Laboratoriossa tehdään varsinainen keinohedelmöitys ja viljely. Punktiolla kerätyt munasolut hedelmöitetään maljoilla puolison siittiöillä.

Hedelmöittyneitä soluja viljellään maljalla 2-3 vuorokautta. Alkio jakautuu nelisoluvaiheeseen jo parissa vuorokaudessa hedelmöityksestä, jonka jälkeen pariskunta tulee uudelleen klinikalle lopullista alkionsiirtoa varten.

Alkionsiirto on pieni toimenpide, jossa ohuen katetrin avulla viedään yleensä yksi alkio kohtuonteloon. Apuna käytetään vatsan päältä otettavaa ultraäänikuvaa, jotta nähdään katetrin oikea paikka. Virtsarakon on oltava täynnä, jotta ultraäänikuva on mahdollisimman tarkka. Alkion siirto on nopea ja kivuton toimenpide.

Monisikiöisen raskauden riskin välttämiseksi pyritään siirtämään aina yksi alkio kerrallaan. Loput hyvänlaatuiset alkiot voidaan pakastaa mahdollista myöhempää käyttökertaa varten. Alkioiden pakastuksesta tehdään aina kirjallinen sopimus molempien osapuolten kanssa.

TEKSTI

Hedelmöitys ja viljely

Alkionsiirto

KUVA

Kuva: Hoitaja on kertomassa hoito-ohjeita.

Kuva: lääkepurkin kuva

Kuva: Pariskunta lähtee klinikalta kotiin, hoitaja antaa halauksen molemmille.

Kuva: Nainen raskaustesti kädessä.

Kuva: Uä-kuvaa kohdusta, jossa alkion kehittyminen on alkanut.

Kuva: Lääkäri ja hoitaja onnittelevat pariskuntaa ja toivottavat hyvää jatkoa.

Kuva: Pariskunta lähtee poliklinikalta onnellisina ja uutta toivoa täynnä.

ÄÄNI

Alkion siirron jälkeen aloitetaan loppukierron ajaksi keltarauhashormoni- tukilääke. Lääkkeen tarkoituksena on auttaa alkioita kiinnittymisessä. Lääke otetaan tavallisesti joko emättimen tai suun kautta tai vaihtoehtoisesti pistämällä.

Toimenpiteen jälkeen pariskunta on valmis lähtemään kotiin. Tässä vaiheessa lepo on naiselle tärkeä.

2 viikon kulutta alkion siirrosta voi tehdä kotona raskaustestin. Mikäli raskaustesti on negatiivinen, alkaa vuoto usein vasta, kun keltarauhashormonihoito on lopetettu. Niukka vuoto ennen raskaustestiä ei välttämättä tarkoita, ettei raskaus olisi saattanut alkaa. Testi on syytä tehdä vuodosta huolimatta.

Raskaustestin ollessa positiivinen tehdään ultraäänikuvaus viikoilla 6 ja 7. Mikäli tällöin kohdussa on kaikki kunnossa, ei raskaus eroa spontaanista raskaudesta. Munarakkulat voivat olla vielä turvoksissa ja arat, joten kiertoliikkeitä ja raskaita kantamuksia on syytä välttää.

Keskenmenoriski lisääntyy iän myötä, mutta nykyään hoitojen kehityttyä ei nähdä suurta eroa hoitoa saaneiden ja spontaaniraskauksien välillä. Mikäli toivottua raskautta ei kuitenkaan tapahdu, suunnitellaan mahdollinen jatkohoito yhdessä pariskunnan kanssa.

TEKSTI

Raskaustesti ja seuranta

KÄSIKIRJOITUKSEN TIIVISTELMÄ: IVF-HOITAJAN ROOLI IVF-HOIDOISSA**1. Pariskunta kävelee klinikalle.**

- Tahaton lapsettomuus on ongelma, josta kärsii arviolta joka kuudes pari jossakin elämänsä vaiheessa. Lapsettomuuden lisääntymisen taustalla on useita tekijöitä. Lapsia toivotaan usein vasta työuran selkiytyessä, lisääntyvästi vasta 30 ikävuoden jälkeen. Iän myötä mahdollisuudet raskauteen huononevat.
- IVF-hoitaja auttaa käytännön järjestelyjen koordinoinnissa. Pariskunta on varannut ajan lapsettomuusklinikalle saatuaan lähetteen terveyskeskuksesta tai yksityiseltä lääkäriltä. Hoitaja tekee pariskunnalle alkuhaastattelun.

2. Hoitaja ottaa pariskunnan aulassa vastaan. Naisella on kädessä esitietokaavake.

- Lapsettomuustutkimukset on syytä aloittaa, mikäli toivottua raskautta ei kuulu vuoden yrittämisen jälkeen. Lapsettomuus on aina parin yhteinen ongelma, ja siksi molempien puolisoiden on tärkeä sitoutua sen selvittämiseen. Ensimmäiseksi keskustellaan mahdollisten hedelmällisyyttä heikentävien elämäntapojen korjaamisesta, esimerkiksi paino-ongelmat, tupakointi ja päihteiden käyttö. Jo pelkkä elintapojen muutos saattaa edesauttaa raskauden onnistumista.
- Hoitaja käy yhdessä pariskunnan kanssa esitietokaavakkeen läpi. Pariskunnan kuunteleminen ja ohjaaminen klinikalla.

3. Lääkäri kättelee pariskuntaa. Hoitaja istuu taka-alalla. Pariskunta katsoo toisiaan.

- Jo ennen hoitoon hakeutumistaan pariskunnan mieltä ovat voineet askarruttaa monet kysymykset lapsettomuudesta, tutkimuksista ja hoidoista. Suuret tunteet, epävarmuus hoidon sopivuudesta sekä pelko mahdollisesta epäonnistumisesta varjostavat toiveita lapsen saamisesta. Hoitohenkilökunnan tärkeimpiä tehtäviä onkin tukea pariskuntaa koko hoitoprosessin ajan.
- Hoitaja on usein läsnä lääkärin haastattellessa pariskuntaa tarvittavista tutkimuksista.

4. Ultraäänitutkimuskuvaa munarakkuloista.

- Naisen lapsettomuustutkimukset suoritetaan ultraäänitutkimuksin, hormoniverikokein sekä tarvittaessa vatsaontelon tähytyksellä. Näillä pois suljetaan rakenteelliset ja mahdolliset munarakkulan kypsymisen ongelmat.
- Hoitaja selvittää pariskunnalle ultraäänitutkimuksella tehtävän munaatorvien aukiolotutkimuksen ja mahdolliset muut tarvittavat tutkimukset. Hoitaja kertoo pariskunnalle lääkärin antamia ohjeita.

5. Kuva sperma-analyysistä

- Miehen keskeisin lapsettomuustutkimus on sperma-analyysi. Sen perusteella tutkitaan, onko kyse vähäisestä siittiöiden määrästä, siittiöiden huonosta liikkuvuudesta tai siitä, että siittiö ei hedelmöitä munasolua. Mies antaa siemennestenäytteen, joka analysoidaan laboratoriossa.
- Sperma-analyysin tulkinnaasta kertoo lääkäri, mutta hoitajan rooli on varmistaa asianmukaisten infektiönäytteiden ottaminen ennen analyysia. Hoitaja valmistelee pariskunnan toimenpiteisiin.

6. Mies laboratorion ovella

- miehelle selvennetään spermanäytteen ottoon liittyvät yksityiskohdat. Näyte masturboidaan purkkiin ja toimitetaan kehonlämpöisenä tutkittavaksi. Hoitaja opastaa miehen näytteenottoa paikkaan ja vastaanottaa näytteen ja toimittaa sen laboratorioon.

7. **IVF-hoidon suunnittelu: Lääkäri on kertomassa pariskunnalle IVF-hoidosta. Kuvaa lääkärin näyttämästä fläppitaulusta. Hoitaja taustalla. Pariskunta, joka on kuuntelemassa lääkärää. Lääkäri näyttää kuvia munasarjojen stimulaatioista. Hormonivastauksesta printti. Hoitajan pistosopetus. Pistoskuvaa. Ihonalainen pistos, jossa asiakas harjoittelee vatsan seutuun pistämistä hoitajan kanssa. Mies on vierellä seuraamassa tilannetta.**
- IVF-hoidosta on muodostunut nykyään maailman eniten käytetty avusteinen hedelmöityshoito. Koeputkihedelmöityshoito perustuu munasarjojen stimuloimiseen useampien munasolujen tuottamiseksi. Tavoitteena on saada hyvälaatuisia alkioita, joista yksi tai kaksi voidaan siirtää kohtuun, ja tämän lisäksi loput hyvät alkiot voidaan pakastaa mahdollista myöhempää käyttöä varten.
 - IVF-hoitajan rooli korostuu IVF-hoitojen käytännön järjestelyjen koordinoinnissa. Pariskunnalle kerrotaan vielä uudestaan lääkärin suunnittelema lääkitys ja sovitaan tarkasti päivämäärät ja tunnit, jolloin lääkettä otetaan. Hoitaja käy läpi vaihe vaiheelta tarvittavien pistoshoidojen antamisen ja aikataulut. Hoitaja ja potilas opettelevat yhdessä pistämistä. Hoitaja antaa vielä mukaan tarkat kotihoito-ohjeet.
8. **Nainen pistämässä kotioloissa. Allakasta näkyy pistosjakso. Monitorikuvaa follikkeleista.**
- Vastetta pyritään arvioimaan hormonimääritysten tai vain ultraäänitutkimusten avulla. Hormonihoidon aikana on normaalia, että tuntee olevansa turvoksissa. Verenkierron hormonipitoisuus on muuttunut, mikä saattaa vaikuttaa mielialaan tai mielialan vaihteluihin.
 - Hoitaja on opettanut potilaan pistoshoidon klinikalla. Tarvittaessa hoitaja neuvoo puhelimitse potilasta kotihoidossa.
9. **OPU (Lääkäristä otettu punktiokuvaa, lisänä putkien täyttyminen)**
- Punktiopäivänä pariskunta tulee vastaanotolle. Nainen tulee munasolujen keräystä varten, ja mies antaa spermanäytteen laboratorioon samana päivänä tehtävää koeputkihedelmöitystä varten. Munasolujen keräys tapahtuu emättimen kautta ohuella neulalla ultraääniohjauksessa. Tavoitteena on imeä kaikki munarakkulat tyhjiksi rakkulanesteestä. Yleensä keräyksi saadaan muutamasta rakkulasta useisiin kymmeneen. Toimenpide kestää noin 10–20 min. Toimenpiteen yhteydessä annetaan laskimonsisäisesti kipulääkettä sekä rauhoittavaa lääkettä.
 - Hoitaja avustaa munasolukeräyksessä, vie putkia laboratorioon, järjestää ja antaa lääkärille tarvittavat instrumentit, tukee potilasta, seuraa toimenpiteen kulkua.
10. **Toipuminen Opusta Naisesta joka lepäilee paareilla toimenpiteen jälkeen. Hoitaja on pariskunnan vierellä. Tarkkailee potilaan vointia. Hoitaja antaa ET-ajan ja hyvästelee pariskunnan.**
- Punktion jälkeen naista seurataan poliklinikalla noin 2-3 tuntia, minkä jälkeen pariskunta pääsee lähtemään kotiin odottamaan seuraavaa vaihetta. Keräyksen jälkeen munasarjat voivat olla arat ja turvoksissa, joten liikkeen on oltava rauhalliset ja on vältettävä painavien tavaroiden kantamista. Punktio on turvallinen toimenpide, ja sivuvaikutukset ovat erittäin harvinaisia.
 - Hoitaja kertoo toimenpiteen onnistumisesta pariskunnalle. Tarkkailee potilaan vointia. Kuuntelee ja antaa tarvittavat kotiohjeet ja/tai käyntiajat. Hoitaja käsittelee myös mahdollisia muita pariskuntaa askarruttavia asioita, joita tulee ottaa huomioon hoidon aikana ja/tai sen jälkeen.
11. **Pariskunta lähtee klinikalta kotiin, hoitaja antaa halauksen molemmille**
- Toimenpiteen jälkeen pariskunta on valmis lähtemään kotiin. Tässä vaiheessa lepo on naiselle tärkeä.
 - Hoitajan rooli on hoidon koordinoinnin lisäksi antaa käytännön ohjeita ja tietoa toimenpiteistä pariskunnalle ja myös tukea heidän henkistä jaksamistaan. Hoitaja on asiakkaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa mukana alusta loppuun asti. Ajan antaminen ja kuuntelu tukevat pariskunnan jaksamista hoidon onnistumisessa ja myös pettymyksissä. Pariskunnan tulee kokea saavansa yksilöllistä hoitoa ja ohjausta. Hoitaja ohjaa ja tukee lapsetonta pariskuntaa lääketieteellisen, mutta ensisijaisesti myös henkisen kokonaisuuden kautta.