

Heta Isopahkala, Susanna Korkia-aho & Tessaliina Valo

**TUKEA PARISUHTEEN SEKSUAALISUUTEEN
LAPSETTOMUUSHOITOJEN AIKANA**

Tietopaketti jaettavaksi lapsettomuushoidoissa käyville

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Lokakuu 2017**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Lokakuu 2017	Tekijä/tekijät Heta Isopahkala, Susanna Korkia-aho & Tessaliina Valo
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi TUKEA PARISUHTEEN SEKSUAALISUUTEEN LAPSETTOMUUSHOITOJEN AIKANA. Tietopaketti jaettavaksi lapsettomuushoidoissa käyville.		
Työn ohjaaja Pia Hagqvist	Sivumäärä 38 + 3	
Työelämäohjaaja Jaana Sammallahti		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvokuntayhtymä Soiten naistentautien poliklinikalle tietopaketti lapsettomuushoidoissa käyville tuotekehittelyprojektin muodossa. Kehittämistarve tuli esiin naistentautien osaston seksuaaliterapeutilta, koska heillä ei ollut tarjota vastaavaa tietopakettia asiakkaille. Työelämästä esiin noussut tarve innosti meitä, koska saimme kehittää uuden tuotteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota naistentautien poliklinikan henkilökunta voi käyttää työvälteenä suullisen ohjauksen tukena.</p> <p>Teoriaosuus opinnäytetyössä sisältää tietoa tahattomasta lapsettomuudesta ja siihen yhteydessä olevista muista tekijöistä, lapsettomuustutkimuksista, lapsettomuuden eri hoitomuodoista, lapsettomuushoitosten aiheuttamista seksuaalisista ongelmista sekä parisuhteen lapsettomuuskriisistä. Teoriaosuudessa käsiteltiin myös hoitohenkilökunnan antamaa tukea sekä vertais- ja puolison tukea.</p> <p>Tietopaketin laatimisessa olemme hyödyntäneet Jämsän ja Mannisen (2000) teosta Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa on viisi eri vaihetta, joiden mukaisesti tietopaketti toteutettiin. Nämä vaiheet olivat: kehittämistarpeen tunnistaminen, ideointivaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen, sekä tuotteen viimeistelyvaihe. Tuotekehittelyprosessimme loi lopullisen tuotteen tietopaketin muodossa. Tämä vastasi naistentautien poliklinikan henkilökunnan tarpeisiin. Tietopaketin ulkoasu noudattaa Soiten visuaalista ilmettä sekä on tyyliiltään neutraali.</p>		
Asiasanat hedelmöityshoidot, lapsettomuus, lapsettomuuskriisi, parisuhde, seksuaalisuus, tahaton lapsettomuus, tuki		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date October 2017	Author Heta Isopahkala, Susanna Korkia-aho & Tessaliina Valo
Degree programme Degree Programme of Nursing		
Name of thesis SUPPORTING PARTNERS' RELATIONSHIP AND SEXUALITY DURING INFERTILITY TREATMENT. Information package to be delivered to people who are participating in infertility treatments.		
Instructor Pia Hagqvist	Pages 38 + 3	
Supervisor Jaana Sammallahti		
<p>The purpose of the thesis was to create an information package to gynaecological clinic in Central Ostrobothnia Social and Health Services Association Soite in the form of a product development project. The need for development emerged from the gynaecological department's sexual therapist because they did not have the similar information package for customers. The need arising from working life inspired us because we could develop a new product. The aim of the thesis was to produce information that the gynaecological clinic staff can use as a tool to support oral guidance.</p> <p>The theoretical part includes information about involuntary infertility and related factors of involuntary infertility, infertility studies, various infertility treatment forms, sexual problems caused by infertility treatments and childlessness crisis in a couple's relationship. The theoretical part also deals with support from nursing staff, peer support and partner's support.</p> <p>In the compilation of the information package we have used Jämsä & Manninen's (2000) book Production of expertise in social and health care. There are five different stages during product development project according to Jämsä & Manninen's book, which we used in the making of the information package. These phases were: identification of development need, ideation stage, sketching phase, product development stage and product finishing stage. Our product development process created the final product in the form of an information package. This corresponded to the needs of the gynaecological clinic staff. The layout of the information package follows the visual appearance of Soite, and is neutral in style.</p>		
Key words Infertility treatments, infertility, childlessness crisis, intimate relationship, sexuality, involuntary infertility, support		

KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Infertiliteetti = hedelmättömyys

Infektio = tulehdus

Endometrioosi = kohdun limakalvon sirottumatauti

Hyperprolaktinemia = veren maitohormonin liikatuotanto

Hypopituitarismi = aivolisäkkeen vajaatoiminta

PCO = munasarjojen monirakkulaoireyhtymä

Sonosalpingografia = munajohtimien ultraäänitutkimus

Laparoskopia = vatsaontelon tähytystutkimus

Myooma = kohdun lihaskyhy

Polyyyppi = hyvälaatuinen kohdun limakalvon kasvain

Adenomyoosi = kohdun limakalvon solujen kasvu kohtulihakseen

Sertoli sell only -oireyhtymä = siittiöitä tuottavien solujen puutos

Anabolinen steredoidi = testosteronin, eli sukupuolihormonin tapaan vaikuttava hormonivalmiste

FSH = follikkeliä stimuloiva hormoni, eli aivolisäkkeen etulohkon erittämä hormoni joka stimuloi estrogeenin eritystä

Estrogeeni = naishormoni, joka ylläpitää mm. kohdun toimintoja

TSH = tyreoidiaa, eli kilpirauhasta stimuloiva hormoni

Inseminaatio = siittiöiden ruiskutus kohtuonteloon

Vaginismi = lantion pohjan ja emättimen uloimman kolmanneksen lihasten tahaton supistelu häpyhuulia tai emättimen ulkosuuta koskettaessa

Injektio = pistos

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT**

KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LAPSETTOMUUS	3
2.1 Tahaton lapsettomuus ja siihen yhteydessä olevat tekijät	4
2.2 Lapsettomuustutkimukset ja lapsettomuuden hoitomuodot	8
2.2.1 Lapsettomuushoitojen aiheuttamat seksuaaliset ongelmat.....	12
2.2.2 Lapsettomuus kriisi parisuhteessa	13
3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS SUOMESSA	16
4 TUKEA PARISUHTEESEEN JA SEKSUAALISUUTEEN	17
4.1 Ammattilaisen tuki	17
4.2 Vertaistuki	19
4.3 Kumppanin tuki.....	21
5 HYVÄ KIRJALLINEN OHJE	23
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	25
7 TIETOPAKETTI LAPSETTOMUUSHOIDOISSA KÄYVILLE PARISKUNNILLE	26
7.1 Tuotteen toimintaympäristö	26
7.2 Yleistä tuotekehittelyprojektista ja projektiorganisaatio	27
7.3 Tuotekehittelyn vaiheet	28
7.3.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen	28
7.3.2 Ideavaihe	29
7.3.3 Luonnosteluvaihe	31
7.3.4 Tietopaketin kehittäminen	32
7.3.5 Tietopaketin viimeistely ja valmis työ.....	33
7.4 Tekijänoikeudet, tuotteen patentointi ja elinkaari	33
8 POHDINTA	35
8.1 Projektityön eettisyys ja luotettavuus	35
8.2 Ammatillinen kasvu ja oppimiskokemukset	37
LÄHTEET	39
KUVIOT	
KUVIO 1. Lapsettomuuden syyt	8
KUVIO 2. Lapsettomuus kriisin vaiheet	15

1 JOHDANTO

Tahaton lapsettomuus on kipeä ja henkilökohtainen asia, ja se koskettaa Väestöliiton (2017) mukaisesti arviolta 60 000 paria Suomessa. Infertiliteettistä eli lapsettomuudesta puhutaan silloin, kun lapsitoive ei ole toteutunut, vaikka yhdyntöjä on toteutettu ilman ehkäisyä yli vuoden säännöllisesti. (Tiihonen, Tuominen & Pruuki 2015, 13.) Harvoin ajatellaan, että lapsettomuus voi osua omalle kohdalle. Yhteiskunnassamme tuntuukin olevan käsitys siitä, että lasten saamista pidetään itsestäänselvyytenä. Vaikka lapsettomuus on ollut käsitteenä tuttu monien vuosien ajan, vasta viime aikoina siitä keskusteleminen on muuttunut avoimemmaksi. (Tiitinen 2016, 15–20.) Lapsettomuuden osuminen omalle kohdalle on aina yllättävää, ja se vaikuttaa merkittävästi henkiseen hyvinvointiin. Lapsettomuuden kokemus saattaa olla yksilön tai parin kohtaama ensimmäinen kriisi, jolloin henkisen tuen merkitys on suuri. Lapsettomuutta kohtaavista pareista 70 % toivookin psyykkisen tuen mahdollisuutta. (Tulppala 2012, 2018; Mäkelä 2007, 23.) Henkisen tuen saaminen auttaa käsittelemään kipeää asiaa sekä ehkäisee mielenterveyden horjumista. Lapsitoiveeseen kulminoituu usein oman jatkuvuuden ja elämän merkityksellisyyden kokemus. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 92.)

Lapsettomuuden kokemus saattaa saada aikaan vaikeita tunteita, joista on haastavaa kertoa ulkopuoliselle. Omien tuntemusten ja kokemusten lisäksi lapsettomuus on haaste parisuhteelle. Kaikille lapsettomuus ei välttämättä ole kriisi, mutta jonkinlaisen jäljen yksilön tarinaan se jättää. On syytä muistaa, että lapsettomuus voi olla myös tietoinen valinta. Tällöin puhutaan tahallisesta lapsettomuudesta. Vaikka lapsettomuushoidot ovat tänä päivänä tehokkaita, lapsettomuuden loppua on vaikea ennustaa. Joidenkin pariin toive toteutuu nopeasti, toisilla taas ei koskaan. Lapsettomuushoitojen myötä ulkopuolisia henkilöitä tulee osaksi parin intiimeintä ja yksityisintä asiaa, mikä voi herättää erilaisia tuntemuksia, kuten hämmennystä ja häpeää. Viimeisten vuosien aikana lapsettomuushoitojen tarve länsimaissa on kasvanut ja tarpeen ennustetaan yhä nousevan. (Tulppala 2012, 2018.) Koskettipa lapsettomuus ketä tai millaisessa tilanteessa tahansa olevaa pariskuntaa, yhteistä kaikelle lapsettomuudelle on, että se koetaan kipuna sydämessä yhteiskunnasta tai kulttuurista riippumatta. Lapsettomuus ei tunne rajoja. (Tiihonen ym. 2015, 13–14.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda kirjallinen tietopaketti pariskunnille, jotka käyvät läpi lapsettomuushoitoja. Tietopaketti sisältää tietoa siitä, kuinka tukea parisuhteen seksuaalisuutta lapsettomuushoitojen aikana. Haluamme tietopakettimme avulla viestiä, etteivät lapsettomuushoidoissa käyvät paris-

kunnat jää tunnekokemuksensa kanssa yksin. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa, jota naisyksentautien poliklinikan henkilökunta voi käyttää työvälineenä suullisen ohjauksen tukena. Tämän hetkisen tietomme mukaan Soitessa ei ole käytössä vastaavaa tietopakettia ja työelämästä esille noussut tarve innosti meitä tarttumaan opinnäytetyöhön tuotekehittelyprojektin muodossa, saimme siis kehittää uuden tuotteen.

Aiheesta löytyy tutkittua tietoa ja kirjallisuutta, joita olemme hyödyntäneet opinnäytetyössämme. Eettisistä syistä emme haastatelleet opinnäytetyöhömmme henkilökohtaisesti pariskuntia, vaan keräsimme tietoperustamme kirjallisuudesta ja jo olemassa olevasta tutkitusta tiedosta, sekä alan asiantuntijoilta. Koemme tärkeänä, että tietopakettimme vastaa lapsettomuushoidoissa käyvien pariskuntien tarpeita. Tietopakettimme turvaa tiedonsaannin ja tuen merkitystä lapsettomuuskriisin keskellä. Opinnäytetyötä työstäessämme oma ammattitaitomme kehittyi arkojen asioiden käsittelyssä sekä saimme kokemusta opinnäytetyöprojektityöskentelystä. Koimme tietopaketin sopivaksi sen helppolukuisuuden myötä. Näin pariskunnat saavat tutustua tietopakettimme rauhassa kotona ja nostaa esille kysymyksiä, joita he haluaisivat käydä läpi esimerkiksi seksuaaliterapeutin vastaanotolla ja tietävät, mistä saada tarvittaessa ammattiapua.

2 LAPSETTOMUUS

Tässä luvussa tulemme käsittelemään lapsettomuutta. Lähestymme lapsettomuuden käsitettä hoitotyön näkökulmasta, sillä koemme tärkeänä korostaa sitä, että lapsettomuus on paljon muutakin kuin lääketieteellinen pulma tai kliininen kuva. Otamme kuitenkin esille myös lääketieteellistä näkökulmaa lapsettomuuden syistä ja hoitomuodoista, sillä koemme tämän helpottavan käsitteen ymmärtämisessä. Lapsettomuuden käsite onkin hyvin moninainen, mutta karkeasti se voidaan jakaa tahalliseen ja tahattomaan lapsettomuuteen, jotka ovat sen yleisempiä ilmenemismuotoja.

Tahallisesta lapsettomuudesta puhutaan silloin, kun henkilö tai pari valitsevat vapaaehtoisesti lapsettoman tien. Tahaton lapsettomuus on taas nimensä mukaisesti tahdosta riippumatonta lapsettomuutta, jonka käsitettä avaamme tarkemmin seuraavassa luvussa. Edellä mainittujen lapsettomuuden muotojen lisäksi Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry nostaa esille myös lapselliset lapsettomat, eli niin sanotut sekundaarisesti lapsettomat, sekä lapsenlapsettomat. Suomessa tahattomasti lapsettomien parien osuudesta noin 60 % ovat sekundaarisesti lapsettomia, vaikka yleisesti saatetaan ajatella, että parit, joilla on jo lapsi, eivät kärsi lapsettomuudesta tai vaikeuksista saada lisää lapsia. (Tiihonen ym. 2015, 13.) Tulee myös muistaa, että lapsettomuus ei ole yksinomaan heteroparien ongelma, vaan myös samaa sukupuolta olevat parit ja yksineläjät kokevat lapsettomuutta. (Tynninen & Ryttyläinen 2009, 22.)

Opinnäytetyömme käsitteen lapsettomuudesta olemme rajanneet tahattoman lapsettomuuden muotoon, sillä haluamme nostaa esille kyseisen lapsettomuuden muodon vaikutukset niin sosiaaliseen kuin psykiseen hyvinvointiin. Jatkossa puhuessamme lapsettomuudesta viittaamme tahattomaan lapsettomuuteen. Lapsettomuutta koskevaa tutkimusta on toteutettu Suomessa ja muualla maailmassa runsaasti niin lääketieteen kuin hoitotieteen näkökulmasta. Suomessa esimerkiksi Väestöliitossa toimivat asiantuntijat ovat toteuttaneet tutkimuksia (Anttila & Korkeila 2012; Mäkinen & Söderström-Anttila 2014), mutta pääosin niiden painopiste on lääketieteellinen. Hoitotieteen tutkimuksissa lapsettomuutta on taas tarkasteltu opinnäytetöiden muodossa, erityisesti naisen näkökulmasta (Fyhr-Komu & Hakama 2008; Niskanen & Rouvinen 2014; Rytönen & Siira 2013.) Myös miesten kokemuksia lapsettomuudesta on nostettu viime aikoina paljon esille (Ahtola & Lappi 2014; Bunda, Penttinen & Rissanen 2014; Mäkelä & Laitinen 2013).

2.1 Tahaton lapsettomuus ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Tahattomasta lapsettomuudesta on kyse silloin, kun lapsettomuus ei ole tietoinen valinta, vaan kykenemättömyyttä tulla raskaaksi tai synnyttää elävä lapsi yli vuoden kestäneestä säännöllisestä suojaamattomasta yhdynnästä huolimatta. (Tiitinen 2016). Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivät pariskunnat saattavat kokea olevansa yksin tunnekokemuksensa kanssa, mutta tahaton lapsettomuus on yleistä, yhä yleisempää ja sen ennustetaan lisääntyvän. (Tulppala 2012, 2081). Miehistä 11 % ja naisista 19 % Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan on kokenut lapsettomuutta jossain kohtaa elämässään. (Alha, Koponen, Klemetti, Luoto & Surzel 2011, 111.) Väestöliiton (2017) mukaan Suomessa ilmenee vuosittain 3000 uutta lapsettomuudesta kärsivää paria.

Tahattoman lapsettomuuden syyt ovat moninaiset, jotka voivat olla niin naisesta kuin miehestä lähtöisiä. Syy voi löytyä molemmista, mutta joskus tahattoman lapsettomuuden syytä ei saada selville. Hedelmättömyys tai hedelmällisyysongelmat ovat yleisin lapsettomuuteen johtava syy. (THL 2016.) Yhtenä syynä lapsettomuuden lisääntymiseen ajatellaan olevan nyky-yhteiskuntamme urakeskeisyys, sillä ajatus perheen perustamisesta mielletään vakituisen työpaikan saavuttamisen, sekä aloilleen asettumisen jälkeiseksi elämänvaiheeksi. (Tiihonen ym. 2015, 9.) Onkin todettu, että erityisesti korkeasti koulutetuilla naisilla esiintyy lapsettomuutta, sillä raskauden mahdollisuutta on siirretty myöhemmälle iälle, jolloin hedelmällisyys on jo laskussa. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 92).

Usein uskotaan, että lapsettomuus johtuu yksinomaan naisesta, sillä vain nainen voi kantaa lasta ja synnyttää lapsen. Uskomus on väärin, sillä niin miehestä kuin naisesta johtuvien lapsettomuuden syiden osuus on samansuuruinen (25 %). Tämän vuoksi sekä miehen että naisen hedelmällisyys tulee tutkia. 25 % tapauksissa lapsettomuuden syy on tuntematon, sillä tutkimuksissa ei löydy selittävää tekijää kummastakaan osapuolesta, sekä 25 % löytyy molemmista. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011; Tulppala 2012, 2081.) Oli lapsettomuuden syy mikä tahansa, se saattaa olla ravisteleva kriisi joka koskettaa koko minäkuvaa sekä kaikkia elämän osa-alueita. (Kuivasaari-Pirinen 2013, 3; Tiihonen ym. 2015, 9–12.)

Miettinen (2015) on Väestöliiton perhebarometrin myötä selvittänyt, kuinka yleistä tahaton lapsettomuus on 20–50-vuotiailla suomalaisilla naisilla. Tutkimuksen aineisto kerättiin noin 2000 naiselta kyselylomakkeella, ja tulokset osoittivat, että noin joka viides 20–50 vuoden iässä oleva nainen oli kokenut jossain elämänsä vaiheessa tahatonta lapsettomuutta tai raskaaksi tulovaikeuksia. Tutkimus toi esille sen, että tahaton lapsettomuus lisääntyy iän myötä. Nuorempien naisten vaikeuksia tulla raskaaksi taas

selittää osin se tekijä, ettei perheen perustaminen ole ajankohtaista, eikä siten raskautta ole yritetty. Tutkimuksesta tuli esille myös se, että tavallisimmin korkeasti koulutetuilla naisilla iästä riippumatta on vaikeuksia tulla raskaaksi.

Naisen hedelmällisyyteen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten ikä, liikunta, ravitsemus, elämäntavat ja päihteiden käyttö. Hedelmällisyyteen vaikuttavat myös sukupuoliteitse tarttuvat infektiot ja sukupuolitaudit, kromosomipoikkeavuudet, sekä sukupuolielinten rakennepoikkeavuudet. Naisen hedelmällisyyden katsotaan olevan parhaimmillaan 22 ikävuoden aikana ja hedelmällisyys alkaa laskea noin 35 ikävuoden jälkeen. Hedelmällisyyden aika päättyy vaihdevuosien alkaessa, keskimäärin 51-vuotiaana. (Ihme & Rainto 2014, 153; Tiitinen 2016.) Naisesta lähtöisin olevia lapsettomuuden syitä ovat yleisimmin: ovulaatiohäiriöt (30–40 %), endometrioosi (10–20 %) sekä munajohdinvauriot (10–20 %). Harvinaisempina syinä voidaan pitää kohdusta lähtöisiä olevia ongelmia, kuten rakennevikoja. Toisinaan lapsettomuuden taustalta voi löytyä parin ongelmat seksuaalielämässä, esimerkiksi emätinkouristuksista tai parisuhdeongelmien myötä vähentyneistä yhdyntäkerroista. (Tiitinen 2016.)

Naisen raskaaksi tuleminen edellyttää munasolun kypsymistä ja irtoamista, jotta siittiö voi kohdata munasolun ja näin hedelmöittyä. Ovulaatiohäiriöt eli munasolun kypsymis- tai irtoamishäiriöt ilmenevät epäsäännöllisinä kuukautisina tai kuukautisten puuttumisena kokonaan. Tavallisimmin ovulaatiohäiriöihin löytyy toiminnallinen syy, kuten liiallinen liikunta, stressi sekä yli- tai alipaino. Munarakkulan kehityksen häiriöitä aiheuttavat munasarjojen monirakkulaoireyhtymä PCO, kilpirauhasen vajaatoiminta sekä hyperprolaktinemia, joka on aivolisäkkeestä peräisin oleva sairaus. Harvinaisempaan voidaan pitää munasarjojen toiminnan ennen aikaista hiipumista. Tämä merkitsee sitä, ettei munasarjoihin synny munarakkulan alkua. Joskus taas aivolisäkkeen vajaatoiminta, hypopituitarismi, aiheuttaa sen, että munasarjoihin syntyy munarakkuloita, mutta ne eivät lainkaan kypsy. Munajohtimet kulkevat munasarjoista kohtuun, ja näin yhdistävät ne toisiinsa. Munajohtimien kuuluu olla avoimia, jotta kypsynyt munarakkula kykenee kulkeutumaan munajohtimia pitkin kohtuun ja hedelmöittyä. Munajohtimet saattavat tukkeutua erinäisistä syistä, kuten kiinnikkeistä tai tulehduksen jälkitiloista. Joskus lantion alueelle tehdyt leikkaukset aiheuttavat kiinnikkeitä munajohtimiin. (Tiitinen 2016.)

Endometrioosi merkitsee kohdun limakalvon sirottumatautia. Endometrioosissa kohdun limakalvo kärsii jatkuvasta tulehdustilasta, sillä kohdun limakalvon kaltaista kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella. Endometrioosipesäkkeet sekä munasarjojen tuottama estrogeeni pitävät yllä tulehdustilaa, josta aiheutuu kipua ja hedelmöitysongelmia. Endometrioosi heikentää lapsettomuutta usealla eri mekanismilla, joita ei kaikkia tunneta. Endometrioosista johtuvat muutokset saattavat heikentää alkuiden ja munasolujen

laatua tai häiritä alkion kiinnittymistä. (Heikinheimo, Härkki & Setälä 2011; Tiitinen 2016.) Kohdusta peräisin olevat syyt ovat harvinaisempia lapsettomuuteen johtavia tekijöitä. Kohdusta peräisin olevia syitä ovat isot myoomat, jotka kiinnittyvät ja kasvavat kohtuontelon sisään ja näin estävät munasolun kiinnittymisen kohtuonteloon. Kohdun polyypit ja synnynnäiset epämuodostumat sekä adenomyosiini voivat aiheuttaa hankaluuksia hedelmöitymiselle. Joskus toistuvien kaavintojen myötä kohtuun saattaa muodostua kiinnikkeitä, jolloin kohdun limakalvo ei kehity normaalisti, eikä näin ollen munasolun kiinnittymistä tapahdu. (Tiitinen 2016.)

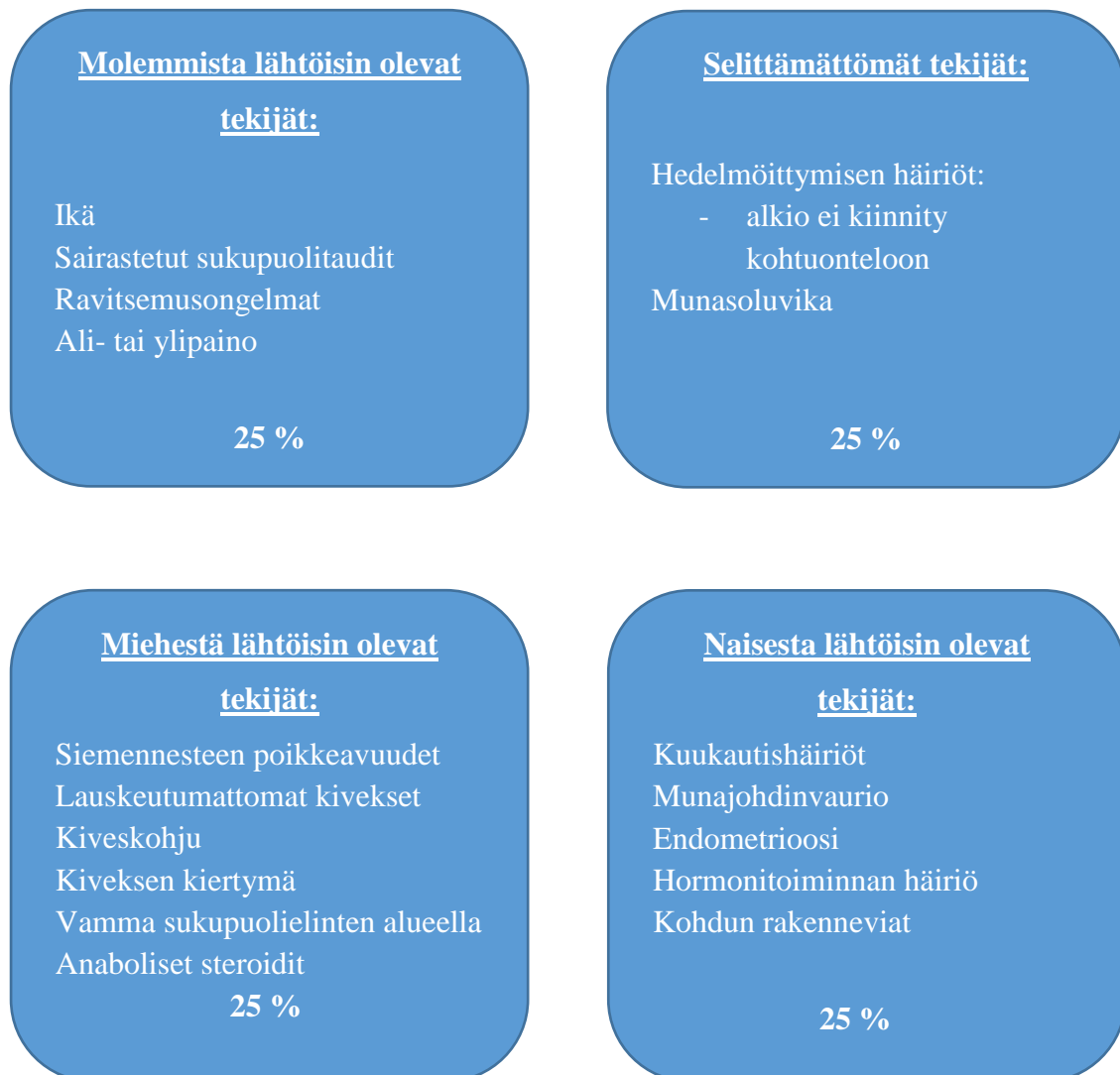
Miehen hedelmällisyyteen vaikuttavat tekijät ovat pääpiirteittäin samoja kuin naisen. Elämäntavat, ravitsemustottumukset, fyysinen aktiivisuus, ruokavalio ja päihteidenkäyttö vaikuttavat merkittävästi tähän. Hedelmällisyyteen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa myös hankittuihin, synnynnäisiin ja seksuaalisiin tekijöihin. Hankittuina tekijöinä voidaan pitää tupakoimista, kivesvammoja, kiveksen kiertymää, toistuvia infektiota, anabolisia steroideja, lääkkeitä sekä systeemisiä sairauksia. Synnynnäisiä syitä voivat olla laskeutumattomat kivekset, kiveskohjut, Sertoli sell only -oireyhtymä, jossa siittiöitä tuottavat solut puuttuvat, sekä muut geneettiset syyt ja kromosomihäiriöt. Seksuaalisiin tekijöihin kuuluu erektio- sekä ejakulaatio-ongelmat ja seksuaalinen haluttomuus. (Kaukoranta & Suikkari 2012). Parisuhteen seksuaaliset ongelmat voivatkin olla mahdollinen lapsettomuuden osatekijä, mutta hedelmättömyyden ja seksuaalisen kyvykkyyden välillä ei ole varsinaista syy-yhteyttä. (Ihme & Rainto 2015, 152.)

Laskeutumaton kives merkitsee sitä, että kives ei ole laskeutunut kivespussiin syntymän jälkeen. Kiveksen jääminen nivuskanavaan tai vatsaonteloon estää kivesten kypsymisen ja siten siittiöiden tuotannon. Kivesten toiminnan turvaamiseksi on suositeltavaa, että laskeutumaton kives asetetaan paikoilleen kirurgisella toimenpiteellä ensimmäisen ikävuoden aikana. (Jalanko 2017.) On todettu, että keskimäärin joka kymmenennellä lapsettomuudesta kärsivällä miehellä on taustalla laskeumaton kives tai kivekset. Laskeutumaton kives vaikuttaa merkittävästi siittiöiden tuotantoon heikentäen niiden määrää. Miehistä, joilla on molempien kivesten laskeumattomuus, todetaan olevan kuusinkertainen riski kokea tahatonta lapsettomuutta normaaliväestöön verrattuna. (Kaukoranta & Suikkari 2012, 2065.)

Kivespussin sisällä olevat laajentuneet laskimoverisuonet aiheuttavat kiveskohjuja. Syy kiveskohjuihin löytyy laskimoiden vajaatoiminnasta. Yleisimmin kiveskohjuja esiintyy vasemmalla puolella. (Ala-Lipasti, Marttila, Leskinen, Paaso & Raitanen 2009, 1872.) Lapsettomuutta aiheuttavista tekijöistä kiveskohjujen osuus on 15 %, sillä se aiheuttaa siemennesteen muutoksia kivesten kohonneen lämpötilan

vuoksi. Geneettisistä syistä 20 % johtuu siemennesteen siittiökadosta, jonka taustalla voi olla esimerkiksi Steroli sell only- oireyhtymä. Kromosomipoikkeavuus löydetään 15 % miehistä, Klinefertelin oireyhtymä on näistä tavallisin. (Kaukoranta & Suikkari 2012, 2065; Tiitinen 2016.)

KUVIO 1 havainnollistaa lapsettomuuden syitä, jotka voidaan jakaa neljään eri tekijään. Jokaisen tekijän osuus tahattomasta lapsettomuudesta on samansuuruinen, 25 %. Kuviossa on mukailtu Bothan ja Ryttynen-Korhosen (2016) teosta. (KUVIO 1.)



Kuvio 1. Lapsettomuuden syyt (mukaiillen Botha & Ryttynen-Korhonen 2016)

2.2 Lapsettomuustutkimukset ja lapsettomuuden hoitomuodot

Lapsettomuustutkimuksiin on suositeltavaa hakeutua, kun pari on aktiivisesti yrittänyt lasta vuoden verran. Tutkimuksiin on syytä hakeutua aikaisemmin, mikäli parilla esiintyy jokin lapsettomuuteen heikentävästi vaikuttava tekijä. Lapsettomuutta potevan parin hoitopolku alkaa perusterveydenhuollosta tai yksityiseltä lääkäriltä. Tutkimuksiin voi hakeutua niin gynekologin kuin yleislääkärin vastaanotolla, sekä

Väestönliton lapsettomuusklinikalla tai muulla yksityisellä taholla. (Suikkari, Mäkinen & Tulppala 2007, 19–22.)

On suositeltavaa, että lapsettomuustutkimuksiin hakeudutaan kumppanin kanssa yhtäaikaaisesti, sillä lapsettomuus on parin yhteinen ongelma. Lapsettomuustutkimukset alkavat haastattelulla, jossa paria haastatellaan yksilönä ja yhdessä. Tutkimukset pohjautuvat anamneesiin eli esitietoihin. Hyvästä anamneesista tulee esille yksilön terveydentila, sekä mahdolliset aikaisemmat sairaudet, mahdolliset aiemmin tehdyt toimenpiteet ja leikkaukset, sekä käytössä olevat lääkkeet. Päihteiden käyttöä on myös syytä kartoittaa tutkimuksiin mentäessä. Osa lapsettomuustutkimuksista tehdään perusterveydenhuollossa ja ne suunnitellaan aina jokaiselle parille yksilöllisesti ottaen huomioon heidän omat toiveensa. Erikoistutkimukset jotka vaativat jatkotutkimuksia, toteutetaan erikoissairaanhoidossa tai yksityisellä klinikalla. (Botha & Rytönen- Korhonen 2016, 63.)

Ensisijaisesti lapsettomuustutkimusten myötä pyritään selvittämään, tapahtuuko naisella ovulaatio, ovatko munajohtimet avoimia, sekä onko kohdun rakenne normaali. Miehiltä tutkitkaan sperman laadun riittävyys. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011.) Tutkimuksiin kuuluvat sukupuolielinten rakenteen ja toiminnan tutkiminen, erilaiset laboratoriotutkimukset, kilpirauhasten toiminnan tutkiminen, tulehdusnäytteet, hormoni toiminnan tutkiminen, miehellä kivesten ja naisella sisäsynnyttimien ultraäänitutkimukset, tarvittaessa biopsiat, eli koepalat sekä diagnostinen laparoskopia. (Ihme & Rainto 2008, 154.) Parin ikä, sukupuoli, perussairaudet, elämäntavat, lääkitys ja päihteiden käyttö ovat merkittävässä osassa lapsettomuuden syitä selvittäessä. Joskus lapsettomuuden syy löytyy elintavoista, kuten tupakoinnista ja ylipainoisuudesta, jolloin ongelma saattaa korjaantua painon pudottamisella ja lopettamalla tupakointi. (Klemetti 2015, 372.)

Miehen lapsettomuustutkimuksiin kuuluu keskeisenä osana sperman eli siemennesteen analyysi. Siemennesteestä tarkastellaan siittiöiden liikkuvuutta ja määrää, sekä rakennetta. Jos miehen siittiöiden määrä todetaan alhaiseksi, tehdään uusi tutkimus 1–2 kuukauden kuluttua ensimmäisestä analyysistä ja mies ohjataan lisätutkimuksiin. Mikäli siittiöitiheys on toistuvasti alle viitearvojen, tehdään kromosomitutkimus. (Kaukoranta & Suikkari 2012.) Tarvittaessa voidaan tehdä myös kivesbiopsia, jossa tutkitaan kiveksistä otettavia koepaloja. (Ihme & Rainto 2014, 154.)

Naisen lapsettomuustutkimukset suoritetaan yleensä kuukautiskierron mukaisesti, sillä näin voidaan seurata munasolun kehittymistä sekä kohdun limakalvon paksuuntumista. Kuukautiskierron ensimmäisinä päivinä selvitetään laskimoverinäytteestä LH- (lutropiini) sekä FSH- (follitropiini) pitoisuudet. Kyseiset hormonit kertovat munasarjojen toiminnasta eli munarakkulan kehittymisestä. Naisen lapsettomuustutkimuksissa on siis tärkeää selvittää kuukautisten säännöllisyys, jotta voidaan saada selville kuukautiskierron kulku, mikäli sellainen on. Noin viikkoa ennen kuukautisten oletettua alkamista määritetään laskimoverinäytteen avulla keltarauhashormonipitoisuus, joka kertoo mahdollisesti kypsyneestä munarakkulasta ja tämän irtoamisesta eli ovulaatiosta. (Tiitinen 2016.) Munajohtimien tutkimus voidaan suorittaa tähystämällä, jossa ruiskutetaan steriiliä vesi-ilmaseosta kohtuonteloon. Samalla seurataan ulträänitutkimuksen avulla, kuinka ruiskutettu seos etenee munajohtimia pitkin. Näin saadaan selville, ovatko munajohtimet avoimia. Tähystysleikkauksella voidaan tutkia tarkemmin munajohtimien avoimuutta sekä ottaa biopsioita eli koepaloja kohdun limakalvosta. (Ihme & Rainto 2014, 154.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) tuottaman tilastoraportin mukaisesti lapsettomuushoidot ovat lisääntyneet julkisella sektorilla viimeisten vuosien aikana. Hedelmöityshoitojen raportin (2015–2016) tuottaman tiedon mukaan lapsettomuushoitojen määrä on pystynyt lähes samana edellisvuosiin verraten. Vuosittain aloitetaan 14 000 hoitoa, joista 18,2 % saatetaan onnistuneesti loppuun eli lapsen syntymään. Vuoden 2015 aikana syntyneistä lapsista 2570 on saatettu alkuun lapsettomuushoidoilla, mikä on noin 5,6 % osuus kaikista syntyneistä.

Lapsettomuushoidoilla pyritään tukemaan ja avustamaan yksilön omaa luonnollista lisääntymisbiologiaa. Vaihtoehtoja löytyy useita, joista parille valitaan esitietojen ja tutkimusten perusteella sopivin. Lapsettomuushoitoihin ryhtyminen vaatii parilta malttia, sillä onnistuminen ensimmäisellä kerralla tapahtuu vain noin joka kolmannessa tapauksessa. Lapsettomuushoitoihin katsotaan kuuluvan viisi eri muotoa. Näitä ovat hormonaalinen munasolun kypsytyshoito (OI), koeputkihedelmöitys (IVF), pakastetun alkion siirto (FET), mikrohedelmöitys (ICSI), sekä inseminaatio eli keinosiemennys (IUI). Koeputkihedelmöitys on lapsettomuushoidoista yleisin ja sitä voidaan käyttää melkein kaikissa lapsettomuuden ongelmissa. Inseminaatiota taas pidetään kevyenä lapsettomuuden hoitomuotona. (Väestöliiton lapsettomuuskeskus 2017; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Munasolun kypsytyshoidossa eli ovulaation induktiossa naisen munasolun kypsymistä ja irtoamista edesautetaan hormonaalisella hoidolla. Kyseisessä hoitomuodossa käytetään hormonilääkitystä joko suun kautta otettavissa tableteissa tai ihon alle pistettävänä injektioina. Munasolun kypsytyshoito tulee kyseeseen, mikäli ovulaatiota ei tapahdu luonnollisesti tai munarakkulan kypsymisessä on jokin häiriö.

Hoidolla pyritään saamaan aikaan enintään kahden munarakkulan kehittyminen kerralla, jotta monisikiöisen raskauden mahdollisuus pysyisi pienenä. Ovulaation induktiohoito toteuttaminen vaatii tarkkaa ultraääniseurantaa. (Väestöliitto Lapsettomuusklinikka 2017.) IVF-hoito merkitsee koeputkihedelmöitystä, jossa naisen munasarjoihin kasvatetaan hormonihoidolla useita munarakkuloita. Munarakkulan kasvua edistetään ihon alle pistettävän hormoni-injektion muodossa. Kun munarakkulat ovat kypsyneet, kerätään valmiit munasolut ultraääniohjatusti talteen. Munasolujen hedelmöittyminen tapahtuu laboratoriossa ja tässä käytetään yleensä puolison siittiöillä, mutta nämä voivat olla myös lahjoitettuja sukusoluja. Hedelmöittyneet munasolut viljellään alkioiksi ja säilytetään noin kolmen vuorokauden ajan, jonka jälkeen enintään kaksi alkiota on mahdollista siirtää naisen kohtuun. (Tiitinen 2016).

FET-hoidolla tarkoitetaan pakastetun alkion siirtoa. Koeputkihedelmöityksellä aikaan saadut alkiot voidaan tarvittaessa pakastaa ja siirtää myöhemmin naisen kohtuun. Menetelmä mahdollistaa alkioden säilyttämisen korkeatasoisen pakastusmenetelmän myötä, ja 95 % alkioista kestää sulatusprosessin vitrifikaatiomenetelmää hyödyntäen. Alkion siirtäminen voidaan tehdä luonnollisen kuukautiskierron mukaisesti, mutta myös hormonihoitoa apua käyttäen. ICSI merkitsee mikrohedelmöitystä, jossa yksittäinen siittiö otetaan spermasta ja viedään tämän jälkeen ohuen neulan avulla munasolun sisään. Muutoin hoito toteutuu samanlaisin menetelmin kuin keinohedelmöityshoito IVF. IUI merkitsee inseminaatiota, joka on toiseksi yleisin lapsettomuuden hoitomuoto. Inseminaatiossa siittiöt erotellaan spermasta ja ruiskutetaan suoraan kohtuonteloon ovulaation aikaan. Inseminaatio voi tulla kyseeseen silloin, kun lapsettomuuden syy on lievässä siittiöiden tuotannon häiriössä tai siihen ei ole löytynyt selittävää tekijää. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 65–67; Väestöliitto lapsettomuusklinikka 2017.)

Väestöliiton lapsettomuusklinikka (2017) mahdollistaa yksin lasta haluavien ja naisparien lapsettomuushoidot. Hoitoon voi hakeutua varaamalla ajan neuvontakäynnille. Käynnin aikana gynekologi, hoitaja sekä psykologi tekevät arvion terveydentilasta ja lapsettomuushoitojen soveltuvuudesta elämäntilanteeseen. Myönteisen hoitopäätöksen tapahtuessa hoito alkaa yleisimmin keinosiemennyksen menetelmällä. Mikäli ovulaatio saadaan selville helposti, voidaan hyödyntää omaa kiertoa. Jos inseminaatio ei tuota tulosta, voidaan siirtyä koeputkihedelmöitykseen. Lapsettomuushoidoissa käytetään lahjoitettuja sukusoluja Väestöliiton omasta spermapankista, mutta myös ulkomaisten sukusolupankkien käyttö on mahdollista. Sukusoluja luovuttaneella henkilöllä ei katsota olevan juridisia oikeuksia syntyvään lapseen. Naisparien tai yksin lasta haluavien lapsettomuushoidot eivät kuulu KELA-korvauksen piiriin, mikäli taustalla ei ole jokin lapsettomuutta aiheuttava sairaus.

Kaikki parit eivät ole innokkaita etenemään lapsettomuushoitoihin asti, mutta heidän on tärkeä saada selvittää, miksi raskaus ei ole tullut heidän kohdallaan mahdolliseksi. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 92.) Suurta osaa pareista pystytään auttamaan hoidoilla, ja hoitojen tulokset ovat parantuneet jatkuvasti. Inseminaatiosta, joka on hoitomuodoltaan kevyt, noin joka seitsemäs kerta johtaa raskauteen. Hoitokerroja olisi hyvä toistaa 3–4 kertaa. Noin joka kolmas alkionsiirto koeputkihedelmöityshoidoista johtaa raskauteen ja joka neljäs lapsen syntymään. Mikäli lapsettomuuspotilailla on mahdollisuus sekä halu tehokkaisiin hoitoihin ja kaikkia hoitokeinoja on kokeiltu, arviolta 70–80 prosenttia heistä saa lapsen. Osa pareista keskeyttää lapsettomuushoidot jo alkuvaiheessa niiden rankkuuden vuoksi. Hoitojen aiheuttama fyysinen ja psyykinen kuormittavuus tulevat usealle parille täysin yllätyksenä. Onkin olennaisen tärkeää pysyä optimistisena ja valmistautua henkisesti hyvin tuleviin hoitoihin. (Suikkari ym. 2007, 19.)

Suomessa lapsettomuushoitojen saatavuus on hyvä. Jonoja on lähinnä ollut julkisen sektorin tarjoamiin hedelmöityshoitoihin. Suurin osa koeputkihedelmöityksistä tehdään yksityisklinikoilla. 1.4.2005 lähtien lapsettomuuden hoito Suomessa on kuulunut tiettyjen edellytyksien alla hoitotakuun piiriin. Näitä edellytyksiä ovat ne, että julkiselle terveydenhoidon puolelle hoitoon hakeutuessa raskauden alkamisen mahdollisuus on todettu, sekä se että hoitotuloksen onnistuminen on vähintään 10 prosenttia tarjolla olevista menetelmistä. (Suikkari ym. 2007, 22.) Vuonna 2007 voimaan tulleen hedelmöityslain mukaisesti hedelmöityshoidot eivät rajoitu vain heteroparien saataviksi, vaan hoitoja tulee saada seksuaalisesta suuntautumisesta huolimatta samanvertaisesti (Laki hedelmöityshoidoista 2016).

2.2.1 Lapsettomuushoitojen aiheuttamat seksuaaliset ongelmat

Parisuhteen seksuaalisuus tarjoaa jaettua mielihyvän kokemusta, ja se on myös keino vahvistaa intiimiyttä. Toimiva seksuaalisuus antaa voimavaroja parisuhteeseen, ja se onkin yksi toimivan parisuhteen peruspilareista. Jos parisuhteen seksuaalisuudessa on jostain syystä häiriötä tai sitä ei ole, se vaikuttaa kuluttavasti parisuhteen intiimiyteen. Hyvä parisuhteen seksuaalisuus on arvokasta, sen tulisi antaa sopivasti kumppaneille sitä, mitä he parisuhteessa tarvitsevat ja haluavat. Parisuhteen seksuaalisuuden tulee kestää pettymyksiä ja ristiriitoja. Hyvä tai tyydyttävä seksuaalinen kanssakäyminen ei toteudu parisuhteessa, jos osapuolilla on jostain syystä psyykkisiä tai fyysisiä vaikeuksia. (Apter, Kaimola & Väisälä 2006, 370.)

Tilapäiset seksuaaliset ongelmat ovat hyvin tyypillisiä lapsettomuushoidoissa käyville pariskunnille. Seksuaalisen kanssakäymisen pääpainoksi saattaa tulla läheisyyden ja rakkauden sijaan raskauden aikaansaaminen. Suorituskeskeisyys ja tavoitteellisuus tulevat nautinnon ja intohimon tilalle, sillä yhdynnän ajankohtaa määrittää suurelta osin ovulaatio. Voimakkaat tunteet kriisissä taas voivat saada aikaan omaan kuoreen sulkeutumista, joka vaikuttaa negatiivisesti parisuhteen läheisyyteen ja seksuaaliseen kanssakäymiseen. Vihan ja surun tunne saattaa olla niin vahva, että se estää seksuaalisen nautinnon kokemisen. Lapsettomuushoidoissa käytettävät lääkkeet, esimerkiksi hormoni-injektiot voivat vaikuttaa mielialaan ja sitä kautta yhdyntään. Lapsettomuushoidoissa käyvä pariskunta voi ajatella yhdynnän olevan turhaa, jos se ei tuota toivottua tulosta. Esileikin ajatellaan olevan turhaa, kun nautinto yhdynnästä on kadonnut. On siis selvää, että voi esiintyä orgasmi- ja kiihottumisongelmia. (Apter ym. 2006, 188.)

On todettu, että nainen ottaa vastuun yhdyntöjen ajoituksesta ovulaation kohdalle. (Suikkari ym. 2007, 12.) Nainen voi tulla seksuaalisesti aktiivisemmaksi munasolun irtoamisen ajaksi, mutta on muutoin haluton seksuaalisesti. Suorituspainet ja stressi mahdollisen hedelmöittymisen ajankohtana voivat jopa heikentää emättimen kostumista ja näin vaikuttaa seksuaaliseen nautintoon. Saattaa olla myös mahdollista, että yhdyntä ei toimi naisen äkillisen emättimen vaginismien takia, sillä suorituspainet ovat niin suuret. (Suikkari ym. 2007, 12.) Miehillä taas suorituspainet voivat saada aikaan ongelmia erektion kanssa. Siemensyöksy saattaa viivästyä tai päinvastoin. Lapsettomuushoidoissa käyville pariskunnille onkin tärkeää tuoda esille niiden vaikutuksista intiimiyteen ja seksuaalisuuteen. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan rohkeutta ottaa nämä asiat puheeksi sekä antaa pareille mahdollisuus hakeutua apuun, esimerkiksi seksuaaliterapeutin vastaanotolle. (Apter ym. 2006, 188; Tiihonen ym. 2015, 66.)

2.2.2 Lapsettomuuskriisi parisuhteessa

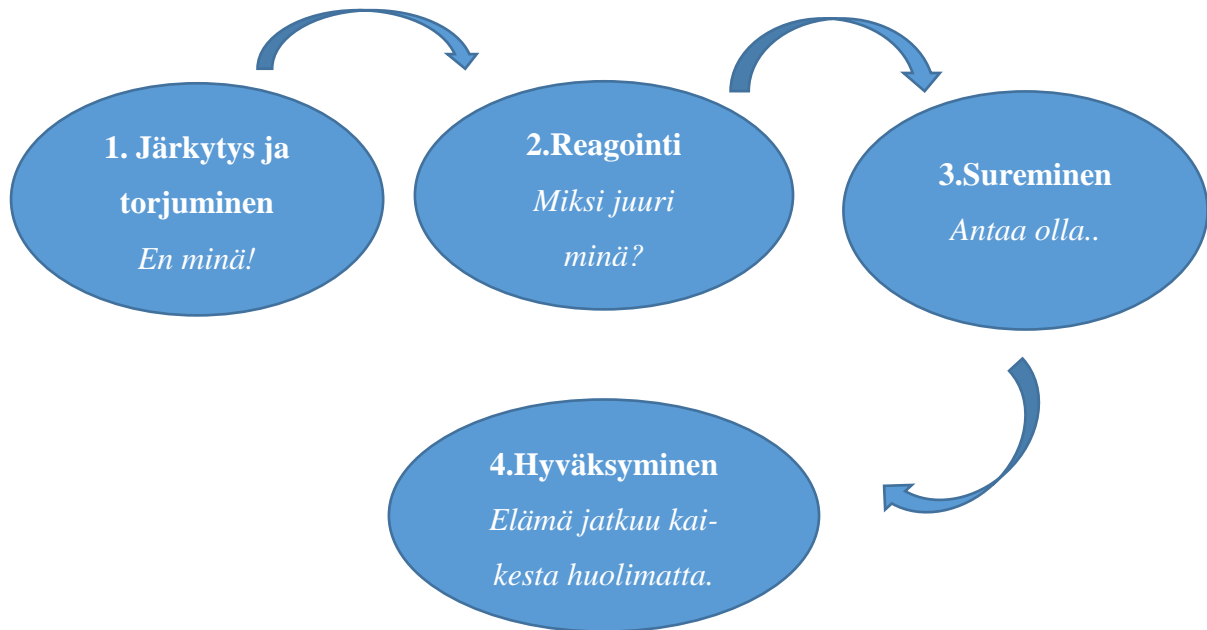
Tahattoman lapsettomuuden tiedostaminen voi olla hyvin kivuliasta ja kun lapsettomuus osuu omalle kohdalle, koetaan väistämättä jonkinasteinen kriisi (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.) Lapsettomuutta on kuvailtu valtavan suurena pettymyksenä, sekä parisuhdetta erittäin kuormittavana ja stressaavana elämäntapahtumana (Sundby, Schmidt, Heldaas, Bugge & Tanbo 2007, 117.) Lapsettomuus on kuitenkin aina yksilöllinen kokemus. Yksilön itsetunto ja minäkuva vaikuttavat olennaisesti lapsettomuuskriisin kokemukseen ja siitä selviytymiseen. Kaikki eivät siis välttämättä koe tahatonta lapsettomuutta suurena elämänekriisinä, mutta jokaiseen se vaikuttaa jollakin tasolla. Lapsettomuuden kokemus horjuttaa elämäntilannetta, sillä harvoin osataan ajatella, ettei lasten saaminen omalla kohdalla

ole mahdollista. Lapsettomuus johtaa yleensä parisuhteen yhteiseen kriisiin, joka vaikuttaa seksuaalisuuteen ja heijastuu myös suhteeseen. (Väestöliitto lapsettomuuskeskus 2017).

Pro gradu -tutkielmassaan Sallinen (2006) selvitti, millainen prosessi tahaton lapsettomuus on yksiköille kokemuksellisella ja emotionaalisella tasolla. Sallinen tarkastelee tahatonta lapsettomuutta kriisiprosessina ja sitä, millaisena sisäisenä kokemuksena tahaton lapsettomuus ilmenee yksilölle ja kuinka käsitys sekä lapsettomuudelle annetut merkitykset muovaavat lapsettomuuden kokemusta. Tutkimuksesta ilmenee se, että kokemukset tahattomasta lapsettomuudesta ovat hyvin moninaisia, eikä tahattoman lapsettomuuden kokemusta voida asettaa tiettyyn muottiin. Tämä tukee tietoa siitä, että jokainen tahatonta lapsettomuutta kokeva pari käy läpi omat yksilölliset tunteensa aina traumaattisesta kriisistä hyväksymiseen saakka.

Lapsettomuuskeskriisissä nähdään traumaattisen kriisin sekä kehityskriisin piirteitä. Lapsettomuuskeskriisi voidaan myös kuvata neljänä eri vaiheena: järkytys ja torjuminen, reagoiminen, sureminen ja hyväksyminen. Vaiheet eivät välttämättä etene kuvatussa järjestyksessä. Edellisiin voidaan palata ja joitain vaiheita voidaan käydä läpi yhtäaikaaisesti. Kriisin kokemukseen vaikuttavat olennaisesti aiemmin koetut kriisit elämässä, persoonalliset tekijät sekä se, kuinka voimakkaasti lasta toivotaan. (Väestöliitto lapsettomuuskeskus 2017). Lapsettomuuskeskriisissä naisen katsotaan käyvän läpi tunteitaan näkyvämmiin surutyössään. Syyllisyyden tunne ja viha ovat tavallisia tunnekokemuksia, suru saattaa ilmetä myös aggressiona tai sulkeutuneisuutena. Perheellisiä ja lapsia saattaa olla vaikeaa kohdata. Vaikka nainen käsittelee lapsettomuudesta johtuvaa kipuaan näkyvämmiin, mies kokee samaa kipua rinnalla. Mies saattaa kokea alemmuuden tunnetta ja usein mies piilottaa surunsa ja tunteensa puolisoiltaan, sillä huoli on suuri eivätkä miehet halua rasittaa puolisoitaan. Miehillä asioista keskusteleminen saattaa tuottaa vaikeuksia, siispä asiaa käsitellään enemmän yksin ja tunteita ei näytetä. Äidiksi ja isäksi tuleminen kyky mielletään isona osana identiteettiä, joten lapsettomuus vaikuttaa olennaisesti koko minäkuvaan. (Bunda ym. 2014, 60; Fyhr-Komu ym. 2008, 30; Tiuhonen ym. 2015, 14.)

Kuviossa 2 Lapsettomuus kriisin vaiheet on havainnollistettuna. Kuviossa on mukailtu Tiihosen ym. (2015) teosta. Vaiheet eivät välttämättä etene kuvatussa järjestyksessä, vaan edellisiin voidaan palata ja joitakin vaihteita käydä läpi samanaikaisesti. (KUVIO 2.)



Kuvio 2. Lapsettomuus kriisin vaiheet (mukaillen Tiihonen ym. 2015)

3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS SUOMESSA

Seksuaali- ja lisääntymisterveys ovat merkittävä osa kansanterveyttämme. Suomessa seksuaalikasvatus pyrkii tuottamaan väestölle tietoa ja taitoa eriarvoisuuden vähentämiseksi. Seksuaalikasvatus vahvistaa lapsen ja nuoren kehitysvaiheessa heidän omanarvon tuntoa ja luo perustaa itsetuntemukselle. Se pohjautuu turvalliseen ja positiiviseen seksuaalisuuteen ja kannustaa vastuulliseen käyttäytymiseen. Seksuaalikasvatus on osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja sitä tarvitaan kaikille ikä- ja väestöryhmille. WHO:n (2011) mukaisesti seksuaaliterveys määritellään seksuaalisuuteen liittyväksi kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tilaksi. Lisääntymisterveys määritellään mahdollisuutena turvalliseen ja tyydyttävään seksuaalielämään. Se sisältää myös vapauden ja mahdollisuuden päättää milloin lisääntyminen tapahtuu. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 10.)

Klemetti ja Raussi-Lehdon 2014 julkaiseman seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman painopistealueita ovat monikulttuurisuus, seksuaalikasvatus, synnyttäjien voimavarojen tukeminen, sekä miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys. Toimintaohjelma rakentuu asiakaslähtöisyyden ja tasa-arvon pohjalta. Kaikkia asiakkaita seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluissa tulee kohdella tasa-arvoisesti ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Yksilön tarpeet ja toiveet tulee huomioida ilman seksuaaliseen suuntautumiseen, sukupuoleen tai muuhun etnisyyteen perustuvaan tekijään katsomatta. Edellinen toimintaohjelma on tehty vuosille 2007–2011, ja se oli Suomessa laadittu ensimmäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma. Kyseinen versio on päivitetty vastaamaan entistä enemmän tämänpäiväistä tarvetta. Tasa-arvon huomioiminen on korostunut entistä enemmän. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 11–12.)

4 TUKEA PARISUHTEESEEN JA SEKSUAALISUUTEEN

Tahattoman lapsettomuuden lääketieteelliset hoitokeinot ovat moninaiset, mutta lapsettomuudesta aiheutuva emotionaalista kriisiä, joka saattaa määrittää parin koko elämää, ei usein huomioida niin kuin olisi tarpeen. (Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry 2017.) Tässä luvussa käsittelemme tukimuotoja, jotka helpottavat lapsettomuuskriisin käsittelyä.

4.1 Ammatilaisen tuki

Terveystieteiden alalla työskentelevien henkilöiden tulee edistää seksuaaliterveyttä. Yksi edistämisen työvälineistä on asioiden puheeksi ottaminen sekä ohjauksen antaminen. Tämä vaatii hoitohenkilökunnan herkkyyttä tunnistaa, havaita ja nähdä millä tavoin ja milloin asiakas on valmis puhumaan seksuaalisuutta koskevista askarruttavista kysymyksistään. Terveystieteiden ammattilaisten tavoitteena on antaa tukea ja ohjausta yksilöllisesti luoden näin valmiudet terveeseen seksuaaliseen itsetuntoon ja käsitteeseen itsestään. Asiakkaan päätöksentekotaitoja tulee tukea antamalla riittävästi informaatiota. Erityisen tarpeellista ja tärkeää on ottaa seksuaalisuus esille silloin, kun sairaus tai lääkitys haittaa seksuaalista kanssakäymistä tai aiheuttaa häiriöitä seksuaaliseen minäkuvaan. (Ihme & Rainto 2015, 26–27.) Kulttuurissamme seksuaalisuudesta puhuminen koetaan haastavana, sillä se koskettaa yksilön intiimeintä aluetta. Seksuaalisuudesta puhuminen on haastavaa niin asiakkaille kuin hoitohenkilökunnallekin. Esteitä seksuaalisuuden puheeksi ottamiselle saattaa olla hoitajan tietämättömyys, pidättyneisyys ja epä-mukavuuden tunne. Seksuaalisuudesta puhumisen tulisi olla luonnollinen osa asiakaskontaktia. On tärkeää tuoda esille, että seksuaalisuudesta puhuminen on sallittua, eikä sitä tarvitse hävetä. (Ihme & Rainto 2015, 27.)

Parisuhteen ja yksilön kohtaamattomat kysymykset saattavat ilmetä seksuaalisuuteen liittyvinä ongelmina, sillä ihminen on paljas ja haavoittuvainen seksuaalisuuden äärellä. (Santalahti & Lehtonen 2016, 15.) Lapsettomuuskriisiä kokevat parit saattavat kokea, ettei ympäristö ymmärrä, kuinka syvät vaikutukset lapsettomuudella on heidän elämässään. Läheisiltä saadut rohkaisut saattavat saada aikaan kielteisiä tunteita, ammatilliset taas tuntuvat etäisiltä. (Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry 2017.) Pihlajan ja Vesan (2012) opinnäytetyöstä tulee kuitenkin esille, että parit pitävät hoitohenkilökunnan antamaa tukea lapsettomuushoitajien aikana merkittävänä. Hoitohenkilökunnalta saatua tukea toivottiin myös tar-

jottavan enemmän. Psykososiaalisen tuen tarjoaminen kaikille lapsettomuushoidoissa käyville on tärkeää, etteivät he jäisi tunnekokemuksensa kanssa yksin. Lapsettomuushoitojen aikana riittävästi saadun tuen merkitys on suuri, sillä sen katsotaan vähentävän hoidoista koetun pelon määrää, sekä lapsettomuudesta aiheutuvaa henkistä kärsimystä ja mielenterveysongelmia.

Abedinian, Ramezanzadehin ja Noorbalan tekemässä tutkimuksessa (2009) tutkittiin 638 hedelmöityshoidoissa käyvää potilasta, joista 48 % naisista ja 23,8 % miehistä todettiin masentuneeksi hedelmöityshoidoista koostuvan ahdistuksen, toivottomuuden sekä paineen yhteisvaikutusten myötä. Tutkimuksessa tutkittiin myös, miten psyykkisen tuen saaminen vaikutti hedelmöityshoidoissa käyviin pareihin. Psykykinen tuki on ensiarvoisen tärkeää hedelmöityshoitojen aikana sekä sen jälkeen, jotta ihminen voi parantua sekä eheytyä kokemastaan koettelemuksesta itsenäisesti sekä yhdessä kumppanin kanssa. (Abedinia, Ramezanzadeh & Noorbala 2009, 89–91.)

Sallinen (2006, 117) tuo esille sen, että osa lapsettomista pareista on kokenut, ettei hoitohenkilökunnalta löydy tarpeeksi valmiuksia antaa tukea tai auttaa lapsettomuuskriisin käsittelemisessä. Asiakkaiden ohjaaminen ammattilaisen, kuten psykologin luokse ei toteudu automaationa. Pahimmassa tapauksessa lapsettomalle parille on muodostunut kokemus, että hoitohenkilökunta ja muut ammattihenkilöt aliarvioivat lapsettomuudesta syntynyttä psykososiaalista kriisiä. Paavilainen (2015) nostaa esille yleisimmät argumentit, jota lapsettomuudesta kärsivien parien kohdalla tulisi välttää. Hänen mukaan on syytä olla viittaamatta parin nuoreen ikään tai korostaa liikaa adoptoinnin mahdollisuutta. Nuori ikä ei ole taekaksi tulemiseen, sillä nuorella iällä hedelmällisyys voi olla merkittävästi alentunut niin, että raskaaksi tuleminen ei ole mahdollista ilman lapsettomuushoitoja. Adoptiovaihtoehto taas joissakin tapauksissa tulee kyseeseen, mutta lapsettomuuskriisiä kokevalle se saattaa tuntua kaukaiselta vaihtoehdolta.

Lapsettomuuskriisissä olevan henkilön ei tarvitse olla yksin tunnekokemuksensa kanssa, sillä apua on tarjolla monin eri tavoin. On kuitenkin todettu, että mahdollisuus psykososiaaliseen tukeen saattaa olla osin paikkakuntalähtöistä. Eniten apua on tarjolla isommilta paikkakunnilta, joiden alueilla yksityiset klinikat, jotka tarjoavat psykososiaalista tukea, toimivat. (Toivanen, Tulppala & Vilska 2004, 4118–4119.) Soiten alueella lapsettomuuskriisiä potevat henkilöt voivat hakeutua psykologin tai psykiatrin puheille, sekä seksuaaliterapeutin vastaanotolle (Soite 2017). Ammattilaiselta saatu tuki helpottaa ymmärtämään lapsettomuuskriisiä ja sen merkitystä omalla kohdalla. On tärkeää, että parit saavat kokea kuulluksi tulemisen tunteen ja tilaa ilmaista vaikeitakin tunteita. Parhaimmillaan ammattilaisen antama tuki on rinnalla kulkemista ja tukemista yksilöllisten lähtökohtien ja kokemusmaailman huomioiden.

Onnistunut tukeminen voi johtaa siihen, että kaikkien kriisin vaiheiden jälkeen pari hyväksyy lapsettomuutensa, mikäli lapsitoive hoidoista huolimatta ei ole toteutunut. (Toivanen ym. 2004, 4118–4119.)

Tukimuodoista seksuaaliterapia ja -neuvonta määritellään Väestöliiton (2017) mukaisesti vuorovaikutukseen perustuvana ammatillisena asiakastyönä. Keskeisiä alueita seksuaaliterapialle ja neuvonnalle ovat seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ja seksuaaliterveyden edistäminen. Tämä kuuluu olennaisena osa-alueena ehkäisevään terveydenhuoltoon. Seksuaaliterapiassa annetaan ohjausta ja tietoa seksuaalisuutta askarruttavissa kysymyksissä, kuten lapsettomuuden vaikutuksista parisuhteen seksuaalisuuteen. Tärkeänä arvona pidetään luottamusta sekä yksilöllistä kohtaamista. Ongelmiin ja haasteisiin etsitään yhdessä ratkaisuja, seksuaaliterapeuttia kuvaillaankin kanssakulkijaksi opettajan sijaan. Neuvontaa ja terapiaa voi käyttää yksin tai yhdessä, mutta suositeltavaa on, että lapsettomat parit tulisivat yhdessä seksuaaliterapiaan. On tärkeää tuoda esille, että terapian aikana asiakas ja terapeutti eivät kosketa toisiaan eikä vastaanotolla koskaan olla yhdynnässä. Seksuaaliterapiassa kartoitetaan parin tai asiakkaan seksuaalielämän ongelmia, sekä sen voimavaroja. Lähestymistapoja on erilaisia ja näitä käytetään yksilölliset tarpeet huomioiden. Tärkeimpiä työkaluja ovat keskustelu ja erilaiset harjoitukset.

4.2 Vertaistuki

Vertaistuki voidaan määritellä monin eri tavoin riippuen sen painopisteestä. Vertaistuki on vastavuoroista kokemusten vaihtoa, jossa samankaltaisia prosesseja elämässään läpikäyneet ihmiset tukevat toinen toisiaan. Se on samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten halua jakaa kokemuksia ja tietoa toisia kunnioittavassa ilmapiirissä. Vertaistuki voidaan määritellä myös voimaantumisenä ja muutosprosessina, jonka kautta ihminen voi löytää ja tunnistaa omat voimavaransa ja vahvuutensa sekä ottaa vastuun omasta elämästään. Vertaistukea haetaan usein internetin keskustelupalstoilta, koska internet on helppo väline kertoa omista kipeistä kokemuksista sekä tuntemuksista halutessaan anonyyminä muille samoja asioita läpi käyville ihmisille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017; Mielenterveystalo 2017.)

Vertaistuella on erilaisia muotoja, joita voidaan saada ja antaa monin eri tavoin. Näitä voivat olla verkostossa tai ryhmissä toteutettu vertaistuki, sekä sovitusti tai spontaanisti toteutuva kahden henkilön välinen tuki. Samankaltaiset elämäntilanteet saattavat synnyttää spontaaneja vertaistuen suhteita, kun ennestään tutut henkilöt kärsivät lapsettomuudesta ja jakavat kokemuksensa. Vertaistukiryhmissä en-

tuudestaan toisille vieraat henkilöt tapaavat sovitusti, tarkoituksenaan jakaa omia tuntemuksiaan toistensa kanssa. Vertaisryhmien perustajina tai aloitteentekijöinä voivat toimia niin ammattilaiset kuin kansalaisetkin, yhdessä tai yksin. (Nylund & Yeung 2005, 201–203)

Simpukka Ry toimii Suomen ainoana lapsettomien yhdistyksenä ja asiantuntijaorganisaationa. Yhdistys tavoittelee toiminnallaan edistämään lapsettomien parien hyvinvointia ja asemaa. Simpukka Ry pyrkii kasvattamaan yhteiskuntamme tietoisuutta lapsettomuudesta tuottaen tiedottavaa materiaalia. Simpukka Ry julkaisee Suomen ainoaa lapsettomuutta ja siihen liittyviä asioita käsittelevää lehteä neljä kertaa vuodessa. Lisäksi Simpukka Ry järjestää vertais- ja tukitoimintaa erilaisten jäsentapahtumien muodossa, auttaa löytämään yksittäisen tukihenkilön tahattomasti lapsettomalle parille sekä auttaa avaamaan erilaisia keskustelukanavia verkossa. Yhdistys toimii myös lapsettomien parien edunvalvojana. (Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry.)

Ammattilaisen tuen ohella lapsettomat parit pitävät vertaisilta saatua tukea tärkeänä. (Toivanen ym. 4119.) Tuomisen (2004, 35–36) pro gradu -tutkielmasta nouseekin esille vertaistuen korvaamattomuus. Samassa tilanteessa oleville ei tarvitse selvittää, mitä lapsettomuushoidot ovat tai miten lapsettomuus vaikuttaa mielialaan. On helpottavaa kuulla, ettei ole tunnekokemustensa kanssa yksin. Vertaisilta saatu tieto tuo myös helpotusta pelkoon, jota lapsettomuushoidot joissakin pareissa saattavat herättää. Suurin osa vertaistuesta saadaan anonyymina keskustelupalstoilla, sillä näin pysytään ”kasvottomina” ja on helpompaa kertoa tuntemuksistaan. Erityisesti ne parit hakevat vertaistukea internetistä, jotka eivät ole pystyneet kertomaan lapsettomuudestaan läheisilleen.

Keskustelupalstoilla yhteisöllisyys näkyy vahvana, sillä samat asiat sitovat ihmisiä yhteen ja lapsettomuudesta koitua tuska on yhteistä. Keskustelupalstoilla esiintyvät usein samankaltaiset teemat lapsettomuuden saralta. Näitä ovat toivon ylläpitäminen, kokemusten jakaminen sekä toisten kannustaminen. Toivoa vahvistetaan ja pidetään yllä, sekä jaetaan samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa asioita, jolloin voi saada muiltakin ihmisiltä takaisin kannustusta ja toivoa. Positiivinen ilmapiiri luo toivoa ja yhteinen huumori auttaa käsittelemään vaikeita asioita. Parhaimmillaan vertaistukiryhmissä iloitaan positiivisista raskaustesteistä sekä myöteeletään surun ja pettymyksen mukana. (Räisänen 2007, 34.) Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry mahdollistaa vertaistuen jakamisen erilaisten keskustelupalstojen myötä. (Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry 2017).

Tehokkaaksi vertaistuen muodoksi on todettu koulutettujen sairaanhoitajien sekä vertaisohjaajien pitämät tapaamiset säännöllisin väliajoin. Näissä tapaamisissa samassa tilanteessa tai saman kohtalon kokeneet henkilöt tapaavat ja saavat kasvokkain keskustella heitä mietityttävistä sekä surettavista asioista. On tärkeää, että henkilöt saavat tukea toisistaan ja kokevat ilmapiirin turvalliseksi. Koulutettu sairaanhoitaja tai vertaisohjaaja on ammattilaisen roolissa tarvittaessa ohjaamassa keskustelua, sekä antamassa tasapuolisesti tilaa kaikille. (Gray, Copeland, Anderson & Hitkari 2014.)

4.3 Kumppanin tuki

Parisuhde on yksi aikuisen ihmisen tärkeimmistä suhteista, ja siihen latautuu runsaasti toiveita ja odotuksia. Hyvinvoiva parisuhde on voimavara, joka haastaa, mutta samaan aikaan palkitsee kumppaneitaan (Tulppala 2012, 2081). Hyvän ja tasapainoisen parisuhteen myötä henkinen hyvinvointi lisääntyy, mikä heijastuu myös lähiympäristöön. Hyvä parisuhde tuo tyydytystä ja iloa molemmille osapuolille, joten sitä tulisi tietoisesti pyrkiä hoitamaan. Tarvittaessa on suotavaa pysähtyä ja pohtia, kuinka parisuhde toimii. Keskustelun taito ja pienetkin teot ovat merkittäviä ja edesauttavat terveeseen parisuhteeseen. Elämän tuomat muutokset vaikuttavat parisuhteeseen, sillä se ei ole vain irrallinen osa sitä. Hyvä ja toimiva parisuhde auttaa jaksamaan muuttuvassa ympäristössä. (Väestöliitto 2017.)

Lapsettomuskriisi on usein ensimmäinen koetinkivi parisuhteessa. Lapsettomuus vaikuttaa puolisoihin eri tavoin henkilökohtaisella tasolla, sekä heidän välisessä suhteessaan. (Tiihonen ym. 2015, 48.) Tutkimusten mukaan miehet kärsivät lapsettomuuden aikaansaamasta syyllisyydestä enemmänkin omassa hiljaisuudessaan, kun taas naiset kokevat tarpeelliseksi päästä keskustelemaan tilanteesta sekä sen tuottamista ajatuksista ja tunteista vähintäänkin puolisonsa kanssa. (Aaltonen, Haltia, Perheentupa, Poranen, Simberg, Tiitinen, Tomás & Tulppala. 2014, 31–32.) Paineita lapsettomuudesta puhumiseen tuottaa myös läheisten painostus lasten hankintaan, jos lähipiiri ja perhe eivät ole vielä tietoisia parin vaikeuksista. Vaikeuksista on myös raskaampi puhua silloin, kun lähipiirissä ilmapiiri on painostavan odottava. Puolison tuki pitkin tätä vaikeaa matkaa on ehdotonta. (Faria, Grieco & Barros 2012, 799–800.)

Pariskunnat, jotka kärsivät lapsettomuudesta, toivovat kriisiin tukea, mutta eniten tukea tarvitaan omalta puolisoilta, jota lapsettomuus koskettaa yhtä lailla. Parisuhteen molemmat osapuolet surevat sekä käsittelevät tilannetta yksilötasolla sekä yhdessä. Kommunikaatio ja avoimuus parisuhteessa on ensiarvoisen tärkeää ja sen merkitys korostuu kriisin kohdatessa. Ystävien ja läheisten tuki on myös tärkeää, mutta läheisille on joskus vaikeakin puhua arasta, sekä intiimistä aiheesta. (Hinton, Kurinczuk & Ziebland

2010, 437–438.) Lapsettomuuden tuoma suru sekä menetys saattavat nostaa puolisoiden aiemmassa elämässä koettuja menetyksiä sekä pettymyksiä pintaan. Vaikka lapsettomuus onkin useimpien tahattomasti lapsettomien parien suhteessa suru, niin se voi kuitenkin lähentää puolisoita sekä lujittaa heidän keskinäistä suhdettaan. (Väestöliitto 2017.)

Vaikka parit käyvät lapsettomuuskriisin vaiheita eri tahtiin läpi, eikä kumppaneilla ole välttämättä samankaltaisia ajatuksia tilanteesta, on toisen kuunteleminen ja tukeminen tärkeää. Kumppanin kanssa ei tarvitse olla samaa mieltä, mutta toisen ymmärtämistä pidetään tärkeänä. Kumppanien tulisi antaa toisilleen mahdollisuus puhua mieltä askarruttavista asioista tuomitsematta näitä. Useimmat parit pystyvätkin tähän, mutta aina se ei ole mahdollista. Tällöin kumppanille tulee antaa tilaisuus puhua asiasta ulkopuoliselle, ystävälle tai ammattiauttajalle. (Tokola 2017.)

5 HYVÄ KIRJALLINEN OHJE

Seuraavassa luvussa nostamme esille hyvän kirjallisen ohjeen kriteereitä, joita olemme ottaneet huomioon omaa opastamme työstäessä. Kirjallinen ohjaus mielletään yleensä potilasohjaukseksi, eikä niinkään puhuta asiakasohjauksesta tai asiakasohjeesta. Olemme löytäneet määritelmiä laadukkaasta potilasohjauksesta sekä hyvän kirjallisen potilasohjeen kriteereistä ja soveltaneet näitä. Asiakkaan ja potilaan raja onkin häilyvä, joten olemme katsoneet ohjeiden kattavan niin asiakas- kuin potilasohjauksenkin. Oman kirjallisen ohjeemme halusimme pitää mahdollisimman lyhyenä ja yksinkertaisena, mutta sisällöltään rikkaana.

Laadukas kirjallinen ohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hoitotyötä. Kirjallisten ohjeiden tarpeellisuus työväliseen on kasvanut, sillä potilaat ja asiakkaat haluavat tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidosta. Muuttuneiden käytäntöjen myötä hoitoajat ovat lyhentyneet, yksittäinen hoitotoimenpide saattaa kestää vain muutamia minuutteja. Siinä missä hoitoajat ovat lyhentyneet, potilailta ja asiakkailta odotetaan yhä enemmän itsehoitovalmiutta. Potilaalla ja asiakkaalla onkin oikeus tietää, hoitohenkilökunnalla on taas velvollisuus tiedottaa. Kirjallinen ohje on mukana tilanteissa, joissa aikaa suulliseen ohjaukseen ei ole tarpeeksi. Kirjallista ohjausta voidaan käyttää myös suullisen ohjauksen tukena. Potilasohje voi olla niin lyhyt opaslehtinen kuin laaja, kirjallinen opas. Laadukasta potilas- ja asiakasohjaamista voidaankin pitää tärkeänä ja oleellisena osana kokonaisvaltaista hoitoa. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 34; Hentinen & Kyngäs 2009, 124.)

Jokainen organisaatio omaksuu oman tapansa tuottaa kirjallisia ohjeita. Kirjallinen ohje kertoo tekijästään ja luo kuvan ohjetta jakavasta organisaatiosta, sen ideologiasta sekä toimintaperiaatteista. Yksittäisiä suuntaviivoja hyvän kirjallisen ohjeen laatimiseksi ei ole, mutta viitteitä hyvän ohjeen laatimiseksi on laadittu. Kirjallisen ohjeen laatimista helpottaa, mikäli lähtökohtana on valmis käytettävissä oleva ohjepohja. Ohjeen laatimista helpottaa myös se, jos yksikön sisällä on sovittu yhteiset säännöt esimerkiksi potilaiden puhuttelusta. Teitittely on aina sopivaa, sopivampaa kuin sinuttelu. Joskus voidaan käyttää epämääräistä passiivimuotoa, jonka kanssa pystytään kiertämään teitittely–sinuttelu -dilemma. (Heikkinen ym. 2002, 34; Hyvärinen 2005, 1769).

Potilasohjeen lähtökohtana voidaan pitää käytännön tarvetta. Kirjallisten ohjeiden tarkoituksena on ohjata potilasta toimimaan "oikein" tai antaa potilaalle olennaista tietoa, esimerkiksi sairaudesta tai tulevasta toimenpiteestä. Hyvä kirjallinen ohje vastaa potilaan tiedon tarpeeseen. On hyvä miettiä, kenelle

ohje on ensisijaisesti suunnattu. Ohjeen ymmärrettävyys vähenee suuresti, mikäli potilas lukee hoito-henkilökunnalle suunnattua ohjeistusta. Jo ensimmäisestä virkkeestä on hyvä välittyä, mistä asiasta on kyse ja ketä asia koskee. (Heikkinen ym. 2002, 35–37.)

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa asiat on ilmaistu lyhyesti ja selkeästi turhia termejä välttäen. Ohjeen alussa tulisi pyrkiä tuomaan tärkein asia esille ensin, esimerkkinä vastaanottokäynnin aika. Otsikoiden tulee olla mielenkiintoisia, mikäli niitä esiintyy oppaassa. Ohje voi edetä tarinamaisesti tai edetä tärkeimmästä asiasta ei niin tärkeään tietoon. Tekstin tulee olla selkokielistä niin, että termit ovat myös maallikoiden ymmärrettävissä. On huomioitavaa, että potilaat ja asiakkaat tulkitsevat kirjallisia ohjeita persoonallisesti. Kieltolauseet, kuten älä- ja ei-sanoilla alkavat ohjeet ovat osoittautuneet vaikeaksi tulkita. Ohjeen lopusta on hyvä löytyä tekijöiden tiedot, yhteystiedot sekä lähteet. Kuvilla saadaan tietopakettiin viihtyisä tunnelma, ja nekin tulee sijoitella houkuttelevuuden mukaan. Loppuun voi lisätä täytekuvan, tai jättää tila tyhjäksi. Tyhjä tila voi toimia parhaimmillaan lukijalle omana mietintätaukena sekä juuri luetun tiedon sisäistämishetkenä. (Heikkinen ym. 2002, 39–41.) Kirjallista ohjetta tulisi testata jo sen laatimisvaiheessa, jotta saataisiin tietoa siitä, onko jotain täydennettävä tai selvennettävä. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 11–14; Nummi & Järvi 2012.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda kirjallinen tietopaketti pariskunnille, jotka käyvät läpi lapsettomuushoitoja. Tietopaketti sisältää tietoa siitä, kuinka tukea parisuhteen seksuaalisuutta lapsettomuushoitojen aikana. Haluamme tietopakettimme avulla viestiä, etteivät lapsettomuushoidoissa käyvät pariskunnat jää tunnekokemuksensa kanssa yksin.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa, jota naistentautien poliklinikan henkilökunta voi käyttää työvälineenä suullisen ohjauksen tukena. Tämän hetkisen tietomme mukaan Soitessa ei ole käytössä vastaavaa tietopakettia, ja työelämästä esille noussut tarve innosti meitä tarttumaan opinnäytetyöhön tuotekehittelyprojektin muodossa, saimme siis kehitellä uuden tuotteen.

7 TIETOPAKETTI LAPSETTOMUUSHOIDOISSA KÄYVILLE PARISKUNNILLE

Seuraavassa luvussa tulemme kuvaamaan tuotekehittelyprojektimme etenemistä. Olemme peilanneet etenemistämme Jämsän ja Mannisen julkaisuun vuodelta 2000. Teosta voidaan pitää vanhana lähteenä, sillä se on yli 10 vuotta vanha teos. Päädyimme kuitenkin yhteisesti siihen tulokseen, että kyseinen malli oli paras kuvaamaan projektimme etenemistä. Olemme kokeneet helpoksi samaistua Jämsän ja Mannisen esittämään malliin prosessin etenemisestä.

7.1 Tuotteen toimintaympäristö

Tuotteemme toimintaympäristönä toimii Soiten naistentautien poliklinikka. Naistentautien poliklinikka sijaitsee sairaalan ensimmäisessä kerroksessa A-siivessä. Ensisijaisesti tietopakettimme tulee esille ja jaettavaksi naistentautien poliklinikalle, sekä siellä toimivan seksuaaliterapeutin vastaanotolle. Poliklinikka toimii arkisin sekä päivystyksellisenä että lähetteellisenä. Poliklinikalla työskentelee gynekologeja, jotka pitävät vastaanottoa ja tekevät tarvittaessa toimenpiteitä. Naistentautien poliklinikalla on urogynekologisille ja onkologisille potilaille oma vastaanotto. Infertiliteettipoliklinikalla hoidetaan lapsettomia pareja, tehdään tutkimuksia ja toimenpiteitä yhteistyössä lapsettomuusklinikoiden kanssa. (Soite 2017.)

Tietopakettimme tulee jaettavaksi pariskunnille, jotka käyvät lapsettomuushoidoissa Soiten naistentautien poliklinikalla. Pyrimme kuitenkin tavoittamaan tietopakettillamme mahdollisimman monta paria, jota asia koskettaa ja tuoda heille tietopakettin myötä lisää tietoa avun saamisesta. Soitella on tapana julkaista potilasohjeet ja tietopaketit heidän omille kotisivuilleen verkkoon, josta tieto on ladattavissa PDF-muodossa. Yksi opinnäytetyömme tekijöistä oli projektin aikana vaihto-opiskelijana Ruotsissa ja vieraili paikallisella lapsettomuusklinikalla. He olivat myös kiinnostuneita opinnäytetyömme aiheesta ja valmiista teoksesta. Sovimme, että lähetämme valmiin teoksemme heidän osastonhoitajalleen, mikäli Soite antaa siihen omistajana luvan. Teoksemme käännettiin myös ruotsin kielelle, sillä Keski-Pohjanmaalla käytetään toisena äidinkielenä ruotsia. Jämsän ja Mannisen (2000, 21) mukaan onkin hyvä muistaa, että tuotteella on useita eri käyttäjiä ja asiakkaita. Eri sektorien asiakkaiden tarpeet tulee ottaa huomioon tuotetta kehitettäessä.

7.2 Yleistä tuotekehittelyprojektista ja projektiorganisaatio

Tuotekehittelyprojektia voidaan pitää monivaiheisena prosessina, joka käynnistyy esille nousseesta kehittämisen tarpeesta. (Kettunen 2009, 49.) Tutkimus- ja kehittämistyön määränpäänä on tuottaa uutta tietoa, jolla voidaan lisätä jo olemassa olevan tiedon hyödynnettävyyttä. Tutkimus- ja kehittämistyö on tavoitteellista ja järjestelmällistä toimintaa, ja siihen sisältyy käsitteet kehittämistyö, perustutkimus, sekä soveltava tutkimus. Kehittämistyö tunnetaan myös käsitteenä tuotekehittelyprojekti. Tuotekehittelyprojekti merkitsee toimintaa, joka tavoittelee uusien ja parempien palvelujen, menetelmien ja tuotantovälineiden kehittämistä tutkimustulosten pohjalta. Tuotekehittelyprojektien tavoitteena on parantaa työyhteisön toimia ja tukea sen laadukasta toimintaa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21–22.)

Yhteiskunnassamme tehdään niin paljon tutkimus- ja kehittämistyötä, että yhteiskuntaamme voidaan tämän vuoksi kutsua projektiyhteiskunnaksi. Projektityö on ominaista erilaisille yrityksille ja organisaatioille, mutta myös sosiaali- ja terveysalalle. Projektista ja sen toimintaympäristöstä riippumatta kaikille projekteille on ominaista selkeät asetetut tavoitteet. Tavoitteellinen toiminta auttaa projektin läpiviemistä. Tämä tarkoittaa, että projektin etenemiselle tulee olla selkeä suunnitelma. Projektia tulee ohjata johtaen ja suunnitelmallisesti, roolit ja vastualueet jaetaan projektin kanssa työskentelevien kanssa. (Kettunen 2009, 15.) Tuotekehittelyprojektin tulee noudattaa eettisiä ohjeistuksia sekä auttaa välillisesti tai välittömästi sosiaali- ja terveysalan kansainvälisiä tavoitteita ja päämääriä. Tuotetta kehiteltäessä on huomioitava kohderyhmä sekä kohderyhmän erityispiirteet ja vaatimukset. (Jämsä & Manninen 2000, 10-14.)

Sosiaali- ja terveysalan tuotteet voidaan määritellä aineelliseksi tavaraksi, kuten apuvälineet tai laitteet ovat, mutta se voi myös olla tuotettua palvelua. Tuotteet voidaan määritellä myös tavarana ja palvelun yhdistelmäksi. (Jämsä & Manninen 2000, 15.) Kyseisen määritelmän pohjalta voimme luokitella tietopakettimme sosiaali- ja terveysalan tuotteeksi, sekä opinnäytetyömme toteuttamistavan tuotekehittelyprojektiksi.

Kettusen (2009, 29) mukaisesti projektin toteuttajaa voidaan pitää projektipäällikkönä. Projektipäällikkö toimii tärkeässä tehtävässä, sillä hän turvaa projektin onnistuneen toteuttamisen erilaisten vaiheiden kautta. Projektipäälliköltä vaaditaan rohkeutta ja valmiutta ottaa vastuuta, jotta projekti etenee suunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyön tekijöinä olemme siis projektimme päälliköitä. Projektimme omistajana voimme pitää Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymä Soitea. Projektimme täs-

mällinen omistaja on Soitessa toimiva naistentautien poliklinikka, sillä kyseiseltä taholta saimme toimeksiannon uuden tuotteen kehittämisestä. Työelämämme ohjaajana toimi seksuaaliterapeutti Jaana Sammallahti. Ohjaava opettajamme vaihtui kertaalleen projektin edetessä, mutta loppuun meidän työmme saattoi hoitotyön opettaja Pia Hagqvist. Alkuperäisen suunnitelmamme mukaan olisimme olleet yhteistyössä myös lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n kanssa, mutta aikataulullisten syiden vuoksi tämä ei ollut valitettavasti mahdollista.

7.3 Tuotekehittelyn vaiheet

Tuotteen kehittelyvaihe sosiaali- ja terveysalalla etenee tiettyjen perusvaiheiden mukaisesti riippumatta siitä, mitkä tekijät painottuvat tuotekehitysprosessissa. Jämsän ja Mannisen (2008, 28–30) mukaisesti tästä voidaan erottaa viisi erilaista vaihetta. Ensimmäinen vaihe pitää sisällään ongelman tai kehittämistarpeen tunnistamisen. Tästä seuraa tuotteen luonnosteluvaihe, kehittäminen sekä lopuksi viimeistely. Siirtyminen vaiheesta toiseen ei etene strategisesti, vaan vaiheissa saatetaan olla osittain päällekkäin. Siirtyminen vaiheesta toiseen ei siis edellytä sitä, että edellinen vaihe olisi päätöksessä. Erilaisten vaiheiden myötä projektin hallittavuus helpottuu. (Heikkilä ym. 2008, 28.)

Yhtenä projektin tärkeänä vaiheena pidetään suunnittelua. Suunnitteluvaiheessa tehdään varmennus siitä, että projektin laatijalla ja tilaajalla on yhteinen näkemys projektin kokonaisuudesta. Lisäksi projektiin kuuluvilla jäsenillä tulee olla yhtenäinen kuva siitä, mitä ollaan tekemässä ja mikä on lopputulos. Tällä kokonaisuuden hahmottamisella saadaan ymmärrys projektin etenemisestä ja sen tärkeydestä. Usein projektin perustaminen pohjautuu liian suppeaan pohjatyöhön. Projekti elää koko elinkaaren ajan, siksi hyvä suunnitelma ei ole koskaan valmis ja sitä tuleekin päivittää jatkuvasti. Jos näin ei tehdä, projekti menettää helposti merkityksensä. (Kettunen 2003, 47–51.)

7.3.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen

Sosiaali- ja terveysalalla tuotteiden kehittämistarve lähtee ongelmien tunnistamisesta. Ongelmien tunnistamiseksi sosiaali- ja terveysalan yksiköt voivat käyttää erilaisia kyselyitä tai muita menetelmiä, joiden avulla kerätään tietoa ja palautetta heidän toiminnastaan. Ongelmalähtöisen lähestymistavan tavoitteena onkin parantaa jo käytössä olevaa palvelumuotoa tai kehittää sitä, kun tuotteen laatu ei enää vastaa tarkoitustaan. Kehittämistarpeeksi voidaan myös asettaa uusi palvelutuote, materiaallinen tuote tai niiden

yhdistelmä, joka vastaa uuden tai nykyisen asiakaskunnan tarpeita. Ongelmien tai kehittämistarpeiden tunnistamisessa keskeistä on selvittää ongelman laajuus. Toisin sanoen: keitä ongelma koskettaa ja kuinka yleinen ongelma on. (Jämsä & Manninen 2000, 29–31.)

Taipaleemme opinnäytetyön saralla alkoi kurssilla, joka antoi valmiuksia tutkimus- ja kehittämistyön maailmaan ammattikorkeakoulussa. Kurssin tavoitteena oli päättää aihe ja luoda opinnäytetyösuunnitelma, jonka mukaisesti varsinaista opinnäytetyötä tulaisiin työstämään. Opinnäytetyöaiheita oli runsaasti tarjolla aihepankin kautta, mutta emme kokeneet tarjottuja aiheita tarpeeksi mielekkäiksi lähteä työstämään. Päätimme yhdessä, että lähdemme vierailemaan silloiseen Kiuruun, joka on nykyään Soite, ja kysymään tarvetta opinnäytetyön tekemiselle. Aiheena meitä kiinnosti erityisesti seksuaalisuus, joten osasimme suunnata naistentautien yksikköön. Osastonhoitaja ohjasi meidät seksuaaliterapeutin luokse, jolla hänen mukaansa saattaisi olla aihe opinnäytetyölle.

Tuotekehittelyprojektimme käynnistyi seksuaaliterapeutin tapaamisesta, joka oli kiinnostunut tarjoamaan aiheen opinnäytetyölle. Tässä vaiheessa opinnäytetyömme tekijöinä oli kaksi henkilöä, jotka tapasivat työelämän yhdyshenkilön. Ensimmäisellä tapaamiskerralla seksuaaliterapeutilta nousi esille kehittämistarve, joka koski tahattomasti lapsettomia pareja ja heidän tukemista. Seksuaaliterapeutti ehdotti kirjallisen ohjeellisen tekemistä, sillä hänellä oli kokemusta sellaisen työstämisestä oman opinnäytetyön muodossa. Opinnäytetyön tekijöinä olimme kiinnostuneita ja halukkaita tekemään aiheesta materiaallisen tuotoksen, joten sovimme, että lähdemme työstämään opinnäytetyötämme tahattomasti lapsettomien parien tukemisesta. Voimme siis todeta, että ongelma ja kehittämistarve oli tunnistettu ensimmäisen tapaamiskerran myötä.

7.3.2 Ideavaihe

Kun kehittämistarve on tunnistettu, mutta ratkaisukeinoa ei ole vielä löydetty tai päätetty, käynnistyy ideavaihe. Ideavaiheella pyritään löytämään erilaisia ratkaisuja ja vaihtoehtoja, joiden avulla voidaan toteuttaa kehittämistarve. Ideavaihe voi olla lyhyt, jos kyseessä on olemassa olevan tuotteen uudistaminen, jotta se vastaisi käyttötarkoitustaan. Jos jo olemassa olevan tuotteen uudistaminen ei tule kyseeseen, mahdollisia muita ratkaisuja etsitään erilaisia lähestymistapoja avuksi hyödyntäen. Näistä yleisimmin käytetään luovan ongelman- ja toiminnan ratkaisumenetelmiä. Ideavaiheessa hyödynnetään eri tahoilta tai ideapankista saatua tietoa. Ideavaihe tuottaa ratkaisun, joka mahdollisesti korjaa ongelman tai vastaa tarpeeseen. Tällöin tuloksena syntyy tuotekonsepti. (Jämsä & Manninen 2000, 35.) Ideavaiheemme

käynnistyi samanaikaisesti ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistamisen myötä seksuaaliterapeutin ensimmäisellä tapaamiskerralla. Kehittämistarpeen eli suuntaa antavan aiheen tunnistamisen jälkeen aloitimme ideoinnin tulevasta tuotoksestamme. Tuotekehittelyprojektin ensimmäinen ja toinen vaihe siis kohdallamme kulkivat osin päällekkäin.

Toimme tapaamisessa esille tarkempia ehdotuksia, joihin opinnäytetyössämme lähtisimme syventymään. Lapsettomuuden käsite on laaja, joten jo alusta asti olikin selvää, että tulemme rajaamaan opinnäytetyömme tahattomaan lapsettomuuteen. Pohdimme käsitteen tukeminen merkitystä ja huomasimme myös tämän laajuuden. Mietimme minkälaista tukea tahattomasti lapsettomat parit tarvitsevat ja tulimme yhteisesti siihen tulokseen, että parisuhteen seksuaalisuus on isona osaa lapsettomuutta. Mietimme myös aiheen rajaamista pelkkään psyykkiseen tukemiseen, mutta koimme kuitenkin seksuaalisuuden tukemisen mielekkäämpänä aiheena tarkastella. Kun aiheen rajaaminen oli suuntaa-antavasti pohdittu, mietimme tarkemmin opinnäytetyömme toteutustapaa. Oli selvää, että tulisimme tekemään jonkinlaisen informatiivisen ohjelehtisen. Tietoperustan kokoaminen haastattelumenetelmien myötä ei tulisi kyseeseen, sillä aihe on eettisesti hyvin arka. Päädyimme yhteisesti siihen, että kokoaisimme tietoperustamme kirjallisuudesta ja jo tutkitusta tiedosta.

Opinnäytetyöprojektimme alkuvaiheessa Soite-organisaatio toimi Kiuru-nimellä ja jo tuolloin työelämämme yhdyshenkilö oli tietoinen tulevasta organisaation muutoksesta ja toi tiedon meille. Ohjelehtisemme tulisi tuottamaan organisaatiossa toimiva graafikko, joka vastaa ulkoasusta yksikön ohjeistusten mukaisesti. Sisältö taas kuuluisi meille ja saisimme vaikuttaa siihen. Näiden tietojen jälkeen sovimme toisen tapaamiskerran, jolloin löisimme lukkoon varsinaisen opinnäytetyön aiheen ja samalla sovimme, että jätämme vielä aiheen hautumaan mieleemme seuraavaa kertaa varten. Toinen tapaamiskertamme oli suhteellisen lyhyt, sillä aiheen rajaaminen ja opinnäytetyön otsikon päättäminen sujui kohtuullisen helposti, sillä olimme saaneet aikaa miettiä. Seksuaaliterapeutti oli myös kysynyt kollegoidensa mielipidettä opinnäytetyömme tarpeellisuudelle, ja hekin olivat kokeneet työmme tarpeelliseksi ja tärkeäksi. Sovimme, että lähdemme työstämään opinnäytetyötämme ja toimitamme luonnoksen valmiin tietopakettin sisällöstä seksuaaliterapeutille.

7.3.3 Luonnosteluvaihe

Tuotteen luonnosteluvaihe käynnistyy, kun tiedetään, millainen tuote aiotaan luoda. Se sisältää tiedonhankinnan asiakaskunnasta, aiheesta, tuotteesta, toimintaympäristöstä, tuotteen laatutekijöistä sekä tuotteesta ja sen valmistamismenetelmistä. Luonnosteluvaiheessa analysoidaan tietoa, täsmennetään, mitä tehdään, ja näin valitaan tuotteen tekemiselle periaatteet sekä vaihtoehdot. Tämän vaiheen tuloksena luodaan tuotteen tekemiselle käsikirjoitus eli tuotekuvaus. (Jämsä & Manninen 2000, 43–52.) Projektin onnistumisen ja etenemisen kannalta on oleellista, että projektin vastuualuetta jaetaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että projektia johtaa projektipäällikkö, jolla on vastuu saattaa projekti loppuun. Hänen puoleensa käännetään myös, jos projekti ei etene toivotulla tavalla. (Kettunen 2003, 16.) Opinnäytetyön tekijöinä voimme katsoa olevamme työmme projektipäälliköitä. Vastuu projektin etenemisestä on siis ollut jokaisella meillä tasavertainen.

Luonnosteluvaiheessa perehdyimme lähdemateriaaliin, jota kokemuksemme mukaan oli hyvin saatavilla. Keräsimme tutkimustietoa ja tieteellisiä artikkeleita, oppikirjoja ja muita aihetta koskettavia teoksia yhteen ja perehdyimme näihin. Varsinaisen opinnäytetyön lomassa työstimme opinnäytetyösuunnitelmaa ja tässä vaiheessa mukaamme saapui kolmas henkilö, joka oli kiinnostunut aiheestamme. Koimme kolmannen henkilön saapumisen työhömmme erittäin positiivisena asiana, sillä olemme jokainen tuoneet oman erilaisen panoksemme työhömmme. Kun opinnäytetyösuunnitelmamme oli hyväksytty, keskityimme enemmän opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamiseen. Teoriaosuus kirjoitettiin marras-joulukuun 2016–2017 vaihteessa ja tavoitteena olikin saada teoriaosuus valmiiksi ennen yhden tekijästä lähtöä vaihto-opiskelemaan Ruotsiin helmikuussa 2017. Teoriaosuus saatiin lähes valmiiksi ja opinnäytetyön kirjoittaminen jäi koulu- ja vaihtokiireiden myötä hieman taka-alalle helmi-maaliskuun 2017 ajaksi. Olimme siis hieman myöhässä alustavasta aikataulustamme, mutta emme koe tämän vaikuttaneen lopputulokseen, sillä saimme hyvin aikataulun kiinni syksyllä. Kun olimme koonneet teoriaosuuden, aloimme pohtia sekä luonnostella tietopaketin sisältöä. Tietopaketin sisällön muodostaminen oli mielekästä ja nostimme opinnäytetyöstämme tärkeimmät asiat lehtiseen. Jo alusta asti pidimme selvänä sitä, että haluamme valmiista tuotoksesta mahdollisimman lyhyen ja ytimekkään, mutta samalla mahdollisimman informatiivisen. Lähetimme valmiin sisällön sähköpostitse Soitessa toimivalle viestintävastavalle. Emme vaikuttaneet tietopaketin ulkoasuun, sillä Soitella on käytössä omat linjaukset fonttien ja värien suhteen, ja kunnioitamme näitä.

7.3.4 Tietopaketin kehittäminen

Tuotteen kehittäminen sisältää itse tekemisen vaiheen, joka etenee luonnosteluvaiheesta valittujen ratkaisutapojen mukaisesti. Kehittäminen vaiheessa tuotteelle tehdään esitestaus, jotta huomataan kehittämistarpeet ja mahdolliset kehitettävät asiat. Tämän jälkeen mietitään erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Kehittäminen vaiheen jälkeen syntyy tuotteen mallikappale. (Jämsä & Manninen 2000, 54.) Projektin loppuunsaattamista vaikeuttaa yhden suuren tavoitteen asettaminen. Tällöin on tärkeää asettaa pieniä tavoitteita, koska ne kannustavat yrittämään. Tällöin tavoitteen saavuttaminen luo onnistumisen tunnetta. (Pelin 2008, 343.)

Tuotteen kehittäminen eteni osaltamme vaivattomasti, sillä konkreettisen tuotoksen tietopaketistamme tuotti Soitessa toimiva viestintäsihteeri. Tuotekehittelyprojektimme alusta saakka olikin selvää, että emme laadi itse konkreettista tietopakettia. Olemme kokeneet tämän hyvänä asiana, sillä viestintäsihteeri omaa kokemusta organisaatiolle tuotetuista ohjelehtisistä ja tietopaketeista. Lähetimme viestintäsihteerille sähköpostitse luonnoksen sisällöstä kesäkuun lopulla 2017. Kesälomien vuoksi projektimme eteneminen viivästyi hieman, ja saimme ensimmäisen version tietopaketista elokuussa 2017.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan tavoitteenamme oli, että testaamme valmista tietopakettia lapsettomien yhdistys Simpukka Ry:n kautta, jotta anonymiteetti sekä työn eettisyys säilyisivät. Olimme suunnitelleet esitestaavamme tuotetta kesä-heinäkuussa 2017, mutta tämä ei valitettavasti tullut mahdolliseksi. Emme saaneet siis ensimmäistä versiota tietopaketistamme suunnitellun aikataulun mukaisesti. Ensimmäisen version tietopaketistamme saimme elo-syyskuun aikana, mutta tämä aika taas Simpukka Ry:lle oli kiireistä aikaa eikä testaaminen tullut mahdolliseksi. Tuotettamme ei ole siis testattu kohde-ryhmällä eli lapsettomuudesta kärsivillä pareilla. Olemme kuitenkin saaneet runsaasti mielipiteitä niin ammattilaisilta kuin opiskelijatovereiltamme ja heidän avullaan olemme parantaneet tuotteemme toimivuutta.

Isoja muutoksia emme tietopaketin tekstiin tehneet, korjasimme vain muutamia sanamuotoja, jotta ymmärrettävyys parantu. Ensimmäisessä versiossa tietopaketistamme etusivulla on miehen ja naisen käsi. Saimme korjausehdotuksen siitä, että voisimme muuttaa ulkoasuamme sellaiseksi, ettei se anna liian heteronormatiivista kuvaa. Mielestämme oli tärkeää, että tämä ehdotus nostettiin esille, sillä lapsettomuus ei rajaudu vain miehen ja naisen väliseksi. Tietopaketin ensimmäisessä luonnoksessa tuottees- tamme oli jäänyt lähteet pois, jotka myöhemmin lisättiin siihen ennen sen julkaisemista. Tietopaket-

timme ulkoasu noudattaa Soitelle ominaisia piirteitä. Tietopaketin pohja on valkoinen, otsikot ja reunukset taas sinisellä. Jokaisella sivulla on nähtävissä Soiten logo. Fonttina on käytetty Calibria sen eri kokoja vaihdellen otsikoiden ja tekstin sisällön mukaan. Olemme erittäin tyytyväisiä tuotteemme ulkoasuun ja mielestämme se on visuaalisesti erittäin onnistunut.

7.3.5 Tietopaketin viimeistely ja valmis työ

Tuotteen viimeistelyvaihe sisältää yksityiskohtien viilausta ja niiden korjaamista. Tähän vaiheeseen kuuluu myös käyttö- tai toteutusohjelman laatiminen, tuotteen markkinoinnin suunnittelu sekä tuotekehittelyprojektin loppuraportoinnin luominen. Tuloksena saadaan aikaan käyttövalmis tuote. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.) Tietopaketin viimeistelyyn kuuluu myös yhteystietojen laatiminen tuotteen loppuun sekä viitteet, mistä asiakas voi saada lisätietoja. Hyvä tuote kertoo, mihin asiakas voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 44.) Tuotteemme viimeistelyvaihe tapahtui syys-lokuussa 2017, jolloin työstimme opinnäytetyöprojektiamme loppuun. Saimme työhöemme arvokkaita neuvoja ohjaavalta opettajaltamme, jolla on asiantuntemusta aiheestamme. Lisäsimme tietoperustaamme muutamia asioita, jotta opinnäytetyöstämme tulisi mahdollisimman laadukas. Tapasimme vielä viimeisen kerran projektin tiimoilta työelämämme yhdyshenkilön ja kävimme läpi projektimme etenemistä. Olemme sopineet, että esitämme opinnäytetyömme naistentautien yksikön osastotunnilla ennen joulua 2017.

7.4 Tekijänoikeudet, tuotteen patentointi ja elinkaari

Nykyaikana tärkeänä yrityksen kilpailukeinona pidetään erityisosaamisen suojaamista ja patentoimista. Olipa kyseessä minkälainen tuote tahansa, kehittäminen maksaa ja vaatii asiantuntijuutta, sekä aikaa. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysalan tuotteistamisessa tulee kiinnittää huomio osaamisen suojaamiseen. Yksinoikeuden hankkiminen kehitystyölle on mahdollistettu tietyn edellytyksin lainsäädännön avulla. Sosiaali- ja terveysalalla tuotteita säätelevät tekijänoikeussuoja, patenttisuoja, tavaramerkkisuoja sekä toiminimisuoja. Taiteellisia sekä kirjallisia teoksia säätelee tekijänoikeussuoja. Se on voimassa siihen saakka, kunnes teoksen tekijän kuolemasta katsotaan olevan 70 vuotta. Tekijänoikeussuoja syntyy itsestään ilman yksittäistä hakemuksen laatimista. (Jämsä & Manninen 2000, 99.)

Patentilla tarkoitetaan hakemuksen täytön jälkeen myönnettyä yksinoikeutta ammattimaiselle hyväksikäytölle. Toisin sanoen kenelläkään muulla ei ole oikeutta keksinnön hyödyntämiseen ammatillisesti, ellei patentin haltija erikseen ole tähän ollut myönteinen. Edellytyksenä patentin saamiselle on, että keksintö on itsessään uusi. Sen tulee olennaisesti erottua jo aikaisemmin tunnetusta. Suomalaiset patentit ovat ainoastaan voimassa Suomessa. Vuosimaksun avulla patentti pysyy voimassa 20 vuotta hakemuksen jättöpäivästä. Patentoinnissa on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota siihen, milloin keksinnöstä halutaan raportoida ja myös missä raportti julkaistaan. Yleisohjeena pidetään, että patenttihakemus tulee luovuttaa ennen keksinnön julkaisemista. Nimittäin jos keksijä päättää julkaista keksintönsä, ei hänen täten ole mahdollista enää saada patenttisuojaa keksinnölleen. (Jämsä & Manninen 2000, 98-101.)

Yrityksen tunnuksena toimii tavaramerkki, jonka idea perustuu siihen, että se erottaa tuotteet muiden yritysten tuotteista. Tavaramerkkinä voi toimia kuvio tai kirjain, myös numero. Tavaramerkin yksinoikeuden voi saada vakiinnuttamalla se yleisesti tunnetuksi ja tämän myötä suojattua merkkiä eivät voi muut elinkeinotoiminnassaan soveltaa. (Jämsä & Manninen 2000, 101.) Meidän kehittelemässä tuotteessa tavaramerkkinä toimii Soiten logo sekä heidän organisaatiolle ominainen väritys.

8 POHDINTA

Seuraavassa luvussa tulemme käsittelemään asioita, jotka ovat vaikuttaneet työmme eettisyyteen ja luotettavuuteen, sekä kuvailemme omaa oppimistamme työstäessämme opinnäytetyötämme tuotekehittelyprojektin muodossa.

8.1 Projektityön eettisyys ja luotettavuus

Tutkivassa kehittämistoiminnassa törmätään useasti eettisesti haastaviin kysymyksiin, jotka koskettavat yksilön tai yhteiskunnan oikeuksia, velvollisuuksia ja vastuuta. Kysymykset ovat haasteellisia ja huomiolarvoisia, näihin onkin määritelty vastaukset erilaisin lain ja asetuksin. Tutkivassa kehittämistoiminnassa lakien ja asetusten avulla pyritään lisäämään luottamusta tutkimustoimintaan (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43–44), sekä eettisyyttä pidetään tutkimuksellisen toiminnan ytimenä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Lait ja asetukset velvoittavat yksilöä toimimaan tietyin tavoin, kun taas etiikka taas turvaa tärkeitä arvoja. Etiikka turvaa asioita, joita pidetään moraalisesti oikeana ja hyvänä. Eettiset kysymykset pyrkivät kyseenalaistamaan toimintaamme ja ohjaamaan oikean ja väärän tiellä. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Hoitotieteen etiikka on noussut esille lääketieteen eettisesti haastavien kysymysten rinnalla, mutta myös muilla aloilla, kuten psykologiassa, pohditaan moraalisesti oikeita ja vääriä asioita. Oli kyse minkä tahansa tieteenalan etiikasta, voidaan se pääosin luokitella normatiiviseksi etiikaksi. Normatiivinen etiikka vastaa kysymyksiin tutkimuksen oikeista säännöistä, joita tutkijoiden tulisi noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 211.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen toiminnan toteutumisesta vastaa valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, jonka toiminta perustuu pääosin potilaslakiin sekä sosiaalihuollon asiakaslakiin. (ETENE 2017.) Sairaanhoidajaliiton vaatimat eettiset ohjeet tukevat eettistä toimintaa ja päätöksentekoa päivittäisissä toiminnoissa. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa veloitetaan sairaanhoitajaa kehittämään omaa asiantuntijuuttaan ja ammattitaitoaan samalla kehittäen hoitotyötä. (Sairaanhoidajaliitto 1996.)

Ahon (2011, 41–42) artikkelin mukaisesti tutkivan kehittämistoiminnan haasteena pidetään arkaluontoisen asioiden kohtaamista. Arkaluontoisen tutkimuksen toteuttamiseksi ei riitä vahva kiinnostuminen ja motivaatio asiaa kohtaan, vaan aiheen valinnan täytyy olla eettisesti perusteltavissa, sekä vahvana kriteerinä on tutkimuksen myötä uuden tiedon tuottaminen. On muistettava, että tutkimuksen haavoittuvuus

ja arkaluonteisuus säilyvät koko prosessin ajan. Projektin suunnitteluvaiheessa on hyvä pohtia arvioiden tutkimuksen riskejä sekä verrata niitä tutkimuksesta koituviin hyötyihin.

Pietarinen (2002, 6–12) on kuvannut tutkijan eettisten vaatimusten listan, johon kuuluu kahdeksan kohtaa. Ensimmäisen kohdan mukaisesti tutkijalta vaaditaan älyllinen kiinnostus tutkittavaa aihetta kohtaan. Toisena kohtana on vaatimus tunnollisuudesta; tutkittavaan aiheeseen tulee paneutua, jotta uuden tiedon tuottaminen olisi mahdollisimman luotettavaa. Kolmanneksi vaaditaan rehellisyyttä eli sitä, ettei tutkija harjoita minkäänlaista vilppiä. Neljäntenä kohtana tulee mahdollisen vaaran eliminoiminen. Tämä merkitsee sitä, että tutkimus tulee jättää tekemättä, jos siitä koituu merkittävää haittaa ja vahinkoa. Viidentenä kohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimus tai sen tekeminen ei saa loukata yksilön tai ryhmän moraalista arvoa. Kuudentena kohtana on sosiaalisen vastuun vaatimus, joka merkitsee sitä, että tutkijan tulee huolehtia tutkimuksessa käytetyn tiedon olevan eettisten vaatimusten mukaista. Seitsemäntenä kohtana on ammatinharjoituksen edistäminen. Kahdeksantena kohtana tulee kollegiaalinen arvostus, joka vaatii tutkijoiden suhtautumista toisiinsa arvostaen.

Kun peilaamme omaa projektiamme Pietarisen (2002, 6–12) listan mukaisesti, voimme todeta jokaisen kohdan täyttyvän. Olemme alusta asti olleet kiinnostuneita aiheesta ja punninneet sen kannattavuutta. Olemme miettineet, täyttävätkö aiheemme eettiset kriteerit ja pohtineet, voiko opinnäytetyömme arkuus loukata yksilöä tai paria. Näitä asioita pohdittuamme ja punnittuamme tulimme siihen tulokseen, että opinnäytetyöstämme koitua hyötyä on niin suurta, että sen tekeminen kannattaa. Työmme käsittelee aihetta, josta ei puhuta paljoa. Toivomme, että työhöemme kiinnitettäisiin huomiota ja siitä olisi hyötyä mahdollisimman monelle parille ja yksilölle.

Opintojemme aikana olemme tutustuneet ETENEn, sekä sairaanhoitajaliiton eettisiin ohjeistuksiin, joista olemme saaneet hyvää pohjaa opinnäytetyötämme ja ammattimme harjoittamista varten. Opinnäytetyömme aihe on haavoittuva ja arka, sillä se koskettaa pariskunnan intiimeintä aluetta, parisuhteen seksuaalisuutta. Herkän aiheemme vuoksi päätimme toteuttaa tutkimuksemme tuotekehittelyprojektin muodossa. Tällöin emme ole keränneet tietoperustamme sellaisin menetelmin, jotka voisivat haavoittaa lapsettomuudesta kärsiviä pariskuntia. Mietimme projektin alussa, kuinka kokoaisimme mahdollisimman hyvän ja luotettavan tietoperustan ilman näkemättä tai kuulematta pareja, jotka kokevat lapsettomuutta. Huomasimme kuitenkin, kuinka laajasti tutkittu aihe lapsettomuus on.

Olemme koonneet laadukkaan tietoperustan jo tutkitusta tiedosta sekä asiantuntijoiden tiedosta. Opinnäytetyömme tietoperustassa olemme käyttäneet hyödyksi useita pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja

sekä opinnäytetöitä. Projektimme aluksi luimme muutamia töitä, jotta saimme tuntumaa siihen, minkälainen työemme voisi olla, sillä opinnäytetyön tekeminen on meille jokaiselle entuudestaan vieras. Toivomme, ettei työn luotettavuuteen vaikuta merkittävästi se seikka, että emme saaneet mielipiteitä tietopakelistamme kohderyhmältämme eli lapsettomilta pareilta. Aikataulun muutokset vaikuttivat valitettavasti tähän niin, että emme saaneet sellaista kontaktia kohderyhmäämme, jotta anonymiteetti olisi säilynyt. Toisaalta saimme kaivattua ja arvokasta palautetta tietopakelistamme alan ammattilaisilta, jotka osaavat katsoa työtämme heidän asiakkaidensa näkökulmasta. Läpi projektimme olemme pitäneet mielessä, että plagioiminen on ehdottoman kiellettyä. Työssämme emme ole siis käyttäneet plagioitua tekstiä. Olemme omin sanoin ja lähdeviitteitä käyttäen kertoneet lähteinä käyttämistämme teksteistä kuitenkin ydin-sanomaa muuttamatta.

8.2 Ammatillinen kasvu ja oppimiskokemukset

Opinnäytetyöprosessimme alkoi ensimmäisen opiskeluvuoden lopussa, jolloin kävimme Tutkimus- ja kehittämistoiminnan kurssin. Kurssilla käsitelimme sitä, mitä tutkimus- ja kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalalla on. Kurssin lopussa valitsimme aiheen, jota lähtisimme työstämään. Aiheen valinnan koimme helpoksi. Aiheen rajaaminen taas tuotti haastetta, sillä lapsettomuus käsitteenä on laaja. Olemme matkan varrella muokanneet ja rajanneet aihetta, jotta saisimme lopputuloksesta mahdollisimman ytimekkään ja selkeän. Kurssista koimme olleen suurta hyötyä, sillä emme omanneet aikaisempaa tietoa tutkimus- ja kehittämistoiminnassa.

Aiheen päätettyä ja varmistuttua mietimme tapaa, jolla toteuttaisimme opinnäytetyöemme. Eettiset syyt huomioiden päädyimme kokoamaan opinnäytetyöemme tietoperustan tieteellisistä artikkeleista ja jo tutkitusta tiedosta. Tämä osoittautui hyväksi valinnaksi haastattelemisen vaihtoehdon sijaan, sillä lähde-materiaalia on löytynyt runsaasti niin kotimaisista kuin kansainvälisistäkin lähteistä. Olemme olleet kriittisiä siitä, minkälaisia lähteitä käytämme. Projektityöskentelyn alkuun verraten lähdekriittisyytemme on kehittynyt. Lähteiden etsimisessä olemme käyttäneet Centria-ammattikorkeakoulun kirjaston hakukonetta sekä olemme hyödyntäneet maakuntien kirjastoja.

Ennen varsinaisen opinnäytetyön tekemistä laadimme suunnitelman, johon asetimme tavoitteet aikataulusta. Suunnitelma sisälsi pohjan tietoperustasta, jota käyttäisimme itse opinnäytetyössä. Tietoperustamme on pysynyt lähes samana ja olemmekin hyödyntäneet suunnitelmaan kirjoitettua teoriaa tässä

työssämme. Suunniteltuun aikatauluun on tullut muutoksia viivästymisten vuoksi, mutta olemme saaneet aikataulun kiinni. Jokaisen osapuolen työpanos on ollut kiitettävää, sillä alusta asti oli selvää, että tuleva työmme vaatii paljon aikaa. Olemme olleet hyvin motivoituneita, mikä on ollut suurena voimavarana. Koemme, että olemme kasvaneet tutkimus- ja kehittämistyön tekijöinä opinnäytetyöprosessimme myötä. Olemme saaneet hyvät perusteet tuotekehittelyprojektin työstämisestä, jonka muodossa toteutimme opinnäytetyömme.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut aikaa vievää, mutta se on antanut ammatillisesti paljon. Olemme syventyneet aivan uudella tavalla lapsettomuuteen, joka on ollut jokaiselle meistä sanana tuttu, mutta emme ole ymmärtäneet sen syvyyttä. Projektimme myötä olemme sisäistäneet sen, kuinka monet kasvot lapsettomuudella on. Kenelläkään meistä ei ole lapsia, ja työskentely aiheen parissa onkin saanut erilaisia tunteita aikaan. Olemme ymmärtäneet sen, kuinka kipeästä ja vaikeasta asiasta voi olla kyse. Henkisesti raskaaksi työskentely ei ole käynyt, vaikka aihe on ollut vakava. Emme ole työ- tai harjoitteluelämässä suoranaisesti kohdanneet tahattomasti lapsettomia pareja, joten tulevaisuudessa kohtaamiseen heidän kanssaan on erilainen valmius, sillä nyt voi paremmin ymmärtää heidän läpikäymäänsä prosessia. Jatkotutkimusideaksemme nousi se, kuinka hyvin tasa-arvoinen kohteleminen lapsettomuushoidoissa käyvien samaa sukupuolta olevien parien kohdalla toteutuu.

LÄHTEET

- Aaltonen, J., Haltia, A., Perheentupa, A., Poranen, A-K., Simberg, N., Tiitinen, A., Tomás, C. & Tulpala, M. 2014. Hedelmöityshoidot. Espoo: MSD Finland Oy. Saatavissa: file:///C:/Users/Heta/Downloads/MSD_hedelmöityshoidot_kevyt.pdf. Viitattu 13.4.2017.
- Abedinia, N., Ramezanzadeh, F. & Noorbala, A. 2009. Effects of a psychological intervention on Quality of life in infertile couples. *Journal of Family and Reproductive Health*. Saatavissa: <http://jfrh.tums.ac.ir/index.php/jfrh/article/view/73/73>. Viitattu 10.9.2017.
- Aho, A-L. 2011. Arkaluontoisen tutkimusaiheen haasteita. *Tutkiva hoitotyö* 9 (3), 41–42.
- Ahtola, V. & Lappi, K. 2014. Lapsettomuushoidot miehen kokemana. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70896/Ahtola_virve_Lappi_Kirsi.pdf?sequence=1. Viitattu 20.4.2017.
- Alha, P., Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R. & Surcel, H-M. 2011. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf. Viitattu 10.10.2016.
- Ala-Lipasti, M., Leskinen, M., Marttila, T., Paaso, I. & Raitainen, M. 2009. Kivespussin resistenssit aikuisilla. *Duodecim*. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo98273.pdf>. Viitattu 20.2.2017.
- Anttila, L. & Korkeila, J. 2012. Stressi ja Lapsettomuus. *Lääkärilehti* 12, 26–31.
- Apter, D. Kaimola, K. & Väisälä, L. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Apunen, A. & Parantainen, J. 2011. Tuotteistaminen 2. Tuotteistajan 10 psykologista vipua. Helsinki: Talentum.
- Botha, E. & Ryttyläinen- Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Bunda, E., Penttinen, N. & Rissanen, A. 2014. Miesten kokemuksia lapsettomuudesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87713/Bunda_Emmi_Penttinen_Ninja_Rissanen_Anni.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 13.4.2017.
- ETENE. 2017. ETENEn tehtävät ja jäsenet. Saatavissa: <http://etene.fi/tehtavatjajasenet>. Viitattu 30.9.2017.
- Faria, D. Grieco, S. & Barros, S. 2012. The effects of infertility on the spouses' relationship. Saatavissa: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/en_02.pdf. Viitattu: 13.4.2017.
- Fyhr-Komu, J. & Hakama, A. 2008. Naisten kokemuksia tahattomasta lapsettomuudesta. Lahden Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/11115/2008-05-07-07.pdf?sequence=1>. Viitattu 20.2.2017.

- Gray, K., Copeland, J., Anderson, J. & Hitkari, J. 2014. Patient utilization of psychological counselling during IVF: implications for nursing practice. Olive Fertility Centre, Vancouver, Canada. University of British Columbia, Vancouver, Canada. Saatavissa: https://www.olivefertility.com/sites/default/files/science/Gray-Copeland-Anderson-Hitkari_cfas2014.pdf. Viitattu 10.9.2017.
- Heikinheimo, A-M., Härkki, P. & Setälä, M. 2011. Endometriosisin nykyhoito. Aikakauskirja Duodecim. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/17/duo99751>. Viitattu 20.2.2017.
- Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hintikka, M. 2000. Erilaisesta oppijasta erinomaiseksi oppijaksi. Jyväskylä: Gummerus.
- Hinton, L., Kurinczuk, J. & Ziebland, S. 2010. Infertility; isolation and the Internet: A qualitative interview study. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0738399110006002/1-s2.0-S0738399110006002-main.pdf?_tid=75043aa4-f763-11e6-8c12-00000aacb360&ac-dnat=1487591901_3980814220b68487469200b7f98d48fa. Viitattu 20.2.2017.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121 (16), 1769–1773.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2014. Naisen terveys. 2. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy
- Jalanko, H. 2017. Kivesongelmat pojilla. Duodecim terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00429. Viitattu 20.2.2017.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Kallio, M. & Kontula, O. 2015. Happy end. Porvoo: Wsoy.
- Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Suomen lääkärilehti 26-31/2012 vsk 67. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. Saatavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/1826909/Miehest%C3%A4+joh-tuva+tahaton+lapsettomuus.pdf>. Viitattu: 19.2.2017.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: Wsoy.
- Kivistö, A. 2003. Talousohjaus ja tuotteistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Klemetti, R. 2015. Tahaton lapsettomuus. Kätilötyö, raskaus synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3. Viitattu 20.8.2017.
- Kuivasaari-Pirinen, P. 2013. The pathway from infertility to motherhood through assisted reproductive technology (ART). Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, lääketieteen laitos. Väitöskirja. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1065-3/urn_isbn_978-952-61-1065-3.pdf. Viitattu 10.1.2017.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilasohjauksen kehittämishankkeella kohti vaikuttavaa hoitotyötä. Sairaanhoitajalehti 78 (12), 11–14.
- Laitinen, J. & Mäkelä, T. 2013. Miesten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saadusta sosiaalista tuesta lapsettomuushoitojen aikana. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70142/laitinen_jenni_ja_makela_taru.pdf?sequence=1. Viitattu 20.3.2017.
- Laki hedelmöityshoidosta. 22.12.2006/1237. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>. Viitattu 10.12.2016.
- Lapsettomien yhdistys Simpukka Ry. 2017. Lapsettomuuden muodot. Saatavissa: <http://www.simpukka.info/>. Viitattu 10.11.2016.
- Miettinen, A. 2011. Väestöliitto katsauksia E40/2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Saatavissa: https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/ac71bbc005260049b8a529174dfb05f2/1487613139/application/pdf/911236/Äidiksi%20ja%20isäksi%20hedemöityshoidolla_pdf.pdf. Viitattu 20.2.2017.
- Mielenterveystalo 2017. Vertaistuki. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/vertaistuki.aspx>. Viitattu 20.8.2017.
- Mäkelä, J. 2007. Lapsettomuudesta puhuminen ja tuen saaminen läheisiltä. Puheoppi. Humanistinen tiedekunta. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78542/gradu02179.pdf?sequence=1>. Viitattu 25.4.2017
- Mäkelä, T. & Laitinen, J. 2013. Miesten kokemuksia hoitohenkilökunnalta saadusta sosiaalisesta tuesta lapsettomuushoitojen aikana. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70142/laitinen_jenni_ja_makela_taru.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 12.11.2016.
- Mäkinen, S & Söderström-Anttila, S. 2014. Ennakoiva munasolupakastus. Duodecim 2014; 130:7–8.
- Niskanen, R. & Rouvinen, J. 2014. Endometriooosi ja lapsettomuus – Naisten kokemuksia läheisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80702/Riikka_Niskanen_Jenni_Rouvinen.pdf?sequence=1. Viitattu 13.4.2017.
- Nummi, V. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Suomen Lääkärilehti 67 (1–2), 14–16.

- Nylund, M. & Yeung, A. 2005. Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Kustannus-osakeyhtiö Vastapaino.
- Paavilainen, M. 2015. Mitä jokaisen psyykeen ammattilaisen tulee tietää lapsettomuudesta. Ovumia Fertinova. Saatavissa: <https://www.ovumia.fi/blog/mitae-jokaisen-psykyen-ammattilaisen-tulee-tietaeae-lapsettomuudesta/>. Viitattu 10.10.2017.
- Pelin, R. 2008. Projektinhallinnan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kustannus.
- Pietarinen, J. 2002. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa: Lötjönen S. (toim) Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Tutkijan ammattietiikka. Saatavissa: http://www.mv.helsinki.fi/home/niskanen/ammattietiikka_kirja_opm.pdf. Viitattu 20.8.2017.
- Pihlaja, E. & Vesa, M. 2012. ”Kuka istuu meidän sängyn vieressä, kun me tehdään kuolemaa?” Lapsettomuus kokemuksena. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53916/Pihlaja_Elina.pdf?sequence=1. Viitattu 20.9.2017.
- Räisänen, R. 2007. Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78230/gradu01991.pdf?sequence=1>. Viitattu: 12.4.2017.
- Rytkönen, V. & Siira, H. 2013. ”Miten ihmeessä sen voisi jollain korvata?": lapsettomuus naisen kokemana. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53904/Rytkonen_Siira.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu: 12.4.2017
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Saatavissa: https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Viitattu 20.1.2017.
- Sallinen, M. 2006. Ruusunpunaisista pilvilinnoista tuuliajolle. Tahaton lapsettomuus psyykkisenä kriisinä. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro- gradu tutkielma. Www- dokumentti. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93832/gradu01315.pdf?sequence=1>. Viitattu 20.8.2017.
- Santalahti, T. & Lehtonen, M. 2016. Seksuaaliterapia. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Soite. 2017. Naistentautien poliklinikka. Saatavissa: http://soite.fi/sivu/naistentautien_poliklinikka. Viitattu 20.9.2017.
- Suikkari, A-M., Mäkinen, S. & Tulppala, M. 2007. Väestöliitto. Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: Topnova.
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S. & Tanbo, T. 2007. Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Saatavissa: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01674820701447447?scroll=top&needAccess=true>. Viitattu 20.8.2017.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Hedelmöityshoidot 2015-2016. Tilastoraportti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132313/Tr09_2017.pdf?sequence=5. Viitattu 20.9.2017.
- Tiihonen, R., Tuominen, M. & Pruuki, H. 2015. Toisenlainen tie. Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Tiitinen, A. 2016. Lääkärikirja Duodecim. Tietoa potilaalle: Miehen lapsettomuus. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>. Viitattu: 16.2.2017.
- Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Toivanen, R., Tulppala, M. & Vilksa, S. 2004. Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. Suomen Lääkärilehti 59 (43), 4115–4120.
- Tokola, M. 2017. Lapsettomuus koskettaa aina. Väestöliitto. Saatavissa: http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhteen_kriisit/lapsettomuudesta/. Viitattu 12.8.2017.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tulppala, M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. Suomen Lääkärilehti 67 (1–2), 26–31. Saatavissa: https://www.parempiavioliitto.fi/artikkelit/LAPSETTOMUUS_SLL26_312012_2086.pdf. Viitattu 10.2.2017.
- Tuominen, A. 2004. ”Se, et joku kuuntelee..” -lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/92051/gradu00395.pdf?sequence=1>. Viitattu 1.8.2017.
- Tynninen, K. & Ryttyläinen, K. 2009. Äitiys ei ole vain biologinen side lapseen – lesbonaisten ajatuksia äitiydestä. Kätilölehti. 114(2).
- Väestöliitto lapsettomuuskeskus. 2017. Tukea ja neuvontaa lapsettomuusshoitajien yhteydessä. Saatavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuskeskus/tukea-ja-neuvontaa/>. Viitattu 20.2.2017.
- World Health Organization 2011. Defining sexual health. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/. Viitattu 1.8.2017.

