LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan kokemuksia hedelmöityshoidoista – kirjallisuuskatsaus

Ahonen, Pauliina
Forsström, Miia

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan kokemuksia hedelmöityshoidosta – kirjallisuuskatsaus

Ahonen Pauliina
Forsström Miia
Sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Ahonen Pauliina
Forsström Miia

Lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan kokemuksia hedelmöityshoitoista -kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2015 Sivumäärä 37

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan toimipisteen ja HUS:n HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota kirjallisuuskatsaus lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien kokemuksista liittyen hedelmöityshoitoihin sekä kehittää ja päivittää työelämän käytänteitä ja luoda uutta osaamistietoa. Tavoitteena oli myös lisätä tietoa lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien kokemuksista hoitoprosessin aikana. Tätä tietoa voivat käyttää hyödyksi sekä hoitohenkilökunta että lapsettomuushoitoa saavat potilaat.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mallia mukaillen. Käytetty aineisto koostui neljästä suomalaisesta ja kahdesta kansainvälisestä tutkimuksesta, jotka valittiin opinnäytetyöhön kuudesta eri tietokannasta. Tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä. Tutkimusten mukaan subjektiivisena kokemuksena lapsettomuus merkitsee pariskuntien elämässä kriisiä, ja tähän liittyy voimakkaita positiivisia ja negatiivisia tunteita. Hedelmöityshoidot koettiin psyykkisesti ja fyysisesti rankoiksi ja toivo sekä epätoivo vaihtelivat pariskuntien elämässä hoitojen aikana. Tutkimuksessa kehittämishaasteeksi nousivat pariskuntien tarpeiden kokonaisvaltainen huomiointi sekä informaation antamisen kehittäminen. Tutkimuksen löydökset parantavat ymmärrystä ja lisäävät tietoutta lapsettomuuden sekä lapsettomuushoitojen kokemuksesta ja näin voidaan kehittää ja parantaa potilaslähtöistä hoitotyötä.

Asiasanat: Hedelmöityshoidot, koeputkihedelmöitys, kokemuksellisuus, lapsettomuus, lapsettomuushoidot

Laurea University of Applied Sciences
Tikkurila
Degree Programme in Nursing

Abstract

Ahonen Pauliina
Forsström Miia

Experiences of the childlessness couple of the fertilization cares – literature review

Year 2015 Pages 37

This thesis was carried out as a part in co-operation between Laurea University of Applied Sciences and Helsinki Region Hospital District´s (HUS) HUCH (Helsinki University Central Hospital) fields of obstetrics and gynecology healthcare in nursing, as a quality development project. The purpose of this thesis was to conduct a literature review on the childless couples' experiences of infertility treatments and to develop and update work-life practices, and to create new know-how to every day work. The objective of the dissertation was also to increase knowledge of the experiences during the treatment process of couples suffering childlessness. This knowledge can be used both nursing staff and patients going through infertility treatments.

The dissertation was carried out adapting the model of the systematic literature review. The material used consists of four Finnish and two international studies which were chosen by six different databases. The results were analyzed with the content analysis. According to the studies, as a subjective experience, the childlessness means crisis in the life of couples in connection with strong positive and negative feelings. The fertilization treatments were experienced psychically and physically heavy and the hope and despair varied in the life of couples during the treatments. In the study the development challenges raised comprehensive needs of couples and the development of giving the information. The findings of the study improve understanding and increase knowledge of the experience of childlessness and of infertility treatments, and so patient-oriented nursing can be developed, and this way can be improved.

Keywords: Fertilization treatments, In Vitro Fertilization (IVF), experiential, childlessness, childlessness treatments

Sisällys

1 Projektin tausta 6
2 Tutkimuksen keskeiset käsitteet 7
2.1 Kokemus käsitteen määritelmä 7
2.2 Lapsettomuus 7
2.2.1 Hoidot ja tutkimukset 9
2.3 Hedelmöityshoidot 12
2.3.1 Koeputkihedelmöityshoidot IVF ja ICSI 12
3 Projektin toteuttaminen 14
3.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet 14
3.2 Projektin toteutus 14
3.3 Projektin organisaation kuvaus 15
4 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen 17
4.1 Aineiston keruumenetelmä ja aineiston keruu 17
4.2 Kirjallisuuskatsaus 19
4.3 Aineiston kuvaus 20
4.4 Aineiston analyysi 20
5 Kirjallisuuskatsauksen tulokset 21
5.1 Sosiaalinen tuki 21
5.2 Parisuhde 23
5.3 Psyykkinen hyvinvointi 23
5.4 Informaation saanti 24
6 Projektin arviointia 25
6.1 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys 25
6.2 Tulosten tarkastelu 26
6.3 Johtopäätökset 27
6.4 Oppimisen ja asiantuntijuuden kasvamisen arviointi 28
Lähteet 30
Liitteet 33
Liite 1 Tutkijan taulukko 33

1 Projektin tausta

Opinnäytetyö on osa Laurean ja HUS:n HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanketta. Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämässä LbD- opetussuunnitelmassa tarkoitus on sovittaa yhteen oppimisprosessi ja työelämälähtöinen kehittämistoiminta. Oppiminen tapahtuu tutkimus- ja kehittämishankkeissa työelämän kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyö toimii yhtenä osana ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyötä. Opinnäytetyön on tarkoitus lähteä työelämän kehittämistarpeista, sekä sen tulee kehittää ja päivittää työelämän käytänteitä ja luoda uutta osaamistietoa (Laurea-ammattikorkeakoulu).

Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuen hoitotyön laatua, ammatillisia kvalifikaatioita ja kehittämishankkeissa oppimista. Hanke on jaettu kahteen alahankkeeseen, leikkaushoitotyön kehittäminen sekä lapsettomuuspotilaan hoitotyön kehittäminen. Nämä alahankkeet käsittävät useita eri projekteja (Tanskanen, 2014). Opinnäytetyö kuuluu lapsettomuushoitopariskuntien hoitotyön kehittämishankkeeseen ja lapsettomuushoitojen kehittämiseen. Opinnäytetyön aihe on lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan kokemuksia hedelmöityshoidoista ja työ toteutetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mallia mukaillen.

Lapsettomuus on tänä päivänä yhä useamman pariskunnan ongelma. Suomessa hedelmöityshoitoja on ollut saatavilla parin vuosikymmenen ajan ja hoitojen kehittyessä sekä tiedon lisääntyessä suurin osa nykypäivänä hoitoon hakeutuneista pareista saa tarvitsemansa avun (Väestöntutkimuslaitos 2011). Kuitenkin tutkittua tietoa lapsettomuuspariskuntien kokemuksista koskien hedelmöityshoitoja ja lapsettomuutta löytyy hyvin niukasti. Hedelmöityshoitojen tarve on lisääntynyt kaikissa länsimaissa. Syitä lapsettomuuden kasvuun voi olla esimerkiksi se, että lasten hankinta on siirtynyt myöhemmälle iälle ja naisilla hedelmällisyys heikkenee iän myötä. Selvimmin tämä näkyy naisilla 35 ikävuoden jälkeen. Tehokkaita lapsettomuushoitoja on ollut saatavilla vasta modernien hedelmöityshoitojen myötä ja pariskunnat osaavat nykyään hakeutua hoitoihin (Duodecim 2010). Lapsettomuuden syitä selviteltäessä, tulee sitä tutkia aina parin yhteisenä ongelmana. Noin neljäs osa lapsettomuudesta johtuu naisesta, neljäsosa miehestä, neljäsosa syistä löytyy molemmista, mutta neljäsosalla lapsettomuuden syy jää kokonaan selittämättömäksi. Syyn selville saamisille on kuitenkin tärkeää, jotta hoidot voidaan suunnitella ja kohdistaa oikein (Ylikorkala & Tapanainen 2011). Hedelmöityshoitoihin liittyy kuitenkin erityiskysymyksiä, joita pariskunnat joutuvat pohtimaan ennen päätöksentekoa hoitojen aloittamisesta. Näitä asioita ovat esimerkiksi hoitojen kustannukset, niiden kesto ja rankkuus, psyykkinen valmistautuminen mahdollisiin pettymyksiin ja läheisten suhtautuminen asiaan (Väestöntutkimuslaitos 2011).

Tämän opinnäytetyön aihe tuli HYKS:n Naistenklinikan hormonipoliklinikalta ja kuului naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishakkeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien kokemuksiin hedelmöityshoidoista ja lapsettomuushoitoprosessista.

2 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

2.1 Kokemus käsitteen määritelmä

Oli kokemus mikä tahansa on sille luonteenomaista sen omakohtaisuus. Subjektiivinen kokemus on aikaan sidottu, paikallinen, ainutlaatuinen ja ruumiillinen. Kokemus on aina jonkun henkilökohtainen kokemus ja siinä on persoonan oma näkökulma (Suorsa 2011). Samankaltaiset kokemukset tuottavat samankaltaisia kokemuksia. Yksilön kokemuksellisuus muodostuu hänen kasvamisen, oppimisen ja kulttuurinsa kautta. Yksilön omien ajatusten pohjalta ruumiiseen kirjautunutta kokemusmaailmaa voidaan tarkastella yksilön toimintaa, tunnetta, ajatuksia ja havaintoja ohjaavana niin sanottuna kokemuskerrostumana. Nämä yksilön aiemmat kokemukset kerrostuvat hänen ruumiiseen, muodostaen yhteiskunnallissosiaalisesti määräytyneen yksilöllisen ilmiasun, jonka avulla yksilö suunnistaa maailmassa ja tulkitsee sitä. Yksilön henkilökohtaisesti koettu kriisi, kuten kipu tai sairaus nostaa yksilön oman ruumiin esiin tietoisena kokemuksena siitä, että jokin yksilössä tai sen toimintakentässä on muuttunut ja sen seurauksena aiemmat toimintamallit eivät toimi (Liimakka 2011). Abstraktin luonteensa takia kokemuksen käsite on monimutkainen. Sekä kokemukseen vaikuttavien tekijöiden määrä, että sen henkilökohtainen luonne lisäävät kokemuksen monimutkaisuutta. Juha Perttula kertoo kokemusta tutkiessaan, että kokemuksen rakenne on suhde, joka liittää subjektin ja objektin yhdeksi kokonaisuudeksi. Perttula kutsuukin kokemusta merkityssuhteeksi, joka on ymmärtävä ja merkityksellistyvä suhde tajuavan ihmisen ja elämäntilanteen välillä. (Perttula ja Latomaa 2009).

2.2 Lapsettomuus

Lapsettomuudella eli infertiliteetillä tarkoitetaan sitä, ettei pariskunta ole vähintään vuoden kestäneen säännöllisen sukupuolielämän jälkeen saaneet alkuun raskautta. Lapsettomuutta on primaarista eli ei aikaisempia raskauksia tai sekundaarista eli aikaisemman raskauden jälkeinen hedelmättömyys. Steriliteetti taas tarkoittaa pysyvää hedelmättömyyttä ja subfertiliteetti taas heikentynyttä lisääntymiskykyä (Ylikorkala & Tapanainen 2011). Hedelmöityshoitojen tarve on lisääntynyt kaikissa länsimaissa ja tästä syystä on arvioitu lapsettomuuden lisääntyneen. Syinä lapsettomuuden kasvuun voivat olla seuraavat asiat: Lasten hankinta on siirtynyt myöhemmälle iälle ja naisilla hedelmällisyys heikkenee iän myötä. Selvimmin tämä näkyy naisilla 35 ikävuoden jälkeen. Useissa länsimaisissa tutkimuksissa on myös huomattu, että

miesten spermanlaatu on huonontunut. Tehokkaita lapsettomuushoitoja on ollut saatavilla vasta modernien hedelmöityshoitojen myötä ja pariskunnat osaavat nykyään hakeutua hoitoihin (Duodecim 2010). Tahattomasta lapsettomuudesta arvioidaan kärsivän n. 15 % hedelmällisessä iässä olevista pariskunnista, jossakin elämänsä vaiheessa. Lapsettomuus lisääntyy naisen iän myötä ja on n. 6 % 20–25-vuotiailla, 16 % 30–35-vuotiailla ja 40 % 40–45-vuotiailla. Kolmen vuoden yrityksen jälkeen vain n. 5 % pareista on tahattomasti lapsettomia. Lapsettomuuden syitä selviteltäessä, tulee sitä tutkia aina parin yhteisenä ongelmana. Noin neljäs osa lapsettomuudesta johtuu naisesta, neljäsosa miehestä, neljäsosa syistä löytyy molemmista, mutta neljäsosalla lapsettomuuden syy jää kokonaan selittämättömäksi. Syyn selville saamisille on kuitenkin tärkeää, jotta hoidot voidaan suunnitella ja kohdistaa oikein. Yleisimpiä syitä lapsettomuuteen naisilla ovat munarakkulan kypsymishäiriöt ja munanjohdinvauriot. Miehellä taas yleisimpiä syitä ovat erilaiset siittiötuotannon häiriöt. Hedelmöityshoitoja voidaan antaa nykyisin hyvin tuloksin lähes kaikissa lapsettomuuden syissä, mutta hoitojen antamista säädellään tarkasti (Ylikorkala & Tapanainen 2011).

Ovulaatioon liittyvät häiriöt	- Anovulaatio -Oligo-ovulaatio -Keltarauhasen vajaatoiminta	18–32%
Miehestä johtuvat syyt	-Heikentynyt sperman laatu -Siittiövasta-aineet -Elimelliset ejakulaatiohäiriöt	20–30%
Munajohdinvauriot	-Täydellinen/Osittainen tukos -Peritoneaaliontelon kiinnikkeet	10–15%
Kohdun rakenteelliset viat	-Myoomat, kiinnikkeet, polyypit	2-5 %
Endometrioosi		6-20 %
Seksiongelmat		1-5 %
Servikaaliset syyt	-Vasta-aineet -Tulehdukset -Rakenteellinen	1-5 %
Selittämätön lapsettomuus		10–25%

Taulukko 1: Lapsettomuuden syiden jakautuminen ja niiden yleisyys

2.2.1 Hoidot ja tutkimukset

Lapsettomuushoitoihin tullaan aina lääkärin lähetteellä. Lähete lapsettomuustutkimuksiin ja hoitoihin on lähes aina ei-kiireellinen ja koskee parin molempia osapuolia. Lapsettomuustutkimukset aloitetaan pääsääntöisesti silloin, jos raskausyritys on kestänyt yli vuoden. Lapsettomuustutkimukset voidaan aloittaa myös tätä ennen, mikäli nainen on yli 38-vuotias, kuukautiskierrot ovat epäsäännölliset tai puuttuvat kokonaan, taustalla on sairastettuja pahoja lantionalueen tulehduksia tai on muita gynekologisia ongelmia, esimerkiksi voimakkaat vatsakivut ovat lisäaiheena tutkimuksille. Jos miehellä on ollut sairauksia, joiden tiedetään huonontavan hedelmällisyyttä, tehdään miehelle tällöin jo aikaisessa vaiheessa siemennestetutkimus (Ylikorkala & Tapanainen 2011). Perusteellinen anamneesi on lapsettomuusdiagnostiikan perusta. Esitiedot ohjaavat lapsettomuustutkimusten kiireellisyyttä ja laajuutta. Lapsettomuuden perustutkimuksia tehdään Naistenklinikalla, Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon sairaaloissa. Naistenklinikalle on keskitetty koeputkihedelmöitykset, ovulaatioinduktiohoidot, vaativamman lapsettomuushoidon suunnittelu ja toteutus (HUS 2014).

Perusterveydenhuollossa	
Anamneesi, molemmat	- Raskausyrityksen kesto - Primaari tai sekundaari infertiliteetti - Yleissairaudet ja lääkkeet - Ravitsemustila - Alkoholi, tupakka ja huumeiden käyttö - Hedelmällisyyteen vaikuttavat leikkaukset - Mielenterveys - Psykososiaalinen tilanne
Nainen	- Kliininen yleistutkimus - Gynekologinen tutkimus - Painoindeksi, verenpaine - Klamydianäyte - Irtosolunäyte (PAPA) - Pieni verenkuva - Tyreotropiini (S-TSH) - Prolaktiini
Mies	- Kliininen yleistutkimus - Painoindeksi - Siemennestenäyte - Kivesten laskeutumattomuus - Kivesten vamma tai kiertymä - Anaboliset steroidit - Sukupuolitaudit - Kives- lisäkives- tai eturauhastulehdus - Vesikives tai kiveskohju - Nivustyrä

Taulukko 2: Lapsettomuuspariskunnan esitiedot perusterveydenhuollossa

Erikoissairaanhoidossa	
Naisen tutkimukset	- Gynekologiset kaikututkimukset - Hysteroskopia - Laparoskopia - Kuukautiskierron kartoitus: Alkukierron gonadotropiinit * (Androgeenit, lisämunuaisten toiminta) Follikkelin ja endometriumin kehitys * Ovulaatioajankohdan määritys * Progesteronimääritys
Miehen tutkimukset (jos poikkeava anamneesi tai siemennestenäyte)	- Kliininen tutkimus - Uusi siemennestenäyte - Hormonitutkimukset (FSH, testosteroni) - Kromosomitutkimukset, Y-kromosomin mikrodeleetio - Kivesten kaikututkimus - Kivesbiopsia

Taulukko 3: Lapsettomuuspariskunnan esitiedot erikoissairaanhoidossa
(Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2002,Hippeläinen, M & Räsänen, M. sekä Ylikorkala, O & Tapanainen, J. 2011, Naistentaudit ja Synnytykset).

Lapsettomuushoidoissa hyvään hoitotulokseen päästään yleensä silloin, jos lapsettomuuden syyksi on todettu ovulaatiohäiriö. Mikäli ovulaatiohäiriön syynä on ali- tai ylipainoisuus, on syytä ensimmäiseksi pyrkiä painon normalisointiin ja aloittaa vasta sitten lääkehoito. Mikäli potilas on runsaan ylipainoinen, ei hänen tarvitse pyrkiä ihannepainoon, vaan pyrkiä pudottamaan painoaan n.10 %. Tämä voi olla jo riittävä painonpudotus ovulaation normaalistamiseksi. Elintapoihin puuttuminen on tärkeätä, sillä tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja huumeet heikentävät hedelmällisyyttä vaikuttamalla munarakkulan kasvuun, munasolun kypsymiseen ja / tai kohdun limakalvon toimintaan. Endokriininen tauti (esim. hypotyreoosi) on hoidettava asianmukaisesti. Hyperprolaktinemia hoidetaan dopamiiniagonisteilla, joiden annos määräytyy prolaktiiniarvojen mukaan. Lääkitys lopetetaan, kun raskaus on todettu (Lapsettomuus, Duodecim artikkelit, Endokrinologia, Tiitinen, A. 2010).

Miehen lapsettomuuden hoidoissa esim. sperman laadun heikkenemisen syytä ei useinkaan saada selville. Tästä syystä syyhyn kohdistuvia hoitoja ei ole paljon. Miehenkin hedelmällisyyttä parantaa huomattavasti, että pois jätetään tupakka ja huumeet, painon hallinta, terveet elämäntavat sekä perussairauksien hyvä hoito. Miesten hormonihoidoista ei ole todettu olevan hyötyä, jos vian taustalla ei ole endokriininen syy. Samoin erilaiset vitamiinihoidot ovat turhia. Varikoseelen (kiveskohju) hoitoa voidaan perustella, jos varikoseelasta on oireita tai nuorelle miehelle, kun halutaan ehkäistä tuleva kivesvaurio.

Tutkimusten perusteella siittiötuotannon häiriö ei kuitenkaan palaudu eikä hedelmällisyys juuri parane. Siemensyöksyn puuttumista pystytään toisinaan auttamaan efedriinilääkityksellä. Mikäli tähän ei ryhdytä, joudutaan turvautumaan siemensyöksyn tuottamiseen vibraattorin tai peräsuolen kautta tapahtuvan sähköstimulaation avulla inseminaatioita tai munasolunsisäisiä mikroinjektioita (ICSI) varten. Kiveksestä voidaan myös neulalla imeä siittiöitä. Retrogradisessa ejakulaatiohäiriössä (taaksepäin suuntautunut siemensyöksy) kivesbiopsian vaihtoehtona voidaan yrittää kerätä siittiöitä neutraloidusta virtsasta hedelmöityshoitoja varten. Mikäli miehen hedelmättömyyden syynä ovat vasta-aineet, on hoitona inseminaatio pestyillä siittiöillä, koeputkihedelmöitys (IVF), tai mikroinjektio (ICSI) munasoluun häiriön vaikeusasteesta riippuen. Aivolisäkehormonien puutteellisesta erityksestä johtuva siittiötuotannon häiriö saadaan yli puolessa tapauksia hoidetuksi gonadotropiinihoidoilla tai sykäyksittäisillä GnRH:lla eli miehiä hoidetaan gonadotropiini-injektion. Selittämätöntä siittiöiden niukkuutta ja heikkoliikkeisyyttä ei pystytä hoitamaan. Koeputkihedelmöityksellä voidaan hoitaa paria, silloin kun, miehen spermanlaatu on heikko ja sen syy on mikä tahansa (Ylikorkala & Tapanainen 2011).

Hedelmöityshoitojen avulla Suomessa syntyy vuosittain tuhansia lapsia ja yksistään koeputkihedelmöityksillä n. 3 % kaikista syntyvistä lapsista. Hedelmöityshoitojen antamista ja sukusolujen käsittelyä säädellään suomessa laeilla ja asetuksilla. Toiminta on luvanvaraista ja sitä valvovat viranomaiset ovat Valvira ja Lääkelaitos. Ennen hedelmöityshoitoihin ryhtymistä pariskunta allekirjoittaa määräaikaisen hoitosuostumuksen. Ennen hoitosuostumuksen allekirjoittamista lääkäri kertoo parille kyseisen hoidon toteutuksen, mahdolliset riskit sekä onnistumistulokset, isyyden vahvistamisesta. Parilla on myös mahdollisuus asettaa tässä kohtaa ehtoja hoitavalle yksikölle. Hedelmöityshoitolain tullessa voimaan, samanaikaisesti voimaan tuli myös kudoslaki. Kudoslain mukaan hoitoon tulevilta pareilta pitää tutkia HIV- ja hepatiittiseulontakokeet. Hedelmöityshoitolaki mahdollistaa yksinäisen naisen tai naisparin hoidon. Laissa ei ole määritelty ikärajoja, mutta julkisella puolella ei kuitenkaan yleisesti hoideta yli 40-vuotiaita naisia ja sijaissynnytys on Suomessa kielletty.

Lapsettomuushoitojen kulku HUS Naistentautien yksikössä alkaa pariskunnan kutsusta ensikäynnille, jossa kartoitetaan molempien terveydentila ja suunnitellaan perustutkimukset. Kun perustutkimukset on tehty ja vastaukset ovat käytettävissä, kutsutaan pariskunta toiselle vastaanottokäynnille, jolloin käydään läpi tutkimusten tulokset ja suunnitellaan jatkohoito yksilöllisesti lapsettomuuden syyn perusteella. Hoito suunnitellaan lapsettomuuden syyn ja parin toiveiden mukaisesti. Osalle paras vaihtoehto voi olla adoptio tai hoidoista pidättäytyminen.

2.3 Hedelmöityshoidot

Munarakkulankypsyyshoito	Esim. klomifeeni- ja gonadotropiini-pistoshoito. Tarkoituksena on aikaansaada tai vahvistaa ovulaatiota.
Kirurginen hoito	Esim. tilanteissa joissa lapsettomuuden syynä on endometrioosi, myooma tai munanjohdinvaurio.
Inseminaatio	Pestyjä siittiöitä ruiskutetaan naisen kohtuonteloon munasolun irtoamisen aikaan.
Koeputkihedelmöitys (IVF)	Munasolu hedelmöitetään laboratoriossa soluviljelymaljassa ja alkio siirretään kohtuun kasvamaan.
Mikroinjektio (ICSI),	Käytetään, jos siittiöitä on kovin vähän ja ne ovat huonosti liikkuvia. Toimenpiteessä yksi ainoa siittiö ruiskutetaan suoraan munasolun sisään ohuella lasineulalla.

Taulukko 4: Lapsettomuuden hoitomuodot

2.3.1 Koeputkihedelmöityshoidot IVF ja ICSI

Koeputkihedelmöityshoito eli IVF tulee latinan kielen sanoista in vitro fertilisaatio. Koeputkihedelmöityksen tarkoituksena on siittiöiden ja munasolujen onnistunut kohtaaminen ja näin munasolun hedelmöittyminen (Tiitinen & Hovatta 2004). Ensimmäinen IVF- hoidoilla alkunsa saanut lapsi syntyi Englannissa vuonna 1978, ja Suomessa ensimmäinen vuonna 1984. IVF on sittemmin vakiinnuttanut paikkansa lapsettomuuden tehokkaimpana hoitomuotona ja hoitomuotoa voidaankin käyttää lähes kaikissa lapsettomuusongelmissa. (Väestöliitto 2007: Kun lapsi viipyy). IVF-hoidon käyttöindikaatioita on monia, esimerkiksi endometrioosi, munajohdinvauriot ja miehistä johtuvat lapsettomuuteen johtavat ongelmat. (Tiitinen & Hovatta 2004). Koeputkihedelmöityshoidon kulkuun kuuluu hormonihoito, jonka avulla munasarjoihin kasvatetaan useita munarakkuloita. IVF-punktiossa eli munarakkulapunktiossa kerätään munasolut jotka hedelmöitetään laboratoriossa siittiöillä. Mahdollisista alkioista yksi tai enintään kaksi siirretään kohtuun, ja loput hyvänlaatuiset alkiot pakastetaan mahdollista myöhempää käyttöä varten. (Väestöliitto 2007: Kun lapsi viipyy). Hormonihoidot jaetaan lyhyeen hoitokaavaan eli GnRH-antagonistihoitoon ja pitkään GnRH-agonistihoitokaavaan. GnRG-antagonistihoidossa nainen aloittaa munarakkulan kasvua stimuloivan aivolisäkehormonin gonadotropiinin kuukautiskierron toisena tai kolmantena päivänä pistoksina (Väestöliitto 2014). Pistokset to-

teutetaan päivittäin ihon alaiskudokseen. Uudempana vaihtoehtona on myös pitkävaikutteinen FSH- gonadotropiinivalmiste, jonka yksi pistos korvaa ensimmäiset seitsemän päivittäistä pistosta. Yleensä noin kuudentena pistospäivänä hoitoon lisätään GnRG-antagonisti, mikä jatkuu noin 4-6 päivää. Lyhyen hoitokaavan etuina ovat lääkehoidon lyhyt kesto ja näin vähäiset haittavaikutukset, mutta hoitokierrot eivät ole yhtä helposti ohjelmoitava kuin pitkässä hoitokaavassa. Kuitenkaan lyhyen ja pitkän kaavan hoitotuloksissa ei ole oleellista eroa (Parempaaelämää). GnRG-agonistihoidossa gonadotropiinihoitoa edeltää kahden viikon pituinen GnRG-agonistilääkitys, minkä voi ottaa joko nenäsumutteena, pistoksena tai kapselina ihon alle. Lääke jatkuu neljän viikon ajan ja puolessa välissä lääkehoitoa mukaan lisätään gonadotropiinipistokset. Tämä hoitomuoto voi sivuvaikutuksena aiheuttaa naiselle väliaikaisesti vaihdevuosien kaltaisen tilan ja sen tuomat haittavaikutukset, kuten kuumat aallot ja hikoilu. Pidemmällä hoitokaavalla voidaan kuitenkin munasolujen keräyshetki määrittää tarkemmin, mikäli keräyshetken ajankohta on tärkeä. Munasolujen kehittymistä seurataan vaginaalisella ultraääniseurannalla kahdesta kolmeen kertaan hoitojakson aikana. Tarvittaessa verikokeella voidaan myös tehdä hormonimäärityksiä (Parempaaelämää). Gonadotropiinihoito toteutetaan joko hMG- tai FSH-hormonia käyttäen. Sekä annosten että hoidon pituuden suhteen hormonihoito on aina hyvin yksilöllinen, mutta yleensä päivittäisiä ihon alaispistoksia pistetään 9-12 päivän ajan. Munasolujen lopullisen kypsymisen laukaiseva niin sanottu irrotuspiikki eli hCG-istukkahormonipistos annetaan, kun suurimmat munanrakkulat ovat läpimitaltaan yli 17mm.

Munasolut kerätään noin 36 tunnin kuluttua ultraääniohjatussa punktiossa, jossa neula viedään emättimen seinämän läpi suoraan munarakkuloihin. Munarakkulat imetään tyhjiksi, ja näin munasolut saadaan munarakkulanesteen mukana talteen (Parempaaelämää). Mikroskooppia apuna käyttäen rakkulanesteestä etsitään kypsät munasolut. Samanaikaisesti miehen siemenneste tutkitaan ja valmistellaan. Kypsät munasolut siirretään lämpötilaltaan ja happipitoisuudeltaan äidin elimistön olosuhteita vastaavaan viljelymaljaan. Siemennesteen pesun avulla erotetaan parhaiten liikkuvat siittiöt, ja hedelmöitystä varten viljelymaljalle lisätään 10 000- 100 000 siittiötä yhtä munasolua kohti. Noin vuorokauden kuluttua voidaan nähdä kuinka moni munasolu on hedelmöittynyt. Kahden vuorokauden kuluttua hedelmöittyneet munasolut ovat jakautuneet jo kahdesti ja näin muodostavat nelisoluisia alkioita. Näistä alkioista korkeintaan kaksi siirretään kohtuun pehmeää, ohutta katetria käyttäen. Loppukierron ajaksi otetaan käyttöön keltarauhashormoni niin kutsutun luteaalivaiheen tukihoidoksi. Sanotaan, että kuten naisen omassa kehossa tapahtuvan hedelmöityksen jälkeen, luonto päättää mikä alkioista kiinnittyy kohdun seinämään ja alkaa kehittyä (Parempaaelämää). IVF-hoidon tuloksiin vaikuttavat naisen ikä, aiempi hedelmällisyys ja hoidon aihe sekä hoitokertojen määrä. Raskauden todennäköisyys on alle 38-vuotiaalla noin 25–40%. 20–35%:ssa hoitokerroista päästään synnytykseen (Terveyskirjasto, Duodecim 2014). Mikroinjektiohoito eli ICSI tulee latinan kielen sanoista intracytoplasmic sperm injection. Mikroinjektiohoidon yhteydessä naisen hormonihoito ja munasolujen keräys ovat samat kuin tavallisessa koeputkihedelmöity hoidossa

(IVF). Tämä hoitomuoto eroaa koeputkihedelmöityksestä sillä, että vain yksi siittiö ruiskutetaan munasolun sisään. (Väestöliitto 2000).

3 Projektin toteuttaminen

3.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

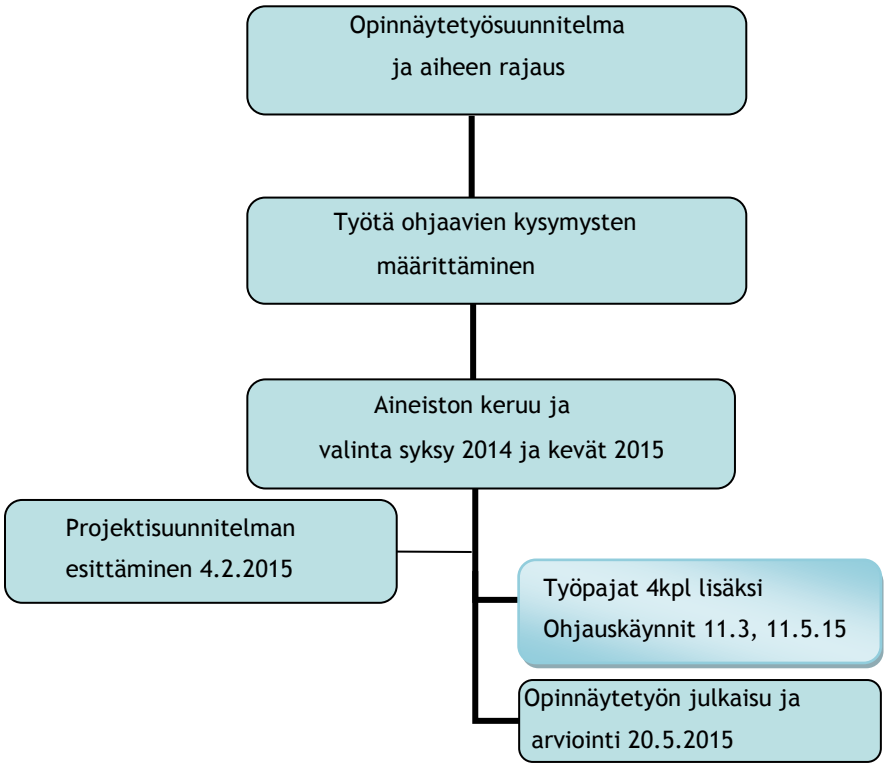
Projektin tarkoituksena on kehittää lapsettomuuspariskunnan hoitotyön laatua ja ammatillista kvalifikaatiota. Opinnäytetyön tarkoitus on hankesuunnitelman mukaisesti kehittää HYKS:n naistentautien alueella lapsettomuushoitoja. Yksityiskohtaisiksi tavoitteiksi opinnäytetyölle on otettu kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien kokemuksista hedelmöityshoidoista ja hoitoprosessista.
Opinnäytetyössä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisena lapsettomuudesta kärsivät pariskunnat ovat kokeneet hedelmöityshoidot?
2. Millaisena lapsettomuudesta kärsivät pariskunnat ovat kokeneet hoitoprosessin?

3.2 Projektin toteutus

Projekti perustuu Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan kliinisen hoitotyön kehittämishankkeeseen 2014 – 2015. Projektisuunnitelma esiteltiin opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa Naistenklinikalla 4.2.2015. Opinnäytetyö valmistuu toukokuun 2015 aikana ja se esitetään arvioivassa seminaarissa Naistenklinikalla Seth Wichman-salissa 20.5.2015.

Projektin aloituskokouksessa 29.10.2014 vahvistettiin opinnäytetyön aihe, sen tarkoitus, projektiryhmä ja alustava aikataulutus. 19.1.2015 opiskelijat kävivät tutustumiskäynnillä Naistenklinikan hormonipoliklinikalla, mikä toimii lapsettomuudesta kärsivän hoitopotilaan hoitavana yksikkönä. Alun perin opinnäytetyö oli tarkoitus toteuttaa Naistenklinikan hormonipoliklinikalla potilaisiin kohdistuvalla kyselylomakkeella, mutta opinnäytetyö ei saanut tutkimuslupia HYKS:n johtokunnalta. Opinnäytetyö päätettiin kääntää toteutettavaksi kirjallisuuskatsauksena, jolloin tutkimuslupia ei tarvinnut hakea. Työskentelyn päälinjauksena toimii mukailtu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tiedonhaku toteutettiin loppusyksyn 2014 ja kevään 2015 aikana Laurea-ammattikorkeakoulussa käytettävissä olevista tietokannoista. Tiedonhaun alustavat tulokset esiteltiin suunnitelmaseminaarissa Naistenklinikalla 4.2.2015. Opiskelijat osallistuivat ohjaukseen ennen suunnitelmaseminaaria, ja tällöin tarkennettiin opinnäytetyön suunnitelman eteneminen. Opinnäytetyön toteutusvaiheen prosessin aikana opiskelijat osallistuivat opinnäytetyöpajoihin. Työpajoja oli yhteensä neljä syksyn 2014 ja kevään 2015 aikana. Opiskelijat saivat tukea prosessin eri vaiheissa ohjaavalta lehtorilta ja hankekoordinaattorilta Marja Tanskaselta.

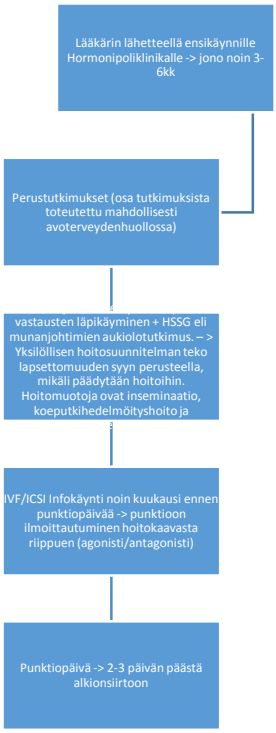


Kuva 1: Projektin vaiheiden kuvaus

3.3 Projektin organisaation kuvaus

Naistenklinikan sairaala kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) naistentautien ja synnytysten toimialaan. Naistenklinikka on naisten- ja vastasyntyneiden vaativaan erikoissairaanhoitoon keskittynyt sairaala. Naistenklinikka on osa Helsingin yliopistollista sairaalaa (HYKS). Naistenklinikalla hoidetaan HUS:n alueen vaikeimmat riskiraskaudet ja hyvin ennenaikaiset synnytykset. Synnyttäjien ja naistentautipotilaiden lisäksi naistenklinikalla hoidetaan myös lastentautien ja lastenkirurgian potilaita. Naistenklinikalla hoidetaan raskaana olevia naisia Äitiyspoliklinikalla ja Sikiötutkimusyksikössä. Naistentautien potilaita hoidetaan Naistentautien poliklinikalla ja Hormonipoliklinikalla. Hormonipoliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan naisten hormonitoiminnan häiriöitä, pariskuntien lapsettomuutta sekä nuorten tyttöjen gynekologisia ongelmia. Myös transsukupuolisten hormonihoidot on keskitetty Hormonipoliklinikalle. Poliklinikalla toimii myös sperma- ja IVF-laboratorio. Poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, joten potilas tulee hoitoon lääkärin lähetteellä yleensä noin vuoden kestäneen raskausyrityksen jälkeen tai aikaisemmin, mikäli tiedossa on raskauden alkamista vaikeuttava tilanne (HUS 2015).

Hoitopolku alkaa pariskunnan ensikäynnillä hormonipoliklinikalla. Käynnillä kartoitetaan molempien terveydentila ja suunnitellaan perustutkimukset, kuten siemennestenäyte, kuukautiskierron kartoitus ja munatorvien aukiolotutkimus. Naisen jokainen tutkimuskokonaisuus tehdään eri kuukautiskierrossa. Perustutkimusten vastausten valmistuessa pariskunta tulee vastaanotolle, jossa heille kerrotaan tutkimusten tulokset ja suunnitellaan yksilöllinen jatkohoito sen perusteella mistä lapsettomuus johtuu. (HUS 2015). Lapsettomuuden perustutkimuksia tehdään Naistenklinikalla sekä Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon sairaaloissa. Naistenklinikalle on keskitetty koeputkihedelmöitykset, ovulaatioinduktiohoidot, vaativamman lapsettomuushoidon suunnittelu ja toteutus (HUS 2015). Hormonipoliklinikan hoitopiiriin kuuluu myös Kymenlaakson sairaanhoitohoitopiiri. Lapsettomuushoitopotilaan hoitopolku on havainnoitu Naistenklinikan Hormonipoliklinikalla 19.1.2015. Opiskelijat tutustuivat kliinisen ohjaajan Anne Sulosen opastuksella lapsettomuushoitopariskunnan hoitopolkuun ja osaston toimintaan.



Kuva 2: Lapsettomuushoitopariskunnan hoitopolku Hormonipoliklinikalla

Projektin yhteistyökumppaneina toimivat Laurea-ammattikorkeakoulun henkilökunta sekä opiskelijat ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-sairaanhoitoalueen henkilökunta. (Tanskanen 2014). Opinnäytetyön projektiryhmään kuuluvat Naistenklinikalta osastonhoitajat Minttu Malinen ja Riitta Ala-Ranta sekä kliininen ohjaaja Anne Sulonen. Laurea-ammattikorkeakoulusta projektiryhmään kuuluu hankekoordinaattori ja ohjaava lehtori Marja Tanskanen, sekä opiskelijat Miia Forsström ja Pauliina Ahonen.

4 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

4.1 Aineiston keruumenetelmä ja aineiston keruu

Aineiston keruu toteutettiin talven 2014/2015 aikana suomalaisista ja ulkomaisista aineistotietokannoista yksittäis- ja yhdistelmähauilla, sekä käyttäen sanojen katkaisuhakuja. Asiasanat määriteltiin opinnäytetyön tavoitteen mukaisesti. Aineiston etsintään käytettiin Laurea-ammattikorkeakoulun käytössä olevia tietokantoja. Suomenkielistä aineistoa etsittiin Lauruksen, Medicin ja Melindan kautta, ulkomaista aineistoa ProQuest:sta, Cinahl EBSCO:sta sekä SAGE:sta. Aineistoa kerättiin myös tutkimusten lähdekirjallisuutta apuna käyttäen. Tutkimusaineistoksi valittiin ainoastaan Pro Gradu- sekä hoitotieteellisten tutkimusten tasoisia tutkimusartikkeleita. Poissulkukriteereinä olivat 1) kokotekstin saatavuutta ei ollut, 2) ei ollut tutkimusartikkeli, 3) sana syöpä/cancer, 4) koeputkihedelmöityksen kokemuksellisuus ei tule esiin ja 5) näkökulma ei ollut potilaslähtöinen. Seuraavassa taulukossa on esitelty tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain:

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Hyväksytyt	Käytetyt
Laurus	Koeputkih? OR hedelmöitysh? AND kokemu? (potilaan)	2003 - 2015	4	2	2
Melinda	Koeputkih? OR hedelmöitysh? AND kokemu?	2003–2015	6	3	2
Medic	koeputkih* OR hedelmöitysh* AND kokem*	2003-2015	6	1	Ei uutta
EBSCO Cinahl	fertilization in vitro AND experi-ence	2009 -2015 Academic journal	27 17	1 2	Ei uutta 2

	infertility AND patient attitudes				
ProQuest	"fertilization in vitro" AND "patient attitudes"	2007-2012 Scholar journal	9	1	0
Sage	fertilization in vitro AND experience	2009-2015	15	0	0
	infertility AND patient attitudes		5	0	0

Taulukko 5: Tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain.

Kirjallisuuskatsauksen aineiston valintakriteerien avulla löydettiin 89 artikkelia. Näiden artikkelien otsikoiden perusteella valittiin aiheeseen sopivat artikkelit (n=10), joista kuusi tukivat tutkimusta ja näin ollen nämä valittiin tutkimukseen.
Hakuprosessin eteneminen sekä valinta- että poissulkukriteerit on kuvattu kaaviossa 1.

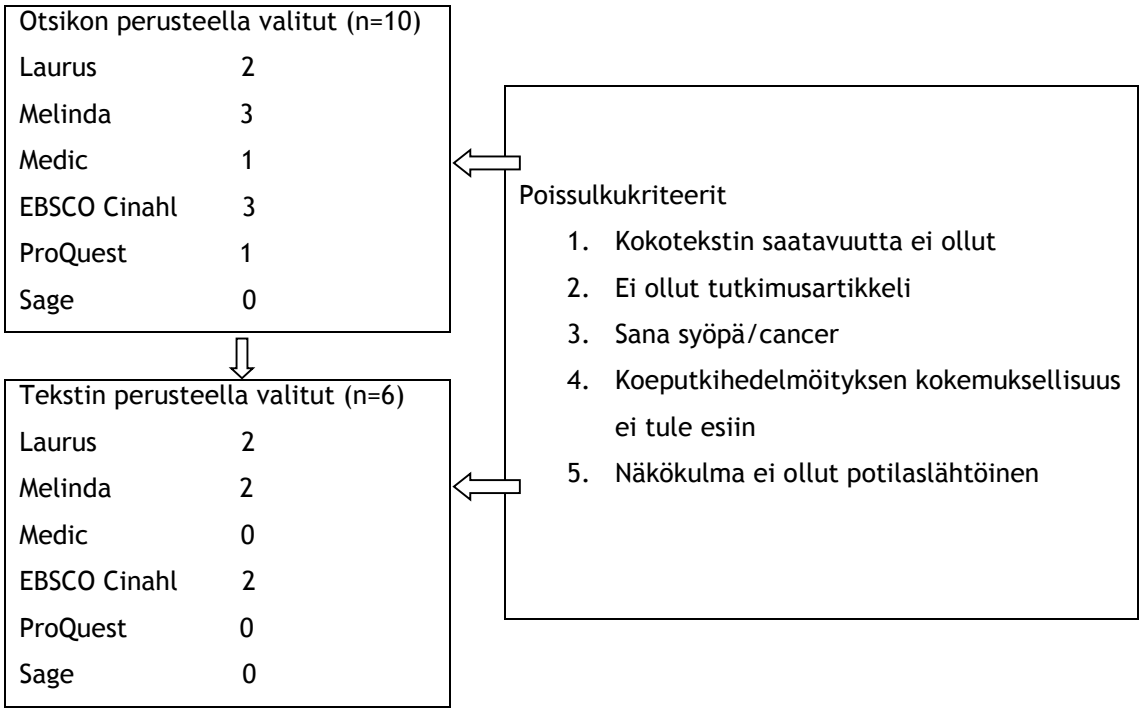
Haut tietokannoittain (n=89)
Laurus (n=4), Melinda (n=6), Medic (n=6), EBSCO Cinahl (n=44), ProQuest (n=9) ja Sage (n=20)

⇩

Sisäänottokriteerit

1. Julkaistu tietokannasta riippuen 2003-2015
2. Suomen tai englanninkielinen
3. Tutkimusartikkeli tai Pro Gradu
4. Tiivistelmän saatavuus
5. Verkkojulkaisu tai pääkaupunkiseudun kirjastoista löytyvä

⇩



Kaavio 1: Hakuprosessin eteneminen sekä valinta- ja poissulkukriteerit

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta. Kokoamalla tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia yhteen hahmotetaan kuva siitä, kuinka paljon tutkimustietoa on olemassa ja millaista tutkimus menetelmällisesti ja sisällöllisesti pääsääntöisesti on. Kirjallisuuskatsaukset ovat koottua tietoa joltain rajatulta alueelta ja se tehdään yleensä vastauksena johonkin kysymykseen eli tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia ja ne edellyttävät, että aiheesta on olemassa jotakin tutkittua tietoa. (Johansson ym. 2007).

Opinnäytetyö on tehty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mallia mukaillen. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa kerätään olemassa olevaa tietoa ja arvioidaan sen laatua sekä esitellään löydetyn tiedon tuloksia. Syystemaattisen kirjallisuuskatsausmallin on osoitettu olevan luotettava tapa yhdistää jo aikaisemmin tutkittua tietoa (Kääriäinen – Lahtinen 2006). Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytetään vain relevantit ja tarkoitusta vastaavat korkealaatuiset tutkimukset (Johansson ym. 2007). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus aloitetaan aiheen valinnalla ja tämän lisäksi valitaan kirjallisuuden hyväksymis- ja poissulkukriteerit (Metsämuuronen 2006). Aluksi rakennetaan tutkimuskysymykset, joissa huomioidaan seuraavat neljä asiaa: 1) potilasryhmä tai tutkimusongelma, 2) tutkittava interventio tai interventiot, 3) interventioiden vertailut ja 4) kliiniset tulokset (Jo-

hansson ym. 2007). Tämän jälkeen etsitään aiheeseen liittyvää kirjallisuutta erilaisista tietokannoista (Metsämuuronen 2006). Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto käsitellään huolellisesti, jotta niistä löydetään oleellinen tieto ja tutkimuksen laatu saadaan selville (Johansson ym. 2007).

Tutkimuskysymyksillä määritellään sekä rajataan sitä, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymykset on määriteltävä selkeästi. Tutkimuskysymyksien pohjalta haku kohdistetaan tietokantoihin, joista oletetaan saatavan tutkimukseen liittyvät oleelliset tiedot (Kääriäinen ym. 2006)

4.3 Aineiston kuvaus

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa on kuvattu tutkimuksen tausta ja tarkoitus, aineistonkeruumenetelmät ja tulokset. Kohderyhmät ja käytetyt otantamenetelmät on esitetty tutkimuksissa tarkasti. Kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa on käytetty erilaisia tutkimusmenetelmiä, mikä antaa tuloksiin erilaista näkökulmaa, vaikkakin jokaisesta aineistosta löytyi samankaltaiset lopputulokset. Tutkimuseettisiä kysymyksiä käsiteltiin kotimaisissa tutkimuksissa tarkemmin kuin ulkomaisissa.

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista neljä oli laadullisia tutkimuksia, yksi määrällinen tutkimus ja yksi epäselvä kyselylomakkeella toteutettu tutkimus. Tutkimusmenetelminä käytettiin teema-haastatteluja ja kyselylomakkeita. Kyselylomakkeissa oli ollut sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Käytetyt menetelmät soveltuvat hyvin aiheen tutkimiseen silloin kun ollaan kiinnostuneita potilaan kokemuksellisuudesta. Kuudesta tutkimuksesta neljä oli kotimaisia, yksi Uusi Seelantilainen sekä yksi Englantilainen. Aineisto koostui tutkimuksista, joissa tarkasteltiin potilaiden kokemusta lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista. Tutkimuksista kaksi oli toteutettu useamman vuoden aikana, ja näissä tutkittavien määrä oli selkeästi suurempi. Muut tutkimukset olivat selkeästi suppeampia. Kaikki tutkimuksiin osallistuneet olivat joko käyneet lapsettomuushoidot kokonaan läpi tai kävivät näissä hoidoissa parhaillaan. Tutkimuksia oli toteutettu sekä yksityisellä että julkisella sektorilla tai molemmilla. Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista laadittiin tutkijan taulukko, johon kirjattiin tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi sekä lähde ja tutkimustavoite, tutkimusmenetelmä, aineiston analysointi sekä keskeiset tulokset.

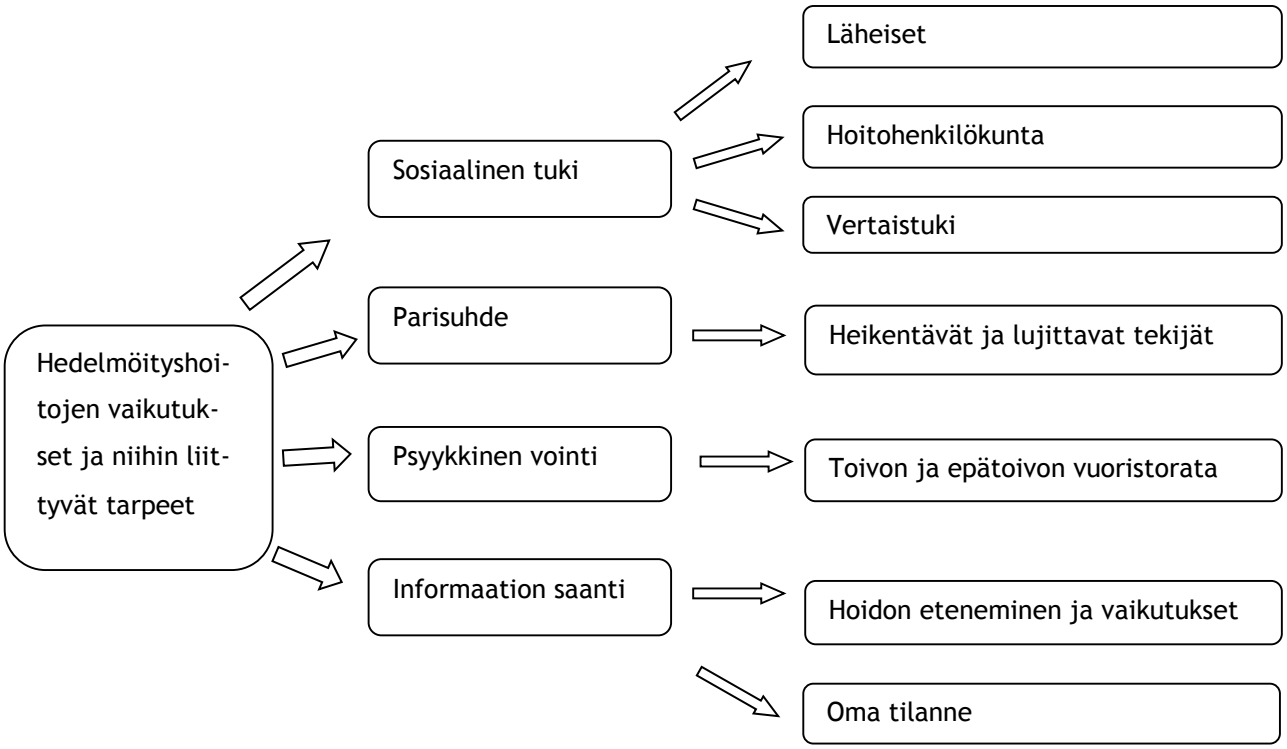
4.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä on tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetty sisällön analyysia. Aineistoa analysoitiin käyttäen induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa. Induktiivista lähestymistapaa suositellaan käytettävän, mikäli aikaisempaa tutkimusaineistoa on niukasti.

(Elo & Kyngäs. 2008). Kirjallisuuskatsauksen analysointitavaksi valittiin induktiivinen lähestymistapa, koska aiheeseen liittyvää tutkittua tietoa oli niukasti. Induktiivisessa lähestymistavassa aineisto käydään yksityiskohtaisesti läpi, ja tämän jälkeen kootaan tutkimuskysymyksiin liittyvät keskeiset asiat. (Elo & Kyngäs 2008). Analysointi alkoi tutkimuksiin tutustumisella ja sisällön tarkastelulla. Tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimusten lopullisessa valinnassa. Tutkimuskysymyksiin vastaavat lauseet alleviivattiin ja merkittiin keskeisinä tuloksina tutkijan taulukkoon. Tutkimuskysymyksien pohjalta tutkimuksissa toistuneet tärkeimmiksi nousseet asiat jaettiin ylä- ja alaluokkiin. Tämän mallin avulla tulosten analysointi selkeytyi.

5 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksena hedelmöityshoitopotilaiden tärkeinä pitämiä asioita ovat sosiaaliseen tukeen, parisuhteeseen, psyykkiseen vointiin sekä informaation saantiin liittyvät asiat. Tärkeimmät asiat ryhmiteltiin yläluokiksi, joiden keskeisimmät aihe-alueet avattiin alaluokiksi. (Kuva 3.)



Kuva 2: Lapsettomuuspariskunnan kokemukset hoitoprosessin aikana

5.1 Sosiaalinen tuki

Potilaat kokivat sosiaalisen eli läheisten ihmisten verkoston antaman tuen ristiriitaisena. Toisaalta sosiaalisen tuen saanti oli korvaamaton apu, toisaalta lapsettomuudesta ei haluttu kertoa kenellekään. Sosiaalinen tuki koettiin sekä positiivisena että negatiivisena asiana. Läheisille asiasta kertominen koettiin vaikeaksi, mutta myös edellytyksenä tuen saamiselle (Tuominen 2004). Joka viides olisi kaivannut lisää tukea läheisiltä ihmisiltä vaikean elämäntilanteen läpikäymiseen, vaikka lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista ei kuitenkaan haluttu puhua avoimesti (Miettinen 2011). Toisaalta kertomatta jättämisellä haluttiin myös suojella läheisiä lapsettomuuden tuskan jakamiselta (Huhtala 2003, Tuominen 2004).
Lapsettomuuden aikana sosiaalista tukea tarvittiin enemmän kuin saatiin. Tuen tarve oli kokonaisvaltainen; psyykkinen, emotionaalinen ja sosiaalinen (Cunningham 2013). Suurin osa pariskunnista kertoi lapsettomuudesta vain läheisimmille sukulaisilleen. Lähinnä asiasta kerrottiin vanhemmille ja sisaruksille, mutta asia usein jaettiin myös muutamien läheisten ystävien kanssa (Tuominen 2004, Miettinen 2011, Hanhirova 2004). Pariskunnat vetäytyivät tietoisesti tilanteista, joissa joudutaan puhumaan lapsettomuudesta ja joissa joutui sukulaisten ja ystävien kysymystulvaan lasten hankinnasta (Huhtala 2003, Tuominen 2004, Miettinen 2011).
Vertaistuki nousi tutkimusaineistossa merkittävään asemaan. Vertaistukea haettiin pääosin internetin keskusteluryhmistä ja vertaistukiryhmistä. Koettiin, että liittoutuminen muiden lapsettomien kanssa auttoi jaksamaan lapsettomuushoitojen eri vaiheiden aikana. Muiden lapsettomien parien kanssa pystyttiin keskustelemaan vapaasti tunteista sekä kokemuksista, sillä vain itse lapsettomuuden kokenut ja hoitoja saanut voi täysin ymmärtää mitä kyseisessä elämäntilanteessa käydään läpi sekä fyysisesti että psyykkisesti (Huhtala 2003, Tuominen 2004, Hanhirova 2004).

Lapsettomuushoitopariskuntien kokemukset hoitohenkilönkunnalta saamastaan tuesta vaihtelivat, mutta yleisesti päällimmäiseksi tunteeksi nousi hoitoihin liittyvä kiireen tuntu. Pariskunnat kokivat, ettei hoitohenkilökunnalla hoitotilanteessa ollut aikaa muuhun kuin välttämättömimmän hoitotoimenpiteen suorittamiseen. Kiireen lisäksi pariskunnat kokivat, että potilaiden yksiöllinen kohtaaminen jäi hoitotilanteissa toteutumatta ja ettei hoitohenkilökunnalla ollut aitoa kiinnostusta pariskunnan rankkaa elämänvaihetta kohtaan (Huhtala 2003, Hanhirova 2004). Yksilöllisyyden puuttuminen korostui kiireisissä vastaanottotilanteissa ja potilaat kokivat olevansa niin sanotusti vain numero tilastossa (Hanhirova 2004). Hyviäkin kokemuksia erottui joukosta, mutta nämä liittyivät lähinnä hoitotilanteissa esiintyviin yksittäisiin hoitajiin (Huhtala 2003). Kiireettömässä ilmapiirissä pariskunnat kokivat myös tulleensa paremmin kuulluksi, jolloin koko vastaanoton kokemus oli ollut myönteinen (Hanhirova 2004). Tutkimuksessa käy esille, että hoitohenkilökunta oli tarjonnut pariskunnille keskusteluapua esimerkiksi psykologin kanssa, mutta vain harvat halusivat käyttää tätä mahdollisuutta. Pariskunnat kokivat, että tukea olisi haluttu nimenomaan hoitotoimenpiteiden yhteydessä niiltä samoilta ihmisiltä, joiden kanssa hoidot ja toimenpiteet suoritettiin (Huhtala 2003). Vastanottokäynnin ol-

lessa kiireinen miehet kokivat, että henkilökunnan tuen anto painottui puolisolle. Miehet kokivat oman roolin pieneksi ja olevansa tilanteessa lähinnä puolison tukena (Hanhirova 2004). Väestöntutkimuslaitoksen tutkimuksessa tuli esille myös hoitohenkilökunnan riittämätön tuen anto. Useampi kuin joka kolmas lisätukea kaivanneista oli tyytymätön saamaansa tukeen.

5.2 Parisuhde

Lapsettomuuspariskuntien suurin huoli oli puolisoiden jaksamisesta. Lapsettomuus pariskuntien elämässä merkitsi kriisiä. Odotukset hoitojen onnistumisesta olivat miehillä ja naisilla usein erilaiset ja kun usko hoitojen onnistumisesta toisella hiipui, jaksoi toinen kannustaa jatkamaan. Lapsettomuus joko lujitti tai heikensi parisuhdetta ja sitä kuvailtiin prosessina pariskuntien elämässä. Parisuhdetta koettelevina tekijöinä koettiin puolisoiden erilainen suhtautuminen lapsettomuuteen sekä eri tahdissa kulkevat odotukset. Kuitenkin puolison antama tuki ja kannustus auttoi jatkamaan hoitoja silloin, kun toiselta usko hoitojen onnistumisesta loppui (Huhtala 2003, Tuominen 2004, Hanhirova 2004). Lapsettomuushoidoista aiheutuva stressi koettelee jokapäiväistä arkea ja luo jännitteitä pariskunnan välille. Jännitteet voivat johtaa riitoihin ja ongelmien kasaantumiseen. Erityisesti se, että lapsettomuushoidot ja lapsen saaminen on lähes jatkuvasti mielessä, koettiin vaikeaksi ja parisuhdetta rasittavaksi. Puolisolle purettiin raskaimmat ja mieltä painavimmat asiat, ja keskustelu lapsettomuudesta toi usein ristiriitoja pariskunnan välille (Huhtala 2003, Tuominen 2004, Hanhirova 2004). Osa syy lapsettomuushoitojen keskeytyksiin olikin pariskuntien ero (McDowell 2011). Väestöntutkimuslaitoksen tutkimuksessa pariskuntien suurimmat huolenaiheet liittyivät siihen, että lasta ei saada hedelmöityshoidoista huolimatta sekä hoitojen henkiseen ja fyysiseen kuormittavuuteen. Puolisoiden jaksaminen ja hoitojen henkinen raskaus huolestutti lähes puolta miehistä. Tutkimuksen mukaan miehet kantavat huomattavasti enemmän huolta oman puolison jaksamisesta, kun taas nainen on useammin huolissaan omasta jaksamisestaan ja hoitojen rankkuudesta sekä kestosta. Parisuhdetta kuormittavista tekijöistä huolimatta lapsettomuus koettiin voimakkaasti yhdistäväksi asiaksi (Tuominen 2004, Hanhirova 2004). Pariskunnat oppivat puhumaan ja käsittelemään vaikeita asioita yhdessä. Riippumatta siitä kummassa osapuolessa lapsettomuuden syy oli, koettiin lapsettomuuden ongelma yhteisenä (Tuominen 2004). Lapsettomuuden yhdessä läpikäyminen koettiin tutkimuksessa lujittaneen parisuhdetta ja lisänneen yhteenkuuluvuuden tunnetta (Huhtala 2003, Hanhirova 2004).

5.3 Psyykkinen hyvinvointi

Suurimpana yhdistävänä tekijänä tutkimuksissa nousi esille pariskuntien kokema toivon ja epätoivon vuoristorata. Lapsettomuushoidot koettiin psyykkisesti ja fyysisesti erittäin rankoiksi. Toivon ja epätoivon vuoristorataa käytiin vaihtelevasti läpi koko hoitojen ajan. Tunteiden vuoristorata kulki käsi kädessä kuukautiskierron ja hoitojen kanssa. Toivon kipinä nousi aina uusien hoitojaksojen myötä, mutta kuukautisten alkaminen tai hoidon epäonnistuminen sai toivonkipinän sammumaan. (Huhtala 2003, Tuominen 2004, Cunningham 2013, Hanhirova 2004). Toistuneet epäonnistumiset lapsettomuushoidoissa ja lapsettomuuden pitkä kesto olivat niitä tekijöitä, joita tutkittavat liittivät toivosta luopumisen kokemukseen (Huhtala 2003). Aikaa alkionsiirrosta raskaustestin tekemiseen kuvattiin raskaimmaksi vaiheeksi. Tähän vaiheeseen pariskunnat myös olisivat toivoneet tukea enemmän toivonsa ylläpitämiseksi. Tulosten odotusaikana potilas tarkkaili yleensä itsessään jatkuvasti raskauden merkkejä, mikä koettiin psyykkisesti hyvin raskaaksi. Vaikka potilaalla oli voimakas toive raskauden alkamisesta, yritti hän silti suojella itseään liialliselta toiveikkuudelta, jottei pettymys olisi psyykkisesti liian raskas (Huhtala 2003, Hanhirova 2004). Hoitojen aikana elämän koettiin kulkevan hoitojen ehdoilla, mikä aiheutti oman elämän kontrollin tunteen vähenemiseen. Hoito oli ensisijainen asia elämässä ja sen mukaisesti aikataulutettiin arjen muut asiat (Hanhirova 2004). Psyykkistä hyvinvointia koettelivat epäonnistuneet hoitoyritykset sekä tiheät hoitojaksot ja lääkityksen aiheuttamat mielialan vaihtelut. Intensiiviset ja tiheät hoitojaksot koettiin fyysisesti ja psyykkisesti erittäin raskaiksi, sillä lapsettomuuden ja mahdollisen lapsen saamisen tunteesta ei päästy lainkaan eroon tänä aikana (Huhtala 2003). Tutkittavilla negatiivisia tunteita oli etenkin muita lapsiperheitä kohtaan, jopa vihaa ja katkeruutta. Toivoa tutkittaville kuitenkin toi mahdollisuus tulla vanhemmaksi jonakin päivänä. Myös hoitohenkilökunnan toiminta, varsinkin lääkärin esittämät tilastolliset todennäköisyydet hoidon onnistumisesta antoi pariskunnille toivoa (Huhtala 2003). Vaikka pariskunta olisikin aikaisemmin päätynyt lapsettomuushoitojen lopettamiseen, ovat he saattaneet kuitenkin aloittaa hoidot uudelleen ympäriltä saamansa tuen ja toivon takia (McDowell 2010). Hedelmöityshoitoihin liittyvistä toimenpiteistä vain munasolupunktio aiheutti potilaissa etukäteen pelkoa. Toimenpiteeseen liittyi myös ahdistusta ja tunnetta oman kontrollin häviämisestä. Potilaat myös kokivat pelkoa kivusta. Yleensä miehet kokivat punktion tunnetasolla samankaltaisena, mutta mikäli toimenpide oli puolisolle kivulias, kokivat miehet itsensä riittämättömäksi auttamaan ja tunsivat ahdistusta seuratessaan toimenpidettä vierestä (Hanhirova 2004).

5.4 Informaation saanti

Suuri osa tutkimuksiin vastanneista pariskunnista olisi toivonut hoitojen aikana saavansa lisää informaatiota sekä itse hoidoista, että rehellistä tietoa omasta tilanteestaan. Tietoa kaivattiin lisää hoitojen aikatauluista ja kestosta sekä niiden vaikutuksista normaaliin arkeen.

Ensikäynneillä informaation annon koettiin toteutuneen parhaiten, sillä käyntiaika koettiin riittävän pituiseksi. Ensikäynnin jälkeen informaation saantiin oltiin tyytymättömiä, koska lääkärien käyntiajat olivat lyhyitä. Pariskunnat kokivat, että lyhyen käyntiajan sisällä, sekä uuden että vanhan tiedon sisäistäminen ei onnistunut (Hanhirova 2004). Hedelmöityshoitoihin liittyvien epäilyjen ja pelkojen kannalta on olennaista, että potilaat tuntevat saavansa riittävästi tietoa tutkimusten etenemisestä ja hoitomahdollisuuksista. Tietoa hoitopäätöksien tekemiseen oli saatu julkisella sektorilla hieman yksityistä sektoria enemmän (Miettinen 2011). Hoitohenkilökunnan tiedonantoon oltiin usein pettyneitä. Esimerkiksi lääketieteelliset termit oli usein jäänyt pariskunnan selvitettäväksi omatoimisesti. Termien ymmärrys koettiin kuitenkin erittäin tärkeäksi, jotta pariskunnat saivat hoitokäynneillä jonkinlaisen käsityksen siitä mistä puhutaan ja minkälaisia hoidot olivat. Ensiarvoisen tärkeäksi koettiin tieto sunnitellusta hoitomenetelmästä ja siitä mitkä mahdollisuudet ovat hoidon onnistumiseen. Lääkärin tekemän hoitosuunnitelman puute koettiin ahdistusta lisääväksi. Myös lääkärin valitsemaan hoitomenetelmään kaivattiin perusteluja. (Tuominen 2004, Hanhirova 2004, Miettinen 2011). Lääkäriltä olisi myös kaivattu selkeät jatkohoito-ohjeet hoitotuloksen saamisen jälkeen, varsinkin jos hoitotulos oli ollut negatiivinen (Hanhirova 2004). Erityisen paljon pettymystä tuotti se, että oman lapsettomuuden aiheuttajaa ei ollut tarpeeksi selkeästi tuotu esille. Mikäli ongelman aiheuttaja oli tiedossa, saatettiin asia vain ohimennen mainita tai jopa kokonaan sivuuttaa (Tuominen 2004). Tutkimusten ja hoitojen alkuvaiheessa tietotarve koskee kaikkea mahdollista hoitomenetelmistä ja niiden vaikutuksista aina hoitojen etenemisaikatauluihin tai tarjolla oleviin tukimuotoihin. Todennäköisesti tämä johtuu siitä, että hoitojen alkuvaiheessa epätietoisuus vaihtoehdoista on suuri ja tietoa halutaan kaikesta mahdollisesta lapsettomuushoitoihin liittyvästä. Internetin merkitys tiedonlähteenä nousi tutkimuksessa selkeästi käytetyimmäksi ja sen rinnalla muun median merkitys tietolähteenä jäi selvästi vähemmäksi. Hoitohenkilökunnan merkitys tietolähteenä korostui vasta siinä vaiheessa, kun pari oli jo päättänyt lähteä tutkimaan lapsettomuuden syytä (Hanhirova 2004, Miettinen 2011).

6 Projektin arviointia

6.1 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Kriittisin vaihe systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta on hakustrategian toteuttaminen (Johansson 2007). Tiedonhaussa yhdistettiin kokemuksellisuuteen ja koeputkihedelmöityshoitoihin liittyviä asiasanoja. Eri tietokannoissa käytettiin niihin soveltuvia hakusanoja. Haut tehtiin sekä suomen että englanninkielisistä tietokannoista ja luotettavuuden lisäämiseksi haut rajattiin ainoastaan Pro-gradu ja hoitotieteellisten tutkimusten tasoisiksi tutkimusartikkeleiksi. Valitut tutkimukset olivat pääsääntöisesti suomalaisia, kahta tutkimusta lukuun ottamatta. Työn luotettavuuden laatua voi heikentää se, että tutkittua tietoa lapset-

tomuudesta kärsivien pariskuntien kokemuksista ei juuri ollut. Kuitenkin opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten pohjalta, analysointivaiheessa niissä toistui selkeästi samat potilaiden ja pariskuntien kokemuksen kuvaukset hedelmöityshoidoista ja siihen liittyvästä hoitoprosessista. Mukaillun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta vahvistettiin kuvaamalla hakuprosessin ja analyysin eteneminen mahdollisimman selkeästi prosessin seuraamisen ja toistettavuuden mahdollistamiseksi. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden lisäämiseksi laadittiin taulukko tutkimuksista, jossa kuvattiin tutkijat, tutkimusvuosi, maa, tutkimuksen nimi, tutkimusmenetelmä, tutkimusaineiston analysointi ja keskeiset tulokset (Liite 1). Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tarkkuus, rehellisyys ja yleinen huolellisuus kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Tämä kirjallisuuskatsaus on pyritty tekemään kunnioittaen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Alkuperäisten tutkimusten tekijöitä ja heidän saavutuksiaan on kunnioitettu tarkkojen lähdemerkintöjen avulla.

6.2 Tulosten tarkastelu

Tämä kirjallisuuskatsaus toi aiempaan tutkimustietoon perustuvaa tietoa lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan kokemuksista hedelmöityshoidoista ja hoitoprosessista. Tulosten perusteella lapsettomuushoitopotilaat kokivat tärkeimpinä asioina sosiaalisen ja vertaistuen tarpeen, parisuhteen, psyykkisen hyvin voinnin sekä informaation hoidoista ja omasta tilanteestaan. Tutkimustuloksista voidaan todeta, että sosiaalisen tuen tarve koettiin merkittäväksi, mutta tärkeimmäksi tuen antajaksi nousi oma puoliso ja vertaistuki. Vertaistuki koettiin korvaamattoman tärkeäksi, sillä vain itse lapsettomuuden kokenut ja hoitoja saanut voi täysin ymmärtää mitä kyseisessä elämäntilanteessa pariskunnat käyvät läpi. Läheisiltä ihmisiltä saatu tuki koettiin ristiriitaiseksi. Tuen saanti oli tärkeää, mutta toisaalta asiasta kertominen aiheutti huolta ja pelkoa. Esimerkiksi kertomatta jättämisellä pyrittiin suojelemaan läheisiä lapsettomuuden tuskalta. Pelkoa taas aiheutti läheisten asennoituminen lapsettomuuteen. Kertominen lapsettomuus hoitoihin hakeutumisesta lisäsi paineen tuntua sekä ahdistusta hoitojen onnistumisesta, sillä tämän jälkeen läheisten kysymykset lapsen tulosta muuttuivat kyselyihin hoitojen etenemisestä. Kokemukset hoitohenkilökunnalta saamasta tuesta vaihtelivat pariskunnilla. Päällimmäiseksi tunteeksi potilailla nousi hoitoihin liittyvä kiireen tuntu ja näin potilaan yksilöllinen kohtaaminen jäi hoitotilanteissa toteutumatta. Lapsettomuudesta kärsivät pariskunnat kokivat, että hoitohenkilökuntaa ei aidosti kiinnostanut heidän vaikea elämäntilanteensa. Hyvät kokemukset liittyivät lähinnä hoitotilanteissa mukana olleisiin yksittäisiin hoitajiin. Vaikka hoitohenkilökunta oli tarjottu pariskunnille keskusteluapua psykologin kanssa, ei sitä haluttu ottaa vastaan. Tukea olisi haluttu nimenomaan henkilökunnalta hoitotoimenpiteiden yhteydessä.

Tutkimustulosten perusteella parisuhteessa suurin huoli koski puolison jaksamista ja lapsettomuus pariskunnan elämässä merkitsi kriisiä. Lapsettomuus joko lujitti tai heikensi parisuhdetta. Lapsettomuushoitojen aikaa kuvailtiin prosessina heidän elämässään. Pariskunnat kokivat, että elämä kulki hoitojen ehdoilla. Tämä aiheutti pariskunnissa kokemuksen oman elämän kontrollin tunteen vähenemisestä. Puolisoiden erilainen suhtautuminen lapsettomuuden prosessiin ja siinä eri tahdissa kulkevat odotukset koettiin parisuhdetta koettelevina tekijöinä. Vaikka lapsettomuushoidot ja lapsen saaminen oli lähes jatkuvasti mielessä aiheuttaen stressiä ja jännitteitä parisuhteeseen, koettiin puolison antama tuki tärkeimmäksi voimavaraksi hoitojen jatkamiselle. Huolenaiheista suurimmat olivat, että lasta ei saada hedelmöityshoidoista huolimatta sekä hoitojen henkinen ja fyysinen kuormittavuus. Miehet kantoivat huomattavasti enemmän huolta puolison jaksamisesta kuin naiset. Olisikin tärkeää, että myös miehen jaksaminen hoitojen aikana tulisi paremmin huomioiduksi. Näin mies ei kokisi olevansa prosessissa vain kädestä pitäjän roolissa. Hoitojen rankkuudesta huolimatta lapsettomuus koettiin vahvasti yhdistäväksi asiaksi ja sen aikana opittiin puhumaan sekä käsittelemään vaikeita asioita yhdessä. Prosessin läpikäyminen koettiin kasvattaneen pariskuntia yhteen ja näin lisänneen yhteenkuuluvuuden tunnetta pariskunnan välillä.

Tutkimustuloksista selkeimmin esille nousi hoitojen vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. Pariskunnat kuvailivat voimakasta toivon ja epätoivon tunteiden vuoristorataa lapsettomuushoitojen aikana. Psyykkistä hyvinvointia kuormitti eniten epäonnistuneet hoitoyritykset sekä intensiiviset ja tiheät hoitojaksot, eikä mahdollisen lapsen saamisen tunteesta päästy tänä aikana eroon. Toivoa pariskunnille antoi mahdollisuus joskus tulla vanhemmaksi sekä lääkärin esittämät tilastolliset todennäköisyydet hoitojen onnistumisesta. Hoitohenkilökunnan merkityksellisin rooli olisi ollut informaation annossa, mutta tähän ei lapsettomuushoitopariskunnat ollut tyytyväisiä. Erityisesti ensimmäisellä hoitojaksolla selkeällä kielellä annettu suullinen ja kirjallinen informaatio koettiin tärkeäksi. Pariskunnat kokivat, etteivät saaneet mistään osa-alueesta riittävästi tietoa. Tietoa olisi kaivattu myös hoitojen aikatauluista, kestosta, hoitojen vaikutuksista normaaliin arkeen sekä itse hoidoista ja rehellistä tietoa omasta tilanteestaan. Lääkäriltä olisi kaivattu perusteluja valitulle hoitomenetelmälle ja sille, mitkä mahdollisuudet olivat hoidon onnistumiselle. Erityisen paljon pettymystä tuotti, kun lapsettomuuden aiheuttajaa ei selkeästi tuotu esille. Myös lääketieteellisten termien avaaminen jäi usein potilaiden selvitettäväksi. Pariskunnat kokivat ensiarvoisen tärkeäksi ymmärtää lääketieteelliset termit, jotta he saivat oikean käsityksen siitä mistä hoitokäynneillä puhutaan ja minkälaisia hoidot ovat. Internetin merkitys tietolähteenä nousi selkeästi käytetyimmäksi. Naisista kaikki olivat käyneet etsimässä tietoa internetistä. Hoitohenkilökunnan merkitys tiedon antajana nousi vasta siinä vaiheessa, kun lapsettomuutta jo oli päätetty lähteä tutkimaan.

6.3 Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitohenkilökunnan tulisi muistaa, että lapsettomuushoitopariskunnan tuen tarve on kokonaisvaltainen sisältäen niin psyykkisen, emotionaalisen kuin sosiaalisenkin tuen tarpeen. Potilaiden yksilöllinen kohtaaminen ja kiireen tunnun poistaminen hoitotilanteista olisi erityisen tärkeää. Hyvänä lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan hoidon kehityskohteena voisi olla pariskunnan sisällyttäminen enemmän oman hoidon suunnitteluun, esimerkiksi hoitopaussien mahdollisuuden tarjoaminen psyykkisen hyvinvoinnin säilyttämiseksi. Informaation antamiseen olisi hoitotyössä erityisen tärkeää kiinnittää huomiota. Lapsettomuushoitoihin liittyvä informaatio olisi saatava hoitohenkilökunnalta niin, ettei tiedonlähteenä ensisijaisesti olisi internet. Näin vältyttäisiin väärinkäsityksiltä ja ylimääräiseltä ahdistukselta kaiken muun epätietoisuuden keskellä. Tiedon antoon pitäisi panostaa ja varmistaa, että lapsettomuudesta kärsivä pariskunta ymmärtää mistä on kyse ja mitä tulee tapahtumaan seuraavaksi.

Lapsettomuudesta kärsiviä hoitoon hakeutuvia potilaita tulisi ohjata vertaistuen piiriin, koska tämän tuen tarpeen merkitys nousi selkeästi tutkimuksessa esille. Lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien hoitotyössä miehen huomioimiseen tulisi kiinnittää myös selvästi enemmän huomiota. Tutkimuksen mukaan mies koki lähinnä olevansa vain puolisonsa tukena hoitokäynneillä eivätkä he edes odottaneet, että heidän vointiaan kysyttäisiin. Tästä voidaan päätellä, että tämä on selkeä hoitotyön kehittämisen kohde. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida paremmin mies osana hoitoja sekä muistaa kysyä mieheltä hänen jaksamistaan hoitojen aikana. Tutkimuksen mukaan miehet kantoivat huomattavasti enemmän huolta puolison jaksamisesta, kun taas naiset enemmän keskittyivät omaan jaksamiseensa. Miehet kokivat roolinsa vain tuen antajina puolisolleen ja heidän oma vointinsa ei hoitohenkilökuntaa kiinnostanut. Kuitenkin tulee huomioida, että mies kokee samoja tunteita naisen kanssa, vaikka pääosin hoitotoimenpiteet kohdistuvat naisiin. Miehet tuntevat usein itsensä avuttomaksi ja turhautuneiksi puolison toimenpiteiden aikana ja tämä on psyykkiseesti hyvinkin raskasta miehille.

Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset oli tehty vuosien 2003–2013 välillä, ja kuitenkin tutkimustuloksista voidaan huomata, että samat asiat toistuvat potilaiden kokemuksissa. Tästä voimme hyvin päätellä, että hedelmöityshoitojen hoitotyötä ei ole kehitetty hyvistä tutkimuksista huolimatta. Jotta lapsettomuudesta kärsiviä potilaita voidaan kokonaisvaltaisesti jatkossa hoitaa, tukea ja ymmärtää, olisi aihetta tutkittava lisää. Muita hyviä jatkotutkimusaiheita jotka opinnäytetyöstä nousivat esille, ovat ensimmäiseen koeputkihedelmöityshoitoon tulevan pariskunnan kokemukset, sekä miehen kokemukset hedelmöityshoitojen aikana. Lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien kokemuksista on erittäin vähän kotimaisia tutkimuksia.

6.4 Oppimisen ja asiantuntijuuden kasvamisen arviointi

Pienryhmässä töitä voidaan jakaa keskenään. Tämän jälkeen ne ratkaistaan yksilöllisesti ja kootaan sitten yhteen lopulliseksi tuotokseksi. Tästä käytetään nimitystä co-operative learning. Työt voidaan myös ratkaista pienryhmässä yhdessä, jolloin käytetään nimitystä collaborative learning (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005). Opinnäytetyöprosessin alussa mietimme yhdessä työllemme tavoitteet ja jaoimme työt keskenämme eli käytimme co-operative learning – mallia. Opinnäytetyömme kuitenkin muuttui suunnitelman teon jälkeen. Tähän syynä oli tutkimuslupien evääminen HUS:n toimesta. Tässä vaiheessa, jouduimme pysähtymään ja miettimään työn tavoitteita ja toteutustapaa uudelleen. Opinnäytetyöprosessin edetessä tapasimme säännöllisesti ja yhdistimme siihen mennessä hankkimamme tiedot sekä pohdimme työssämme seuraavaa vaihetta ja työstimme opinnäytetyötä yhdessä. Käytimme siis myös collaborative learning – mallia sekä dialogista oppimista. Dialoginen oppiminen määritellään kahden tai useamman ihmisen väliseksi vuorovaikutukseksi ja sen tarkoituksena on erilaisten näkökulmien ja mielipiteiden vaihtaminen, kyselevä ja tutkiva ote sekä valintojen tekeminen. Dialogiseen oppimiseen kuuluu tärkeänä osana myös aktiivinen ja osallistuva kuuntelu (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005). Opinnäyteyöprosessin aikana vuorovaikutus ryhmän sisällä toimi hyvin.

Yhteistoiminnallisen oppimisen keskeisiä piirteitä ovat vastuu, vuorovaikutuksen tukeminen, sosiaalisten ja ryhmätyötaitojen keittyminen, ryhmän toiminnan itsearviointi sekä positiivinen riippuvuus. Tämän oppimisen mallin on tutkittu tuottavan yleensä parempia tuloksia kuin yksin oppiminen (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005). Opinnäytetyöprosessin aikana olemme ryhmän sisällä pyrkineet tukemaan toinen toistamme ja pyrkineet arvioimaan työmme tuloksia rehellisesti. Dialogioppimisen etenemiseen kuuluu kriittinen oman toiminnan ja näkökulmien tarkastelu sekä tutkiva kyseleminen ja siihen yhdistyvä oman näkökulman tarkkailu ja arviointi (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005). Opinnäyteyön työstämisen aikana olemme oppineet tarkastelemaan, arvioimaan ja kehittämään omia työskentelytapojamme sekä etsimään tietoa uudella tavalla erilaisia tietokantoja käyttämällä. Osaamme suhtautua löytämiemme tutkimuksien sisältöön kriittisesti sekä arvioimaan löydetyn tiedon luotettavuutta. Opinnäytetyöprosessi on kehittänyt kriittisen- ja reflektiivisen ajattelun taitoja sekä kommunikointi- ja yhteistyötaitoja. Näistä taidoista on jatkossa hyötyä työelämässä, moniammatillisen työryhmän jäsenenä toimimisessa.

Asiantuntijuus kehittyy oppilaitoksen ja työelämän yhteistyön avulla. Ammatin oppiminen on prosessi, jossa opiskelijat ja eri instituutioiden asiantuntijat muodostavat oppivan yhteisön, joka parhaassa tapauksessa voi kehittää näitä yhteisöjä. Oppiminen ja kehittyminen onnistuvat, mikäli kaikki osallistujat jakavat ja ymmärtävät kehitettävän asian tai idean, sen merkityksen tässä asianyhteydessä ja yhteisössä (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005). Tästä opinnäyteyöprosessissa on juuri kyse ja tavoitteemme onkin tuoda Hormonipoliklinikalle ja lapsettomuudesta kärsiville pariskunnille tutkittua tietoa, jonka avulla voidaan lapsettomuudesta

kärsivien pariskuntien hoitotyötä kehittää. Hoitotyön kehittämishankkeessa toimiminen on opettanut ja kehittänyt projektityöskentely taitojamme sekä lisännyt kliinistä osaamistamme lapsettomuudesta kärsivien potilaiden hoitotyöstä.

Lähteet

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Kustantaja Vastapaino. Neljäs uudistettu painos.

Cunningham, N & T. 2013. Women`s experiences of infertility-towards a realational model of care. Journal of Clinical Nursing.

Duodecim terveyskirjasto 2014. Koeputkihedelmöitys. Viitattu 18.11.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00870

Duodecim terveyskirjasto 2014. Viitattu 18.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151&p_haku=lapsettomuus

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 62(1), 107-115.

Finlex. Laki hedelmöityshoidosta 2006. Viitattu 23.11.2014. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237

Hanhirova, M. 2004. Asiakkaiden kokemukset ensimmäisestä koeputkihedelmöityshoidosta. Pro-gradu. Helsingin Yliopistollinen kirjasto.

Huhtala, T. 2003. Lapsettomuus-toivon ja epätoivon vuoristorata. Pro-gradu. Tampereen Yliopisto.

HUS 2014. Lapsettomuushoidot. Viitattu 16.11.2014. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot/Sivut/default.aspx

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta – oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: WSOY

Johansson, K. ym. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja.

Suorsa,T. kokemuksen yksilöllisyys, yhteisyys ja yhteiskunnallisuus – subjektitieteellisestä kokemustutkimuksesta. Teoksessa kokemuksen tutkimus II. toim. Latomaa, T & Suorsa, T. 2011 Juvenes Print. Tampere.

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1 (18).

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. WSOY: Helsinki.

Liimakka, S. Ruumis, kokemus, muutos. Teoksessa kokemuksen tutkimus II. toim. Latomaa, T & Suorsa, T. 2011 Juvenes Print. Tampere.

McDowell, S. & Murray, A. 2011. Barriers to continuing in vitro fertilization- Why do patients exit fertility treatment?. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. S. 84-90.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Osa 1. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Gummeruksen kirjapaino yo: Jyväskylä.

Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöntutkimuslaitos. Helsinki.

MSD Finland. Parempaa elämää. Koeputkihedelmöitys eli IVF. Viitattu 02.12.2014. http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/hedelmoityshoidot/koeputkihedelmoitys-eli-ivf

MSD Finland. Parempaa elämää. Hedelmällisyysopas 2014. Viitattu 16.11.2014. http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/hedelmoitushoidot

MSD Finland. Parempaa elämää. Viitattu 18.11.2014. http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/lapsettomuus-tutkimukset

Perttula, J & Latomaa, T. 2009. Kokemuksen tutkimus. Merkitys-Tulkina-Ymmärtäminen. Juvenes print: Tampere.

Tilastokeskus vuodelta 2015. Verkko-opas. Viitattu 09.01.2015. http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/

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

Tiitinen, A & Unkila-Kallio, U, 2011. Lapsettomuus. Teoksessa Naistentaudit ja synnytykset, toim. Ylikorkala, O & Tapanainen, J. 5. uudistettu painos Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Tulppala, M. 2007. Väestöliitto. Kun vauva viipyy. Kirjapaino Topnova.

Tulppala, M. 2000. Väestöliitto. Tahaton lapsettomuus. Väestöliiton lapsettomuusklinikka.

Tuominen, A. 2004. Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. Pro-gradu. Tampereen Yliopisto.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Liitteet

Liite 1 Tutkijan taulukko

Liitteet

Liite 1 Tutkijan taulukko

Tutkimusartikkeli: kirjoittajat, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde:	Tutkimustehtävä/ tutkimustavoite:	Tutkimusmenetelmä: -tiedonkeruu (mittari, perusjoukko, otos)	Tutkimus aineiston analysointi	Keskeiset tulokset
Tuominen Anu 2004, Pro Gradu ”Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta” Tampereen yliopisto	Tiedonsaanti siitä, miten lapsettomuushoidoissa olevat kokevat saamansa sosiaalisen tuen. Tavoitteena tuottaa tietoa, jota voitaisiin hyödyntää lapsettomuustutkimuksissa ja hoidoissa olevien perheiden hoitotyössä.	Tutkittavana olivat lapsettomuushoidoissa olevat perheet ja aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla kahdessa Etelä-Suomalaisessa lapsettomuushoitoja tarjoavassa klinikassa. N=16 (11naista, 5miestä)	Teemahaastattelut nauhoitettiin ja aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysi- menetelmällä.	Sosiaalisen tuen positiiviset ja negatiiviset kokemukset, läheisille kertomisen vaikeus ja heidän kohtaaminen sekä hyvässä että huonossa lapsettomuutta käsitellessä. Suurin osa koki vertaistuen korvaamattomaksi. Informaatio hoidoista ja omasta tilanteesta koettiin ensisijaisen tärkeäksi. Odotukset hoitojen onnistumisesta olivat miehillä sekä naisilla usein erilaiset ja kun usko toisella hoitojen onnistumiseen hiipui, jaksoi toinen kannustaa jatkamaan. Hoitojen ajan kuljettiin toivon ja epätoivon vuoristoratata.
Miettinen Anneli 2011, ”Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidoilla” Väestöntutkimuslaitos	Tarkoituksena kuvata hedelmöityshoitoon hakeutuvien miesten ja naisten sosiodemografista taustaa sekä selvit-	Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, mitä jaettiin yhteensä 1360, joista palautuneita oli 454. N=454	Tutkimuksessa käytetty kyselylomake laadittiin yhteistyössä Väestöliiton klinikoiden kanssa. Lomakkeen suunnittelussa	Kyselyyn vastanneista pareista lähes joka neljäs oli hakeutunut tutkimuksiin yritettyään raskautta korkeintaan yhden vuoden, kun taas harvempi kuin joka viides oli yrittänyt raskautta yli kolme vuotta tai pidempään. ”Hakeutuvatko parit nykyään tutkimuksiin liian varhain?”

	tää odotuksia ja mielipiteitä vanhemmaksi tulosta. Tutkimus tuo esille naisten lisäksi myös miesten näkemyksen hedelmöityshoitoihin liittyvistä asioista.	Tutkimuksen kohteena olivat klinikoille lapsettomuustutkimuksiin ja hedelmöityshoitoihin hakeutuvat asiakasparit.	oli hyödynnetty aikaisemmin tehtyjä vastaavanlaisia tutkimuskysymyksiä.	Pelkoina valtaosalla pareista oli huoli hoitojen psyykkisestä raskaudesta, pettymyksistä ja hoitojen pitkästä kestosta sekä omasta ja puolisoiden jaksamisesta. Puolet naisista oli jossain määrin huolissaan hoitojen rankkuudesta ja hormonien vaikutuksista, kolmasosa hoitotoimenpiteistä ja niihin mahdollisesti liittyvästä kivusta. miehet tunsivat huolta samoista asioista, vaikkakin harvemmin. Eniten miehiä huolestutti puolisoiden jaksaminen. Joka kymmenes tutkimukseen vastanneista olisi kaivannut vielä lisää tietoa eri hoitovaihtoehdoista. Tietoa kaivattiin lisää myös hoitojen aikatauluista ja kestosta, sekä niiden vaikutuksista normaaliin arkeen. Joka viides olisi kaivannut lisää tukea sen hetkiseen elämäntilanteeseen, etenkin läheisiltä ihmisiltä, sillä lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista ei kuitenkaan haluttu puhua avoimesti. Tutkimukseen vastanneista pareista olivat muita useammin korkeasti koulutettuja, kuuluivat ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin. Tutkimuksen perusteella kynnys hakeutua

				tutkimuksiin ja hoitoihin oli korkeampi vähemmän koulutetuilla miehillä.
Hanhirova Marjaana, 2004, Pro Gradu ”Asiakkaiden kokemukset ensimmäisestä koeputkihedelmöityshoidosta” Helsingin yliopisto	Tarkoituksena oli kuvata naisten ja miesten kokemuksia ensimmäisestä koeputkihedelmöityshoidosta.	Tutkimus on laadullinen tutkimus ja se toteutettiin teema-haastatteluin. N=14. Asiaa tarkasteltiin asiakkaan sisäisen hallinnan näkökulmasta	Tulokset analysoitiin teemoittain sisällön analyysiä käyttäen	Ensimmäisen hedelmöityshoidon asiakkaat kokivat yleisesti positiivisena kokemuksena, ja positiivisuutta lisäsi ajatus mahdollisuudesta saada oma lapsi. Hoidon edetessä tunteet vaihtelivat toivosta epätoivoon, hoitotulosten epävarmuus aiheutti pelon tunteita. Tiedon saannin merkitys korostui hoidon aloituksessa, hyvä informaatio lisäsi turvallisuuden tunnetta. Hoitohenkilökunnalta koettiin saavan eniten tukea hoitotoimenpiteiden aikana, mutta todettiin, että tukea olisi kaivattu koko prosessin aikana enemmän. Hoitoja kuvattiin parisuhdetta lujittavana kokemuksena ja puolison tuki nousi tärkeimmäksi tuen lähteeksi. Vertaistuen koettiin olevan läheisten tukea arvokkaampaa.
Huhtala Teija, 2003, Pro Gradu ”Lapsettomuus: toivon ja epätoivon vuoristorata”	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten lapsettomat pariskun-	Tutkimusmenetelmänä toimi laadullinen tutkimus, joka toteutettiin teema-haastatteluna.	Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullista induktiivista sisällön analyysia.	Subjektiivisena kokemuksena lapsettomuus merkitsee pariskuntien elämässä kriisiä, mihin liittyy voimakkaita negatiivisia tunteita joita heidän voi olla vaikea hyväksyä, esim.

	nat kuvaavat kokemuksiaan lapsettomuudestaan. Tavoitteena on tuottaa tietoa lapsettomuuden ilmiöstä sekä lapsettomuuden ja lapsettomuushoitojen vaikutuksista pariskuntien elämään.	Kohderyhmänä oli seitsemän lapsettomuuden kokenutta pariskuntaa. N=14 haastateltavilla tuli olla kokemusta lapsettomuushoidoista.		katkeruus, kateus ja viha muita lapsiperheitä kohtaan. Lapsettomuus lujitti tai heikensi parisuhdetta ja se koettiin prosessina pariskuntien elämässä. Lapsettomuushoidot koettiin psyykkisesti ja fyysisesti rankoiksi, toivo ja epätoivo vaihteli pariskuntien elämässä hoitojen myötä. Tutkimuksessa kehittämishaasteeksi nousivat pariskuntien kokonaisvaltaisten tarpeiden huomiointi sekä hoitoympäristön kehittäminen.
Cunningham Nicola & Tom, 2013, ”Womens experiences of infertility- towards a relational model of care”, Journal of clinical nursing	Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää hoitomalleja lapsettomuushoidoissa.	Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja siihen osallistui 9 lapsettomuushoidoissa olevaa tai ollutta naista. N=9 Tutkimus toteutettiin yhdeksänä internet haastatteluna.	Haastattelu materiaali analysoitiin narratiivista aineiston analyysia käyttäen.	Tutkimuksen löydökset parantavat ymmärrystä ja lisäävät tietoutta lapsettomuuden sekä lapsettomuushoitojen kokemuksesta, ja näin voidaan kehittää ja parantaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat elämänsä muuttuneen huolimatta siitä mikä hoitojen lopputulos oli. Naiset kokivat tunteiden vuoristorataa epätoivosta toivoon hoitojen aikana.

Liite 1 Tutkijan taulukko

McDowell Simon & Murray Andrew, 2011,”Barriers to continuing in vitro fertilization -why do patients exit fertility treatment?”	Tutkimuksen tarkoitus on selvittää mikä saa potilaat keskeyttämään hoidot ennen aikaisesti ja mitkä ovat tärkeimmät syyt hoitojen uudelleen aloittamiselle.	Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena suljetuin kysymyksin. Tutkimusaineistoa kerättiin kolmen vuoden ajan. N=655	Aineisto koottiin Microsoft Exceliin ja tilastollisten tulosten luotettavuuden varmentamiseksi tulokset laskettiin Fisher Exact- testiä käyttäen.	Suurin osa (77,2 %) tutkimukseen osallistuneista potilaista keskeyttivät hoidot saatuaan lapsen tai tulleensa raskaaksi hedelmöityshoidoilla. Muita syitä hoitojen keskeytyksiin olivat hoitojen epäonnistumiset ja sen tuoma stressi ja epätoivo sekä hoitojen korkeat kustannukset. Huonon hoitovasteen vuoksi hoidot keskeyttäneet olivat yleensä iältään vanhempia.