

POTILASOPAS PÄIJÄT-HÄMEEN  
SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄN  
LAPSETTOMUUSPOLIKLINIKALLE

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Emmi Perintö  
Ulla-Maria Talvitie

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

EMMI PERINTÖ & ULLA TALVITIE: Potilasopas Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän lapsettomuuspoliklinikalle

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 36 sivua, 2 liitesivua

Kevät 2010

## TIIVISTELMÄ

---

Tahattomasta lapsettomuudesta kärsii yhä useampi pari. Tahaton lapsettomuus on yleistä ja se lisääntyy vuosittain. Tahattomasta lapsettomuudesta on kyse silloin, kun raskaus ei ole alkanut yli vuoden kestäneen yrittämisen jälkeen. Lapsettomuuden syitä on useita. Ja ne voivat johtua naisesta, miehestä sekä molemmista. Joissakin tapauksissa syytä lapsettomuuteen ei saada selville. Tahaton lapsettomuus on monen parin elämässä ensimmäinen vakava vastoinkäyminen, lapsettomuutta tulee selvittää parin yhteisenä ongelmana. Psykkisen tuen merkitys on yleensä suuri koko lapsettomuusprosessin aikana. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivä pari elää toivon ja epätoivon vuoristorataa, jolloin pariskunta tarvitsee monenlaista, eri tahoilta annettavaa tukea.

Opinnäytetyö on hankkeistettu. Hanke toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän lapsettomuuspoliklinikan kanssa. Hankkeen tavoitteena oli tuottaa laadukas ja käytännönläheinen potilasopas tahattomasti lapsettomille. Oppaan päätavoite oli antaa psyykkistä tukea. Tavoitteena oli myös, että asiantuntijahoitajat saavat potilasoppaasta mahdollisimman suuren hyödyn neuvontatyön tueksi. Tarkoituksena oli, että kohderyhmä saa lisää luotettavaa tietoa lapsettomuudesta, sen syistä, tutkimuksista, yleisimmistä hoitomuodoista, psyykkisestä jaksamisesta sekä sen tukimuodoista.

Laadittu potilasopas sisälsi seuraavat osa-alueet lyhyesti: yleistä tietoa tahattomasta lapsettomuudesta ja sen syistä, tutkimuksista sekä hoitomuodoista. Lisäksi potilasoppaaseen koottiin tietoa henkiseen hyvinvointiin liittyvistä asioista: lapsettomuuden aiheuttamasta kriisistä, naisten ja miesten kokemuksia ja ajatuksia lapsettomuudesta, lapsettomuuden vaikutuksesta parisuhteeseen ja sosiaaliseen ympäristöön sekä lapsettomuuden eri tukimuodoista. Potilasopas sisälsi myös yhteystietoja, joista saa apua ja tukea. Oppaan loppuun liitettiin aihepiiriin liittyvä kirjallisuusluettelo.

Potilasopasta ovat arvioineet Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän lapsettomuuspoliklinikan asiantuntijahoitaja sekä kaksi lapsetonta pariskuntaa. Palautteen mukaan potilasopas oli selkeä, johdonmukainen ja kattava tietopaketti.

Avainsanat: tahaton lapsettomuus, psyykinen tuki, potilasopas

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing

EMMI PERINTÖ & ULLA TALVITIE: The patient guide for outpatient ward for childless couples in the Päijät-Häme federation of health and social care

Bachelor's Thesis, Option Nursing, 36 pages, 2 appendices

Spring 2010

## ABSTRACT

---

More and more couples are suffering from childlessness: it is common and increases every year. One can speak of involuntary childlessness when pregnancy has not begun despite attempts made during more than a year. There are several causes of childlessness: they can depend on the husband, wife or both. Sometimes no causes can be found. Involuntary childlessness is the first serious misfortune a couple must face, and the condition should be examined as a problem common to both husband and wife. During the whole process of childlessness mental support usually plays a big part. In the life of a couple suffering from childlessness hope and despair vacillate and the couple needs various support coming from different channels.

The project linked to the bachelor's thesis was carried out together with the outpatient ward for childless couples in the Päijät-Häme Federation of Health and Social Care. The aim of the project was to produce a high-quality practical guide to patients suffering from involuntary childlessness. The main purpose of the guide was to provide mental support. Another aim was to give expert nurses maximum benefit and help them support consultation. The intention was to supply the target group with more reliable information on childlessness, on its causes, on relevant research, on the most common forms of treatment as well as on mental coping and types of support.

The patient guide that was drawn up contained a short description of general information on childlessness and its causes, on research and on forms of care. Moreover, the guide holds information related to mental wellbeing: a crisis brought about by childlessness, women's and men's experiences and ideas of childlessness, its impact on couple relationships and on the social environment as well as forms of support for childlessness. The patient guide contained also contact information which one can consult for assistance and support. A list of pertinent literature was attached to the end of the guide.

The patient guide has been assessed by an expert nurse working on the outpatient ward for childless couples in the Päijät-Häme Federation of Health and Social Care and by two couples who have no children. In the feedback that was received the guide was described as an explicit, consistent and comprehensive package of information.

Keywords: involuntary childlessness, mental support, patient guide

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TAHATON LAPSETTOMUUS	3
2.1	Naisesta johtuvat lapsettomuuden syyt	3
2.2	Miehistä johtuvat lapsettomuuden syyt	4
3	LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSET	6
3.1	Lapsettomuuden perustutkimukset	6
3.2	Lapsettomuuden jatkotutkimukset	7
4	LAPSETTOMUUSHOIDOT	8
4.1	Hormonihoidot	8
4.2	Avusteiset lisääntymismenetelmät	9
5	TAHATTOMAN LAPSETTOMUUDEN KOKEMUS	11
5.1	Tahaton lapsettomuus kriisinä	11
5.2	Tahaton lapsettomuus naisen ja miehen kokemana	13
5.3	Tahattoman lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen	15
5.4	Tahattoman lapsettomuuden heijastuminen sosiaaliseen ympäristöön	17
6	TAHATTOMAN LAPSETTOMUUDEN PSYYKKINEN TUKI	18
6.1	Tahattoman lapsettomuuden tukimuodot	18
6.2	Simpukka Ry	20
7	POTILASOPAS PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI - JA TERVEYSYHTYMÄN LAPSETTOMUUSPOLIKLINIKALLE	21
7.1	Hyvän potilasoppaan tunnusmerkit	22
7.2	Oppaan tuottamisprosessi	25
7.3	Oppaan arviointi	26
8	POHDINTA	28
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Tahaton lapsettomuus on yhä useamman parin ongelma. Se koskettaa Suomessa noin 30 000 paria ja vuosittain tahattomasti lapsettomia tulee arviolta 3000 lisää. (Toivanen, Vilksa & Tulppala 2004, 41 15.) Tahaton lapsettomuus on yleistynyt osittain siksi, että synnyttäjien ikä on noussut (Jokimaa 2003, 33). Muita tärkeitä naisesta johtuvia lapsettomuuden syitä ovat munarakkulan kypsymishäiriöt, munanjohdinvauriot sekä endometrioosi. Miehen lapsettomuus johtuu usein sperman laadun heikentymisestä. Noin kolmasosa tahattoman lapsettomuuden syistä johtuu naisesta, kolmasosa miehestä ja kolmasosa molemmista. 18–27 % tahattomasti lapsettomista pariskunnista ei saa selville syytä lapsettomuuteensa (Jokimaa 2003, 33). Lapsettomuutta tulee aina selvittää parin yhteisenä ongelmana. (Tiitinen & Hovatta 2004, 176.) Useimmiten syy koostuu useista eri tekijöistä (Koskimies 2004, 42).

Tahattomasta lapsettomuudesta on kyse silloin, kun pariskunta ei ole vuoden sukupuolielämän jälkeen saanut raskautta (Tyni 2003, 21). Usein kuitenkin vapaaehtoisesti valittu ja tahaton lapsettomuus sotketaan toisiinsa. Vapaaehtoisesti lapsettoman sekä tahattomasti lapsettoman välillä on selvä yksi ero. Vapaaehtoisesti lapsettomat ovat itse valinneet lapsettomuuden. Tahattomasti lapsettoman kohdalla tätä valinnan mahdollisuutta ei ole ikinä ollutkaan. (Kaipainen 2000, 81.) Tahaton lapsettomuus voi olla primaarista eli ensisijaista. Tällöin aikaisempaa raskautta ei ole taustalla. Sekundaarinen eli toissijainen lapsettomuus tarkoittaa aikaisemman raskauden jälkeistä lapsettomuutta. (Tiitinen & Hovatta 2004, 176.)

Useimmille raskaaksi tuleminen ja vanhemmuus ovat itsestään selviä asioita. Kuitenkin monen pariskunnan haave omasta lapsesta jää toteutumatta. (Ansamaa 2006, 185.) Oman hedelmättömyyden selviäminen on ahdistava tapahtuma elämässä (Salzer 1994, 29). Psyykkisen tuen merkitys onkin erittäin suuri koko lapsettomuusprosessin aikana (Tulppala 2002, 534–535). Tahaton lapsettomuus on monen pariskunnan ensimmäinen vaikea kriisi. Kyvyttömyys saada lapsia liittyy hyvin intiimiin elämänalueeseen: parisuhteeseen sekä seksuaalisuuteen. (Ansamaa 2006, 187–188.)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden osasto ehdotti opinnäytetyön aiheeksi sellaisen potilasoppaan laatimista, joka tulee tahattomasti lapsettomien tueksi. Lapsettomuuspoliklinikan hoitajat halusivat, että potilasoppaan pääpaino on psyykkinen tuki. Lyhyiden vastaanottoaikojen vuoksi hoitajat kokevat oman psyykkisen tukemisensa liian vähäiseksi, joten tarve kyseiselle potilasoppaalle on suuri. Aihe on tärkeä ja kiinnostava, koska lapsettomuutta esiintyy yhä useammalla pariskunnalla ja aihetta on käsitelty vähän opinnoissamme.

Hankkeen tavoitteena on tuottaa laadukas ja käytännönläheinen opas tahattomasti lapsettomille. Tavoitteenamme on myös, että asiantuntijahoitajat saavat potilasoppaasta mahdollisimman suuren hyödyn neuvontatyön tueksi. Tarkoituksena on, että kohderyhmä saa lisää luotettavaa tietoa lapsettomuudesta, sen syistä, tutkimuksista, yleisimmistä hoitomuodoista, psyykkisestä jaksamisesta sekä sen tukimuodoista.

## 2 TAHATON LAPSETTOMUUS

Tahattomasta lapsettomuudesta on kyse silloin, kun raskaus ei ole alkanut yli vuoden kestäneen yrittämisen jälkeen (Tiitinen 2002b, 493). Lapsettomuus voi olla primaaria eli ensisijaista tai sekundaarista eli toissijaista. Ensisijaisella lapsettomuudella tarkoitetaan sitä, kun aiempaa raskautta ei ole taustalla. Toissijaisella lapsettomuudella tarkoitetaan aikaisemman raskauden jälkeistä hedelmättömyyttä. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 176.) Tahaton lapsettomuus on yhä useamman pariskunnan ongelma (Tulppala 2007, 3). Arviolta noin joka kuudes pari kärsii jossain elämänvaiheessa lapsettomuudesta (Vilksa 2006, 1327).

### 2.1 Naisesta johtuvat lapsettomuuden syyt

Kolmasosa lapsettomuuden syistä johtuu naisesta. Lapsettomuus on yhteydessä naisen ikään. Tahaton lapsettomuus on lisääntynyt osittain sen vuoksi, että raskauden yrittämistä siirretään yhä myöhemmälle iälle. Naisesta johtuvia merkittäviä syitä lapsettomuuteen ovat munasolun kypsyminen- ja irtoamishäiriöt, kohtuviat, munanjohdinvauriot sekä endometrioosi (Revonta 2006, 3). Elintavoilla on myös suuri merkitys naisen hedelmättömyyteen. (Tiitinen 2002b, 493).

Munarakkulan kypsyishäiriöt eli ovulaatiohäiriöt ovat yleisimpiä syitä naisen lapsettomuuteen (Tiitinen 2009b). Vika munarakkulan kypsyishäiriöihin luokitellaan syyn mukaan, onko syy aiolisäkkeen vai munasarjan toiminnassa tai onko ovulaatiohäiriö seurausta aivan jostakin muusta sairaudesta. Ovulaatiohäiriöön voi liittyä vuotohäiriöitä, mutta ei läheskään aina. Ovulaatiohäiriöt voivat johtua vaikeista kroonisista sairauksista kuten keltarauhasen vajaatoiminnasta tai syömishäiriöstä. Yli sekä alipaino vaikuttavat molemmat munarakkulan kehitykseen negatiivisella tavalla. Myös monet krooniset sairaudet kuten keliakia voivat vaikuttaa munasarjan toiminnan häiriöihin. (Tiitinen & Hovatta 2004, 176–177.)

Kohtuperäiset syyt ovat harvinaisempia naisesta syistä johtuvia lapsettomuuden syitä (Hippeläinen & Räsänen 2002, 497). Isot myomat, joilla tarkoitetaan kohdun lihaskyhyjä, ovat hyvänlaatuisia ja varsin yleisiä kasvaimia kohdussa. Ne voivat

estää munasolun kiinnittymisen kohtuonteloon (Tiitinen 2009b). Kohdussa voi olla myös synnynnäisiä rakennevikoja. Kohdun kaulakanavan muutokset voivat osaltaan hidastaa tai estää siittiöiden pääsyä kohtuonteloon ja munanjohtimiin. (Tiitinen & Hovatta 2004, 178.)

Munanjohdinvauriot ovat syynä lapsettomuuteen noin 10–20 %:lla naisista (Hippeläinen & Räsänen 2002, 497). Munajohdinvauriot häiritsevät sukusolujen kuljesta sekä hedelmöitymistä. Munanjohdin voi olla tukkeutunut täysin tai laajentunut. Vaurio voi olla myös osittainen, jolloin munanjohtimen sisällä tai ulkopuolella on kiinnikkeitä, jotka vaurioittavat munanjohdinta tai heikentävät sen normaalia liikettä. Useat munanjohdinvauriot ovat aiemmin sairastetun pikkulantion tulehduksen seurausta. (Tiitinen & Hovatta 2004, 177.)

Endometriosin osuus lapsettomuudesta kärsivillä naisilla on 10–30 % (Tiitinen & Hovatta 2004, 178). Endometrioosi on länsimaisten naisten sairaus ja siihen sairastuneet naiset ovat alle 35-vuotiaita (Santala & Kauppila 2004, 96). Endometriosista puhuttaessa tarkoitetaan kohdun limakalvon kaltaisen kudoksen esiintymistä kohdun ulkopuolella. Endometriosin syntymekanismi on edelleen suureksi osaksi arvoitus eikä siihen ole vielä löydetty täysin parantavaa hoitoa. Endometriosin osuus lapsettomuuteen on merkittävä vaikeissa tapauksissa. Tällaisissa tapauksissa tauti aiheuttaa pahoja kiinnikkeitä ja mekaanisia esteitä hedelmöitymiselle. (Hippeläinen 2001, 703–710.)

## 2.2 Miehistä johtuvat lapsettomuuden syyt

Lapsettomuus johtuu yhä useammin miehestä. Miehen hedelmättömyyteen on useita eri syitä. Merkittävin hedelmättömyyden syy on huono sperman laatu. (Tiitinen & Hovatta 2004, 178.) Spermavian syytä ei kuitenkaan aina saada selvitettyä. Siittiöiden muodostumista sekä toimintaa heikentävät useat ulkoiset tekijät. Näitä ulkoisia tekijöitä ovat tietyt kemikaalit, lääkkeet, anaboliset steroidit, tupakka, alkoholi sekä elämäntavat. (Koskimies 2000, 1955.) Muita syitä ovat varikosee eli kiveskohjut, tulehdusten jälkitilat, kivesten laskeutumattomuus, siittiö-vasta-aineet, siemenjohtimien tai lisäkivesten puuttuminen sekä yleissairaudet.



(Tiitinen & Hovatta 2004, 178–180.) Miehen lapsettomuuden taustalla voivat myös olla seksuaalielämän ongelmat, esimerkiksi impotenssi ja ejakulaatiohäiriö (Tiitinen 2009a).

Kiveskohjut sekä tulehdusten jälkitilat ovat yleisiä syitä miehen hedelmättömyyteen. Miehen sukupuolielinten tulehdukset voivat kohdistua virtsaputkeen, eturauhaseen, rakkularauhasiin, siemenjohtimiin tai lisäkiestiehyisiin sekä aiheuttaa niissä vaurioita. Tulehdukset heikentävät myös siemennesteen laatua. (Tiitinen & Hovatta 2004, 179.) Miehen hedelmättömyyteen voivat vaikuttavaa aiemmat sukupuolitaudit jälkitiloineen, kuten esimerkiksi pitkään hoitamattomana ollut klamydia tai tippuri (Paavonen, Saikku, Reunala & Pasternack 2003, 26). Sikotauti saattaa aiheuttaa jälkitautina kiiveksen tai lisäkiiveksen tulehduksen. Nykyään siko-tautia ennaltaehkäistään rokotuksilla, joten se on muuttunut harvinaiseksi. (Tiitinen & Hovatta 2004, 179.)

Kivesten laskeutumattomuus aiheuttaa siittiön muodostuksen häiriöitä, jos ongelmaa ei hoideta varhaislapsuudessa. Miehen itsensä tuottamat siitiövasta-aineet voivat heikentää myös sperman laatua. (Tiitinen & Hovatta 2004, 178–179.) Lisäksi tunnetaan useita geneettisiä syitä. Koskimies (2000, 1955–1956) tuokin esille artikkelissaan, että hedelmättömillä miehillä esiintyy geeni- ja kromosomimuutoksia enemmän kuin vertaisryhmällä.

Tupakoinnin on todettu olevan yhteydessä miesten hedelmällisyyteen. Tupakointi heikentää siemennesteen määrää ja laatua. Tupakointi aiheuttaa myös hormonitason muutoksia, jotka ovat yhteydessä hedelmällisyyteen. (Revonta 2006, 8.) Toisaalta joissain tutkimuksissa ei ole havaittu yhteyttä tupakoinnin ja huonolaatuisen siemennesteen välillä (Koskimies 2000, 1955). Käsitykset tupakan vaikutuksesta siemennesteen laatuun ovat siis ristiriitaisia. Miehillä myös runsas alkoholinkäyttö on yhteydessä kivesten alikehittyneisyyteen sekä johtaa siittiötuotannon häiriöön (Revonta 2006, 7).

Lääkkeet voivat vaikuttaa haitallisesti siittiöiden hedelmöityskykyyn (Koskimies 2000, 1955). Esimerkiksi salatsopyriini, kalsiumsalpaajat sekä eräät psykeläkkeet heikentävät miehen hedelmällisyyttä. Siittiöiden toimintaa häiritsevät myös

jotkut antibiootit (Tiitinen & Hovatta 2004, 180.) Kehonrakentajien keskuudessa lisääntyneet anaboliset steroidit vähentävät siittiöiden tuotantoa ja pahimmassa tapauksessa aiheuttavat täydellisen lapsettomuuden. (Koskimies 2000, 1955.)

### 3 LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSET

Lapsettomuustutkimukset aloitetaan, kun raskautta on yritetty vuoden ajan tuloksetta. Tutkimukset voidaan aloittaa tarvittaessa aiemminkin jos tiedossa on jokin hedelmällisyyttä heikentävä seikka. Tutkimukset aloitetaan samanaikaisesti naisella sekä miehellä. Ensivaiheen perustutkimukset tehdään perusterveydenhuollossa. Näiden pohjalta määräytyy jatkotutkimusten tarve sekä aikataulu. (Hippeäinen & Räsänen 2002, 497–498.)

#### 3.1 Lapsettomuuden perustutkimukset

Huolellinen ja tarkka anamneesi eli esitietojen kartoitus on lapsettomuuden diagnostiikan perusta. Tärkeää esitietojen kartoituksessa olisi puolisoiden haastattelu yhdessä ja erikseen. Esitiedoilla selvitetään yleinen terveydentila, kuten perussairaudet, aiemmat leikkaukset ja sairaalahoidot, tämän hetkinen lääkitys sekä raskaudet joko nykyisessä tai aiemmissa parisuhteissa. Haastattelussa on myös tarkoituksena selvittää parisuhteeseen ja sukupuolielämään liittyviä seikkoja, joita ovat parisuhteen kesto, yhdyntätiheys ja aiemmat sukupuolitaudit. Elämäntapatekijöiden kartoituksessa on selvitettävä tupakointi, alkoholin ja huumeiden käyttö, painon muutokset sekä liikunta-aktiiviteetti. (Nuojua-Huttunen & Anttila 2009, 368.) Sukutiedot on hyvä selvittää, koska se voi paljastaa tekijöitä, jotka vaikuttavat hedelmällisyyteen (Tiitinen & Hovatta 2004, 181).

Esitietojen keräämisen lisäksi tehdään kliininen tutkimus. Naisen kliiniseen tutkimukseen kuuluu perusmittaukset, kuten verenpaine, pituus ja paino. Rakenne ja ulkomuoto kertovat paljon hormonaalisesta tilasta. Samalla arvioidaan rintojen sekä karvoituksen kehitystä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 181.) Naiselle tehtävän

gynekologisen tutkimuksen lisäksi otetaan papa- ja klamydianäyte (Hippeläinen & Räsänen 2002, 499).

Ovulaation varmistus on merkittävä osa lapsettomuustutkimuksia. Ovulaatio on edellytys raskaaksi tulemiselle. Perusterveydenhuollossa ovulaatio testi tehdään virtsasta tai verestä, jonka avulla määritellään LH-hormonipitoisuus. LH-hormonipitoisuus on korkeimmillaan 1–2 vuorokautta ennen ovulaatiota. Ovulaatiotestit ennustavat munasolun irtoamista sekä otollisinta aikaa hedelmöitymiselle. (Nuojua-Huttunen & Anttila 2009, 371.)

Miehen hedelmättömyyttä selvitettäessä tehdään täydellinen sperma-analyysi (Koskimies 2000, 1956). Siemennesteestä tutkitaan muun muassa siittiöiden liikkuvuus, määrä, rakenne, ulkomuoto sekä siittiövasta-aineet (Hippeläinen & Räsänen 2002, 500–501). Miehen kliiniseen tutkimukseen kuuluu kivesen palpoinen, jonka avulla selvitetään mahdollinen kiveskohju. Jos sukupuolielinten alueelta löytyy poikkeavaa, ovat jatkotutkimukset tarpeen (Hippeläinen & Räsänen 2002, 499).

### 3.2 Lapsettomuuden jatkotutkimukset

Usein perusterveydenhuollosta annetaan lähete erikoissairaanhoidon, jossa hedelmättömyyttä selvitetään tarkemmin. Kohdun ja munasarjojen rakennetta selvitetään kaikututkimuksen avulla, joka on emättimen kautta tehtävä ultraäänitutkimus. Tutkimuksella voidaan myös selvittää mahdolliset myoomat sekä kohdun limakalvon paksuus. (Tiitinen & Hovatta 2004, 182.) Kaikututkimukseen perustuvan hysterosalpingosonografian (HSSG) avulla selvitetään munanjohdinten avoimuus. Toimenpiteessä ruiskutetaan keittosuola-ilmaseosta kohtuonteloon ja samalla seurataan aineen kulkua kaikukuvauksella. (Tinkanen 2002, 504.) Tämä tutkimus on korvannut aiemmin käytetyn röntgenvarjoainetutkimuksen hysterosalpingografian (HSG) (Nuojua-Huttunen & Anttila 2009, 371). Naisen lapsettomuustutkimuksiin kuuluvat kohtuontelon tähytys eli hysteroskopia sekä laparoskopia eli vatsaontelon tähytys (Tiitinen & Hovatta 2004, 182). Näitä edellä mai-

nittuja tähytyksiä voidaan käyttää, jos kaikkokuvauksesta löytyy jotain poikkeavaa (Nuojua-Huttunen & Anttila 2009, 371).

Sperma-analyysin ollessa poikkeava on tarvetta jatkoselvittelyihin erikoissairaanhoidon puolella, joihin kuuluvat hormonaaliset ja geneettiset tutkimukset (Nuojua-Huttunen & Anttila 2009, 372). Kiveksen rakennepoikkeavuudet saadaan selville kaikututkimuksella (Hippeläinen & Räsänen 2002, 499).

#### 4 LAPSETTOMUUSHOIDOT

Lapsettomuuden hoidossa lääketiede on edistynyt nopeasti ja hoitomenetelmät ovat kehittyneet (Krouvi 2003, 6). Lapsettomuushoidot ovat tuoneet apua monille pareille, jotka kärsivät tahattomasta lapsettomuudesta. Hoito suunnitellaan aina lapsettomuuden syyn sekä tutkimustulosten perusteella. (Tiitinen & Hovatta 2004, 185–188.) Lapsettomuushoitoihin kuuluvat hormonihoidot sekä avusteiset lisääntymismenetelmät (Tulppala 2007, 15).

##### 4.1 Hormonihoidot

Lääkehoidon avulla pyritään saamaan aikaan ovulaatio, jos luonnostaan munasolun kypsymistä ja irtoamista ei tapahdu. Ovulaatioinduktiolla tarkoitetaan munarakkulan kypsytyshoitoa, sen tarkoituksena on hormonilääkityksen avulla stimuloida munasarjoja tuottamaan yksi munasolu, joka hedelmöittyy yhdynnässä (Havia 1995, 11). Tavallisin ovulaatioinduktioon käytettävä lääkitys on klomifeeni (Tyni 2003, 13). Gonadotropiinihoito aloitetaan, jos klomifeeni ei tehoa (Tiitinen & Hovatta 2004, 186–187).

Klomifeeni on ensisijaisesti käytettävä hormonilääkitys lapsettomuushoidoissa. Sen käyttö on varsin turvallista ja sivuvaikutukset melko harvinaisia. (Martikainen 1990, 1400–1401.) Klomifeenilääkitystä käytetään, kun seerumin prolaktiini- ja gonadotropiinipitoisuudet (FSH ja LH) ovat normaalit (Tiitinen 2002a, 518). Klomifeenihoidoissa vaatii seuranta. Hoito aloitetaan pienin annoksilla, mutta tarvit-

nessa annosta nostetaan. Klomifeenilääkitystä ei tulisi käyttää 4–6 kuukautta pidempään. (Tiitinen ja Hovatta 2004, 186.)

Gonotropiini-injektiohoito on tarpeen silloin, kun klomifeenilääkitys ei tehoa tai kysessä on gonadotropiinin puutos, jossa aivolisäkehormoneja (FSH ja LH) erittyy liian vähän (Tiitinen & Hovatta 2004, 186–188). Hoidon seuranta on tärkeää ja hoito toteutetaan mahdollisimman pienellä lääkeannoksella pyrkien munarakkulan kasvatukseseen (Tiitinen 2002a, 518).

#### 4.2 Avusteiset lisääntymismenetelmät

Avusteiset hedelmöityshoidot kuten keinosiemennys, koeputkihedelmöitys, mikroinjektiohedelmöitys ja alkuiden pakastus ovat parantaneet merkittävästi lapsettomuuden hoitomahdollisuuksia (Vilksa 2006, 1327). Hedelmöityshoitojen avulla syntyy vuosittain yli 1500 lasta. 2000-luvun lopulla oli Suomessa syntynyt yli 11 000 koeputkihedelmöityksen, mikroinjektio tai pakastetun alkion siirron avulla alkunsa saanutta lasta. (Tyni 2003, 16.)

Keinosiemennyksessä eli inseminaatioissa siemennestettä ruiskutetaan ohuella katetrilla kohtuonteloon munasolun irtoamisen aikana (Ahola 2007, 27). Siittiöpestään ja erotellaan ennen inseminaatiota, koska sellaisenaan siemenneste voi aiheuttaa haitallisia reaktioita naisen synnyttelimissä. Inseminaatioissa voidaan käyttää joko puolison tai ulkopuolisen luovuttajan siemennestettä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 188.)

Inseminaatiota voidaan käyttää hoitona, kun hedelmättömyyden syynä ovat erilaiset siemennesteviat tai naisella kohdunkaulaan liittyvä tekijä. Myös selvittämättömän hedelmällisyyden kohdalla hoitona käytetään keinosiemennystä. Inseminaation onnistumiseen vaikuttaa pääsääntöisesti siemennesteen laatu. (Tyni 2003, 14.) Inseminaatio voidaan tehdä joko normaalin kuukautiskierron aikana tai hormonihoidon avulla aikaansaadun kuukautiskierron aikana (Havia 1995, 15).

Luovuttajan siittiöitä inseminaatiossa käytetään silloin, kun miehen siemennesteessä ei ole yhtään siittiötä tai silloin kun miehen omista siittiöistä syntyvällä lapsella on periytyvän sairauden riski (Tiitinen & Hovatta 2004, 188–189). Luovuttajan henkilöllisyys on yleensä tuntematon. Luovuttajalle tehdään terveystarkastus sekä haastattelu. Luovutettu siemenneste jäädytetään ja se voidaan ottaa käyttöön vasta puolen vuoden päästä luovutuksesta. ( Tyni 2003, 14.)

Koeputkihedelmöityksestä (IVF) on tullut yleisesti käytetty lapsettomuuden hoitomenetelmä (Gissler, Malin & Hemminki 1997, 29). Suomessa aloitettiin yli kaksikymmentä vuotta sitten koeputkihedelmöityshoidot ja ensimmäiset lapset syntyivät vuonna 1984 (Jokimaa 2006, 434). Koeputkihedelmöityshoito voidaan toteuttaa lähes kaikissa lapsettomuusongelmissa vaikka se alkujaan kehitettiin munanjohdinperäisen hedelmättömyyden hoidoksi (Tiitinen & Hovatta 2004, 189).

Koeputkihedelmöityshoitoon kuuluu lähes aina hormonilääkitys, niin sanottu superovulaatiohoito, jonka avulla useita munasoluja saadaan kypsymään samanaikaisesti (Tyni 2003, 14). Munasolut kerätään ultraääniohjauksessa emättimen kautta tehtävän munarakkulapunktion avulla. Kerätyt munasolut siirretään viljelymaljaan, jossa ne hedelmöitetään. Hedelmöityksessä viljelymaljaan lisätään 10 000–20 000 esikäsiteltyä siittiötä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 189–191.) Saaduista alkioista yksi tai enintään kaksi siirretään kohtuun 40–48 tunnin kuluttua hedelmöityksestä (Tyni 2003, 14).

Koeputkihedelmöitysten onnistuminen riippuu hoidon aiheesta sekä naisen iästä. Kun hoidon aiheena on munanjohdinvaurio, endometrioosi tai selittämätön lapsettomuus, ovat tulokset hyviä. Siemennesteivioissa ja monitekijäisessä lapsettomuudessa tulokset ovat huomattavasti heikompia. (Tyni 2003, 15.) Koeputkihedelmöityshoitojen komplikaatiot ovat melko harvinaisia, mutta mahdollisia. Ennen hoitoa potilaille tulee antaa asianmukaista tietoa hoitojen tehosta sekä komplikaatiomahdollisuuksista. (Jokimaa 2006, 434–439.)

Siittiön mikroinjektiota munasoluun (ICSI) käytetään miehistä johtuvan lapsettomuuden hoitoon. Mikroinjektiossa yksi siittiö ruiskutetaan ohuella lasineulalla

munasoluun. Mikäli siittiöitä on siemennesteessä vähän tai ne liikkuvat huonosti tai ovat epämuodostuneita, voidaan niitä kerätä suoraan kiveksestä neulabiopsian avulla tai lisäkiveksestä imemällä. (Tiitinen & Hovatta 2004, 191.) Mikroinjektiohoitoon riittää vain muutama elävä siittiö, joten tämä tekniikka on osoittautunut ainoaksi hoidoksi vaikeissa spermavioissa (Koskimies 2000, 1957).

Alkioiden pakastus on keskeinen osa koeputkihedelmöitystoimintaa. Koeputkihedelmöityksen yhteydessä saadaan usein ylimääräisiä alkoita (Tyni 2003, 16). Jäljelle jääneet hyvälaatuiset alkiot voidaan pakastaa ja säilyttää nestemäisessä tyypessä tulevaa käyttöä varten (Ahola 2007, 27). Alkioiden pakastuksen merkitys on tärkeä, sillä sen avulla koeputkihedelmöitys on saatu tehokkaaksi ja turvallisemmaksi (Tiitinen & Hovatta 2004, 191).

## 5 TAHATTOMAN LAPSETTOMUUDEN KOKEMUS

Useille ihmisille raskaaksi tuleminen sekä vanhemmuus ovat itsetään selvyyskysymyksiä. Kuitenkin joka kuudennen suomalaisen pariskunnan toive omasta lapsesta on vaarassa jäädä toteutumatta. (Ansamaa 2006, 185.) Tahaton lapsettomuus on monen parin elämässä ensimmäinen vakava vastoinkäyminen. Ihmiset kokevat lapsettomuuden eri tavalla. Hedelmättömyys herättää useita eri tunteita, joita ovat esimerkiksi häpeä, suru ja arvottomuuden tunne. Lapsettomuuden aiheuttamaa surua ja tuskaa on raskasta työstä. Elämän ei tarvitsisi kuitenkaan olla vain ongelmien täyttämä kertomus, joka estää muiden mahdollisuuksien näkemisen. Jokaiselta ihmiseltä puuttuu jotakin, mutta jäljelle jää vielä suuri joukko mahdollisuuksia. (Tulppala 2002a, 531–535.)

### 5.1 Tahaton lapsettomuus kriisinä

Oman hedelmättömyyden selville saaminen on hyvin ahdistava tapahtuma ihmisen elämässä. Pidentynyt lapsen odottaminen tai lapsettomuus voi olla pitkä kriisivaihe suremisineen. (Kaipainen 2000, 28 – 29.) Jokainen lapsettomuudesta kärsivä käy läpi jonkin asteisen kriisin ja jokainen reagoi traumaan omalla tavallaan

(Tulppala 2002a, 531). Kriisi syntyy silloin, kun ihminen ei kykene totutulla tavalla ratkaisemaan eteen tulevia vaikeuksia (Salzer 1994, 30). Lapsettomuuskriisin erityispiirteitä on surun edestakainen, aaltomainen liike. Siinä pettymys ja toivo vuorottelevat jatkuvasti. (Tulppala 2002a, 531–533.) Lapsettomuus on yhdistelmä kehityskriisiä ja traumaattista kriisiä. Kehityskriisistä puhutaan, kun tarkoitetaan koetun elämän muutoksen olevan hyvin raskasta. Traumaattisesta kriisistä puhuttuessa tarkoitetaan odottamatonta ja epätavallisen voimakasta tapahtumaa, kuten esimerkiksi läheisen menettämistä. (Ansamaa 2006, 185.)

Lapsettomuuskriisin alku ei ole selkeä ja eri ihmisillä kriisi alkaa eri vaiheissa, miehillä yleensä myöhemmin kuin naisilla. Myös kriisin päätyminen tapahtuu asteittain. (Tiitinen & Hovatta 2004, 192–193.) Lapsettomuudenkriisiin kuuluu neljä eri reaktiovaihetta: järkytys ja torjuminen, höyökkäysvaihe, sureminen sekä hyväksyminen (Salzer 1994, 36). Reaktiot eivät välttämättä kuitenkaan seuraa toisiaan tässä järjestyksessä. Nämä eri reaktiovaiheet saattavat toistua myös helposti uudestaan. (Kaipainen 2000, 29.)

Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluvat järkytyksen ja torjumisen tunteet. Torjuminen ja kieltäminen ovat todennäköisiä reaktioita, kun tieto lapsettomuudesta tulee yllätyksenä. Torjuminen sekä kieltäminen varjelevat alkuvaiheen tuskalta sekä antavat aikaa sopeutumiseen. (Kaipainen 2000, 29.) Ongelma pyritään kieltämään ja asiasta on vaikea puhua. (Salzer 1994, 36–39.) Torjuminen sekä kieltäminen ovat puolustusmekanismeja, jolla saa etäisyyttä vaikeaan sekä tuskalliseen asiaan. (Ekström-Immonen & Rosenberk 2005, 24).

Toisena vaiheena on hyökkäykseen reagoiminen. Hyökkäyksen reagoimista luonnehtii pakonomainen tarve käsittää mitä on tapahtunut, miksi juuri me emme saa lasta, miksi juuri minulle kävi näin. Vaiheelle on tyypillistä monien voimakkaiden tunteiden esiin nousu. (Kaipainen 2000, 29–30.) Tällöin monet kokevat syyllisyyttä, vihaa, masennusta sekä huononmuuden ja häpeän tunteita. Myös puolison tai hoitohenkilöstön syyttelyä voi esiintyä. (Salzer 1994, 36–54.) Vanhat ratkaisemattomat menetykset ja ristiriidat voivat osaltaan lisätä lapsettomuuskriisiä ja vaikeuttaa sen käsittelyä. Lapsettomuus voidaan nähdä myös rangaistuksena ja tulee tarve selvittää, onko tehnyt jotain väärin tai jättänyt jotain tekemättä. Hyökkäys-



vaiheeseen kuuluvat myös kuolemaan liittyvät ajatukset ja tietoisuus omasta kuolevaisuudesta korostuu. (Ekström-Immonen & Rosenberk 2005, 24–25.)

Surutyön vaihe alkaa yleensä silloin, kun raskautta ei ole hoitojen avulla saatu alkuun tai mietitään päätöstä hoitojen lopettamista (Kaipainen 2000, 30). Surutyössä fyysiset sekä henkiset reaktiot ovat voimakkaita. Ne ovat saattaneet esiintyä jo aikaisemmissa lapsettomuuteen liittyvissä reaktiossa, mutta tässä vaiheessa ne voimistuvat. (Ekström-Immonen & Rosenberk 2005, 25–26.) Reaktioiden kokemiseen ja laajuuteen vaikuttavat esimerkiksi parisuhteen laatu, läheisiltä saatu tuki, omat selviytymismekanismit sekä itseluottamus (Kaipainen 2000, 30).

Kun lapsettomuuden on oppinut kohtaamaan tosiasiana ja on päättänyt kaikesta huolimatta jaksaa jatkaa elämää, on tultu kriisin viimeiseen vaiheeseen eli hyväksymiseen (Kaipainen 2000, 31). Tärkeää lapsettomuuden hyväksymisessä on ongelmista kertominen. Tilanteen hyväksyminen ei tarkoita sitä, että suhtautuminen lapsettomuuteen olisi muuttunut. Tässä vaiheessa kuitenkin yleensä jonkun asianomaisen elämän tasapaino palautuu hiljalleen ja mieliala kohenee. (Salzer 1994, 36–56.) Lapsettomuus saattaa tuntua edelleen epäoikeudenmukaiselta, mutta asian kanssa on opittu elämään jollain lailla (Ekström-Immonen & Rosenberk 2005, 26).

## 5.2 Tahaton lapsettomuus naisen ja miehen kokemana

Lapsettomuus yllättää ja järkyttää täysin elämänsä hallintaan tottuneen ihmisen. Suunnitelmat menettävät merkityksensä, kun elimistö ei toimi halutulla tavalla ja raskaus ei ala (Tulppala 2002a, 532). Lapsettomuus koskettaa ihmisen tunne- sekä kokemusmaailmaa. Lapsettomuutta ei voida ohittaa täysin ihmisen elämässä ilman, että se jättäisi jälkensä. (Huhtala 2003, 39.) Jokainen tahattomasta lapsettomuudesta kärsivä pari on omanlaisensa. Puolisoiden kokemat tunteet eivät eroa toisistaan kovinkaan paljon, mutta heidän tapansa ilmaista niitä ja heidän selviytymiskeinonsa voivat erota toisistaan suurestikin. (Salzer 1994, 58.) Mies purkaa lapsettomuussuruaan usein toimintaan. Naisella puolestaan olisi tarve puhua asiasta, mutta mies saattaa kieltää tämän. (Oinonen 1998, 31.)

Naiset reagoivat miehiä voimakkaammin lapsettomuuteen, koska lisääntyminen on keskeisempi osa naisen kuin miehen identiteettiä (Tulppala 2002a, 532). Naiset kykenevät ilmaisemaan tunteitaan helpommin ja itkevät avoimesti epätoivoaan (Salzer 1994, 58–59). Naiset myös kuvaavat miehiä enemmän negatiivisia tunteitaan (Tulppala 2002a, 532). Vaikka lapsettomuus olisi miehelle iso ongelma, mies ei kuitenkaan aina tiedosta sitä, kuinka monta menetystä lapsettomuudesta kertyy naiselle: raskaus, synnytys sekä imetys jäävät kokematta (Kaipainen 2000, 63–64). Äidiksi tuleminen merkitsee tärkeää kokemusta pitkässä prosessissa, joka alkaa jo pikkutytön samaistuessa äitiinsä ja toivoessa äidin lailla voivansa saada joskus oman lapsen. Äitiys sekä raskaus merkitsevät oman naiseuden varmistumista. (Tulppala 2002a, 531–532.) Lapsettomuus koetaan helposti uhkaksi naiseudelle (Räisänen 2007, 20). Lapsettomuus on syvä haava naiseuteen ja keho muistuttaa siitä kuukausittain (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4117).

Miesten kokemat tuntemukset lapsettomuudesta ovat jääneet usein taka-alalle. Heidän kykynsä näyttää tunteensa avoimesti on huonompi kuin naisilla. Tämä johtunee siitä, että miesten oletetaan olevan vahvoja sekä kykenevän kätkemään tunteensa naisia paremmin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että miehet eivät kärsisi lapsettomuudesta. Naisten näyttäessä tunteensa avoimesti mies saattaa vaikuttaa kylmältä ja välinpitämättömältä, mutta tämä saattaa olla ristiriidassa hänen sisällään kuohuvien voimakkaiden tunteiden kanssa. (Salzer 1994, 58.) Monet miehet kokevat olevansa surunsa kanssa yksin, joten he antautuvat työlleen ja harrastuksilleen ja yrittävät tätä kautta unohtaa kipeät tuntemukset (Kaipainen 2000, 31).

Miesten huoli lapsettomuuden vaikutuksista puolisoa kohtaan on yleensä suuri (Tulppala 2002b, 54). Tämä huoli aiheuttaa sen, että mies yrittää antaa puolisolleen voimia ja palauttaa tasapainon heidän elämäänsä. Jos lääketieteellinen syy lapsettomuuteen löytyy naisesta, miehen on vaikea pitkään aikaan ymmärtää, että ongelma koskee myös häntä. Miehestä johtuva lapsettomuus vaikuttaa häneen hyvin negatiivisella tavalla. (Salzer 1994, 59–61.) Lapsettomiksi todetut miehet kokevat voimakkaita epäonnistumisen tunteita miehen roolissaan, koska kyvystä tehdä lapsia on heille tullut miehuuden mitta (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004,

4117). Miehen vaikeus käsitellä ja näyttää tunteitaan on melkoinen ongelma silloin kuin aviopari joutuu tekemään lapsettomuuteen liittyviä päätöksiä. Tämä on yksi syy siihen, miksi naiset ovat usein valmiimpia tutkimaan eri vaihtoehtoja lapsettomuuteen aikaisemmassa vaiheessa kuin miehet. (Salzer 1994, 59–61.)

### 5.3 Tahattoman lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen

Usein ihmisillä on selkeä suunnitelma siitä, miten he aikovat sekä haluavat elämältään ja mitä kaikkea siihen kuuluu. Usein elämään kuuluu kumppanin löytäminen sekä perheen perustaminen. Tavallisimmin haaveillaan perheestä, johon kuuluu puolison lisäksi ainakin yksi tai useampi lapsi. Moni ihminen pitää lapsen saantia itsestään selvyytenä, mutta tahaton lapsettomuus koskettaa yhä useampaa pariskuntaa. (Ekström-Immonen & Rosenberg 2005, 20.) Tahaton lapsettomuus tuo lähes aina muutoksia parisuhteeseen sekä seksielämään. Se voi lähentää surun ja toivon kautta. Toisaalta taas lapsettomuus saattaa tuoda vanhoja ongelmia esiin sekä aiheuttaa uusia. (Tulppala 2002a, 532–533.) Parisuhteelle joudutaan etsimään uusia merkityksiä, joihin kuuluu myös elämän arvojen muuttuminen. Kokemus elämän hallitsemattomuudesta tuo elämää kohtaan nöyryyttä, jolla voi olla positiivinen vaikutus yksilöön sekä parisuhteeseen. Tahattomasti lapsettomat parit, joiden parisuhde ei purkaudu ovat usein keskimääräistä tyytyväisempiä parisuhteeseensa. (Ansamaa 2006, 186–187.)

Tahaton lapsettomuus on asia, josta ei juurikaan puhuta (Ekström-Immonen & Rosenberg 2005, 20). Se on hyvin yksityinen ja intiimi asia. Siitä puhuminen on vaikeaa ulkopuoliselle sekä jopa omalle kumppanille. Parisuhde voi kärsiä puhumisen tai puhumattomuuden pelosta. Reaktioina voi olla suru, hiljaisuus ja kuoreen vetäytyminen. Läheisin ihminen, joka voi parhaiten antaa tukea on myös se, joka eniten muistuttaa lapsettomuuden surusta. (Tulppala 2002a, 532–533.) Alussa toisen syyttely voi olla puoluskeino omia tunteita vastaa. On helpompi syyttää toista kuin näyttää avoimesti omat tunteet, joita ovat esimerkiksi suru, katkeruus, raivo ja avuttomuuden tunne. (Krouvi 2003, 8.) Lapsettomuus saattaa tuntua jopa petokselta avioliittoa kohtaan (Oinonen 1998, 30). Se ettei pysty saamaan lasta kumppanille, häiritsee monin tavoin. Puoliso saattaa kehoittaa hankkimaan uuden

kumppanin, jonka kanssa lapsen saaminen on mahdollista. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4117.) On hyvin epätodennäköistä, että pari ei koe lapsettomuus-kriisiä uhkana avioliitollaan (Salzer 1994, 103). Avioerot ovat kuitenkin melko harvinaisia tässä tilanteessa (Oinonen 1998, 30). Tahaton lapsettomuus voi lähentää naista ja miestä surun sekä toivon kautta. Sen avulla parisuhde voi kehittyä eteenpäin ja johtaa lisääntyneeseen läheisyyteen ja sitoutumiseen. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4117.) Yleensä yhdessä kestäty kriisi lähentää ja lujittaa suhdetta. On pakko olla vastatusten, jonka avulla toista opitaan tuntemaan vielä paremmin ja puhumaan avoimemmin. (Oinonen 1998, 31.)

Seksuaalisuus on herkkä alue ihmiselämässä. Parisuhteen vaikeudet sekä elämän muut kriisit vaikuttavat siihen helposti (Tulppala 2002a, 533). Lapsettomuskriisin aikana seksuaalielämän vaikeudet ovat tavallisia (Ansamaa 2006, 188). Seksuaalisuus kuuluu osana naisen ja miehen elämään ja parhaimmillaan se tuottaa suurta tyydytystä ja mielihyvää. (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4117–4118.) Tahattoman lapsettomuuden syiden selvittäessä puoliso saattavat huomata kiinnostuksen seksiin vähenevän ja kyvyn nautintoon heikkenevän. Tästä seuraa seksuaalista haluttomuutta. Haluttomuudesta seuraa yhdyntöjen harveneminen, joka puolestaan voi vaikuttaa haitallisesti parisuhteeseen. (Forsman-Behm 1999, 24–25.) Tahattoman lapsettomuuden psykologiset vaikutukset seksuaalisuuteen liittyvät minäkuvaan. Hedelmällisyys on eräs seksuaalisuuden perusilmaisu. Seksi muistuttaa kipeästä asiasta sekä omasta kyvyttömyydestä. (Tulppala 2002a, 533.) Seksuaaliset tunteet, hellyys sekä intohimo jäävät vähemmälle, kun raskauden yrittäminen tekee seksistä aikataulutettua sekä suorituspainotteista (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4118).

Hedelmöityshoidot aiheuttavat stressiä parin elämään. Lapsettomuuden hoidossa käytettävät lääkkeet voivat vaikuttaa mielialaan ja aiheuttaa naiselle haluttomuutta. Hoidoissa käytetyt hormonilääkkeet ja -pistokset kohdistuvat naisen kehoon. Miehelle jatkuva suorituspaine voi saada aikaan erektiohäiriön, viivästyneen tai herkän siemensyöksyn. (Ansamaa 2006, 188.) Monet parit käsittelevät onnistuneesti seksuaaliongelmiaan lapsettomuuden hoitojen aikana ja tilanne usein normalisoituu itsestään tavalla tai toisella. Toisaalta taas jotkut pariskunnat tarvitsevat apua löytääkseen uudelleen tyydyttävän seksielämän. (Tulppala 2002a, 533.)

Parin keskinäisen kommunikoinnin lisääntyminen on tärkeä keino parisuhteen seksuaalistenkin ongelmien ratkaisemisessa (Forsman-Behm 1999, 25).

#### 5.4 Tahattoman lapsettomuuden heijastuminen sosiaaliseen ympäristöön

Lapsettomuuden vaikutus sosiaaliseen ympäristöön on hyvin suuri. (Tyni 2003, 52). Ennen huomaamattomat ja normaalit asiat saattavat tuntua lapsettomuuden tullessa todeksi suurilta ja ylitsepääsemättömiltä. Entisten ihmissuhteiden ylläpitäminen tuntuu todella vaikealta, koska oman tahattoman lapsettomuuden selviäminen muille jännittää. Ihmisten asenteet lapsettomuutta kohtaan pelottavat ja yhteiskunnan asettamat normit tuntuvat epäoikeudenmukaisilta. (Salzer 1994, 71–72.)

Eräs vaikeimpia asioita tahattomassa lapsettomuudessa on opetella elämään so-  
vussa muun maailman kanssa, joka on täynnä merkkejä lapsista ja hedelmällisyydestä. Lapsettomuuden merkkejä ei voi välttää. Jopa ruokakaupassa, työpaikalla tai televisiota katsoessa törmää asioihin, jotka muistuttavat siitä. Lapsettomat pariskunnat alkavat yhtäkkiä karttaa vai vaituneena lapsia saavia ystäviä sekä työka-  
vereita, joiden kanssa olivat ennen hyvissä väleissä. (Salzer 1994, 71.) Pariskun-  
nalta vaaditaan hyvää itsetuntoa ja suhteen tasapainoa, jotta voisi osallistua ystä-  
viensä lapsimaailmaan. (Ekström-Immonen & Rosenberg 2005, 21). Joskus jopa  
omien sisarusten lapsionni koetaan vaikeaksi, ja vierailuja sekä kanssakäymistä  
heidän kanssaan vältetään. Suurimmat sosiaaliset paineet lapsettomille aiheuttavat  
heidän omat sukulaisensa. Sukulaisten kysymykset ja huomautukset lapsien hank-  
kimisesta luovat lapsettomille pariskunnille paineita ja saattavat tuntua heistä jopa  
painostukselta. (Huhtala 2003, 29–32.) Lapsettoman on vaikea itse sopeutua  
omaan lapsettomuuteensa, mutta myös muiden on vaikea tietää kuinka lapsetto-  
muuteen tulisi suhtautua. He saattavat tietämättään loukata suhtautumisellaan tai  
sanomisillaan lapsettomuudesta kärsivää pariskuntaa. Joskus läheiset kokevat sen,  
että eivät puhu asiasta, parhaaksi vaihtoehdoksi ja se saattaa tuntua ongelmasta  
kärsivästä pariskunnasta loukkaavalta ja välinpitämättömältä. (Salzer 1994, 71–  
72.) Juhlapyhien viettäminen voi osoittautua lapsettomien parien kohdalla hyvin  
vaikeaksi. Kaikista juhlapyhistä joulukuukaus on aivan erityisen vaikea, koska ihmisen

kohdistavat sen viettoon erittäin suuria odotuksia. Se herättää jokaiselle muistoja omasta lapsuudesta. Joulunaika on monelle myös sen vuoksi hyvin sietämätön, että se on hyvin lapsikeskeinen ja korostaa perheen yhteenkuuluvuutta. (Salzer 1994, 91.)

Lapsen kautta ihmisen on helpointa lunastaa paikkansa yhteiskunnassa. Tähän liittyy käsitys, jonka mukaan naisen tärkeimmäksi tehtäväksi on määritelty lapsen saaminen ja sen kautta äitiys. Miesten tehtävänä on jatkaa sukua. (Sallinen 2006, 11–12.) Yhteiskunnan asettamat odotukset lapsettomia kohtaan luovat omat paineensa heitä kohtaan ja saavat heidät tuntemaan itsensä jotenkin vajavaisiksi. Vanhan juutalais-kritillisen tradition mukaan lasten katsotaan olevan siunaus ja hedelmättömyys nähdään kirouksena tai rangaistuksena. Tällaiset käsitykset eivät varmastikaan helpota lapsettomien tilannetta, kun he pyrkivät hyväksymään oman hedelmättömyytensä. (Tyni 2003 52.)

## 6 TAHATTOMAN LAPSETTOMUUDEN PSYKKINEN TUKI

Psyykkisen tuen merkitys on yleensä suuri kaikissa lapsettomuusongelmien vaiheissa, niin ennen hoitoja, hoitojen aikana kuin niiden jälkeenkin (Koskimies 2004, 77). Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivä pari elää toivon ja epätoivon vuoristorataa. Joka ikinen uusi hoito tuo uutta toivoa ja jokainen epäonnistunut hoito saa aikaan epätoivon tunteen. Pariskunta tarvitsee monenlaista, eri tahoilta annettavaa tukea. (Ansamaa 2006, 189.)

### 6.1 Tahattoman lapsettomuuden tukimuodot

Vertaistuki on arvokasta usealle pariskunnalle. On helpottavaa jakaa kokemuksia samassa tilanteessa olevien kanssa ja huomata, ettei ole yksin tunteidensa kanssa. Toisiin tahattomasta lapsettomuudesta kärsiviin tutustuminen tuo lisäksi yhteenkuuluvuuden tunnetta. Vertaistukena voi toimia esimerkiksi tuttava, jolla on sama kokemus. Kokemusta voi lisäksi jakaa lapsettomien tukiryhmässä tai internetin keskustelupalstoilla. (Ansamaa 2006, 190.) Räisänen ja Kaunos (2004, 79) tut-

kimuksen mukaan internetin keskustelupalstoilla kuvataan paljon raskauteen ja lapsen liittyviä toiveita ja haaveita. Keskusteluryhmässä jaetaan myös lapsettomuuden päättymisestä johtuvaa pelkoa, epävarmuutta ja katkeruutta. Tutkimuksessa tulee ilmi, että näiden tunteiden esille tuominen on ehkä helpompaa internetikeskusteluryhmissä kuin suoraa kontaktia edellyttävissä vuorovaikutustilanteissa. Erittäin tärkeää on, ettei lapseton pariskunta jää yksin ja ajattele, ettei kenelläkään muulla ole samankaltaista ongelmaa kuin heillä (Koskimies 2004, 78).

Sosiaalisen tuen tarve kasvaa, kun ihminen kokee jonkin muutoksen, kuten esimerkiksi odottamattoman tilanteen tai stressaavan kokemuksen. Tahaton lapsettomuus on usealle parille ikävä sekä ennalta arvaamaton vastoinkäyminen. Tällaisessa tilanteessa sosiaalisen tuen tarve voidaan katsoa merkittäväksi. (Mäkelä 2007, 22–23). Usein lapsettomuudesta kerrotaan vain harvoille ja valituille sekä luotettaville ja hyvillä ystäville (Malin 2001, 132) Tärkeää lapsettomuuden hyväksymisessä on se, että kertoo ongelmasta valitsemilleen ihmisille. Puhumisen seurauksena saattaa aluksi olla hämillinen hiljaisuus, mutta myös mahdollinen tuki sekä ymmärrys (Oinonen 1998, 30.) Usein pari on kokenut omassa tilanteessaan helpotusta siinä vaiheessa, kun on uskaltanut avautua lapsettomuusongelmastaan läheisille (Huhtala 2003, 30). Läheisten antamia tuen muotoja voivat olla monenlaiset toiminnot kuten lapsettoman tarkkaa väinen kuunteleminen, rohkaiseminen ja erilaiset myötätunnon sekä huolenpidon ilmaukset. Läheisen läsnäolo on tärkeää silloin kun sitä tarvitaan. (Mäkelä 2007, 25.)

Tulppala (2002a, 535) painottaa lapsettomuutta hoitavan henkilökunnan merkitystä lapsettoman parin psyykkisenä tuen antajana. Hoitohenkilökunnan avoin sekä rehellinen vuorovaikutus luo turvallisuuden tunnetta hoitosuhteeseen, mikä helpottaa pariskuntaa kertomaan omista kokemuksistaan ja ongelmistaan (Ansamaa 2006, 199). Tahattoman lapsettomuuden selviäminen on traumaattinen tieto itseltään ja tilanteestaan. Olisi tärkeää, että vastaanotolla olisi tilaa ja mahdollisuuksia käsitellä, mitä tämä tieto tarkoittaa juuri tämän pariskunnan kohdalla. Tämän lisäksi ilmapiiri, jossa tietoa välitetään, vaikuttaa paljon lapsettomuuspotilaan kokemukseen asiasta ja siihen, miten hän voi lähteä työstämään asioitaan. (Toivonen, Vilka & Tulppala 2004 4118–4119.)

Lapsettomuuspotilaan psykososiaalinen neuvonta ja psykoterapia ovat oma terapiakenttensä ja erikoisalansa, jossa korostuu ammattilaisen laaja tietämys kriisien käsittelystä. Lapsettomuuden kriisissä korostuu parisuhteen ja seksuaalisuuden ongelmat sekä surutyön tuntemus (Tulppala 2002a, 534). Psykoterapeutti voi auttaa tahattomasti lapsettomia lievittämään heidän vahvat reaktionsa lapsettomuutta kohtaan opettamalla myötätuntoa ja anteeksi antoa itseään kohtaan sekä auttaa hallitsemaan vihaa. Ilman psykoterapeutista hoitoa hedelmättömyyden kokemus on helposti vain yritys hallita puutteita. Kriisivaiheen läpikäyminen on helpompaa, kun saa ulkopuolista ammattiapua. (Mäkelä 1999, 19.) Tilapäisiin seksiongelmiin auttaa yleensä seksuaalneuvonta, joka sisältää tiedon jakamista ja erityisohjeiden antamista. Seksuaaliterapia on mahdollista silloin, kun seksuaaliongelma on lapsettomuuden syy. Seksuaaliterapia on parisuhdeterapiaa, jossa pari käy yhdessä. (Ansamaa 2006, 190.)

## 6.2 Simpukka Ry

Simpukka ry on perustettu vuonna 1988 nimellä Saisimmepä lapsen ry. Vuonna 1992 nimi vaihdettiin Lapsettomien Tuki ry:ksi. Vuodesta 2006 lähtien nimi on ollut Lapsettomien yhdistys Simpukka ry. (Simpukka-yhdistys 2009.) Simpukka ry on vapaaehtoistyövoiman varassa toimiva yhdistys, jonka tehtävänä on auttaa lapsettomia solmimaan yhteyksiä toisiinsa ja jakamaan kokemuksia yhdessä. Yhdistys auttaa muodostamaan keskusteluryhmiä ja löytämään yksittäisen tai parin ystäväksi. (Koskimies 2004, 78.) Yhdistys järjestää vuoden mittaan jäsentapaamisia ja muita tapaamisia, joihin usein kutsutaan vieraaksi eri alojen asiantuntijoita. (Kaipainen 2000, 91.) Jäsenet saavat neljä kertaa vuodessa ilmestyvän Simpukka-lehden, joka on jäsenille tärkeä tietolähde ja toimii yhdyssiteenä (Simpukka-yhdistys 2009).

Yhdistys toimii lapsettomien äänenä päättäjiin, viranomaisiin sekä suureen yleisöön. Yhdistys jakaa tietoa lapsettomuudesta ja pyrkii parantamaan lapsettomien asemaa yhteiskunnassa. (Simpukka-yhdistys 2009.) Simpukka-yhdistys tekee yhteistyötä mm. hoitohenkilöstön, adoptiojärjestöjen sekä perheterapeuttien kanssa. Kaikki jäsenet eivät ole itse tahattomasti lapsettomia, kannustusjäseneksi voi liit-



tyä kuka tahansa asiasta kiinnostunut. Yhdistyksen jäseninä on myös niitä, jotka ovat saaneet lapsen joko hoitojen tai adoption kautta. (Kaipainen 2000, 91.)

Lapsettomien yhdistys Simpukka ry on kehittänyt projektillaan lapsettomien henkistä tukea. Simpukka-projekti (Kuvio 1.) alkoi keväällä 2003 ja jatkui vuoden 2006 alkuun. Projektin päätavoitteena oli vähentää ja ennaltaehkäistä tahattomasta lapsettomuudesta johtuvia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. (Kaijaluoto 2008, 16 -17.) Tarkoituksena oli suunnitella terveydenhuoltopalveluihin sovellettava lapsettomuuden psykososiaalisen tuen valtakunnallinen hoitomalli (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4119).



(Kuvio 1.)Simpukka-projekti (2000-2005)

## 7 POTILASOPAS PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI - JA TERVEYSYHTYMÄN LAPSETTOMUUSPOLIKLINIKALLE

Lapsettomuuspoliklinikka toimii Päijät-Hämeen terveys- ja sosiaaliyhtymän nais-tautien poliklinikan yhteydessä. Se on aloittanut toimintansa vuonna 1986. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän lapsettomuuspoliklinikka toimii yhteistyössä Helsingin Felicitas klinikan kanssa.

Lapsettomuuspoliklinikalla työskentelee tällä hetkellä yksi lääkäri, yksi kättilö sekä yksi perushoitaja. Poliklinikalla tehtäviä toimenpiteitä ovat munajohdinten aukiolo tutkimus, ovulaatiotesti sekä spermanlaadun tutkiminen. Poliklinikalla aloitetaan hormonihoidot tabletti sekä pistoshoitoina. Tilanteen vaatiessa Helsingin Felicitas klinikalla tehdään keinoalkuiset lapsettomuushoidot, joita ovat IVF, ICS, alkioiden pakastus sekä inseminaatio. Näiden keinoalkuisen lisääntymismenetelmien onnitumismahdollisuudet ovat olleet hyviä, noin joka kolmas IVF- sekä ICS hoito on johtanut raskauteen.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden lapsettomuuspoliklinikalla käy viikossa noin 53 potilasta. Suurin osa käynneistä on 10 minuutin mittaisia ultraäänitutkimuksia. Hoitajilla on myös omia vastaanottoaikoja, jotka ovat suurimmaksi osaksi pistosopetusajoja.

Poliklinikka on auki ympäri vuoden lukuun ottamatta kesäsulkua, joka on kesäkuun puolesta välistä elokuun puoleenväliin, myös joulua ja pääsiäisaikojen poliklinikka on suljettu.

## 7.1 Hyvän potilasoppaan tunnusmerkit

Ymmärrettävä ja potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Kirjallisen ohjauksen tarpeen kasvuun on useita erityisiä. Potilaat haluavat itse tietää ja saada tarvittavaa tietoa lisää sairauksista ja niiden hoidoista. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.) Usein hoitohenkilökunta käyttää kirjallisia ohjeita suullisen ohjauksen tukena (Marttila & Piekkola 1996, 64). Toisaalta taas henkilökohtainen ja suullinen ohjaaminen jää vähäiseksi henkilökunnan kiireen vuoksi, jolloin sitä täydennetään kirjallisilla ohjeilla (Torkkola, ym. 2002, 7).

On tärkeää, että kirjallinen materiaali on laadittu niin, että potilas ymmärtää sen (Marttila & Piekkinen 1996, 65). Tulee muistaa, että potilasohje on kirjoitettu juuri potilaalle ja mahdollisesti hänen omaisilleen, eikä siis hoitoalan ammattilai-

selle. Tieto pitää olla selkeää ja ymmärrettävää. Ymmärrettävyyttä lisää, kun vältetään ammattisanastoa ja käytetään yleiskielisiä sanoja sekä käsitteitä. (Hyvärinen 2005, 1769.)

Tärkein ymmärrettävyyteen vaikuttava seikka on asioiden esittämisjärjestys (Hyvärinen 2005, 1769). Potilasohjeita tehdessä kuuluu kirjoittaa tärkein asia ensin. Tärkeimmästä kohti vähemmän tärkeää-kirjoitustapa on toimivin, silloin myös vain alun lukeneet saavat tietoonsa kaikkein olennaisimman. (Torkkola, ym 2002, 39.) Järjestystä valitessa kannattaa miettiä myös sitä, mitä tekstillä halutaan saada aikaan tai missä tilanteessa sitä luetaan (Hyvärinen 2005, 1769).

Potilasohjeen tärkeimmät osat luettavuuden kannalta ovat otsikko ja väliotsikot (Torkkola, ym. 2002, 39). Otsikot keventävät ja selkeyttävät ohjetta. Väliotsikko toimii kuten pääotsikko eli kertoo alakohdan tärkeimmän asian. (Hyvärinen 2005, 1770.) Olennaisinta väliotsikoissa on se, että ne auttavat lukijaansa kahlaaman tekstin läpi, loppuun asti (Torkkola, ym. 2002, 40).

Potilasohjeissa kuvia on käytetty tukemassa sekä täydentämässä tekstin asiaa. Hyvin valitut ja tekstiä täydentävät kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta sekä ymmärrettävyyttä (Torkkola, ym. 2002, 40). Kuvilla on painotuotteessa aina vahva itsenäinen viestintänsä. Useimmiten niillä on suuri huomioarvo. Kuva elävöittää ja herättää huomiota positiivisella tavalla. (Lyytikäinen & Riikonen 1995, 49–50.) Jos kuvia on tekstissä paljon, ne olisi hyvä sijoittaa aina samaan kohtaan, esimerkiksi oikeaan reunaan. Toinen vaihtoehto voisi olla vasenreuna tekstin jälkeen. Kuvat tekstin taustalla tai kuviotaustat heikentävät tekstin luettavuutta huomattavan paljon. (Näkövammaisten keskusliitto ry.)

Kappalejako osoittaa, mitkä asiat kuuluvat tiukasti yhteen. Kirjoittajan pitäisi valita kappaleeseen vain yhteen kuuluvia asioita. Ohjeena sopii ajatella, että kullekin kappaleelle pitäisi pystyä keksimään oma otsikkonsa. Selkeässä tekstissä on lyhyehköjä kappaleita (Hyvärinen 2005, 1770.) Kappaleessa huomioon otettavia asioita ovat myös rivi välit. Mitä suuremat rivi välit, sitä ilmavampaa ja luettavampaa teksti on. (Torkkola, ym. 2002, 58.) Kuitenkin liian suuri rivi väli vaikeuttaa lukemista ja vie turhaan tilaa muulta tekstiltä (Näkövammaisten keskusliitto ry).

Virkkeitten tulee olla rakenteeltaan helposti hahmottuvia sekä sanojen mahdollisimman yleiskielisiä. Virkkeitten ja lauseiden tulee olla kertalukemalla ymmärrettäviä. Usein liian pitkät virkkeet aiheuttavat ongelmia. Ohjeissa on ehdottomasti noudatettava yleisiä oikeinkirjoitusnormeja. Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perille menon (Hyvärinen 2005, 1768).

Potilasohjeiden kannalta olennaisinta kirjasintyyppin valinnassa on se, että kirjaimet erottuvat selkeästi toisistaan (Torkkola, ym. 2002, 59). Kirjasintyyliä valittaessa ei suositella, että koko ajan käytetään tekstissä isoja kirjaimia (Marttila & Piekkola 1996, 66). Kirjasintyyppiä valitessa tulee välttää ornamentteja, koristeita tai käsialakirjoitusta muistuttavaa tekstiä. Suositeltava kirjainkoko on 14–16, mutta kuitenkin vähintään 12. Kaiken ikäisille tarkoitettussa tekstissä käytetään kirjainkokoja 12–14 ja heikko-näköisille kokoa 16. ( Näkövammaisten keskusliitto ry.) Otsikot voi erottaa muusta tekstistä eri menetelmillä, kuten lihavoinnilla, isommalla pistekoolla, toista kirjasintyyppiä käyttämällä ja joskus myös alleviivauksella. Kursivointia käytetään lainauksen yhteydessä. ( Torkkola, ym. 2002, 59.)

Potilasohjeen mielenkiintoa ja luettavuutta lisää hyvin suunniteltu ulkoasu (Marttila & Piekkola 1996, 66). Hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä. Taitto eli tekstin sekä kuvien asettelu paperille on hyvän ohjeen lähtökohta. Hyvin taitettu ohje houkuttelee lukemaan ja helpottaa ymmärrettävyyttä. Tyhjää tilaa ei tarvitse välttää, päinvastoin. Pahimmillaan täyteen sullotusta ohjeesta on vaikea saada selvää. Kaikkia asioita ei yksinkertaisesti pysty sanomaan yhdellä ohjeella (Torkkola, ym. 2002, 53–54.) Lyhyt ja ytimekäs teksti ilahduttaa lukijaansa. Liian monet yksityiskohtaiset tiedot saattavat sekoittaa lukijaa. Lisätietoja aiheesta kannattaa tarjota vaikka pienempien otsikoiden alta. (Hyvärinen 2005, 1772.)

## 7.2 Oppaan tuottamisprosessi

Aiheen opinnäytetyöhön saimme vuonna 2009 syksyllä. Potilasoppaan tekemiseen saimme tukea Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden lapsettomuuspoliklinikan hoitajilta. Kävimme tapaamassa aluksi osastonhoitajaa ja saimme häneltä toiveita, minkäläinen oppaan tulisi olla. Kävimme haastattelemassa asiantuntijahoitajaa ja saimme hänen näkökulmansa minkäläinen ja mitä tietoja oppaassa olisi hyvä olla. Saimme poliklinikan hoitajalta paljon tietoa mm. lapsettomuushoidoista ja tutkimuksista, joita tehdään osana lapsettomuushoitoja.

Simpukka ry oli myös aktiivisesti mukana oppaan tuottamisessa etenkin psyykkisen tuen näkökulmasta. Simpukka ry:ltä saimme paljon aiheeseen liittyvää tietoa kirjallisista lähteistä, joita käytimme oppaassa. Oppaaseen tuli myös oma osuus, jossa esittelimme Simpukka ry:n toimintaa.

Potilasopas työstettiin yleisesti hyvien potilasohje kriteerien mukaan. (Salanterä 2005, 219.) Ymmärrettävä ja potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Kirjallisen ohjauksen tarpeen kasvuun on useita eri syitä. Potilaat haluavat itse tietää ja saada tarvittavaa tietoa lisää sairauksista ja niiden hoidoista. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7.) Oppaaseen keräsimme tietoa myös luotettavista tieteellisistä lähteistä. Lähteinä käytimme tieteellisiä artikkeleita, pro graduja sekä väitöskirjoja aiheesta. Käytimme oppaassamme mahdollisimman tuoretta tutkittua tietoa. Oppaan tiedon tuottaminen osoittautui yllättävän helpoksi, koska käytimme opinnäytetön teoriaa.

Oppaan ulkoasun suunnittelimme mahdollisimman neutraaliksi ja rauhalliseksi. Käytimme oppaassamme lapsettomien omia ajatuksia, siinä yritimme käyttää mahdollisimman kuvaavia, mutta ei liian henkilökohtaisia ilmauksia. Potilasohjeissa kuvia on käytetty tukemassa sekä täydentämässä tekstin asiaa. Hyvin valitut ja tekstiä täydentävät kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta sekä ymmärrettävyyttä (Torkkola, ym. 2002, 40). Oppaan ulkoasua pyrimme keventämään erilaisilla kuvilla ja luettelomerkinnoilla, jotta tekstin luettavuus olisi selkeää. Oppaan lopullisen pohjavärin päättää lapsettomuuspoliklinikan osastonhoitajan.

Saimme asiantuntijahoitajalta sellaisen toiveen, että potilasopas olisi helppo lukuinen, ei kovin pitkä vaan tiedot mahdollisimman tiiviisti kirjoitettu. Hän toivoi myös, että sairaala sanastoa vältetään, jotta teksti olisi mahdollisimman helppo lukuista. Toiveena oli että potilasopas sisältää tietoa lapsettomuudesta, syistä, tutkimuksista, hoidoista sekä psyykkisestä tuesta. Hoitaja toivoi myös, että oppaassa olisi lapsettomuuspoliklinikan yhteystiedot. Asiantuntijahoitaja ei ottanut kantaan oppaan ulkoasuun, mutta osastonhoitaja toivoi ulkoasun olevan rauhallinen ja mahdollisimman neutraali.

### 7.3 Oppaan arviointi

Potilasoppaan arviointi menetelmäksi valitsimme arviointilomakkeen. Oppaan arvioivat yksi asiantuntijahoitaja lapsettomuuspoliklinikalta sekä kaksi lapsetonta pariskuntaa. Lapsettomuus on arka aihe, joten tulimme siihen tulokseen, että arviointikaavake on lapsettomille pariskunnille miellyttävän arviointikeino. Lapsettomat parit löysimme tuttavien kautta, mutta emme tunteneet heitä etukäteen, emmekä nähneet heitä missään vaiheessa. Laadimme kyselylomakkeen, jonka pohjalta arvioitsijat arvioivat sen. Kyselylomake suunniteltiin niin, että siihen ei voinut vastata vain yhtellä sanalla. Kyselylomakkeessa kysyttiin oppaan ulkoasusta, kirjallisesta ymmärrettävyydestä, loogisuudesta sekä asiapitoisuudesta. Kyselylomakkeen pohjalta tulleesta palautteesta oli helppo muokata opasta jatkossa.

Asiantuntijahoitajan antama palaute oli pääasiassa hyvää. Palautteen mukaan oppaan ulkoasu on rauhallinen, erilaiset fontit ja värit piristävät kokonaisuutta. Asiantuntijahoitajan mielestäsi olisi hyvä jos potilasoppaaseen olisi eritelty vain Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän lapsettomuuspoliklinikalla käytettäviä hoitomuotoja. Kappalejako on hänen mielestään selkeä ja ytimekäs. Oppaan kieliasu on hänestä erinomainen. Asiantuntija ehdotti arvioinnin yhteydessä, että lisäisimme potilasoppaaseen lapsettomuushoitojen ja lääkkeiden hinnat. Hänen

mielestään potilasopas on kokonaisuudessaan todella hyvä ja kattava tietopaketti. Yhteystiedot on hänestä mukava lisä.

Kahden lapsettoman pariskunnan antama palaute oli kokonaisuudessaan hyvää. Heidän arviointinsa olivat todella samanlaiset. Mikään osio ei juuri poikennut toisistaan. Heidän mielestään oppaan ulkoasu on rauhallinen ja kuvat ovat neutraaleja. Heidän mielestään oppaassa on tarpeeksi tietoa ja kaikki oleellinen on kirjoitettu. Oppaan kappalejako on heidän mielestään selkeä ja looginen. Oppaan kieliasu on selkeä ja helppolukuinen pariskuntien mielestä. Loppuun toinen pariskunnista on kirjoittanut, että olisi aikoinaan itsekin kaivannut samanlaista opasta, jossa kaikki tarpeellinen tieto on koottu yhteen pieneen oppaaseen.

Arviointien pohjalta muokkasimme oppaassamme lapsettomuushoidot- kohtaa. Eri hoitomuotojen perään, mitkä näistä hoidoista tehdään Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmässä. Mitään muita suuria korjauksia emme joutuneet oppaaseen tekemään. Potilasoppaan kehittämisestä huolimatta emme laittaneet oppaaseen lapsettomuushoitojen- ja -lääkkeiden hintoja, koska ne muuttuvat jatkuvasti. Näiden arviointien pohjalta opas on helppolukuinen ja selkeä tietopaketti.

## 8 POHDINTA

Tahaton lapsettomuus on yleinen ongelma (Vilka 2006, 1327). Se koskettaa joka kuudetta raskautta yrittävää paria. (Toivanen, Vilka & Tulppala 2004, 4115.) Oman hedelmättömyyden selviäminen on monen parin elämässä ensimmäinen vakava vastoinkäyminen (Tulppala 2002a, 531). On tärkeää, että lapsettomuuteen liittyviä tunteita on mahdollista käsitellä (Toivanen ym. 2004, 4115). Psykkisen tuen merkitys onkin todella suuri koko lapsettomuusprosessin aikana (Tulppala 2002a, 534-535). Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivät parit tarvitsevat lisää luotettavaa tietoa lapsettomuudesta, psyykkisestä jaksamisesta sekä sen eri tukimuodoista, kuten tämän opinnäytetyön potilasoppaan tarkoituksena olikin.

Ymmärrettävä ja potilaat huomioon ottava kirjallinen ohjaus on yhä tärkeämpi osa potilaan hyvää hoitoa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 7), koska hoitoajat lyhenevät ja välillä potilaiden henkilökohtaista ohjausaikaa lyhentää hoitajien kiireinen työtahti (Liimatainen, Hautala & Perko 2005, 49). Lisäksi kirjalliset potilasohjeet täydentävät ja vahvistavat suullista ohjausta. Kirjalliset potilasoppaat mahdollistavat tiedon lukemisen omassa rauhassa, silloin kun se potilaalle parhaiten sopii. Yleensä potilaat arvostavat ja käyttävät kirjallisia potilasoppaita ja haluavat, että heille annetaan niitä, mutta kirjalliset potilasoppaat ovat hyödyllisiä vain, jos potilas ymmärtää lukemansa tekstin. (Ali-Raatikainen & Salanterä 2008, 63.) Potilasopasta laatiessa käytimme hyvän potilasoppaan tunnusmerkkejä ja kriteereitä. Pyrimme kirjoittamaan oppaaseen vain selkeää ja havainnollista yleis-kieltä. Yritimme välttää sairaalasingia ja monimutkaisia lauseita. Jos käytimme lääketieteellisiä sanoja, niin selvitimme niiden sisällön. Tärkeintä mielestämme oli tuoda lukijalle se tieto, joka on hänen kannaltaan olennaista.

Potilasoppaan tiedon tulee olla virheetöntä ja ajan tasalla olevaa. Lukijan on voitava luottaa siihen, että tieto on oikeaa. (Liimatainen ym. 2005, 49–50.) Tutustuimme alan julkaisuihin ja artikkeleihin huolellisesti, joista löysimme paljon omaan työhön lähdemateriaalia. Myös asiantuntijahoitajalta sekä Simpukka Ry:ltä saimme runsaasti materiaalia sekä tietoa. Lähteiden valinnassa mietimme tarkasti lähteiden luotettavuutta. Käyttämämme tieto on luotettavista lähteistä hankittua sekä kriittisesti läpi luettua, joka lisää myös eettisyyttä. Potilasoppaan käytetyt



tiedon luotettavuutta lisää myös se, että hoitoalan ammattihenkilöt ovat lukeneet, tarkastaneet ja hyväksyneet tekstin.

Kehittämishankkeen arvioinnissa on monia hyötyjä, kuten tehokas tapa ohjata hanketta ja parantaa hanketyön laatua. Hankkeissa laadun varmistamiseksi yleisintä on tehdä haastatteluja ja kyselyjä työntekijöille sekä hankkeen keskeisille sidosryhmille. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 88–90.) Tekemämme potilasoppaan arvioi asiantuntijahoitaja sekä kaksi lapsetonta pariskuntaa. Arviointi tapahtui kyselylomakkeen avulla. Valitsimme kyselylomakkeen tiedonkeruumenetelmäksi, koska aihe on mielestämme arka ja henkilökohtainen asia. Kyselylomakkeiden arviointien pohjalta teimme pieniä korjauksia oppaaseen. Saimme oppaasta pääosin todella hyvää palautetta. Arviointien mukaan potilas oli helppolukuinen ja selkeä tietopaketti.

Etiikka on ollut aina tärkeää hoitotyössä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 9). Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja toimia (Pirttilä 2008, 65). Terveystieteiden kehittämisalalla ensisijainen kehittämistoiminnan päämäärä on potilaiden hyvä (Heikkilä ym.2008, 44). Mielestämme tämä hanke vastaa osaltaan myös edellä mainittuun tavoitteeseen. Eettisyys pyrittiin huomioimaan myös tämän hankkeen eri vaiheissa ja se korostui erityisesti potilasopasta laatiessa sekä pientä tutkimuksellista osuutta tehdessä. Hankkeen eettisyydestä kertoo tutkimusluvan hakeminen Sosiaali- ja terveystieteiden yliopistolta. Kyselylomakkeet ja niiden lähettäminen arvioitavaksi suunniteltiin myös siten, että lapsettomien pariskuntien henkilöllisyys pysyi salassa. Kyselylomake ei sisältänyt sellaisia kysymyksiä, josta vastaajat olisi voinut mahdollisesti tunnistaa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Itsemääräämisoikeutta on siis kunnioitettava myös kehittämistoiminnassa (Heikkilä ym.2008, 45). Opinnäytetyön kirjoitustyyliä huomioimme myös eettisyyden. Pyrimme, että teksti on hienovaraisesti kirjoitettua eikä loukkaa kenenkään tunteita.

Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä, joita ovat: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tutkimuksen aineis-

ton keräsimme käyttäen kyselylomaketta. Ennen kysymysten muotoilua olimme perehtyneet aiheeseen huolellisesti joka kuvaa luotettavuutta. Kysymykset pyrittiin pitämään melko väljinä ja avoimina, jotta arvioijien omat mielipiteet ja kokemukset potilasoppaasta saataisiin mahdollisimman hyvin esille. Kyselyyn vastanneet olivat perustelleet hyvin vastauksia. Lisäksi pyrimme siihen, että tutkimusmittarin eli kyselylomakkeen ulkonäkö oli selkeä, siisti ja vastaamaan houkutteleva. Kysymykset etenivät loogisesti. Kyselyyn vastanneiden määrä oli melko pieni, mutta Vilkan & Airaksisen (2003, 64) mukaan aineiston määrä ei ole tärkeä vaan aineiston laatu. Lopuksi kyselylomakkeiden avulla saadut tulokset raportoitiin tässä opinnäytetyössä rehellisesti eikä tuloksia muutettu. Tulosten tarkastelun jälkeen pystyttiin päättelemään, että tuottamastamme potilasoppaasta on hyötyä.

Opinnäytetyön aihe oli mielestämme onnistunut, koska aihe on ajankohtainen ja tulee olemaan monella tavalla hyödyksi. Potilasopas tulee jatkossa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijöiden lapsettomuuspoliklinikan käyttöön ja tarve lähtee ensisijaisesti potilaan tarpeista. Potilasopas on tallennettu sellaiseen muotoon, että muokkaaminen onnistuu helposti hoitohenkilökunnalta. Jatkossa olisi mielenkiintoista tietää, miten potilaat ja hoitohenkilökunta ovat kokeneet potilasoppaan ja onko siitä ollut hyötyä. Jatkoaihe ehdotuksena on potilasoppaan laittaminen internetsivuille, jossa ne olisivat helposti saatavilla kaikille.

## LÄHTEET

Ahola, M. 2007. Väestöliiton klinikat Oy lapsettomuushoitojen uranuurtaja Suomessa. *Terveydenhoitaja* 6/2007, 26–28.

Ali-Raatikainen, P. & Salanterä, S. 2008. Tutkimuspotilaiden käsityksiä kirjallisista potilasohjeista. Teoksessa Montin, L. (toim.). *Potilasohjauksen lähtökohdat*. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:55/ 2008, 63–76.

Ansamaa, O. 2006. Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa Apter, D. , Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. 1. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 185–190.

Ekström-Immonen, L. & Rosenberk, K. 2005. Lapsettomuus ja parisuhde. *Perheterapia* 1/2005, 20–27.

Forsman-Behm. 1999. Lapsettomilla pareilla seksuaalielämän alueella ilmeneviä ongelmia ja seksiasioista puhuminen osana hoitoa. *Kättilölehti* 1/1999, 24–25.

Gissler, M., Malin, M. & Hemminki, E. 1997. Koeputkihedelmöityksestä syntyneet lapset Suomessa 1991 – 1995. Teoksessa Ritamo, M. & Kautto, S. (toim.). *Näkökulmia hedelmöityshoitoihin*. Helsinki: Stakes, 29–35.

Havia, J. 1995. Keinoalkuinen lisääntyminen. Helsinki: Oy Organon Ab.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen–avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hippeläinen M. 2001. Endometrioosi. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 7/2001, 703–711.

Hippeläinen, M. & Räsänen, M. 2002. Lapsettomuuden perustutkimukset. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 5/2002, 497–502.

Huhtala, T. 2003. Lapsettomuus – toivon ja epätoivon vuoristorata. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 16/2005, 1769–1772.

Jokimaa, V. 2006. Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 4/2006, 434–439.

Jokimaa, V. 2003. Molecular features of the human endometrium and placenta. Turun Yliopiston julkaisuja.

Kaijaluoto K-L. 2008. Simpukka – projekti kehitti lapsettomien henkistä tukea. Simpukka 2/ 2008, 16–17.

Kaipainen, S. 2000. Tahaton lapsettomuus tarinana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, sosiaalitieteiden laitos.

Koskimies, A. 2000. Miehen hedelmättömyys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 18/2000, 1954–1960.

Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus – toiveena lapsi. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö. Tammi.

Krouvi, T. 2003. Lapsettomuushoitojen kautta adoptioprosessiin. Perheterapia 1/2003, 4–15.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n kotisivut. [viitattu 16.12.2009]. Saatavissa: <http://www.simpukka-yhdistys.fi/>

Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. (toim.). 2005. Potilasohjausta kehittämässä–innostusta ja innovaatiota. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja:39. Jyväskylä, sosiaali- ja terveysala.

Lyytikäinen, K. & Riikonen, H. 1995. Painotuotteen suunnittelu. Helsinki: Gummerus.

Malin, M. 2001. Luomulapsi, pakkashemmot ja Täti Punainen – lapsettomuutta kokeneiden naisten vertaisryhmä Internetissä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2/ 2001, 120–138.

Martikainen, H. 1990. Ovulaation induktio. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [viitattu 10.10.2009]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dhtm/articles/1990\\_20\\_1400-1404.pdf](http://www.terveysportti.fi/dhtm/articles/1990_20_1400-1404.pdf)

Marttila, M. & Piekkola, S. 1996. Kirjallinen materiaali potilasneuvonnan tukena. Teoksessa Munnukka, T. & Kiiikkala, I. (toim.) Teoriaa käytännössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 59–67.

Mäkelä, J. 2007. Lapsettomuudesta puhuminen ja tuen saaminen läheisiltä. [viitattu 16.12.2009]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02179.pdf>

Mäkelä, M. 1999. Parisuhde ja lapsettomuus. Kätilölehti 1/1999, 198–199.

Nuojua-Huttunen, S. & Anttila, L. 2009. Lapsettomuuden ensivaiheen tutkimukset selvittävät pysyvää hedelmättömyyttä ja heikentyneitä lisääntymiskykyä. Suomen lääkärilehti 5/2009, 367–373.

Näkövammaisten keskusliitto. Suositus painetun tekstin tekijöille. [viitattu 25.02.2010]. Saatavissa: <http://www.nkl.fi/ajankoht/suositus.htm>

Oinonen, T. 1998. Pitkä odotus – kokemuksia lapsettomuuden hoidosta. Helsinki: Tammi.

Paavonen, J., Saikku, P., Reunala, T. & Pasternack, R. 2003. Klamydia. Teoksessa: Reunala, T., Paavonen, J. & Rostila, T. (toim.). Sukupuolitaudit. 2. uudistettu painos. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy, 21–31.

Pirttilä, T. 2008. Tutkimuseettiset toimikunnat – toimintaa ohjaavat normit ja tutkimuseettinen pohdinta. Pietilä, A-M., & Länsimies-Antikainen, H. (toim.). Etiikka monitieteisesti – pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio, Hoitotieteen laitos, 65–89.

Revonta, M. 2006. Lapsettomuus ja siihen yhteydessä olevat elintavat. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos.

Räisänen, R. 2007. Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä [viitattu 3.12.2009]. Saatavissa :  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01991.pdf>

Räisänen, R. & Kaunonen, M. 2004. Lapsettomuus kokemuksena internetin keskusteluryhmässä ”Saisi haikara jo pian palvella minuakin, voisikohan mihinkään valittaa kohtuuttomaksi venähtäneestä jonotusajasta!?”. Hoitotiede 2/2004, 71–80.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M-L., Pulkkinen, M-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4/2005, 215-226.

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

Sallinen, M. 2006. Ruusunpunaisista pilvilinnoista tuuliajolle: Tahaton lapsettomuus psyykkisenä kriisinä [viitattu 9.12.2009]. Saatavissa:  
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01315.pdf>

Santala, M. & Kauppila, A. 2004. Endometriooosi. Teoksessa O.Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 96–106.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Tiitinen, A. 2002a. Lapsettomuuden hoidon valinta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5/2002, 517–521.

Tiitinen, A. 2002b. Lapsettomuus – laajeneva ongelma? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5/2002, 493–494.

Tiitinen, A. 2009a. Miehen lapsettomuus [viitattu 13.11.2009]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00734&p\\_haku=lapsettomuus](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00734&p_haku=lapsettomuus).

Tiitinen, A. 2009b. Naisen lapsettomuus [viitattu 13.11.2009]. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00737&p\\_haku=lapsettomuuden%20syyt](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00737&p_haku=lapsettomuuden%20syyt).

Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2004. Lapsettomuus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 176–193.

Tiitinen, A., Rissanen, A. & Mustajoki P. 2000. Lihavuus ja naisen lisääntymis-terveys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5/2000, 495–501.

Tinkanen, H. 2002. Kaikututkimus lapsettomuuden diagnostiikassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5/2002, 503–507.

Toivanen, R., Vilska, S. & Tulppala, M. 2004. Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. Suomen lääkärilehti 43/2004, 4115–4120.

Torkkola S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

Tulppala, M. 2002a. Lapsettomuuden tuska. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 5/2002, 531–536.

Tulppala, M. 2002b. Näkökulmia parisuhteeseen ja lapsettomuuteen kiintymyssuhdeteorian pohjalta. *Perheterapia* 2/2002, 50–57.

Tulppala, M., Mäkinen, S. (toim.) & Suikkari A-M. (toim.) 2007. *Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito*. Helsinki: Väestöliitto, 3–15.

Tyni, J. 2003. *Hoidon käsite hedelmättömyyden hoidossa – Systemaattinen analyysi hedelmättömyyden ja sen hoidon käsitteistä*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilka, S. 2006. Lapsettomuuden hoidoilta odotetaan tuloksia ja inhimillisyyttä. *Suomen lääkäri* 12/2006, 1327.



## POTILASOPPAAN ARVIOINTILOMAKE

1. Mitä mieltä olet potilasoppaan ulkoasusta? Millaisia tunteita potilasoppaan kuvat herättää?
2. Mitä mieltä olet potilasoppaan tiedosta ja niiden riittävydestä?
3. Arvioi onko potilasoppaan kappalejako selkeä ja helposti ymmärrettävä?
4. Mitä mieltä olet potilasoppaan kieliasusta?
5. Mitä mieltä olet potilasoppaan eettisyydestä?

6. Miten potilasoppaan teksti mielestäsi etenee? Arvioi lisäksi sen luettavuutta.

7. Mitä tietoja mahdollisesti potilasoppaasta puuttui?

8. Mitä muuta kommentoitavaa sinulla on potilasoppaasta?

**MIELIPITEESI ON TÄRKEÄ MEILLE!**

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat

Emmi Perintö ja Ulla Talvitie