

Elina Rauni & Jasmina Ylä-Jussila

**Tahattomasti lapsettomien henkisen tuen tarve**

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2012

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Elina Rauni ja Jasmina Ylä-Jussila

Tahattomasti lapsettomien henkisen tuen tarve – Kirjallisuuskatsaus

Ohjaajat: Marjut Nummela, lehtori, HVL ja Tiina Mäki-Kojola, lehtori, TtM

Vuosi: Kevät 2012

Sivumäärä: 43

Liitteiden lukumäärä: 2

---

Kirjallisuuskatsauksena tehty opinnäytetyö tuotettiin yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan naistentautien poliklinikan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata lapsettomuushoidoissa käyvien parien tarvitsemaa henkistä tukea. Aihetta tutkittiin tahattomasti lapsettomien näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat: Mitä tahaton lapsettomuus koetaan ja millaista henkistä tukea potilaat tarvitsevat lapsettomuushoitajien aikana? Työn tavoite oli kehittää lapsettomuushoitajien parissa työskentelevien antamaa henkistä tukea hoitotyössä. On tärkeää, että tahattomasti lapsettomien parissa työskentelevät tunnistavat henkisen tuen tarpeen, jotta tahattomasti lapsettomat saavat tarvitsemaansa tukea.

Aineistolähtöiseen sisällön analyysiin tehtyyn tarkasteluun valikoitui 9 tutkimusta, vuosilta 1990–2012. Tulokset osoittivat, että tärkeitä hoitotyön auttamismenetelmiä on, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi aikaa kohdata lapseton pari ja paneutua yksilöllisesti heidän tilanteeseensa. Kuulumisten kysyminen, parisuhteen toimiminen sekä jaksamisen varmistaminen, toivon antaminen ja rohkaiseminen ovat tärkeitä lapsettomuuden parissa työskentelevien sairaanhoitajien työssä. Tärkeää on myös, että sairaanhoitajalla itsellään on halua antaa henkistä tukea potilaalle ja että hän ymmärtää sen olevan tärkeä osa lapsettomuuden hoitoa.

Jatkotutkimushaasteena esitetään tähän aiheeseen sekä kaikenlaisen muun henkiseen tukeen ja lapsettomuuteen sekä lapsettomuushoitoihin liittyvän tutkimuksen.

Avainsanat: hedelmättömyys, hedelmöityshoidot, henkinen tuki, lapsettomuus, lapsettomuus ja kriisi

## SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Programme: Degree Programme in Nursing

Specialization: Bachelor Program in Nursing

Authors: Elina Rauni and Jasmina Ylä-Jussila

Title: Mental Support in Involuntary Childlessness - A Literature Review

Supervisors: Marjut Nummela, Senior Lecturer, LicNSc and Tiina Mäki-Kojola, Senior Lecturer, MNSc

Year: Spring 2012

Number of pages: 43

Number of appendices: 2

---

This thesis was produced in co-operation with the outpatient clinic of gynecology in Seinäjoki Central Hospital. The thesis was carried out as a literature review. The aim of this thesis was to describe the mental support needed by the couples undergoing infertility treatment. The subject was studied from the clients' point of view. The questions of the study were: How does it feel to suffer from involuntary childlessness? What kind of mental support do couples need during infertility treatments?

The aim of this thesis was to develop the mental support provided by the people working with childless couples. It is highly important that people working with childless couples recognize the need of mental support, so that involuntary childless couples can get the support they need.

We chose nine studies carried out between 1992 and 2012 and used material based statistical analysis as a method. The results revealed that important helping methods in nursing are that the nursing staff has enough time to face the childless couple and delve thoroughly into their situation. Showing an interest in the couple's daily life and their relationship, making sure they can cope with the situation, giving them hope and encouragement are important issues concerning nurses working with childless couples. It is also essential that the nurse wants to provide mental support to the patient and understands this is a meaningful part in treating childlessness.

The challenges for further research are, among others, studying such a subject and providing all kinds of mental support concerning infertility and childlessness treatments.

Keywords: infertility, fertility treatments, mental support, nursing, childlessness, childlessness and crisis

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO .....	6
2 TAHATON LAPSETTOMUUS .....	7
2.1 Naisen lapsettomuus .....	7
2.2 Miehen lapsettomuus.....	8
2.3 Lapsettomuustutkimukset .....	9
2.4 Lapsettomuushoidot.....	11
2.5 Hoitojen tulokset .....	13
3 TAHATTOMASTI LAPSETTOMIEN TUKEMINEN.....	15
3.1 Lapsettomuuden aiheuttamat tunteet.....	15
3.2 Lapsettomuuden kriisi .....	16
3.3 Sairaanhoidaja tuen antajana .....	16
3.4 Läheisten tuki.....	17
3.5 Kokemuksia saadusta tuesta .....	18
3.6 Tunteiden käsittely .....	19
4 TAHATTOMASTI LAPSETTOMIEN PARIEN OHJAUS.....	21
4.1 Luottamuksellinen ohjaussuhde.....	21
4.2 Ohjaus elämänmuutoksessa.....	22
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS .....	23
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS .....	24
6.1 Kirjallisuuskatsaus työmenetelmänä .....	24
6.2 Tutkimusaineiston keruu .....	25
6.3 Tutkimusaineiston analyysi .....	28
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	29
7.1 Tahattoman lapsettomuuden kokeminen .....	29
7.2 Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien henkinen tukeminen .....	31

8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	35
9 POHDINTA .....	38
9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	39
9.2 Jatkotutkimushaasteet .....	41
LÄHTEET .....	43
LIITTEET	
Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit	
Liite 2. Esimerkki aineistolähtöisestä analyysistä	

## 1 JOHDANTO

Sairaanhoitaja voi kohdata lapsettomuudesta kärsiviä pareja paitsi naistentautien vastualueella erikoissairaanhoidossa, myös kaikilla muilla erikoisaloilla ja perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitajalla tulee olla valmiudet käsitellä potilaiden pettymyksen tunteita, pelkoa ja samalla antaa toivoa ja uskoa tulevaan. Lapsettomuuden hoidon tulisikin olla kokonaisvaltaista, sillä usein keskitytään pelkästään asian lääketieteelliseen puoleen. Ottamalla huomioon myös psykologinen lähestymistapa, on todettu voitavan auttaa selittämättömästä lapsettomuudesta kärsiviä pareja stressin vaikuttaessa elimistön toimintaan. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4118.)

Tahaton lapsettomuus voi osua jokaisen meistä kohdalle jossain vaiheessa elämää. Vaikka lapsettomuus ei koskettaisi itseä, niin se voi osua jonkun läheisen tai sukulaisen kohdalle, joka kaipaa tukea ja kuuntelua. Tulevina sairaanhoitajina tulemme varmasti työssämme kohtaamaan tahattomasti lapsettomia pareja ja kummekin, että aiheemme on ajankohtainen ja tärkeä. Tulevaisuudessa tahattomasti lapsettomien määrän arvioidaan nousevan jopa neljään pariin kymmenestä. Todellisen määrän arviointia hankaloittaa se, että aihe on niin vaikea ja todellisia tunteita ei välttämättä paljasteta. (Tapio 2010, 166.)

Opinnäytetyössämme käsittelemme sitä, millaista tukea tahattomasti lapsettomat kokevat tarvitsevansa. Yhteistyötahonamme toimii Seinäjoen keskussairaalan naistentautien poliklinikka. Tuotoksemme on tarkoitus toimia materiaalina paitsi lapsettomuushoitajien parissa työskenteleville, myös kaikille muille hoitotyöhön osallistuville, jotka kohtaavat työelämässään tai vapaa-aikanaan lapsettomuushoidossa olevia.

Opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus, minkä tarkoitus on kuvata tahattomasti lapsettomien henkisen tuen tarvetta. Aihetta tutkimme tahattomasti lapsettomien näkökulmasta.

## 2 TAHATON LAPSETTOMUUS

Tahattomasta lapsettomuudesta aletaan puhua, kun pari ei ole saanut raskautta alulle vuoden yrittämisen jälkeen. Lapsettomuus on primaaria, mikäli naisella ei ole aikaisempia raskauksia ja muussa tapauksessa sekundaarista. (Eskola & Hytönen 2002, 310.)

### 2.1 Naisen lapsettomuus

Kolmanneksella hoitoon hakeutuvista naisista on munasolun irtoamishäiriöitä, jonka oireina ovat epäsäännölliset tai puuttuvat kuukautiset. Syynä on usein aivo-lisäkehormonien vajaaeritys (FSH, LH), joka voi johtua laihdutuksesta, ylipainosta, alipainosta, stressistä tai syömishäiriöistä. Monirakkulaiset munasarjat, kilpirauhasen vajaatoiminta ja prolaktiinin liikaeritys aiheuttavat munasolun irtoamattomuutta. (Eskola & Hytönen 2002, 311.)

Lapsettomuutta aiheuttavat myös munanjohdinvauriot, joissa munanjohtimia ympäröivät kiinnikkeet estävät munasolun kulkua munanjohtimessa ja munanjohtimet voivat tukkeutua kokonaan. Tulehduksellinen jälkitila, endometrioosi ja lantion alueen leikkaukset voivat aiheuttaa edellä mainittuja munajohtimen tukoksia. Kohduntelontalon sisällä kasvavat myoomat ja kohdun limakalvon polyypit voivat haitata raskaaksi tulemistä, sekä kohdun sisälle muodostuneet kiinnikkeet. Ne ovat kuitenkin harvinaisempia lapsettomuuden syitä. (Tiitinen 2011.)

Seksuaalielämän häiriöt voivat joskus olla lapsettomuuden syynä. Emätinkouristus eli vaginismi voi estää yhdynnät ja jos yhdyntöjä on vähemmän kuin kerran viikossa, raskauden alkamisen mahdollisuus heikkenee. (Eskola & Hytönen 2002, 313.)

## 2.2 Miehen lapsettomuus

Miehen hedelmällisyys tutkitaan usein ensin, koska se vie vähemmän aikaa ja on helpompaa (Miehen hedelmättömyys, [viitattu 24.1.2012]). Miehestä mahdollisesti johtuvaa lapsettomuutta tutkitaan usein sperma-analyysin avulla. Muita miehelle tehtäviä tutkimuksia ovat sukupuolielinten kliininen tutkimus, siittiövasta-ainetutkimukset, kivesten ja eturauhasen ultraäänitutkimus, hormonimääritykset, bakteeri- ja virusnäytteet, kivesbiopsia ja kromosomimääritys sekä geenivirheiden tutkiminen verikokeesta. Heikentynyt sperman laatu voi johtua kiveslaskimon suonikohjuista (varicocele testis) tai sukupuolielinten tulehduksista. Myös hormonihäiriöt, piilokiveksisyys (retentio testis), sikotaudin jälkitila ja siittiövasta-aineiden muodostuminen vaikeuttavat hedelmöitymistä. (Eskola & Hytönen 2002, 310-313.)

Sukupuolielimissä voi olla myös rakenteellisia häiriöitä, kuten tukokset lisäkiveksissä tai siemenjohtimissa. Siittiöitä voidaan pyrkiä saamaan käytettäväksi mikrokirurgisella leikkauksella. Siittiöiden synnynnäiset kehityshäiriöt ja rakennepoikkeavuudet voivat aiheuttaa lapsettomuutta. Myös lääkkeet, myrkylliset aineet, anaboliset steroidit, solunsalpaajahoidot, sädehoidot, raskasmetallit, torjunta-aineet ja liuottimet, alkoholi, tupakka ja salatsopyriini (käytetään haavaisen paksusuolen tulehduksen hoidossa) voivat estää siittiönmuodostuksen tai häiritä siittiöiden toimintaa. (Eskola & Hytönen 2002, 313-314.)

Selkäydinvaurio, lantionalueen leikkausten jälkitilat, MS-tauti ja diabetes voivat aiheuttaa häiriöitä siemensyöksyihin. Keinosiemennystä varten siittiöitä voidaan kuitenkin saada muun muassa itsetyydytyksen ja mikrokirurgisen leikkauksen avulla. Joskus miehen hedelmättömyyden syy jää epäselväksi ja puhutaankin tuntemattomasta syystä johtuvasta heikkospermaisuudesta. (Eskola & Hytönen 2002, 314.)



### 2.3 Lapsettomuustutkimukset

Lapsettomuustutkimukset aloitetaan, kun lapsettomuus on kestänyt yli vuoden ja tutkimukset suunnitellaan parin esitietojen perusteella yksilöllisesti (Ylikorkala & Kauppila 2004, 181; Tulppala 2007, 13). Tutkimukset voidaan aloittaa jo aiemmin, jos naisen kuukautiskierrot ovat epäsäännölliset, kuukautiset ovat lakanneet kokonaan tai nainen on yli 35-vuotias. Kovat vatsakivut ja lantion alueen tulehdukset sekä muut gynekologiset vaivat ovat myös syitä tutkimusten aikaistamiseksi. Miehen siemennestetutkimus kannattaa suorittaa jo varhain, jos miehellä on ollut hedelmällisyyttä huonontavia sairauksia. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 181.) Lapsettomuus on aina parin yhteinen ongelma ja myös sen selvittelyn tulisi tapahtua yhteisesti. Molempien kanssa tulisi käydä läpi terveydentilaa, elintapoja, elämäntilannetta ja kysymyksiä, jotka askarruttavat mieltä. (Tulppala 2007, 13.) Tärkeää on myös selvittää, kuinka kauan lasta on yritetty, milloin ehkäisy on lopetettu ja kuinka usein pari on yhdynnässä. Myös aikaisempien suhteiden raskausyritykset on syytä selvittää. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 181.)

Perustutkimuksina naiselle tehdään kohdun ja munasarjojen ultraäänitutkimus, jossa selvitetään niiden rakenne ja koko, kohdun limakalvon säännöllisyys ja paksuus sekä todetaan mahdolliset myoomat. Papa-näyte otetaan ja rinnat tunnustellaan. Painoindeksin tarkastaminen on myös olennaista. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 181-182.) Viikko ennen kuukautisten alkua naiselta otetaan kelta-ruuhashormoni-verikoe, joka määrittää munasolun irtoamisen (Tulppala 2007, 13). Ennen naisen laajempia tutkimuksia miehelle tehdään siemennesteanalyysi (Ylikorkala & Kauppila 2004, 181-182).

**Hormonitutkimukset.** Ultraäänitutkimuksella, joka tehdään muutaman päivän välein, varmistetaan munarakkulan kehitys. Erityisesti johtomunarakkulan kehityksestä halutaan tarkkaa tietoa. Munarakkula kasvaa normaalisti 1,5-2,5 millimetriä vuorokaudessa ja preovulatorisen munarakkulan koko on noin 16 ja 25 millimetrin välillä. Munarakkulan kehitystä seurataan myös endometriumien paksuutta arvioi-

malla ja normaalisti endometriumin kaikurakenteen kuuluu muuttua ja paksuuntua. Endometriumin kypsyminen vaatii normaalia keltarauhasen toimintaa ja siksi perustutkimukseen kuuluva keltarauhashormoni-verikoe on tarpeellinen. Keltarauhasen tulisi erittää estrogeeneja ja progesteronia ja endometriumin histologisella tutkimuksella voidaankin selvittää reagoiko endometrium normaalisti näihin hormoneihin. Tämä tutkimus on ajankohtainen kuitenkin vain silloin, kun naisella esiintyy tiputteluvuotoa kuukautisten välillä. Muita hormonitutkimuksia ovat kilpirauhasen toiminnan ja prolaktiinitason sekä gonadotropiinitason määrittäminen. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 182-183.)

**Synnyttelinten rakenteen tutkiminen.** Munanjohtimet ja kohtuontelo tutkitaan ultraäänitutkimuksen yhteydessä tehtävällä keittosuolaruiskutuksella (Tulppala 2007, 13). Munanjohtimien läpi kulkee tavallisesti pieniä ilmakuplia, kun ne ovat avoimet. Kohtuontelon säännöllisyys, munasarjojen rakenne ja sijainti munajohtimiin ja kohtuun nähden saadaan myös selville tutkimuksessa. Lapsettomuustutkimukseen kuuluu myös laparoskopia, jossa kohdun kaulakanavan kautta ruiskutetaan väriainetta munajohtimiin. Munajohtimien ollessa avoimet, väriaine kulkeutuu munajohtimien kautta vatsaonteloon. Laparoskopiassa voidaan myös todeta munajohdinta ympäröivät kiinniikkeet, jotka huonontavat sen toimintaa. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 182.)

**Miehen tutkiminen.** Miehelle tehdään aluksi siemennesteanalyysi, josta tutkitaan siittiöiden rakenne, liikkuvuus, määrä ja siittiövasta-aineiden erityys. Tutkimukseen kuuluu myös nivustaipeiden ja kivesten tunnustelu ja karvoituksen arviointi. Muihin tutkimuksiin ei ole syytä, jos siemennestenäyte on normaali. (Tulppala 2007, 14.)

Jatkotutkimukset on syytä aloittaa, jos miehellä todetaan siittiöiden alhainen tuotanto tai niiden kokonaan puuttuminen. Laboratoriotutkimuksilla määritellään kilpirauhasen toiminta, prolaktiinin ja testosteronin pitoisuudet sekä hormoneista FSH ja LH. Siittiötuotannonhäiriön ollessa vakava, voi kyseessä olla perimän piilevä poikkeavuus, joka selvitetään geeni- ja kromosomitutkimuksella. Kiveksistä voidaan myös ottaa näyte neulan avulla, joka kertoo siittiöiden tuotannosta. (Tulppala 2007, 14.)

## 2.4 Lapsettomuushoidot

Lapsettomuushoitoja suunniteltaessa otetaan huomioon parin omat toiveet sekä lapsettomuuden syyt ja tutkimustulokset. Ensisijaisesti hoito määräytyy naisen iän sekä lapsettomuuden keston ja syyn perusteella. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 185.) Ennen hoidon aloitusta pareille annetaan neuvontaa lapsettomuushoitoihin liittyvistä riskeistä ja kerrotaan raskauden alkamistodennäköisyydestä ilman hoitoja ja hoidot aloitettaessa. Lapsettomuushoitoja ovat leikkaushoidot, hormonihoidot ja hedelmöityshoidot. (Tulppala 2007, 15.)

**Leikkaushoito** voi tulla kysymykseen, jos potilaalla todetaan myoomakohtu, munanjohtimien vauriot tai jokin muu kohtuvika. Leikkaushoidot lapsettomuuspotilaille tehdään yleensä tähystyksessä. Hoidolla on todettu myös olevan apua raskauden alkamiseen endometrioosipotilailla. Raskaaksi tulemisen todennäköisyyteen kuitenkin vaikuttaa, kuinka laajasta endometrioosista on kyse. Laajalle levinneessä raskauden todennäköisyys on vain noin 30 prosenttia ja lievässä jopa 70-80 prosenttia. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 185.)

Kohtuontelon tähystyksessä voidaan poistaa myoomat, kohdun väliseinä ja erilaiset polyyppit. Myoomien poisto tulee kuitenkin kysymykseen vain, jos niiden halkaisija on yli neljä senttimetriä, ne painavat kohtuonteloa tai jos ne ovat nopeasti kasvaneet. Leikkaushoidon tarpeellisuus munanjohdinvaurioissa riippuu vaurion laajuudesta. (Tulppala 2007, 16.) Tarve on kuitenkin vähentynyt uusien hoitomuotojen kehittyessä (Ylikorkala & Kauppila 2004, 185).

**Hormonihoitojen** aloituksen edellytyksenä on aina oikea diagnoosi (Ylikorkala & Kauppila 2004, 186). Munasolun irtoamishäiriön taustalla voi olla kilpirauhasen toimintahäiriö, ali- tai ylipaino tai yksittäinen hormonihäiriö, kuten prolaktiinin liikaeritys. Perussyyn hoito tuleekin tällöin kysymykseen. (Tulppala 2007, 15.)

Aivolisäkehormoni FSH:tä sisältävä pistoshoito ja tabletteina annettava klomifeeni ovat tavallisimmat munasolun irtoamista ja munarakkulan kasvua edistävät hormonihoidot. Molemmat hoidot vaativat tarkkaa seurantaa monisikiöisen raskauden takia. Hormonihoidon tarkoituksena on kypsyttää ja irrottaa vähintään yksi kypsä munasolu. Hoitomahdollisuudet ovat hyvät, mikäli lapsettomuuden taustalla on

vain munasolun irtoamishäiriö ja noin 80 prosenttia naisista tuleekin raskaaksi. (Tulppala 2007, 15.)

PCO eli polykystiset munasarjat -oireyhtymä hoidetaan yleensä edellä mainituilla hormonihoidoilla, mutta ylipainoisilla ensisijaisena hoitona on laihdutus (Ylikorkala & Kauppila 2004, 186). PCOS-oireyhtymään liittyy insuliiniresistenssiä ja raskauden kannalta insuliiniherkiste, kuten metformiini edistää hedelmällisyyttä. Se korjaa oireyhtymään liittyviä hormonihäiriöitä ja säännöllistää kuukautiskiertoa. Keskenmenonriski myös laskee. (Tulppala 2007, 15-16.)

**Inseminaatio eli keinosiemennys ja koeputkihedelmöityshoito** ja sen sovellukset ovat hedelmöityshoitomenetelmiä, jotka ovat tuoneet avun monelle lapsettomuudesta kärsivälle parille (Tulppala 2007, 16). Inseminaatiota käytetään esimerkiksi silloin, kun on kyse siemennesteen lievästä poikkeavuudesta tai kun lapsettomuudelle ei ole tutkimuksissa löytynyt mitään selvää syytä. Kohdunkaulan poikkeavuudesta johtuva lapsettomuus ja puuttuva siemensyöksy yhdynnän aikana voivat johtaa myös inseminaatioon. (Tulppala 2007, 16.) Inseminaatiossa käytetään tavallisesti puolison siemennestettä, mutta jos miehellä on hoitoresistentti atsoospermia eli siittiöiden puuttuminen tai vaikea oligoastenotsoospermia eli siittiöiden liikkuvuus on heikentynyt ja niitä on alle viitearvojen, niin käytetään tällöin luovuttajan siemennestettä. Periytyvän sairauden riski on myös syy käyttää siemennesteen luovuttajaa. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 188-189.) Hedelmöityskykysisimmät siittiöt erotellaan siemennesteestä ja pestään ennen inseminaatiota (Tulppala 2007, 16). Munasolun irtoamisajankohtana ne ruiskutetaan kohtuonteloon ohuella muovikatetrilla (Ylikorkala & Kauppila 2004, 188).

**Koeputkihedelmöityshoito** eli IVF on lapsettomuuden tehokkain hoitokeino ja vaikka se alunperin kehitettiin munanjohdinperäisen lapsettomuuden hoitoon, niin nykyään sitä voidaan käyttää lähes kaikissa lapsettomuusongelmissa. Hormonihoidon avulla munasarjoihin kasvatetaan munarakkuloita ja munarakkulapunktiossa munasolut kerätään ja siirretään viljelymaljaan. Sen jälkeen ne hedelmöitetään puolison siittiöillä. Viljelyn aikana munasoluja seurataan tarkasti ja kun alkio on jakautunut nelisoluvaiheeseen, niin alkionsiirto kohtuun voidaan suorittaa (Ylikorkala & Kauppila 2004, 188-189.) Yksi tai enintään kaksi alkiota voidaan kerralla siirtää kohtuun ja loput pakastetaan (Tulppala 2007, 17). Myöhemmin pakastetut

alkiot voidaan siirtää kohtuun sopivana ajankohtana (Ylikorkala & Kauppila 2004, 191).

Koeputkihedelmöitys voidaan suorittaa myös ilman naiselle annettavia hormonipistoshoidoja ja tätä menetelmää käytetään erityisesti silloin, kun hormonihoidosta on odotettavissa ongelmia tai lapsettomuus johtuu pelkästään miehestä. Munasolut kerätään tällöin normaalin kuukautiskierron aikana, ennen kuin sille kierrolle valikoitunut johtomunarakkula on muita munarakkuloita suurempi. Laboratoriossa epäkypsät munasolut voidaan hedelmöittää joko mikroinjektiohoidolla tai maljalla. (Tulppala 2007, 18.)

**Siittiön mikroinjektio munasoluun eli ICSI** on mullistanut miehestä johtuvan lapsettomuuden hoidon. Tämän tekniikan avulla lapsettomuutta voidaan hoitaa hyvin tuloksin silloinkin, kun siittiöt liikkuvat huonosti tai ovat epämuodostuneita tai siemennesteestä saadaan vain yksittäisiä siittiöitä. Riittää, että siittiö on vain elossa. Mikroinjektiossa ohuella lasineulalla ruiskutetaan yksi siittiö munasoluun. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 191.) Koeputkihedelmöityshoidossa käytetyt naisen hormonihoito ja munasolujen keräys tapahtuvat myös mikroinjektiohoidon yhteydessä (Tulppala 2007, 17).

**Pitkää alkioviljelyä** eli blastokystaviljelyä voidaan käyttää silloin, kun 2-3 päivän ikäisiä alkioita ei voida pakastaa tai alkiot eivät ole kiinnittyneet. Kohtuun alkio/alkiot voidaan siirtää, kun ne ovat jakautuneet 4-8 soluvaiheeseen, eli noin 2-3 päivän ikäisinä. Siirron edellytyksenä on, että alkiot kehittyvät blastokystavaiheeseen, koska sen jälkeen alkio kuoriutuu ja kiinnittyy kohdun seinämään. (Tulppala 2007, 17-18.)

## 2.5 Hoitojen tulokset

Lapsettomuushoidoissa olevista pareista noin 80 prosenttia saa lapsen, kun kaikkia hoitokeinoja on yritetty. Lapsettomaksi jää kuitenkin noin joka viides pari. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 192) ; (Tulppala 2007, 19.) Koeputkihedelmöityksen ja mikroinjektio tuloksena noin 25-40 prosenttia alle 38-vuotiaista naisista tulee rasakaaksi hoitokiertoa kohti ja noin 20-30 prosenttia heistä synnyttää lapsen. Hoidon

tuloksiin kuitenkin vaikuttaa naisen ikä, hoidon aihe ja lapsettomuuden kesto. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 192.) Inseminaation tuloksena noin joka seitsemäs yritys johtaa raskauteen (Tulppala 2007, 19).

Hoitojen tulokset paranevat jatkuvasti ja tällä hetkellä noin joka kolmas alkion siirto johtaa raskauteen ja joka neljäs hoito johtaa siihen, että lapsi syntyy. Neljän alkionsiirtohoitokerran jälkeen raskauden todennäköisyys kuitenkin huononee ja hoidon jatkamista harkitaankin tarkkaan. Lapsettomuushoidot keskeyttää osa pareja heti alkuvaiheessa, koska niiden henkinen rankkuus yllättää heidät. (Tulppala 2007, 19.)

### 3 TAHATTOMASTI LAPSETTOMIEN TUKEMINEN

Tulevaisuudessa tahattomasti lapsettomien määrän arvioidaan nousevan jopa neljään pariin kymmenestä. Todellisen määrän arviointia hankaloittaa se, että aihe on niin vaikea ja todellisia tunteita ei välttämättä paljasteta. (Tapio 2010, 166.)

#### 3.1 Lapsettomuuden aiheuttamat tunteet

Hedelmättömyyshoidoille on ominaista, että prosessin henkinen ja tunteellinen puoli jää lääketieteellisen tehtävän varjoon. Usein kuitenkin lapsettomuuskriisi muuttaa paitsi siitä kärsivän jokapäiväistä elämää myös maailmankatsomusta. Aihealueena seksuaalisuus ja lisääntyminen ovat sekä naiselle että miehelle sellaisia, että niistä on vaikea keskustella. (Miltä lapsettomuus tuntuu? 2010.)

Nainen tekee lapsettomuuden aiheuttamat tunteensa näkyvämmiksi kuin mies. Hän saattaa pelätä yksin jäämistä ja perheellisten ja lasten kohtaamista. Toisaalta syvä suru ja epätoivo voivat ilmetä myös aggressiivisuutena ja sulkeutuneisuutena. Mies saattaa peittää ja piilotella omia tunteitaan, jotta ei rasittaisi niillä puolisoaan. Hän voi tuntea kykenemättömyyttä ja alemmuuden tunteita. Mies myös pyrkii käsittelemään tunteitaan ja ajatuksiaan yksin. Molemmat kuitenkin tarvitsevat tukea, sillä pettymyksen ja surun tunteet ovat sekä naiselle että miehelle samat. (Miltä lapsettomuus tuntuu? 2010.)

Lapsettomuuteen liittyy myös syyllisyyden tunteita omien vanhempien isovanhemmuksesta. Lisäksi pariskunta saattaa pelätä, ettei kelpaa toiselle hedelmättömänä ja "viallisena". Lapsettomuus saatetaan myös ajatella rangaistukseksi jostain. Lapsettomuus voi näkyä myöhemmissäkin vaiheissa, kun lapsi on lopulta saatu. Lapsettomuuskriisi voi kasvattaa vanhemmuuden ihannointia. Jos tätä ihannekuvaa ei saavuteta, saattaa äiti kokea syyllisyyden, epäonnistumisen ja masennuksen tunteita. (Tapio 2010, 167-169.)

### 3.2 Lapsettomuuden kriisi

Kriisinä lapsettomuus on erityislaatuinen muun muassa siksi, että siihen voidaan ajatella liittyvän koko olemassaolomme tarkoitus. Lisäksi parisuhde ja seksuaalisuus ovat suuressa roolissa. Naisen kuukautiskiertoon pohjautuva hedelmöittymisen rytmi luo mahdollisuuden aluksi toipua pettymyksestä ja sitten kokea perään uusi samanlainen. Lapsettomuutta ei ehkä aluksi haluta myöntää itselle lainkaan. Lopulta se voi muodostua ainoaksi tärkeäksi asiaksi elämässä ja jopa pakkomielleeksi. (Tapio 2010, 167-168.)

Jokainen lapseton käy kriisin läpi erilaisten vaiheiden kautta, jotka seuraavat toisiinsa, mutta joskus ne ilmenevät myös eri järjestyksessä. Nämä ovat: shokki, kieltäminen, viha ja kateus, syyllisyydentunne, masennus, luopuminen ja suru, hyväksyminen ja lopulta elämän eheytyminen. Lapsettomuutena kriisi on erityinen, sillä toivon ja epäonnistumisen tunteen etenevät vuorotellen. Kriisin vaiheiden tunteminen voi auttaa paitsi lapsettomuudesta kärsivää myös hänen läheistään tukemistyössä. Puhuminen, kertominen ja ääneen analysoiminen voivat olla keinoja helpottaa kriisin tuottamia tunteita. Tärkeää on löytää oma tapa käydä tilanteita läpi. Myös ammattiauttajasta voi olla apua. (Kriisit ja haasteet 2010.)

### 3.3 Sairaanhoidaja tuen antajana

Lapsettomuuden hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista, sillä usein keskitytään pelkäämään asian lääketieteelliseen puoleen. Ottamalla huomioon myös psykologinen lähestymistapa, on todettu voitavan auttaa selittämättömästä lapsettomuudesta kärsiviä pareja stressin vaikuttaessa elimistön toimintaan. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4118.) Lapsettoman pariskunnan kohtaamiseen ei vaadita taikatemppuja. Hienotunteisuus, aito ja avoin välittäminen sekä sopivan etäisyyden pitäminen ovat suotavia. Sen sijaan neuvominen, omien johtopäätösten teko ja vakuumeen tartuttaminen eivät kannata. (Tapio 2010, 170).

Potilaiden tukeminen nähdään osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Potilaiden ja erityisesti perheenjäsenten kohtaaminen on kuitenkin erilaista, hoitajan asenteista



ja ajatusmaailmasta johtuen. Osa hoitajista toivoo omaisten ja potilaiden tukevan toinen toisiaan ja osa saattaa jopa vältellä tilanteita, joissa tukea annettaisiin. Joka tapauksessa tukeminen nähdään energiaa vievänä ja vaativana työnä. Hoitajat kokevat luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisen vaativaksi. Hoitajien asenteiden perheenjäseniä kohtaan on todettu parantuvan työkokemuksen karttumisen myötä. Samoin emotionaalisen tuen laatu on parantunut samalla. Hoitajilla on erilaisia suhtautumistapoja ja rooleja, joiden välillä he tasapainoilevat kohdatessaan potilaan perheineen. Hoitajien tulisikin tulla tietoisiksi omista toimintamalleistaan. Tilanne saatetaan kokea vaikeaksi, mikäli hoitajalla ei ole riittävästi resursseja vastata potilaan ja perheenjäsenen vaatimuksiin tai hänen toimintansa kyseenalaistetaan. Ohittavassa toimintamallissa hoitaja vetäytyy antamasta emotionaalista tukea vähäisiin resursseihin vedoten. Hoitajan tulee arvioida koko hoitoprosessin ajan erikseen sekä potilaan että perheenjäsenen tuen tarvetta. Ne saattavat poiketa toisistaan ja vaihdella prosessin eri vaiheissa. Hoitajan tulee tunnistaa tuen tarve tarkkailun, vuorovaikutuksen, kehonkielen ja oman intuition sekä erilaisten vihjeiden avulla. (Mattila 2011, 31-34.)

Emotionaalisen tuen keinoja ovat potilaan ja perheenjäsenen miellyttävä vastaanotto, hoitajan esittäytyminen, potilaan puhuttelu omalla nimellä ja hoitajan aloitteellisuus vuorovaikutuksessa. Menetelminä toimivat myös huolenpito, kunnioitus, läsnäolo, hyväksyntä, tunteiden huomioiminen ja niistä keskusteleminen. Tiedollisen tuen keinoja ovat potilaan kysymyksiin vastaaminen, rehellisyys, avoimuus, johdonmukaisuus, potilaan ja perheenjäsenen ymmärtämisen varmistaminen, mahdollisuus tiedon kertaamiseen sekä elämään ja elämäntapoihin liittyvistä muutostarpeista kertominen. Näin saadaan myös vahvistettua potilaan ja perheenjäsenen stressinsietoa ja ongelmanratkaisukykyä. (Mattila 2011, 35-36.)

### **3.4 Läheisten tuki**

Aiheena lapsettomuus on hyvin intiimi ja herkkä ja siksi läheisestä lapsettoman kohtaaminen saattaa tuntua vaikealta, eikä sanoja osaa valita oikein. Tärkeintä on olla läsnä ja kuunnella, kun lapseton puhuu tunteistaan ja läpi käymistään asioista. Turhia ei kannata kysellä, koska se saatetaan tuntea ahdistavana. Lapsettomalle

on tärkeää, että hän voi näyttää tunteensa; surun, vihan ja ahdistuksen. Ne ovat hyväksyttäviä ja niistä puhuminen helpottaa molempia osapuolia. Toisen tunteiden kunnioittaminen on tärkeää ja myös läheisen tulisi puhua omista tuntemuksistaan ja ajatuksistaan, koska läheiselläkin on suremisen oikeus. Läheisen tulee kuitenkin muistaa, että hänen surunsa ei koskaan mene lapsettoman surun edelle. Liikaa kyselyä, neuvomista ja rohkaisua tulee välttää, koska vaikka tarkoittaisikin hyvää, niin esimerkiksi kertomukset lapsettomien raskaaksi tulosta usein aiheuttavat vain lisää surua. Lapsetonta ei saa sulkea ulos tapahtumista tai juhlista, vaikka siellä olisi lapsia tai raskaana olevia pariskuntia. Lapseton kyllä itse tietää, milloin haluaa olla paikalla ja milloin ei. Kutsusta kieltäytymisestä ei tulisi loukkaantua, eikä yhteydenpitoa lopettaa. Lapsettomuutta voi kohdata, vaikka aikaisempia lapsia jo olisikin. Aikaisemmat lapset eivät vähennä toivotun lapsen haluamista. (Läheiselle: Miten voin auttaa? 2010.)

### **3.5 Kokemuksia saadusta tuesta**

Lapseton perheineen tarvitsee pääasiassa emotionaalista ja tiedollista tukea. Emotionaalisen tuen tarve saattaa olla läheisellä jopa suurempi kuin potilaalla. Koska perheenjäsen kantaa potilaasta huolta silloinkin, kun ei ole fyysisesti tämän lähellä, tulee perheenjäsenellä olla tunne siitä, että potilas saa hyvää hoitoa ja kunnioittavaa ja yksilöllistä kohtelua. Hoitotyön toivotaan myös luovan positiivista ilmapiiriä, toivon tunnetta ja tukevan roolimutoksia ja perheenjäsenten välisiä suhteita. Potilas tarvitsee tietoa terveydestään ja toimintakyvystään sekä itsehoitosta, suullista ja kirjallista perustelua tilanteestaan ja perheenjäsenten mahdollisuudesta osallistua hoitoon. Hoitajalta odotetaan myös kykyä tukea heitä emotionaalisesti: luoda uskoa tulevaisuuteen, lohduttaa ja antaa aikaa. (Mattila 2011, 24-25.)

Lapsettomat parit kokevat saavansa parempaa hoitoa kuin perheenjäsenet. Perheenjäsenet eivät halua tuoda omia tarpeitaan liiaksi esille, sillä tärkeintä on heidän mielestään kuitenkin potilaan saama hoito. Perheenjäsenet eivät myöskään ole varmoja omasta roolistaan potilaan hoidossa, tai hoitajan odotuksista heitä kohtaan. Perheenjäsenet käyttäytyvät sairaalaympäristössä hienotunteisesti, ettei

hoitajille syntyisi kuvaa valittavista omaisista tai ettei heidän käytöksensä vaikuttaisi potilaan hoitoon. (Mattila 2011, 26-27.)

Lapsettomilla on sekä hyviä että huonoja kokemuksia saamastaan tuesta. Hyväksi koetaan tiedollinen tuki sairaudesta, lohduttaminen, rohkaisu ja ystävällisyys. Huonoksi taasen koetaan keskustelu hoitovaihtoehtoista, tulevaisuuden näkymistä ja heidän omistan mielipiteistään. (Mattila 2011, 26-27.) Naisista ja miehistä 11 prosenttia koki, ettei hoitopäätöstä tehdessään ollut saanut kunnolla tietoa hoidoista. Hoitomenetelmät ja hoitojen eteneminen koettiin tärkeänä tiedon aiheena. (Miettinen 2011, 44.)

Potilaan ja perheenjäsenten taustatekijöillä on koettu olevan vaikutusta heidän saamaansa tukeen. Naiset saavat miehiä paremmin tukea, samoin nuoret iäkkäämpiä ja korkeasti koulutetut alemmin koulutettuja paremmin. Kuitenkin tutkimuksissa on käynyt ilmi myös, että he jotka saavat tukea enemmän ovat siihen tyytymättömämpiä. (Mattila 2011, 28-29.) Suurin osa potilaista oli hakenut Internetistä tietoa lapsettomuudesta ja eri hoitovaihtoehtoista. Muun median merkitys tiedon hankinnassa jäi vähäisemmäksi. Siinä vaiheessa, kun parit päättivät lähteä tutkimaan lapsettomuutta, terveydenhoitoalan henkilökunnan merkitys tiedon välittäjänä korostui. (Miettinen 2011, 46.)

Lisää tukea terveydenhoitoalan ammattilaisilta koki tarvitsevansa noin joka kahdeksas mies ja joka neljäs nainen. Mielipiteissä näkyi koulutustason merkitys samalla tavalla, kuin tiedon tarvetta kuvaillessa. Yksityisen sektorin potilaat olivat selvästi tyytyväisempiä saamaansa tukeen, kuin julkisen puolen. Vastaajat kokivat kuitenkin, että eniten tukea he olisivat toivoneet saavansa läheisiltään. (Miettinen 2011, 46-47.)

### **3.6 Tunteiden käsittely**

Lapsettomuudesta kärsivän tulee ymmärtää, mitä kaikkia tunteita tällainen kriisi voi ihmisessä herättää. Itselleen tulee myös antaa lupa tuntea tunteitaan ulospäin: itkeä ja olla vihainen. Nainen ja mies voivat kokea lapsettomuuden eri tavalla ja eri voimakkuudella: molemmilla tulee olla oikeus käydä ajatuksensa ja tunteensa läpi

itselleen sopivimmalla tavalla. Kumppanille tulee avoimesti kertoa omista toiveista tai haluistaan, sillä kukaan ei pysty lukemaan toisen ajatuksia. Läheisille ja perheelle tulee myös antaa mahdollisuus saada tietoa lapsettomuudesta ja sen hoitomuodoista. Heille tulee kertoa, miten heidän tulee käyttäytyä ja kohdella lapsettomuudesta kärsivää. (Copingtechniques 2012.)

Vaikkei kukaan voi tietää, miten hedelmöityshoidoissa lopulta tulee käymään, kannattaa lapsettomien ottaa aiheesta selville mahdollisimman paljon. Riittävä tietomäärä mahdollistaa sen, ettei asioita pyörittele päänsä sisällä liikaa ja tee vääriä johtopäätöksiä puutteellisen tiedon varassa. (Copingtechniques 2012.) Ammatti-  
auttajan luo kannattaa hakeutua jos alakuloiset tunteet vievät vallan ja vaikuttavat ruokahaluun, nukkumiseen, ihmissuhteisiin ja mielenterveyteen (When to seek help 2012).

## 4 TAHATTOMASTI LAPSETTOMIEN PARIEN OHJAUS

Ihminen käyttäytyy arvojensa ja kokemustensa ohjaamana. Arvot, asenteet, kokemukset, tiedot ja taidot muodostavat henkilökohtaisen toimintaa ohjaavan käyttötieteen, ajattelun viitekehyksen. Ohjaustyön käyttötieteen teoria muodostuu ihmiskäsityksestä, terveystieteestä, oppimiskäsityksestä ja oppimistieteestä. Ne vaikuttavat hoitajan toimintaan ohjaustilanteessa. (Eloranta & Virkki 2011, 45-46.)

### 4.1 Luottamuksellinen ohjaussuhde

Ohjaussuhteen syntyminen edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä. Molemmat osapuolet ovat aktiivisuudellaan vastuussa ohjausprosessin etenemisestä. Muita ohjaussuhteelle tyypillisiä asioita ovat vastavuoroisuus, jaettu asiantuntemus ja yhteistyö. Ensikohtaamisen miellyttävyyteen kannattaa panostaa, sillä tuolloin lapseton muodostaa käsityksen työntekijästä. Esimerkiksi tervehtimisellä tai arkipuheella luotu myönteinen ja rento ilmapiiri on hyvä lähtökohta luottamuksellisen ohjaussuhteen syntymiselle. (Eloranta & Virkki 2011, 54-55.)

Parhaiten toteutuessaan ohjauksessa yhdistyvät lapseton oman elämänsä asiantuntijana ja ohjaaja ohjausprosessin ja sisällöllisen asian asiantuntijana. Lapsettomalle tulee antaa tilaa ohjaustilanteessa ja mahdollisuus esittää koko ajan omia kysymyksiä. Ohjaaja antaa tietoa pieninä annoksina potilaan kysymysten tahdissa, kuitenkin kattavasti ja eri vaihtoehdot tasapuolisesti esitellen. Ohjaajan tulee varmistua, että lapseton tekee päätökset oikean tiedon pohjalta. Vastuu valinnasta on kuitenkin lapsettomalla itsellään. (Eloranta & Virkki 2011, 55.)

Joskus ohjaustilanteissa voidaan joutua käsittelemään hyvin henkilökohtaisia asioita. Tällöin ohjaajan tulee sallia lapsettomassa heräävät tunteet ja osoittaa ymmärtämystä. Rauhallisuus, samansuuntainen sanaton viestintä ja kuunteleva palaute auttavat lapsetonta käsittelemään arkaluonteisia asioita. Kuuntelevalla palautteella tarkoitetaan, ettei ohjaaja kiirehdi seuraavaan kysymykseen eikä kehittele itse keskustelun sisältöä vaan kommentoi ohjattavan vastauksia puhetta tuottaen. Näillä keinoilla saadaan vahvistettua lapsettoman osallistumista ohjaustilan-

teessa, mikä vahvistaa hänen itsetuntoaan ja luo käsityksen mahdollisuudesta vaikuttaa omiin asioihin (Eloranta & Virkki 2011, 55).

#### **4.2 Ohjaus elämänmuutoksessa**

Sopeutumista uuteen elämäntilanteeseen voidaan helpottaa ohjauksella. Henkinen tuki rohkaisee ja kannustaa lapsetonta kohtaamaan uuden tilanteen ja sen herättämät tunteet. Lapsettoman voimavaroja tulee vahvistaa myönteisten asioiden kautta ja myös läheisten antaman tuki tulee hyödyntää. Lapseton tuntee, että hänestä välitetään, häntä arvostetaan ja hän saa olla oma itsensä. (Eloranta & Virkki 2011, 57.)

Ohjauksessa tiedollista tukea paitsi annetaan, myös selvitetään tilannetta ja tuetaan päätöksenteossa. Ohjaajan tulee myös kartoittaa lapsettoman tiedontarve ja antaa ymmärrettävää, luotettavaa ja ajanmukaista tietoa sopivalla välitystavalla (suullinen tai kirjallinen). Lapsetonta tulee ohjata myös saamaan tietoa muista tiedonsaantikanavista ja vertaistuesta. (Eloranta & Virkki 2011, 58.)

Konkreettisen tuen antamista on se, että ohjaaja opettaa lapsetonta esimerkiksi suorittamaan jonkin hoitotoimenpiteen kotona. Tällainen on esimerkiksi hormonipistosten pistäminen. Hoitajan ei tule toimia lapsettoman puolesta, tosin joskus lapseton saattaa tarvita konkreettista apua päästäkseen alkuun. (Eloranta & Virkki 2011, 58.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien parien tarvitsemaa henkistä tukea. Tavoite on osaltaan kehittää lapsettomuushoitajien parissa työskentelevien antamaa henkistä tukea hoitotyössä.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset:

1. Miten tahaton lapsettomuus koetaan?
2. Millaista henkistä tukea potilaat tarvitsevat lapsettomuushoitajien aikana?

## 6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA TOTEUTUS

Valitsimme kirjallisuuskatsauksen opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi, koska se luo meille laajan käsityksen siitä miten tahattomasti lapsettomien henkisen tuen tarvetta on tutkittu ja millaisia tutkimustuloksia on saavutettu. Löytämämme aihetta käsittelevät tutkimusartikkelit analysoimme aineistolähtöisesti. Analyysin jälkeen sovelsimme tutkimustuloksia omaan työhömmе ja näin koimme saavuttaneemme mahdollisimman luotettavaa tietoa.

### 6.1 Kirjallisuuskatsaus työmenetelmänä

Valitsimme työhömmе tutkimusotteeksi laadullisen tutkimuksen ja tutkimusmenetelmäksi kirjallisuuskatsauksen. Laadullinen tutkimus mahdollistaa määrällistä paremmin ilmiön, tunteiden ja ajatusten kuvailun ja pohtimisen. Kirjallisuuskatsaus taas antaa meille käsityksen siitä, miten aihetta on tutkittu ja millaisiin tuloksiin on päädytty. Sairaanhoidajaopinnoissamme olemme vuosien varrella tutustuneet monenlaisiin hoitotieteellisiin tutkimuksiin ja koemme tämän luonnollisena jatkumona sille.

Kirjallisuuskatsauksella tutkija käy analyttisesti läpi jonkin aihealueen aikaisemman tutkimuksen esitelläkseen sen lukijalle. Kirjoittaja arvioi, vertaa ja luokittelee aiemmin tehtyä tutkimusta ja suhteuttaa sen omaan työhönsä. (Miten teen kirjallisuuskatsauksen? 2011.) Hyvä kirjallisuuskatsaus ei ole luettelo aihepiirin aikaisemmasta tuotannosta, vaan tutkimuskirjallisuuden, tutkimussuuntausten ja tulosten looginen kokonaisuus. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 3.)

Kirjallisuuskatsauksen teko voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu katsauksen suunnittelu, jossa käydään läpi aiempaa tutkimusta aiheesta, määritellään katsauksen tarve sekä tehdään tutkimussuunnitelma, joka sisältää yhdestä - kolmeen tutkimuskysymystä. Toinen vaihe sisältää itse katsauksen tekemisen, haut ja analysoinnin. Tutkimukset valikoidaan ja analysoidaan tutkimuskysymysten mukaan sisällöllisesti. Kaikissa vaiheissa tietojen kirjaaminen on



tärkeää, jotta katsaus onnistuu ja on luotettava. Kolmas vaihe käsittää kirjallisuuskatsauksen tuloksien raportoinnin ja johtopäätökset. (Johansson ym. 2007, 5-7.)

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku aloitetaan määrittelemällä sopivat hakusanat (esimerkiksi hedelmöityshoidot, lapsettomuus, henkinen tuki). Tutkijalla tulee olla myös kriteerit, joiden avulla hän tekee valintoja ja toisaalta jättää jotain materiaalia tutkimuksen ulkopuolelle (valinta- ja poissulkukriteerit). Seuraavaksi suoritetaan tiedostohaku eri tietokannoista (Plari, Cinahl, Medic, Ebrary, Aleksis). Saatuihin tuloksiin aletaan tutustua aluksi otsikkotason perusteella, sitten tiivistelmän ja lopulta kokotekstin. (Johansson 2007, 12-15.)

Valitulle aineistolle suoritetaan sisällön analyysi. Sen avulla pyritään muodostamaan ilmiöstä tiivistetty kuvaus aineistoa eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Aluksi aineisto pirstotetaan pienempiin osiin, sitten käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134-135.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi tullaan tekemään induktiivisesti (aineistolähtöisesti) deduktiivisen (teorialähtöinen) sijaan. Analyysi ja luokittelu perustuvat tällöin aineistoon eivätkä valmiiseen teoreettiseen viitekehukseen. Kvalitatiivisen tutkimusprosessin luotettavuutta kuvaavia termejä ovat validiteetti (onko tutkimus tehty perusteellisesti), realibiliteetti (voidaanko tutkimus toistaa samanlaisena ja saada samat tulokset) sekä uskottavuus (kuinka hyvin tutkijat ovat onnistuneet) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152).

## **6.2 Tutkimusaineiston keruu**

Haimme tutkimusaineistoa Aleksis, Arto, Linda ja Cinahl -tietokannoista. Opinnäytetyössämme keskeisiä käsitteitä ovat hedelmättömyys, hedelmöityshoidot, henkinen tuki, lapsettomuus, lapsettomuus ja kriisi, childlessness ja infertility and support, joten määrittelimme ne hakusanoiksi. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa kerrotaan hakusanoittain eri tietokannoista suorittamistamme hauista (Taulukko 1).

Taulukko 1. Haun tulokset tietokannoittain ja hakusanoittain

<b>Tietokannat→ Hakusanat</b>	<b>ALEKSI</b>	<b>ARTO</b>	<b>LINDA</b>	<b>CINAHL</b>	<b>Yhteensä</b>
Hedelmättömyys	265	88	95	0	448
Hedelmöityshoidot	11	9	8	0	28
Henkinentuki	735	132	318	0	1185
Lapsettomuus	397	151	210	0	758
Lapsettomuusjakriisi	27	0	0	0	27
Childlessness	2	4	20	100	126
Infertility and sup- port	0	0	3	277	280

Rajasimme hauilla löytyneet tulokset ensin ilmestymisvuoden perusteella. Käytimme hauissa vuosien 1990-2012 välillä ilmestyneitä tutkimuksia, koska koimme, ettei lapsettomuuden aiheuttama henkinen tuska ole muuttunut viimeisen kahden vuosikymmenen aika. Halusimme kuitenkin mahdollisimman luotettavaa ja tuoretta tietoa, joten hyväksyimme tutkimukseemme vain yhden 1990-luvulla ilmestyneen artikkelin; Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1992. Lapsettomuuden biologisia, kulttuurisia ja sosiaalisia piirteitä. *Hoitotiede* 4 (1), 34-40. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa kerrotaan hakusanoittain löytyneet aineistot ja niistä vuoden, otsikon, asiasisällön ja saatavuuden mukaan karsiutuneet. Myös tarkasteluun otetut, mutta aineistosta karsiutuneet tutkimukset näkyvät taulukossa.

Taulukko 2. Haun tulokset hakusanoittain, hylätyt tulokset ja tarkasteluun otetut

<b><u>Haun rajaukset</u> → Hakusanat = haun tulos</b>	<b>Hylätty julkaisu- vuoden mukaan &lt;1990</b>	<b>Hylätty otsikon, asiasällön tai saatavuuden mukaan</b>	<b>Tarkasteluun otetut, mutta varsinaisesta analyysistä kar- siutuneet</b>
Hedelmättömyys -448	120	327	1
Hedelmöityshoidot -28	6	22	-
Henkinen tuki -1185	322	856	4
Lapsettomuus -758	261	490	4
Lapsettomuus ja kriisi -27	0	15	14
Childlessness -126	103	18	5
Infertility and sup- port -280	13	260	4

Kirjallisuushaun suoritimme keväällä 2012. Sopivia tutkimuksia aiheesta oli hankala löytää vaikka käytimme useita eri hakusanoja ja tietokantoja. Löysimme paljon lehtiartikkeleita, jotka vastasivat suoraan tutkimuskysymyksiimme, mutta tutkimusartikkeleiden löytäminen oli työlästä. Hyödynsimme kuitenkin aiheeseen sopivia lehtiartikkeleita teoriapohjamme lähteinä. Löysimme yhden tutkimusartikkelin tietokantahaun ulkopuolelta, kun selailimme Hoitotiede-lehtiä käsin. Yhden englanninkielisen tutkimusartikkelin löysimme selailemalla jo löytämiemme tutkimusartikkeleiden lähdeluetteloita. Valitsimme analysoitavaksi yhdeksän tutkimusta, joista viisi oli suomenkielisiä ja neljä englanninkielisiä. Valitsemiemme tutkimusten tekijät, julkaisut ja julkaisijat on lueteltuna liitteessä 1. Hakujen ja valittujen tutkimusartikkeleiden jälkeen aloimme tehdä molemmat erikseen itse analyysiä, koska halusimme saada tutkimuksestamme mahdollisimman luotettavan.

### 6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Analysoimme tutkimusaineistomme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tavoitteena sisällönanalyysissä on saavuttaa mahdollisimman luotettavaa ja laajasti tutkittua tietoa, joka on tiivistetty sopivaan muotoon. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimuksissa esiintyneet ilmaukset ja sanat jaotellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Aineistolähtöinen analyysi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jossa aineistojen sisältöön perehdytään. Toisessa vaiheessa sisällössä esille tulleet ilmaukset ryhmitellään samankaltaisuuksien mukaan eri alaluokkiin ja kolmannessa vaiheessa alaluokat abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-136.)

Tutkimusaineiston analysoinnin aloitimme tarkastelemalla valitsemiemme aineistojen sisältöä kumpikin omilla tahoillamme. Alleviivasimme keskeisiä ilmauksia, jotka vastasivat työmme aihetta ja kirjoitimme ne tämän jälkeen ylös. Näitä ilmauksia löysimme kumpikin reilut 100 kappaletta. Tämän vaiheen jälkeen vertasimme tutkimuksista saatuja tietoja ja karsimme niistä osan. Tutkimuksissa esille tulleet ilmaukset tiivistimme, erittelimme samankaltaisuuksien mukaan ja jaottelimme sitten sopiviin alaluokkiin. Alaluokkien käsitteistä koostuu kaksi yläluokkaa, jotka ovat tahattoman lapsettomuuden kokeminen ja tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien tukeminen. Esimerkkejä analyysivaiheen alkuperäisilmauksista löytyy sisällönanalyysistä liitteestä 2.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimustuloksemme on jaettu kahteen yläluokkaan: tahattoman lapsettomuuden kokemiseen ja tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien henkiseen tukemiseen. Molemmat yläluokat jakautuivat yhteensä seitsemäksi alaluokaksi, joista kerrotaan myöhemmin tässä luvussa. Tahattoman lapsettomuuden kokeminen jakautui naiseen ja mieheen, parisuhteeseen ja tunteisiin. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien henkinen tukeminen jakautui tuen tarpeeseen, kokemuksiin tuesta, sairaanhoitajan tukeen sekä sosiaaliseen tukeen.

### 7.1 Tahattoman lapsettomuuden kokeminen

Tutkimusten mukaan jokainen yksilö reagoi lapsettomuuskriisiin eri lailla. Myös tunteita työstetään omalla tavalla. Kuitenkin yhteneväisyyksiä sukupuolten välillä on löydetty. Lapsettomuuskriisi vaikuttaa parisuhteisiin sekä siihen miten nainen kokee naiseutensa ja mies miehuutensa. Tahattomaan lapsettomuuteen liittyvä tunnemaailma on suuri.

**Nainen ja mies.** Tutkimusten mukaan lapsettomuuden hoidossa keskitytään enemmän naiseen, jopa silloin kun syy lapsettomuuteen on miehessä. Naisten on myös todettu reagoivan lapsettomuuteen miehiä voimakkaammin, sillä raskaus ja lapsen saanti saatetaan nähdä vaimon kaikkein tärkeimpänä tehtävänä. Lapsettomuuskriisistä puhuminen on naiselle tärkeämpää kuin miehelle, joka ennemmin miettii asioita hiljaa itsekseen. Miehet kertoivat lapsettomuudesta puhumisen lisäävän heidän hermostuneisuuttaan. Miehillä todettiin olevan myös tapana suojella puolisoaan, itseään tai molempia vähättelemällä ja välttelemällä lapsettomuuskriisiä, keskittymällä muihin asioihin elämässä, salaamalla ja kieltämällä ongelman sekä piilottamalla todelliset tunteensa. Alla on esimerkkilainauksia tutkimuksista, jotka tuovat esiin näitä kohtia naisen ja miehen reagoinnissa lapsettomuuteen.

"With all the attention focused on the female, she may feel blamed for the inability to conceive even if the cause is male-related."

"...there was a strong indication of a significant element of disguise in defined as any attempt by the man to protect his partner, himself or both."

**Parisuhde.** Lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen ja erityisesti parin seksielämään. "Huoleton harrastus" muuttuukin työksi, jolla yritetään saavuttaa raskaus. Yhdyntöjen aikatauluttaminen lisää stressiä ja voi aiheuttaa impotenssia sekä vaikeuksia saada orgasmi. Tyytyväisyys seksielämään laskee molemmilla osapuolilla. Parin seksielämää voi parantaa tietoisien tauon pitäminen raskaaksi tulemisen yrittämisestä. Parisuhteen vahvistumista lapsettomuuskriisissä taasen voi vahvistaa konkreettisen avun ja tuen hakeminen puolisoilta. Alla muutama parisuhteen tilaa kuvaavaa esimerkkilainaus tutkimuksista.

"Sexual dissatisfaction associates with infertility is widely reported throughout the literature."

"A major stressor on the couple is the effect of infertility treatment on sexual intimacy."

**Tunteet.** Tutkimuksissa kuvattuja lapsettomuudesta johtuvia tunteita olivat muun muassa: hermostuneisuus, masennus, vähentynyt seksuaalinen halu, viha, epätoivo, voimattomuus, epäonnistumisen tunne, turhautuminen, ahdistus, huoli, epäusko, lapsettomuuden kiistäminen, optimismi ja periksi antaminen. Psykologisen stressin vaikutuksesta lapsettomuushoitosten tuloksiin on erilaisia näyttöjä. Lapsettomuus käsitetään kriisinä ja stressitilanteena, johon on kuvattu liittyvän myös tavallista suurempi itsemurhariski. Tutkimuksissa kävi ilmi, että reagointi lapsettomuuteen saattoi olla samanlaista kuin reagointi kuolemiseen ja kuolemaan. Erityislaatuisten lapsettomuuskriisistä tekee sen, että odotukset ja pettymykset ovat läsnä joka kuukausi. Useissa tutkimuksissa lapsettomat parit korostivat toivon merkitystä elämäntilanteessaan ja läheisten ja ammattilaisten luomassa ilmapiirissä. Hoitoissa eteneminen herättää toivoa mahdollisuudesta kokea vanhemmuus. Perheen ja ystävien tuki on erityisen tärkeää toivon tunteen syntymiselle. Hoitojen epäonnistuminen vaikuttavat kuitenkin kokonaisvaltaisesti elämään aiheuttaen voimattomuutta ja kyvyttömyyttä kohdistaa mielenkiintoa muihin asioihin. Lapsettomuuteen sopeutumiseen kuuluu pohdintaa tulevaisuudesta ilman lasta. Joiden-

kin parien kohdalla hoitojen lopettamisen yhteydessä voidaan harkita samankaltaisten rituaalien suorittamista kuin läheisen kuoltua. Näitä voivat olla esimerkiksi uskonnolliset rituaalit, puun kasvattaminen haaveeksi jääneelle lapselle tai lapselle hankittujen esineiden hautaaminen. Alla esimerkkilainauksia lapsettomuuden synnyttämistä tunteista.

"...knowing that I cannot give child to my husband made me feel so bad, and I thought that something was missing on my part."

"...onhan meillä kuitenkin TOIVO..."

## 7.2 Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien henkinen tukeminen

Lapsettomuudesta kärsivien tuen tarvetta ei voi vähätellä. Koska jokainen reagoi tällaiseen elämän kriisitilanteeseen omalla tavallaan, tulee ottaa huomioon, että myös tuen tarve on jokaisella erilainen. Parin olisi tärkeää olla itse aktiivinen ja hakeutua sellaisen tuen äärelle, jonka kokee itselleen hyödyllisimmäksi ja luontevimmaksi. Emotionaalisten reaktioiden syntyminen on tavallista. Niitä tulee käsitellä hoitosuhteessa. Henkistä tukea on paitsi sananmukaisesti tilanteen henkiseen ja tunteelliseen puoleen keskittyminen, myös tiedollinen tuki, sosiaalinen tuki ja kaikki muu, minkä pari kokee helpottavan elämäänsä. Henkinen tuki on laaja käsite ja voi tarkoittaa eri ihmisille eri asioita. Tässä työssä sitä käsitellään kaikenkattavana tukena.

**Tuen tarve.** Tutkimuksien mukaan tärkeintä tuen saanti lapsettomille on tutkimuksiin ja hoitoihin hakeuduttaessa ja silloin kun harkitaan hoitojen lopettamista. Tukea tarvitaan kuitenkin myös kaikissa muissa hoidon vaiheissa ja silloinkin, kun raskaus alkaa. Usein lapsettomuushoidoissa painottuu naisen rooli hoidettavana ja tuettavana. On todettu kuitenkin, että ottamalla puoliso mukaan hoitoprosessiin, vaikutetaan myös naisen hoitokokemukseen myönteisesti. Tiedollisen tuen saamista pidetään myös hyvin tärkeänä. Lapsettomuuden hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista, sillä siinä yhdistyvät monet osa-alueet; lääketieteelliset, psykologiset ja

sosiokulttuuriset. Potilaat tarvitsevat tukea, jolla ylläpidetään toiveikkuutta. Hoitajan toiveikkuus ja aktiivisuus, jokapäiväisestä elämästä keskusteleminen sekä hoidon luomista mahdollisuuksista puhuminen ovat tähän hyviä keinoja. Alla esimerkkilainauksia tutkimuksista viitaten tuen tarpeeseen.

"Lapsettomuus on psykososiaalinen ongelma, jonka kohtaamisessa ei saa painottua pelkästään lääketieteellinen näkökulma."

"...emotional support must be provided for infertile couples."

**Kokemuksia tuesta.** Positiiviset kokemukset lapsettomuushoidoissa annettuun tukeen liittyivät tutkimuksissa siihen, että parit saivat riittävästi tietoa hoidoista ja heitä kohdeltiin hyvin ja hienotunteisesti. Toisinaan kuitenkin lapsettomuuden hoidossa keskityttiin liiaksi ongelman biolääketieteelliseen puoleen, jolloin psykososiaalisen puolen hoitaminen jäi vähemmälle. Hoitohenkilökunnan toimintaa on kiitely lämpimyydestä ja huolenpidosta, mutta kritisoitu hienotunteisuuden ja henkilökohtaisuuden puuttumisesta. Alla on esimerkkilainauksia tutkimuksista viitaten kokemuksiin saadusta tuesta.

"...olen niin onnellinen kun vihdoinkin tiedän jotain itsestäni ja tulevista hoidoista..."

"Olin ihan ummikkona. Mä en tienny yhtään mitä tarkoittaa IVF."

**Sairaanhoitajan tuki.** Sairaanhoitajilla on hyvät edellytykset antaa tukea lapsettomuudesta kärsiville. Tutkimuksissa todettiin, että sairaanhoitajan roolia henkisen ja tiedollisen tuen antajana tulisi korostaa entisestään. Koko terveydenhuoltohenkilöstön tulee olla herkkiä tunnistamaan lapsettomuudesta kärsivien tarpeita. Sairaanhoitajan tulee luoda avointa, realistista, taitavaa ja luottamuksellista keskustelua. Negatiivisia ajatuksia voidaan harjoitella korvaamaan positiivisilla ja potilaan omia voimavaroja vahvistaa. Yksityisillä klinikoilla todettiin sairaanhoitajilla olevan paremmat edellytykset antaa henkistä tukea kuin julkisessa terveydenhuollossa. Miellyttäväksi tueksi tutkimuksissa mainittiin muun muassa se, että sairaanhoitaja piti kädestä hoitojen aikana ja se, että hän oli läsnä. Tyytymättömät potilaat sen sijaan eivät saaneet tukea laisinkaan, vaan heidän kohdallaan keskityttiin hoitamaan pelkästään asian lääketieteellistä puolta ja hoitajat olivat kiireisiä.



Tutkimuksissa ehdotettiin sairaanhoitajille muun muassa seuraavia asioita, joilla lapsettoman parin jaksamista voitaisiin tukea: Ole hienotunteinen, anna tietoa aiheeseen liittyvistä Internet-sivuista, kerro paikallisista tukiryhmistä tai perusta itse uusi, keskustele tavoista lievittää hoitoihin liittyvää stressiä ja ota tarvittaessa yhteyttä mielenterveyden ammattilaiseen, muista ettei adoptio ole sama asia kuin biologinen lapsi. Lapsettomuuden hoitotyötä tulee suunnitella siten, että puhumiselle, jaksamisen kysymiselle ja parisuhdeongelmien kuuntelemiselle on aikaa. Toiminnan tulee olla asiakaslähtöistä ja tuen tulee sisältää tiedollinen tuki hoidoista ja henkinen tuki kuunnellen, rohkaisten ja olemalla empaattinen. Sairaanhoitajien tulee olla tietoisia miehille tyypillisestä tavasta vähätellä ja kieltää lapsettomuusongelma. Avoimet kysymykset ovat keino saada mies kertomaan todellisista tunteistaan. Sairaanhoitajan tulee kantaa vastuuta parin tuen saamisesta hoitojen lopettamisen jälkeenkin, esimerkiksi soittamalla heille. Alla tutkimusten lainauksia, missä tulee ilmi sairaanhoitajan antama tuki.

"Useimmiten myönteisin ja kielteisin hoitokokemus liittyi potilas-lääkäri-suhteeseen."

"Hoitohenkilökunta voi tarjota sosiaalista tukea esimerkiksi neuvomalla ja paneutumalla lapsettoman perheen tilanteeseen. Tällainen toiminta voi jo sinällään lievittää perheen ahdistusta."

"As health care professionals, nurses should strive to address the psychological and emotional needs of these men and women as couples and individuals."

**Sosiaalinen tuki.** Parit pitävät lapsettomuudesta kertomista helpottavana, tarpeellisena, tärkeänä ja eräänlaisena selviytymiskeinona. Kertominen ja asiasta puhuminen koetaan kuitenkin vaikeaksi. Erityisesti miehet kertovat asiasta vain kaikkein läheisimmille. Parit kokevat, että läheiset voivat tukea heitä parhaiten kuuntelemalla ja antamalla sosiaalista tukea stressaavissa elämäntilanteissa. Suurella osalla on joku, jonka kanssa keskustella. Osa kokee myös vertaistuen olevan kaikkein tärkein tuen muoto. Sitä voidaan saada Internetin keskustelupalstoilta ja vertaistukiryhmistä. Parit saattavat kokea myös sosiaalista eristäytymistä, sillä läheisten lasten näkeminen voi olla erityisen kivuliasta, jolloin joitakin paikkoja, tapahtumia

ja ihmisiä aletaan vältellä. Alla esimerkkilainauksia tutkimuksista, joissa tulee ilmi sosiaalinen tuki.

"Mulle on kyllä ehdottomasti suurin tuki, mitä ilman mun pää varmaan halkeis, niin on se vertaistuki."

"...infertile couples feel the social stigma of not having children while being faced with evidence of happy families all around them."

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tarkoitus oli kuvata lapsettomuushoidoissa käyvien parien tarvitsemaa henkistä tukea. Työn tavoite oli kehittää lapsettomuushoitajien parissa työskentelevien sairaanhoitajien antamaa henkistä tukea hoitotyössä. Työmme kohdistui Seinäjoen keskussairaalan naistentautien poliklinikalle. Sekä tutkimustulokset että teoria antoivat hyvin samankaltaiset vastaukset lapsettomuushoidoissa olevien henkisen tuen tarpeesta ja sen saamisesta, sekä siitä, mitä tuntemuksia ja ajatuksia lapsettomuus potilaissa herättää. Tärkeää on, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi aikaa kohdata lapseton pari ja paneutua yksilöllisesti heidän tilanteeseensa. Kuulumisten kysyminen, parisuhteen toimiminen sekä jaksamisen varmistaminen, toivon antaminen ja rohkaiseminen ovat tärkeitä lapsettomuuden parissa työskentelevien sairaanhoitajien työssä. Tärkeää on myös, että sairaanhoitajalla itsellään on halua antaa henkistä tukea potilaalle ja että hän ymmärtää sen olevan tärkeä osa lapsettomuuden hoitoa. Tulokset viittaavat nimenomaan tahattomasta lapsettomuudesta kärsiviin pareihin, sillä lapseton voi olla omasta halustaankin, jolloin se ei todennäköisesti aiheuta samanlaista tunnekuormaa ja minuuden kyseenalaistamista. Tuloksia voivat hyödyntää paitsi naistentautien alueella työskentelevät terveydenhoitoalan ammattilaiset, myös lapsettomuudesta kärsivät parit ja heidän läheisensä.

Paitsi että lapsettomuushoidot ovat henkisesti vaativia, ovat ne sitä myös fyysisesti (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4115). Eriyislaatuisen lapsettomuudesta elämänkriisinä tekee se, että naisen kuukautiskiertoon pohjautuva toivon ja pettymyksen kierre on henkisesti hyvin kuluttava. Paitsi ammattilaisilta saatu tuki, myös vertaistuki ja parisuhteen toimiminen kriisitilanteessakin luovat edellytykset selviytyä. Lapsettomuuden aiheuttamat emotionaaliset reaktiot ovat tutkimusten perusteella naisella rankemmat. Miehellä tyypillistä on itsensä, kumppanin ja molempien suojeleminen vähättelyn ja välttelyn kautta. Huomioitavaa on myös se, että vaikka syy lapsettomuuteen olisi biologisesti miehessä, saattaa nainen kokea lapsettomuuden yhtä raskaasti kuin jos syy olisi hänessä. Paitsi suomalaisessa yhteiskunnassa myös muissa maissa raskaus ja synnyttäminen ovat naisen ja vaimon tärkeitä tehtäviä.

Lapsettomuushoitoja verrataan syöpähoitoihin, sillä molemmissa kajotaan ihmiskehon intimiteettiin ja hoidot ovat fyysisesti ja psyykkisesti hyvin raskaita. Potilaalle syntyvät mielikuvat hoidoista voivat olla väkivaltaisia, tunkeutuvia ja jopa ahdistavia. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2001, 4116.)

Tuloksista ilmeni, kuinka tärkeää sairaanhoitajan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten antama tuki on. Tärkeimmäksi tuen muodoksi tutkimuksissa mainittiin tiedollinen tuki, kuitenkin niin että henkinen kulkee siinä rinnalla. Koska lapsettomuudesta kärsivät parit eivät välttämättä itse aktiivisesti pyydä apua, tulee sairaanhoitajalla olla ”tuntosarvet”, joilla hän kuulostelee parin tilannetta ja mahdollisen avun tarvetta. Sairaanhoitajat saivat tutkimuksissa kiitosta hienovaraisesta käytöksestään ja läsnäolosta toivoa herättävässä mutta kuitenkin rehellisessä ilmapiirissä. Kokonaisvaltainen hoito palvelee pareja parhaiten.

Ihmiselle, joka ei ole tullut ajatelleeksi lapsettomuuden mahdollisuutta, kysymys: ”Onko teillä jo lapsia?” on hyvin arkinen ja hyväntahdon oloinen. Kuitenkin lapsettomalle parille jo tuo lause voi tuoda mieleen peruslämmön mittaamisen, parisuhteen riidat, lääkärikäynnit ja aikataulutetun seksin. (Salzer 1994, 13) Lapsettoman parin valmistautuminen tämänkaltaisiin kysymyksiin joko yksin tai ammattiavun kanssa voi tuoda itsevarmuutta ja mielen eheyttä jokapäiväiseen elämään.

Lapsettomuuden vaikutusta pariskunnan seksielämään ei voi vähätellä. 10%:lla lapsettomuushoidoissa olevista miehistä on erektio-ongelmia silloin, kun nainen on kuukautiskiertonsa puolivälissä ja 35% pareista ei koe seksielämänsä tyydyttäväksi. Kuten tutkimustuloksissammekin ilmeni, seksin muuttuessa ”työksi”, jolla on konkreettinen tavoite, syntyy ongelmia ja ahdistusta. Näin tapahtuessa, sairaanhoitaja voi ehdottaa parille tauon pitämistä raskauden yrittämisestä ja palata takaisin aiempaan seksielämänsä. Kuitenkin on todettu myös, ettei kaikille pareille tule ongelmia seksin kanssa lapsettomuushoitojen aikana. (Tulppala 2002.)

Kaksi kolmesta lapsettomuushoidoissa olevista pareista kokee sukulaisilta, ystäviltä ja puolisolta saadun tuen riittäväksi. Kuitenkin suositellaan, että lapsettomuushoitojen lääketieteellisessä työryhmässä olisi mukana myös psyykkisen työn ammattilainen. Suositeltavaa on myös, että hoitohenkilökunta saisi työnohjausta tuen antamisesta, jolloin työn tekeminen olisi mielekkäämpää. (Tulppala 2002.)

Lapsettomuuden parissa kamppailevalle kaikki muu elämässä saattaa tuntua yhdentekevältä. Omalle tunne-elämälle ja surutyölle tulee kuitenkin antaa riittävästi aikaa. (Tulppala 2002.) Lapsen synnyttäminen tai adoptointi voi merkitä monelle ”ratkaisua” lapsettomuuden ongelmaan. Todellisuudessa lapsettomuuden aiheuttamat haavat ja arvet kulkevat kuitenkin mukana vielä lapsen saannin jälkeenkin. Lopullinen ”ratkaisu” lapsettomuudesta kärsineelle on kuitenkin se, että onnistutaan näkemään vaikea elämänjakso oikeasta näkökulmasta ja asia voidaan hyväksyä. ”Ratkaisuun” pääseminen merkitsee rauhaa oman itsensä kanssa: voimakkaat tunteet on lopulta voitettu ja elämää katsotaan optimistisesti, lapsettomuudenkin jälkeen on elämää. (Salzer 1994, 320-321.)

## 9 POHDINTA

Henkisen tuen antamista ei korosteta sairaanhoitajakoulutuksessa mielestämme riittävästi. Tämä tukee tutkimustuloksiamme siitä, etteivät parit aina koe saavansa kokonaisvaltaista hoitoa. Sairaanhoitajat ovat kuitenkin aitiopaikalla potilaan lähellä. Heillä on edellytykset tukea potilaita. Ihmisen sanotaan olevan psyykkis-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, minkälaista myös hoitotyön pitäisi kaikilla erikoissairanhoidossa ja perusterveydenhuollossa olla. Yksi sairaanhoitajan työn tunnetuimpia ominaisuuksia on kuitenkin kiire. Kiirettä voidaan käyttää tekosyynä jättää tekemättä joitakin tärkeitä asioita, helpoiten sellaisia joista ei jää näkyvää jälkeä. Henkinen tuki on nimenomaan tällaista.

Valitsimme lapsettomuutta koskevan aiheen, sillä se on ollut julkisen keskustelun aiheena viime aikoina runsaasti. Tunnetut henkilöt kertovat rohkeasti lapsettomuushoidoista, mahdollisesta adoptoinnista ja tämän kaiken vaikutuksesta parisuhteeseen. Kuten aiemmin todettua, kertominen helpottaa lapsettomuudesta kärsivän olo ja saadessaan palstatilaa, tarjoaa myös mahdollisuuden vertaistukeen. Tärkeää on, että jokaisella tukea tarvitsevalla olisi edes yksi ihminen valmiina kuuntelemaan ja antamaan tukea. Joskus riittävä apu voi löytyä Internetistäkin.

Tätä opinnäytetyötä tehdessämme aloimme molemmat kiinnittää enemmän huomiota jokapäiväisessä elämässämme näkyvään tukemiseen, niin tiedolliseen kuin henkiseenkin. Henkinen tuki on kiinteä osa hoitotyötä. Tulee myös muistaa läheisten osuus hoidossa ja heidän toiveensa ja ajatuksensa. Henkisen tuen antaminen voi olla pieniä tekoja; kädestä kiinni pitämistä, luottamuksellista läsnäoloa tai vaikkapa tervetuliaaksi toivottamista.

Kuten tuloksistamme voi todeta, henkinen tuki on kuitenkin myös esimerkiksi tiedollista ja sosiaalista tukea. Henkiseen tukeen voidaan lukea kaikki tuen eri muodot, jotka vaikuttavat lapsettoman parin henkiseen hyvinvointiin.

Mielestämme onnistuimme opinnäytetyössämme hyvin. Löysimme tutkimusartikkeleita riittävästi, vaikkakin englanninkielisten artikkeleiden odotettua suurempi määrä tuotti paljon työtä. Tuloksissa pystyimme erittelemään sen, miltä lapsettomuus tuntuu ja miten lapsettomia voidaan tukea. Hyvä sairaanhoitaja tietää nämä

seikat. Yhteistyömme onnistui hyvin, sillä meillä oli molemmilla motivaatiota tehdä tämä opinnäytetyö annetussa ajassa valmiiksi.

Opinnäytetyömme tarkoitus ja tavoite – kuvata tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien parien tarvitsemaa henkistä tukea ja kehittää lapsettomuushoitojen parissa työskentelevien antamaa henkistä tukea hoitotyössä – toteutuivat hyvin. Kirjallisuuskatsaus toimi odotettua paremmin tämänkaltaisessa tutkimuksessa, sillä löytämämme ja valitsemamme tutkimusartikkelit antoivat kattavat kuvaukset ja vastaukset tarkoitukseen ja tavoitteeseen ja tutkimuskysymyksiin. Tutkimusotteena laadullinen tutkimus mahdollisti tunteiden, ajatusten ja kokemusten, tarpeiden ja toiveiden kuvailemisen ja havainnollistamisen. Tulosten luokittelu ja sisällönanalyysin tekeminen tuotti odotettuja tuloksia, samanlaisia kuin teoriaosuudessakin käsiteltiin. Kaikin puolin voimme todeta tutkimukseen ja opinnäytetyömme kokonaisuudessaan hienosti onnistuneeksi ja erittäin opettavaiseksi kokemukseksi. Tulevaisuudessa saatamme vielä palata tämänkaltaiseen työskentelytapaan.

## **9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Keskeisiä aiheita hoitotieteellisessä tutkimuksessa ovat tutkimusetiikka ja sen kehittäminen. Tutkimusetiikka jaetaan tieteen ulkopuoliseen ja sen sisäiseen etiikkaan. Ulkopuolisella tutkimusetiikalla tarkoitetaan sitä, miten asiaa tutkitaan ja mitkä ulkopuoliset seikat tutkimusaiheen valintaan vaikuttaa. Sisäinen tutkimusetiikka käsittää suhteen tutkimuskohteeseen, tutkimusprosessiin ja sen tavoitteeseen. Luotettavuus ja totuudenmukaisuus ovat myös osa tieteen sisäistä etiikkaa. Sisäisen etiikan perustana on se, ettei esimerkiksi tutkimusaineistoa väärennetä tai kopioida. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173.)

Tutkimusetiikan lähtökohtana ja periaatteena ovat tutkimuksen hyödyllisyyden arviointi. Jo tutkimusaihetta valittaessa tutkija joutuu miettimään tutkimuksen eettisyyttä ja pohtimaan sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin tahoihin. Tut-

kimussuunnitelmaa tehtäessä tulee tutkijan arvioida tutkimuksen hyötyä hoitotyön laadun kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.)

Potilaan tai asiakkaan kanssa tehdyt ratkaisut hänen hyvinvointinsa edistämisestä ovat osa hoitotyön eettistä näkökulmaa. Potilaan oikeus on saada keskustella hänen hoitoon liittyvistä asioista hoitajan tai lääkärin kanssa ja perustan luottamukselle luokin vaitiolovelvollisuus. Hoitohenkilökunnan tulisi arvioida tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä henkilökohtaisesti ja miettiä, miltä tilanne tuntuisi, jos itse olisi potilaana. Toimenpiteiden aikana potilaalle tulisi luoda yksityisyyden tunne, jossa turhaa odottamista ja paljastamista vältettäisiin. (Eskola & Hytönen 2002, 23.)

Lapsettomuus ja siihen liittyvät lääketieteelliset hoidot ja emotionaalinen tunnekuorma ovat tutkimuksen aiheena sellaisia, että niistä saatava tieto ja niiden tutkimisessa käytettävät menetelmät voivat olla eettisesti arveluttavia. Tulee ottaa huomioon aiheen herkkyys ihmisten elämässä ja siihen liittyvän tiedon vaikutukset. Kirjallisuuskatsauksella saamme selville, mitä aiheesta on aiempien tutkimusten perusteella saatu selville, missä tilanteessa nyt ollaan. Emme haastattele ketään, emmekä näin ollen henkilökohtaisesti luo kenellekään mahdollisuutta loukkaantua tai ahdistua tutkimusmenetelmämme takia. Työmme tuottaa objektiivista tietoa syyttämättä tai kiittämättä ketään potilasta tai henkilökuntaa.

Keinoalkuiseen lisääntymiseen lääketieteellisenä toimenpiteenä liittyy monia eettisiä ongelmia, esimerkiksi siemennesteen luovuttajan oikeus isyyteen. Koeputkihedelmöityksessä kehittyvien ylimääräisten alkuiden omistus taasen on kysymys vanhempien erotessa tai kuollessa. Lisäksi voidaan miettiä kenellä on oikeus koeputkihedelmöitykseen, nuorilla vai vanhoilla, heteroilla vai homoseksuaaleilla. (Eskola & Hytönen 2002, 24.)

Tutkimuksen luotettavuuden edellytys on, että se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön perusteella. Siihen kuuluu, että tutkijat noudattavat tutkimustaan tarkkuutta, huolellisuutta, rehellisyyttä ja arvioivat tutkimusten tulosten luotettavuutta, sekä käyttävät luotettavia tiedonhankintamenetelmiä. Tutkimus tulee toteuttaa niin, että sen suunnittelu ja toteutus on tehty tarkkuudella ja asetettujen käytäntöjen mukaisesti. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2011.)



Tutkimuksen luotettavuus edellyttää tutkijan ammattitaitoa. Tieteenalan hyvä hallinta ja huolellisuus tutkimusta suorittaessa, tuloksia kirjatessa, raportoinnissa ja säilyttämisessä ovat ammattitaitoisen tutkijan merkkejä. Huolimattomuus edellä mainituissa asioissa voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja jopa hylätä tutkimuksen. (Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset 2011.)

Työmme teoriapohjaa luodessamme olemme tutustuneet monipuolisesti ja kattavasti hedelmöityshoitoihin, lapsettomuuden syihin ja lapsettomuuden seurauksiin. Lisäksi olemme valinneet lähteemme hyvin kriittisesti sisällön, saatavuuden ja ilmestymisajankohdan perusteella. Oppitunneilla olemme opiskelleet paitsi tieteellistä kirjoittamista lähteineen ja tekstiviitteineen, myös sisällönanalyysiä, laadullisen ja määrällisen tutkimuksen tekemistä ja kriittistä ajattelutapaa omaa ja muiden työtä kohtaan. Teorian yhdistäminen käytäntöön on soveltanut hoitotyön opiskelua työelämään, kuten myös tämän tutkimuksen tulee tehdä. Sisällön analyysin toteutimme siten, että molemmat tekivät sen erikseen. Näin tuloksista saatiin luotettavimmat.

## **9.2 Jatkotutkimushaasteet**

Opinnäytetyöhömmme valituissa tutkimusartikkeleissa toistui jatkuvasti toive jatkotutkimuksista käsitellen lapsettomuuspotilaiden tunne-elämää, heidän auttamistaan, sosiaalisen tuen merkitystä, miehestä johtuvaa lapsettomuutta sekä toivoa vahvistavia auttamismenetelmiä ja sairaanhoitajia tuen antajina.

Terve ihmismieli toimii siten, ettei lapsettomuuden mahdollisuutta tule ennakkoon välttämättä ajateltua. Sen osuessa omalle kohdalle maailmankuva ja -katsomus järkyttyy sekä luottamus tulevaan. Mielestämme jonkinlainen lapsettomuuden mahdollisuudesta kertominen tulisi tehdä näkyvämmäksi, sillä lapsettomuutta on myös mahdollista ennaltaehkäistä. Ei-toivotun raskauden ehkäisystä sen sijaan kerrotaan hyvin laajasti. Tämä on kolikon lähes salattu kääntöpuoli.

Tutkimusta lapsettomuuden vaikutuksista myöhemmin saavutettuun vanhemmuuteen on myös vähän. Näemme jatkotutkimushaasteina tämän sekä kaikenlaisen

muun henkiseen tukeen ja lapsettomuuteen sekä lapsettomuushoitoihin liittyvän tutkimuksen.

Loppuun haluamme laittaa psykologi Vilko-Riihelän sitaatin, joka mielestämme kuvaa osuvasti lapsettomuuden kokemusta.

"Kun taakka kasvaa liian suureksi, selkä murtuu ja nähdään vain ne viimeiset laudat, jotka kuormaan laitettiin."

## LÄHTEET

- \* Ayaz, S. & YamanEfe, S. 2010. Traditional practices used by infertile women in Turkey. *International Nursing Review* 57, 383-387.
- Coping Techniques. 2012. Resolve. The national infertility association. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.3.2012]. Saatavana: <http://www.resolve.org/support-and-services/Managing-Infertility-Stress/coping-techniques.html>
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eskola, K. & Hytönen, E. Nainen hoitotyön asiakkaana. 2002. Helsinki: WSOY.
- Hyvä tieteellinen käytäntö. 2011. [Verkkosivu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 28.3.2012]. Saatavana: [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html)
- Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset. 2011. [Verkkosivu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 28.3.2012]. Saatavana: [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/loukkaukset.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/loukkaukset.html)
- Johansson, K. Axelin, A. Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- \*Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. *Hoitotiede* 19 (2), 63-74.
- Kriisit ja haasteet 2010. Simpukka – Lapsettomien yhdistys. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.3.2012.] Saatavana: [http://www.simpukka.info/fi\\_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta/kriisit-ja-haasteet/](http://www.simpukka.info/fi_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta/kriisit-ja-haasteet/)
- Läheiselle: Miten voin auttaa? 2010. Simpukka – Lapsettomien yhdistys. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.3.2012.] Saatavana: [http://www.simpukka.info/fi\\_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta/laheiselle-miten-voin-auttaa/](http://www.simpukka.info/fi_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta/laheiselle-miten-voin-auttaa/)
- Mattila, 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Miehen hedelmättömyys. [Verkkosivu]. Lapsettomuus. [Viitattu 24.1.2012] Saatavana:

[http://www.lapsettomuus.com/Hedelmallisyys/Miehen\\_hedelmattomyys/index.asp](http://www.lapsettomuus.com/Hedelmallisyys/Miehen_hedelmattomyys/index.asp)

Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla: Hedelmöityshoitoihin liittyvät huolenaiheet, valmius kertoa hoidoista sekä tuen tarve. Helsinki: Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 40.

\*Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1992. Lapsettomuuden biologisia, kulttuurisia ja sosiaalisia piirteitä. *Hoitotiede* 4 (1), 34-40.

Miltä lapsettomuus tuntuu? 2010. Simpukka – Lapsettomien yhdistys. [Verkkosivu]. [Viitattu 30.3.2012.] Saatavana:

[http://www.simpukka.info/fi\\_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta/milta-lapsettomuus-tuntuu](http://www.simpukka.info/fi_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta/milta-lapsettomuus-tuntuu)

Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Turun yliopisto. [Verkkosivu]. Päivitetty 31.1.2011. [Viitattu 29.1.2012]. Saatavana:

<http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/satakunta/opiskelu/ohjeet/kirjallisuuskatsaus.html>

\*Omu, F. & Omu, A. 2010. Emotional reaction to diagnosis of infertility in Kuwait and successful clients` perception of nurses` role during treatment. *BMC Nursing* 9 (5), 1-10.

\*Paterno, M. 2008. Families of two: Meeting the needs of couples experiencing male infertility. *Nursing for Women`s Health* 12 (4), 300-306.

\*Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa – pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22 (2), 141-152.

\*Räisänen, R. & Kaunonen, M. 2004. Lapsettomuus kokemuksena Internetin keskusteluryhmässä: "Saisi haikara jo pian palvella minuakin, voisikohan mihinkään valittaa kohtuuttomaksi venähtäneestä jonotusajasta!?". *Hoitotiede* 16 (2), 71-80.

Salzer, L. Lapsettomuus kriisinä. 1994. Helsinki: Otava.

\*Sherrod, R. 2006. Male Infertility: The Element on Disguise. *Journal of Psychosocial Nursing* 44 (10), 30-37.

Tapio, N. 2010. Lapsettomuus ja psykososiaalinen tuki. Teoksessa: Hakkarainen, A. Ihmeet tapahtuvat muille: Lapsettomuuspäiväkirja. 166-174. Helsinki: Otava.

Tiitinen, A. 19.10.2011. Naisen lapsettomuus. [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 27.3.2011]. Saatavana:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00737](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00737)

- Toivanen, R., Vilska, S. & Tulppala, M. 2004. Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. Suomen lääkirilehti 59 (43), 4118.
- Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy: lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: Väestöliitto.
- Tulppala, M. Lapsettomuuden tuska. 2002. [Verkkosivu.] [Viitattu 17.4.2012] Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00094&p\\_teos=onn&p\\_selaus=#s6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00094&p_teos=onn&p_selaus=#s6)
- \*Tuominen, A., Halme, N. & Åstedt-Kurki, P. 2007. ”Se, et joku kuuntelee...” Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. Hoitotiede 19 (4), 213-222.
- Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psykyke: Psykologiankäsikirja. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- When to seek help.2012. [Verkkosivu]. Resolve. The national infertility association.[Viitattu 30.3.2012]. Saatavana: <http://www.resolve.org/support-and-services/Managing-Infertility-Stress/when-to-seek-help.html>
- Ylikorkala, O & Kauppila, M. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

\* = Analyysissä käytetyt tutkimukset

## **LIITTEET**

**Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit.**

**Liite 2. Esimerkki aineistolähtöisestä analyysi**