

“SE, ET JOKU KUUNTELEE...”
Lapsettomien perheiden kokemuksia
sosiaalisesta tuesta

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2004
Pro gradu –tutkielma
Anu Tuominen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

TUOMINEN, ANU: "Se, et joku kuuntelee..."

Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta

Pro gradu –tutkielma, 65 sivua, 4 liitettä

Ohjaajat: TtM, lehtori Nina Halme ja ThT, professori Päivi Åstedt-Kurki

Hoitotiede

Toukokuu 2004

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten lapsettomuushoidoissa olevat kokevat saamansa sosiaalisen tuen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voitaisiin hyödyntää lapsettomuustutkimuksissa ja –hoidoissa olevien perheiden hoitotyössä. Tätä kautta voitaisiin edistää perheiden ja mahdollisesti syntyvän lapsen hyvinvointia.

Tutkimus toteutettiin kahdella lapsettomuushoitoja tarjoavalla klinikalla. Tutkittavana olivat lapsettomuushoidoissa olevat perheet. Aineisto kerättiin teema-haastattelun avulla. Haastatteluihin osallistui yhteensä 16 henkilöä, joista 11 oli naisia ja 5 miehiä, ja ne toteutettiin kevään 2003 aikana. Haastattelut nauhoitettiin ja niiden sisältö analysoitiin aineistolähtöisesti laadullisella sisällön analyysi –menetelmällä.

Tutkimustulokset toivat esille lapsettomien sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia sosiaalisesta tuesta. Lapsettomuudesta oli vaikea kertoa läheisille. Kertominen koettiin tuen saannin ennakkoehdoksi, mutta toisaalta se lisäsi esimerkiksi läheisten uteluja ja tilanteen surkuttelua. Miehet ja naiset kokivat lapsettomuuden usein eri tavalla. Heillä oli erilaiset tavat käsitellä lapsettomuutta. Parisuhde joutuikin lapsettomuushoitojen aikana koetukselle. Toisaalta haastatteluun osallistuneet kertoivat lapsettomuuden lähentävän puolisoita. Lapsettomat kokivat saavansa paljon positiivista sosiaalista tukea myös ympäristöltään. Läheisten tarjoama paras apu oli kuunteleminen. Myös ympäristön huolenpitoon, esimerkiksi voinnin tiedustelemiseen ja hoitajien ohjeiden antoon, oltiin tyytyväisiä. Vertaistuki koettiin korvaamattomaksi. Ne, joiden lähiympäristössä oli lapsettomuuden läpikäyneitä, kokivat olevansa onnellisessa asemassa. Haastatteluun osallistuneet saivat ympäristöltä myös negatiivista sosiaalista tukea. Läheiset olivat pahoittaneet monen mielen ikävillä ja asiattomilla kommentteillaan. Osa läheisistä koki lapsettomien kohtaamisen vaikeana ja oli alkanut vältellä heitä. Hoitohenkilökunnan toimintaa haastatellut kritisoivat, koska haastatellut kokivat hienotunteisuuden ja henkilökohtaisuuden puuttuvan hoidoista. Ympäristön negatiivista tukea oli myös tiedottamisen puute, joka lisäsi lapsettomien ahdistusta. Haastatellut kuvasivat tiedon esimerkiksi lapsettomuushoidoista ja omasta tilanteesta olevan välttämätöntä.

Jatkossa olisi hyödyllistä selvittää lapsettomien perheiden kokemuksia myös pidemmällä aikavälillä. Tarpeellista olisi tutkia, miten sosiaalinen tuki on auttanut selviämään lapsettomuuden päättyessä esimerkiksi hoitojen lopettamiseen tai lapsen syntymään. Tutkimisen arvoisia olisivat myös miesten ja naisten kokemukset erikseen.

Avainsanat: lapsettomuus, sosiaalinen tuki, perhe, sisällön analyysi

ABSTRACT

University of Tampere
Department of Nursing Science

TUOMINEN, ANU: "Just that somebody is listening to..."

Infertile families experiences of social support

Master's thesis, 65 pages, 4 appendices

Supervisors: Nina Halme, MNSc, Päivi Åstedt-Kurki, PhD, professor
Nursing Science

May 2004

The purpose of this study was to get information how families in infertility treatment experience social support they get. The aim of this study was to increase knowledge that could be used in caring families in infertility examination and –treatment. This knowledge could furthermore be used to improve both the well-being of families and the well-being of the unborn child.

This study was carried out in two clinics offering infertility treatments. Families in infertility treatment were subjects to this study. The data was collected by theme interview. The interviews were conducted during spring 2003, 16 people, 11 women and 5 men, were interviewed. All interviews were tape-recorded and analysed by using the inductive content analysis method.

The results of this study showed that infertility people experienced both positive and negative social support. Infertile couples found it hard to tell relatives and friends about their infertility. The telling was found important. It increased the support, but on the other hand it increased also relatives' nosiness and bemoaning of the situation. Men and women experienced infertility in different ways. They had different ways to handle infertility. The couples' relationships were often sorely tried. On the other hand couples felt that infertility brought them closer to each other. Interviewees felt that they got a lot of social support also from their close friends and relatives. The best kind of support they gave was that they listened to them. The relatives and the friends also cared of infertile people, for example asking how they felt. The infertile people were satisfied with the nursing staff who cared of infertile family by asking how they felt and gave guidance. Support from the peer group was found irreplaceable. Those who knew people among their relatives and close friends who had experienced infertility found themselves lucky. Interviewees also experienced negative support from their relatives and friends. They disappointed the infertiles by saying unpolite things about them. It was hard for the relatives and the friends to meet infertile people and they began to avoid them. Interviewees found that infertility clinics lack discretion and individual treatment. Lack of information also increased the depression among the infertile people. Information of one's own situation and treatments was found necessary.

In further studies it would be important to get information about infertile families' experiences during a longer period of time. It would be necessary to investigate how social support has helped infertile to cope with infertility – especially when the solution has been found, because of concluding the treatments or when the child is born. The experiences of men and women separately would also be worth to examine.

Key words: infertility, social support, family, analysis of content

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	3
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1	Lapsettomuus	4
2.1.1	Lapsettomuus käsitteenä	4
2.1.2	Lapsettomuus ja lapsettomuushoidot kokemuksena	6
2.2	Sosiaalinen tuki	10
2.2.1	Sosiaalinen tuki käsitteenä	10
2.2.2	Sosiaalisen tuen muodot	13
2.2.3	Sosiaalinen tukiverkosto	14
2.2.4	Sosiaalisen tuen vaikutus hyvinvointiin	16
2.3	Perhe käsitteenä	18
2.4	Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	19
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS	20
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
4.1	Tutkimusmenetelmä	20
4.2	Aineiston keruu	21
4.3	Aineiston analyysi	25
5	TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1	Kertomisen kautta saatu tuki	28
5.1.1	Kertominen vaikeana valintana	28
5.1.2	Vaikeneminen läheisten suojelijana	30
5.2	Parisuhteessa saatu tuki	30
5.2.1	Puolisot erilaisina kokijoina	31
5.2.2	Lapsettomuus puolisoiden lähentäjänä	32
5.2.3	Lapsettomuus parisuhteen koettelijana	33
5.3	Ympäristön positiivinen tuki	34
5.3.1	Vertaistuen kokeminen korvaamattomana	35
5.3.2	Läheiset kuuntelijoina	36
5.3.3	Huolenpito jaksamisen varmistajana	37
5.4	Ympäristön negatiivinen tuki	38
5.4.1	Ikävät kommentit mielen pahoittajana	39
5.4.2	Ikävä suhtautuminen pahan olon aiheuttajana	40

5.4.3 Tiedon puute ahdistuksen lisääjänä	41
6 POHDINTA	42
6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset	42
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	45
6.3 Tulosten tarkastelua	50
6.4 Tutkimuksen merkityksestä ja jatkotutkimusaiheet	54
LÄHTEET	56
LIITTEET	62
Liite 1: Henkilökunnan tiedote	62
Liite 2: Potilastiedote	63
Liite 3: Suostumuslomake	64
Liite 4: Abstrahointi	65

1 JOHDANTO

Lapsettomuus koetaan usein ongelmaksi (Malinen 1994, 20). Erityisesti lapsettomuus on ongelma lasta haluavalle parille, jolle se voi aiheuttaa ahdistusta ja toistuvia pettymyksiä. Lapsettomuutta voidaan pitää myös laajempänä ongelmana, jolla on vaikutuksia lapsettoman parin läheistenkin elämään. Suomessa on arviolta noin 30 000 - 35 000 perhettä, jotka kärsivät tahattomasta lapsettomuudesta. Lääketieteellisesti lapsettomuutta osataan nykyisin tutkia ja varsinkin hoitaa tehokkaasti. Lapsettomuudesta kärsivät perheet hakevatkin entistä useammin apua ongelmaansa. (Stakes 1996, 3,6 & 10; Tiitinen 2002a, 493.)

Lapsettomuus on parille lähes aina eräänlainen kriisi ja stressitilanne, joka aiheuttaa surua (Schoener & Krysa 1996, 167). Psykologisen näkökulman mukaan lapsettomuus on traumaattisen kriisin ja kehityskriisin sekoitus (Tulppala 2002, 532 - 533). Erityisesti tällaisissa kriisitilanteissa ja elämän muutosvaiheissa on sosiaalisen tuen saaminen tärkeää, jotta lapsettomuudesta ei muodostuisi elämän keskeisin sisältö. Sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jolla pyritään saamaan aikaan positiivinen vaikutus perheen hyvinvointiin. Sosiaalinen tukiverkosto, eli tuen antajat, jakaa stressaavan tilanteen perheelle aiheuttamaa raskautta ja pyrkii lisäämään perheen hyvinvointia. (Tarkka 1996, 13 - 14.) Läheiset ihmiset, joihin tavallisesti luetaan puoliso, lähimmät perheenjäsenet ja läheiset ystävät, ovat sosiaalisen tuen antajina merkittävimpiä (Kahn & Antonucci 1980, 272 - 273). Boivin, Scanlan & Walker (1999, 1384) osoittivat tutkimuksessaan, että ollessaan stressaantuneita lapsettomat tukeutuvat helpommin puolison ja läheisten tukeen kuin ammatti-ihmisiin. Toisaalta tietyissä tilanteissa läheisyys voi haitata vaikeista asioista puhumista. Tällöin tarvitaan myös ulkopuolista apua, jotta sosiaalista tukea voidaan saada. (Kane 1988, 24.) Jirkan, Schuettin & Foxallin (1996, 55 - 56) tutkimuksen mukaan lapsettomat kokevat vain harvoin saavansa riittävästi tukea läheisiltään. Lapsettomuudesta puhuminen voi olla vaikeaa, koska se mielletään henkilökohtaiseksi ja araksi aiheeksi. Puhumista voi vaikeuttaa myös, että parit pelkäävät, miten läheiset asiaan suhtautuvat (Daniels 1993, 508). Tällöin korostuu hoitohenkilökunnan antaman tuen tarpeellisuus. Sairaanhoidajien tärkeä auttamisen keino on auttaa perheitä havaitsemaan sosiaalisen tuen merkittävyys sekä auttaa heitä löytämään läheisten muodostama sosiaalinen tukiverkostonsa (Hirsch & Hirsch 1995, 521). Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet tarjota sosiaalista tukea ovat suhteellisen hyvät. Tämä siksi, että lapsettomuustutkimukset ja -hoidot voivat viedä

pitkiä aikoja ja perheet voivat olla vuosiakin sidoksissa heitä hoitavaan terveydenhuoltojärjestelmään.

Tässä tutkimuksessa kuvataan, miten lapsettomuushoidoissa olevat perheet kokevat saamansa sosiaalisen tuen. Hoitotieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille myös yksilön ja perheen näkökulmia hoitotyön kehittämiseen avuksi (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 16). Puolisoiden ja perheiden kokemuksien selvittäminen voi auttaa lapsettomuushoidoissa olevien perheiden kanssa työskentelevää hoitohenkilökuntaa hoitotyön suunnittelussa ja arvioinnissa. Tuloksista toivotaan olevan apua perhehoitotyön toteuttamisessa ja sitä kautta perheiden hyvinvoinnin edistämässä. Perheen hyvinvoinnin edistäminen on perusteltua myös mahdollisesti syntyvän lapsen vuoksi. Koska lapsettomuuskriisi on osa perheen elämää lapsen saamisen jälkeenkin, on perusteltua pyrkiä edistämään perheen hyvinvointia jo lapsettomuushoitajien aikana (Tulppala 2002, 531).

2 TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Lapsettomuus

2.1.1 Lapsettomuus käsitteenä

Lapsettomuus on sosiaalinen tila, jossa parilla tai joissain tapauksissa yksinäisellä ihmisellä ei ole omaa lasta (Stakes 1996, 10). Lapsettomuudesta puhuttaessa voidaan käyttää myös sanoja infertiliteetti, hedelmättömyys ja lisääntymiskyvyttömyys (Lääketieteen termit 2002, 252). Yleisesti ottaen tahattomasti lapsettomiksi voidaan kutsua pareja, jotka eivät ole vuoden kestäneistä yrityksistä huolimatta saaneet lasta (Oinonen 1998, 11). Lapsettomuudeksi kutsutaan myös vapaaehtoista, tahallista eli harkittua lapsettomuutta, jolloin parit tai yksinäiset henkilöt eivät halua lasta, vaikka heillä siihen ehkä mahdollisuus olisikin (Stakes 1996, 10; Lääketieteen termit 2002, 344). Lääketieteellisessä mielessä lapsettomuushoitajien yhteydessä puhutaan usein hedelmättömyydestä, koska sen katsotaan paremmin kuvaavan tahatonta lapsettomuutta. Hedelmättömyyttä on sekä heikentynyt hedelmättömyys että "totaalinen" hedelmättömyys. (Stakes 1996, 5.) Primaarisesta

lapsettomuudesta voidaan puhua silloin, kun parilla ei ole aikaisemmin ollut lapsia eikä raskauksia. Lapsettomuus on sekundaarista, jos perheessä on jo lapsi tai heillä on ollut kohdunulkoisia tai keskenmenoon päättyneitä raskauksia. (Hovatta & Niemi 1987, 15.)

Lapsettomuuden yleisyydestä ei ole Suomessa kovin tarkkoja tietoja, mutta arvioiden mukaan nykyisin joka viides tai kuudes lasta haluava pari joutuu toteamaan, että raskaus ei ole alkanut vuoden yrittämisen jälkeen (Tiitinen 2002a, 493; Tulppala 2002, 531). Suomessa todetaan joka vuosi noin 3000 - 3500 uutta tahattomasti lapsetonta paria. Eri-ikäisiä lapsettomuudesta kärsiviä on maassamme arviolta yhteensä noin 30 000 - 35 000. (Tiitinen 2002a, 493; Lapsettomien tuki ry 2004.) Lapsettomuusongelmien oletetaan lisääntyneen entisestään. Syitä arvellaan olevan monia. Yksi merkittävä syy on lapsenhankkimisiän nousu. Erityisesti naisilla hedelmällisyysongelmat lisääntyvät iän myötä. (Tiitinen 2002a, 493.) Myös elintavoilla on todettu olevan vaikutusta hedelmällisyyteen. Klamydiainfektiot, ylipaino, ankara painon tarkkailu sekä tupakointi voivat heikentää lisääntymiskykyä. (Anttila 2002, 527.) Noin kolmasosalla pareista lapsettomuuden syy löytyy naisesta, kolmasosalla miehestä ja kolmasosalla molemmista (Klemetti 2001, 9). Tavallisimmat lapsettomuuden syyhyn kohdistuvat hoidot ovat munarakkulan kypsytyshoidot sekä endometrioosin ja myoomien leikkaushoito. Miehestä johtuvaan lapsettomuuteen saadaan usein apua niin sanotusta siittiöiden pesusta. Inseminaatiohoidossa siittiöt ruiskutetaan kohtuun ja koeputkihedelmöityksessä (IVF) hedelmöittyminen tapahtuu kehon ulkopuolella. (Tiitinen 2002b, 517; Lapsettomien tuki ry.)

Lapsettomalta perheeltä lapsettomuustutkimukset ja -hoidot vaativat paljon. Hoitoihin hakeutumista kuvataan muun muassa nöyrymiseksi. Pari joutuu hakemaan apua ja nöyrytyään siihen, että he tarvitsevat hoitohenkilöstön apua hyvin intiimissä asiassa. (Saario 1997, 63.) Lapsettomuushoitojen pitkä kesto tuo lisäpainetta raskausyritykseen. Hoidot voivat viedä jopa useita vuosia. (Tulppala 2002, 531.)

Tässä tutkimuksessa kyvyttömyydestä saada lapsia käytetään nimitystä lapsettomuus. Lapsettomuus on perheen tahdosta riippumatonta, joko primääristä tai sekundääristä lapsettomuutta. Sen aiheuttajalla tai siitä, kummasta puolisoista lapsettomuus johtuu, ei ole tämän tutkimuksen kannalta merkitystä. Lapsettomuus on perheissä koettu sellaiseksi ongelmaksi, että sen selvittämiseksi on hakeuduttu tutkimuksiin ja hoitoihin.

2.1.2 Lapsettomuus ja lapsettomuushoidot kokemuksena

Sosiaalisella ympäristöllä, läheisillä sukulaisilla ja ystävillä, on tärkeä merkitys lapsettomuuden kokemisessa. Lapsettoman parin hyvinvoinnin kannalta on merkittävää, miten läheiset suhtautuvat parin lapsettomuuteen ja antavatko he tukensa lapsettomalle perheelle. Lapsen saaminen on ajateltu luonnolliseksi ja tärkeäksi tehtäväksi eikä pari usein ole edes ajatellut lapsettomuuden mahdollisuutta aikaisemmin. Tämä aiheuttaa huolta ja ahdistusta. Lapsettomat saattavat eristäytyä sosiaalisista yhteyksistään ja tuntea itsensä hyödyttömiksi. (Miettinen 1991, 11.)

Yleisesti uskotaan, että lapsettomat perheet haluavat ja pitävät tarpeellisena puhua muun muassa läheisilleen voimakkaista lapsettomuuden aiheuttamista tunteista. Turvallisuuden tunne on tärkeää lapsettomalle perheelle. Tämän vuoksi on tavallista, että pariskunta jättää kertomatta lapsettomuudestaan, vaikka haluaisi jakaa kokemansa trauman esimerkiksi vanhempiansa kanssa. Koska pariskuntien mielestä kertominen voi johtaa myös siihen, että vanhemmat alkavat vältellä heitä, he eivät uskalla kertoa tilanteestaan. He pelkäävät, etteivät vanhemmat ymmärrä heidän tilannettaan tai esittävätkin epäasiallisia neuvoja ja huomautuksia. (Daniels 1993, 508.) Lapsettomat pelkäävät tilanteensa surkuttelua, joka ei auta heidän ongelmassaan (Häggdahl 1990, 344). Lapsettomat kokevat, että yleinen suhtautuminen lapsettomuushoitoihin on sallivampaa kuin aikaisemmin. Läheiset ja yhteiskunta hyväksyvät hoidot aikaisempaa paremmin. Tästä huolimatta lapsettomuudesta on monen mielestä vaikea puhua ja vaikeneminen koetaan usein helpommaksi. (Stammer, Witschmann & Verres 2002, 111.) Kyvyttömyys saada lapsia koskettaa hyvin intiimiä elämänaluetta: parisuhdetta ja seksuaalisuutta. Nämä ovat elämänalueita, joista ei ulkopuolisille kerrota. Lapseton pari kokee epäonnistuneensa raskaasti elämän keskeisimmässä ja usein itsestäänselvytenä pidetyssä asiassa. (Saario 1997, 63.)

Lapsettomat ovat hyvin usein kokeneet, että lapsettomuus on aiheuttanut eristäytymistä. Läheisten on vaikea ymmärtää lapsettomuutta tai edes puhua siitä siten, että keskustelusta olisi lapsettomalle pariskunnalle apua ja lohdutusta. Läheisten sosiaalinen tuki on kommunikation puuttuessa ja lapsettomuudesta puhumista vältettäessä hyödytöntä eli negatiivista sosiaalista tukea (Dakof & Taylor 1990, 80). Lapsettomuuden salailu ja tekosyiden keksiminen esimerkiksi työstä poissaoloille lisäävät eristäytymistä (Hammarberg, Astbury & Baker 2001, 381). Lapsettomuutta pidetään tavallisesti hyvin intiiminä asiana,

mutta siitä kertominen muutamille läheisimmille ihmisille on monen mielestä suunnaton helpotus (Mainio 2002, 39). Koska lapsettomuushoidot ja epätietoisuus lapsen saamisesta voivat viedä vuosiakin, on lapsettomuus usein pitkä prosessi. Tämän vuoksi läheisiltäkin vaaditaan paljon. (Woollett 1985, 473.)

Lapsettomuuden toteamisen jälkeen moni havaitsee itsessään vihan tunteita. Näiden vihan tunteiden kohteeksi voivat joutua esimerkiksi hoitohenkilökunta, raskaana olevat naiset tai läheiset ja ystävät, jotka esittävät epäasiallisia kommentteja. (Daniluk 1991, 317.) Lapsettomuuden on arveltu aiheuttavan läheisistä vieraantumista ja siten yksinäisyyttä. Erityisesti naiset toivovat läheisten ihmisten suhtautuvan ymmärtäväisemmin heidän tarpeisiinsa. Lapsettomat naiset olivat Jirkan ym. tutkimuksen mukaan yksinäisiä. He tunsivat itsensä poissuljetuiksi, eikä heillä ollut ketään, kenelle he olisivat voineet puhua. Lapsettomuus on eräänlainen sosiaalinen häpeä siitä, että ei ole voinut täyttää velvollisuuksiaan avioliitossa. Yksinäisyyttä voi aiheuttaa myös halu olla osallistumatta tilaisuuksiin, joissa muut muistuttavat heitä kyvyttömyydestä hankkia lapsia jo pelkällä läsnäolollaan. (Jirka ym. 1996, 55 - 56.) Hammarbergin ym. tutkimuksessa mukana olleilla, koeputkihedelmöityksen läpikäyneillä naisilla, oli positiivisemmat kokemukset lapsettomuushoitojen vaikutuksesta läheisiin ihmissuhteisiin kuin muissa tutkimuksissa. Vain noin kuudesosa vastanneista koki hoitojen vaikuttaneet negatiivisesti tai erityisen negatiivisesti läheisiin ihmissuhteisiin. Tutkijat arvelivat kokemusten olevan positiivisempia, koska hoidot oli tähän tutkimukseen osallistuneilla lopetettu 2 - 3 vuotta ennen tutkimusta ja mielipiteet olivat muuttuneet ajan kuluessa myönteisemmiksi. (Hammarberg ym. 2001, 374 - 379.)

Yksi lapsettomien vaikeimmaksi kokemista asioista on sosiaalinen painostus hankkia lapsia. Lapsettomat haluaisivat vastata tähän painostukseen ja antaa esimerkiksi vanhemmilleen lapsenlapsia. Tämä kykenemättömyys täyttää toiveita aiheuttaa eristäytymistä. Imesonin ja Mc Murrayn (1996, 1018) tutkimuksen mukaan jokainen tulokseton hoito eristi lapsettomia perheitä läheisistä entistä enemmän. Erityisesti he kokivat eristyvänsä läheisistä ja ystäväistä, joilla oli lapsia. Naisilla oli vaikeuksia eristäytyneisyyden kokemuksen kanssa enemmän kuin miehillä. Sekä läheiset että kaukaisemmat ystävät kokivat yhteenkuuluvaisuutta lasten kautta. Lapsettomilla ei tähän ollut mahdollisuutta. Vanhemmuus on usein perusta ystävyysuhteille. Jirkan ym. tutkimuksen mukaan naiset tarvitsisivat enemmän tukea koko lapsettomuuskriisin ajan. Heillä ei ollut lähellään ihmisiä, joille he olisivat voineet kertoa tunteistaan. (Jirka ym.

1996, 58.)

Lapsettomuus on lähes aina eräänlainen kriisi ja stressitilanne. Se voi luoda jännitteitä parisuhteeseen ja muihin läheisiin ihmissuhteisiin. Parisuhteessa kumpikin osapuoli voi uppoutua käsittelemään lapsettomuutta omalla tavallaan, vaikka puolison tuki olisi ensiarvoisen tärkeää. (Salzer 1994, 101-102.) Lapsettomuus voi aiheuttaa niin paljon stressiä, että jo stressi sinänsä voi saada parisuhteen kriisiin. Elämän kriisit, kuten lapsettomuus, liittyvät aina elämän kokonaistilanteeseen. Lapsettomuuskriisin erityispiirteitä ovat epätietoisuus ja surun edestakainen, aaltomainen liike, jossa toivo syttyy ja sammuu joka kuukausi. Sitä on verrattu lähiomaisen menetykseen. Selviytymiskeinot missä tahansa kriisissä ovat yksilöllisiä. Selviytymiseen vaikuttavat yksilön ja perheen elämäkokemukset, elämäntilanne ja käytettävissä oleva sosiaalisen tukiverkoston antama tuki. (Malinen 1994, 20-21; Tulppala 2002, 533 – 534.)

Lapsettomuuden hoitaminen on perusteltua, koska hoitamatta jättäminen kantaa seurauksineen ainakin yhtä pitkälle kuin lapsettomuuden hoitaminen tai lapsen saaminen luonnollisesti (Malinen 1994, 21). Lapsettomuushoitajien avulla voidaan antaa merkittävää elämänsisältöä sekä poistaa surua ja ahdistusta suurelta lapsettomien joukolta (Hovatta 1997, 62). Neuvonta, tuki ja terveydenhuoltohenkilöstön paneutuminen asiaan, ja voivat jo sinänsä auttaa lapsettoman perheen ahdistusta (Hippeläinen & Räsänen 2002, 497). Lapsettomat tarvitsevat kaikissa hoitojen vaiheissa erityisesti henkistä tukea. Tärkeintä tuen saanti on tutkimuksiin ja hoitoihin hakeuduttaessa, jolloin epätietoisuus on vaikeaa, sekä silloin, kun harkitaan hoitojen lopettamista. Tukea tarvitaan myös lapsettomuushoidoilla aikaansaadun mahdollisen raskauden alkaessa, koska lapsen menettämisen pelko ja vanhemmuuteen liittyvät paineet voivat olla suuret, jos lasta on toivottu kauan. (Tulppala 1999; Tulppala 2002, 534 - 535.)

Lapsettomuushoitoihin liittyviä emotionaalisia asioita pidetään stressaavampina kuin esimerkiksi käytännön hoitotoimenpiteitä. Injektiot ja verikokeet eivät lapsettomuushoidoissa olleiden naisten mukaan ole niin raskaita kuin esimerkiksi tulosten odottaminen. Erityisesti sen selvittäminen, kuinka monta munasolua on hedelmöittynyt tai onko raskaustesti positiivinen alkionsiirron jälkeen, on monelle naiselle hyvin stressaavaa. (Hammarberg ym. 2001, 379.) Lapsettomuushoidoissa joudutaan tavallisesti käymään pitkiäkin aikoja. Monet lapsettomat kertovat tämän aiheuttavan stressiä, johon he eivät ole osanneet varautua.

(Stammer ym. 2002, 112.)

Usein pääasiassa nainen joutuu käymään erilaisissa tutkimuksissa, mikä voi olla hänelle psyykkisesti rasittavaa ja hävettävää (Jirka ym. 1996, 55). Imesonin ja McMurrayn (1996, 1020) tutkimuksessa mukana olleet pariskunnat olivat tyytymättömiä siihen, että lapsettomuutta pidettiin usein vain naisten ongelmana. Miehet olisi naisten mukaan ollut parempi ottaa tutkimuksiin mukaan jo alusta alkaen. Lapsettomuustutkimukset ja -hoidot keskittyvät yleensä lähinnä naiseen. Psyykkistä kuormittumista voitaisiin mahdollisesti vähentää, jos hoidossa olisivat alusta asti mukana sekä nainen että mies. Lampisen tutkimukseen osallistuneet naiset toivoivat, että miehet kutsuttaisiin osallistumaan hoitoihin. Molempien puolisoiden huomioiminen voisi edesauttaa lapsettomuuden kokemista yhteiseksi ja puolisoiden olisi tällöin mahdollisesti helpompi tukea toisiaan. (Lampinen 1987,70.) Myös Jirkan ym. tutkimuksen mukaan molemmat puoliset olisi tärkeää ottaa mukaan hoitoon jo alusta alkaen. Mies ja nainen voivat kokea lapsettomuuden eri tavalla, ja heillä voi olla erilaiset tavat ilmaista tarpeitaan. (Jirka ym. 1996, 55 & 58.) Miehet ja naiset myös kestävät lapsettomuuden aiheuttamaa tilannetta eri lailla. Miehet tavallisesti sulkeutuvat eivätkä halua puhua asiasta. Naiset vastaavasti haluaisivat puhua puolisoidensa kanssa. Myös tällainen asetelma synnyttää helposti yksinäisyyden tunteita, erityisesti jos naisella ei ole lähipiirissään ketään, jolla on vaikeuksia hedelmöittymisen kanssa. (Yoxen 1988, 61.) Puolisot käyvät usein läpi myös lapsettomuuden aiheuttamaa surua omaan yksilölliseen tapansa ja oman aikataulunsa mukaisesti (Mainio 2002, 41). Toisaalta lapsettomuus tuo parisuhteeseen usein positiivisia asioita. Yksi lapsettomuuden ominaispiirre on, että ongelma on pariskunnan yhteinen. (Saario 1997, 63.) Puolisot hakevat toisiltaan konkreettista apua ja tukea päätöksentekoon. Tämä voi osaltaan edesauttaa vahvistamaan parisuhdetta. (Abbey, Andrews & Halman 1991, 67 - 68.)

Potilaan epävarmuuden ja pelon tunteet ovat usein yhteydessä siihen, miten paljon hän saa tilanteestaan tietoa. Tiedonsaanti oli Lampisen mukaan keskeisenä tekijänä lapsettomien turvallisuuden tunteen kehittämisessä. (Lampinen 1987, 66.) Hammarbergin ym. tutkimukseen osallistuneet, IVF-hoidot läpikäyneet naiset, olivat pääosin tyytyväisiä esimerkiksi hoitojen kulkuun liittyvään tietoon. Lisää tietoa naiset olisivat kaivanneet lähinnä koeputkihedelmöityksen vaihtoehtoista, muun muassa tietoisesta valinnasta elää ilman lapsia. (Hammarberg ym. 2001, 378.) Winston (1994, 187) kehottaa lapsettomuushoidoissa olevia varmistamaan, että he ymmärtävät heille tehtävien kokeiden ja hoitojen tarkoituksen.

Lapsettomien on tärkeää tietää myös lapsettomuuteen johtaneet syyt sekä hoitomahdollisuudet, koska tällöin lapseton perhe voi kokea osallistuvansa hoitojen suunnitteluun ja ennen kaikkea kokea olevansa mukana "lapsen teossa".

Miettisen (1991) tutkimuksessa mukana olleista suurin osa oli sitä mieltä, että sairaanhoitajilla on erinomaiset taidot antaa neuvoja ja ohjeita. Kritiikkiä asiakkaat esittivät lähinnä epäonnistuneiden hoitojen jälkeisestä tiedottamisen puutteesta. Miettisen ja Lampisen tutkimusten mukaan lapsettomat olivat tyytyväisiä muun muassa henkilökunnan ystävällisyyteen ja inhimillisyyteen. Myös henkilökunnan hyväntuulisuus, asiallisuus ja hienotunteisuus herättivät asiakkaissa tyytyväisyyttä. Toiminnallaan henkilökunta voi osoittaa välittävänsä asiakkaiden tunteista ja tarpeista. (Lampinen 1987, 64; Miettinen 1991, 71.) Suuri osa lapsettomuushoidoissa olleista naisista koki saaneensa emotionaalista tukea erityisesti sairaanhoitajilta. Tyytyväisiä oltiin myös lääkäreiden antamaan tukeen (Hammarberg ym. 2001, 378). Lampisen tutkimuksen mukaan lapsettomuushoidoissa mukana olleet naiset esittivät henkilökohtaisuuden puuttuvan hoidosta. Tutkimukseen osallistuneet kokivat hoitohenkilökunnan henkilökohtaisen suhtautumisen potilaisiin olevan kuitenkin hyvin vaihtelevaa hoitajasta riippuen. (Lampinen 1987, 65.) Miettisen tutkimuksessa mukana olleet "lapsettomuus asiakkaat" esittivät kritiikkiä sairaanhoitajien kiireestä. He olisivat toivoneet enemmän aikaa esimerkiksi keskusteluun. (Miettinen 1991, 77.)

2.2 Sosiaalinen tuki

2.2.1 Sosiaalinen tuki käsitteenä

Sosiaalinen tarkoittaa Suomen kielen perussanakirjan mukaan yhteisöllistä, yhteisöä ja yhteiskuntaa koskevaa, toimintana lähinnä yhteiskunnassa heikommassa asemassa olevien jäsenten elinehtojen parantamiseen tähtäävää. Tuki taas on toimintaa, joka lujittaa, vahvistaa, auttaa tai ylläpitää jotakin. Se voi olla myös taloudellista apua. (Suomen kielen perussanakirja 3. osa 1994, 128, 342.)

Käsitteenä sosiaalinen tuki (social support) vakiintui käyttöön 1970-luvulla (Kumpusalo 1991, 13). Se on ollut aikaisemminkin ideana olemassa, siitä on vain käytetty monia eri

nimiä. Esimerkiksi rakkaus, huolenpito, ystävyys ja yhteenkuuluvuus ovat aikaisemmin esiintyneet kirjallisuudessa tarkoittaen lähes samaa asiaa kuin sosiaalinen tuki. (House 1981, 14.) Sosiaalinen tuki onkin käsitteenä vielä melko huonosti tunnettu. Sen tarkoituksena on kuvata lähiyhteisön ja ihmisen välisiä suhteita. Sosiaalisen tuen tutkimus rajoittui aluksi pääasiassa ei-ammatti-ihmisten antamaan sosiaaliseen tukeen, kuten esimerkiksi perherakenteen tutkimiseen. (Kumpusalo 1991, 13.)

Sosiaalinen tuki voidaan määritellä ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi. Sosiaalinen tuki käsittää tuen saamisen ja antamisen. Tuki voi olla henkistä, emotionaalista, tiedollista ja aineellista. Sosiaalisella tuella pyritään tarkoituksellisesti saamaan aikaan positiivinen vaikutus. (House 1981, 14)

House & Kahn (1985, 84-85) ajattelevat sosiaalisen tuen muodostuvan sosiaalisista suhteista, joita tarkastellaan erilaisista näkökulmista. Sosiaalista tukea kuvaillaan usein olemassa olevien sosiaalisten suhteiden tai niiden määrän kautta. Sosiaalista tukea voidaan kuvailla myös joidenkin erityisten suhteiden, esimerkiksi avioliiton tai ystävyysuhteiden, avulla. Housen ja Kahnin mukaan sosiaalisia suhteita tutkittaessa on tärkeää huomioida kaikki kolme sosiaalisten suhteiden osa-aluetta. Sosiaalisten suhteiden laatu, rakenne ja toiminta vaikuttavat yhtäläisesti sosiaalisen tuen saamiseen.

Kahn & Antonucci (1980, 267 - 268) määrittelevät sosiaalisen tuen ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, joka sisältää yhden tai useamman seuraavista piirteistä: kiintymys (affect), päätöksenteon tukeminen (affirmation) ja apu (aid). Kiintymykseen tai emotionaaliseen tukeen sisältyy pitäminen, ihailu, kunnioitus ja rakkaus. Päätöksenteon tukeminen on sitä, että annetaan palautetta yksilön teoista ja ratkaisuista. Avulla Kahn & Antonucci (1980) tarkoittavat konkreettista avunantoa, esimerkiksi rahallista apua, ja tiedon antoa sekä ajan käyttämistä toisen hyväksi.

Sosiaalinen tuki näkyy ihmisten kohtaamisissa. Se tulee ilmi läheisten käytöksessä ja sitä saadaan ja annetaan tavallisissa jokapäiväisissä keskusteluissa. Keskusteluissa läheisten kanssa yksilön ongelmat ja käsitykset stressitekijöistä voivat näyttäytyä uudella tavalla. Näin läheiset antavat sosiaalista tukea, kun he tarjoavat erilaisia näkökantoja stressaavassa tilanteessa. (Leatham & Duck 1990, 3 & 12.)

Sisällöltään sosiaalinen tuki on yleensä positiivista. Sen vastakohtana voisi ajatella olevan sosiaalisen vastuksen, sosiaalisen painostuksen ja sosiaalisen sarron. (Kumpusalo 1991, 14.) Nykyään on alettu kiinnostua myös negatiivisesta eli hyödyttömästä sosiaalisesta tuesta (mm. Dakof & Taylor 1990). Negatiivisella tuella tarkoitetaan tukea, jolla on negatiivisia vaikutuksia yksilön terveyteen ja hyvinvointiin (Cohen & Syme 1985). Sosiaalisissa suhteissa on aina myös negatiivisia puolia. Läheiset voivat esimerkiksi yhtä hyvin lannistaa ja rohkaista kuin paheksua ja hyväksyä läheistensä ajatuksia ja tekoja. (Abbey, Andrews & Halman 1995, 456.) Esimerkkinä negatiivisesta tuesta voidaan mainita sosiaalisten kontaktien välttäminen, minkä Dakof ja Taylor (1990, 86) toivat tutkimuksessaan esille. Tutkimuksessa mukana olleet mainitsivat negatiivisen sosiaalisen tuen ilmentyvän useimmiten siten, että ystävät välttelevät heitä.

Abbey, Andrews & Halman (1991, 64 - 65) mainitsevat kolme negatiivista sosiaalisten suhteiden muotoa, joiden vuoksi läheisissä ihmissuhteissa voi syntyä riitoja ja erimielisyyksiä. Läheiset voivat sanoa jotakin sopimatonta tai heidän toimintansa voi loukata tuen saajaa, vaikka tarkoitus olisikin ollut olla avuksi. Tuen tarvitsijan tarpeita ei ole aina helppo ymmärtää. Ystävät voivat esimerkiksi vältellä puhumasta ongelman aiheuttajasta, vaikka tuen tarvitsija haluaisi puhua ongelmastaan jonkun läheisen kanssa. Toinen ristiriitoja aiheuttava tilanne tuen saajan ja antajan välillä voi olla erilaiset käsitykset tuen antajan jaksamisesta. Yksilö voi olla liian vaativa ja läheiset voivat kokea itsensä ja voimansa riittämättömiksi. Läheiset voivat kokea, että heitä käytetään hyväksi. Tällaiset tunteet voivat muuttaa läheisten käyttäytymistä sellaiseksi, että sitä ei enää koeta tukevaksi ja siitä ei enää ole apua. Kolmanneksi sosiaalista tukea voi olla vaikea antaa tilanteissa, joissa tuen tarve kestää pitkiä aikoja. Läheiset turhautuvat, koska tukeminen ei saavuta toivottuja tuloksia. Ajan kuluessa läheiset alkavat näyttää vihansa ja ihmetyksensä siitä, miksi tuki ei ole auttanut. Tämä voi pahentaa yksilön tilannetta entisestään. (Abbey ym. 1991, 64 - 65.)

Tässä työssä sosiaalisella tuella tarkoitetaan ihmisten välistä vuorovaikutusta. Tällä vuorovaikutuksella on pääasiallisesti positiivinen mutta joskus myös negatiivinen vaikutus. Sosiaalista tukea saava ihminen voi tuntea olevansa tarpeellinen, hyväksyty ja tärkeä; hän on osa jotakin ja voi tuntea kuuluvansa johonkin.

2.2.2 Sosiaalisen tuen muodot

Sosiaalisen tuen muodot voidaan määrittelijästä riippuen jakaa tavallisesti joko neljään tai viiteen luokkaan. Housen (1981, 23 - 25) mukaan sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jonka hän jakaa neljään erilaiseen tuen muotoon:

1. Emotionaalinen tuki sisältää empatian, välittämisen, rakastamisen ja luottamuksen.
2. Instrumentaalinen tuki sisältää aineellisen avun, esimerkiksi työssä auttamisen ja toisesta huolehtimisen.
3. Tiedollinen tuki on tiedottamista, joka voi auttaa yksilöä päätöksenteossa. Se on esimerkiksi ehdotusten antoa.
4. Arvioiva tuki sisältää palautteen antamisen ja sosiaalisen vertailun. Esimerkiksi työpaikalla työnantaja voi antaa palautetta tehdystä työstä

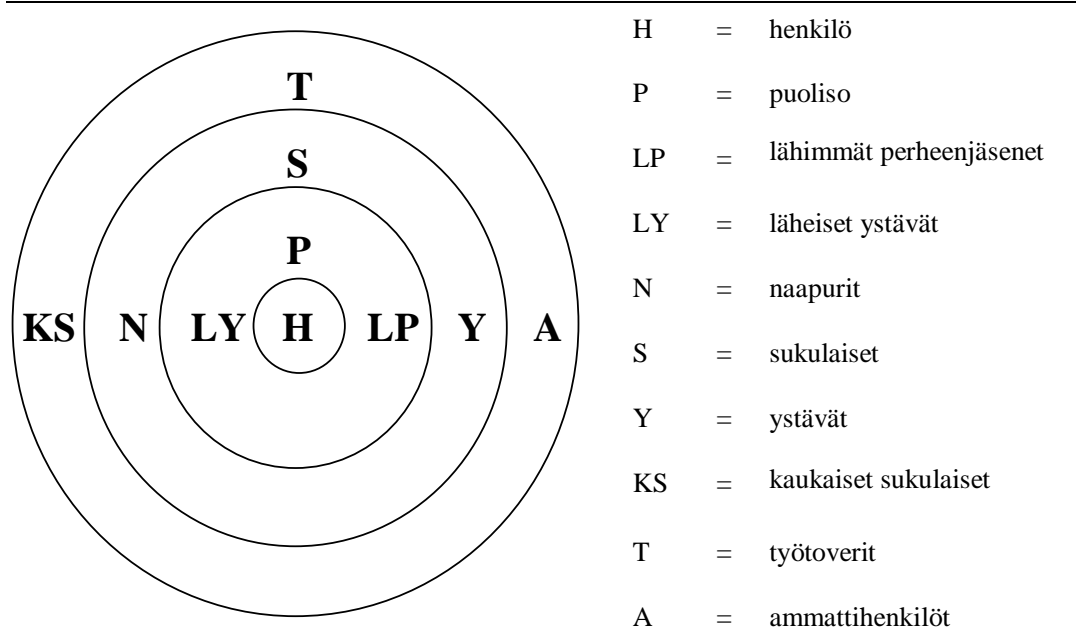
Emotionaalinen tuki luokitellaan tavallisesti tärkeimmäksi sosiaalisen tuen muodoksi. Yleisesti, kun ihmiset ajattelevat läheisten antamaa tukea, he mieltävät tuen yleensä vain emotionaalisenä tukena. Instrumentaalinen tuki on helpoin erottaa emotionaalisesta tuesta. Se on konkreettista apua, jolla on välitön vaikutus. Muun muassa laskujen maksaminen on instrumentaalista tukea. Instrumentaalisella tuella on yleensä myös psykososiaalisia vaikutuksia. Tiedollinen ja arvioiva tuki ovat vaikeimmin määriteltävissä olevat sosiaalisen tuen muodot. Niitä on myös vaikea erottaa muista tuen muodoista. Tiedollinen tuki on tiedon antamista ja se auttaa yksilöä päätöksenteossa. Siitä ei ole välitöntä apua, vaan se auttaa yksilöä käsittelemään ja ratkaisemaan itse ongelmiaan. Arvioiva tuki on tiedon saamista, joka auttaa yksilöä arvioimaan omaa toimintaansa. Tällaisen palautteen saaminen on tärkeää itsearvioinnin kannalta. (House 1981, 24 - 25.)

Sosiaalisen tuen laatua voidaan mitata vain subjektiivisten arvioiden perusteella (Kumpusalo 1991, 15). Tavallisesti sosiaalista tukea mitattaessa puhutaan havaitusta tai subjektiivisesta tuesta eli siitä tuesta, jonka henkilö on kokenut saavansa. Ei ole merkitystä, miten paljon läheiset sosiaalista tukea mielestään tarjoavat. Sosiaalinen tuki vaikuttaa hyvinvointiin vain siinä määrin, kuin se on vastaanotettu. (House 1981, 27.)

2.2.3 Sosiaalinen tukiverkosto

Sosiaalisella tukiverkostolla tarkoitetaan niitä sosiaalisia suhteita, joilla on tukea antava vaikutus. Sosiaalisen tukiverkoston tärkeimmät piirteet ovat ihmisten muodostamat sosiaaliset suhteet. (Morgan 1990, 193 - 194.) Sosiaalisen tuen antajaryhmä on jokaisella koostunut hieman eri tavalla. Läheiset sukulaiset ja ystävät ovat sosiaalisia tukijoita, jotka auttavat erilaisissa ongelma- ja kriisitilanteissa sekä elämän muutosvaiheissa. Sosiaalinen tukiverkosto kuvaa ihmisiä, joilta sosiaalista tukea saadaan. Sosiaaliseen tukiverkostoon voi kuulua esimerkiksi ystäviä, sukulaisia, naapureita ja työtovereita. Sosiaalisen tuen laatu on Hallin ja Wellmannin (1985, 23, 25 & 37) mukaan merkityksekkäämpi kuin sen määrä. Ihmiset, joilla on laaja sosiaalinen tukiverkosto, eivät välttämättä saa enempää tukea kuin ne, joilla verkosto on pienempi.

Kahn ja Antonucci tarkoittavat sosiaalisella tukiverkostolla henkilöitä, jotka antavat ja saavat tukea. Verkostoon eivät kuulu kaikki henkilön kanssa tekemisissä olevat. Sosiaaliseen tukiverkostoon kuuluvat ainoastaan ne, joilla on merkitystä sosiaalisen tuen antajina. Jokaisella ihmisellä on elämänsä aikana erilaisia rooleja: puolison, vanhemman, työntekijän ja ystävän rooli. Tukiverkosto onkin yhteydessä rooleihin: kun roolit muuttuvat, esimerkiksi ikäännyttäessä, voi myös tukiverkosta muuttua. (Kahn & Antonucci 1980, 253 & 272.) Schulz ja Rau (1985, 139) puolestaan esittävät, että sosiaalisen tukiverkoston koko ja sosiaalisten suhteiden määrä säilyvät lähes muuttumattomana koko aikuisiän. Kahn ja Antonucci (1980) käyttävät sosiaalisen tukiverkoston kuvaamiseen toistensa sisällä olevia ympyröitä (kuvio 1).



KUVIO 1. Kahnin & Antonuccin (1980, 273) mallista mukaeltu sosiaalinen verkosto.

Kuviossa 1 on kuvattu Kahnin & Antonuccin näkemys sosiaalisesta verkostosta. Henkilö, jonka sosiaalisen tuen antajat eli sosiaalinen verkosto on tarkastelun kohteena, on kuvion keskellä. Häntä lähinnä ovat läheisimmät ja sosiaalisen tuen kannalta tärkeimmät ihmiset, kuten puoliso, lähimmät perheenjäsenet ja läheiset ystävät. Nämä läheisimmät ihmissuhteet ovat melko pysyviä roolimutoksista huolimatta. Seuraavaksi lähimpänä olevat ihmissuhteet voivat muuttua ajan kuluessa ja roolien muuttuessa. Menetetyt suhteet voidaan korvata uusilla. Myös näille suhteille on ominaista jonkinasteinen läheisyys. Osa perheenjäsenistä, sukulaisista, ystäväistä ja naapureista voi kuulua tähän tukiverkostoon. Kauimpana kuviossa ovat vähiten läheiset ihmiset, jotka kuitenkin kuuluvat sosiaalisen tuen antajiin. Nämä suhteet ovat kiinteässä yhteydessä rooleihin ja siten muuttuvat herkästi. Tällaisia suhteita voivat olla suhteet työtovereihin, naapureihin, kaukaisiin sukulaisiin ja ammattihenkilöihin. (Kahn & Antonucci 1980, 272 - 275.) Sosiaalinen tukiverkosto on hyvin yksilöllinen kullakin ihmisellä ja malli on lähinnä suuntaa antava. Esimerkiksi puolisoa ja perhettä ei välttämättä kaikista tukiverkostoista löydy.

Cassel (1976) on luokitellut sosiaalisen tuen antajat sosiaalisten suhteiden läheisyyden perusteella primaari-, sekundääri- ja tertiaaritasoon. Primaaritasoon kuuluvat oma perhe ja läheiset. Sekundaaritasoon kuuluvat muun muassa ystävät, sukulaiset ja naapurit. Tertiaaritasoon puolestaan kuuluvat tuttavat ja ne julkisten ja yksityisten palvelujen ammattihenkilöt, joiden kanssa yksilö on tekemisissä. Casselin (1976) tutkimukset osoittivat

erityisesti primaaritason tuen olevan ihmisille tärkeää. Toisaalta tietyissä tilanteissa läheisyys voi häiritä vaikeista asioista puhumista. Tällöin tarvitaan myös ulkopuolista apua, jotta sosiaalista tukea voidaan saada. (Kane 1988, 24.)

Vastoin yleisiä käsityksiä ihmisten sosiaaliset suhteet koostuvat myös nykyisin laajasta sukulaisten muodostamasta joukosta. Ihmiset asuvat pienissä, muutaman hengen muodostamissa ydinperheissä. Sukulaisilla on kuitenkin tärkeä asema ihmisten elämässä. Esimerkiksi isovanhemmat asuvat nykyään omassa taloudessaan, mutta he ovat usein tiiviissä yhteistyössä jälkikasvunsa kanssa. Isovanhemmat ovat säilyttäneet tärkeän asemansa perheissä. (Caplan 1976, 20 - 21.) Nykyään myös erilaiset tuki- ja vertaisryhmät ovat merkittäviä sosiaalisen tuen lähteitä. Samassa tilanteessa olleet tai olevat ymmärtävät parhaiten toisiaan ja osaavat tarjota kokemukseen perustuvia neuvoja. (Dakof & Taylor 1990, 85; Killilea 1976, 37.)

2.2.4 Sosiaalisen tuen vaikutus hyvinvointiin

Housen (1981, 5) mukaan sosiaalisella tuella on vaikutusta ihmisen terveyteen. Sosiaalinen tuki voi suojata yksilöä stressin vahingollisilta vaikutuksilta tai vähentää sen aiheuttamia vaikutuksia. Lisäksi sosiaalisella tuella on terveyttä tukeva vaikutus. Sosiaalisen tuen positiivinen vaikutus yksilön terveyteen vahvistaa stressinsietokykyä ja siten vähentää stressin negatiivisia vaikutuksia. Toisaalta sosiaalisella tuella voi olla myös välittömiä vaikutuksia hyvinvointiin. (House 1981, 31.)

Hall & Wellman (1985, 37) esittävät, että laaja tukiverkosto tarjoaa pientä tukiverkostoa enemmän tukea. Sosiaalisten suhteiden laadulla ei heidän mukaansa ole kuitenkaan osoitettu olevan merkitystä yksilön terveyteen. House (1981, 7) puolestaan esittää että sosiaalisten suhteiden määrällä ja laadulla on yhteys yksilön hyvinvointiin. Suhteilla puolisoon, sukulaisiin, ystäviin ja työtovereihin on tärkeä merkitys yksilön stressin sietokykyyn ja siihen miten hän kokee hyvinvoinnin.

Gottliebin (1985, 305) mukaan sosiaalinen tuki on mielenterveyspotilaille tärkeää. Tiiviin sosiaalisen verkoston "suojelu" ja sen antama tuki vaikuttavat potilaiden terveyden ja hyvinvoinnin kokemukseen. Tuella on Gottliebin (1985) mukaan sekä suora että epäsuora

vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin. Casselin (1976, 121) mukaan sosiaalisen tuen lisääminen on helpommin toteutettavissa kuin stressin aiheuttajan vähentäminen tai poistaminen. Esimerkiksi psyykkisesti sairailta sairauden aiheuttaja voi olla vaikeasti poistettavissa. Tällöin sosiaalisen tuen määrää tulisi lisätä, jotta sairauden aiheuttamia ongelmia voidaan vähentää.

Tarkan (1996) tutkimuksen mukaan synnyttäneen äidin saama sosiaalinen tuki oli yhteydessä äidin imetyksestä ja lastenhoidosta selviytymiseen äitiyden varhaisvaiheessa. Sosiaalisen tuen antajina äideillä olivat sekä läheiset että hoitotyön ammattilaiset. Kyngäs (1995, 60) on saanut vahvistusta tuen merkittävydestä tutkiessaan diabeetikkonuorten hoitoon sitoutumista. Vanhemmilta saatu tuki ja kannustus edistivät nuorten hoitomotivaatiota. Hoitomotivaatiolla on puolestaan merkitystä hoidossa jaksamisessa. Pelkosen tutkimuksessa, joka käsitteli lapsiperheiden voimavaroja ja niiden tukemista hoitotyön keinoin, tuli esille sosiaalinen tukiverkoston tärkeys. Lapsiperheissä toivottiin terveydenhoitajan antavan tukea ja vahvistavan myös heidän sosiaalista tukiverkostoaan. Tutkimuksen mukaan yksilöt ja perheet selviytyvät paremmin kroonisista stressitekijöistä, jos he saavat riittävän paljon ja riittävän pitkään jatkuvaa sosiaalista tukea. (Pelkonen 1994, 42 & 161.)

Sosiaalisen tuen vaikuttavuuden ja tehokkuuden edellytys on tuen oikea ajoitus. Tukea pitäisi saada silloin, kun ihmisen omat voimavarat ovat kokonaan käytössä ja ulkopuolista apua tarvitaan avuksi. Liian varhain annettu sosiaalinen tuki vähentää omatoimisuutta ja lisää riippuvuutta tuen antajiin. Toisaalta liian myöhään annettu tuki ei ole tehokasta, koska ongelmat monimutkaistuvat ja tuen tarve muuttuu laaja-alaisemmaksi. Tuen laatu ja sen välittyminen riippuvat aina tuen antajista. Primääritasolla esimerkiksi perheen sisällä vanhemmat antavat lapsilleen kaiken sen avun, jonka osaavat ja johon pystyvät, välittömästi lapsen apua tarvitessa. Koulussa ja ystäväpiirissä tuki on usein palautetta omasta käytöksestä. Lisäksi tuki voi olla tietoa siitä, miten kukin on hyväksytty ja arvostettu yhteisön sisällä. Sosiaaliseen tukeen katsotaan kuuluvan myös sosiaalisen kontrollin. Tämä kontrolli voi olla toveri- tai uskonnollisissa yhteyksissä hyvinkin tiukkaa. (Kumpusalo 1991, 17.)

2.3 Perhe käsitteenä

Suomen kielen perussanakirjan (2. osa 1992, 442) määrittely perhe-käsitteelle on “yhdessä asuvien henkilöiden ryhmä”. Perheen muodostavat tavallisesti kaksi keskenään avo- tai avioliitossa olevaa henkilöä sekä heidän lapsensa. Myös lapsettomia pariskuntia ja yksinhuoltajia lapsineen voidaan pitää perheinä.

Tarkasteltaessa perheen muuttumista historiallisesti voi nykyaikana havaita perhe-elämän kutistuneen aikaisemmasta. Perhe elää ja muuttuu. Entiset perheen tehtävät tuotanto, koulutus ja sairaanhoito hoidetaan nyt kodin ulkopuolella. Perhe-elämään ovat jääneet jäljelle kiintymys ja läheisyys. Perheenjäsenet eivät ole etääntyneet toisistaan, vaikka asunnoissa on enemmän tilaa kuin ennen. Perheen merkitys ei ole vähentynyt sen luonteen muuttumisesta huolimatta. (Tuohela 1997, 195; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asettama työryhmä on selvittänyt perhekäsitettä. Sen mukaan perhe mielletään yleisesti yhteisöksi, jota yhdistävät tietyt tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat sukulaisuus, tunneside, jokin sosiaalinen seikka, kuten yhdessä asuminen tai yhteistalous sekä keskinäinen sopimus, rekisteröinti tai avioliitto. Määriteltäessä perhettä voi näitä perheen tunnusmerkkejä olla yksi tai useampia. Perhemuotojakin on nykyään monia: yhden tai kahden huoltajan perheitä, lapsiperheitä ja lapsettomia perheitä sekä usean aikuisen perheitä. Yhteisenä piirteenä perheille voidaan pitää, että niihin kuuluu aina useampi kuin yksi henkilö. (Perhekäsitetyöryhmän muistio 1993, 1 - 5.)

Hoitotyössä perhettä määritettäessä on pyritty korostamaan avoimuutta. Perhe on enemmän kuin osiensa summa ja se pyrkii säilyttämään eheytensä. Jokainen perhe on ainutlaatuinen ja se toimii tukijana sekä perheen kollektiivisissa että yksilöiden omissa asioissa. Perhe jakaa vastuun jäsentensä fyysisestä hyvinvoinnista ja turvallisuudesta ympäristön ja yhteiskunnan kanssa. Perheessä opitaan sosiaalisia taitoja ja pyritään takaamaan sen jäsenten persoonallinen kasvu eli kasvu ihmisenä. Sen tehtävänä on myös löytää jokaisen jäsenen elämälle merkitys maailmassa. Perheen määrittely on osaltaan subjektiivinen ja mahdollisesti erilainen eri perheenjäsenten omasta näkökulmasta katsottuna. (Friedemann 1995, 17 - 18; Viljanen 1994, 3.) Ei siis ole olemassa mitään objektiivisesti määriteltyä perhettä, vaan perhe määrittyy aina siinä kontekstissa, jossa sitä kulloinkin tarkastellaan (Viljanen 1994, 4).

Mallinger määrittää perheen yksilöiksi, jotka ovat läheisesti yhteydessä toisiinsa verisiteiden, avioliiton tai ystävyyden kautta. Tämän kattavan määritelmän mukaan perheitä ovat myös yhdessä asuvat puoliset, jotka ovat eri sukupuolta, sekä yksinhuoltajavanhemmat lapsineen, niin sanotut uusperheet ja ydinperheet. Perhe-käsite ei kuitenkaan ole sidottu samaan talouteen eikä sukupolveen. Perheeseen ei tarvitse välttämättä syntyä, joten ystävätkin voivat tuntea kuuluvansa samaan perheeseen. Hoitotyöntekijöiden ei Mallingerin mukaan tule määritellä perhettä vain omien malliensa mukaisesti. Jokaisen potilaan perhetilanteen yksilöllinen huomioiminen voi auttaa yrityksissä hyötyä perheenjäsenten tuomasta avusta. (Mallinger 1989, 26 & 27.)

Koska tässä tutkimuksessa tarkastellaan lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta, tarkoitetaan perheellä lapsetonta naista ja miestä. Pari on hakeutunut lapsettomuushoitoihin saadakseen apua lapsettomuuteensa. Perheeseen voi mahdollisesti kuulua myös aikaisemmista liitoista olevia lapsia. Käsitteellä perhe viitataan siis lapsettomuusklinalle hakeutuneisiin pareihin.

2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Yleisesti lapsettomuutta pidetään eräänlaisena kriisinä ja stressitilanteena (Salzer 1994, 101 - 102). Lapseton pari kokee usein epäonnistuvansa elämän keskeisimmässä ja luonnollisessa asiassa (Saario 1997, 63). Lapsettomuuden raskautta voi lisätä toivon ylläpitäminen hoitojen jatkuessa jopa vuosia (Woollett 1985, 473). Lapsettomuus on kriisi, joka jo sinänsä voi tuoda ongelmia parisuhteeseen ja muihin läheisiin ihmissuhteisiin. Monet lapsettomat kokevat olevansa yksinäisiä ja eristäytyneitä läheisistä ihmissuhteistaan. (Malinen 1994, 20 - 21; Jirka ym. 1996, 55 - 56.) Lapsettomuudesta on vaikea puhua läheisille. Siitä vaietaan usein, koska lapsettomat pelkäävät, miten läheiset asiaan suhtautuvat. (Stammer ym. 2002, 111.) Lapsettomuus voi luoda jännitteitä myös parisuhteen sisälle (Salzer 1994, 101 - 102). Lapsettomuus koetaan parisuhteessa usein sosiaalisena häpeänä. Lapsettomat häpeävät, etteivät he olleet pystyneet täyttämään velvollisuuksiaan avioliitossa. (Jirka ym. 1996, 55 - 56.)

Sosiaalisen tuen saaminen on tärkeää erityisesti erilaisissa stressaavissa elämäntilanteissa. Sosiaalinen tuki voi suojata yksilöä stressin vahingollisilta vaikutuksilta tai vähentää stressin

aiheuttamia haittavaikutuksia. (House 1981, 31.) Lapsettomuus voidaan nähdä tällaiseksi stressavaksi elämänvaiheeksi, jolloin sosiaalisen tuen merkitys korostuu. Läheisillä ja heidän suhtautumisellaan onkin hyvin tärkeä merkitys lapsettomuuden kokemisessa ja lapsettoman perheen hyvinvoinnissa. (Miettinen 1991, 11.) Jirka, Schuett & Foxall (1996, 58) ovat havainneet tutkimuksessaan, että lapsettomat tarvitsisivat enemmän tukea koko lapsettomuus kriisin ajan. Tutkimukseen osallistuneilla lapsettomilla naisilla ei ollut lähellä ihmisiä, joille he olisivat voineet kertoa lapsettomuuden aiheuttamista tunteistaan.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän tutkimuksen kohteena ovat lapsettomien perheiden kokemukset saamastaan sosiaalisesta tuesta. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten lapsettomat, jotka käyvät lapsettomuushoidoissa, kokevat saamansa sosiaalisen tuen. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää lapsettomuustutkimuksissa ja -hoidoissa olevien perheiden hoitotyössä.

Tutkimuskysymyksenä tässä tutkimuksessa on :

Miten lapsettomat perheet kokevat saamansa sosiaalisen tuen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Hoitotieteessä voidaan tutkia hoidettavana olevien arkielämään ja toimintaan liittyviä kokemuksia (Lukkarinen 1998, 121). Kokemusten tutkiminen onkin lisääntynyt hoitotieteessä viimeisen kymmenen vuoden aikana (mm. Åstedt-Kurki 1992; Paavilainen 2003). Sosiaalista tukea on mitattu sekä kvalitatiivisin että kvantitatiivisin menetelmin.

Koska tämän tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat perheiden omat kokemukset saamastaan sosiaalisesta tuesta, valittiin lähtökohdaksi kvalitatiivinen tutkimus. Tutkittaessa yksilöiden ja perheiden kokemuksia kerätään aineisto usein haastattelemalla (mm. Tervo & Pietilä 1995; Imeson & McMurray 1996). Jotta tässä tutkimuksessa saadaan esille ne asiat, joita perheet pitävät tärkeinä sosiaalisen tuen saannin kokemuksessaan, on aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu. Haastattelun etu, esimerkiksi kyselyyn verrattaessa on, että vastauksia voidaan helposti pyytää tarkentamaan. Toisaalta kovin runsassanaiset tutkittavat tuottavat paljon analysoitavaa materiaalia, jonka työstäminen on työlästä ja niukkasanaisten henkilöiden haastatteluissa vaaditaan tutkijalta taitoa saada heidät kertomaan kokemuksistaan. Yksilöhaastattelut valittiin tiedonkeruumenetelmäksi siksi, että tämän uskottiin, esimerkiksi parihaastattelua paremmin, tuovan miesten ja naisten kokemukset esille. Jos vain toinen puolisoista osallistui tutkimukseen, katsottiin hänen edustavan perhettä. Tutkimuksissa, joissa tutkittavia ei uudelleen houkutellessa osallistumaan tutkimukseen, on osallistujien saaminen usein vaikeaa (Uusitalo 1996, 72). Tämän vuoksi lomakkeita jaettiin suhteellisen paljon, vaikka onkin kyse laadullisesta tutkimuksesta. Laadullisella tutkimuksella ei pyritä yleistettävyyteen, vaan yleisenä ohjeena voidaan mainita, että aineisto tulee kerätä sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy (Nieminen 1998, 216). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi lomittuvat toisiinsa (Uusitalo 1996, 80).

4.2 Aineiston keruu

Tutkimus tehtiin kahdella etelä-suomalaisella lapsettomuushoitoja tarjoavalla klinikalla. Kohderyhmänä olivat lapsettomuushoidoissa olevat perheet, jotka saivat tutkimushetkellä hormonihoidoja. Tutkittavat valittiin tutkimukseen hormonihoidojen perusteella. Esimerkiksi sillä, oliko lapsettomuus primääristä vai sekundääristä, ei ollut tutkimuksen kannalta merkitystä. Woollettin (1985, 481) tutkimuksen mukaan esimerkiksi lapsettomuuden kestolla tai historialla ei ole vaikutusta siihen, miten pariskunnat lapsettomuutta käsittelevät. Näin ollen lomakkeet jaettiin tutkimuksen alettua molemmilla klinikoilla viidelletoista ensimmäiselle hormonihoidoihin tulevalle pariskunnalle. Yhdelläkään parilla ei ollut vielä yhteisiä lapsia. Joillakin oli kuitenkin lapsia edellisistä liitoista, joten heidän lapsettomuutensa voitiin katsoa olevan sekundääristä. Hormonihoidoissa olevien valinta tutkimusryhmäksi oli perusteltua siksi, että näillä potilailla on käyntejä hoitavassa yksikössä

suhteellisen usein. Heille tehdään muun muassa hormonimäärityksiä sekä seurataan ultraäänellä munarakkulan kokoa ja kohdun tilannetta. Valitsemalla hoitavassa yksikössä usein käyvät tutkimusryhmäksi voitiin mahdollisesti edesauttaa, että tutkittavilla olisi tuoreita muistikuvia myös hoitohenkilökunnan antamasta sosiaalisesta tuesta. Tavoitteena oli saada mukaan sekä miesten että naisten kokemuksia heidän saamastaan sosiaalisesta tuesta. Koska tarkoituksena on kuvata ilmiötä - lapsettomuushoidoissa olevien kokemuksia sosiaalisesta tuesta - koko moninaisuudessaan, on tarkoituksenmukaista, että tutkittaviksi valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen (Nieminen 1998, 216).

Luvat tutkimukselle saatiin tammikuussa 2003. Tämän jälkeen henkilökunnalle kerrottiin, miten tutkimus käytännössä etenee, ja heille jätettiin henkilökunnan tiedotteita tutkimuksesta (liite 1). Lisäksi henkilökunnalle jätettiin molemmilla klinikoilla 30 potilastiedotetta (liite 2) ja suostumuslomaketta (liite 3), joita hoitohenkilökunta jakoi potilaille. Tutkimukseen pyydetty potilaat saivat tutkijan laatimassa ja tutkimussairaalan eettisen toimikunnan hyväksymässä potilastiedotteessa tietoa tiedonkeruutavasta ja tutkimuksen tavoitteista. Potilastiedotteessa oli maininta tulosten käsittelystä luottamuksellisesti ja nimettöminä. Haastatteluaika kerrottiin potilastiedotteessa, koska tällöin haastatteluun suostuvien oli helpompi valmistautua siihen (Krause & Kiikkala 1996, 109). Lomakkeessa oli myös tutkijan yhteystiedot, jotta potilailla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä ja esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Tutkija sai haastatteluun suostuneiden yhteystiedot vasta sen jälkeen, kun asianomainen oli suostunut haastateltavaksi. Yksi potilas soitti tutkijalle ennen haastatteluun suostumistaan. Suurin osa tutkittavista kysyi haastattelun alussa tutkimuksesta sekä siitä, missä tulokset julkaistaan. Tutkija kertoi jokaisessa haastattelussa tutkimuksesta, sen tavoitteista ja julkaisusuunnitelmasta. Potilastiedotteessa kerrottiin tutkimukseen osallistuville heidän oikeudestaan kieltäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa sekä siitä, että kieltäytyminen ei vaikuta klinikalla tehtäviin tutkimuksiin eikä hoitoihin.

Hoitohenkilökunta jakoi lomakkeita hormonihoitoja saaville pariskunnille tammikuun lopusta 2003 alkaen. Käytännössä lomakkeita jaettiin myös naisille, jotka olivat tulleet hoitoihin ilman puolisoa. Tällöin naisia pyydettiin viemään lomakkeet puolisoilleen. Ne, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen, allekirjoittivat suostumuslomakkeen ja palauttivat sen hoitohenkilökunnalle. Suostumuslomakkeen palautti 19 potilasta. Heistä 16 toivoi tutkijan soittavan heille ja kolmeen otettiin yhteys kirjeitse. Puhelimitse tutkimukseen osallistuvien kanssa sovittiin haastatteluajankohta ja -paikka. Kolmen suostumuslomakkeen

allekirjoittaneen voidaan katsoa kieltäytyneen tutkimuksesta, koska he eivät vastanneet tutkijan lähettämään kirjeeseen. Loput 16 haastatteluun suostunut eivät kieltäytyneet tutkimuksesta sen kuluessa.

Haastattelusta sovittaessa tutkija mietti yhdessä haastateltavan kanssa rauhallista ja yksityisyyden säilymisen kannalta sopivaa paikkaa haastattelun tekemiselle. Sivullisten kuuntelun mahdollisuus pyrittiin estämään (Field & Morse 1985, 82). Haastattelun onnistuminen vaatii rauhallisen tilan, riippumatta siitä missä haastattelu toteutetaan. (Maijala, Paavilainen, Åstedt-Kurki & Paunonen-Ilmonen 2002, 7). Tutkimusaiheen ollessa arka on erityisen tärkeää valita haastattelupaikka tutkittavien mielipiteitä kuunnellen. Haastatteluja tehtiin hoitavalla klinikalla, yliopiston tiloissa sekä useammassa kahvilassa. Kaksi haastattelua tehtiin puhelimitse pitkän välimatkan vuoksi. Tutkittavat valitsivat haastattelupaikan usein sen perusteella, mihin heidän oli helppo tulla. Työpaikalta tullessa kotimatkan varrella tai ruokatunnilla lähellä työpaikkaa olevat rauhalliset kahvilat olivat monen valinta. Klinikalle hoitoihin tulleet toivoivat haastattelun yleensä tapahtuvan klinikan tiloissa. Laadullisissa ja erityisesti vapaamuotoisia aineistonhankintamenetelmiä käyttävissä tutkimuksissa tutkijan ja tutkittavan suhteet muistuttavat arkielämän vuorovaikutusta. Tutkija kuuluu tutkittavien maailmaan ja hänen on jatkuvasti arvioitava tutkimuksen etiikkaa. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 29.) Haastateltavien tarkkailu ja tarvittaessa haastattelun keskeyttäminen ovat tarpeen, koska keskustelussa voi tulla esille arkoja asioita, joiden käsitteleminen on tutkittaville liian raskasta. Keskeytettyä haastattelua voidaan jatkaa, jos haastateltava on siihen valmis. Tutkijan tulee käyttää myös sairaanhoitajan ammattitaitoaan arvioidessaan tilannetta ja mahdollista tutkittavien ulkopuolisen avun tarvetta asioiden käsittelemiseksi. Muutamassa haastattelussa, tutkija kertoi klinikan kautta saatavasta psykologin palvelusta. Tämä siksi, että haastateltavat tiedustelivat itse keskusteluavusta tai he tutkijan mielestä olivat keskustelun tarpeessa. Myös lapsettomien keskusteluryhmien mahdollisesti antamasta avusta keskusteltiin joidenkin haastateltavien kanssa.

Haastatteluja oli yhteensä viisitoista ja ne tehtiin helmi-maaliskuun 2003 aikana. Yksi pariskunta halusi osallistua tutkimukseen yhdessä. Kaikki muut haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Miehiä tutkimukseen osallistuneista oli viisi ja naisia yksitoista. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin lupa nauhoitukseen ennen haastattelun alkua. Haastateltaville kerrottiin, että nauhoitus voidaan keskeyttää ja keskustelua voidaan jatkaa myös ilman nauhuria. Nauhoitusta voidaan jatkaa myöhemmin, mikäli tutkittava antaa siihen

luvan. Yksi nauhoitus keskeytettiin hetkeksi, koska tutkijan mielestä haastattelupaikalla ei enää ollut vaadittavaa yksityisyyttä. Viereen istumaan tullut nainen häiritsi selvästi haastattelun kulkua. Tällöin tutkija tiedusteli haastateltavan mielipidettä keskeytyksestä ja ehdotti siirtymistä rauhallisempaan paikkaan. Tutkittaville kerrottiin, että haastattelunauhut litteroidaan ja merkitään numerokoodeilla tutkittavien anonymiteetin suojelemiseksi. Tämän jälkeen haastattelunauhut arkistoititiin ja tutkija oli ainoa, jolla oli tutkittavien henkilötiedot. Haastattelun alussa haastateltaville kerrottiin että, tuloksissa ei mainita tutkittavien nimiä eikä nimimerkkejä. Haastatteluun osallistuneille korostettiin tulosten esittämistä nimettömyyden lisäksi siten, että yksilöitä ei tunnisteta myöskään heidän näkemystensä perusteella. Edes tutkittavien lähiympäristö ei saisi heitä tunnistaa. Jokainen haastateltava antoi luvan haastattelun nauhoitukseen. Yhdessä haastattelunauhassa laatu oli huono nauhurista johtuneen häiriön vuoksi, eikä haastattelua voitu kokonaisuudessaan analysoida. Aineistoa kertyi yhteensä runsaat 11 tuntia ja haastattelujen kesto vaihteli puolesta tunnista tuntiin ja viiteen minuuttiin. Tavanomainen haastattelu tehtiin klinikan kahvilassa ja se kesti noin 45 minuuttia. Tavallisesti haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja haastateltavat osallistuivat niihin mielellään toivoen tutkimuksesta olevan lapsettomille jotakin hyötyä.

Haastatteluun valittujen teemojen avulla aineistosta etsittiin vastausta siihen, miten lapsettomat perheet kokevat saamansa sosiaalisen tuen. Haastattelua ohjaavat teemat rakennettiin Housen (1981) sosiaalisen tuen määritelmän pohjalta.

Lapsettomien perheiden haastattelua ohjanneet teemat:

I Miten lapsettomat perheet kokevat saamansa emotionaalisen tuen?

II Miten lapsettomat perheet kokevat saamansa aineellisen tuen?

III Miten lapsettomat perheet kokevat saamansa tiedollisen tuen?

IV Miten lapsettomat perheet kokevat saamansa arvioivan tuen?

Haastattelu-teemojen selventämiseksi ja niitä tukemaan tutkija esitti haastateltaville tarkentavia kysymyksiä, jotka johdattelivat haastattelua. Esimerkiksi emotionaalisen tuen saantia tutkittaessa tutkija pyysi haastateltavia kuvailemaan tunteita tilanteessa, jolloin he olivat kertoneet lapsettomuudesta läheisille, miten läheiset olivat asiaan suhtautuneet sekä millainen heidän oma olonsa kerrottaessa oli. Tiedollisen tuen saantia tutkittaessa tutkittaville esitettiin tarkentavina kysymyksinä muun muassa seuraavia: “Oletteko itse tai onko puolisonne hakenut tietoa lapsettomuudesta muualta kuin hoitohenkilökunnalta?” sekä “Onko

teidän ystävillä tai sukulaisillanne tietoa lapsettomuudesta, sen yleisyydestä, hoitomuodoista ja niin edelleen?”

Tutkimuspäiväkirjaa kirjoittamalla voidaan haastattelujen luotettavuutta pyrkiä lisäämään (Nieminen 1998, 217). Tutkija kirjoitti tutkimuspäiväkirjaan jokaisen haastattelun jälkeen ajatuksia haastattelusta ja sen kulusta, häiriöistä sekä itse haastattelun sisällöstä. Päiväkirja-aineisto auttoi hyödyntämään analyysissä myös haastattelua, jonka nauhoituksen laatu oli huono. Tutkimuspäiväkirjassa oli haastattelun keskeisin sisältö. Tutkimuspäiväkirjassa pohdittiin lisäksi haastattelujen onnistumista ja tutkijan omaa toimintaa. Yhteensä tutkimuspäiväkirjaa kertyi runsas kuusi sivua.

Ensimmäinen haastattelu oli niin sanottu esihaastattelu, jonka jälkeen mietittiin, miten hyvin haastattelussa käytetyt teemat antoivat tietoa tutkittavasta asiasta. Teemoihin ei ensimmäisen haastattelun jälkeen tehty muutoksia, mutta muutamia apukysymyksiä teemojen sisälle lisättiin, jotta haastatteluihin saatiin lisää syvyyttä.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoitiin laadullisen sisällön analyysi –menetelmän avulla. Sisällön analyysiä on käytetty paljon hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Aineisto koostui dialogeista, joten analyysissä päädyttiin sisällön analyysi –menetelmän käyttöön, koska sen on ajateltu soveltuvan dialogien analysointiin. Analyysi oli tässä tutkimuksessa induktiivista eli aineistosta lähtevää. Sen avulla pyritään pelkistämään, ryhmittelemään ja abstrahoimaan tutkittavaa aineistoa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5.) Induktiivisessa päättelyssä edetään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24). Sisällön analyysin avulla pyritään löytämään aineiston ilmisältö, eli pyritään kuvaamaan ilmiötä sellaisena kuin se on (Pietilä 1973, 15). Sisällön analyysissä aineistosta poimitaan sanoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia, jotka vastaavat tutkimusongelmaan. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus. Tutkija käytti näistä ajatuskokonaisuuksista nimitystä “ilmaisu”. Aineistolähtöisessä sisällönanalyyssissa ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistämisen jälkeen ilmaisu jälleen ryhmitellään niiden samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien perusteella.

Muodostetuille luokille eli kategorioille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi. Kolmannessa analyysivaiheessa aineisto abstrahoidaan eli samansisältöiset luokat yhdistetään ja muodostetaan yläkategorioita. Kategorioiden ja niiden suhteiden on tarkoitus kuvata tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 25 - 29.)

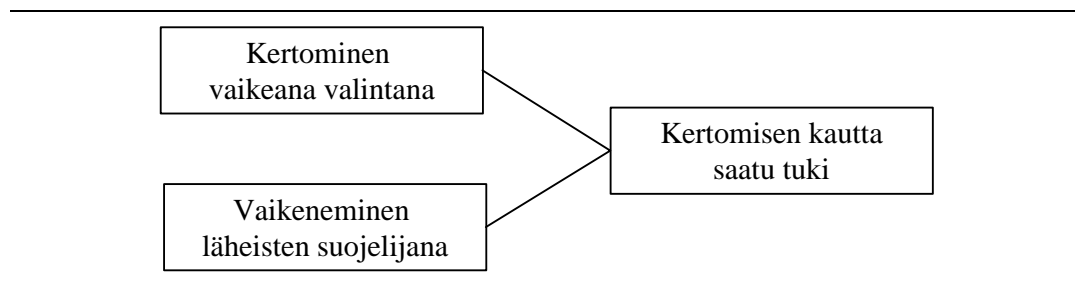
Tässä tutkimuksessa aineistoon tutustuminen alkoi litteroinnista. Aluksi aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin auki. Samalla aineistosta muodostui kokonaiskuva ja yksittäisten haastattelujen sisältö ja haastateltujen ilmaukset tulivat tutuksi. Kirjoitettu aineisto luettiin läpi useaan kertaan. Tämän jälkeen aineistoa lähestyttiin induktiivisesti ja haastatteluista kerättiin kaikki sosiaaliseen tukeen viittaavat ilmaisut. Aineistosta pyrittiin löytämään vastaus tutkimusongelmaan eli miten lapsettomat perheet kokevat saamansa sosiaalisen tuen. Housen määritelmä sosiaalisesta tuesta ei tässä vaiheessa ohjannut analyysin tekoa, vaan aineistosta kerättiin “laajan” sosiaalisen tuen määritelmän mukaan kaikki ilmaisut, jotka viittasivat ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Ilmaisuista pyrittiin löytämään pelkistetty tarkoitus (kuvio 2).

Nämä kerätyt ilmaisut ryhmiteltiin sisältönsä samankaltaisuuksien ja erojen mukaan kategorioihin. Muodostetut kategoriat muuttuivat ja vaihtuivat useaan kertaan ennen lopullista muotoaan. Kategoriat nimettiin sisältöä kuvaavin nimin. Aluksi ilmaisuista muodostettiin niin sanotut alakategoriat, joita tässä tutkimuksessa on 11: “kertominen vaikeana valintana”, “vaikeneminen läheisten suojelijana”, “puolisot erilaisina kokijoina”, “lapsettomuus puolisoiden lähentäjänä”, “lapsettomuus parisuhteen koettelijana”, “vertaistuen kokeminen korvaamattomana”, “läheiset kuuntelijoina”, “huolenpito jaksamisen varmistajana”, “ikävät kommentit mielen pahoittajana”, “ikävä suhtautuminen pahan olon aiheuttajana” ja “tiedon puute ahdistuksen lisääjänä”. Näiden muodostuneiden alakategorioiden sisältöön tutustuttiin uudelleen ja niistä etsittiin kategorioiden sisältämiä eroja ja yhtäläisyyksiä. Alakategoriat ryhmiteltiin sisältönsä perusteella neljään yläkategoriaan: “kertomisen kautta saatu tuki”, “parisuhteessa saatu tuki”, “ympäristön positiivinen tuki” ja “ympäristön negatiivinen tuki” (liite 4).

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Kertomisen kautta saatu tuki

Yläkategoria, joka nimettiin “kertomisen kautta saaduksi tueksi”, muodostuu alakategorioista “kertominen vaikeana valintana” ja “vaikeneminen läheisten suojelijana” (kuvio 3). Nämä molemmat alakategoriat kertovat lapsettomuuden paljastamisesta läheisille. Lapsettomuudesta kertomisesta keskusteltiin monessa haastattelussa paljon. Kertominen nähtiin vaikeana valintana, mutta toisaalta sitä pidettiin tuen saannin ennakkoehtona.



KUVIO 3. Kertomisen kautta saatu tuki

5.1.1 Kertominen vaikeana valintana

“Kertominen vaikeana valintana” –kategoria sisältää lapsettomien ilmaisuja siitä, minkälaisena he kokevat lapsettomuusongelmastaan kertomisen läheisilleen. Ilmaisuihin on tuotu esille sekä kertomisen positiivinen että negatiivinen puoli. Ne kertovat vaikeasta valinnasta, kertoako jollekin vai vaietaako asiasta, joka jokaisessa parisuhteessa on päätettävä. Seuraavat lainaukset ovat esimerkkejä näistä ilmaisuista:

“Tietyille tahoille se oli niinku aika helppoo kertoa ja tiesi, että saa semmosen pienen rauhan kuitenkin. Ei oo niitä vaikeita ja kiusallisia tilanteita.”

“Kyllä se kertomisen kynnyks oli jotenki tosi korkea, mut meidän oli sit pakko kertoa sen takia koska... (lähipiiriin oli syntymässä vauvoja). Se oli niiku pakko jotenki kertoa, sitä ei olis jotenkin enää niiku kestäny.”

“Ehkä tärkeintä (kertomisessa) on se, et ne niiku ymmärtää sen, et miks mä oon

usein aika masentunu ja miks mä en esimerkiksi jaksa pitää yhteyttä.”

“Mul on puhtaampi omatunto.”

“Siinä kertomisessahan on sitte se, että... ne ihmiset voi ottaa asian puheeksi silloin, kun ei itteä niinku, ku on itellä semmonen parempi vaihe meno, s ettei mieli koko asiaa...”

Lapsettomat kokivat kertomisen olevan monelle välttämätöntä. Haastatelluissa oli kuitenkin sellaisiakin, jotka eivät halunneet kertoa lapsettomuudestaan kenellekään ulkopuoliselle. Tavallisesti kertominen helpotti omaa oloa. Eräs haastateltava, joka ei halunnut puhua läheistensä kanssa ongelmasta, sanoi odottaneensa haastattelua, jotta hän pääsee puhumaan lapsettomuudesta jonkun kanssa. Myös parisuhteen kuormitus väheni, kun omasta pahasta olostsa sai kerrottua muillekin kuin vain omalle puolisolalle. Kun läheiset tietävät lapsettomuusongelmasta, ei kiusallisia uteluita lasten hankkimisesta yleensä enää esiinny. Osa koki kertomisen helpoksi, mutta joillekin kertominen oli vaikeaa ja kynnyks kerton läheisille oli korkea. Osaltaan kertomista helpotti, että lapsettomuus oli esillä julkisuudessa ja että lapsettomuudesta kärsiviä on lähes jokaisen lähipiirissä. Lapsettomuutta pidettiin normaalimpana ongelmana kuin aikaisemmat sukupolvet mahdollisesti olivat pitäneet. Moni sanoi omatunnon olevan puhtaampi, kun asiasta sai kerrottua. Lapsettomuus koettiin niin kokonaisvaltaiseksi, että sen sivuuttaminen kuulumisia kyseltäessä oli vaikeaa.

Suurin osa kertoi lapsettomuudestaan vain lähimmille sukulaisille, lähinnä vanhemmille ja sisaruksille. Usein asia jaettiin myös läheisten ystävien kanssa. Osa pariskunnista mietti hyvin tarkkaan, kenelle he lapsettomuudestaan kertoivat. Muun muassa läheisten persoonalliset ominaisuudet vaikuttivat siihen, kenelle asiasta kerrottiin. Sellaisille, joille esimerkiksi työ, menestys ja ulkoinen hyvinvointi olivat elämän sisältö, ei lapsettomuudesta mielellään kerrottu. He eivät haastateltujen mielestä ymmärtäisi lapsettomuuden raskautta ja sen eteen tehtävien ponnistelujen merkitystä pariskunnalle. Kertomisen negatiivisena puolena koettiin hyvin vahvasti, että utelut hoitojen onnistumisesta lisääntyivät. Läheiset ottivat asian puheeksi myös silloin, kun lapsettomat eivät itse olisi jaksaneet siitä puhua.

5.1.2 Vaikeneminen läheisten suojelijana

Läheisten suojeleminen muodosti kategorian. Osa lapsettomista toi vahvasti julki kokemuksia läheisten suojelemisesta. Läheisten suojelulla tarkoitetaan tässä lähinnä suojelua siten, että läheisille ei kerrota lapsettomuudesta tai hoidoista. Seuraavat lainaukset ovat esimerkkejä näistä ilmaisuista:

“Ollaan yhdessä päätetty (ettei kerrota vanhemmille). Alkais... murehtimaan liikaa.”

“Hän ei välttämättä osaa edes käsitellä sitä, ni ei viitsi antaa sellasta tietoo, mikä on enemmän taakka hänelle.”

“Jos mä aattelen, jos joku ei ymmärtäis mistä mä puhun, esim. mun anoppi, ni en mä hänelle kertos. Hän ei välttämättä tiedä, mitä mä tarkotan, mistä mä puhun.”

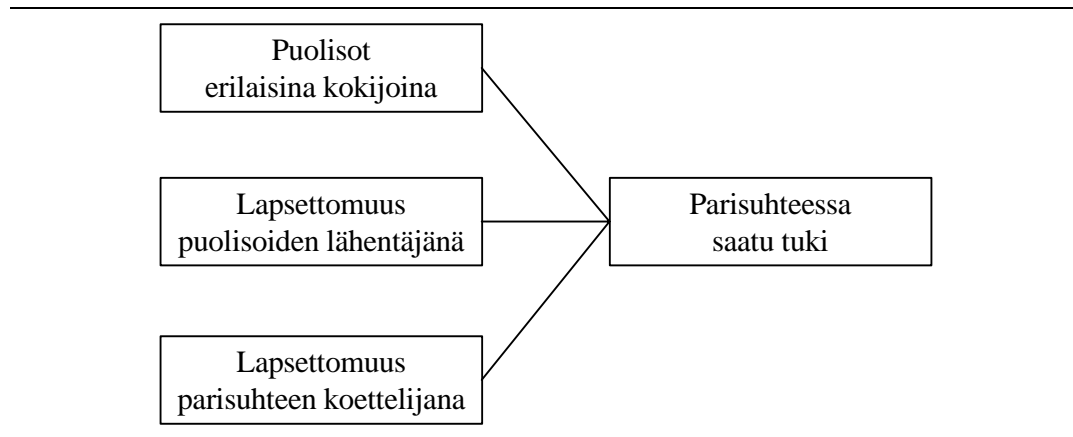
Lapsettomat halusivat suojella joitakin läheisiään tiedolta heidän lapsettomuudestaan. Osa läheisistä voisi lapsettomien mielestä murehtia heidän lapsettomuuttaan liikaa. He halusivat suojella läheisiään liialta murehtimiselta. Suuri syy lapsettomuuden salailuun läheisiltä oli se, että lapsettomat eivät halunneet kuulla tilanteensa surkuttelua. Sellaisille ihmisille, jotka mahdollisesti murehtisivat heidän lapsettomuuttaan, ei haluttu kertoa myöskään siksi, että lapsettomat halusivat suojella itseään. Heidän tilanteensa surkuttelu lisäisi lapsettomien omaa pahaa oloa ja muistuttaisi lapsettomuudesta.

Osa halusi suojella varsinkin vanhempia ihmisiä, mutta aina ikä ei ollut ratkaiseva tekijä, kun lapsettomuudesta päätettiin olla kertomatta. Pariskunnat päättivät tavallisesti yhdessä, kenelle lapsettomuudesta ei pitäisi kertoa. Kaikilla läheisillä ei katsottu olevan tarpeeksi tietoa lapsettomuudesta ja esimerkiksi sen hoidoista, joten heille ei haluttu siitä puhua. Tiedon puutteen vuoksi lapsettomuuden katsottiin aiheuttavan läheisille liiallista taakkaa.

5.2 Parisuhteessa saatu tuki

Alakategorioista “puolisot erilaisina kokijoina”, “lapsettomuus puolisoiden lähentäjänä” ja “lapsettomuus parisuhteen koettelijana” muodostui yläkategoria, joka nimettiin “parisuhteessa saaduksi tueksi” (kuvio 4.). Parisuhde ja lapsettomuuden vaikutus siihen olivat

haastatteluissa useasti esillä. Lapsettomuuden nähtiin lisäävän yhteenkuuluvuuden tunnetta, mutta toisaalta sen koettiin hyvin vahvasti koettelevan parisuhdetta. Puolisoiden erilainen suhtautuminen lapsettomuuteen loi oman rasituksensa, mutta toisaalta esimerkiksi puolison kannustus auttoi jatkamaan hoidoissa käyntiä silloin, kun itseltä usko loppui.



KUVIO 4. Parisuhteessa saatu tuki

5.2.1 Puolisot erilaisina kokijoina

“Puolisot erilaisina kokijoina” –kategoria on koostunut lapsettomien ilmaisuista, jotka kertovat yksilöistä parisuhteesta. Kategoria sisältää ilmaisuja siitä, miten eri tavalla puolisot suhtautuvat kertomiseen sekä esimerkiksi siitä, miten erilaiset odotukset heillä on hoitojen onnistumisesta. Seuraavat ilmaisut ovat esimerkkejä niistä haastateltujen ilmaisuista, joiden analyysissä katsottiin muodostavan tämä kategoria:

“Kyllä mä suhtaudun paljon dramaattisemmin, ja se on jotenki niinku sillai niinku koko ajan mielessä jollain tavalla, et mies onki sanonu, et ei se oo hänelle niin iso asia ja niinku yritä piristyä.”

“Täytyy antaa toiselle tavallaan se mahdollisuus käsitellä sitä omalla tavallaan.”

“Ennemminki miehellä on semmonen, et ei kai siitä nyt tarvi mennä puhumaan, että mä varmaan kertoisin kaikille, jos ei olis mitään rajoituksia.”

“Siitähän meillä tulee konflikteja, et mä en niinku kestä sitä, et on pieni mahdollisuus ja sitten ollaan niin yltiöpositiivisia sen suhteen, et menee hyvin. Se on aino, mistä on tullu, et on erilainen tapa suhtautua.”

“Mä oon enemmänkin se, joka on heittämissä kirvestä kaivoo, ja mies on sanomas, et älä nyt vielä luovuta...”

Kokemus lapsettomuudesta sinänsä ja siihen suhtautuminen oli puolisoilla usein erilaista. Lapsettomuus aiheutti tavallisesti naisissa ja miehissä erilaisia tunteita, ja tavat käsitellä lapsettomuutta olivat erilaisia puolisoitten kesken. Naiset kokivat lapsettomuuden mukanaan tuomia asioita hyvin voimakkaasti, ja he näkivät lapsettomuuden suurempana ongelmana kuin miehet.

Lapsettomat toivat esille, miten puoliset suhtautuvat eri tavalla myös esimerkiksi lapsettomuusongelmasta kertomiseen läheisille. Jompi kumpi puolisoista oli sitä mieltä, ettei lapsettomuudesta kerrota kenellekään tai siitä kerrotaan mahdollisesti vain muutamille läheisille ihmisille. Puolisoista toinen kunnioitti tätä toivetta ja halusi noudattaa sitä.

Odotukset hoitojen onnistumisesta ovat miehellä ja naisella usein erilaiset. Uskonpuute oli kuitenkin harvoin molemmilla puolisoilla samaan aikaan. Haastatteluissa he toivat esille, kuinka toinen jaksaa kannustaa silloin, kun toinen jo luovuttaisi. Osa hoidoissa olevista suhtautui hoitoihin luottavaisesti, ja heillä oli hoitojen suhteen suuret odotukset. Osa taas suhtautui, ainakin ajoittain, epäilevästi eikä uskonut hoitojen onnistuvan. Silloin kun puolisoilla oli erilaiset odotukset hoitojen onnistumisesta, ärsyttivät suuret odotukset epäilevästi suhtautuvaa.

5.2.2 Lapsettomuus puolisoitten lähentäjänä

Lapsettomuuden aiheuttamista ongelmista huolimatta tai mahdollisesti niistä johtuen lapsettomuuden katsottiin yleisesti lujittavan parisuhdetta. Ilmaisut, jotka käsitelivät parisuhteen vahvistumista, muodostivat tämän kategorian. Se sisältää kertomuksia, miten lapsettomuus on mahdollisesti edesauttanut parisuhteen vahvistumista. Seuraavat ilmaisut ovat esimerkkejä näistä:

“Me ollaan aina oltu sillai niinku hirveen läheisiä ja vietetty tosi paljon aikaa... nyt niinku tavallaan pakon edessä enemmän, ja se on tiettenkin lähentäny sillä lailla positiivisessa mielessä.”

“Toisaalta se on lähentäny... mä oon huomannu sillai, että mun mieheni joka on hirveen rauhallinen... nyt se on oppinu vähän puhumaan ja sanoon suoraan mielipiteensä.”

“Nyt kun punktio oli... musta tuntu, et se on ihan eri juttu, et mun mies oli mukana. Et hän piti olkapäästä kiinni sen hoidon aikana. Se on ihan uskomaton se voima. Se konkreettinen juttu.”

“Mies passaa, tekee ruoat ja kantaa sänkyyn.”

Lapsettomuus koettiin hyvin voimakkaasti yhteiseksi asiaksi. Parisuhteeseen oli helppo ja joskus pakkokin paeta ympäristön paineiden kasvaessa. Puolisot keskustelivat aikaisempaa enemmän. Moni oli sitä mieltä, että lapsettomuudesta on pakko puhua ja vaikeistakin asioista oli ollut pakko oppia puhumaan. Ongelma koettiin yleensä yhteiseksi riippumatta siitä, kummasta puolisosta lapsettomuus pääasiassa johtui.

Lujuutta parisuhteeseen toi myös puolisolta saatu konkreettinen apu, jota oli esimerkiksi hoidoissa mukana olo sekä hoitaminen ja auttaminen erityisesti hoitojen jälkeen, kun naiset tunsivat itsensä sairaiksi. Varsinkin naiset kokivat puolison avun olevan tärkeää. Moni piti tärkeänä, että mies huomioi mitä erityisesti naiset joituivat hoidoissa käymään läpi. Osa naisista pyrki osoittamaan miehelleen kiitollisuutta siitä, että hekin jaksavat käydä hoidoissa, vaikka lapsen saaminen oli tavallisesti tärkeämpää naisille kuin miehille.

5.2.3 Lapsettomuus parisuhteen koettelijana

“Lapsettomuus parisuhteen koettelijana” –kategoria muodostui lapsettomien ilmaisuista, jotka käsittelivät lapsettomuuden parisuhteelle aiheuttamaa räsitystä. Koetukselle joutumista kuvaavia ilmaisuja olivat muun muassa riidat, ongelmien kasaantuminen parisuhteeseen sekä koettu voimattomuus, kun puolisollla on paha olo. Seuraavat ovat esimerkkejä tällaisista ilmaisuista:

“Se on niinku tuonu suhteeseen paljon sellasta rankkuutta, että kun tuntuu ettei niistä kaikkein pahimmista tunteista voi puhua kun puolisolle. Ni mies joutuu niinku todella raskaalle, koska se joutuu kuulemaan mun niitä itkusia vuodatuksia tiettyihin aikoihin kuukaudesta. On se hirvee räsitus.”

”Tavallaan tämmösiä ärräpäitä tulloo äkkiä, että väärä sana multa väärässä paikassa, ni sitte on melkee rähinä...”

“...kokenu niiku ittensä avuttomaks siinä kohtaa, jos mul on oikee paha olla, et sit on niinku hänel paha olo sen takia, et ku mul on paha olo eikä pysty auttaa...”

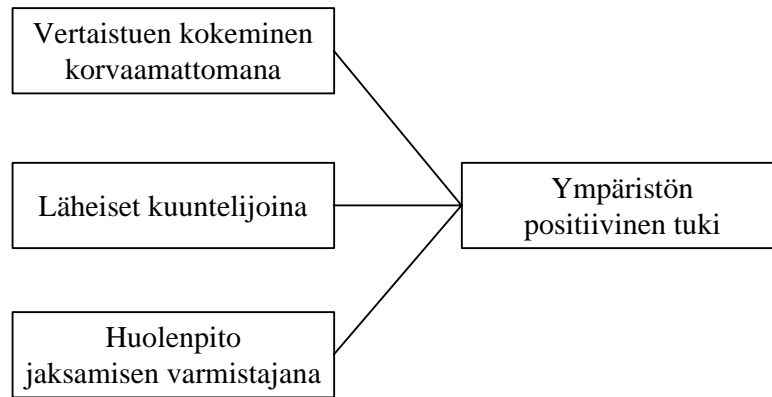
“Tietysti on päiviä, ettei siedä edes sitä omaa kumppania siihen lähelle. Ne on semmosia tiettyjä tosi vaikeita päiviä.”

Lapsettomuus koettiin hyvin raskaana ja parisuhdetta koettelevana. Vaikka lapsettomuuden voitiin katsoa lujittavan parisuhdetta, se loi paljon jännitteitä puolisoitten välille. Erityisesti se, että hoidot ja lapsen saaminen olivat lähes koko ajan mielessä, koettiin vaikeaksi ja parisuhdetta rasittavaksi. Puolison kerrottiin muistuttavan jo pelkällä olemassaolollaan yhteisestä tavoitteesta eli lapsen saannista. Ajoittain oman kumppanin läsnäoloa oli jopa vaikea sietää. Lisäksi se, että puoliso oli läheisin ihminen ja se, jonka kanssa asioista keskusteltiin, kuormitti parisuhdetta. Puolisolle purettiin helposti kaikkein raskaimmat ja mieltä painavimmat asiat.

Monen mielestä lapsettomuus oli tuonut mukaanaan paljon riitoja, jotka rasittivat parisuhdetta. Toisaalta lapsettomat miettivät, oliko lapsettomuus riitojen aiheuttaja, vai olisiko riitoja ollut yhtä paljon myös siinä tapauksessa, että lapsi olisi saatu helposti. Myös se, että kokee itsensä voimattomaksi kun puolisoilla on paha olo, kanssa koettiin raskaana. Erityisesti miehet tunsivat itsensä voimattomiksi naisten masennuksen ja pahan olon suhteen.

5.3 Ympäristön positiivinen tuki

“Vertaistuen kokeminen korvaamattomana”, “läheiset kuuntelijoina” sekä “huolenpito jaksamisen varmistajana” -alakategoriat muodostivat yhden yläkategorian (kuvio 5). Tämä yläkategoria nimettiin “ympäristön positiiviseksi tueksi”, koska jokaisessa siihen sisältyvässä kategoriassa käsiteltiin ympäristön antamaa positiivista tukea. Ne, jotka olivat saaneet vertaistukea eli tukea toisilta lapsettomilta, kokivat sen erityisen positiiviseksi ja helpottavaksi. Muut läheiset ja ystävät pystyivät lapsettomien mielestä parhaiten auttamaan kuuntelemalla. Myös läheisten huolenpitoon, esimerkiksi kannustukseen, oltiin tyytyväisiä.



KUVIO 5. Ympäristön positiivinen tuki

5.3.1 Vertaistuen kokeminen korvaamattomana

“Vertaistuen kokeminen korvaamattomana” –kategoriaan kerättiin kaikki haastateltujen ilmaukset tuesta, jonka he saivat muilta lapsettomilta. Vertaistuella tarkoitetaan tässä samassa tilanteessa eli lapsettomuushoidoissa olevilta tai olleita saatua tukea. Toisiin lapsettomiin oltiin yhteydessä joko henkilökohtaisesti tai internetin välityksellä. Seuraavat lainaukset ovat esimerkkejä näistä ilmauksista:

“He ovat kyllä olleet ihania siinä, että nimenomaan he ovat yksityiskohtaisesti meille kertoneet, et mikä on heidän niinku tää tausta ja miten on kaikki edetty eteenpäin ja kaikkia tuntemuksia ja muuta. ...on auttanut mun miestä hirveen paljon. Tavallaan tän kaiken sairaalapelon ja kaiken tämmösten asioitten kans niinku elämises.”

“Se (tieto internetistä) autto mulla siihen, että taas tuli vahvistus, et okei mä en oo ainoo.”

“Ehkä ollaan niiku jotenkin onnellisemmassa asemassa, kun on semmonen tuttu (joka on kokenut saman), et meil vois olla paljon vaikeempaa, jos ei olis ketää, jolle pystyis puhua.”

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

Kommunikointia vertaisten kanssa helpotti erityisesti, että heille ei tarvinnut selittää vaan he tiesivät, mitä hoidoissa tapahtuu ja minkälaisia mielialoja lapsettomuus mahdollisesti

aiheuttaa. Saman kokeneiden kanssa verrattiin kokemuksia ja tunteja. Helpotusta pahaan oloon toi havainto, ettei ole tuntoineen ja ajatuksineen yksin, vaan saman kokeneita on paljon. Vertaisilta saatiin myös tietoa hoidoista. Tieto toi tukea pelkoon, jota tulevat hoidot joissakin lapsettomissa herättivät.

Suuri osa vertaistuesta saatiin erilaisilta internetin lapsettomien keskustelupalstoilta, mutta myös lähipiiristä monella oli lapsettomuuden kanssa tekemisiin joutuneita ihmisiä. Nämä lapsettomat, joiden läheisissä oli lapsettomuudesta kärsineitä ihmisiä, kokivat olevansa onnellisessa asemassa. Heillä oli ystäviä, jotka tiesivät, mitä he joutuvat käymään läpi, ja joilta he saavat tietoa ja tukea. Muut ihmiset eivät välttämättä ymmärrä ja osaa suhtautua heihin, joten vertaistuki koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Osa oli sitä mieltä, ettei jaksaisi lapsettomuuden aiheuttamaa ahdistusta ilman vertaistukea. Erityisesti niille, jotka eivät olleet kertoneet lapsettomuudesta läheisilleen, olivat internetin lapsettomien keskustelupalstat tärkeitä. Internetissä he pystyivät esiintymään ”kasvottomina” ja saivat kuitenkin tukea vertaisiltaan.

5.3.2 Läheiset kuuntelijoina

”Läheiset kuuntelijoina” -kategoriaan koottiin ne lapsettomien ilmaisut, jotka kertovat kuuntelun ja keskustelun tärkeydestä. Ilmaisut sisältävät kertomuksia siitä, miten läheiset auttavat lapsettomia kuuntelemalla heitä. Esimerkkeinä näistä ilmaisuista ovat seuraavat lainaukset:

”Jos ajattelee muita ihmisiä, ni mulle ainaki ittelle henkilökohtaisesti riittää se, et joku kuuntelee ja se, et mieluummin mä haluan, et ihmiset on tosiaan hiljaa, jos ei osaa sanoa mitää järkevää.”

”He niinku osas todella, et he ei yrittäny tuputtaa niinku mitää sellaisia vastauksia tai sellasta hokemista... Et ne maltto niinku kuunnella.”

”Lähinnä varmaan se kuunteleminen ja positiivisuuden ylläpitäminen...”

”Kyllä mun täytyy niinku sanoo, et kyllä mä vissiin oon kaiken eniten saanu tukee tässä asiassa mun kavereilta, joitten kans mä oon asiast keskustellu.”

Haastatellut olivat sitä mieltä, että läheiset pystyvät parhaiten auttamaan kuuntelemalla heitä. Koska lapsettomuudelle läheiset eivät voi kuin toivoa hoitojen onnistuvan, on suurin apu kuunteleminen. Läheiset auttavat siten, että he jaksavat toistuvasti kuunnella lapsettomien huolia ja kokemuksia. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että he vaivaavat läheisiään ja kuormittavat heitä ongelmillaan. Läheiset kuitenkin jaksivat kuunnella heitä ja olivat kiinnostuneita muun muassa lapsettomuushoitojen etenemisestä.

Siinä, miten tärkeää on läheisten tieto lapsettomuudesta ja hoidoista, olivat haastatellut kahta mieltä. Osa piti ensiarvoisen tärkeänä, että läheisillä on tietoa lapsettomuushoidoista. Tällöin heidän kanssaan pystyi paremmin keskustelemaan ja siten myös saamaan tukea. He kokivat, että jos läheisillä oli tarpeeksi tietoa lapsettomuudesta, oli heidän kanssaan helpompi keskustella. Tällöin kaikkea ei tarvinnut selittää, vaan he tiesivät asioista itsekkin. Läheiset ymmärsivät lapsettomien tilannetta paremmin, jos heillä oli tietoa esimerkiksi hoitojen vaikutuksista. Osa taas ei kokenut läheisten tietoa tärkeänä. Heidän mielestään tukena ja kuuntelemassa kykeni olemaan, vaikka tietoa esimerkiksi lapsettomuushoidoista ei ollutkaan. Läheisten luottamuksen arvoisena oleminen ja kuunteleminen riitti monelle.

5.3.3 Huolenpito jaksamisen varmistajana

“Huolenpito jaksamisen varmistajana” –kategoriolla tarkoitetaan tässä niitä ilmaisia, joilla lapsettomat kuvasivat läheisten pitävän heistä huolta. Kategoria muodostuu lainauksista, jotka sisälsivät kuvauksia välittämisestä ja huolenpidosta. Seuraavat ilmaiset ovat esimerkkejä näistä ilmaisuista:

“Kovasti ihmiset nyt soittelee ja laittavat viestiä, että kuinka on mennyt, et ootko jo kunnossa.”

“Meen äiti on tarjoutunu... On se maksanuki poliklinikkamaksuja joskus.”

“Tosi hyvin on esimies suhtautunu, kun oon harmitellu, et miten mä pystyn tekeen tunnit takasin. No älä nyt niistä, kunhan saat omat asias kuntoon.”

“Yks mikä musta oli tosi kiva, siinä kun mä makasin käytävällä ennen sitä inseminaatioo... hoitaja, joka oli ollu siinä mukana ni näytti mulle näin (peukalo pystyssä). Se oli niinku sellanen ihan kiva. Et jotenki niinku sellanen et hän halus niinku tsempata...”

“Se (hoitaja) just piti alkuun mua kädestäkin siinä.”

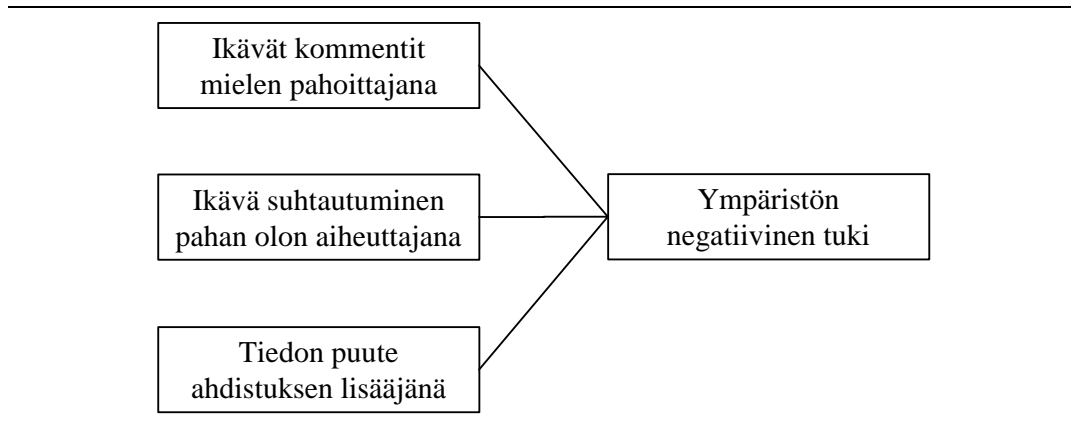
“Piikitykset ja semmoset se tosi hyvin näytti mulle.”

Tässä kategoriassa lapsettomat olivat tyytyväisiä siihen, että läheiset tiedustelivat heidän vointiaan ja hoitojen etenemistä. Kyselyt nähtiin hyväntahtoisina ja ne kertoivat läheisten välittämisestä. Jo hoitoihin hakeuduttaessa oli moni saanut rohkaisuja ja kannustusta läheisiltä. Usealta haastatelluista oli usko hoitoihin ajoittain loppunut. Tällöin he eivät olisi jaksaneet jatkaa hoidoissa käyntiä. Läheiset kuitenkin kannustivat heitä jatkamaan. He näkivät tulevaisuuden objektiivisemmin ja kehottivat jatkamaan hoitoja, jotta myöhemmin ei kaduttaisi. Muutama perhe oli saanut läheisiltään konkreettistakin huolenpitoa. Heille oli tarjottu tai he olivat jo saaneet taloudellista avustusta hoitojen kustannuksiin. Niillä työpaikoilla, joilla lapsettomuusongelma oli tiedossa, osattiin olla lapsettomuushoitojen suhteen kannustavia. Muun muassa työajoissa oltiin joustavia, mikä osaltaan kertoo työntekijöiden hyvinvoinnista huolehtimisesta.

Joillekin lapsettomista oli jäänyt mieleen positiivisia muistikuvia hoitohenkilökunnan toiminnasta. Hoitajat nähtiin lämpiminä ja heitä kuvattiin ihaniksi. Lääkäreiden toiminnassa vastaavasti pidettiin tärkeänä, että heidän ammattitaitoonsa voitiin luottaa. Hoitohenkilökunta sai kiitosta positiivisuuden ylläpitämisestä sekä erityisesti ohjeiden antamisesta. Lapsettomat olivat tyytyväisiä hoitajien huolenpitoon. Heidän mielestään hoitajat olivat aina huolehtineet muun muassa siitä, että naiset oppivat pistämään itseään. Haastatellut myös tiesivät aina mitä tehdä ja mihin ottaa yhteys tuloksen olleessa hoitojen jälkeen joko positiivinen tai negatiivinen.

5.4 Ympäristön negatiivinen tuki

“Ympäristön negatiivinen tuki” -yläkatteoria muodostui alakategorioista “ikävät kommentit mielen pahoittajana”, “ikävä suhtautuminen pahan olon aiheuttajana” ja “tiedon puute ahdistuksen lisääjänä” (kuvio 6). Näissä kategorioissa lapsettomien ilmaisut käsittelivät ympäristön tukea, jonka he kokivat negatiiviseksi. Lapsettomat olivat pahoittaneet mielensä joko läheisten ikävistä ja asiattomista kommenteista tai ikävästä suhtautumisesta. “Tiedon puute ahdistuksen lisääjänä” -katteoria käsittelee sitä negatiivista tukea, jonka lapsettomat kokivat aiheutuvan tiedottamisen puutteesta.



KUVIO 6. Ympäristön negatiivinen tuki

5.4.1 Ikävät kommentit mielen pahoittajana

Lapsettomien ilmaisut, joissa he kertoivat läheisten ikävistä kommenteista, koottiin tähän kategoriaan. Kategoria sisältää sellaisia ilmaisuja, joita läheiset ovat lapsettomille sanoneet ja jotka he kokivat epämiellyttävinä tai asiattomina. Seuraavat ilmaisut ovat esimerkkejä näistä asioista:

“Tää mul on jääny hirveenä mieleen, et... se oli vaan hiljaa ja katto ja sit se niinku sano, että kaikkihan niitä lapsia haluaa, mut kaikille niitä ei suoda. Ja sitte hän lähti niinku pois siitä, se tuntu niinku...”

“Ne on aina vaan, et kyllä se siitä ja kyllä se siitä. On raivostuttavaa kuulla, et kyllä se siitä. Mä inhoon sitä sanontaa.”

“Mitä mä kuulen hirveen usein sanottavan sukulaisilta ja tuttavilta: “Sä oot vielä niin nuori, kyllä sä vielä ehdit...” Hirveesti leimaa sitä, et suurimmalla osalla on kuitenkin... eihän se katso sitä ikää.”

“Monella se tyylä, et niil on suuret suunnitelmat.”

Suuri osa haastatelluista kertoi joitain epämiellyttäviä ja loukkaavia ilmaisuja, joita läheiset olivat heille sanoneet. He kokivat läheisten ilmaisut hyvin raskaana tai he olivat pahoittaneet mielensä joksikin aikaa. Joillekin lapsettomuus aiheutti vetäytymistä sosiaalisista kontakteista. Lapsettomat ajattelivat, että kaikilla epäasiallisilla kommenteilla ei välttämättä tarkoiteta pahaa, mutta silti ne olivat olleet heidän mielestään loukkaavia. Erilaisten

hokemien ja kliseiden käyttö ärsytti monia. Esimerkiksi yleensä hyvää tarkoittavat “kyllä se siitä” ja “kyllä sä vielä ehdit” –sanonnat moni koki loukkaavina, koska lapsettomuudesta kärsivät myös nuoret ihmiset. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että läheisten olisi parempi olla sanomatta mitään, jos he eivät osaa sanoa muuta kuin kliseitä.

Erilaiset läheisten povailut ja ennustukset tulevaisuudesta olivat raskaita. Lapsettomien elämää suunniteltiin ja odotukset hoitojen onnistumisesta olivat korkealla. Monella haastatellulla oli lapsettomuushoidoista realistiset kuvitelmat, ja läheisten “ensi kesänä teillä on jo vauva” –kommentit loivat liian suuria odotuksia hoidoille. Hoidoille asetetut suuret odotukset kuormittivat lapsettomien mielestä entistä enemmän mieltä.

5.4.2 Ikävä suhtautuminen pahan olon aiheuttajana

“Ikävä suhtautuminen pahan olon aiheuttajana” –kategoria kertoo lapsettomien kokemuksista, jolloin läheiset ovat suhtautuneet heihin ikävällä tavalla. Ikävällä suhtautumisella tarkoitetaan tässä ilmaisuja, joilla lapsettomat kuvaavat läheisten ja hoitohenkilökunnan ikävää suhtautumista. Seuraavat lainaukset ovat esimerkkejä näistä ilmauksista:

“... on semmonen, että eikö kukaan jaksa kuunnella, miksei kukaan jaksa kuunnella ja miksei kukaan jaksa ymmärtää. Et ei oikeen semmosta konkreettista apua ja piristystä oo tullu keltään.”

“... on lapsiperheitä, jotka välittelee meitä. Luulee ehkä, et me ollaan vihamielisiä heitä kohtaan tai - mikä ei pidä paikkaansa.”

“Toivoisin ylipäättään ystävällisyyttä, et ei se tarttis olla niin kylmää ja seuraava sisään ja seuraava sisään, et niinku kauheeta vauhtia.”

“Tää on mun mielestä tosi, tosi intiimi (sairaus), joka vaatis semmosta tiettyä huolenpitoa ja otetta siihen. Täytyis löytää semmonen ystävällisyys ja... kysyis kerrankin mitä kuuluu. Se tekis siitä semmosen, et mä oon tärkeä täällä.”

Lapsettomat olivat pettyneitä joidenkin läheistensä käyttäytymiseen. Osa läheisistä ei haastateltujen mielestä osannut ottaa heidän tunteitaan huomioon, vaikka he tiesivätkin lapsettomuudesta. Eräs haastatelluista ihmetteli kummiksi pyytämistä eikä tiennyt, miten

kykenee tehtävästä suoriutumaan. Toisaalta oli ihmisiä, jotka halusivat läheisten suhtautuvan heihin samoin kuin aikaisemminkin. Osa läheisistä kuitenkin koki kohtaamisen vaikeaksi ja vältteli heitä. Moni olisi toivonut läheisiltään enemmän myös ymmärrystä ja apua pahaan oloon. Haastatellut kertoivat läheisilleen lapsettomuudestaan osaksi sen vuoksi, että he olisivat saavansa läheisiltään apua. Moni oli kuitenkin pettynyt saamaansa apuun.

Tämän kategorian ilmaisuissa lapsettomat olivat pettyneitä myös hoitohenkilökunnan toimintaan. Suuri osa haastatelluista koki lapsettomuushoitojen olevan ”liukuhihnahommaa”. He olivat pettyneitä siihen, että aikaa potilaille oli liian vähän ja hoidosta puuttui henkilökohtaisuus. Moni ymmärsi kiireen, mutta toivoi siitä huolimatta ystävällisyyttä ja esimerkiksi voinnin kysymistä. Lapsettomuus koettiin sellaiseksi sairaudeksi, että sen hoidossa vaaditaan hienotunteisuutta. Hoitohenkilökunnan käyttäytyminen oli joidenkin mielestä loukannut heitä, ja tämän vuoksi he olivat miettineet hoitojen lopettamista sekä klinikan vaihtoa.

5.4.3 Tiedon puute ahdistuksen lisääjänä

”Tähän tiedon puute ahdistuksen lisääjänä” –kategoriaan koottiin haastateltujen ilmaisut, jotka kertoivat tiedon puutteesta johtuvasta ahdistuksesta. Ilmaisuihin oli kokemuksia siitä, miten tärkeänä lapsettomat pitävät tietoa ja miten hyvin he ovat tietoa saaneet. Seuraavat ilmaisut ovat esimerkkejä näistä:

”Mä oon kokenu, et se (tiedon haku) on aika lailla välttämätöntäkin, koska muuten ei pysy yhtään kärryillä siitä mitä mulle tehdään tai mistä puhutaan.”

”Olin ihan ummikkona. Mä en tienny yhtään mitä tarkoittaa IVF. Juu, no nyt mull tehdään sitten semmonen ja mitäköhän se sisältää. Oon yrittäny kysellä, et mikähän täs on se aikataulu ja...”

”Et miks mulla ei onnistu se raskaaks tulo, jotenkin nopeesti kerrottiin ja ohitettiin, et sitä mä oon jääny miettiin.”

”Kyllä meillä niinku se tietämättömyys oli se suurin mörkö siinä.”

”Sitä kautta ku olis tietoo, ni pystyis käsittelee sitä asiaa ittekseen paremmin ja sitä kautta sitte niinku ymmärtää.”

”Siitä laparoskopista... mulle jäi vieläkin niinku epäselväks, et mikä siel on

niinku vikana. Se mikä sieltä tuli se paperi, missä selitettiin mitä on tehty, sitä ei olla niinku vieläkään käyty läpi. Et mul on niinku vieläki arvotus, et mitä siel on niinku todel, mikä se tilanne on...”

Suurin osa haastatelluista koki tiedon esimerkiksi lapsettomuushoidoista ja omasta tilanteesta olevan välttämätöntä. Tieto oli ensiarvoisen tärkeää, koska moni halusi tietää, mitä hoitoja heille annetaan ja mitkä ovat mahdollisuudet onnistua niissä. Hoidoissa käytetyt lääketieteelliset termit oli monen selvitettävä itselleen, jotta heillä oli edes jonkinlainen käsitys siitä, mistä puhutaan ja minkälaisia hoidot ovat. Tiedon puute lisäsi tavallisesti ahdistusta. Moni haki apua tiedottomuuteen kirjoista, internetistä ja klinikoilta saatavista lehtisistä. Hoitohenkilökunnan tiedonantoon oltiin usein pettyneitä. Tiedon avulla haettiin helpotusta ahdistukseen sekä lapsettomuusongelman käsittelemiseen.

Eryteisesti lääkäreiden antamaan tietoon oltiin tyytymättömiä. Moni olisi halunnut saada itselleen jonkinlaisen hoitosuunnitelman. Tiedon puute esimerkiksi siitä, kuinka monta inseminaatiota tai koeputkihedelmöitystä on mahdollisuus tehdä, lisäsi ahdistusta. Lääkäreiden perusteluja hoitovalinnoista kaivattiin. Moni luotti lääkäreiden ammattitaitoon, mutta olisi halunnut myös itse olla tietoinen, miksi valittu hoitomuoto oli perusteltu. Erytisen paljon lapsettomat toivat esille pettymystä siihen, että oman lapsettomuuden aiheuttajaa ei oltu tarpeeksi selkeästi tuotu esille. Joillakin varsinaista aiheuttajaa ei mahdollisesti tiedetty, mutta jos asiasta oli mainittu lyhyesti tai se oli sivuutettu, olivat haastatellut hyvin pettyneitä. Ongelman aiheuttajan tietäminen olisi ollut ensiarvoisen tärkeää. Moni tunsu itsensä terveeksi ja ihmetteli tämän vuoksi, miksi lapsen saaminen normaalisti ei onnistunut.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat erittäin tärkeitä niissä tieteissä, joissa tutkitaan ihmisten inhimillistä toimintaa. Tutkimuksen etiikkaa tulee miettiä jo tutkimuskohteen valinnassa. On tärkeää päättää, ketkä ovat tutkimuksen kohteena. Tällöin tutkimus voidaan

rajata ja tutkija voi sitoutua jonkun ammattiryhmän rajoihin. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 26 & 28.) Kvalitatiivisessa terveyden ja sairauden tutkimuksessa on etiikka hyvin tärkeää.

Tutkimuksen etiikka on tärkeä myös tutkijan ja tutkimusorganisaation yhteistyössä (Vehviläinen-Julkunen 1998, 28). Tutkijan tulee olla yhteydessä tutkimusorganisaatioon jo ennen tutkimuksen alkua. Sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon yksiköissä tarvitaan yksikön johdon tai eettisen toimikunnan myöntämä tutkimuslupa. (Pyörälä 1994, 11 - 12.)

Tässä tutkimuksessa tutkimussuunnitelma toimitettiin molemmille klinikoille arvioitavaksi tutkimuslupien saamiseksi. Luvat tutkimukseen myönsi eettinen toimikunta ja johtava lääkäri. Tutkimuslupia ei kuitenkaan ole tämän tutkimuksen liitteenä. Tällä pyritään suojelemaan tutkittavia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavia on yksittäisessä tutkimuksessa suhteellisen vähän, joten tutkittavat olisivat mahdollisesti tunnistettavissa, mikäli tutkimuksen tekopaikat julkaistaisiin (Pyörälä 1994, 12).

Tutkija oli ennen tutkimuksen alkua yhteydessä ylihoitajaan, vastaavaan hoitajaan ja osastonhoitajaan ja toimitti tutkimussuunnitelman myös heidän luettavakseen. Potilastiedotteessa oli toisella klinikalla, tutkijan yhteytietojen lisäksi, myös ylihoitajan nimi. Lupien saamisen jälkeen tutkija kävi klinikoilla kertomassa tutkimuksen toteutuksesta. Hoitajien kanssa sovittiin muun muassa paikka, jossa tutkimukseen osallistuvien suostumuslomakkeita säilytettiin ja josta tutkija haki ne. Suostumuslomakkeissa oli haastatteluun osallistuvien yhteystiedot, joten ne säilytettiin hoitohenkilökunnan tiloissa.

Varsinkin arkoja aiheita tutkittaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että aineiston hankkiminen ei tuota tutkittaville kärsimystä. Lapsettomuushoidoissa olevia tutkittaessa on otettava huomioon, että hoidoissa käsitellään jatkuvasti parin sukupuolielämää, joten aineiston keruussa on oltava hienotunteinen. (Pyörälä 1994, 11 - 12.) Tässä tutkimuksessa ei varsinaisesti käsitelty parin sukupuolielämää, vaikka lapsettomuus olikin tutkimuksen aiheena. Tutkija pyrki tarkkailemaan haastateltuja ja heidän voimiaan lapsettomuudesta keskusteltaessa. Haastatteluun suostuneet olivat todennäköisesti sellaisia lapsettomia, jotka olivat valmiita puhumaan lapsettomuudestaan, eikä siitä puhuminen ollut heille mahdotonta. Joillekin puhumista helpotti varmasti myös tutkijan vaitiolovelvollisuus ja se, että tutkija oli haastateltaville vieras ihminen.

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tärkeää muistaa, että tutkimus ei saa vaarantaa siihen osallistuvien hoitosuhteita. Potilaiden hoito ja sen sujuvuus on aina ensisijaista ja tutkimuksen sujuvuus vasta toissijaista. Tutkittavilta on aina kysyttävä lupa tutkimuksen tekoon ja heille on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta. (Pyörälä 1994, 11 & 12.) Tutkittaville on annettava lupa keskeyttää tutkimukseen osallistuminen niin halutessaan, eikä kieltäytyminen saa vaikuttaa potilaiden hoitoon (Vehviläinen-Julkunen 1998, 30). Tässä tutkimuksessa potilastiedotteessa kerrottiin jokaisen oikeudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Potilastiedotteessa mainittiin myös, että syytä keskeyttämiseen ei tarvitse ilmoittaa. Nämä edellä mainitut asiat toistui suostumuksessa, jonka tutkimukseen osallistuvat allekirjoittivat.

Tutkittaville on taattava anonymiteetti, koska laadullisessa tutkimuksessa aineisto on tavallisesti pieni. Heidän on saatava tietoa myös tutkimuksen mahdollisista riskeistä ja siitä ehkä saatavasta hyödystä. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 29.) Tutkimukseen osallistuvien määrän pelättiin mahdollisesti olevan pieni, aineistoa tosin kertyikin ennakoitua enemmän, tämän vuoksi tutkimuksesta tiedotettiin kuudellekymmenelle henkilölle. Oli tärkeää kerätä aineistoa kahdelta eri klinikalta, jotta tutkittavia ei tunnistettaisi. Yhteydenotto tutkittaviin tapahtui yleensä puhelimitse. Kolmeen otettiin yhteys kirjeitse. Tutkija ei saanut potilaiden yhteystietoja ennen kuin he olivat kirjoittaneet suostumuslomakkeen. Potilastiedotteessa tutkittavat olivat saaneet tietoa tutkimuksesta, ja haastattelujen alussa tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta. Osa kertoi suostuneensa tutkimukseen, koska he toivoivat tuloksista olevan hyötyä lapsettomille. Hyödyksi nähtiin esimerkiksi lapsettomuuden ”julkisuuden” lisääntyminen ja palautteen antaminen hoitavalle klinikalle. Haastattelujen alussa tutkittaville kerrottiin, että heidän yhteystietonsa ovat vain tutkijan käytössä. Jokainen tutkimukseen osallistunut suostui haastattelun nauhoitukseen, ja myös haastattelunauhojen kerrottiin olevan vain tutkijan käytössä. Haastattelut merkittiin ”koodailla”, jotta tutkittavien anonymiteetti säilyisi. Tutkija analysoi näitä ”koodattuja” haastatteluja ja toimitti sekä haastattelunauhat että suostumuslomakkeet hoitotieteen arkistoon.

Haastattelupaikkaa valittaessa on kiinnitettävä huomiota tilan rauhallisuuteen ja yksityisyyden säilyttämisen mahdollisuuteen (Maijala ym. 2002, 7). Tutkija epäili aluksi kahviloiden soveltumista haastattelujen tekemiseen. Yksityisyyden rikkoutuminen epäilytti. Haastattelut onnistuivat kahviloissa kuitenkin parhaiten. Yhdessä haastateltavan kanssa valittiin sopiva ja rauhallinen nurkkaus, joka soveltui haastattelun tekemiseen. Tavallisesti

tutkija oli paikan suhteen epäilevämpi kuin haastateltavat. Osa haastatelluista ei välittänyt, vaikka joku ulkopuolinen olisi haastattelusta osia kuullutkin. Tutkija yritti kuitenkin säilyttää yksityisyyden, jotta tutkittavat voisivat puhua vapaasti eikä salailu vaikuttaisi tutkimustuloksiin. Haastattelut sujuivat ennako-oletuksista huolimatta myös tutkijan mielestä hyvin, ja mikäli yksityisyys oli vaarassa, tutkija ehdotti siirtymistä muualle, kuten yhdessä klinikalla tehdyssä haastattelussa. Tutkijan mielestä ympäristössä olleet ihmiset eivät haastatteluja kuulleet, eikä kenelläkään koskaan näyttänyt olevan edes mielenkiintoa tutkijan ja tutkittavan keskustelua kohtaan. Tutkijan mielestä eniten häiriötä yksityisyyden ja tutkimuksen sujumisen kannalta oli yhdessä haastattelussa, joka tehtiin hoitavan klinikan tiloissa. Siellä haastateltava ei tutkijan mielestä pystynyt täysin keskittymään haastatteluun, koska hän tarkkaili hoitohenkilökunnan toimintaa. Haastattelun tekeminen klinikan tiloissa, lääkärille pääsyä odotellessa, oli tälle haastateltavalle ainoa mahdollinen vaihtoehto, koska hän oli hyvin kiireinen ja halusi kuitenkin osallistua tutkimukseen.

Tulosten julkaisemisen yleisenä eettisenä periaatteena pidetään, että tutkija raportoi tuloksistaan rehellisesti ja avoimesti (Vehviläinen-Julkunen 1998, 31). Tässä tutkimuksessa tulokset pyrittiin esittämään avoimesti muistaen kuitenkin, että tutkittavia ei raportista saa tunnistaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavia on yleensä suhteellisen vähän. Tällöin on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, ettei tutkittavia tunnisteta. Tutkimuksissa on usein myös suoria lainauksia aineistosta. Tutkimuksessa ei tule paljastaa sellaista, joka mahdollisesti voisi aiheuttaa tutkittaville hankaluuksia. (Vehviläinen-Julkunen 1998, 31.) Tutkimukseen osallistuville kerrottiin jokaisen haastattelun alussa tulosten julkaisemisesta siten, että edes tutkittavien lähiympäristö ei saisi heitä tunnistaa. Heitä ei pitäisi tunnistaa edes mielipiteiden perusteella. Tutkimuksessa ei mainita haastateltujen, hoitohenkilökunnan eikä paikkakuntien nimiä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Haastatteluihin osallistui yhteensä 19 henkilöä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston riittävyydelle ei ole samanlaisia ohjeita ja sääntöjä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Aineistoa tulee kerätä riittävästi välttäen kuitenkin keräämästä sitä liikaa, koska tällöin aineiston käsiteltävyys vaikeutuu (Mäkelä 1990, 52 - 53). Tässä tutkimuksessa tutkijan pelkona oli, että tutkimukseen olisi vaikea saada haastateltavia. Tämän vuoksi tutkimuksesta

tiedotettiin suhteellisen monelle lapsettomalla perheelle. Tutkija olisi ollut tyytyväinen jo vajaaseen kymmeneen osallistajaan. Aineistoa siis kertyi tutkijan mielestä sopivasti, ja vaikka aineiston määrä aluksi vaikutti suurelta, aineiston käsiteltävyyttä helpotti, että jo varhaisessa vaiheessa epäoleennaiseksi katsotut ilmaisut jätettiin analyysin ulkopuolelle.

Kvalitatiivisen tutkimuksen yhteydessä reliabiliteetti eli tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa vaatimusta analyysin toistettavuudesta. Tutkijan tulee noudattaa aineistoa analysoidessaan yksiselitteisiä luokittelu- ja tulkintasääntöjä. (Uusitalo 1996, 84.) Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä aineiston osalta yleistettävyyteen. Aineistolle asetetaan tavallisesti vaatimukseksi, että se tulee kerätä sieltä, missä kohteena oleva ilmiö esiintyy. (Nieminen 1998, 216.) Tutkimuksessa on tärkeää valita sellaiset tiedonantajat eli tutkittavat, joilla on tutkimuksen kannalta tärkeitä tietoja. Valittaessa tutkimusmenetelmäksi haastattelu, on kiinnitettävä erityistä huomiota painopistealueiden, eli tässä tutkimuksessa teema-alueiden, valintaan ja virhelähteisiin. (Field & Morse 1985, 133.) Aineiston luotettavuuteen liittyy vahvasti se, miten haastatteluteemat on valittu. Liian suppeilla teemoilla on taipumus vaikeuttaa tutkittavien omien mielipiteiden esiintuloa. Toisaalta liian väljät haastatteluteemat tuottavat paljon aineistoa, jonka tutkija joutuu jättämään tutkimuksensa ulkopuolelle. (Nieminen 1998, 217.) Haastattelujen etuna pidetään sitä, että haastattelijä voi aina tarkentaa epäselviksi jääneitä asioita. Usein oletetaan myös, että haastateltava kertoo asioistaan rehellisesti ja avoimesti. Borg & Gall (1989, 446 - 447 & 450 - 451) kritisoivat haastattelun käyttöä arkoja asioita tutkittaessa. Heidän mukaansa tutkittavat voivat jopa pelätä haastattelutilannetta, eivätkä välttämättä paljasta arimpia asioitaan haastatteluissa. Kyselylomakkein kerätty tieto tuo Borgin & Gallin mukaan arkoja asioita monipuolisemmin esille. Yksilöhaastattelu on tavallisimmin käytetty haastattelumuoto. Ryhmähaastattelu puolestaan on tehokas haastattelun muoto, koska silloin saadaan tietoa monelta tiedonantajalta samanaikaisesti. Ryhmä voi auttaa tuottamaan monipuolista tietoa tutkittavasta asiasta. Toisaalta ryhmässä voi olla dominoivia ihmisiä eikä ryhmähaastattelu välttämättä sovi aroille ihmisille. Ryhmällä voi olla myös käsiteltäviä asioita kontrolloiva vaikutus. Parihaastattelu on ryhmähaastattelun alamuoto ja siihen pätevät lähes samat seikat kuin ryhmähaastatteluunkin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 206 - 207.)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin kahdelta lapsettomuuslinikalta. Tällä pyrittiin siihen, että haastatteluun osallistuvien kokemukset olisivat suhteellisen tuoreita. Mikäli lapsettomuushoidoista on kulunut paljon aikaa, on vaarana, että muistikuvat muuttuvat

myönteisimmiksi (ks. Hammarberg ym. 2001). Toisaalta lapsettomat olivat klinikoilta hyvin saavutettavissa ja klinikatkin saivat arvokasta tietoa heillä hoidossa olevien lapsettomien kokemuksista. Housen (1981) mukaan valittujen teema-alueiden käytössä oli sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia. Teema-alueet auttoivat tutkijaa haastattelujen suunnittelussa. Jonkin sosiaalisen tuen määrittelijän käyttö oli perusteltua myös siksi, että tutkimuskohteeksi valittu sosiaalinen tuki -käsite ei ollut kaikille haastatteluihin osallistuneille itsestään selvä. Tällöin etukäteen mietityt teema-alueet mahdollisesti helpottivat käsitteen ymmärtämistä. Haastattelujen teema-alueet oli muodostettu vain yhden sosiaalisen tuen määrittelijän mukaan. Tutkijan mielestä valittu määritelmä tosin oli suhteellisen monipuolinen määritelmä sosiaalisesta tuesta. Teema-alueet toimivat haastatteluissa pääasiassa apurunkoina. Analyysivaiheessa ei enää pitäydytty Housen (1981) määritelmässä, vaan analyysiin otettiin mukaan kaikki sosiaaliseen tukeen viittaavat ilmaisut. Toisaalta valittu sosiaalisen tuen määrittelijä on ainakin osaltaan ohjannut aineiston keruuta, ja jonkun toisen määrittelijän käyttö olisi voinut tuoda hieman erilaisen aineiston.

Tässä tutkimuksessa tehtiin niin sanottu esihaastattelu. Sillä pyrittiin testaamaan haastatteluteemojen ja tarkentavien kysymysten tuottamaa informaatiota. Teemoja ei esihaastattelun jälkeen muutettu, mutta tarkentavia kysymyksiä lisättiin. Tällä pyrittiin helpottamaan haastattelujen tekemistä ja edesauttamaan monipuolisen aineiston saavuttamista. Haastattelujen optimaalinen pituus oli tutkijan mielestä vajaa tunti. (Haastattelut kestivät puolesta tunnista runsaaseen tuntiin.) Tässä ajassa teema-alueet ehdittiin hyvin käydä läpi ja keskustella lopuksi haastatelluille mieleen tulevista asioista. Muutama puolen tunnin mittaiseen haastatteluun olivat syynä hyvin niukkasanaiset haastateltavat tai esimerkiksi sellaiset haastateltavat, jotka eivät olleet kertoneet lapsettomuudesta kenellekään. Yli tunnin mittaisessa haastattelussa haastattelijan keskittymiskykyä jo koeteltiin.

Borgin & Gallin (1989, 450 - 451) esittämää haastattelupelkoa ei tässä tutkimuksessa esiintynyt, ainakaan tutkija ei sitä huomannut. Osa sanoi jännittävänsä haastattelua ja sitä, onko heillä tutkimukselle mitään annettavaa. Esimerkiksi eräs mies oli hyvin helpottunut, kun häntä kiitettiin kokemustensa kertomisesta ja hänen kokemustensa sanottiin olevan tärkeitä. Ne, jotka kokevat haastattelutilanteet kovin jännittävinä, eivät todennäköisesti palauttaneet suostumuslomaketta.

Yksilöhaastattelun valitseminen osoittautui tutkijan mielestä hyväksi valinnaksi. Yksilöhaastatteluissa tutkimukseen osallistuvat joutuivat jatkuvasti keskittymään haastatteluun ja osallistumaan keskusteluun. Jokaisella tutkimukseen osallistuneella oli arvokasta annettavaa tutkimukselle ja jokainen sai yksilöhaastattelussa mahdollisuuden kertoa niistä. Tutkijan mielestä yksi parihaastatteluna tehty haastattelu ei tuonut tarpeeksi hyvin molempien puolisoitten kokemuksia esille. Ryhmä- ja parihaastatteluiden huono piirre on, että joidenkin mielipiteet ja kokemukset voivat jäädä puheliaampien ja rohkeampien varjoon.

Aineiston muodostumiseen vaikutti myös se, ketkä lopulta tutkimukseen osallistuivat. Olisiko heillä, jotka eivät palauttaneet potilastiedotetta ja suostumuslomaketta, ollut toisenlaisia kokemuksia kuin tutkimukseen osallistuneilla? Entä miksi osa ei halunnut osallistua tutkimukseen? Olivatko kieltäytymisen syynä kokemukset, joita he eivät halunneet julkisiksi, vai ajattelivatko he haastattelutilanteen mahdollisesti liian jännittäväksi? Tutkimustulokset ovat laadullisessa tutkimuksessa aina tulkinta siitä aineistosta, joka tutkimuksessa on ollut käytettävissä. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida suoraan yleistää kaikkiin lapsettomiin, mutta se on kuvaus siihen osallistuneiden lapsettomien perheiden kokemuksista.

Yksilön suhde toisiin ihmisiin ilmenee hänen kokemuksissaan. Kokemus syntyy vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. (Laine 2001, 27.) Tässä tutkimuksessa kohteena olivat lapsettomien kokemukset. Perttulan (1995, 46) mukaan toisen ihmisen kokemuksen saavuttaminen sellaisena kuin ihminen sen kokee, on käytännössä mahdotonta. Hänen mielestään siihen kannattaa pyrkiä, kunhan tietää, ettei sitä voi kokonaan saavuttaa. Alasuutarin (1994, 209) mukaan laadullisen tutkimuksen olennaisin pyrkimys on selittää kohteena oleva ilmiö. Tutkija osallistuu koko tutkimusprosessin ajan – halusi hän sitä tai ei – aineiston tuottamiseen (Eskola & Suoranta 1998, 214). Tutkijan oma tapa ymmärtää tutkimansa ilmiö on jatkuvasti mukana tutkimusprosessissa. Hänen oma esiymmärryksensä tutkittavasta asiasta vaikuttaa analyysin tekoon, eikä hän voi panna syrjään aikaisempia kokemuksiaan. (Varto 1992, 26; Åstedt-Kurki & Nieminen 1998, 152 - 153.) Pyörälän (1994, 7 - 8) mukaan tutkimuksen reliabiliteettikysymykset liittyvät ensisijaisesti siihen vaiheeseen, jossa empiiristä aineistoa muokataan ja saadaan aikaiseksi tulkinta tutkittavasta asiasta. Luotettavuuden arviointia helpottaa, että tutkimuksessa on tuotu selkeästi esille, miten tuloksiin on päädytty. Toisin sanoen lukijalle pitää antaa mahdollisuus seurata tutkijan

päätelyä. Myös Eskola & Suoranta (1998, 213) pitävät tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeänä, että tutkija kertoo mahdollisimman tarkasti, mitä aineistonkeräyksessä ja sen jälkeen on tapahtunut.

Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoitiin sisällön analyysi -menetelmän avulla. Tutkija pyrki monien vaiheiden jälkeen yksiselitteiseen tulkintaan. Tulkinta on kuitenkin aina tutkijan tulkinta, ja siihen vaikuttavat myös hänen käsityksensä tutkittavasta asiasta. Tulokset ovat siis tutkijan senhetkinen tulkinta tutkimusaiheesta. Mikäli analyysin olisi suorittanut joku toinen henkilö, voisivat tulokset olla ainakin hieman erisuuntaiset. Tämän tutkimuksen analyysiprosessia on kuvattu kuviossa 2. Analyysiprosessissa edettiin haastateltujen alkuperäisilmaisujen ja pelkistettyjen ilmaisujen kautta aineiston pelkistämiseen. Myös tutkimustuloksia esitettäessä on kategorioihin lisätty alkuperäisilmaisuja tutkijan oman tulkinnan tueksi. Yleisenä ohjeena pidetään usein, että suoria lainauksia tulisi raportoidaessa olla vähemmän kuin tutkijan omaa pohdintaa (Eskola 2001, 154). Tähän tutkimukseen haastateltujen suoria lainauksia yritettiin valita siten, että kokemusten monipuolisuus välittyisi myös lukijalle. Toisaalta lainauksia myös karsittiin, jotta niiden osuus tuloksissa ei olisi liian suuri.

Tulokset esitettiin tässä tutkimuksessa kategorijaottelua hyödyntäen. Tutkijan mielestä tulokset tulivat näin esitettynä selkeästi esille. Tutkija pohti ensin tulosten esittämistä sosiaalisen tuen jaottelun mukaan, mutta pelkäsi tulosten jäävän liikaa sosiaalisen tuen varjoon. Valitussa esitystavassa sosiaalinen tuki on mukana lapsettomien kokemusten sosiaalisesta tuesta muodostamassa kategorijaottelussa. Kertomisen kautta saatu tuki, parisuhteessa saatu tuki sekä ympäristön positiivinen että negatiivinen tuki –kategoriat ovat kuvauksia siitä sosiaalisesta tuesta, jota perheet kokevat saavansa.

Naisten osuus tutkittavista oli suurempi kuin miesten. Tutkimuksissa kuvattiin kuitenkin lapsettoman perheen kokemuksia. Koska esimerkiksi haastatelluille jaetussa potilastiedotteessa kerrottiin tutkimuksen käsittelevän perheiden kokemuksia, kunnioitettiin perheiden valintaa osallistua tutkimukseen siten, että puolisoita vain toinen osallistui tutkimukseen. Tällöin naisen katsottiin olevan perheensä edustaja ja kertovan perheensä kokemuksista.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tulosten luotettavuuden arviointi on usein vaikeaa. Face-validiteetilla tarkoitetaan tulosten altistamista sellaisen henkilön arvioitavaksi, joka on ollut tutkimuksessa tutkittavana tai joka on muuten tuttu tutkittavan ilmiön kanssa (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 37). Face-validiteetin käyttöä on kritisoitu ja sen hyötyä epäilty (Eskola & Suoranta 1998, 212). Lähinnä tutkimuksessa mukana olleiden arviointia tulee harkita. Tutkittavien voi olla vaikea ymmärtää tuloksia niiden abstraktisuuden vuoksi. Toisaalta myös aineiston keruusta on kulunut usein aikaa ja mielipiteet asiasta ovat voineet muuttua. (Paavilainen 2003, 119.) Tässä tutkimuksessa tutkija halusi altistaa tulokset arvioitavaksi, vaikka face-validiteetin käyttöä onkin kritisoitu. Tutkija toivoi tulosten arvioituttamisen lapsettomuuden kokeneella tuovan vahvistusta tulosten oikeasta suunnasta. Tulokset altistettiin lapsettomuushoidoissa olevan henkilön luettaviksi. Tulosten arvioija ei ollut tutkimuksessa mukana, mutta hän oli juuri käynyt läpi vastaavia hoitoja. Tulosten arviointi antoi tutkijalle uskoa tulosten oikeellisuudesta. Tulosten arvioija tunnisti tuloksista paljon kokemaansa ja tulokset vaikuttivat hänen mielestään täysin uskottavilta ja luotettavilta. Tuloksissa oli asioita, joita hän ei ollut itse tullut ajatelleeksi, mutta tarkemmin asioita miettiessään hänenkin oli helppo samaistua haastateltavien tuntemuksiin ja kokemuksiin. Myös kategoriajaottelu vaikutti hänestä loogiselta ja asialliselta.

6.3 Tulosten tarkastelua

“Kertominen vaikeana valintana” ja “vaikeneminen läheisten suojelijana” –alakatgoriat muodostivat yhdessä yläkategorian “kertomisen kautta saatu tuki”. Tässä tutkimuksessa lapsettomat pitivät lapsettomuudesta kertomista vaikeana valintana. Kertomista pohdittiin useassa perheessä ja haastatteluissa keskusteltiin paljon siitä, miten julkinen asia lapsettomuus kussakin perheessä oli. Osa koki lapsettomuudesta kertomisen olevan välttämätöntä ja tuen saannin ehto. Myös Mainion (2002, 39) tutkimuksen mukaan lapsettomuudesta kertominen muutamille läheisille ihmisille on tavallisesti suunnaton helpotus. Pieni osa lapsettomista halusi kuitenkin salata tämän hyvin intiimin asian. Daniels (1993, 508) esittää, että lapsettomat voivat jättää kertomatta tilanteestaan esimerkiksi vanhemmilleen, koska he pelkäävät, etteivät vanhemmat ymmärrä heidän tilannettaan. Lapsettomuudesta kertominen toi tässä tutkimuksessa monelle puhtaan omantunnon, mutta toisaalta utelut lisääntyivät kertomisen jälkeen. Lapsettomat voivat myös pelätä kertomisen aiheuttavan heidän tilanteensa surkuttelua (Häggdahl 1990, 344). Lapsettomuudesta

vaikenemisella pyrittiin myös joskus suojelemaan läheisiä. Toisaalta vakenemisella voitiin ehkäistä lapsettomien tilanteen surkuttelua. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei mainittu lapsettomien suojelevan läheisiään. Toisaalta tutkimuksissa oli usein esillä lapsettomuudesta vaikeneminen, mutta syytä vaikenemiseen ei tuotu esille. Tällöin on mahdollista, että läheisten suojeleminen olisi yksi kertomatta jättämisen syistä.

“Parisuhteessa saatu tuki” –yläkatteoria muodostui alakategorioista “puolisot erilaisina kokijoina”, “lapsettomuus puolisoitten lähentäjänä” sekä “lapsettomuus parisuhteen koettelijana”. Nämä kaikki kategoriat käsittelivät lapsettomuuden vaikutusta parisuhteeseen ja parisuhteessa saatuun tukeen. Parisuhde oli myös hyvin paljon haastatteluissa esillä. Tämän tutkimuksen aineistossa puoliset kokivat lapsettomuuden usein omalla tavallaan. Heillä oli muun muassa eri aikataulut ja erilaiset tavat käsitellä lapsettomuutta. Myös Salzerin (1994, 101 - 102) mukaan puoliset voivat käsitellä lapsettomuutta omalla tavallaan. Jirka, Schuett & Foxall (1996, 55 & 58) esittävät, että puoliset voivat kokea lapsettomuuden eritavalla ja heillä voi olla erilaiset tavat ilmaista tarpeitaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei eritelty miten puoliset kokevat lapsettomuuden eri tavalla, eikä sitä millaisia heidän erilaiset tapansa ilmaista tarpeitaan ovat.

Lapsettomuuden nähtiin tässä tutkimuksessa tuoneen myös positiivisia vaikutuksia parisuhteeseen. Lapsettomuus koettiin suureksi rasitteeksi, mutta siitä huolimatta tai mahdollisesti siitä johtuen sen katsottiin osaltaan lujittavankin parisuhdetta. Puolisot olivat, usein pakonkin edessä, joutuneet puhumaan aiempaa enemmän. Lapsettomuus koettiin yhteiseksi asiaksi ja parisuhteeseen paettiin ympäristön paineista. Aikaisemmista tutkimuksista ei löytynyt kuin muutama maininta lapsettomuuden tuomasta positiivisesta vaikutuksesta parisuhteeseen. Saario (1997, 63) tosin mainitsee lapsettomuuden olevan puolisoitten yhteinen. Abbey, Andrews & Halman (1991, 67 - 68) ovat havainneet, että puoliset hakevat konkreettista apua ja tukea päätöksentekoon toisiltaan.

Lapsettomuuden koettiin tässä tutkimuksessa tuovan parisuhteeseen erityisesti erilaisia kriisejä ja konflikteja. Ongelmien koettiin kasaantuvan parisuhteeseen, koska puoliso oli usein läheisin ihminen, jolle purettiin kaikkein vaikeimmatkin tunteet. Toisaalta puolison katsottiin muistuttavan lapsettomuudesta jo pelkällä olemassaolollaan. Puolisoa oli joskus jopa vaikea sietää. Aikaisemmissa tutkimuksissa lapsettomuutta kuvattiin usein kriisinä ja ahdistavana tilanteena (mm. Salzer 1994; Hippeläinen & Räsänen 2002). Jirka, Schuett &

Foxall (1996, 55 - 56) havaitsivat lapsettomuuden aiheuttavan sosiaalisen häpeän tunnetta. Lapsettomat kokivat, että he eivät ole voineet täyttää velvollisuuksiaan avioliitossa. Tässä tutkimuksessa lapsettomat toivat monipuolisesti esille niitä negatiivisia piirteitä, joita lapsettomuus heidän mielestään tuo parisuhteeseen.

“Ympäristön positiivinen tuki” –yläkategoria muodostettiin alakategorioista “vertaistuen kokeminen korvaamattomana”, “läheiset kuuntelijoina” sekä “huolenpito jaksamisen varmistajana”. Näissä kategorioissa lapsettomat kertovat siitä positiivisesta tuesta, jota he kokivat saavansa läheisiltä, sukulaisilta ja hoitohenkilökunnalta. Vertaistuki oli monelle tähän tutkimukseen osallistuneelle ensiarvoisen tärkeää. Osa koki, ettei olisi jaksanut lapsettomuuden aiheuttaman ahdistuksen kanssa ilman vertaistukea. Vertaistukea saatiin ja haettiin muun muassa internetistä ja ystäviltä, joilla oli kokemuksia lapsettomuudesta. Toisilta lapsettomilta oli helppo saada tukea, koska heillä oli usein ollut samanlaisia tunteita ja heille ei tarvinnut selittää esimerkiksi hoitojen kulkua. Yoxen (1988, 61) pitää tärkeänä erityisesti hedelmöitymisongelmista kärsivien naisten keskinäisiä keskusteluja. Jos naisen tuttavapiiriin ei kuulu yhtään lapsettomuusongelman kanssa tekemisiin joutunutta, hän kokee itsensä mahdollisesti entistä yksinäisemmäksi.

Läheisten tarjoama paras apu oli monen tutkimukseen osallistuneen mielestä kuunteleminen. Haastatellut saivat tavallisesti toistuvastikin kertoa läheisilleen huoliaan. Osa lapsettomista oli sitä mieltä, että läheisillä piti olla tietoa lapsettomuushoidoista, jotta he pystyivät paremmin keskustelemaan heidän kanssaan. Osa puolestaan ei pitänyt läheisten tietoa välttämättömänä. Heille riitti, että heitä kuunneltiin. Jirkan, Schuettin & Foxallin (1996, 55 - 56 & 58) tutkimuksen mukaan lapsettomat tarvitsevat jonkun, jolle puhua tunteistaan. Jos lapsettomilla ei ole ketään, jolle he voisivat puhua, voivat eristäytyminen ja yksinäisyudentunne kasvaa. Aikaisemmissa tutkimuksissa lapsettomat tunsivat itsensä usein yksinäisiksi, eikä heillä ollut ketään, jolle puhua tunteistaan. Tässä tutkimuksessa suurimmalla osalla lapsettomista oli kuitenkin joku, joka kuunteli ja jaksoi olla kiinnostunut heidän jaksamisestaan. Tämän tutkimuksen tuloksissa ei ylipäätään tullut ilmi niin paljon eristäytymistä ja yksinäisyyden tunnetta kuin aikaisemmissa tutkimuksissa.

Woollettin (1985, 473) mukaan läheisiltäkin vaaditaan paljon, jos he pyrkivät olemaan lapsettomien tukena, koska lapsettomuus on usein pitkä prosessi. Tässä tutkimuksessa lapsettomat toivat esille esimerkkejä läheisten välittämisestä ja huolenpidosta. Läheiset olivat

kiinnostuneita muun muassa hoitojen etenemisestä ja heiltä sai kannustusta hoidoissa jaksamiseen. Lapsettomat olivat tyytyväisiä erityisesti myös hoitajien huolenpitoon ja ohjeiden antoon. Aikaisemmissa tutkimuksissa huolenpito on tullut esille lähinnä vain hoitajien toiminnassa. Tässä tutkimuksessa lapsettomat toivat esille runsaasti esimerkkejä myös läheisten tarjoamasta huolenpidosta ja välittämisestä. Lampisen (1987) ja Miettisen (1991) tutkimuksissa on tutkittu lapsettomien kokemuksia saamastaan hoidosta. Lapsettomat olivat tyytyväisiä sairaanhoitajien taitoihin neuvojen ja ohjeiden antajina. He kokivat hoitajien olevan myös ystävällisiä ja inhimillisiä. Sairaanhoitajat osoittivat toiminnallaan välittävänsä asiakkaiden tunteista ja tarpeista.

“Ikävät kommentit mielen pahoittajana”, “ikävä suhtautuminen pahan olon aiheuttajana” ja “tiedon puute ahdistuksen lisääjänä” –alakategoriat muodostivat yhteisen yläkategorian, joka nimettiin “ympäristön negatiiviseksi tueksi”. Useille haastatteluun osallistuneille oli jäänyt mieleen joitakin ikäviä kommentteja, joita läheiset olivat heille sanoneet. Moni oli pahoittanut mielensä, vaikka he ymmärsivätkin, etteivät läheiset välttämättä aina olleet tietoisesti heitä loukanneet. Osa ikävistä kommentteista oli niin sanottuja kliseitä ja sanontoja, joita lapsettomat olivat kyllästyneet kuulemaan. Danielsin (1993, 508) mukaan läheiset voivat esittää lapsettomia loukkaavia huomautuksia tai epäasiallisia neuvoja. Imeson & Mc Murray (1996, 1018) ovat tutkimuksessaan havainneet lapsettomien kokevan erityisen vaikeana sosiaalisen painostuksen hankkia lapsia. Kykenemättömyys vastata tähän painostukseen voi eristää lapsettomat perheet läheisistään.

Tutkimukseen osallistuneet lapsettomat kertoivat joidenkin läheisten suhtautuvan heihin ikävästi. He olivat pettyneitä läheisten käyttäytymiseen. Lapsettomat olisivat toivoneet läheisten olevan jotenkin enemmän avuksi. Osa läheisistä kuitenkin jopa vältteli heitä. Haastatellut olivat pettyneitä myös hoitohenkilökunnan toimintaan. He olisivat toivoneet hoitohenkilökunnalta enemmän aikaa, ja heidän mielestään hoidosta puuttui henkilökohtaisuus. Joitakin hoitohenkilökunnan käyttäytyminen oli jopa loukannut. Daniels (1993, 508) on havainnut yhdeksi lapsettomien suurimmaksi peloksi sen, että esimerkiksi vanhemmat alkavat vältellä heitä lapsettomuuden takia. Hoitohenkilökunnan toimintaan oltiin pettyneitä myös Lampisen (1987, 65) lapsettomuutta käsittelevässä tutkimuksessa. Lapsettomuusasiakkaat esittivät kritiikkiä henkilökohtaisuuden puutteesta. Hoitohenkilökunnan suhtautuminen asiakkaisiin oli Lampisen (1987, 65) tutkimuksen mukaan kuitenkin hyvin vaihtelevaa hoitajasta riippuen. Miettisen (1991, 77) tutkimuksessa

lapsettomat olivat pettyneitä sairaanhoitajien kiireeseen, ja myös he, kuten tämänkin tutkimuksen lapsettomat perheet, olisivat toivoneet henkilökunnalta enemmän aikaa.

Tiedon saanti koettiin tässä tutkimuksessa hyvin tärkeäksi. Tiedon puute lisäsi monen lapsettoman perheen ahdistusta. Haastatellut olisivat kaivanneet enemmän tietoa erityisesti omasta tilanteestaan ja heille tehtävistä hoidoista. Tieto helpottaisi monen mielestä lapsettomuuden käsittelemistä. Lapsettomat esittivät kritiikkiä erityisesti lääkäreiden antamasta tiedosta. He kaipasivat perusteluja hoitovalintoihin sekä esimerkiksi lapsettomuuden aiheuttajan selvittämistä. Winstonin (1994, 187) mukaan lapsettomille on ensiarvoisen tärkeää ymmärtää kokeiden ja hoitojen tarkoitus. Tärkeää on tietää myös lapsettomuuteen johtaneet syyt ja hoitomahdollisuudet. Tällöin lapsettomien perheiden on helpompi osallistua hoitojen suunnitteluun ja tuntea olevansa mukana perhettä perustettaessa. Tässä tutkimuksessa lapsettomat olivat pettyneitä näihin Winstonin (1994, 187) mainitsemiin ja hänen mielestään ensiarvoisen tärkeisiin asioihin. Lampisen (1987, 66) mukaan potilaan epävarmuuden ja pelon tunteet ovat yhteydessä siihen, miten paljon hän saa tilanteestaan tietoa. Turvallisuuden tunteen kehittämisessä tiedon saanti on keskeisenä tekijänä. Myös tässä tutkimuksessa haastatellut pitivät tietämättömyyttä suurimpana mörköinä.

Tutkimuksen tärkeimpänä antina voidaan tutkijan mukaan pitää saatua kokonaiskuvaa siitä, millaiseksi lapsettomat perheet ovat kokeneet saamansa sosiaalisen tuen. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna tutkimuksessa on uutta esimerkiksi, että lapsettomat kokivat parisuhteensa muuttuneen myönteisesti lapsettomuuden aikana. Vaikka lapsettomuutta pidettiin ennen kokemattomana rasitteena, nähtiin sen myös lähentävän puolisoita. Tämän tutkimuksen tuloksissa ei korostunut eristäytyminen ja yksinäisyys niin paljon kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Nämä tutkimustulokset antavat positiivista ulottuvuutta lapsettomuuteen. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa, myös tässä kuvattiin lapsettomuutta itsessään hyvin raskaaksi kokemukseksi. Lapsettomuuden raskautta lisäävät entisestään ympäristön luomat paineet.

6.4 Tutkimuksen merkityksestä ja jatkotutkimusaiheet

Lapsettomuuden kokeminen ja ympäristön suhtautuminen lapsettomuuteen voivat olla kulttuurisidonnaisia. Tästä syystä suomalainen tutkimus lapsettomuudesta on tärkeää.

Tutkimusta lapsettomien kokemuksista voidaan käyttää hoitotyön apuna lapsettomuusklinikoilla. Muutama haastatteluihin osallistunut mainitsi lapsettomuuden julkisuuden eduista. Heidän mielestään julkisuus on positiivista, ja se lisää läheisten ja ympäristön tietoa lapsettomuudesta, sen yleisyydestä ja lapsettomuushoidoista. Tämän vuoksi lapsettomien kokemusten tutkiminen ja tulosten julkisuus voivat auttaa lapsettomien ympäristöä suhtautumaan paremmin lapsettomuuteen. Näin ollen tutkimusten ja julkisuuden voi toivoa lisäävän positiivisen sosiaalisen tuen määrää.

Tämän tutkimuksen perusteella tehtävät jatkotutkimusaiheet kohdistuvat lapsettomien tuen saamiseen. Tutkijan mielestä olisi tärkeää selvittää myös naisten ja miesten eroja tuen saamisen kokemuksissa. Tässä tutkimuksessa nousivat esiin miesten ja naisten erilaiset tavat suhtautua lapsettomuuteen sekä erilaiset tavat käsitellä sitä. Tutkijan oman varovaisen arvion mukaan naiset ja miehet saavat apua toisistaan poikkevaista sosiaalisen tuen muodoista, eli toisin sanoen siinä missä miehellä auttaa työnteko voi nainen kaivata keskustelua. Näiden sukupuolten välisten erojen selvittämisestä voisi olla apua pyrittäessä edistämään lapsettomien perheiden hyvinvointia.

Jatkossa tutkimusta voisi kohdistaa lapsettomien perheiden kokemuksiin myös pidemmältä ajanjaksolta. Tutkimuksen avulla voisi selvittää, miten lapsettomuushoitojen vaihe (lapsettomuuden toteaminen, hoitojen pitkittyminen tai hoitojen lopettaminen) vaikuttaa tuen saamiseen ja lapsettoman perheen hyvinvointiin. Aikaisemmissa tutkimuksissa lapsettomien kokemusten on kuvattu muuttuvan positiivisemmiksi, jos hoidot on syystä tai toisesta lopetettu ja jos hoidoista on kulunut useampi vuosi aikaa. Tutkimuksen avulla olisi tarpeellista selvittää lapsettomuuden vaikutus myöhempään elämään. Esimerkiksi sen selvittäminen, miten sosiaalinen tuki on auttanut lapsettomuuden ratkeamisessa, voisi auttaa lapsettomia perheitä tällaisissa stressitilanteissa, koska lapsettomuuden ratkeaminen joko hoitojen lopettamispäätöksen vuoksi tai lapsen syntyessä on aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa suureksi stressitekijäksi.

LÄHTEET

Abbey A, Andrews F. M. & Halman L. J. 1991. The Importance of Social Relationships for Infertile Couples Well-Being. Teoksessa Stanton A. L. & Dunkel-Schetter L. J. (toim.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. The Plenum series on stress and coping. Plenum Press. New York: 61 - 86.

Abbey A., Andrews F. & Halman L. 1995. Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What Is Their Impact on the Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (3): 455 - 469.

Alasuutari P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2. painos. Vastapaino. Tampere.

Anttila L. 2002. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. *Lääketieteen aikakauskirja Duodecim*, 118 (5): 527 - 530.

Boivin J., Scanlan L. C. & Walker S. M. 1999. Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Human Reproduction*, 14 (5): 1384 - 1391.

Borg W. R. & Gall M. D. 1989. Educational research. An introduction. 5. painos. Longman. New York.

Caplan G. 1976. The Family as a Support System. Teoksessa Caplan G. & Killilea M. (toim.) *Support Systems and Mutual Help*. Grune & Stratton. New York: 19 - 36.

Cassel J. 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2): 107 - 123.

Cohen S. & Syme S. L. 1985. Issues in the Study and Application of Social Support. Teoksessa Cohen S. & Syme S. L. (toim.) *Social Support and Health*. Academic Press, Orlando: 3 - 22.

Dakof. G. A. & Taylor S. E. 1990. Victims`Perceptions of Social Support: What Is Helpful From Whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 1 (58): 80 - 89.

Daniels K. 1993. Infertility counselling: The need for a psychosocial perspective. *The british journal of social work*, 23 (5): 317 - 320.

Daniluk J. C. 1991. Strategies for Counselling Infertile Couples. *Journal of Counselling and Development*. 69 (4): 317 - 320.

Eskola J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. PS-kustannus. Jyväskylä: 133 - 157.

Eskola J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere

Field P. G., & Morse J. M. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Kirjayhtymä. Helsinki.
Friedemann M-L. 1995. *The Frameworks of Systemic Organization. A Conceptual Approach*

to Families and Nursing. Sage Publications, Thousand Oaks.

Gottlieb B. H. 1985. Social Support and Community Mental Health. Teoksessa Cohen S. & Syme S. L. (toim.) Social Support and Health. Academic Press, Orlando: 303 - 326.

Hall A. & Wellman B. 1985. Social Networks and Social Support. Teoksessa Cohen S. & Syme S. L. (toim.) Social Support and Health. Academic Press, Orlando: 23 - 60.

Hammarberg K., Astbury J. & Baker H. W. G. 2001. Women`s experience of IVF: a follow-up study. Human Reproduction. 16 (2): 374 - 383.

Hippeläinen M. & Räsänen M. 2002. Lapsettomuuden perustutkimukset. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim, 118 (5): 497 - 502.

Hirsch A. M. & Hirsch S. M. 1995. The long psychosocial effects of infertility. JOGNN: Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing, 24 (6): 517 - 522.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. 3. painos. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

House J. S. 1981. Work, stress and social support. Reading, M. A: Addison-Wesley. Michigan.

House J. S. & Kahn. R. L. 1985. Measures and Concepts of Social Support. Teoksessa Cohen S. & Syme S. L. (toim.) Social Support and Health. Academic press, Orlando: 83 - 108.

Hovatta O. & Niemi M. 1987. Saisimmepä lapsen. Weilin & Göös. Espoo.

Hovatta O. 1997. Säilyykö Suomen kansa ilman lääketieteen suomaa apua? Teoksessa Alkio P., Söderling I. & Takoja M. (toim.) Väheneekö väki - paranevatko pidot? Väestöliitto. Helsinki.

Häggdahl E.-S. 1990. Psykologiska aspekter på infertilitet. Nordisk Psykologi, 42 (5): 334 - 347.

Kahn. R. L. & Antonucci T. C. 1980. Convoys Over the Life Course: Attachment, Role and Social Support. Teoksessa Baltes P. B. & Brim O. G. Jr. (toim.) Life- span Development and Behaviour (3). Academic press, New York: 253 - 286.

Killilea M. 1976. Mutual Help Organizations: Interpretations in the Literature. Teoksessa Caplan G. & Killilea M. (toim.) Support Systems and Mutual Help. Grune & Stratton. New York: 37 - 93.

Krause K. & Kiikkala I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Helsinki.

Imeson M. & McMurray A. 1996. Couples` experiences of infertility: a phenomenological study. Journal of advanced nursing, 24 (5). 1014 - 1022.

Jirka J., Schuett S. & Foxall M. J. 1996. Loneliness and social support in infertile couples. JOGNN: Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing, 25 (1): 55 - 60.

Kane C. F. 1988. Family social support: Toward a conceptual model. *Advances in Nursing Science*, 10 (2): 18 - 25.

Klemetti R. 2001. Koeputkihedelmöityshoitojen jakautuminen ja kasautuminen Suomessa vuosina 1996 - 1998. STAKES aiheita 18/2001. Stakesin monistamo. Helsinki.

Kumpusalo E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Kyngäs H. 1995. Diabeetikkonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos. Oulu.

Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön erittely. *Hoitotiede*, 11 (1): 3 - 12.

Laine T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola J. & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. PS-kustannus. Jyväskylä: 26 - 43.

Lampinen T. 1987. Lapsettomuuden ongelma. Tampereen yliopisto, kansanterveystieteen laitos. Tampere

Lapsettomien tuki ry. 2004. Saatavilla www-muodossa >[URL:http://members.vip.fi/~ltry/](http://members.vip.fi/~ltry/)>. 11.5.2004.

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY. Juva.

Leatham G. & Duck S. 1990. *Conversation with Friends and the Dynamics of Social Support*. Teoksessa Duck S. & Silver R. C. (toim.) *Personal Relationships and Social Support*. Sage. London: 1 - 29.

Lukkarinen H. 1998. Ihmisen kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY. Juva.

Lääketieteen termit. Duodecim selittävä suursanakirja. 2002. Gummeruksen kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Maijala H., Paavilainen E., Åstedt-Kurki P. & Paunonen-Ilmonen M. 2002. Poikkeavaa lasta odottavien perheiden tutkimushaastattelu. *Hoitotiede*, 14 (1): 3 - 10.

Mainio A. 2002. Surutyön kautta elämän mielekkyyteen. Teoksessa Joensuu K. (toim.) *Kun syli on tyhjä. Kokemuksia lapsettomuudesta*. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä: 37 - 43.

Malinen V. 1994. Tahaton lapsettomuus psykososiaalisena ilmiönä ja kriisinä. *Perheterapia*, 1: 20 - 24.

Mallinger K. M. 1989. *The american family: history and development*. Teoksessa Bomar P. J. (toim.) *Nurses and family health promotion. Concepts, assessment and intervention*. Saunders company. Philadelphia: 3 - 5.

- Miettinen M. 1991. Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautipoliklinikan palvelukyky lapsettomuusasiakkaiden arvioimana. Kuopion yliopisto, terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopio.
- Morgan D. L. 1990. Combining the Strengths of Social Networks, Social Support, and Personal Relationships. Teoksessa Duck S. & Silver R. C. (toim.) Personal Relationships and Social Support. Sage. London: 190 - 215.
- Mäkelä K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki: 42 - 61.
- Nieminen H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva: 215 - 221.
- Oinonen T. 1998. Pitkä odotus: kokemuksia lapsettomuuden hoidoista. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Paavilainen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.
- Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo.
- Pelkonen M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Perhekäsityöryhmän muistio. 1993. Työryhmämuistio 1993:26. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.
- Perttula J. 1995. Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. Kasvatus. Suomen kasvatustieteellinen aikakauslehti, 26 (1): 39 - 47.
- Pietilä V. 1973. Sisällön erittely. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki.
- Pyörälä E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 31 (1): 4 - 14.
- Saario P. 1997. Perhesuunnittelu ja lapsettomuus ihmisten mielissä. Teoksessa Ritamo M. & Kautto S. (toim.) Näkökulmia hedelmöityshoitoihin. STAKES aiheita 49/1997. Stakesin monistamo. Helsinki: 63 - 65.
- Salzer L. P. 1994. Lapsettomuus kriisinä. Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.
- Schoener C. J. & Krysa L. W. 1996. The Comfort and Discomfort of Infertility. JOGNN: Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing, 25 (2): 167 - 172.
- Schulz R. & Rau M. T. 1985. Social Support through the Life Course. Teoksessa Cohen S. & Syme S. L. (toim.) Social Support and Health. Academic press, Orlando: 129 - 149.
- Stakes. 1996. Hedelmättömyyshoitoja koskevien lakiesitysten valmistelun kiirehtimiseksi. Stakesin työryhmän esitys 14/96. Stakesin monistamo. Helsinki.

Stammer H., Wischmann T. & Verres R. 2002. Counseling and Couple Therapy for Infertile Couples. *Family Process*, 41 (1): 111 - 122.

Suomen kielen perussanakirja 2. Osa. 1992. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Suomen kielen perussanakirja 4. Osa. 1994. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki – ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.

Tervo A. & Pietilä A-M. 1995. Vanhusten kotona selviytyminen. “Hyvä olo ihan jokapäiväisistä asioista...” *Hoitotiede*, 7 (5). 214 - 222.

Tiitinen A. 2002a. Lapsettomuus – laajeneva ongelma? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 118, (5): 493 - 494.

Tiitinen A. 2002b. Lapsettomuuden hoidon valinta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 118, (5): 517 - 520.

Tulppala M. 1999. Ben Furman: Lapsettomuus. TV 1. 4. 10. 1999.

Tulppala M. 2002. Lapsettomuuden tuska. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 118 (5): 531 - 536.

Tuohela K. 1997. Uusi lapsi. Teoksessa Utrio K. (toim.) *Familia*, eurooppalaisen perheen historia VI. Karisto Oy, Hämeenlinna: 195 - 220.

Uusitalo H. 1996. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Wsoy. Juva.

Varto J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä. Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva: 26 - 34.

Vehviläinen-Julkunen K. & Paunonen M. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva: 14 - 25.

Viljanen K. 1994. Perhe ja perhekeskeisyys hoidossa. *Terveystieteiden lehti*, 5: 3 - 5.

Winston R. 1994. *Infertility. A sympathetic approach*. Optima. London.

Woollett A. 1985. Childlessness: strategies for coping with infertility. *International journal of behavioral development*, 8 (4): 473 - 482.

Yoxen E. 1988. Luonto vai teknologia. Hedelmättömyyden hoidon ja uuden genetiikan rajat. Weilin & Göös. Espoo.

Åstedt-Kurki P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere.

Åstedt-Kurki P. & Nieminen H. 1998. Fenomenologisen tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva: 152 - 173.

Liite 1. Henkilökunnan tiedote

**TIEDOTE XXX KLINIKAN HOITOHENKILÖKUNNALLE LAPSETTOMIEN
PERHEIDEN SOSIAALISEN TUEN KOKEMUKSIA KARTOITTAVASTA
TUTKIMUKSESTA**

Olen Tampereen yliopiston hoitotieteen opiskelija Anu Tuominen ja tulen XXX klinikalle tekemään tutkimusta lapsettomien perheiden kokemuksista sosiaalisesta tuesta suhteessa lapsettomuuskriisiin. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten lapsettomuushoitoja, erityisesti hormonihoidoja saavat, lapsettomat perheet kokevat saamansa sosiaalisen tuen. Tutkimus on osa hoitotieteen laitoksen vanhemmuuden tukemisen projektia. Tulosten toivotaan auttavan hoitohenkilökuntaa hoitotyön suunnittelussa ja arvioinnissa.

Toimitan klinikalle kolmekymmentä potilastiedotetta sekä kolmekymmentä suostumuslomaketta. Lomakkeet on tarkoitus jakaa viidelletoista hormonihoidoja saamassa olevalle perheelle (molemmille puolisoille omat lomakkeet). Kriteerinä tutkimukseen osallistumiselle ovat hormonihoidot. Täten lomakkeet jaetaan tutkimuksen alettua viidelletoista ensimmäiselle hormonihoidoja saavalle pariskunnalle. Tutkimukseen suostuvien toivotaan palauttavan suostumuslomake hoitohenkilökunnalle. Noudan palautetut lomakkeet klinikalta, jonka jälkeen otan yhteyttä tutkittaviin. Tutkimusaineisto kerätään haastatteluilla, joihin kuuluva aika on puolesta tunnista tuntiin. Haastattelut on tarkoitus tehdä tammi-helmikuun 2003 aikana. Suostumuslomakkeet ja haastattelunauhat arkistoidaan hoitotieteen laitoksen arkistoon ja tutkittavien henkilöllisyys on ainoastaan minun tiedossani.

Ennen tutkimuksen alkua tulen informoimaan hoitohenkilökuntaa tutkimuksesta ja sen kulusta myös suullisesti. Mikäli teillä on kysymyksiä, vastaan niihin mielelläni.

Ystävällisin terveisin

Anu Tuominen

terveydenhoitaja, terveystieteen maisteri –opiskelija

p. 050- 522 6265, anu.j.tuominen@uta.fi

POTILASTIEDOTE

18. 12. 2002

Hyvä XXXklinikan asiakas,

Pyydämme Teitä osallistumaan Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella tehtävään tutkimukseen, jossa selvitetään lapsettomuushoidoissa olevien kokemuksia saadusta tuesta. Koska Te olette näiden kokemusten asiantuntija, pyydämme Teitä ja puolisoanne osallistumaan tutkimukseen. Tutkimuksella pyritään saamaan tietoa, joka auttaa hoitohenkilökuntaa lapsettomuushoidoissa ja – tutkimuksissa olevien hoitotyön kehittämisessä. XXX XXX eettinen toimikunta on antanut tutkimukselle myönteisen lausunnon.

Tutkimusta varten perheenne kokemuksia lapsettomuuden mukanaan tuomista asioista sekä saamastanne tuesta kartoitetaan haastattelemalla. Haastattelen Teitä ja puolisoanne erikseen. Varatkaa haastatteluun aikaa puolesta tunnista tuntiin. Halukkuudestanne osallistua tutkimukseen pyydämme Teitä ja puolisoanne ilmoittamaan täyttämällä oheinen suostumuslomake sekä palauttamaan se hoitohenkilökunnalle. Tutkija ottaa teihin yhteyttä haastatteluajan sopimiseksi. Haastattelut pyritään tekemään Teille parhaiten sopivana ajankohtana ja Teille sopivassa paikassa. Teillä on oikeus missä tahansa vaiheessa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä siihen ilmoittamatta. Kieltäytymisenne ei vaikuta klinikalla Teille tehtäviin tutkimuksiin ja hoitoihin. Haastatteluja ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Mikäli Teillä on jotakin kysyttävää tutkimuksesta tai haluatte lisätietoja, voitte soittaa tai lähettää sähköpostia:

Anu Tuominen puhelin: 050-522 6265,
sähköpostiosoite: anu.j.tuominen@uta.fi

Ystävällisin terveisin

Anu Tuominen
Terveystieteiden maisteri -opiskelija

XXX XXX
XXXklinikan ylihoitaja

Liite 3. Suostumuslomake

SUOSTUMUS

LAPSETTOMUUSHOIDOISSA OLEVIENT PERHEIDEN TUEN SAANNIN KOKEMUKSIA SELVITTÄVÄ TUTKIMUS

Olen saanut sekä kirjallista, että suullista tietoa lapsettomuushoidoissa olevien perheiden tuen saannin kokemuksia selvittävästä tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä kysymyksiä tutkijalle.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että haastattelussa antamani tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella ____ . ____ . 2003

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

asiakkaan allekirjoitus

vastaanottajan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

asiakkaan henkilötunnus

osoite

Miten toivotte tutkijan ottavan Teihin yhteyttä haastatteluajan sopimiseksi?

() puhelimitse puh.nro: _____

() kirjeitse osoite: _____

() sähköpostitse e-mail: _____

Liite 4. Abstrahointi

