

Yhdessä unelmasta totta

– Opas psyykkisestä hyvinvoinnista lapsettomuushoidoissa oleville pariskunnille



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Lahdensivun kampus, Hoitotyön koulutus

Syksy, 2017

Heidi Ruohonen

Heidi Wallenius

Hoitotyön koulutus
Lahdensivu

Tekijät	Heidi Ruuhonen Heidi Wallenius	Vuosi 2017
Työn nimi	Yhdessä unelmasta totta – opas psyykkisestä hyvinvoinnista lapsettomuushoidoissa oleville pariskunnille	
Ohjaava opettaja	Kaisa Seppälä	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa positiivinen opas lapsettomuushoidoissa oleville pariskunnille. Oppaan tavoitteena oli antaa tietoa lapsettomuuden merkityksestä psyykkiseen hyvinvointiin, tukea parisuhteen kestävyyttä ja rohkaista etsimään lisää tietoa ja apua. Opas toteutettiin yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan (KHKS) naistentautien poliklinikan kanssa.

Opinnäytetyön teoriassa perehdyttiin lapsettomuuteen kriisinä. Teoria pohjassa käsiteltiin lapsettomuutta yleisesti, lapsettomuuden vaikutusta psyykkisesti, lapsettomuuden vaikutukseen parisuhteeseen ja hoitotyöntekijän antamaa tukea ja ohjausta. Työn pääpainona oli lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan tuen tarpeen huomioiminen ja kriisistä selviäminen. Opinnäytetyössä tuodaan ilmi erilaisia selviytymistapoja, pyritään vahvistamaan parisuhdetta ja kannustamaan hakemaan tukea: puolisolta, sukulaisilta, sairaalasta, kirkosta, järjestöiltä tai muilta tukea tarjoavilta toimijoilta.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Yhdessä unelmasta totta – opas (liite 1.) tehtiin auttamaan lapsettomuuden tuoman epävarmuuden ja kuukausittain aaltoilevan tunnetilan käsittelyssä. Lisäksi oppaan tarkoituksena oli auttaa pariskuntia selviämään lapsettomuus kriisistä yhdessä. Oppaan lopussa on linkkejä erilaisille lapsettomuutta käsitteleville sivustoille, yhteystiedot Kanta-Hämeen keskussairaalan lapsettomuus poliklinikalle ja tietoa muista auttavista tahoista.

Oppaasta oli tullut pyyntö muutama vuosi aikaisemmin Hämeen ammattikorkeakoulun aihepankkiin. Teoriapohjassa tuli ilmi, että lapsettomuushoidoissa olevat kaipaavat enemmän tietoa ja tukea selviytymiseen.

Avainsanat lapsettomuus, parisuhde, selviytyminen, psyyke, tuki, toivo

Sivut 42 sivua, joista liitteitä 12 sivua

Degree Programme in Nursing
Lahdensivu

Authors Heidi Ruohonen
Heidi Wallenius **Year** 2017

Subject Together We Can Make Dreams Come True – Guidebook of Psychological Well-being to Couples who Have Started Infertility Treatments

Supervisor Kaisa Seppälä

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to produce a positive guide to couples who have started infertility treatments. The aim of the guide was to give information on how infertility effects psychological well-being, offer help to keep relationship strong and encourage to seek more information and help if needed. The guidebook was produced in co-operation with Kanta-Häme Central Hospital gynecological diseases outpatient clinic.

The theoretical part of the thesis familiarized in infertility as a crisis. Theory base deals with infertility generally, how infertility effects psychological well-being, how infertility effects relationship and support and guidance by health care professionals. The main focus of the thesis was how to acknowledge infertility couples' needs of support and how to survive infertility crisis. This thesis brought out different survival ways, trying to verify relationship and courage to seek support: partner, relatives, hospital, church, organizations or others operators who offer support.

This thesis was made to be a practice based thesis. Together we can make dreams come true guidebook (appendices 1) was made to help handle monthly waiving mood swings and uncertainty caused by infertility. Also a purpose was to help couples survive infertility crisis together. In the end of the guide there are many links on websites which discuss infertility, contact details to Kanta-Häme Central Hospital infertility outpatient clinic and information about other operators providing help.

Kanta-Häme Central Hospital made a request of this subject to Häme University of Applied Sciences a few years ago. In theory base it became clear that couples who get infertility treatments wish to have more information and support for survival.

Keywords Infertility, relationship, survival, psyche, support, hope

Pages 42 pages including appendices 12 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LAPSETTOMUUS	2
2.1	Lapsettomuus käsitteenä ja lapsettomuuden taustalla olevia tekijöitä.....	2
2.2	Lapsettomuushoitojen eettisyys	3
2.3	Lapsettomuustutkimukset	4
2.4	Lapsettomuushoitovaihtoehdot	5
2.4.1	Hedelmöityshoitojen hoitoavusteiset menetelmät	6
2.4.2	Muut hoitomuodot.....	7
3	LAPSETTOMUUDEN VAIKUTUKSET PSYKKISESTI JA NIISTÄ SELVIYTYMINEN	9
3.1	Psyykinen hyvinvointi	9
3.2	Lapsettomuus kriisi	10
3.3	Psyykinen selviytyminen lapsettomuudesta	12
4	YKSILÖN JA PARISKUNNAN PSYKKINEN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	13
4.1	Lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen.....	14
4.2	Sairaanhoidajan antama tuki lapsettomuushoidoissa.....	15
4.3	Muut tukea antavat tahot.....	15
4.3.1	Vertaistuki.....	16
4.3.2	Hoitotyöntekijät ja psykiatriset palvelut	16
4.3.3	Sairaalateologi ja seurakunnat	17
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	18
6	OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS.....	18
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	19
6.2	Millainen on hyvä opas	19
6.3	Oppaan suunnittelu ja toteutus	20
6.4	Oppaan esittely osastolle	21
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	22
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	23
7.2	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat	24
	LÄHTEET	26

Liitteet

Liite 1	Yhdessä unelmasta totta – Opas psyykkisestä hyvinvoinnista lapsettomuushoidoissa oleville pariskunnille
Liite 2	Palautelomake

1 JOHDANTO

Lapsettomuus on tahatonta tai tahallista. Nimitystä tahaton käytetään, jos pariskunta on ollut yli vuoden ilman ehkäisyä ja yrittänyt säännöllisesti lapsen tekoa, siinä onnistumatta. Suomessa joka kuudes pariskunta kärsii tahattomasta lapsettomuudesta. Pariskunnille lapsettomuusdiagnoosin saaminen on yleensä ensimmäinen vakava vastoinkäyminen. Lapsettomuuden voi kokea monella eri tavalla, mutta jokaiseen se jättää jälkensä. (Tulppala 2002; Tiitinen 2015b).

Lapsettomuushoidoista selviytyminen on henkistä pelastumista tuloksesta riippumatta. Henkinen pelastautuminen on psyykkisen tuen päämäärä ja ajatuksena on, että mikä ikinä lopputulos onkaan, ihminen pystyy hyväksymään itsensä, kumppaninsa ja elämänsä suunnan. (Tulppala 2002.)

Lapsettomuudesta kärsivien pariskuntien kanssa työskentelevän sairaanhoitajan tulee tiedostaa oma hoidollinen toimintamallinsa. Lapsettomuushoitojen aikana sairaanhoitajan tulee arvioida pariskuntien ja yksilöiden psykososiaalisen tuen tarvetta jokaisella käyntikerralla. Psykososiaalisen tuen tarve saattaa vaihdella lapsettomuushoitoprosessin eri vaiheissa. Sairaanhoitajalta vaaditaan kykyä tunnistaa psykososiaalisen tuen tarve potilaiden tarkkailun, vuorovaikutuksen, elekielen, sairaanhoitajan oman intuition ja erilaisien vihjeiden avulla. (Rauni & Ylä-Jussila 2012, 16.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa opas lapsettomuushoidoissa jo oleville (Liite 1.) potilaille. Oppaan tavoitteena on antaa tietoa lapsettomuuden merkityksestä psyykkiseen hyvinvointiin, tukea parisuhteen kestävyyteen ja rohkaista etsimään lisätietoa ja hakemaan keskusteluapua tarvittaessa.

Opinnäytetyömme käsittelee lapsettomuushoitoja suunnittelevien, ja jo lapsettomuushoidoissa käyvien heteropariskuntien psyykkisen tuen tarvetta. Opinnäytetyö on rajattu heteropariskuntiin. Päädyimme rajaukseen, koska työn liitteenä oleva opas tuotetaan Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikalle. Heidän lapsettomuushoidoissaan käyvät potilaat ovat ainoastaan heteropariskuntia.

Opinnäytetyön teoriaperusta käsittelee tahatonta lapsettomuutta, psyykkistä tukea ja lapsettomuushoidoista selviytymistä yksilönä ja pariskuntana. Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet avataan tekstin teoriaperustassa. Oppaan toteutus ja suunnittelu on ollut tekijöiden valittavissa.

Valitsimme kyseisen aiheen sen vuoksi, että meitä kiinnosti saada lisätietoa, miten tukea ja neuvoa psyykkisesti lapsettomuudesta kärsiviä pariskuntia yhdessä ja yksilöinä. Lapsettomuuden teoriaan perehtyminen kiinnosti myös.

2 LAPSETTOMUUS

Tässä luvussa käsittelemme lapsettomuutta eli infertilitettä ilmiönä ja sen hoitoa yleisesti: mitä tarkoittaa tahaton lapsettomuus, mitkä tekijät vaikuttavat lapsettomuuteen, mitä rajoituksia on lapsettomuushoidoissa ja minkälaisia lapsettomuushoito vaihtoehtoja on. Tahattomasti lapsettomia pariskuntia arvellaan Suomessa olevan noin 60 000, ja uusia lapsettomuus pariskuntia ilmenee noin 3 000 vuodessa. (Pruukki, Tiihonen & Tuominen 2015, 13.)

THL–Tilastoraportin (2017) mukaan Suomessa aloitetaan nykyisin noin 14 000 hedelmöityshoitoa vuosittain. Näistä lapsen syntymään johtaa 17–18 prosenttia. Vuonna 2015 hedelmöityshoitojen ansiosta elävien lasten synnytyksiin johti 18,2 prosenttia. Tämä on arviolta kaikista 2015 vuonna syntyneistä lapsista 5,6 prosenttia.

Lapsettomuudesta puhuttaessa ei tule keskittyä vain fyysiseen toimintaan ja lapsettomuuden hoitamiseen. Vaikkakin lääketiede on ratkaiseva osa lapsettomuushoitojen onnistumisessa. Lapsettomuus vaikuttaa myös suurelta osin psyykkisesti, ja monet kokevat tarvitsevänsä apua henkiseen selviytymiseen koko lapsettomuushoitoprosessin ajan. (Fertinova 2013c.)

2.1 Lapsettomuus käsitteenä ja lapsettomuuden taustalla olevia tekijöitä

Käsittelemme tässä opinnäytetyössä tahatonta lapsettomuutta, joka jaetaan primaariseen ja sekundaariseen lapsettomuuteen. Primaarinen lapsettomuus on tila, jossa pariskunta on yrittänyt lasta noin vuoden siinä onnistumatta, ja heillä ei ole aikaisemmin ollut keskenmenoja, kohdunulkoisia raskauksia, keskeytyksiä tai synnytyksiä. Sekundaarinen lapsettomuus on tila, jossa on aikaisemmin ollut raskauksia edellisen kumppanin, edellisten kumppanien kanssa tai nykyisen kumppanin kanssa. (Fertia 2015.)

Tahattomalla lapsettomuudella tarkoitetaan heteropariskuntaa, joka ei saa siitettyä lasta, tai nainen kärsii jatkuvista keskenmenoista. Tahaton lapsettomuus voi olla fysiologisista syistä johtuvaa, hedelmällisyydestä johtuvaa tai se voi johtua elämäntilanteesta. Lapsettomuus voi johtua miehestä (noin 25 %), naisesta (noin 25 %), kummastakin (noin 25 %) tai syytä ei tiedetä tutkimuksista huolimatta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016; Parempaa Elämää n.d.)

Yleisimpiä lapsettomuuden syitä ovat munasolun irtoamishäiriöt noin 20–30 %, munanjohdinvauriot noin 10–20 %, endometrioosi noin 10–20 %, sperman laadun heikkeneminen 20–30 %. Lapsettomuus voi johtua myös tässä mainitsemattomista syistä, ja osa lapsettomuuden aiheuttajista jää tuntemattomiksi. (Väestöliitto lapsettomuusklinikka 2017b.)

Miettisen (2015) tekemän perhebarometri— tutkimuksen mukaan noin joka viides 20–50-vuotiaista naisista oli kokenut jossain elämän vaiheessa raskauden alkamisen vaikeaksi. Naisen iän myötä kokemukset olivat lisääntyneet. Kirjoituksen mukaan nuoret naiset harvemmin kokevat raskauden alkamisen vaikeaksi. Tämän selittää se, etteivät monet nuoret naiset suunnittele hankkivansa vielä lapsia ja näin ollen eivät aktiivisesti yritäkään tulla raskaaksi. Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 2077 naista.

Naisen hedelmällisyys alkaa laskemaan 30 ikävuoden jälkeen, ja huomattavasti hedelmällisyys alkaa laskea naisen täytettyä 40 vuotta. Naisen hedelmällisyys on parhaimmillaan ikävuosina 18–30. Tämän jälkeen munasoluissa alkaa tapahtua fysiologista vanhentumista tai munasolu ei irtoa joka kuukausi. Sen seurauksena munasolun hedelmöityminen ei onnistu joka kerta, jakautuminen saattaa tapahtua poikkeavasti tai munasolu ei onnistu kiinnittymään kohdun limakalvolle. (Koskimies 2004, 17.)

Mies puolestaan pystyy tuottamaan normaalisti siittiöitä melkeinpä läpi elämänsä. Miehillä siittiöitä kehittyy noin 150 miljoonaa päivässä, mutta siemensyöksyjen määrä vähenee iän myötä. Ikä vaikuttaa myös siemenesteen laatuun ja määrään. Parhaimmillaan miesten hedelmällisyys on 25–30-vuotiailla. Kuten naisilla myös miehillä prosessin heikkeneminen tapahtuu noin 40 ikävuoden jälkeen. (Koskimies 2004, 17–18; MSD n.d.)

2.2 Lapsettomuushoitojen eettisyys

YK:n ihmisoikeuksien julistuksen mukaan jokaisella on oikeus perheen perustamiseen ja lapsen saamiseen. Ihmiselle se on iso asia, ja joillakin voi olla suurikin biologinen tarve oman lapsen saamiseen. Muilla ihmisillä ei ole oikeutta estää toista ihmistä saamasta lasta, mutta lapsen saaminen ei velvoita muita ihmisiä. Hedelmöityshoidot herättävät paljon kysymyksiä varsinkin eettisyydestä. Isoimpia kysymyksiä ovat: Kuka on oikeutettu hedelmöityshoitoihin? Millä perusteella hedelmöityshoitoja voidaan aloittaa? Kenellä on oikeus lapseen tämän synnyttyä? (Kiuru & Oksanen 2016, 32–34.)

Kiurun ja Oksasen (2016, 32–34) tekemän opinnäytetyön mukaan Valvira on tehnyt vuonna 2012 kannanottopyynnön, jossa on pohdittu lapsettomuushoitojen eettisyyttä. Millä perusteella voidaan evätä lapsettomuushoidot niitä haluavilta? Kannanottopyynnön työryhmän lopputulos on sama kuin mitä sanotaan laissa hedelmöityshoidoista:

Hedelmöityshoitoa ei saa antaa, jos:

- 1) hoitoon ei ole hoitoa saavan kirjallista suostumusta,
- 2) hoitoa saavan parin osapuoli on avioliitossa muun henkilön kanssa,
- 3) raskaus aiheuttaisi naisen iän tai terveydentilan vuoksi huomattavan vaaran naisen tai lapsen terveydelle,

- 4) hedelmöityshoidon antamiseen suostumuksensa antanut on peruuttanut sen tai kuollut,
- 5) on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä tai
- 6) on syytä olettaa, että lapsi aiotaan antaa ottolapseksi.
(Laki hedelmöityshoidoista 2006/1237 § 8.)

Lapsettomuushoitajien ikäraajat ovat riippuvaisia siitä, mistä hoitoa hakee. Esimerkiksi Suomessa julkisella puolella lapsettomuushoitajien voivat hakea alle 40-vuotiaat. Yksityisellä puolella voidaan hoitaa paikasta riippuen 45-vuotiaaseen asti. Kelan korvauksia on haettava erikseen, jos nainen on täyttänyt yli 43 vuotta. (Pruukki ym. 2015, 173.)

Suomessa laki ei vaadi parisuhdetta hedelmöityshoitajien saamiseksi, ja näin ollen myös yksin elävät naiset voivat hakeutua lapsettomuushoitajien. Yksin elävät miehet eivät voi saada Suomessa biologista lasta lapsettomuushoitajien kautta. (Kiuru & Oksanen 2016, 32–34.)

Julkisen sektorin lapsettomuushoidot on suunnattu ainoastaan pariskunnille. Tämä tarkoittaa miestä ja naista, jotka ovat avoliitossa tai avioliitossa. Julkisella sektorilla on rajattu myös, että naisen tulee olla alle 40 vuotta, molempien osapuolien tulee olla sterilisoidut ja heillä ei saa olla ennestään enempää kuin yksi yhteinen lapsi. Lapsettomuushoidot voidaan evätä, jos lapselle ei voida turvata tasapainoista elämää tai jos pariskunta tarvitsisi sijaissynnyttäjää. (HUS n.d.)

Tulppalan (2012a) mukaan lapsen saaminen ja perheen perustaminen ovat kaikille kuuluvia asioita ja niihin tulee saada apua taloudellisesta asemasta riippumatta. Suomessa osa lapsettomuushoidoista on hoitotakuuseen kuuluvia.

Monessa kulttuurissa lapsettomuus on suuri vastoinkäyminen. Länsimaisessa kulttuurissa useat parit luottavat lääketieteellisiin keinoihin ja turvautuvat niihin. Suomessa lapsettomuushoitajien päättyy vuositasolla suurin osa lapsettomista pariskunnista. Muihin vaihtoehtoihin eli sijaisvanhemmuuteen, adoptioon tai lapsettomana pariskuntana elämiseen päädytään yleensä vasta, kun lapsettomuushoidoilla ei ole saatu haluttua vastetta ja hoidot on lopetettu. (Tulppala 2002.)

2.3 Lapsettomuustutkimukset

Lapsettomuuden selvittelyssä hedelmöityshoidot eivät ole ensisijaisia hoitovaihtoehtoja. Ensin tulee selvittää, irtoaako munasolu normaalilla tavalla, ja opastaa pariskunnalle oikea ajankohta yhdynnöille. (Parempaa elämää 2016a.)

Ensimmäiseksi naisesta tutkitaan ja selvitetään munasolun kypsyminen ja ovulaatio eli irtoaminen sekä mitataan laboratorionkokein veren kilpirauhashormoni- (TSH), gonadotropiini- (FSH) ja prolaktiinipitoisuudet. Näiden lisäksi jo ensimmäisellä tutkimuskäynnillä voidaan tutkia kohdun rakenne ja munanjohtimien aukiolo ultraäänellä. Lisätutkimuksena voidaan tehdä kohtu- tai vatsaontelon tähytys, jos ultrassa herää epäily rakenteellisesta poikkeavuudesta. PAPA eli irtosolunäyte ja tulehdusnäytteet voidaan ottaa tarvittaessa. Lääkäri tekee päätöksen, mitä otetaan. Ennen munasolupunktiohoitoa naisilta otetaan HI-virus-, hepatiitti B- ja C-infektio- ja syfilis eli kuppatesti. (Fertinova 2013c.)

Miehen alkututkimukseen kuuluu siemennesteen analysointi eli sperma-analyysi. Jos sperma-analyysissä on poikkeamia tai jos miehellä on muita oireita sukupuolielinten alueella, hänelle tehdään kliininen tutkimus. Miehen kliinisessä tutkimuksessa tarkistetaan kivesten koko, kivesten tasaisuus ja selvitetään, onko kivespussissa näkyvillä laskimosuonten pullistumia. Joissakin tapauksissa tunnustellaan myös eturauhasen koko ja aristus. Sperma-analyysin ollessa poikkeava otetaan miehestä verikokeita jatkoselvittelyä varten. (Tiitinen 2015a, 124–125.)

Naistentautien poliklinikan henkilökunnalta saamamme informaation (2017) mukaan heillä otetaan naisilta alkututkimuksissa LH, E2 ja joskus tarvitaan AMH mittaus kertomaan munasarjojen toiminnasta, jos nainen on vähintään 35-vuotias. Jos miehelle alkututkimuksen yhteydessä tehdyissä sukupuolitauditesteissä todetaan poikkeavuutta, tehdään 3 kk:n kulluttua uusi kontrolli. Jos tämä on yhä poikkeava, otetaan laboratorionkokeita ja ultrakuva sukupuolielimistä. Siittiöiden määrän ollessa alle 1 milj./ml, otetaan mieheltä B-kromosomi- ja Y-deleetio- näytteet verinäytteestä.

2.4 Lapsettomuushoitovaihtoehdot

Kun pariskunnan lapsettomuuden syy on saatu selville, voidaan aloittaa lapsettomuushoitovaihtoehtojen suunnittelu eli tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Suunnittelussa tulee miettiä kuinka itse voi edesauttaa raskauden alkamista. Samalla huomioon otetaan pariskunnan oma tila ja toiveet sekä itse lapsettomuuden syy, että mahdollisen spontaanin raskauden alkaminen. Huomioon on otettava myös se, että lapsettomuushoidot kehittyvät jatkuvasti. (Pruukki ym. 2015, 117–118, 125–126; Väestöliitto lapsettomuuskeskus n.d.)

Nykyisin jos käytetään kaikkia eri lapsettomuushoitomuotoja niin saa lapsettomuus pariskunnista 70–80 % lapsen. Toiset pariskunnat päätyvät lapsettomuushoitojen sijasta adoptioon tai lapsettomuushoidoista pidättäytymiseen jo suunnitteluvaiheessa. (Pruukki ym. 2015, 125–126; Tulppala 2012b.)

2.4.1 Hedelmöityshoitojen hoitoavusteiset menetelmät

IVF eli koeputkihedelmöityshoito on ollut tehokkain lapsettomuuden hoitokeino 30 viimeisen vuoden ajan. Koeputkihedelmöityshoitoa voidaan käyttää, niin naisesta kuin miehestä johtuvissa hedelmöityshäiriöissä ja melkein kaikissa lapsettomuusongelmissa. Hedelmöitymisen ja raskauden alkamisen todennäköisyyden ollessa matala muilla tavoin hoidettaessa, käytetään koeputkihedelmöitystä. Koeputkihedelmöityksessä munarakkuloiden kasvua nopeutetaan ihon alle pistettävän aivolisäkehormoni gonadotropiinilla avulla, joka aktivoi munarakkulan kasvua. Munarakkuloita pyritään kasvattamaan useita yhtä aikaa koeputkihedelmöityksessä. Laboratoriossa ultraääniohjauksen avulla otetut munasolut hedelmöitetään pesytyillä siittiöillä. Hedelmöityneitä munasoluja viljellään laboratoriossa soluviljelykaapissa alkiodensiirtopäivään asti tarkasti valvotuissa olosuhteissa. (Väestöliitto lapsettomuuskliniikka 2017a.)

ICSI eli mikroinjektiohedelmöitystä käytetään, jos miehellä on vaikeasti hoidettavaa lapsettomuutta. Mikroinjektointi tarkoittaa, että siittiö ruiskutetaan suoraan munasoluun. Jos siemennesteessä ei ole yhtään siittiötä, voidaan niitä kerätä suoraan kiveksestä, lisäkiveksestä tai siemenjohtimesta. Siittiöiden mikroinjektointia varten munasolut kerätään ja kypsytetään samalla tavalla kuin IVF:ssä. ICSI-hoidot ovat miehestä johtuvan lapsettomuuden hoidossa yhtä tärkeässä roolissa kuin IVF-hoidot ovat naisesta johtuvan lapsettomuuden hoidossa. ICSI-hoitoja voidaan käyttää myös silloin, kun siittiöissä ei ole todettu mitään vikaa, mutta munasolua ei saada hedelmöitymään. (Parempaa elämää 2016c.)

PAS/FET eli pakastetun ja sulatetun alkion siirto on osa ICSI- ja IVF-hoitoja. Alkioiden pakastaminen ja sulattaminen mahdollistavat kerättyjen alkioiden myöhemmän käytön. Pakastuksesta ja sulatuksesta selviää noin 95 % alkioista. Naiseen alkion voi siirtää joko hänen oman kuukautisrytmin mukaisesti tai korvaavan hormonihoidon tukemana. Naisen omaa kuukautiskiertoa käytetään, jos naisen kierto on 26—32 päivää ja ovulaatio tapahtuu säännöllisesti. Jos taas naisen kuukautiskierto on epäsäännöllinen tai jos lääkäri on todennut hormonihoidot tarpeellisiksi, alkion siirto tehdään hormonihoidojen tukemana. 20—25 % alkionsiirtoa kohti PAS/FET-menetelmällä aikaansaaduista raskauksista johtaa synnytykseen. (Väestöliitto lapsettomuuskliniikka 2017c.)

IUI eli inseminaatiota eli keinohedelmöitystä käytetään lievissä siittiötutannon häiriöissä tai silloin, kun ei ole löydetty muuta selittävää syytä lapsettomuudelle. Tällöin kysymyksessä on selittämätön lapsettomuus. Todennäköisyys raskauden alkamiselle on 10—15 % yritystä kohden inseminaatiohoidoissa. Ensimmäisten 3—4 hoitokerran aikana enemmistöllä alkaa raskaus. Inseminaatioissa erotellaan hyvin liikkuvat siittiöt siemennesteestä erityisellä pesumenetelmällä, tämän jälkeen siittiöt ruiskutetaan naisen kohtuonteloon ovulaation aikana. Inseminaatio voidaan tehdä

luonnollisesti naisen kuukautiskierron mukaisesti tai tarvittaessa samanaikaisesti munasolun kypsytyshoitojen hormonilääkityksen kanssa. (Väestöliitto lapsettomuuslinikka 2017a.)

IVM eli koeputkihedelmöityshoito ilman hormonipistoksia tarkoittaa, että munasolut kerätään pienistä munarakkuloista naisen oman kuukautisrytmin mukaisesti kahdeksantena tai yhdeksäntenä kiertopäivänään, ennen kuin johtomunarakkula on kasvanut muita munarakkuloita suuremmaksi. Kypsymättömät munasolut kypsytetään laboratoriossa siihen vaiheeseen, että ne voidaan hedelmöittää joko maljassa tai ICSI-tekniikalla. Alkion kiinnittymistä kohdun seinämään tuetaan estrogeeni- ja keltarauhashormonilääkityksellä. IVM-hoitoa voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun kyse on miehen lapsettomuudesta, tai jos on odotettavissa hormonipistohoidossa ongelmia. (Tulppala 2007, 18.) Suomessa ei käytetä kyseistä hoitomuotoa huonojen hoitotulosten vuoksi (Naistentautien poliklinikan henkilökunnalta saamamme informaatio 2017).

2.4.2 Muut hoitomuodot

Ovulaation induktio eli varsinainen munarakkulakypsytyshoito, eli hormonilääkityshoito ennen IVF-hoitoa on yksi hoitomuoto. Yksi hormonilääke on tablettimuotoinen klomifeeni, jota otetaan yleisimmin viitenä päivänä, aloittaen kuukautiskierron kolmantena päivänä. Aina klomifeeniä ei voida kuitenkaan käyttää. Silloin kun seerumin maitohormoni (prolaktiini) ja muut aivolisäkehormonien pitoisuudet ovat kohdillaan, voidaan klomifeeniä käyttää. Lääkehoidon aikana seurataan naisen kuukautiskierron aktiivisesti, kuten kuukautiskierron säännöllisyyttä, munarakkuloiden määrän kypsymistä ja kohdun limakalvon paksuuntumista gynekologisen kaikututkimuksen avulla. Klomifeeniä voidaan käyttää miehillä kiihdyttämään testosteronin erittymistä, josta seuraa parempi siittiöpitoisuus. (Tiitinen 2016b.; Seppälä n.d.)

Klomifeenin vaihtoehtoisena lääkemuo-tona voidaan käyttää niin sanottua aromataasi-inhibiittori letrotsolia. Jos klomifeeni tai aromataasi-inhibiittori lääkehoidot eivät toimi tai taustalla on munarakkulan kypsymishäiriön gonadotropiinien puutos tai vajaus, voidaan lääkehoitona käyttää aivolisäkehormoneja esimerkiksi gonadotropiinia. Kyseisiä valmisteita annetaan ihon alaisina pistoksina päivittäin, tavallisesti 1–2 viikon ajan, toisinaan pidempääkin. Toistetuilla kaikututkimuksilla tehdyt seurantahoidot, ovat prosessissa tärkeitä. (Tiitinen 2016b.)

Munarakkulan kypsytyshoidoissa käytettyjä lääkevalmisteita voidaan yhdistää samojen hoitokiertojen aikana. Hoitoja voidaan toistaa tarvittaessa useamman kerran. Onnistumistulos on noin 10–15 % yhden hoitokierron aikana. (Tiitinen 2016b.)

Kirurgisiin hoitotoimenpiteisiin eli leikkauksellisiin poistoihin voidaan ryhtyä, kun kyseessä on kohtalainen tai vaikea endometrioosi, munanjohdinvaurio tai myooma eli kohdun lihaskyhy. Endometrioosin aiheuttaessa kovia kipuja tai jos kyseessä on iso endometrioosikysta munasarjassa, on leikkaus tarpeellinen. Kun kyseessä on lievä munanjohdinvaurio, eikä toisia heikentäviä tekijöitä hedelmällisyyteen ole, on korjaus leikkaus suositeltava. Leikkaushoitotulokset ovat heikkoja vaikeissa munanjohdinvaurioissa. Ennen koeputkihedelmöitystä voidaan munanjohdinvaurioleikkausta pitää valmistavana hoitona. Munanjohtimien poiston on todettu parantavan koeputkihedelmöityksen onnistumisen mahdollisuutta, jos ne ovat olleet nestetäytteiset ja laajentuneet. (Tiitinen 2016b.; HUS n.d.)

Normaalipainoisuudella, sopivalla liikunnalla, terveydelle hyödyllisellä ruokavaliolla, sekä tupakoimattomuudella että päihteettömyydellä on todettu olevan mahdollisen raskauden alkamiseen vaikutusta, että keskenmenon riskin suurentumiselle. Nämä eivät täysin takaa raskauden ongelmitta alkamista. Sekä ali- että ylipainoisuus voivat häiritä kuukautiskiertoa jossakin vaiheessa. Painoindeksin ollessa yli 27 alkaa naisen hedelmällisyys ja lapsettomuushoitosten tulokset heikentyä. Jo 5–10 % painon pudotus voi parantaa lapsettomuushoitotuloksia. Laihuus ja erittäin kova liikunta voivat hidastaa raskaaksi tulemistä, sillä riittävä ravintoaineiden saanti voi jäädä vähäiseksi. (Pruukki ym. 2015, 117–118; Tiitinen 2016a.)

Kaikille raskautta suunnitteleville naisille suositellaan nykyisin syötäväksi foolihappoa monipuolisen ja terveellisen ruokavalion lisäksi, sillä foolihapon tarve lisääntyy imetyksen ja raskauden myötä. Diabeetikoilla ja epileptikoilla tarve on suurempi. Lisäksi suositellaan D-vitamiinilisää. (Pruukki ym. 2015, 117–118.)

Hyvä tietoisuus raskaaksi tulemisen mahdollisuudesta otollisimpaan aikaan on suotavaa. Hedelmällisin aika on hetkeä ennen ovulaatiota. Tämä ei tarkoita, etteikö muulloinkin voisi tulla raskaaksi, sillä hedelmöitys voi tapahtua useita päiviä ennen ovulaatiota tapahtuneessa yhdynnässä tai ovulaation jälkeisenä päivänä. Tämän vuoksi olisi suositeltua olla yhdynnässä kahden päivän välein kuukautiskierron puolivälissä, jolloin taataan parhain mahdollisuus hedelmöitymiselle. (Pruukki ym. 2015, 117–118.)

Erilaisten infektioiden eli tulehduksien hoidolla, neuvonnalla ja oikeaoppisella tiedottamisella niiden haitoista ennen raskauden alkamista, voidaan vähentää keskenmenoriskiä, ennenaikaista synnytystä ja raskauden kulle, että sikiöön kohdistuvia haittoja. Infektioitaudeista neuvolassa seulotaan virtsatietulehdusta, syfilistä, hepatiitti B-virusta ja vuodesta 1998 alkaen koko maassa HI-virusinfektiota. Haittoja voivat aiheuttaa myös hepatiitti A ja erityisesti hepatiitti C, näitä ei kuitenkaan neuvolassa seulota. (Tiitinen 2017.)

Yleissairauksien ollessa huonossa tasapainossa, voivat ne alentaa raskaaksi tulemista, kun taas sairauksien hyvään hoitotasapainoon pääseminen parantaa tuloksellisuutta. Esimerkkinä heikentymistä lisäävistä yleissairauksista ovat diabetes, epilepsia, keliakia ja tulehdukselliset suolistosairaudet. Eri ammatteihin kohdistuvia altistuksia on vaikea arvioida. (Tiitinen 2016a.)

Lääkkeistä anaboliset steroidit voivat lopettaa siittiöiden tuotannon kokonaan tai ainakin ne aiheuttavat suurimmalle osalle käyttäjistä siittiöiden vähentymistä. Siittiötuotantoa voi häiritä anabolisten steroidien lisäksi kalsium-salpaaja verenpainelääkkeet, pitkävaikutteiset sulfat, solunsalpaajat ja testosteronihoito. (Tiitinen 2016a.) Näiden lääkeaineiden käyttöä tulisi siis mahdollisuuksien mukaisesti välttää.

3 LAPSETTOMUUDEN VAIKUTUKSET PSYKKISESTI JA NIISTÄ SELVIYTYMINEN

Tässä luvussa käsittelemme, mitä on psyykinen hyvinvointi yleisesti, miten lapsettomuuskriisi ilmenee ja miten lapsettomuudesta voi selviytyä psyykkisesti. Lapsettomuuskriisin vaiheet etenevät yksilöllisesti ja psyykinen selviytyminen on aina tapaus kohtaista.

Suomessa tehtyjen arvokyselyiden mukaan perheen merkitys on kasvanut. Lasten tekemisen pohjana on ilmennyt tarve läheisyyteen ja rakkautta sisältävään elämään. Tulppalan mukaan lapsi kuvastaa elämän jatkuvuutta ja toivoa. Näiden lisäksi lapsilla mitataan aikuisuutta ja vahvistetaan naisen ja miehen keskinäistä suhdetta. Epäonnistuminen niinkin normaalissa tehtävässä kuin lapsen saamisessa voi sen vuoksi tuntua epäuskottavalta, häpeälliseltä, raivostuttavalta ja aiheuttaa kateutta. (Tulppala 2002.)

Ajatus mahdollisesta lapsesta on iso asia. Kun on kyse tahattomasta lapsettomuudesta, ajatus itsestä, että puolisoista yhdessä vanhempina saa pariskunnat rohkaistumaan ja hakeutumaan lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin. Hoitoihin hakeutuminen mahdollistaa haaveiden toteutumisen, mutta voi nostaa pintaan epäilyksen omasta naiseudesta tai omasta miehisydestä. (Fertinova 2013d.)

3.1 Psyykinen hyvinvointi

Psyykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen mielen hyvinvointia. Tähän kuuluu tunteiden säätely, toimivat ihmissuhteet, itsensä arvostaminen, omaan elämään vaikuttaminen mahdollisuuksien mukaisesti ja oman elämän kokeminen arvokkaana ja merkitykselläänä. Sillä, millaisia tunteita ihminen kokee ja kuinka hän niitä säätää sekä pystyy niitä käsittelemään, on vaikutusta hänen psyykkiseen hyvinvointiinsa. (Aarnio, Autio, Jämsä, Paavilainen & Suomalainen 2017,13.)

Pelkällä mielen hyvinvoinnilla ei ole merkitystä psyykkisessä hyvinvoinnissa, vaan siihen vaikuttavat myös fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Liikunnan on todettu vähentävän stressiä, ja hyvä kunto helpottaa säätelemään ja kestävästi stressin fyysisiä vaikutuksia. Ympäristöllä on vaikutusta mielen hyvinvointiin, kuten myös ihan arkisten asioiden valinnoilla, esimerkiksi ruokavaliolla ja unella. Väsyneenä ihminen on useammin kireä ja sekä looginen ajattelukyky että päätösten teko, työmuisti ja harkintakyky heikkenevät. (Aarnio ym. 2017, 72–74)

Sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavat käyttäytyminen, lait ja palvelut. Lisäksi perheellä, ystävillä ja parisuhteella on omat suuret roolit sosiaalisessa hyvinvoinnissa. Sosiaalisissa suhteissa ihminen kokee koskettamista. Miellyttävä koskettaminen toisen ihmisen kanssa voimistaa aivojen palkitsemisjärjestelmän toimintaa ja oksitosiini-hormonin erittymistä. Koskettaminen vähentää kortisolin eli stressihormonin eritystä ja kivun kokemusta. Ihminen on luotu olemaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa, ja hyvät vuorovaikutus- ja ihmissuhteet vaikuttavat positiivisesti psyykkiseen hyvinvointiin. (Aarnio ym. 2017, 83–89.)

Lapsettomuushoidoissa nainen on fyysisesti yleensä enemmän koetuksella kuin mies, sillä nainen syö mahdollisesti lääkkeitä ja hänelle tehdään enemmän toimenpiteitä, sekä mahdollisesti alkanut raskaus tapahtuu naisen vartalossa. Miehen tärkeimpiä rooleja on yleensä naisen tukeminen. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö mies kärsisi lapsettomuudesta. Lapsettomuus on myös miehelle raskas asia, eikä hänen tuntemuksiaan tule unohtaa. (Simpukka n.d.b.)

Psyykkisen tuen merkitys tulee muistaa koko hoitoprosessin ajan, mutta erityisen isossa roolissa se on hoitoihin hakeuduttaessa ja hoitoja aloitettaessa. Oli lapsettomuushoitojen lopputulos mikä tahansa, ei psyykkisen tuen antamista pidä unohtaa. On yksilöllistä, minkä verran jokainen tukea tarvitsee missäkin vaiheessa. (Tulppala 2002.)

3.2 Lapsettomuus kriisi

Kriisin syntyyn vaikuttaa ihmisen opittu tapa ratkaista ongelmia. Lapsettomuus on vastoinkäyminen, jonka ratkaiseminen ei onnistu helposti ja jonka hoitamiseen totutut ongelmanratkaisutaidot eivät riitäkään. Saadessaan tietää lapsettomuudestaan ihminen saattaa hämmentyä, mennä ymmällensä ja tehdä epäonnaisia ratkaisuja tilanteen korjaamiseksi. (Salzer 1991, 30.)

Ihmisillä on erilainen tapa selviytyä eri tilanteista. Pariskunnan saatua tietää lapsettomuudestaan voi heillä olla todella erilaiset tyylit selviytyä tilanteesta. Toinen alkaa tutkimaan ja hakemaan apua, kun toinen täytyy ensin käydä henkisen selviytymisen polku ja luopuminen. Tämän jälkeen hän on vasta kykenevä lapsettomuushoitoihin. (Tulppala 2012a.)

Lapsettomuuden katsotaan olevan pitkittynyt elämänkriisi, jota työstetään vaiheittaisesti ja johon liittyy riski sairastua masennukseen, menetyksen tunteen kokeminen, syyllisyyden tunne, eristyneisyys, tarpeettomuuden tunne, seksuaalisuuden ja avioliittolliset ongelmat. (Simpukka- yhdistys 2013.) Holter, Anderheim, Bergh & Möller (2006) tutkimuksessaan viittaavat Domar et al (1992) tutkimukseen, jossa osoitetaan, että lapsettomuutta potevat naiset kärsivät huomattavasti enemmän myös masennuksesta verrattuna hedelmällisiin naisiin.

Psykologisesti tarkasteltuna lapsettomuuden kriisi on sekoitus traumaattista- ja kehityskriisiä. Tämän vuoksi lapsettomuus on sarja kriisejä, joka voi vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin negatiivisesti. Nämä kriisit johtuvat jokaisen kuukauden tuomasta toivosta ja uudesta mahdollisuudesta raskaaksi tulemiseen. Jokainen kuukausi pitää sisällään uusia tutkimuksia, uusia hoitoja, uuden ahdistuksen ja lopuksi uuden pettymyksen, jos kuukautiset alkavat. Lapsettomuus-kriisiä voidaankin kuvailla kulkeväksi niin sanottua vuoristorataa, jolloin kuukauden eri vaiheissa ollaan ala- ja ylämäissä. (Salzer 1991, 30; Simpukka- yhdistys 2013; Tulppala 2002.)

Lapsettomuus-kriisin vaiheisiin kuuluu neljä vaihetta, vaiheet ovat samat kuin missä muussakin kriisissä eli

- Shokkivaihe, tarkoituksena on suojata ihmisen psyykettä.
- Reaktiovaihe, ihmisen on tarkoitus tulla tietoiseksi tapahtuneesta.
- Työstämis- ja käsittelyvaiheen tarkoituksena on työstää pelkojaan ja hyväksyä lapsettomuus, suunnitella tulevaa ja pohtia erilaisia vaihtoehtoja.
- Uudelleen suuntautumisen vaiheessa elämä alkaa eheytymään.

(Simpukka- yhdistys 2013; Kanerva & Kuhanen 2014, 236–238; Pruukki ym. 2015, 16– 21.)

Shokkivaihe alkaa välittömästi pariskuntien saatua kuulla lapsettomuudesta ja kestää yleensä parista minuutista pariin vuorokauteen. Sen aikana ihminen ei ole kykeneväinen käsittelemään asiaa. Hän ei muista välttämättä kaikkia hetkessä tapahtuneita, mutta ne mitkä hän muistaa, muistaa hän hyvin tarkasti. Tunteiden ja kivun puuttuminen ovat normaaleja tunteita. (Simpukka- yhdistys 2013; Kanerva & Kuhanen 2014, 236–238.)

Reaktiovaiheeseen ihminen siirtyy vaiheittain hiljalleen shokkivaiheesta. Kestää muutamasta päivästä muutama kuukauteen. Ahdistus, kateus, kieltäminen, suru, syyllisyys, tyhjyyden tunne ja viha ovat yleisimpiä tunnetiloja reaktiovaiheessa. (Simpukka- yhdistys 2013; Kanerva & Kuhanen 2014, 236–238.)

Työstämis- ja käsittelyvaihe voi kestää kuukausista noin vuoteen. Keskustelu halukkuus lapsettomuudesta voi vähentyä, mitä aiemmin on useimilla ollut tarvetta. Tunteet voivat olla hyvinkin voimakkaita, edetä edellä mainitusti vuoristorataa, halu olla yksin ja työstää asiaa yksin ovat yleistä. Toisilla voi esiintyä muisti- ja keskittymisvaikeuksia, luopumisen pelkoa ja

masennusta, itkua ja surua. Lapsettomuushoidot aloitetaan yleisesti tässä vaiheessa, jos niihin päädytään. (Simpukka- yhdistys 2013; Kanerva & Kuhninen 2014, 236– 238; Pruukki ym. 2015, 16– 21.)

Uudelleen suuntautumisasiheessa lapsettomuus ei enää estä pareja saamista kosketusta elämään, ja mielenkiinto uusia asioita kohtaan kasvaa. Vaiheista tämä on pisin, noin 1–2-vuotta, ja jatkuu koko elämän. Lapsettomuuspariskunta on voinut saada jo lapsettomuushoittojen tai adoption avulla itselleen lapsen, käyvät yhä lapsettomuushoidoissa tai he ovat päättäneet elää ilman lasta kaksin, lopettaa lapsettomuushoidot. Ennen edellä mainittuja vaiheita on molempien pariskunnan osapuolten tullut käsitellä surunsa, hyväksyä päätökset ja olla samaa mieltä niistä, jotta uudelleen suuntautuminen on mahdollista. (Simpukka- yhdistys 2013; Kanerva & Kuhninen 2014, 236– 238; Pruukki ym. 2015, 16– 21; Tulppala 2002.)

Lapsettomuutta ja ajatusta lapsesta on vaikeaa surra kriisin ollessa moninaista. Toisilla surutyö ei pääse alkamaan ollenkaan lääketieteen ja lapsettomuushoittojen kehittyessä, koska ajatus hoittojen lopettamisesta voi tuntua mahdollisen lapsen hylkäämiseltä. Surutyön loppuun vieminen voi olla haastavaa, ja toisilla se saattaa jatkua pitkään, kuin osana elämää. Surutyölle tuleekin siksi antaa aikaa ja tilaa. Samalla kun pariskunta käy omaa surutyötä lävitse on heidän hyvä muistaa, että läheisetkin surevat omilla tavoillaan. Omien tuntemusten ääneen sanominen voi antaa itselle eheämmän kuvan tilanteestaan. (Simpukka- yhdistys 2013; Kanerva & Kuhninen 2014, 236–238; Tulppala 2002.)

On olemassa sanonta, että lasta ei tehdä, se saadaan ja sen saaminen on suuri lahja. Elämä on monia asioita täynnä ja ihmiset saavat erilaisia lahjoja elämässään. Elämässä voi kokea monia rikkauksia, vaikka lapsen saaminen ei olisi yksi niistä. Suru voi estää näkemästä kaikkea sitä hyvää, mitä on jo omassa elämässä. (Tulppala 2002.)

3.3 Psykkinen selviytyminen lapsettomuudesta

Lapsettomuus on ihmisen biologinen ongelma, jolla on suuri vaikutus ihmisen psykososiaaliseen olemiseen. Psykkinen selviytyminen lapsettomuudesta on lapsettomuuden prosessoiminen, kriisistä selviytyminen ja lopputuloksen hyväksyminen. (Tulppala 2002.) Psykososiaalinen tarkoittaa psykikiin ja sosiaalisiin asioihin vaikuttavaa asiaa (suomisanakirja 2017).

Lapsettomuuden tunnetta käsitellessä voi ihmisen suhtautuminen muuhun maailmaan muuttua. Saattaa nousta ajatus, miten elää hedelmällisessä maailmassa, jossa kaikkialla näkee merkkejä omasta puutteellisuudesta. Tilanne saattaa johtaa eristyneisyyteen ja vieraantumiseen ystäväistä, tutuista, työtovereista tai sukulaisista, jotka läsnäolollaan tai puheillaan muistuttavat lapsettomuudesta. (Salzer 1991, 71.)

Lapsettomuuden ajatuksen käsittelyssä ja miettiessä, mitä toivon muilta, tulisi ensin katsoa itseään ja miettiä, miten minä koen lapsettomuuden ja itseni. Tämän jälkeen pystyy paremmin työskentelemään niiden ajatusten kanssa, kuinka toivon muiden kohtaavan minut. (Salzer 1991, 72.)

Avun pyytämisessä ei ole mitään väärää, tunteita voi aina selvittää, käydä läpi ja purkaa ammattihenkilön kanssa. Niin tunteet kehittyvät osaksi yhteistä elämää, johon kuuluvat onnistumiset, muut positiiviset asiat, mutta myös epäonni ja haasteet. Lopputuloksena on yhdessä jaettu kokemus ja selviytyminen pariskuntana eteenpäin. Lapsettomuushoitosten kanssa voi samaan aikaan tapahtua muitakin selviytymistä ja psyykkistä hyvinvointia kuormittavia asioita, jotka olisi hyvä ottaa rohkeasti esille. (Fertinova 2013d.)

Vuonna 2013 tehdyn Kuivasaari-Pirinen väitöskirjan mukaan 30 % keskeytti suunnitellut IVF-lapsettomuushoidot koettuaan ne psyykkisesti liian rankoiksi. Tutkimukseen osallistui 987 naista, jotka olivat olleen IVF-hoidoissa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1996–2007. IVF-hoitosten henkinen koettelemus on raportoitu olevan yleisin syy, miksi lapsettomuushoidot keskeytetään. IVF-hoitosten epäonnistuttua naiset kokivat elämänsä huonommaksi 1–3 vuoden ajan verrattuna niihin naisiin, joiden hoidot onnistuivat. Pidemmällä aikavälillä (6–9 vuotta) hoitosten lopputulos ei vaikuttanut enää elämänlaadun kokemiseen yhtä voimakkaasti. Tämä viittaa siihen, että lapsettomuuteen voi ja pystyy sopeutumaan.

Parisuhteessa lapsettomuudesta johtuva henkilö voi kokea, että puolison olisi helpompi etsiä ihminen, jonka kanssa hän saisi lapsia, ja näin ollen toinen heistä saisi unelmansa toteutettua. Kuitenkin on huomattu, että parisuhteen kariutuminen ja avioero ovat lapsettomien pareilla harvinaisia. (Tulppala 2002; Pruukki ym.2015.)

4 YKSILÖN JA PARISKUNNAN PSYKKINEN TUKEMINEN HOITOTYÖSSÄ

Tässä luvussa käsittelemme sairaanhoitajan antamaa tuen tärkeyttä lapsettomuushoitoja aloitettaessa ja niiden aikana. Tässä osiossa puhutaan myös vertaistuesta ja muista apua tarjoavista tahoista.

Lapsettomuushoidot voivat olla hyvin stressaavia ja kestoaltaan pitkiä. Pitkään jatkunut stressitila on epäterveellinen ja voi omalta osaltaan vaikuttaa lapsettomuushoitosten epäonnistumiseen. Hoitosten luomaa stressaavuutta on pyritty lieventämään yksilöllisellä ja potilaslähtöisellä työskentelyllä. On myös huomattu, että kun lääkemäärien ja lääkehoitojen määrää vähennetään, hoitomyöntyvyys kasvaa. Lapsettomuuden aiheuttamaan stressiin on tärkeää saada sosiaalista tukea ennaltaehkäisemään uupumusta. (Anttila & Korkeila 2012.)

4.1 Lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen

Lapsettomuuden tullessa ilmi pariskunta voi tuntea surua ja syyllisyyttä, mutta yhteinen kokemus saattaa myös lähentää ja tuoda uutta avoimuutta parisuhteeseen. Lapsettomuuskriisi ja selviytyminen yhdessä lisää parin sitoutumista ja läheisyyttä ja luo kokemuksesta yhteisen. (Fertinova 2013b.)

Pariskuntien on tärkeää puhua keskenään tunteistaan ja ajatuksista, joita tulee hoitojen aikana mieleen. Avoimen keskustelun pariskuntien välillä on todettu vahvistavan suhdetta, auttavan jaksamaan kriiseissä. Toisen kuunteleminen aidosti on yhtä tärkeää kuin puhuminen. Tunteiden vaihtaminen molemminpuolisesti ilman toisen syyllistämistä auttaa välttämään ristiriitatilanteilta, jolloin kommunikoinnin merkitys korostuu. Kun pariskuntien välillä on toimiva ja hyvä vuorovaikutus, on sen todettu vahvistavan ja ylläpitävän suhdetta. (Haarakangas 2011, 58—65.)

Pariskuntien on hyvä muistaa, ettei parisuhteen tule muuttua aikatauluteuksi lapsentekosuorituksiksi. Parisuhteen hyvinvointiin kuuluu erotiikan, romantiikan ja huumorin ylläpitäminen, läheisyys ja koskettaminen. Tilanetta on helpompi mieltää, kun ajattelee, että pariskunnan elämä jatkuu tavalla tai toisella lapsettomuushoitojen jälkeen, tuloksesta riippumatta. Jos ajatellaan, että lapsettomuushoitojen lopputuloksena on vauvan syntyminen, on tärkeää, että parisuhdetta on huollettu ja pidetty hyvänä hoitojen aikana. (Fertinova 2013b; Pruukki ym. 2015.)

Seksuaalisuus on harvoin lapsettomuuden syynä. Arviolta noin 1—5 %:lla lapsettomuus johtuu seksuaalisuudesta. Seksuaalisuus ja sen kokeminen ovat ihmisen vaurioituvain alue, johon vaikuttavat helposti elämän vastoinkäymiset. Lapsettomuushoidoissa olevista miehistä noin 10 prosentilla on erektio-ongelmia, kun naisen kuukautiskierto on puolessa välissä. Bruns toteaa kirjassaan, että kaiken kaikkiaan 35 % lapsettomuushoidoissa olevista pariskunnista kokee seksielämänsä huonoksi. Toisilla seksielämä voi parantua yhteisesti koetun lapsettomuuskriisin myötä. (Tulppala 2012b; Pruukki ym. 2015.)

Lapsettomuushoitojen pituus on verrannollinen hoidoissa olevien pariskuntien kokemukseen seksuaalisuudestaan. Mitä kauemmin hoidot jatkuvat, sitä tyytymättömpiä pariskunnat ovat seksuaalisuuteensa. Seksuaalisella tyytymättömyydellä ja negatiivisien tunteiden kokemisella on henkisellä puolella pitkäänkin jatkuvia vaikutuksia. Nämä negatiiviset tuntemukset korostuvat varsinkin silloin, kun lapsettomuushoidot eivät tuota haluttua tulosta. Tällöin myös seksuaaliset ongelmat voivat tulla herkemmin esille juuri makuuhuoneessa, josta kaikki ovat lähtöisin. (Tulppala 2002; Pruukki ym. 2015.)

4.2 Sairaanhoidajan antama tuki lapsettomuushoidoissa

Fertinovan (2013b) mukaan monet pariskunnat kertovat pystyvänsä olemaan toisilleen avoimempia ja keskustelemaan asioista, joista on ollut ennen hankalaa puhua. Kuitenkin joskus on tilanteita, jolloin puolison kanssa puhuminen ei vain riitä. Tämän vuoksi on hyvä olla muitakin sosiaalisia tukiverkkoja ympärillä kuten ystävät, sukulaiset, lapsettomuusklinikan hoitohenkilökunta.

Anttilan & Korkeilan (2012) artikkelin mukaan valtaosa naisista kokee saavansa tarpeellisen tuen lapsettomuushoitoihin osallistuvalla henkilökunnalta ohjauksen ja neuvonnan kautta. Olisi hyvä havaita ne yksilöt ja parit, jotka eivät saa riittävästi psyykkistä tukea. On havaittu, että epäonnistuneiden hoitojen jälkeen 10–25 % naisista kärsii vakavasta masennuksesta.

Sairaanhoidajilta vaaditaan kykyä tunnistaa pariskuntien tunnetiloja ja yksilöllisiä tarpeita käytyjen keskustelujen myötä. Potilaiden tarpeiden ja tunteiden käsittelyminen on tärkeää, jotta voidaan normalisoida lapsettomuuden aiheuttamia ajatuksia ja auttaa pariskuntaa sekä yhdessä että yksilöinä. Sairaanhoidajien tulee olla läsnä ja tukea pariskuntaa selviytymään yhdessä ja yksilöinä. (Parempaa elämää 2016b; Väestöliitto lapsettomuus-klinikka 2017d.) Sairaanhoidajien tulisi tiedostaa lapsettomuudenkriisin eri vaiheet, ja tunnistaa missä vaiheessa kukin lapsettomuushoidoissa käyvä pariskunta on milläkin hetkellä, jotta oikeanlaisen avun antaminen onnistuu mahdollisimman hyvin.

Tänä päivänä on yleisempää, että kotona saattaakin olla jo jommankumman puolison puolelta lapsi. Tämä tuo omalla tavallaan iloa arkeen ja pitää arjen kasassa, mutta myös on jatkuvasti läsnä muistuttamassa, ettei yhteistä lasta ole ja sen saaminen on vaikeaa. Kotona asiasta on vaikea sanoa ääneen tai myöntää ikäviä tunteita. Tällöin on hyvä keskustella asiasta ulkopuolisen asiantuntijan kanssa. (Parempaa elämää 2016b.)

4.3 Muut tukea antavat tahot

Psyykkisellä tuella tarkoitetaan henkisen tuen antamista kriisissä tai jossakin elämänvaiheessa tapahtuvan muutoksen myötä. Tuen antaminen mahdollisimman varhain edesauttaa vähentämään kriisistä tulleita kielteisiä psyykkisiä jälkioireita, nopeuttaa ja tukee normaaliin arkeen palautumista ja auttaa tunnistamaan potilaan hoidon tuen tarpeet. (Punainen risti. n.d.)

Lapsettomuusongelman kanssa eläville ja sen kuormittavuudesta kärsiville suomalaisille on annettu paljon mahdollisuuksia jakaa tilannettaan muiden kanssa. Nykyisin yhä enemmän kannustetaan rohkeasti puhumaan vaikeistakin asioista. (Simpukka n.d.a.) Kuuntelija voi olla hyvin läheinen henkilö tai täysin ulkopuolinen, joku ammattilainen.

4.3.1 Vertaistuki

Isoksi tekijäksi ja vertaistukea antavaksi ryhmäksi on muodostunut lapsettomien yhdistys Simpukka ry. Simpukka-yhdistys on ainoa Suomessa toimiva tahattoman lapsettomuuden kokemuksellinen asiantuntijaorganisaatio. Sen tarkoituksena on valvoa lapsettomuutta epäilevien ja tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien etuja. Se myös pyrkii lisäämään yhteiskunnallista tietoutta lapsettomuudesta. (Simpukka n.d.a)

Suomessa toimii Käpy - Lapsikuolemaperheet ry, joka tarjoaa vertaistukea lapsensa menettäneille läheisille. Toiminnan tarkoituksena on antaa vertaistukea perheille ja auttaa heitä ymmärtämään, etteivät he ole yksin asian kanssa. Vertaistukiryhmien kautta ihmiset voivat saada vinkkejä ja tietoa sopeutumiseen. (Käpy - Lapsikuolemaperheet ry. n.d.)

4.3.2 Hoitotyöntekijät ja psykiatriset palvelut

Lapsettomuushoidoissa on hyvin tärkeää hyvä suhde hoitohenkilökuntaan. Oikean hoitohenkilökunnan tärkeys tulee siitä, että harvoin lapsettomuushoidoista selvittääin vain muutamalla käynnillä, toiset tarvitsevat säännöllisiä tapaamiskertoja esimerkiksi ammattipsykiatrin kanssa. Yleensä prosessi on pitkä, tunteita herättävä ja paljon aikaa kuluttava. Voisi melkein puhua erityisestä hoitosuhteesta. Potilas näkee hoitohenkilökunnan ”pelastajanaan”. (Salzer 1991, 208; Väestöliitto lapsettomuuslinikka 2017d.)

Hämeenlinnan kaupungin (2017) mielenterveyspalvelut tarjoavat psykiatrisen sairaanhoitajan keskusteluapua ja tukea Hämeenlinnalaisille ilmaiseksi kaikissa elämäntilannevaikeuksissa, että mielenterveyteen koskevista asioista. Hoito suunnitellaan asiakkaan tilanteen arvioinnin jälkeen. Sitä voidaan toteuttaa elämäntilanteeseen liittyvänä kriisihoitona, kotikäynteinä, perhetapaamisina, ryhmähoitoina ja yksilökäynti hoitoina. Psykiatrisen sairaanhoitajan tai omalääkärin ohjaamana voi saada psykologille vastaanottoajan.

Nykypäivän maailmassa pitkään hoidolliseen työskentelyyn ei ole kunnolla aikaa, ja ne ovat melko harvinaisia. Sen vuoksi on tärkeää panostaa lyhytterapeuttisen työn tehokkuuteen ja tuloksellisuuteen, eli selvään rakenteeseen ja määrättyyn tapaan työskennellä. Lyhytterapeuttinen työote voi auttaa akuutin avuntarpeen lievittämisessä tietyssä ongelmassa tai oireessa. Lyhytterapiaa voi antaa psykoterapeutin lisäksi muu hoitoalan ammattilainen. Kestoltaan lyhytterapia on useimmiten viikon—kahden viikon välein tapaaminen ja 12—20 tapaamiskertaa. (Kanninen & Uusitalo-Arola 2015, 20; Turpeinen 2016.)

4.3.3 Sairaalateologi ja seurakunnat

Kautta aikojen ihmiset ovat kääntyneet kirkon puoleen, kun heitä on kohdannut elämässä kohta, josta on vaikea selviytyä yksin. Hengellinen ja henkinen tuki auttaa ihmistä pitämään arvoistaan kiinni, mutta myös tuo toivoa, että heitä on joku auttamassa ja kuuntelemassa. Kirkko toimii paikana, minne mennä jakamaan huoliaan ja puhumaan asioista. Sinne mennään hakemaan viisautta ja vastauksia. Lapsettomille usko ja kirkko voivat olla suuri apu jaksamisessa ja toivon ylläpitämisessä. Usko auttaa lapsettomia myös käsittelemään ja yrittämään ymmärtää, miksi juuri minulle on näin tapahtunut. (Salzer 1991, 191.)

Kanta-Hämeen keskussairaalan sairaalateologit antavat keskusteluapua niin yleiseen hyvinvointiin ja jaksamiseen kuin hengellisiin asioihin yhdessä pariskunnille tai erikseen kaikille erikoissairaanhoidossa käyville asiakkaille/potilaille. Heidän tarkoituksena on toimia ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin hyväksi, ottaa ihminen huomioon psyko- fyysis- sosiaalisesti. Asiakkaan tarpeen huomiointi on olennainen asia sairaalateologin tapaamisissa. Tuen antaminen voi olla ainoastaan kuuntelijana oleminen, koskettaja tai henkistä tukea antava keskustelujen myötä. (Portin 2017; Kanta-Hämeen keskussairaala n.d.a.)

Suomen evankelisluterilainen kirkko (n.d.) tarjoaa pariskunnille ja perheille ammattilaista keskusteluapua perheeseen tai yksilöön kohdistuvissa asioissa perheneuvonnassa. Keskustella voi muustakin kuin uskoon liittyvistä asioista. Perheneuvonnan lisäksi kirkko tarjoaa keskusteluapua diakonia-työntekijöiden kanssa. Ei tarvitse olla evankelisluterilaisen kirkon jäsen, jotta voi hakeutua keskustelemaan heidän kanssaan. Lisäksi palvelu on maksutonta.

Kristillisen kirkon parisuhdetyön perustana on sitoutuminen. Sen jälkeen tulevat seksuaalisuus, tunteiden tunnistaminen ja tunnustaminen, riitojen käsittely, arjen teot ja valinnat sisältäen puhumisen, kuuntelemisen, luottamuksen ja anteeksiannon, unohtamatta kaiken kattavaa rakkauden antamista ja saamista. Sellaisen parisuhteen rakentaminen on elämänmittainen prosessi. (Haarakangas 2011, 65.)

Muut kuin evankelisluterilaisen kirkon jäsenet voivat omalta osaltaan joutua tilanteeseen, jossa heidän tulee miettiä elämänsä katsomustaan uudelleen. Tahaton lapsettomuus voi olla iso haaste kaikkien uskolle. Se voi horjuttaa sitä lapsettomuskriisin keskellä. (Pruukki ym. 2015.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Oppaan tarkoitus on antaa tietoa siitä, minkälaista tukea on tarjolla. Toivomme sen alentavan kynnystä huolien puheeksi ottamiseen, jos asiat alkavat tuntumaan liian raskailta. Oppaan tavoitteena on potilaiden psyykkisen tasapainon tukeminen läpi hoitojen.

Sairaalan poliklinikan potilaiden käyntiajat ovat vain noin 20 minuuttia, ja näin ollen potilaiden henkilökohtaisien tarpeiden huomioiminen on haasteellista. Sen vuoksi opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa positiivinen opas tukemaan naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta lapsettomuushoidoissa käyville pariskunnille.

Tavoitteenamme opinnäytetyön ja tuottamamme oppaan suhteen on lisätä omaa tietouttamme aiheestamme ja saada valmiuksia lapsettomuudesta kärsivien potilaiden psyykkiseen tukemiseen. Toivomme, että tuottamamme opas täyttää tarkoituksensa, tavoitteensa ja on hyödyllinen.

6 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aihe ja tarve on tullut Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikalta. Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan naistentauteihin ja lapsettomuuteen liittyviä ongelmia. Lapsettomuushoitojen toteuttaminen tapahtuu yhteistyössä Tampereen yliopistollisen sairaalan kanssa (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d.b.)

Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, ja hoidonpiiriin pääsee vain lääkärin läheteellä. Poliklinikalla työskennellään lääkäri-hoitaja-pareina. Kanta-Hämeen keskussairaala on myös opetussairaala, joten poliklinikalla saattaa olla terveystieteen opiskelijoita. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d.b.)

Liitteenä (Liite 1.) oleva opas on tehty Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyönä Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikalle. Oppaassa olevat kuvat ovat toisen tämän oppaan tekijän Heidi Walleniuksen ottamia, ja niitä ei saa jakaa eteenpäin tai käyttää muissa yhteyksissä.

Aloitimme opinnäytetyön kirjoittamisen viitekehyksen luomisella syksyllä 2016, jonka jälkeen jatkoimme työn tekemistä teorian tiedon etsimisellä lähdekritiikkiä apuna käyttäen ja teorian tiedon kirjoittamisella. Kävimme kirjoittamassa marraskuussa Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikan ylihoitajan kanssa yhteistyösopimuksen. Sopimuksessa an-

noimme Kanta-Hämeen keskussairaalalle täydet oikeudet oppaan päivittämiseen ja sisällön muuttamiseen sen valmistumisen ja heille tapahtuneen luovutuksen jälkeen. Sopimuksen allekirjoittamisen jälkeen meillä oli ensimmäinen tapaaminen naistentautien lapsettomuushoitajan ja -lääkärin kanssa, jonka jälkeen yhteistyö heidän kanssa jatkui lähinnä sähköpostin välityksellä.

Opinnäytetyön tiedonhakuun käytettiin seuraavia tietokantoja: Cinahl, Finna, Google Scholar, JBI, Medic ja Terveysportti. Hakusanoina olivat opinnäytetyön avainsanat; lapsettomuus, parisuhde, psyyke, selviytyminen, toivo ja tuki sekä suomeksi että englanniksi. Lisäksi hakusanoina käytettiin erillisiä hakusanoja aina kyseiseen aiheeseen liittyen. Avainsanat toimivat niin sanottuina alkuhakulähteinä.

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on työelämälähtöinen tuotos, jolle on olemassa tilaaja ja tilatulle tuotteelle löytyy selkeä tarve. Toiminnallista opinnäytetyötä kuvataankin työelämän kehittämistyönä, jonka tavoite on auttaa tilaajan henkilökuntaa kehittämään toimintaansa ja miettimään ohjeiden antamistaan. (Virtuaali ammattikorkeakoulu n.d.) Meillä opas oli toiminnallisen opinnäytetyön tuotos.

Toiminnallisen opinnäytetyön sisältö jaetaan kahteen osaan. Toinen näistä osista on toiminnallinen osuus eli itse tuotos, ja toinen osa on opinnäytetyön raportti. Tuotoksen sisällön tulee perustua luotettaviin lähteisiin ja niistä saatuun teoriaan. Koska tuotos sisältää ammattiteoriaa, tulee opinnäytetyön raportin sisältää teoreettisen viitekehyksen. (Virtuaali ammattikorkeakoulu n.d.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tekijän tulee olla motivoitunut, itsekriittinen ja perustella hyvin valintojaan, koska toiminnallisen opinnäytetyön tutkinnallinen osuus on pääsääntöisesti selvitystyötä. Tuotteen toteutuksen tekijä suunnittelee kohderyhmälleen sopivaksi, niin että tuotteessa tulee selkeästi esille sille asetetut tavoitteet. (Virtuaali ammattikorkeakoulu n.d.)

6.2 Millainen on hyvä opas

Oikeanlainen potilasopas on hyvä tuki potilaan hoitoon. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden vastaanottoajat ovat lyhyitä, ja varsinaiselle emotionaalille tuelle ja ohjaukselle ei ole paljoakaan aikaa. Tilanteiden hektisyyden ja nopeasti saadun tiedon sisäistäminen voi olla potilaalle vaikeaa, ja siksi opasta on hyvä lukea kotona rauhallisessa ympäristössä ajan kanssa. Potilaan oppimiseen ja oppaan ymmärtämiseen voivat vaikuttaa useat tekijät. Sairaus tai kriisin vaihe saattavat olla ymmärtämisen esteinä. (Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 30–31.)

Hyvä potilasopas on kirjoitettu suoraan potilaalle ytimekkäässä muodossa, jotta kiinnostavuus lukiessa säilyy. Lähtökohtana on kaksi asiaa: laitoksen tarpeet ohjata potilaita oikein ja antaa potilaille olennaista tietoutta, tarpeet huomioon ottaen. Hyvä opas puhuttelee lukijaansa, otsikot kuvaavat sisältöä ja oppaan ensimmäisen virkkeen pitää kertoa, mistä oppaassa on kysymys. (Torkkola ym. 2002, 34–36; Korpela 2017.) Oppaassamme alku sanat johdattelevat lukijan aiheeseen. Tämän jälkeen tulee sisällysluettelo. Tekstit on pyritty kirjoittamaan selkeästi ja ytimekkäästi.

Opasta tulisi pystyä muokkaamaan ajoittain, jotta se pysyy ajankohtaisena ja luotettavana. Tämän vuoksi annoimme tilaajallemme täydet muokkaus- ja päivitysoikeudet. Etenkin puhelinnumerot, nimet ja jotkin internetosoitteet voivat vaihtua ajoittain. Niiden on tärkeää pysyä ajantasaisina, jotta opas on hyödyllinen, ja antaa sitä mikä sen tarkoitus on. (Korpela 2017.)

Potilasoppaan lajityyppi kuvitellaan tietynlaiseksi. Potilaille suunnatulta oppaalta odotetaan selkeästi kirjoitettua ja ymmärrettävää tekstiä, asiallisia ja tarpeellisia neuvoja. Tämän vuoksi jätimme oppaasta ammattisanaston pois ja keskityimme kolmeen pääkohtaan eli raskaaksi tuleminen ja lapsettomuus, psyykinen hyvinvointi ja parisuhde, ja mistä saa lisätietoja ja vertaistukea. Lajityyppiä voi rikkoa oppaan sisällön tehostamiseksi. (Torkkola ym. 2002, 18; Korpela 2017.)

Potilasoppaan viestinnän vaikutuksia on hyvä miettiä. Opasta suunniteltaessa on ajateltava, kenelle, mihin tarkoitukseen ja millaisella tasolla halutaan vaikuttaa. Onko vaikutus yksilötasosta, vai vaikutetaanko useampiin? Oppaassamme kohderyhmänä ovat lapsettomuushoidoissa käyvät pariskunnat. Myöskin on ajateltava, missä toivotaan muutoksen tapahtuvan, halutaanko muutoksen tapahtuvan tiedoissa, käyttäytymisessä vaiko asenteissa. Kolmas asia oppaan suunnittelemisen ajattelussa on, onko oppaan vaikutus juuri muutosta jossakin asiassa vai jotain täysin muuta. Oppaamme tarkoituksena ei ole muokata mitään, vaan antaa tukea ja neuvoja pariskunnille psyykkisen tuen selviytymiseen. (Torkkola ym. 2002, 19–20.)

Mielenkiintoa oppaan lukemiseen lisää, jos oppaassa on kuvia. Kuvat voivat myös auttaa ymmärtämään opasta paremmin. Kuvissa tulee olla kuvatekstit. Ne auttavat kuvien lukemisessa, kertovat asioita, joita ei heti kuvasta voi nähdä ja nimeävät kuvat. (Torkkola ym. 2002, 40.) Oppaamme kuvien tarkoituksena on tukea tekstiä, antaa lisätietoa, toivoa ja uskoa tulevaan. Kuvien lisäksi oppaassa on Tommy Tabermannin runo lisäämässä kiinnostavuutta.

6.3 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Oppaan suunnitteluun ja sisältöön kysyimme mielipidettä Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikan lääkäriltä ja sairaanhoitajalta, lopullinen suunnittelu ja toteutus olivat kuitenkin tekijöiden valittavissa.

Oppaan työstäminen alkoi yhtä aikaa raportin kirjoittamisen kanssa. Osaston hoitohenkilökunnan toiveena oli positiivinen opas, joka sisältää hiukan teoriaa lapsettomuudesta ja toimii ohjaavana oppaana psyykkisen avun saamiseen.

Oppaan aiheet vaihtuivat ja muokkautuivat työn edetessä, niiden oleellisuuden, teorian tiedon, saatujen palautteiden ja toiveiden myötä. Näiden pohjalta päädyimme kirjoittamaan oppaan sisältöä opinnäytetyön teorian tiedon perusteella. Lisäksi liitimme linkkeinä psyykkistä tukea antavia tahoja ja kirjoitimme joistakin tukea antavista tahoista pienen esittelyn.

Oppaan kannen fontiksi valitsimme Time New Romanin, ja pääotsikon fonttikoko 22 ja alaotsikon 14. Alkusanat ja sisällysluettelon fontin koko on lihavoitu 24, muiden otsikoiden fontti on 20, tekstien 14, paitsi viimeisen sivun tekstit ovat fonttia 11–12, otsikko 20. Oppaassa on kaksi suoraa lainausta, toinen on Tommy Tabermanin runo ja toinen on lainaus Simpukka ry:n sivuilta. Halusimme säilyttää tekstin alkuperäisen sisällön muuttumattomana. Oppaan kirjoituskieleksi päädyimme arkipäiväiseen, lämpimään ja maanläheiseen tyyliin, koska opas on suunnattu suoraan potilaille.

6.4 Oppaan esittely osastolle

Kävimme esittelemässä tekemäämme opasta tilaajallemme eli Kanta-Hämeen Keskussairaalan naistentautien poliklinikan lapsettomuushoitajille aivan työn loppuvaiheessa. Paikalla oli kolme sairaanhoitajaa. Olimme jo aiemmin kysyneet heiltä palautetta meidän teoriaosuuteemme, sekä oppaaseemme. Kerroimme, että olimme tehneet muutokset heiltä saadun palautteen myötä. Nyt esitimme ainoastaan tuotostamme eli opasta. Pyyksimme heitä lukemaan oppaan lävitse ja vertailemaan toteutuiko siinä kaikki toivotut osa-alueet eli positiivisuus, toivoa luova, kevyt luettavuus ja informatiivisuus. Heidän mielestä kaikki nämä osa-alueet täytyivät hyvin.

Pyysimme paikalla olijoilta jo paikan päällä suullista palautetta oppaasta, sekä lähetimme vielä sähköpostilla kirjallisen palautelomakkeen (Liite 2.) heille. Suullisessa palautteessa tuli pieniä muutoksia oppaaseen, lähinnä osoite- ja puhelinnumerotietoihin. Nämä korjasimme heti, ja lähetimme korjatun version heille palautekyselyn yhteydessä, jotta he pystyivät tarkistamaan korjaukset oikeiksi. Kirjallisesta palautteesta nousi esille seuraavia asioita;

- Opas on sopivan pituinen/tiivis
- Kirjoitettu ymmärrettävästi, ei liian tieteellistä tekstiä
- Kiinnostavuutta lisäävät kuvat, piirroksot ja runo
- Ulkoasultaan monipuolinen
- Esitystavassa oli sopivasti asiaa ja lämmin henkisyttä samassa
- Pyydetty korjaukset on aina tehty prosessin edetessä
- Yhteistyö on opiskelijoiden kanssa sujunut hyvin.

- Opinnäytetyö ja opas tulivat hieman viimeingassa katsottavaksi ja kommentoitavaksi
- Oppaan esitys oli vapaamuotoinen, asiat tulivat selviksi.
- ” Hyvä, että tämä aihe oli otettu opinnäytetyön aiheeksi. Lopputuotoksesta- oppaasta on sitten apua tulevina vuosina lapsettomille pariskunnille ja myös meille työntekijöille.”

(Naistentautien poliklinikan henkilökunnalta saatu palautekysely 2017.)

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Mielenkiinto meillä kyseistä aihetta kohtaan nousi sen teoreettisen tiedon pohjalta. Niin lapsettomuushoidot kuin psyykinen hyvinvointi ja selviytyminen ovat kaikki mielenkiintoisia aiheita. Meillä oli halua saada lisätietoutta siihen, miten voimme tukea lapsettomuushoidoissa käyviä pariskuntia niin erikseen kuin yhdessä, mistä he saavat itse sitä tukea. Henkisesti hyvinvoinnista ja sen hoitamisesta, että tukemisesta puhutaan koulutuksessamme mielestämme liian vähän, sillä se on kuitenkin läsnä päivittäisessä työelämässä. Ihmisten kanssa, kun työskennellään, olisi sairaanhoitajien hyvä tietää perusasiat psyykkisestä hyvinvoinnista ja sen tukemisesta. Itse oppaan tekeminen oli meille molemmille uutta, ja sen vuoksi hyvin mielenkiintoista.

Koimme, että työllemme on tarvetta, sillä sairaanhoitajan vastaanottoajat ovat nykyisin hyvin lyhyitä, jonka vuoksi siellä ehditään käydä ainoastaan ne tärkeimmät, ja asiaa koskevat asiat läpi. Psyykinen hyvinvointi jää vähäisemmälle ajan puutteen vuoksi. Noin 70 % lapsettomuus pariskunnista kokeekin tarvitsevänsä jonkinlaista psyykkistä tukea, (Tulppala 2012b.) joka on mielestämme hyvin paljon. Tarve työn idealle tuli käytännön työelämästä.

Pidimme molemmat tästä opinnäytetyöprosessista. Koko prosessi opetti meille molemmille paljon. Opimme tieteellisen kirjoittamisen taitoja, etsimään tietoutta niin sanotusti ammatillisin kriittisin silmin eli olla lähdekriittinen, käyttämään luettua uutta tietoutta oman tiedon perustana, toiminnallisen opinnäytetyön tekemistä (meillä oppaan tekeminen), millaisia lapsettomuushoitoja on olemassa, mitä niistä tehdään Suomessa, miten tukea henkisesti lapsettomuudesta kärsiviä pariskuntia erikseen ja yhdessä, yhteistyötahojen kanssa yhteyden pitämistä, sopimusten allekirjoittamisen, esityksien ja palautteen pyytämisen kanssa tulee olla ajoissa liikkeellä. Lisäksi oppaan ja raportin työstäminen opettivat meille tietoteknisien asioiden käyttämistä.

Yhteydenpito tilaajamme kanssa sujui mielestämme hyvin. Ensimmäisen palautteen saaminen viivästyi vähän turhan pitkäksi kesälomien vuoksi. Tosin olisimme voineet lähettää työn aiemmin heille luettavaksi, niin kenenkään kesälomat eivät olisi tulleet väliin. Yhteistyön apuna käytimme

eniten sähköpostia. Kävimme tapaamassa osaston henkilökuntaa osastolla kasvotusten kaksi kertaa. Saimme tilaajalta hyvin rakentavaa ja kehittävää palautetta, hyviä korjausehdotuksia. Pyrimmekin nämä toteuttamaan mahdollisimman hyvin, heitä kuunnellen periaatteella. Heidän mielestään työn tarkoitus ja tavoite toteutuivat, samoin meidän mielestämme. Heillä oli myös tarvetta kyseiselle oppaalle vähäisen poliklinikan käyntiajan vuoksi.

Opettajamme kanssa yhteistyö sujui meidän mielestä hyvin. Näimme useamman kerran työn edetessä. Saimme kirjallista ja suullista palautetta säännöllisesti. Hän rohkaisi meitä pohtimaan ja tekemään itse työtä koskevia päätöksiä, esimerkiksi muutammeko hänen antamia muutosehdotuksia vai emmekö muuta, kirjoitammeko tästä ja tästä, vai jätämmekö sen välistä, miten rajaamme työtä ja miksi? Kaikkia hänen ehdottamia muutoksia emme kokeneet sellaisiksi, että olisimme lähteneet muokkaamaan vaan rajasimme kokemamme perusteella työtä.

Meidän keskinäinen yhteistyö sujui kokonaisuudessaan hyvin. Jaoimme ajoittain työtä osiin, jolloin molemmille tuli joku asia mistä hakea tietoa työhön ja kirjoittaa löytämästään. Tämän jälkeen toinen kävi niin sanotusti kuittaamassa kirjoituksen, eli hyväksymässä oikeaksi tiedoksi, lisäämällä tarvittaessa tietoutta, jos oli esimerkiksi löytänyt jostakin toisesta lähteestä enemmän. Teimme myös paljon yhdessä opinnäytetyö, tällöin teimme pohdintaa, ratkaisuja ja rajauksia vaativat päätökset. Kasvotusten näkemisen lisäksi yhteistyömme apuvälineenä käytimme OneDrive-tiedostoa, puhelinta ja sähköpostia.

Työn edetessä meidän tuli tehdä työhön rajauksia, pohtia mitkä ovat oleellisia tietoja, mitä jätetään, mitä poistetaan ja mitä lisätään oppaaseen. Kompromissejakin tuli tehtyä, vaikka pääsääntöisesti olimme melko yksimielisiä työstä.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys eli etiikka tutkii oikean ja väärän suhdetta, mikä on elämässä hyvää ja mikä paha, mikä oikein ja mikä väärin. Samanaikaisesti se kuvastaa tutkimalla toiminnan periaatteita, ihmisen luotettavuutta ja oikeudenmukaisuutta. Sairaanhoidajille on valmistettu eettiset ohjeet työn perustaksi eettisiä periaatteita noudattaen. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa on kuusi kohtaa: sairaanhoidajan tehtävä, sairaanhoidaja ja potilas, sairaanhoidajan työ ja ammattitaito, sairaanhoidaja ja työtoverit, sairaanhoidaja ja yhteiskunta sekä sairaanhoidaja ja ammattikunta. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2007, 174–178; Sairaanhoidajat 2014.)

Pyrimme työssämme noudattamaan sairaanhoidajan eettisiä ohjeita. Sairaanhoidajan tehtävä tuli esille kohdassa, jossa käsittelimme sairaanhoidajan antamaa tukea lapsettomuus pariskunnille, että hänen tarvetta tunnis-

taa pariskuntien tuen tarve lyhyellä vastaanottokäynnillä. Opas toimii sairaanhoitajan apuvälineenä, kun hän tarjoaa lisätietoutta tuen tarjoajista. Näin opas toimii samalla sairaanhoitajan ja potilaan yhteistyökontaktissa apuna ja mahdollisten keskustelujen avaajana.

Potilaan näkökulmasta katsoen emme vielä tiedä, kuinka opas heille näytetään ja kuinka se toimii käytännössä ja onko siitä heille apua vai ei. Emme kerää jälkikäteen lapsettomuus pariskunnilta palautetta. Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikan henkilökunta saa oikeuden katsoa oppaan hyödyllisyyden käytännössä. Heiltä saadun palautteen myötä opas on toteutunut hyvin. Keräsimme heiltä kirjallista palautetta suurin piirtein raportin ja oppaan puolivälin paremmalla puolella ja työn loppuvaiheessa oppaasta. Saimme mahdollisuuden kysellä lisätietoja työhön heiltä sähköpostitse.

Palautteen pyytäminen käytännön läheistä työtä tekeviltä työntekijöiltä lisäsi mielestämme työn luotettavuutta. Ohjaava opettajamme antoi oman ammatillisen näkemyksen pohjalta palautetta. Sairaanhoitajan eettisistä ohjeista sairaanhoitaja ja työtoverit- kohta toteutui mielestämme siinä, että opiskelija kollegamme antoivat väliseminaarissa opinnäytetyöstämme suullista, että kirjallista palautetta. Yhteistyö tahojen lisäksi pyysimme meidän tuttuja lukemaan työn, jotta saimme sen ymmärrettävyyteen ja selkokieliisyyteen palautetta.

Olimme lähteiden kanssa ammatti lähdekriittisiä ja sen vuoksi käytimme tiedonhakuun luotettavia tietokantoja. Nämä lueteltu aiemmin raportissamme. Käytimme vuosiin 2004–2017 perustuvia lähteitä pääsääntöisesti, jotta tieto olisi mahdollisimman tuoretta. Työssämme esiintyy Salzerin kirjoittama lähde vuodelta 1991 ja Tulppalan kirjoituksia vuodelta 2002. Nämä ovat työssä sen vuoksi, että heidän tekemiä tutkimuksia ei ole pystytty kumoamaan eli uutta tutkimustietoutta ei ole saatu/löytynyt. Oppaassa esiintyy Tommy Tabermanin runo ja Simpukka ry:n sivuilta otettu teksti pätkä suorina lainauksina niiden oikeanmukaisuuden säilymiseksi. Raportissa on Lakihedelmöityshoidoista suorana lainauksena samaisesta syystä.

7.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehitysideat

Tuotoksemme eli opas lähetetään sähköisessä muodossa yhteistyötohollemme. Tämän he voivat tallentaa omaan tietokantaansa, josta sitä on helppo tulostaa aina tarvittaessa lisää. Heillä on täysi muokkaus-oikeus oppaaseen, jotta he voivat tarpeen tullen päivittää tietoja, esimerkiksi puhelinnumeroita. Opas pysyy näin paremmin ajankohtaisena ja hyödyllisempänä käyttäjä. Toimitamme yhden valmiin version heille mallitulostuskappaleeksi.

Ennen kuin lapsettomuushoitajat saavat jakaa opasta heillä käyville pariskunnille, tulee heidän hyväksyttää opas osaston vastaavalla lääkärillä. Lapsettomuushoitajat pohtivat ääneen oppaan- esittely tilaisuudessa, että jatkaisivat opasta ensikäynnin yhteydessä. Ensikäynnin yhteydessä pariskunnat saavat tieto-oppaan hedelmöityshoidoista, joten opas antaisi heille samalla tietoutta psyykkisestä hyvinvoinnista, mistä saavat lisätietoa ja vertaistukea.

LÄHTEET

Aarnio, K., Autio, S., Jämsä, J., Paavilainen, P & Suomalainen, S. (2017). *Skeema 4 Tunteet, psyykkinen hyvinvointi ja mielenterveys*. Helsinki: Edita

Anttila, L. & Korkeila, J. (2012). Stressi ja lapsettomuus. Potilaan lääkäri-lehti. Haettu 3.2.2017 osoitteesta <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/stressi-ja-lapsettomuus/>

Fertia (2015). Lapsettomuus. Haettu 21.5.2017 osoitteesta <http://www.fertia.fi/fi/tietoa/lapsettomuus>

Fertinova (2013a). Koeputkihedelmöitys, IVF. Haettu 4.4.2017 osoitteesta <https://www.fertinova.fi/fi/Fertinova/Palvelut/Hoitomuodot/Koeputkihedelmöitys-IVF/>

Fertinova (2013b). Lapsettomuus ja parisuhde. Haettu 3.2.2017 osoitteesta <https://www.fertinova.fi/fi/Fertinova/Lapsettomuus/Huolet-ja-tunteet/Lapsettomuuden-vaikutus-parisuhteeseen/>

Fertinova (2013c). Naisen lapsettomuustutkimukset. Haettu 28.5.2017 osoitteesta <https://www.fertinova.fi/fi/Fertinova/Palvelut/Lapsettomuustutkimukset/Naisen-lapsettomuustutkimukset/>

Fertinova (2013d). Psyykkinen hyvinvointi. Haettu 3.2.2017 osoitteesta <https://www.fertinova.fi/fi/Fertinova/Lapsettomuus/Huolet-ja-tunteet/Lapsettomuushoidot/>

Haarakangas, K. (2011). *Voimistava läsnäolo*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C. & Möller, A. (2006). First IVF treatment –short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. Oxford academic. Haettu 13.2.2017 osoitteesta <https://academic.oup.com/humrep/article/21/12/3295/2939146/First-IVF-treatment-short-term-impact-on>

HUS (n.d.). Lapsettomuushoidot. Haettu 15.4.2017 osoitteesta <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot/Sivut/default.aspx>

Hämeenlinnan Kaupunki (2017). Mielenterveyspalvelut. Haettu 4.10.2017 osoitteesta <http://www.hameenlinna.fi/Palvelut/Sosiaalipalvelut/Mielenterveys-ja-henkisen-hyvinvoinnin-palvelut/>

Kanerva, A. & Kuhanen, C. (2014). Erytiskysymyksiä mielenterveyshoitotyössä. Teoksessa A. Stormi (toim.) *Mielenterveyshoitotyö*. Helsinki: Sanna Pro Oy, 236–251.

Kanninen, K & Uusitalo-Arola, L. (2015). *Lyhyt terapeutinen työote*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kanta-Hämeen keskussairaala (n.d.a.). Sairaalasielunhoito. Haettu 6.10.2017 osoitteesta <https://www.khshp.fi/meille-hoitoon/sairaala-sielunhoito/>

Kanta-Hämeen keskussairaala (n.d.b.). Synnytys ja naistentautien yksikkö. Haettu 4.5.2017 osoitteesta <http://www.khshp.fi/fi/palvelut/synnytys-ja-naistentautien-yksikko>

Kiuru, K & Oksanen, K. (2016). *Toiveena lapsi –opas lapsettomuudesta maahanmuuttajille*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Haettu 15.4.2017 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201702092226>

Korpela (2017). Kirjoita asiaa. Arkisen asiakirjoittamisen opas. Luku 7 ohjeita eri kirjoitustilanteisiin: Ohjeen kirjoittaminen. Haettu 4.10.2017 osoitteesta <http://jkorpe.fi/kirj/all.html>

Koskimies, A. (2004). *Hedelmällinen rakkaus*. Helsinki: Tammi.

Kuivasaari-Pirinen, P. (2013). *The Pathway from Infertility to Motherhood through Assisted Reproductive Technology (ART)*. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences number 159. Haettu 17.10.2017 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1065-3>

Käpy lapsikuolemaperheet ry (n.d.). Vertaistuesta. Haettu 23.5.2017 osoitteesta <http://kapy.fi/surevalle/kapy-ryn-vertaistuki/>

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Sivén, T. & Välimäki, P. 2007. *Opi ja Ohjaa- sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY.

Laki hedelmöityshoidoista 2006/1237. Haettu 3.2.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>

Miettinen, A. (2015). Miksi syntyvyys laskee? Väestöliiton perhebarometri. Haettu 21.8.2017 osoitteesta https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/4801c3ab26bfd2390e4e14f6bb90236e/1503305641/application/pdf/4876090/Perhebarometri2015_netti.pdf

MSD (n.d.). *Yhtä matkaa*. Opas hedelmällisyydestä ja tahattomasta lapsettomuudesta.

Naistentautien poliklinikan henkilökunnalta saamamme informaatio (2017). Henkilökunnan kommentit opinnäytetyöraportin muokkausversioon.

Naistentautien poliklinikan henkilökunnalta saatu palautekysely (2017).

Parempaa Elämää (n.d.). Lapsettomuustutkimukset. Haettu 4.10.2017 osoitteesta <https://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/lapsettomuus-tutkimukset>

Parempaa elämää (2016a). Hedelmällisyys. Haettu 15.5.2017 osoitteesta <https://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/hedelmallisyys?gclid=CMKy7Lbe8tMCFda4GwodhOsCVw>

Parempaa elämää (2016b). Lapsettomuus -parin yhteinen ongelma. Haettu 3.2.2017 osoitteesta <http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/sina-ja-hedelmoityshoidot>

Parempaa elämää (2016c). Mikroinjektio eli ICSI (intracytoplasmic sperm injektion) hoidot. Haettu 29.5.2017 osoitteesta <https://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/hedelmoityshoidot/mikroinjektio-eli-icsi>

Portin, T. (2017). Sairaalasielunhoito, saattohoitonäkökulma ja yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa. Profiloivat opinnot kevät 2017 kaikille pakolliset luennot 26.1.2017, Hämeen ammattikorkeakoulu.

Pruukki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. (2015). *Toisenlainen tie*. Helsinki: kirjapaja.

Punainen risti (n.d.). Henkinen tuki. Haettu 23.5.2017 osoitteesta <https://www.punainenristi.fi/tutustu-punaiseen-ristiin/tyomme-maailmalla/avun-muodot/terveystyo/henkinen-tuki>

Rauni, E. & Ylä-Juttila, J. (2012). *Tahattomasti lapsettomien henkisen tuen tarve*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Haettu 20.6.2017 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012082313238>

Sairaanhoitajat (2014). Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Haettu 17.10.2017 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillisen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salzer, L. (1991). *Lapsettomuus kriisinä*. Helsinki: Otava.

Seppälä, T. (n.d.). Klomifeeni. Dopinglinkki. Haettu 11.9.2017 osoitteesta <http://dopinglinkki.fi/doping/dopingaineet/klomifeeni>

Simpukka-yhdistys (2013). Kriisit ja haasteet. Haettu 30.9.2017 osoitteesta <http://www.simpukka.info/kriisit-ja-haasteet/>

Simpukka (n.d.a). Lapsettomien yhdistys Simpukka ry. Haettu 6.2.2017 osoitteesta <http://www.simpukka.info/yhdistyksesta/>

Simpukka (n.d.b). Lapsettomuus parisuhteessa. Haettu 6.2.2017 osoitteesta <http://www.simpukka.info/lapsettomuus-parisuhteessa-2/>

Suomen evankelisluterilainen kirkko (n.d.). Ihmissuhteet. Apua ja tukea. Haettu 4.10.2017 osoitteesta <https://evl.fi/apua-ja-tukea/ihmissuhteet>

Suomisanakirja (2017). Sivistyssanakirja. Haettu 7.2.2017 osoitteesta <http://www.suomisanakirja.fi/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2016). Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Tahaton lapsettomuus. Haettu 8.9.2016 osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/tahaton-lapsettomuus>

THL–Tilastoraportti (2017). Hedelmöityshoidot 2015–2016. *Tilastoraportti* 9/2017. Haettu 4.10.2017 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201704136108>

Tiitinen, A. (2015a). Lapsettomuuden lääketieteelliset syyt ja hedelmällisyshoidot. Teoksessa H. Pruuki, R. Tiihonen & M. Tuominen (toim.) *Toisenlainen tie*. Helsinki: Kirjapaja, 116–135.

Tiitinen, A. (2015b). Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim. 21.10.2015. Haettu 8.9.2016 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151

Tiitinen, A. (2016a). Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Viimeisin muutos 28.6.2016. Haettu 17.10.2017 osoitteesta <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/ltk/koti>

Tiitinen, A. (2016b). Lapsettomuushoito. Lääkärikirja Duodecim 16.10.2016. Haettu 11.9.2017 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732

Tiitinen, A. (2017). Raskaus ja infektiot. Lääkärikirja Duodecim 12.10.2017. Artikkelin tunnus: dlk01138 (016.046). Haettu 17.10.2017 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01138

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. (2002). Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi.

Tulppala, M. (2002). Lapsettomuuden tuska. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 5/2002. Haettu 15.4.2017 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00094

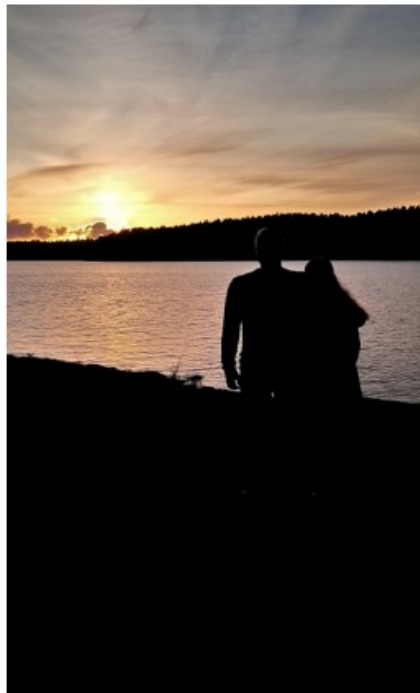
Tulppala, M. (2007). *Kun vauva viipyy –lapsettomuuden tutkimus ja hoito*. Väestöliitto. Helsinki: Topnova.

- Tulppala, M. (2012a). Lapsettomuus ja parisuhde. *Potilaan lääkirilehti*. Haettu 3.2.2017 osoitteesta <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/lapsettomuus-ja-parisuhde/>
- Tulppala, M. (2012b). Lapsettomuus ja parisuhde. *Suomen lääkirilehti* 26–31/2012 vsk 67. Haettu 4.10.2017 osoitteesta https://www.parempiavioliitto.fi/artikkelit/LAPSETTOMUUS_SLL26_312012_2086.pdf
- Turpeinen, A-K. (2016). Psykoterapia ja lyhytterapia – Mitä ne tarkoittavat? Mielipalvelut oy. Haettu 3.10.2017 osoitteesta <http://www.mielipalvelut.fi/artikkelit/psykoterapia-lyhytterapia-mita-tarkoittavat/>
- Virtuaali ammattikorkeakoulu (n.d.). Monimuotoinen/ toiminnallinen opinnäytetyö. Haettu 16.5.2017 osoitteesta <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>
- Väestöliitto (n.d.). Tahaton lapsettomuus. Haettu 21.5.2017 osoitteesta <http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/perhehaaveet/tutkijalta/tahaton-lapsettomuus/>
- Väestöliitto lapsettomuusklonikka (n.d.). Lapsettomuushoidot. Haettu 23.8.2017 osoitteesta <https://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklonikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/>
- Väestöliitto lapsettomuusklonikka (2017a). Hedelmöityshoidot. Haettu 29.5.2017 osoitteesta <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklonikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmöityshoidot/>
- Väestöliitto lapsettomuusklonikka (2017b). Mistä lapsettomuus johtuu? Haettu 21.5.2017 osoitteesta <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklonikka/tietoa-lapsettomuudesta/>
- Väestöliitto lapsettomuusklonikka (2017c). Pakastetun ja sulatetun alkion siirto eli PAS/FET. Haettu 29.5.2017 osoitteesta <https://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklonikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmöityshoidot/pakastetun-alkion-siirto-eli-pas/>
- Väestöliitto lapsettomuusklonikka (2017d). Tukea ja neuvontaa lapsettomuushoitosten yhteydessä. Haettu 23.5.2017 osoitteesta <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklonikka/tukea-ja-neuvontaa/>

YHDESSÄ UNELMASTA TOTTA-
OPAS PSYKKISESTÄ HYVINVOINNISTA LAPSETTOMUUSHOIDOISSA OLEVILLE
PARISKUNNILLE

Yhdessä unelmasta totta

Opas psyykkisestä hyvinvoinnista
lapsettomuushoidoissa oleville pariskunnille



Alkusanat

Hyvä lapsettomuushoidoissa käyvä pariskunta

Joskus raskaus ei toiveista huolimatta ala luonnollisesti ja sen alkuun saattamiseen tarvitaan ulkopuolisten apua. On aivan normaalia ja sallittua tuntea tällöin monenlaisia tunteita, esimerkiksi pettymystä, epäonnistumista, pelkoa, surua ja toivoa. Kaikki eivät kuitenkaan koe tietoa ja päätöstä hoitojen aloittamisesta samalla tavalla, ja myös puolisoiden välillä on eroja. Onkin tärkeää saada apua yksilöllisesti. On tärkeää, että pystytte tiedostamaan omat tunteenne ja voimavaranne sekä pystytte puhumaan niistä jonkun kanssa.

Pariskuntana on hyvä muistaa, että olette molemmat saaneet tietää lapsettomuudestanne ja jaatte tilanteen yhdessä. Te ette välttämättä näytä tilanteen herättämiä tunteita samalla tavalla, mutta antakaa toisillenne tukea ja turvaa.

Sisältö



Raskaaksi tuleminen ja lapsettomuus

Psyykinen hyvinvointi ja parisuhde

Mistä saan lisätietoa ja vertaistukea?

Lähteet

Minne, minne kysyin,
tyhmä kun olin
Yhdessä, sinä vastasit,
viisas kun olet
yhdessä on se paikka
jossa jokainen on
kokonaan minä,
myös sinä olet sinä
Keskeltä sydäntään
ei kenenkään
tarvitse purkaa muureja
eikä muureja
sydämeensä pystyttää
Sinne me veimme toisemme,
siellä me elämme ja olemme
Tommy Tabermann

 Onnea tulevaan 

Raskaaksi tuleminen ja lapsettomuus

Raskaaksi tulemiseen on monta tietä. Jokainen valinta on yhtä arvokas ja tärkeä. Spontaanisti alkavan raskauden mahdollisuus on kuukaudessa vain 20—25 %. Säännöllisesti vuoden aikana lasta yrittävistä hedelmällisistä pareista raskaaksi tulee 80—90 %.

Suomessa lapsettomuusdiagnoosin saa yli 3000 pariskuntaa vuodessa, ja suurimmalle osalle heistä on tarjolla tehokkaita hoitomahdollisuuksia.

Lapsettomuus johtuu noin 25 % naisesta johtuvista syistä, noin 25 % miehestä johtuvista syistä, noin 25 % molemmista johtuvista syistä ja lopuissa noin 25 %:ssa syy jää epäselväksi tutkimuksista huolimatta.

Lapsettomuuden aiheuttamien ajatusten käsittelyssä ja miettimisessä on pariskunnan hyvä ensiksi pohtia erikseen, mitä toivon muilta. Tulisi siis ensiksi ajatella itseään ja miettiä, miten minä koen lapsettomuuden ja itseni. Tämän jälkeen pystytte paremmin työskentelemään ajatuksienne kanssa, kuinka toivon/toivomme muiden kohtaavan minut/meidät.

Psyykkinen hyvinvointi ja parisuhde

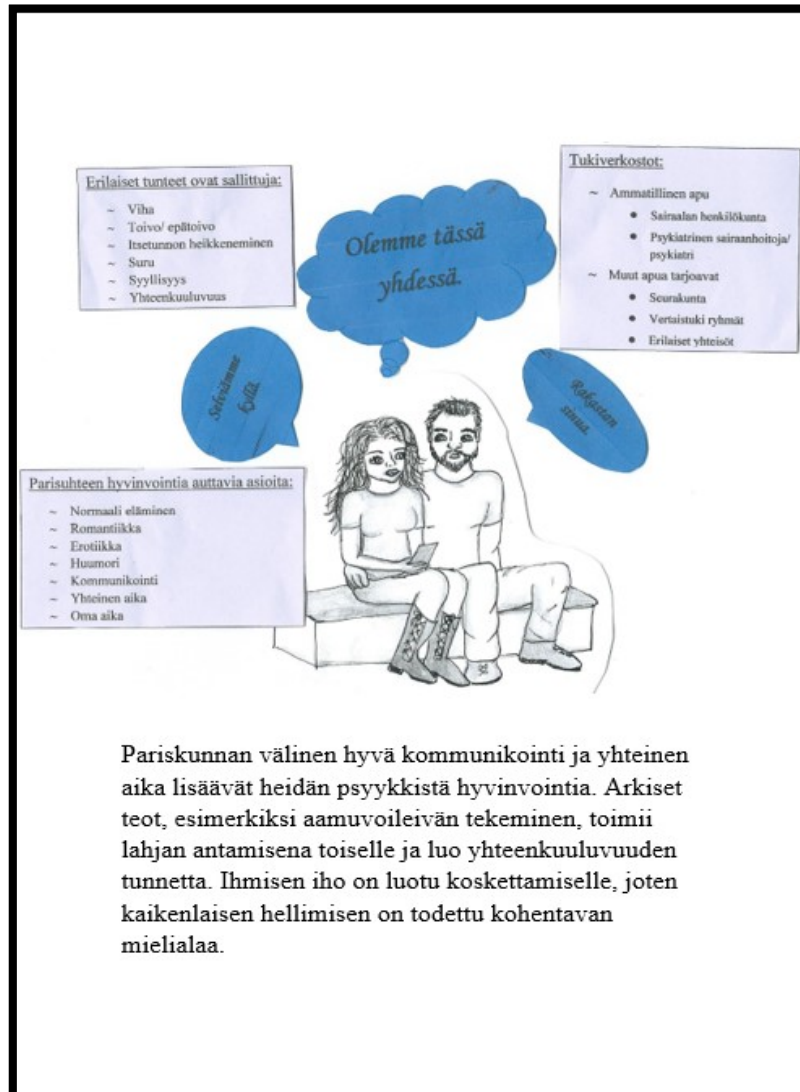


Lapsettomuus on elämää koetteleva kriisi, mutta sen voi kokea monella tavalla. Se vaikuttaa aina parisuhteeseen. Vain harva pariskunta eroaa lapsettomuuden takia.

Lapsettomuuden tuomasta psyykkisestä taakasta selviäminen helpottuu, kun pariskunnat ovat avoimia toisilleen ja keskustelevat vaikeistakin asioista.

"Oma puoliso onkin valtaosalle lapsettomista tärkein tukija lapsettomuuden eri vaiheissa. Hyvä parisuhde on tärkeä niille, jotka lopulta saavat lapsia, sillä se antaa pohjan myös lasten hyvinvoinnille. Erityisen tärkeä vahva parisuhde on kaksin elämiseen päätyville pariskunnille."

Simpukka ry



Pariskunnan välinen hyvä kommunikointi ja yhteinen aika lisäävät heidän psyykkistä hyvinvointia. Arkiset teot, esimerkiksi aamuvoileivän tekeminen, toimii lahjan antamisena toiselle ja luo yhteenkuuluvuuden tunnetta. Ihmisen iho on luotu koskettamiselle, joten kaikenlaisen hellimisen on todettu kohentavan mielialaa.

Mistä saamme lisätietoa ja vertaistukea?

www.simpukka.info

Simpukka ry on tahattomasti lapsettomiin yhdistys, joka pyrkii lisäämään ihmisten tietoisuutta lapsettomuudesta, valvoo lapsettomiin ja lapsettomuutta epäilevien etuja sekä edistää lapsettomuudesta kärsivien hyvinvointia. Se on ainoa Suomessa toimiva tahattomasti lapsettomiin kokemuksellinen asiantuntijaorganisaatio.

www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus

Parempaa elämää -internetsivu on lapsettomuushoitoja suunnitteleville ja käyville. Osoitteessa kerrotaan, mistä tahattomassa lapsettomuudessa on kysymys ja miten sitä voidaan hoitaa. Sivusto sisältää oppaita ja videoita.

www.kapy.fi

Lapsikuolemaperheet ry eli Käpy tarjoaa tukea ja vertaistukea lapsen kuoleman aiheuttamaan suruun.

Muita lähteitä, joista saat lisätietoa:

[www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa parisuhteesta/
parisuhteen kriisit/lapsettomuudesta](http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhteen_kriisit/lapsettomuudesta)

www.fertinova.fi

Kirja: Pruukki, H. Tiihonen, R. & Tuominen, M. (2015). Toisenlainen tie-Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen.

Muut tukea antavat tahot:

- Kanta-Hämeen keskussairaala:
 - Naistentautien poliklinikka/
lapsettomuushoitaja p. 03 629 3526,
soittoaika ma, ke ja pe klo 8.15–9.00
 - Psykiatrinen sairaanhoitaja →
vastaanotolle naistentautien poliklinikalta
saadun lähetteen kautta
 - Sairaalasielunhoitaja Jukka Lehto
p. 03 629 4177/ 040 804 9328
 - Sairaalateologi Tuula Portin
p. 03 629 2226/ 040 8049329,
tuula.portin@khshp.fi

- Hämeenlinnan terveysasemien (Viipurintie, Jukola ja Idänpää) psykiatrisen sairaanhoitaja p. 03 621 9361, puhelinaika ma–pe klo 8.15–9.45. Ajanvaraus oman terveysaseman kautta ma–pe klo 11–12.
- Hämeenlinnan psykologipalvelut → vastaanotolle ajanvarauksella omalääkärin tai psykiatrisen sairaanhoitajan ohjaamana. Psykologi p. 03 621 5078/ 03 621 5098, puhelinaika ma–pe klo 11.30– 12.00
- Seurakunnat
 - www.evl.fi/perheneuvonta → Kirkon perheneuvonnan yhteystiedot

Tämän oppaan ovat tehneet Heidi Ruohonen ja Heidi Wallenius. Yhdessä unelmasta totta – opas psyykkisestä hyvinvoinnista lapsettomuushoidoissa oleville pariskunnille on tuotettu Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön opinnäytetyönä Kanta-Hämeen keskussairaalan naistentautien poliklinikalle. Opinnäytetyö on luettavissa www.theseus.fi -sivuilla oppaan nimellä. Kanta-Hämeen keskussairaalla on täydet oikeudet oppaan päivittämiseen ja muokkaamiseen.

Oppaassa olevat kuvat ja piirustus: Heidi Wallenius. Niitä ei saa käyttää missään muualla.

Lähteet

- Fertinova (2013a). Naisen lapsettomuustutkimukset.
- Fertinova (2013b). Psyykinen hyvinvointi.
- MSD (n.d.). Hedelmällisyys. Parempaa elämää. Opasvihkonen.
- Parempaa Elämää (2016). Lapsettomuus parin yhteinen ongelma.
- Parempaa Elämää (n.d.). Lapsettomuustutkimukset.
- Pruukki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. (2015). *Toisenlainen tie- Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen*. Helsinki: Kirjapaja.
- Simpukka (n.d.). Lapsettomuus parisuhteessa.
- Tommy Tabermann runot. (n.d.).
- Tulppala, M. (2002). Lapsettomuuden tuska. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 5/2002.
- Väestöliitto Lapsettomuuslinikka (2017). Hedelmöityshoidot.

PALAUTELOMAKE

4.10.2017

Palautelomake opinnäytetyöstämme
KSHH naistentautien poliklinikan henkilökunnalle

1. Miltä opas vaikutti kokonaisuudessaan? (luettavuus, ymmärrettävyys, selkeys, havainnointi jne.) Voit kertoa omin sanoin.
2. Mitä jäit kaipaamaan oppaassa? Mitä olisit lisännyt siihen?
3. Mikä oli hyvää oppaassa?
4. Kehittämissideolta oppaaseen jatkoa varten?

4.10.2017

5. Miten mielestäsi yhteistyömme sujui keskenään? Otimmeko kommenttinne/palautteenne huomioon?

6. Esityksestämme, millainen se oli?

7. Vapaa sana! ☺