

## Toiveena lapsi

### Opas lapsettomuudesta maahanmuuttajille

Katja Oksanen  
Katriina Kiuru

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä(t) Kiuru, Katriina Oksanen, Katja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 10.10.2016
	Sivumäärä 135	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Toiveena lapsi - Opas lapsettomuudesta maahanmuuttajille</b>		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto		
Työn ohjaaja(t) Riitta Ala-Luhtala ja Christina Mantsinen		
Toimeksiantaja(t) Mauste-hanke, Riitta Ala-Luhtala		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Mauste-hanke, eli maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistämisen hanke, jonka yhtenä tarkoituksena on edistää ammattilaisten monikulttuurista seksuaaliterveyden osaamista. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa selkokielineen opas fertiili-ikäisille maahanmuuttajille lapsettomuuden ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä sekä toimia terveydenhuollon ammattilaisten toiminnan tukena.</p> <p>Maahanmuuttajien lapsettomuutta käsittelevän oppaan tuottaminen oli perusteltua, sillä muun muassa maahanmuutto on kasvanut Suomessa huomattavasti viime vuosina turvapaikanhakijoiden suuren määrän myötä. Tämä näkyy monikulttuurisuuden lisääntymisenä Suomen terveydenhuollossa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana, jonka tuotoksena tehtiin opas maahanmuuttajille. Tuotettu opas sisältää näyttöön perustuvaa tietoa ja ohjeita lapsettomuudesta, sen ennaltaehkäisystä sekä lapsettomuuden hoidosta. Opas on tuotettu terveysaineiston laatukriteerejä ja standardeja noudattaen. Opas toteutettiin painettuna versiona sekä suomen että englannin kielellä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Maahanmuuttaja, lapsettomuus, tahaton lapsettomuus, seksuaaliterveys, lisääntymisterveys. Mauste-hanke		
Muut tiedot Liitteenä terveysaineistoja kuvaavat standardit ja laatukriteerit (5 sivua) sekä opas lapsettomuudesta maahanmuuttajille suomeksi ja englanniksi (62 sivua)		

Author(s) Kiuru, Katriina Oksanen, Katja	Type of publication Bachelor's thesis	Date 10.10.2016
	Number of pages 135	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication <b>Wishing for a baby – A guidebook on infertility for immigrants</b>		
Degree programme Degree Programme in Nursing/Midwifery		
Supervisor(s) Riitta Ala-Luhtala and Christina Mantsinen		
Assigned by Mauste-project, Riitta Ala-Luhtala		
<p>Description</p> <p>This thesis was assigned by the Mauste-project aimed at promoting the sexual health and security skills of immigrants as well as at promoting health professionals' knowledge of multicultural sexual health issues. The goal of the thesis was to produce a guidebook for fertile-age immigrants about infertility, prevention of infertility and the treatments of infertility. The purpose of was to promote the sexual and reproductive health of immigrants in Finland, as well as to support health care professionals' work.</p> <p>The production of an infertility guide for immigrants was justified because immigration has increased considerably in Finland in the recent years as the number of asylum seekers has increased. This is reflected as an increase in multiculturalism in Finnish health care.</p> <p>The thesis was implemented as developmental research the output of which was the guidebook for immigrants. The guidebook includes evidence-based information about infertility and its treatment methods as well as guidelines for its prevention. The guidebook was produced according to the health data quality criteria and standards. The guidebook was published in a printed format both in Finnish and English.</p>		
Keywords (subjects) Immigrant, infertility, involuntary infertility, sexual health, reproductive health, Mauste-project		
Miscellaneous Appendix 1: The health data standards and quality criteria (5 pages) Appendix 2: A guidebook about infertility for immigrants in Finnish and English (62 pages)		

## Sisältö

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>2</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE</b> .....	<b>3</b>
<b>3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS</b> .....	<b>3</b>
3.1 MAAHANMUUTTO .....	3
3.1.1 Maahanmuuttaja, turvapaikanhakija ja pakolainen .....	3
3.1.2 Maahanmuuton nykytilanne Suomessa.....	4
3.2 RASKAUDEN ALKAMISEEN JA JATKUMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	5
3.2.1 Sukuelinten anatomia ja fysiologia .....	5
3.2.2 Hedelmällisyyden edistäminen .....	10
3.3 LAPSETTOMUUS.....	12
3.3.1 Lapsettomuuden määritelmä ja yleisyys.....	12
3.3.2 Tahattoman lapsettomuuden syyt.....	13
3.3.3 Lapsettomuustutkimukset .....	19
3.3.4 Lapsettomuushoidot .....	22
3.3.5 Lapsettomuuden vaikutukset sosiaaliseen elämään, parisuhteeseen sekä seksuaalisuuteen .....	30
3.3.6 Laki hedelmöityshoidoista .....	32
3.3.7 Lapsettomuushoidot ja maahanmuuttaja .....	35
3.4 OHJAUS .....	36
3.4.1 Potilasohjaus .....	37
3.4.2 Maahanmuuttajan ohjaus .....	39
3.4.3 Hyvä kirjallinen ohjausmateriaali.....	40
<b>4 OPPAAN TOTEUTTAMISPROSESSI</b> .....	<b>43</b>
4.1 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA.....	43
4.2 OPPAAN TAUSTA JA TARVE .....	45
4.3 OPPAAN KOHDERYHMÄ.....	47
4.4 OPPAAN TAVOITTEET .....	48
4.5 TIEDONHAKU .....	49
4.6 OPPAAN TUOTTAMINEN.....	51

<b>5 POHDINTA.....</b>	<b>51</b>
5.1 OPPAAN ARVIOINTI .....	51
5.2 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	53
5.3 KEHITTÄMISEHDOTUKSET .....	55
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>56</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>69</b>
Liite 1. Terveysaineistoja kuvaavat standardit, kriteerit ja oleellisia kysymyksiä	69
Liite 2. Toiveena lapsi. Opas maahanmuuttajalle .....	74

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Miehen sisäiset sukupuolielimet .....	6
Kuvio 2. Naisen sisäiset sukupuolielimet .....	8
Kuvio 3. Lapsettomuuden hoitopolku.....	20
Kuvio 4. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät -ohjauksen lähtökohta.....	38
Kuvio 5. Tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikka.....	44
Kuvio 6. Oppaan tuottamisen prosessi lineaarisen mallin avulla.....	45

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Hedelmöityshoidon antamisen esteet.....	33
Taulukko 2. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja lausekkeet.....	49
Taulukko 3. Tiedonhaussa käytetyt tietokannat.....	50

# 1 Johdanto

Lapsettomuus (*engl. Infertility*) on maailmanlaajuinen ongelma. Tahaton lapsettomuus koskettaa pariskuntaa, ei vain yksin naista tai miestä. Yleensä lapsettomuuteen löytyy syy, mutta moni pariskunta kärsii lapsettomuudesta ilman selittävää syytä. Suomessa noin 15 % pariskunnista kärsii lapsettomuudesta jossakin elämän vaiheessa. (Eskola & Hytönen 2008, 310–311.) WHO:n raportissa kehitysmaissa noin 8-12 % pariskunnista arvioidaan kokevan lapsettomuutta. Joissakin Afrikan alueilla arvioidaan yhden kolmanneksen pariskunnista olevan lapsettomia. (Pruuki, Tiuhonen & Tuominen 2015, 110.) Kehittyneissä maissa lapsettomuushoidot ovat varsin edistyskellisiä, ja siksi tahattomaan lapsettomuuteen on huomattavasti enemmän hoitokeinoja, esimerkiksi keinohedelmöitys. (Eskola & Hytönen 2008, 310–311.) Vaikka lapsettomuushoitoja on tarjolla, monelle maahanmuuttajalle ja perheelle lapsettomuushoidot voivat olla vieras asia, esimerkiksi koulutuksen tai tiedonpuutteen vuoksi. (Apter 2009.)

Opinnäytetyö käsittelee maahanmuuttajien lapsettomuutta. Aihe on erittäin ajankohtainen tällä hetkellä, koska maahanmuuttajien määrä Suomessa on noussut huomattavasti viimeisien vuosien aikana. Myös maahanmuuttajille on tärkeää tarjota seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tietoa ja palveluita.

Kuten Suomen kantaväestölle, myös maahanmuuttajataustaisille ihmisille perhekeisyys sekä lapsen saanti ovat tärkeä asia (Juntunen 2009a, 221). Opinnäytetyön tavoite on tuottaa fertiili-ikäisille maahanmuuttajille opas lapsettomuuden ennaltaehkäisystä ja lapsettomuushoidoista. Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä antamalla tietoa edellä mainituista asioista: lapsettomuudesta, sen ennaltaehkäisystä sekä lapsettomuuden hoidosta. Tarkoituksena on myös, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden ammattilaiset, esimerkiksi kättilöt ja terveydenhoitajat voivat käyttää opasta ohjauksen tukena.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa fertiili-ikäisille maahanmuuttajille opas lapsettomuudesta, sen ennaltaehkäisystä ja lapsettomuushoidoista. Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä antamalla tietoa edellä mainituista asioista: lapsettomuudesta, sen ennaltaehkäisystä sekä lapsettomuuden hoidosta. Tarkoituksena on myös, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden ammattilaiset, esimerkiksi kättilöt ja terveydenhoitajat, voivat käyttää opasta ohjauksen tukena.

## 3 Teoreettinen viitekehys

### 3.1 Maahanmuutto

*“Maailmassa on suurin pakolaiskriisi toisen maailmansodan jälkeen”*

(Sisäministeriö 2016).

Näin kirjoittaa sisäministeriö YK:n pakolaisjärjestön antamassa tiedotteessa. Sotien sekä vainojen myötä kymmenet tuhannet ihmiset ovat joutuneet pakenemaan kotiseudultaan turvallisempiin maihin, kuten Suomeen. Maahanmuutto voi olla joko humanitaarista eli turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten muuttamista Suomeen, tai työperäistä, jossa Suomeen muutetaan työn perässä (Martikainen 2011). Maahanmuutto käsittää henkilöt, jotka aikovat asua Suomessa yli vuoden, tai jotka ovat asuneet vähintään yli 3 kuukautta Suomessa (Maahanmuutto n.d.).

#### 3.1.1 Maahanmuuttaja, turvapaikanhakija ja pakolainen

Käsitettä maahanmuuttaja voidaan käyttää henkilöstä, joka on esimerkiksi muuttanut kohtamaan joko perhesyistä tai etsiäkseen työpaikan (Pakolaisapu, n.d.). Maahanmuuttaja voi olla myös esimerkiksi Suomeen muuttanut, opiskelupaikan saanut

opiskelija. Suurin osa maahanmuuttajista on EU-kansalaisia. (Maahanmuutto n.d, 3.)

Maahanmuuttaja-käsitteellä voidaan viitata kaikkiin eri perustein muuttaneisiin henkilöihin (Käsitteet, 2016). Käsite pitää sisällään myös turvapaikanhakijat sekä pakolaiset, vaikka valtaosa heistä ei haekaan oleskelulupaa Suomeen vaan palaavat kotimaihinsa konfliktin jälkeen tai kunnes kotimaahan on turvallista palata. Turvapaikanhakija on lähtenyt kotimaastaan tietystä syystä hakemaan turvaa. Turvapaikkoja myönnetään vain pienelle osalle hakijoista, joilla täyttyy suojelutarve. Pakolaiseksi määritellään henkilö, joka on paennut toiseen valtioon saamaan turvaa ja suojelua. Syitä suojelun tarpeelle voivat olla esimerkiksi konflikti kotimaassa, sota sekä vaino. Jokainen maa määrittää vuosittaisen kiintiön pakolaisille, joka oli vuosina 2014 ja 2015 1050 henkilöä johtuen Syyrian konfliktista. Kiintiöpakoisstatuksen myöntää YK:n pakolaisasioiden päävaltuutettu. (Pakolaisapu, n.d.)

Moni pakolainen hakee oleskelulupaa eri perustein. Oleskelulupaa voi anoa kohdevaltiolta joko määräajaksi tai pysyvästi. Oleskelulupa myönnetään eri perustein, joita ovat humanitaarinen suojelu (esimerkiksi katastrofin takia), toissijainen suojelutarve (esimerkiksi kuolemanrangaistus kotimaassa) sekä yksilöön kohdistuva inhimillinen peruste (esimerkiksi Suomessa syntyneet perhesiteet sekä kotimaan riskiolosuhteet). (Pakolaisapu, n.d.)

### **3.1.2 Maahanmuuton nykytilanne Suomessa**

Vuonna 2015 maahanmuutto sekä turvapaikanhakijoiden määrä kasvoi hurjasti, sillä kriisialueiden tilanne kärjistyi ja kansalaisten oli lähdettävä maasta pakoon. Maahanmuuttoviraston tilastojen mukaan vuonna 2015 yhteensä 32 547 pakolaista saapui Suomeen, joista 7466 haki turvapaikkaa ja 1628 sai myönteisen päätöksen. (Maahanmuuttovirasto 2016.)



Heinäkuuhun 2016 mennessä Suomeen myönnettiin turvapaikka 3672 pakolaiselle. Oleskelulupaa haki heinäkuun 31. päivään mennessä 22 876 ihmistä ja heistä 17 796 sai oleskeluluvan Suomesta. Kansalaisuutta haki 11880 ihmistä, joista 8218 saivat Suomen kansalaisuuden. (Maahanmuuttovirasto 2016.)

Vaikka tänä päivänä suuri määrä maahanmuuttajista ovat turvapaikanhakijoita sekä pakolaisia, edelleen iso osa Suomeen tulevista henkilöistä tulee naapurimaista. Vuonna 2014 suurimmat määrät maahanmuuttajia saapui Suomeen Virosta (48 000), sekä Venäjältä (30 000). Naapurimaasta Ruotsista saapui samana vuonna 8000 maahanmuuttajaa. (Salo & Miettinen n.d.)

### 3.2 Raskauden alkamiseen ja jatkumiseen vaikuttavia tekijöitä

Raskauden alkaminen edellyttää naisen ja miehen sukuelimien häiriöttömän toiminnan. Munasolun kypsyminen ja irtoaminen, normaalin sperman tuotanto sekä hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen ovat ehtona raskauden alkamiselle luonnollisesti. (Raskauden alkaminen n.d. 13.)

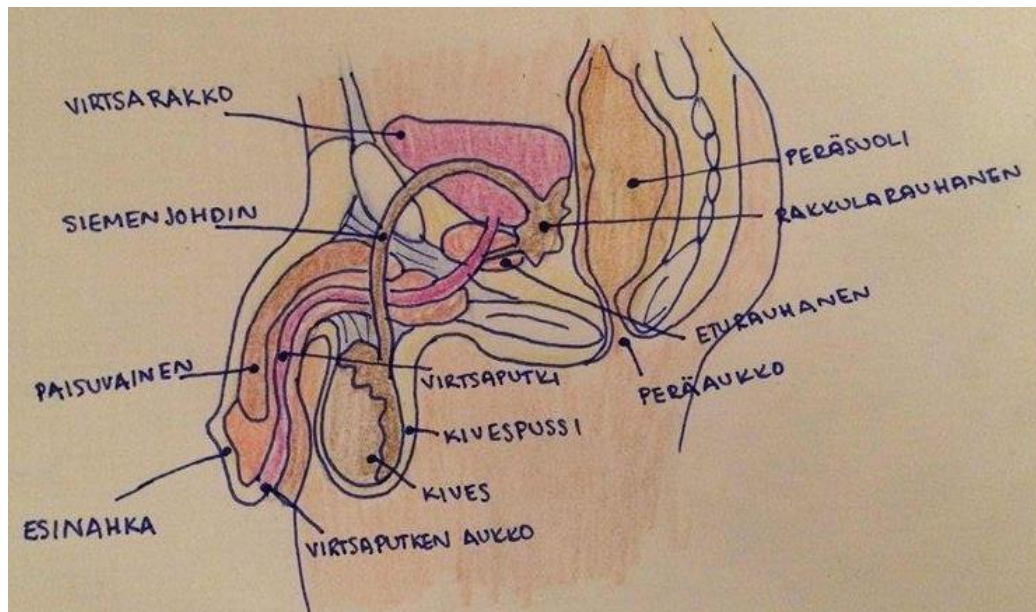
Elintavat vaikuttavat hedelmällisyyteen ja raskauden onnistumiseen. Lasta toivovan ja raskautta suunnittelevan parin on hyvä miettiä, millä tavoin he voivat itse vaikuttaa hedelmällisyyden edistämiseen. Terveellisiin elämäntapoihin kuuluu muun muassa monipuolinen ruokavalio sekä tupakoinnin lopettaminen raskautta suunnitellessa. (Tiitinen 2015, 117.)

#### 3.2.1 Sukuelinten anatomia ja fysiologia

##### Miehen anatomia

Miehen sukupuolielimet voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoiisiin sukupuolielimiin. Ulkoiset sukupuolielimet ovat siitin sekä kivespussi. Sisäisiin sukupuolielimiin kuuluvat kivek-

set, lisäkivekset sekä siemenjohtimet (ks. kuvio 1). (Bjälle, Haug, Sand & Sjaastad 2013, 490.) Lisäksi miehen sisäisiin sukupuolielimiin kuuluvat rakkularauhaset, eturauhanen sekä Cowperin rauhaset (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä 2015, 80).



Kuvio 1. Miehen sisäiset sukupuolielimet (Kuva: Emmi Liski)

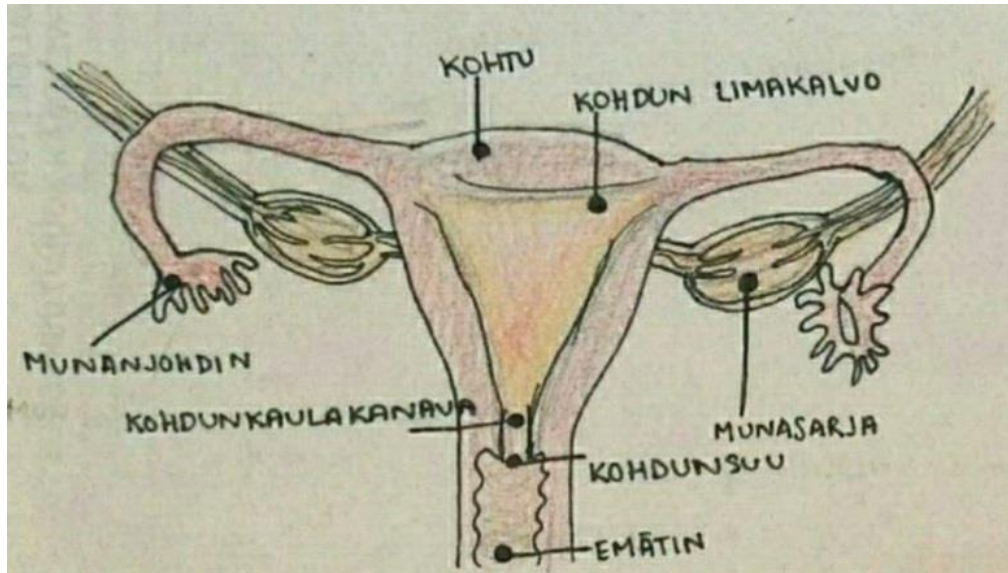
Siitin eli penis on putkimainen elin, joka kiinnittyy lantion etupuolelle. Siittimen sisällä kulkeva virtsaputki yhdistyy siemenjohtimiin, jota kautta siemenneste kulkeutuu yhdynnässä emättimeen. Kivesten tehtävä on tuottaa siittiöitä, jota kutsutaan *spermatogeneesiksi*. Spermatogeneesi tapahtuu kivesten siementiehyissä. Kivekset ovat kivespussissa, jotka puolestaan sijaitsevat vatsaontelon etuseinämässä, siittimen takana. Kivespussien tehtävä on ylläpitää siittiöiden tuotannon kannalta optimaalista lämpötilaa, noin 1 – 2 °C ruumiinlämpöä alhaisempi. Kivespussin poikkijuovaiset lihakset supistuvat riippuen kivespussin lämpötilasta. Kivekset tuottavat myös androgeenejä eli mieshormoneja, joista tärkein on testosteroni. Sen tehtäviä ovat muun muassa siittiötuotannon tehostaminen, maskuliinisen eli miehisen käytöksen edistäminen, näkyvien sukupuolielinten kehittyminen sekä muiden miehisten merkkien kehittyminen. (Bjälle ym. 2013, 491, 493.)

## Naisen anatomia

Naisen ulkoisiin sukupuolielimiin kuuluvat isot ja pienet häpyhuulet, häpykukkula, häpykieli eli klitoris, emättimen aukko ja eteinen sekä eteisrauhaset. Naisen ulkoisia sukupuolielimiä kutsutaan myös ulkosynnyttimiksi. Sisäisiin sukupuolielimiin kuuluvat emätin, kohtu, munajohtimet sekä munasarjat (ks. kuvio 2). (Paananen ym. 2015, 62.)

Emätin on noin 10 cm pitkä putkimainen käytävä, joka yhdistää ulkosynnyttimet kohdunkaulaan (ks. kuvio 2). Emättimen sisäpintaa peittää paksu limakalvo, jossa sen omat rauhaset sekä kohdunkaulan limarauhaset huolehtivat emättimen kosteudesta. Limakalvot toimivat näin ollen myös taudinaiheuttajia vastaan. (Bjålie ym. 2013, 496.) Emättimen tehtävä on toimia myös poistoreittinä kuukautisverelle (Paananen ym. 2015, 69).

Naisen sukupuolirauhaset eli munasarjat ovat mantelinmuotoiset elimet, joiden tehtävänä on tuottaa munasoluja ja sukupuolihormoneja. Munasarjat sijaitsevat vatsakalvon ulkopuolella, suunnilleen lonkkanivelen korkeudella. Munanjohtimet ovat noin 10–12 senttimetrin pituiset elimet, jotka yhdistävät munasarjat kohtuun (ks. kuvio 2). Munanjohtimia pitkin siittiöt kulkevat kohti munasolua. Munanjohtimessa hedelmöittynyt munasolu kulkeutuu munanjohdinta pitkin kohtuun, jonka seinämään se kiinnittyy. (Paananen ym. 2015, 62.)



Kuvio 2. Naisen sisäiset sukupuolielimet (Kuva: Emmi Liski)

### Kuukautiskierto

Kuukautiskierto on ajanjakso, jonka aikana munasolu kypsyy ja irtoaa sekä siirtyy munatorveen. (Paananen ym. 2015, 93). Kuukautiset alkavat keskimäärin 12–13 vuoden iässä. Perimä ohjaa kuukautisten alkamista, mutta siihen vaikuttavat myös liikunta ja ravinto. Lapsuudessa sairastetut sairaudet voivat myös vaikuttaa kuukautisten alkamisikään. (Tiitinen 2015.)

Jo sikiökaudella tyttösikiölle kehittyvät esimunarakkuloissa alkumunasoluja. Nämä alkumunasolut eivät kuitenkaan ole hedelmöityskelpoisia ennen sukukypsäksi tuloa. Tyttösikiön munarakkulat voivat kypsyä jo sikiökaudella, mutta niiden kehitys päättyy aina surkastumiseen. Vasta kuukautisten alkamisiässä kypsyy ensimmäinen munarakkula, jonka munasolu on hedelmöityskelpoinen. (Paananen ym. 2015, 93.)

Hormonit ja niiden pitoisuuksien vaihtuminen aiheuttavat kohdussa ja munasarjoissa tapahtuvat muutokset kuukautiskierron aikana. Aivojen hypotalamuksen gonadotropiinien vapauttajahormonit eli GNRH aikaansaavat aivolisäkkeen etulohkon vapauttamaan gonadotropiineja. Näitä gonadotropiineja ovat lutropiini eli luteinisoiva hor-

moni (LH) sekä follitropiini eli follikkelia stimuloiva hormoni (FSH). FSH:n tehtävänä on vaikuttaa munasarjoissa oleviin follikkeleihin kasvattamalla niitä sekä tuottamalla estrogeeniä. LH:n tehtävänä on vaikuttaa munarakkuloiden kehittymiseen, saada aikaan ovulaatio sekä tämän jälkeen muuttaa puhjennut follikkeli toimivaksi kelta-  
rauhaseksi. (Paananen ym. 2015, 93.)

Munasarjojen toiminta voidaan jakaa kahteen osaan: follikkelivaiheeseen sekä luteaalivaiheeseen. Näiden vaiheiden välissä tapahtuu munasolun irtoaminen eli ovulaatio. Follikkelivaihe ajoittuu kuukautiskierron ensimmäisen päivän sekä munasolun irtoamisen (n. kuukautiskierron puoliväli) välille. Luteaalivaihe alkaa munasolun irtoamisesta ja päättyy kuukautisten alkamiseen. (Bjålie ym. 2013, 498.)

Follikkelivaiheessa munarakkula eli follikkeli kypsyy vähitellen follikkelia stimuloivan hormonin (FSH) johdosta. Follikkelin kypsyminen alkaa jo muutama päivä ennen kuukautisvuotoa, jolloin munasarjassa alkaa kasvaa primaarifollikkeleita. Näistä primaarifollikkeleista osa jää kehityksestä jälkeen, mutta noin viikon kuluttua tästä jäljellä on enää yksi kasvanut follikkeli. Ne follikkelit, jotka eivät kypsy valmiiksi, surkastuvat ja häviävät lopulta kokonaan. Follikkelilla kestää noin 10–14 päivää kypsyä valmiiksi. (Bjålie ym. 2013, 498.)

Follikkelivaiheessa FSH pitoisuus nousee rajusti "piikiksi". Tämä saa aikaan estrogeenituotannon lisääntymisen, mikä puolestaan nostattaa luteinisoivaa hormonia (LH). Kun LH erittyminen on huipussaan, tapahtuu ovulaatio eli kypsän follikkelin seinämä puhkeaa ja munasolu irtoaa ja siirtyy munanjohtimeen. (Bjålie ym. 2013, 498–499.) Ovulaation aikana kohdunkaulan limaneritys kasvaa. Myös kehon lämpötila nousee ja kohdunnapukka pehmenee ja siirtyy. Osalla naisista voi esiintyä toispuolista kipua alavatsalla, mikä on täysin normaalia ovulaatiossa. (Voutilainen N.d.)

Ovulaation jälkeen alkaa luteaalivaihe, joka kestää noin 14 päivää. Luteaalivaiheessa Puhjennut follikkeli alkaa FSH:n ja LH:n ansiosta luteinisoitua eli muuttumaan nais-hormoneja (progesteronia ja estradiolia) tuottavaksi keltarauhaseksi. Jos munasolu ei hedelmöity, keltarauhanen surkastuu ja näin ollen hormonituotanto lakkaa. (Bjålie ym. 2013, 499.) Progesteronipitoisuuden pieneneminen supistaa valtimoita, jolloin verenkierto kohtuun heikkenee. Tämä johtaa kohdun limakalvon pintakerroksen heikkenemiseen ja valtimoiden puhkeamiseen, joka irrottaa kuolleen kerroksen kohdun limakalvolta. Tätä emättimestä poistuvaa veristä vuotoa kutsutaan kuukautisvuodoksi, joka kestää yleensä noin 3-7 päivää. (Bjålie ym. 2013, 501.)

Kuukautiskierto jaetaan kolmeen vaiheeseen: kuukautisvuoto, proliferaatio- sekä sekreetiovaihe. Kuukautisvuodon jälkeisessä proliferaatiovaiheessa kohdun limakalvo kasvaa ja tämä vaihe jatkuu ovulaatioon saakka. Ovulaation jälkeen sekreetiovaiheessa eli eritysvaiheessa progesteroni-hormoni kiihdyttää kohdun limakalvon rauhasen toimintaa, jolloin ne erittävät glykogeenipitoista eritettä, joka ravitsee hedelmöittynyttä munasolua. (Bjålie ym. 2013, 501–502.)

### 3.2.2 Hedelmällisyyden edistäminen

Lasta toivovien tulisi noudattaa terveellistä ja monipuolista ruokavaliota. (Tiitinen 2015, 117). Hedelmöittymiseen ja sukusolujen kehittymiseen vaikuttaa merkittävästi elimistön ravintoainevarastot niin miehillä kuin naisillakin. Ravitsemussuositusten noudattaminen turvaa jo ennen raskautta ihanteellisen ravitsemustilan. Erityisesti naisten on hyvä kiinnittää huomiota folaatin saamiseen. Folaatti on vesiliukoinen B-ryhmän vitamiini, jota tarvitaan solujen jakautumiseen sekä verisolujen muodostumiseen. Raskautta suunnittelevan naisen folaattivarastojen tulee olla riittäviä, sillä folaatilla on myös suuri merkitys tulevan sikiön keskushermoston kehitykseen ja hermostoputken sulkeutumiseen. Folaattia saa syömällä runsaasti täysjyväviljatuotteita sekä kasviksia ja sen saantisuositus on 500 µg vuorokaudessa. (Syödään yhdessä 2016, 44, 48.)

Foolihappo on sama vitamiini kuin folaatti, mutta se on valmistettu synteettisesti. Foolihappoa saa esimerkiksi vitamiinivalmisteista ja ravintolisistä. Suomalaisten vähäisen folaatin saannin vuoksi kaikille raskautta suunnitteleville ja raskaana olijoille suositellaan foolihappolisän käyttöä. Suositeltava foolihappolisän saanti vuorokaudessa on noin 400 µg. (Syödään yhdessä 2016, 48–50.) Terveellisen ruoan lisäksi on hyvä muistaa myös riittävä D-vitamiinin saanti (Tiitinen 2015, 118).

Normaali painoindeksi (BMI 19–25) edistää lisääntymisterveyttä (Ollus & Ollus 2011, 12). Normaalialia painoa voi ylläpitää noudattamalla yleisiä liikuntasuosituksia. Liikuntaa tulisi harrastaa viikossa noin 150 minuuttia useammalle päivälle jaettuna. Liikunnan voi aloittaa myös maltillisesti esimerkiksi liikkumalla 10–15 minuuttia kolme kertaa viikossa. (Syödään yhdessä 2016, 44.)

Tupakointi vaikuttaa heikentävästi naisen hedelmällisyyteen muun muassa hormonitoiminnan kautta. Raskautta suunnittelevan pariskunnan suositellaan lopettavan tupakoinnin noin 2-3 kuukautta ennen raskautta. Tupakoinnin lopettaminen edistää hedelmällisyyttä ja vaikuttaa positiivisesti myös lapsettomuushoitojen tuloksiin. Puolison savuttomuus on myös tärkeää ja siihen tulisikin kannustaa. (Tupakointi ja raskauden suunnittelu 2016.) Myös runsas ja pitkäkestoinen alkoholin käyttö vaikuttaa hedelmällisyyteen heikentävästi (Koivunen 2015), joten alkoholin käyttöä kannattaa välttää kokonaan ennen raskauden alkua. (Uro n.d.)

Lasta yrittävän pariskunnan on olennaisen tärkeää tietää, milloin miehen ja naisen on otollisinta olla yhdynnässä, jotta raskauden alkaminen olisi todennäköisintä. Kaikkein hedelmällisin hetki on juuri ennen ovulaatiota eli munasolun irtoamista. Raskaus voi kuitenkin alkaa yhdynnästä, joka on ollut jo useita päiviä ennen munasolun irtoamista tai vielä päivä munasolun irtoamisen jälkeenkin. Normaalin yhdynnän jälkeen emättimessä on miljoonia siittiöitä, joista vain osa saavuttaa kohtuontelon. Näistä siittiöistä muutama tuhat kulkeutuu munanjohtimeen. Vaikka nainen voi tulla vain tiettyinä aikoina kuukaudesta raskaaksi, yhdyntöjen tarkka ajoittaminen ei silti ole

tarpeen. Jokaisessa kierrossa on hedelmöittymisen mahdollisuus, kun yhdyntöjä on noin kahden päivän välein. (Tiitinen 2015, 118.)

WHO:n tekemän terveyden edistämisen suunnitelman vuosille 2016–2021 mukaan sukupuolitaudit ovat lisääntymässä maailmassa. Maailmanlaajuisesti on tärkeää pyrkiä seulomaan ja valistamaan erityisesti nuoria sukupuolitaudeista ja sukupuolitaudeilta suojautumisesta. Tällä suunnitelmalla pyritään vähentämään tautien leviämistä ja siten edistämään terveyttä. Pyrkimyksenä on myös vuoteen 2030 mennessä vähentää tautien, kuten AIDS:in, leviäminen maailmassa sekä mahdollistaa maailmanlaajuisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut ja siten edistää seksuaali-terveyttä. Yhtenä pyrkimyksenä on keskittyä ehkäisemään erityisesti tippurin sekä HPV:n (papilloomavirus) leviäminen ja tarttuminen. Sukupuolitaudit aiheuttavat lapsettomuutta. (Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 2016, 9.)

### 3.3 Lapsettomuus

#### 3.3.1 Lapsettomuuden määritelmä ja yleisyys

Lapsettomuutta voidaan kuvata kahdella eri termillä. On *tahatonta* sekä *tahallista* lapsettomuutta. Tahallinen lapsettomuus tarkoittaa sitä, että nainen tai pariskunta ei halua omasta tahdostaan saada lapsia. Tällöin lapsensaantia ehkäistään ehkäisyllä (sterilisaatio, ym.). (Greenberg, Bruess & Conklin, 2011, 251.)

Tahaton lapsettomuus eli infertiliteetti tarkoittaa sitä, ettei nainen tule yrittämisestä huolimatta raskaaksi. Primääri lapsettomuus voidaan määritellä siten, että pariskunta ei tule raskaaksi ensimmäistä kertaa vuoden sisään säännöllisen yrittämisen sekä säännöllisten yhdyntöjen myötä. Sekundaarinen lapsettomuus taas tarkoittaa sitä, että perhe, jossa on jo lapsi, ei tule raskaaksi vuoden säännöllisen yrittämisen ja säännöllisten yhdyntöjen myötä. (Greenberg ym. 2011, 251.)



Tahattomasta lapsettomuudesta kärsii Suomessa vuosittain noin 15 % pariskunnista, joista osa kuitenkin tulee raskaaksi vuoden jälkeen säännöllisillä yrityksillä (Tiitinen 2015). Lapsettomuus ei ole vain kehittyneiden maiden ongelma. Pruukin, Tiihosen ja Tuomisen (2015, 110) mukaan WHO:n raportissa kehitysmaissa noin 8-12 % pariskunnista arvioidaan kokevan lapsettomuutta. Joissakin Afrikan alueilla arvioidaan yhden kolmanneksen pariskunnista olevan lapsettomia.

### **3.3.2 Tahattoman lapsettomuuden syyt**

Lapsettomuus voi johtua epäterveellisten elintapojen, sairauksien ja hankalan elämäntilanteen lisäksi esimerkiksi naisen tai miehen rakennepoikkeavuuksista (Ihme & Rainto 2015, 153). Monissa kulttuureissa lapsettomuuden uskotaan johtuvan naisen epänormaalia käyttäytymisestä yhteisöään kohtaan sekä yliluonnollisten voimien lähettämästä epäonnesta. Lapsettomuuden luullaan johtuvan myös naisen kylmästä kohdusta, joka ei ole riittävän lämmin siemennesteelle. Lapsettomuutta yritetäänkin hoitaa eri kulttuureissa lämpimillä yrttikylvyillä ja yrttiteellä. (Juntunen 2009a, 221.)

### **Sairaudet ja rakennepoikkeavuudet**

Naisilla lapsettomuutta voivat aiheuttaa erilaiset hormonaaliset ongelmat, sairaudet ja sukuelinten rakennepoikkeavuudet. Endometrioosi tarkoittaa kohdun limakalvon sirottumatautia, jossa kohdun limakalvon tapaista kudosta esiintyy kohdun ulkopuolella, peräsuolen ja emättimen välissä tai esimerkiksi munasarjojen pinnalla. (Tiitinen, 2015.) Endometrioosi voi olla lapsettomuuden syynä, sillä se aiheuttaa kiinnikkeitä ja mekaanisia esteitä hedelmöitymiselle (Hippeläinen 2001).

Lapsettomuutta voivat aiheuttaa myös kohdun kasvaimet, esimerkiksi myoomat ja polyyppit. Myoomat ovat hyvälaatuisia sileälihaskasvaimia, joita esiintyy joka kolmannella fertiili-ikäisellä naisella. Polyyppit ovat myös hyvälaatuisia kohdun kasvaimia, jotka voivat aiheuttaa pitkittynyttä ja runsasta kuukautisvuotoa. (Heinonen 2009.)

Myös endokrinologiset eli hormonaaliset ongelmat voivat usein ilmetä lapsettomuuden syyksi. Tällaisia merkittäviä hormonaalisia tekijöitä ovat muun muassa hyperprolaktinemia, kilpirauhasen vajaatoiminta sekä PCOS. Hyperprolaktinemialla tarkoitetaan veren suurta prolaktiinipitoisuutta, joka on normaalia raskauden loppuvaiheessa tai imetyksen alkuvaiheen aikana. Muutoin oireena voi esiintyä muun muassa maidon eritystä, libidon, eli seksuaalisen viettienergian (Lääketieteen sanasto n.d.) tai kuukautiskierron häiriöitä. Hyperprolaktinemia liittyy vahvasti kilpirauhasen vajaatoimintaan tai aivolisäkkeen alueen kasvaimiin. (Sane, Hekim, Alfthan, Stenman & Välimäki 2002.) Yleisin lapsettomuuden syy, jossa aivolisäkeperäiset hormonitasot ovat normaalit, on munasarjojen monirakkulaoireyhtymä PCOS. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä on tavallisin hormonihäiriö, jota esiintyy 5-15 %:lla naisista. Oireyhtymässä kaikututkimuksessa havaitaan monirakkulaiset munasarjarakenteet, polykystiset munarakkulat PCOS. (Tiitinen 2015.)

Miesten fertiilitietin alentumiseen vaikuttavat esimerkiksi huonontunut sperman laatu, seksuaaliongelmia, lisäkivesten tukokset sekä myös rakennepoikkeavuudet. Myös sisäisten ja ulkoisten sukupuolielinten terveys ja poikkeavuudet voivat vaikuttaa fertiilitettiin. (Ihme ym. 2015, 153–154.)

### **Epäterveelliset elämäntavat**

Vaikka monesti tahaton lapsettomuus johtuu hormonitoiminnan häiriöistä tai on perinnöllistä, voi omaan hedelmällisyyteen vaikuttaa elämäntapamuutoksilla lapsettomuushoitojen rinnalla. Jopa pienet muutokset elintavoissa voivat vaikuttaa myönteisesti hedelmällisyyteen. Väestöliiton lapsettomuusklänikka listaa merkittävimiksi syiksi muun muassa kaikki päihteeet (alkoholi, tupakka sekä huumeet), sekä psyykkiset tekijät kuten stressin. (Väestöliitto 2016.) Maahanmuutto sekä turvapaikanhaku ovat tekijöitä, jotka voivat laukaista stressireaktion ja ne voivat pahimmillaan johtaa psyykkisiin sairauksiin. Nämä diagnosoidaan yleensä terveydenhuollon piirissä sekä erilaisten mielenterveyden mittareiden mukaan. Mielenterveysongelmia voivat esiintyä myös somaattisina ongelmina, jolloin niitä on vaikeampi diagnosoida. Tämä voi

esimerkiksi laukaista stressin ja kiputiloja, sekä vaikuttaa elimistön normaaliin toimintaan. (Kerkkänen & Säävälä 2015, 14–19.)

Terveyskirjaston mukaan runsas tupakointi heikentää sekä sperman laatua että munasolun toimintaa. Jos alkoholia käyttää runsaasti päivittäin, voi se myös aiheuttaa siittiöiden tuotannon häiriöitä sekä haitata naisen hedelmällisyyttä. (Tiitinen 2015.) On tutkittu, että hedelmällisyys paranee, jos nainen lopettaa tupakoinnin. Muutkin tupakkatuotteet, esimerkiksi nuuska sekä sähkötupakka aiheuttavat myös lapsettomuutta korkeiden nikotiinimäärien vuoksi. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, n.d.)

Ylipaino on myös merkittävä riskitekijä. Ylipainoon ja lihavuuteen tulisi kiinnittää huomiota jo ennen raskauden alkua. Painoindeksi  $30\text{kg}/\text{m}^2$  ( $\text{BMI}>30$ ) ja sen alle pyrkiminen on jo edistystä ja helpottaa hedelmöitystä. Jos painoindeksi on tämän yläpuolella, hedelmöityminen voi olla vaikeampaa ja naisen hormonitoiminta heikentyy. (Raatikainen ja Heinonen 2006.)

Kuten ylipainolla, myös alipainolla on suuri merkitys lapsettomuuden aiheuttajana. Alipainoon johtavat yleisesti syömishäiriöt, joista yleisimpiä ovat anoreksia sekä bulimia. Ihminen on alipainoinen, kun painoindeksi on alle  $17,5\text{kg}/\text{m}^2$  ( $\text{BMI}<17,5$ ). Syömishäiriöön sairastuneista naisista noin 70 % tervehtyy, mutta kehon hormonitoiminnan käynnistyminen ja toiminnan palautuminen kestää jopa vuosia. (Keski-Rahkonen 2010.)

Anoreksiassa yleisenä oireena naisella on kuukautisten poisjääminen. Silloin hedelmöityminen ei ole mahdollista, sillä munasolu ei irtoa. Yleensä anoreksiapotilaat tervehtyvät hoidon jälkeen, mutta bulimiapotilailla sairaus voi olla aaltomaista tai jaksottaista. Bulimikot voivat olla täysin normaalipainoisia, ali- tai ylipainoisia. Tästä syystä bulimikon tunnistaminen voi olla vaikeampaa kuin anorektikon. (Tarnanen, Suokas ja Vuorela 2015.) Dosentti Anna Keski-Rahkonen (2010) kertoo tutkimuksensa tuloksena anoreksiapotilaiden kykenevän normaaliin hedelmöittymiseen ja äidiksi

tulemiseen anoreksiasta parannuttuaan. Nälkiintyminen liittyy myös vahvasti maahanmuuttoon sekä turvapaikanhakijoita koskevaan Syyrian kriisiin. World Food Project kertoo artikkelissaan, että heidän suurin tämän hetkinen projektinsa on sijoitettu Syyriaan. Projekti tarjoaa mahdollisuuden selviytyä ja saada ravintoa lähes kuudelle miljoonalle Syyrialaiselle. (World Food Project 2016.)

### **Ikä ja vaikea elämäntilanne**

Lapsettomuuden syynä voi olla korkea ikä. Naisen hedelmällisyys alkaa laskea 30 ikävuoden jälkeen, ja sama trendi on myös tutkittu tapahtuvan miehillä, mutta lievempanä. On tutkittu, että yhä useampi nainen ei ole tietoinen, milloin hedelmällisyys laskee. Monella pariskunnalla on myös toiveena hankkia lapsia uran, koulutuksen ja sosioekonomisen tilanteen stabiloiduttua, noin 30 ikävuoden jälkeen. (Virtala 2016.) Suomessa ensisynnyttäjän keski-ikä oli vuonna 2013 28,5 vuotta, ja kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,3 vuotta (Ihme ym. 2015. 153). Vuonna 2014 tilastoinnin mukaan Suomessa ensisynnyttäjien keski-ikä oli hieman noussut 28,6 vuoteen, ja kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 30,5 vuotta (Gissler & Vuori 2015).

Stressi voi olla myös osasyynä tahattomaan lapsettomuuteen. Yleisesti tahaton lapsettomuus on vaikea asia perheelle ja erityisesti äidille, jolloin tähän liittyy psykososiaalinen kriisi. Stressi voi myös vaikuttaa äidin ja isän seksuaaliseen halukkuuteen ja täten häiritä hedelmöittymistä. Tarkat ovulaatiot ja yhdynnän aikataulutus voivat johtaa miehellä erektio-ongelmiin sekä molemmilla haluttomuuteen. (Paananen ym. 2015, 371.) Maahanmuutto aiheuttaa stressiä sekä monelle se on psyykkisesti raskasta. Sopeutuminen sekä matka voi olla vaikeaa ja pelottavaa. Jos stressi pitkittyy, se voi vaikuttaa mielenterveyteen. Stressiä voi esiintyä muun muassa mielialan vaihteluina, muistihäiriöinä, suoliston oireina sekä paniikituntemuksina. (Miltä maahanmuutto tuntuu? n.d.) Psyykkiset oireet voivat heikentää maahanmuuttajan terveyttä ja täten huonontaa raskaaksi tulemisen mahdollisuutta (Malin 2011, 3310). Apua voi hakea julkisesta terveydenhuollosta sekä ammattiauttajilta (Miltä maahanmuutto tuntuu? n.d).

Terveyden- ja Hyvinvoinnin Laitoksen dosentti Maili Malinin mukaan köyhyys lisää terveysongelmia. Hänen tutkimuksensa (Malin 2011, 3310) mukaan maahanmuuttajanaisten terveyttä on voinut alentaa mm. sota-ajan olot, pakolaiselämä, kehnot ja kehittymättömät elinolot sekä esimerkiksi väkivallan kokeminen.

### **Sukupuolitaudit**

Lapsettomuutta voivat aiheuttaa myös sukupuolitaudit. Sukupuolitaudeista hedelmällisyyteen vaikuttavat tippuri sekä klamydia, jotka molemmat voivat aiheuttaa munanjohtimien tukkeumaa sekä kroonista kohdunkaulan tulehdusta. Miesten kohdalla nämä infektiot aiheuttavat lisäkivestulehduksen ja voivat tukkia spermatiet ja siten huonontaa sperman laatua. Tämä taas johtaa lapsettomuuteen. (Greenberg ym. 2011, 251–252.)

Klamydiatartunnan voi saada suojaamattomassa yhdynnässä. Sen itämisaika on noin 10–14 vuorokautta. Klamydiatartunnan oireet voivat olla lähes olemattomia, jolloin myös tulehdus voi edetä naisella vaikeaksi sisäsynnyttimen tulehdukseksi, joka voi vaatia sairaalahoitoa. (Ihme & Rainto 2015, 134.) Klamydian yleisimpiä oireita ovat virtsausvaivat, kirvelyä virtsatessa, lisääntynyt valkovuoto sekä alavatsakivut (Hiltunen-Back ja Riikola 2010).

Tippuri tarttuu suojaamattomasta yhdynnästä limakalvoille, esimerkiksi nieluun, virtsaputkeen tai peräsuoleen. Tippuri voi tarttua myös silmän sidekalvolle sormien välityksellä. Tippuri, toisin kuin klamydia, oireilee selkeästi, ja näitä oireita ovat muun muassa lisääntynyt valkovuoto, alavatsakivut sekä virtsateihin edenneenä tulehdusena virtsaamisvaivat. (Ihme ym. 2015, 137–138.) Tippuritartuntojen määrä Suomessa on noususuuntainen, sillä vuonna 2009 tartuntoja oli noin 238 (THL 2010), ja vuonna 2013 tartuntoja oli yli 300. (Ihme ym. 2015, 137.) Maailmanlaajuisesti klamydiatartuntoja on vuosittain n. 131 miljoonaa sekä tippuritartuntoja 78 miljoonaa (Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021 2016,

13). Naisille sekä miehille on tärkeää muistuttaa hoitaa klamydiatartunta mahdollisimman nopeasti ja kertoa Suomessa tarjottavista sukupuolitautilien seuloista (Hiltunen-Back ja Riikola 2010).

### **Ympärileikkaus eli sukuelinten silpominen**

Lapsettomuutta voi aiheuttaa myös sukupuolielimiin kohdistuva trauma, joka voi vahingoittaa sukupuolielimiä. Yksi yleisin syy sukupuolielinten traumaista on ympärileikkaus eli sukuelinten silpominen. Sukupuolielinten silpominen on erityisesti Afrikassa (Somalia) sekä nykyisin myös Lähi-idässä esiintyvä toimenpide, jolloin tytön sukupuolielimet silvotaan. Sukuelinten silpomisella voi olla monia haavoittavia seurauksia, kuten virtsatieinfektiot, yhdyntäkivut, tulehdukset sekä myös hedelmättömyys, joka johtaa lapsettomuuteen. (Koponen & Mölsä 2012.)

YK:n lapsen oikeuksien yleissopimus (I osa, 19 artikla) mieltää tytön ympärileikkauksen vakavana rangaistavana pahoinpitelynä, joten se on rangaistava teko myös Suomessa (Unicef, n.d.). Törkeäksi pahoinpitelyksi tuomitaan, jos teolla on aiheutettu vakava ruumiin vamma tai teko on törkeä (Ihmisoikeusliitto ry 2004, 19) sekä (Finlex 1996).

Sukuelinten silpominen ei johda vain fyysisiin ongelmiin, vaan vaikuttaa tyttöön myös psyykkisesti. Silpomisesta johtunut kipu ja trauma voi järkyttää tytön mieltä ja täten vaikuttaa hänen psyykkiseen terveyteensä. (WHO 2010.) Tyttöjen silpomiselle ei ole terveydellistä selitystä tai syytä. Maissa, joissa silvotaan, toimenpide on ikään kuin virstanpylväs tytölle naiseksi kasvamisessa, sekä uskomuksen mukaan se myös ehkäisee esiaviollisia suhteita ja yliseksuaalisuutta. (Balogun ym. 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2012 toimintaohjelman ”Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012–2016”. Toimintaohjelman tavoitteena on saada pysyviä tuloksia ja toimintamalleja tyttöjen ja naisten ym-

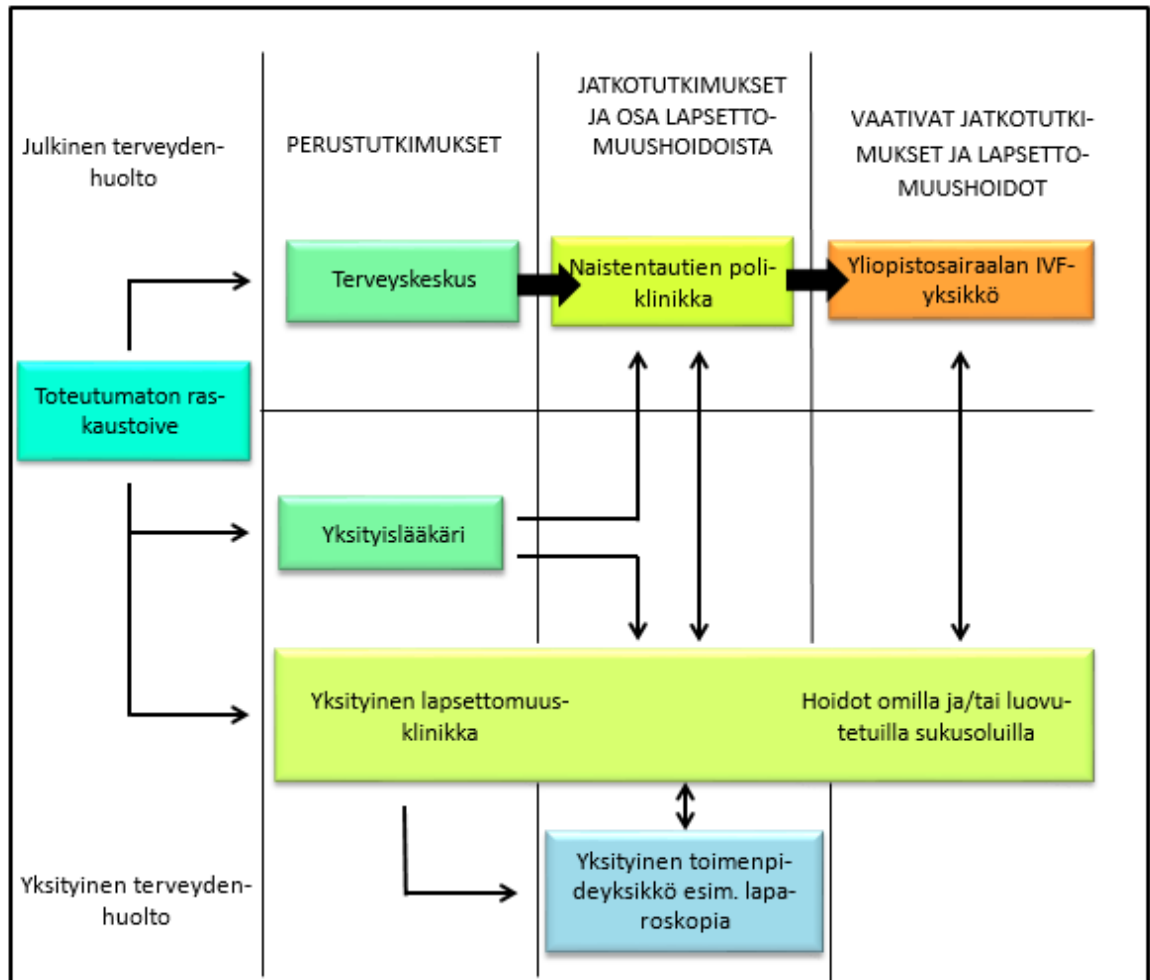
pärioleikkauksen estämiseksi. Valtakunnallisesti toimintaohjelman tavoite on estää Suomessa tehtäviä ympärileikkauksia sekä auttaa ja lisätä jo ympärileikattujen tyttöjen ja naisten elämänlaatua ja hyvinvointia. Se on suunnattu erityisesti ammattihenkilöstölle sekä päättäjille. Toimintaohjelma on ajoitettu vuosille 2012–2016, jolloin sen tavoite on myös saada pysyvä paikka seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa sekä myös maahanmuuttajiin koskevissa toimintaohjelmissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 3.)

Ympärileikkaus kohdistuu väkivaltaisesti tyttöön, ja se voi olla osana patriakaalista vallankäyttöä suvun ja yhteisön sisällä. Se on todettu maailmanlaajuisesti ihmisoikeuksia loukkaavaksi käytännöksi. Periaatteessa on mahdollista hakea turvapaikkaa Suomesta, kun kyseessä on suojelun tarve sukupuolen syystä tai ympärileikkauksen uhan vuoksi. (Sosiaali – ja terveysministeriö 2012, 11, 24–25.) Suomessa tarjotaan kriisiapua seksuaalisen väkivallan kokeneille naisille esimerkiksi Kidutettujen kuntoutuskeskuksesta sekä Raiskauskriisikeskus Tukiniaisesta.

### **3.3.3 Lapsettomuustutkimukset**

Lapsettomuus koskettaa aina molempia kumppaneita ja lapsettomuutta tulisikin hoitaa parin yhteisenä ongelmana (Tulppala 2007, 13). Lapsettomuus voi koskettaa myös yksin eläviä naisia (Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 180). Raskautta yrittävä pariskunta voi hakeutua lapsettomuustutkimuksiin, kun pari on säännöllisin yhdynnöin yrittänyt raskautta tuloksetta vuoden ajan. Tutkimukset voidaan aloittaa jo aiemminkin, jos nainen on yli 35-vuotias ja raskautta on yritetty yli 6 kuukautta tuloksetta. (Perheentupa & Tiitinen n.d, 12.) Tutkimukset on myös syytä aloittaa aiemmin, jos on syytä epäillä, että lapsettomuudelle on selvä syy esimerkiksi synnytyselinten tulehdukset tai epäsäännöllinen kuukautiskierto (Lapsettomuustutkimukset n.d.).

Lapsettomuustutkimuksiin voi hakeutua esimerkiksi terveystieteiden keskuksen, yksityislääkärin tai yksityisen lapsettomuusklinikan kautta (ks. kuvio 3). Perustutkimuksia tehdään myös opiskelijaterveydenhuollossa sekä yleis- ja erikoislääkärin vastaanotolla. (Perheentupa & Tiitinen n.d, 12–13.)



Kuvio 3. Lapsettomuuden hoitopolku. (Yle, Akuutti 2016, muokattu)

Lapsettomuustutkimukset aloitetaan samanaikaisesti sekä miehellä että naisella. Perustutkimuksissa selvitetään molempien yleinen terveydentila, aiemmat leikkaukset ja sairaudet sekä käytössä olevat lääkkeet. Samalla selvitetään puberteetin kehitys, naisen kuukautiskiertoon liittyvät asiat sekä mahdolliset endokrinologisiin eli hormoneja tuottavien elinten sairauksiin viitattavat oireet. (Endokrinologia n.d.). Pe-



rustutkimuksissa keskustellaan myös naisen ja miehen hedelmällisyyteen vaikuttavista elämäntavoista sekä käydään läpi ravitsemuksen, tupakoinnin ja päihteiden käytön vaikutus hedelmällisyyteen. Vastaanotolla kysytään myös muun muassa ehkäisyn lopettamisen ajankohtaa ja mahdollisia ongelmia sukupuolielämässä, jotta voidaan hahmottaa lapsettomuuden kestoja. (Lapsettomuustutkimukset n.d.)

Miehen tutkiminen pitää sisällään kiveksien ja nivustaipeiden tarkastelun ja tunnus-  
telun sekä karvoituksen arvioinnin. Kivesten tunnistelun avulla voidaan löytää esimerkiksi kiveslaskimon suonikohjut ja tarvittaessa löydöksen voi varmentaa myös ultraäänitutkimuksella. Mieheltä tutkitaan aina siemennestenäyte. (Tulppala 2007, 14.)

Siemennestenäytteestä tutkitaan siittiöiden määrä ja laatu, liikkuvuus ja rakenne sekä siittiövasta-aineiden muodostuminen. Siittiötuotanto vaihtelee normaalisti ja joskus voi olla tarpeen tutkia siemenneste uudelleen. Jos näyte on normaali, miehen osalta ei ole tarvetta muihin tutkimuksiin. Jatkotutkimukset ovat tarpeen, jos siemennesteestä puuttuvat kokonaan siittiöt tai niiden määrä on hyvin alhainen. Tällöin miehen verinäytteestä määritellään FSH, LH, prolaktiinin ja testosteronin pitoisuudet sekä kilpirauhasarvot. (Tulppala 2007, 14.)

Tapauksissa, joissa siittiöt puuttuvat siemennesteestä kokonaan, kivekset voivat kuitenkin tuottaa normaalisti siittiöitä. Tällöin kiveksiä voidaan tutkia tarkemmin paikallispuudutuksessa otettavassa neulanäytteestä. Vakavissa siittiötuotannon häiriöissä miehellä voidaan teettää kromosomi- ja geenitutkimuksia, sillä joskus häiriön taustalla voi olla piilevä perimän poikkeavuus. (Tulppala 2007, 14.)

Naisen tutkiminen vie enemmän aikaa ja on monimutkaisempaa kuin miehen tutkiminen. Munasolun irtoaminen eli ovulaatio ja munanjohtimien aukiolo ovat perusedellytys raskauden alkamiselle, joten näiden selvittäminen kuuluu aina perustutkimuksiin. Ovulaatio voidaan todeta seuraamalla munarakkulan kasvua ultraäänellä ja

kohdun limakalvon kypsymistä kuukautiskierron aikana. Myös verikokeilla saadaan varma tieto siitä, milloin ovulaatio tapahtuu. (Tulppala 2007, 13.)

Keltarauhashormoni-verikoe otetaan noin viikko ennen kuukautisvuodon alkua. Verikokeella tutkitaan follikkelia stimuloivan hormonin sekä luteinisoivan hormonin pitoisuudet. Näillä tutkitaan munasarjojen toimintaa sekä voidaan varmistaa PCOS diagnoosi. PCOS voidaan todeta myös ultraäänitutkimuksella. Naisen verinäytteestä tutkitaan myös kilpirauhas- ja prolaktiiniarvot. Munanjohtimien aukiolotutkimus tehdään ultraäänitutkimuksen yhteydessä keittosuolaruiskutuksella. Jos aukiolotutkimuksessa epäillään munanjohdinvaurioita, on munanjohtimien kunto hyvä tarkistaa vatsaontelon tähytyksellä eli laparoskopialla. Laparoskopialla tutkitaan samalla kohdun ja munasarjojen tilanne, ja voidaan tutkia sekä tarvittaessa poistaa endometriosisia. Tarkempaa tietoa kohtuontelosta saadaan myös hysteroskopiassa eli kohtuontelon tähytyksessä. (Tulppala 2007, 13–14.)

Lapsettomuustutkimuksissa maahanmuuttajanaisten kanssa tulee olla tarkkana siitä, millä tavoin he sietävät erilaisia kipuja ja mitä kivut heille merkitsevät. Vatsan alueen kivut yhdistetään usein hedelmällisyyteen ja lisääntymiseen. Jos maahanmuuttaja kokee gynekologista kipua, sen tulkitaan usein liittyvän naiseuteen ja lasten hoitoon ja kantamiseen. Toisin sanoen tällaiset gynekologiset kivut tulkitaan normaaleiksi ilmiöiksi. Toisaalta naiset saattavat tulkita myös alavatsakivut merkitsevän eriasteista hedelmättömyyttä. Kipujen voidaan uskoa heikentävän munatorvia ja kohtua. Heille se voi olla myös merkki sukupuolielimissä olevasta liasta tai tukoksista. Premenstruaalinen kipu eli kuukautisia edeltävä kipu (Huttunen 2015) voi aiheuttaa haluttomuutta partnerille tai ennakoida raskauden keskeytymistä tai kuolleen vauvan syntymistä. (Juntunen 2009b, 171.)

### **3.3.4 Lapsettomuushoidot**

#### **Lapsettomuuden hoito**

Lapsettomuutta voidaan nykypäivänä hoitaa monin eri keinoin. Jokaisen keinon tavoitteena on alkanut raskaus. Hoidot suunnitellaan aina yksilöllisesti syyn mukaisesti sekä kuunnellen parin toiveita. Ensisijaisesti lapsettomuutta pyritään hoitamaan elämäntapojen muutoksella, esimerkiksi painon pudotuksella ja tupakoinnin lopettamisella. Myös hedelmällisyyteen vaikuttavat sairaudet ja tilat, kuten kilpirauhassairaudet tai esimerkiksi hyperprolaktinemia pyritään hoitamaan ennen lääkehoidon aloitusta. (Tiitinen 2015.)

Lapsettomuushoitoja on turha aloittaa liian aikaisin fertiili-ikäisellä, jos spontaanin raskauden alkaminen on vielä arvioitu hyväksi. Noin 80–85 % pareista raskaus alkaa ensimmäisen vuoden aikana ehkäisyyn poisjättämisestä. Toisen vuoden aikana vielä noin puolet tulee raskaaksi ilman hoitoja. Varsinaiset lapsettomuushoidot voidaan karkeasti jaotella kolmeen ryhmään; munarakkulan kypsytyshoidot, kirurginen hoito sekä hedelmöityshoidot. (Tiitinen 2015.)

Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksessa (Gissler ja Heino 2015) tehdyn Terveys 2015 tilastotutkimuksen perusteella ennakkotietojen mukaan vuonna 2014 koeputkihedelmöityksissä luovutetuilla siittiöillä ja munasoluilla ei ollut suurta määrällistä eroa; munasoluilla aloitettuja koeputkihedelmöityksiä aloitettiin 693 kun taas siittiöillä aloitettuun 591 koeputkihedelmöitystä.

Hedelmöityshoitoja tehtiin suomalaisille kokonaisuudessaan ennakkotietojen mukaan noin 14 000 vuonna 2015 (Gissler & Heino 2016, 7). Vaikka hoitoja tehdäänkin paljon, aina hedelmöityshoito ei johda raskauteen tai raskaus keskeytyy perinataali-kuolemaan. Vuonna 2013 hedelmöityshoitoja aloitettiin 5 978, joista 1 334 johti raskauteen ja vain 995 synnytykseen. (Gissler ja Heino 2015) Ulkomaalaisille aloitettiin vuonna 2015 noin 450 hoitoa, joista luovutetuilla sukusoluilla noin 370 hoitokertaa (Gissler & Heino 2016, 10).

## Munarakkulan kypsytyshoidot

Munarakkulan kypsytyshoitoa eli ovulaation induktiota käytetään naisille, joilla munasolu ei irtoa, mutta joilla on vähintään yksi toimiva munanjohdin. Hoidon tavoitteena on hyvä ovulaatio, yksi kypsynyt munasolu sekä hedelmällinen kohdun limakalvo. (Ovulaatioinduktio eli munarakkulan kypsytytys 2016.)

Ovulaatioinduktiossa tavallisimpana lääkkeenä käytetään tablettimuotoista klomifeeniä. Tätä lääkettä käytetään tilanteissa, jossa prolaktiinin ja muiden aivolisäkeperäisten hormonien, kuten esimerkiksi kilpirauhashormonien tasot ovat normaalit. Klomifeenitabletteja aletaan ottaa kuukautiskierron 3. päivänä, jonka jälkeen tabletteja otetaan yleensä yhteensä viitenä päivänä. Jotta hoito tehoaisi, on syytä seurata lääkkeen vastetta. Lääkkeen vaikutusta seurataan havainnoimalla kuukautiskiertoa. (Tiitinen 2015.) Klomifeenin annostus on yksilöllinen, 50–150 mg /vrk (Ovulaatioinduktio eli munarakkulan kypsytytys 2016).

Klomifeenilääkitys vaatii vähintään yhden ultraäänitutkimuksen ensimmäisessä lääkekierrossa (Ovulaatioinduktio eli munarakkulan kypsytytys 2016). Usein säännöllistynyt kuukautiskierto on merkki ovulaatiosta. Ovulaatiota seurataan myös gynekologisessa kaikututkimuksessa, jossa seurannan kohteena ovat munasarjat, munarakkulat sekä kohdun limakalvo. Tutkimuksessa varmistetaan, että munasarjassa kypsyy 1-2 munarakkulaa sekä kohdun limakalvo paksunee tarpeeksi. Tämän jälkeen riittävä keltarauhasen toimintaa tutkitaan verenkuvalla, jossa keltarauhashormonin eli progesteronin pitoisuutta seurataan viikko arvioidusta ovulaatiosta. (Tiitinen 2015.)

Nykyisin klomifeenin vaihtoehtona käytetään paljon myös aromataasi-inhibiittori letrosolia, joka on myös tablettimuotoinen lääke. Lääkkeen käyttö on samankaltainen kuin klomifeenilla, myös vastetta seurataan samoin menetelmin kuin klomifeenihoidon kanssa. (Tiitinen 2015.) Annostus on yksilöllinen: 2,5 – 5,0 mg/vrk (Ovulaatioinduktio eli munarakkulan kypsytytys 2016). Jos klomifeeni ja aromataasi-inhibiittori ei toimi, tai jos potilaalla on gonadotropiinien puutos tai vaje, käytetään tällöin

hoitona gonadotropiinihoitoja (Tiitinen 2015). Gonadotropiinit ovat aivolisäkehormoneja, jotka säätelevät ja stimuloivat sukupuolirauhasten toimintaa (Duodecim, n.d.). Gonadotropiinihoitoja annetaan päivittäin pistoksina ihon alle. Tavallisesti hoito kestää 1-2 viikkoa, mutta tarvittaessa hoitoa voidaan jatkaa neljäkin viikkoa. Hoidon vastetta seurataan kaikututkimuksella, jossa tutkitaan munarakkuloiden kasvua. Tärkeää on myös seurata veren estradiolitasoja, joka kertoo munarakkuloiden kasvusta. Hoidon tarkoituksena on pienimmällä mahdollisella annostuksella kasvattaa yksi munarakkula. Ylipainoisilla PCOS-potilailla voidaan hoitona käyttää myös metformiinia, jota käytetään yleisesti diabeteslääkkeenä. (Tiitinen 2015.)

Klomifeeniä, letrosolia sekä gonadotropiinihoitoja voidaan käyttää tarvittaessa samanaikaisesti ja munarakkulan kypsytyshoitoja voidaan toistaa useita kertoja. Yhden hoitokerran onnistumismahdollisuus on 10–15%. (Tiitinen 2015.)

### **Kirurginen hoito**

Lapsettomuutta voidaan hoitaa myös kirurgisilla leikkauksilla, jos lapsettomuuden syynä on esimerkiksi vaikea endometrioosi, polyyppit tai myoomat. Indikaatio leikkaukselle on, jos kohdussa on suuria intramuraalisia eli kohtulihaksen sisällä olevia myoomia (yli 5cm) tai jos esiintyy kohdun limakalvon alaisia submukoottisia myoomia. Kohtuontelon polyyppit on myös syytä poistaa. Vaikea endometrioosi, joka aiheuttaa hankalia kipuja, on myös syytä leikata. Myös munasarjoissa olevat endometriosikystat on aiheellista leikata. (Tiitinen 2015.) Endometriosissa lääkehoito ehkäisee raskauden, joten hoitomuotona käytetään laparoskopiaa. Leikkauksella saadaan myös selville endometriosin laajuus. (Härkki, Heikkinen & Setälä 2011.)

Lievissä munanjohdinvaurioissa hoitona voidaan käyttää kirurgista leikkausta, ellei asiakkaalla ole muita hedelmällisyyttä heikentäviä tekijöitä. Suuremmissa munanjohdinvaurioissa leikkaustulokset ovat huonot lapsettomuuden hoidossa. (Tiitinen

2015.)

### **Hedelmöityshoidot**

Hedelmöityshoidoilla tarkoitetaan hedelmöittymisen todennäköisyyttä lääketieteellisin menetelmin (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä 2015, 372). Hedelmöityshoitoihin kuuluu monipuolinen kirjo erilaisia hoitomuotoja. Hedelmöityshoitoja voidaan käyttää lähes kaikista syistä johtuvista lapsettomuuksista. (Tiitinen 2015.)

Hedelmöityshoitoihin kuuluvat muun muassa kohdunsisäinen inseminaatio (IUI eli intrauterine insemination) sekä koeputkihedelmöitys eli IVF (In vitro fertilization). IVF-hoitoihin voi liittyä mikroinjektio eli ICSI (intra cytoplasmic sperm injection) tai pakastetun alkion siirto FET (frozen embryo transfer). (Paananen ym. 2015, 373.)

Jos lapsettomuuden syynä on lievä häiriö miehen siittiötuotannossa, voidaan hoitomuotona käyttää inseminaatiota (Inseminaatio eli keinohedelmöitys 2016). Inseminaatiota voidaan käyttää myös selittämättömissä lapsettomuustapauksissa, jossa syytä ei tiedetä (Paananen ym. 2015, 373). Inseminaatiossa siittiöitä ruiskutetaan naisen kohtuonteloon kohdun kaulakanavan kautta. Näin siittiöt pääsevät nopeammin munatorveen kuin normaaliyhdyntäessä. (Inseminaatiohoito 2016.) Hoito tehdään tarkoin ajoitetulla hetkellä, munasolun irtoamisvaiheessa. Inseminaatio voidaan tehdä luonnollisessa kuukautiskierrossa tai käyttää apuna ovulaation induktiota. (Tiitinen 2015.) Jotta munasolu irtoaisi, voidaan apuna käyttää pistoksina annettavaa istukkahormonia 1-1½ vuorokautta ennen inseminaatiota. Inseminaatiopäivänä miehen siemennesteäyte "pestään". Tällä parannetaan siittiöiden liikkuvuutta. Pesun jälkeen siemenneste ruiskutetaan suoraan naisen kohtuonteloon. Hoitoja tehdään normaalisti 2-4 kertaa. Jos tämän jälkeen raskaus ei ala, voidaan siirtyä koeputkihedelmöityshoitoihin. (Paananen ym. 2015, 373.)

IVF-hoidot aloitetaan munasarjojen stimulaatiolla, jossa munasarjojen oma toiminta pysäytetään ensin vastaamaan vaihdevuositilaa hormonihoidolla. Tämän jälkeen munasarjojen toiminta käynnistetään jälleen hormonipistoksilla, joita pistetään aina siihen saakka, kun ultraäänitutkimuksessa havaitaan 17 mm munarakkuloita. Seuraavaksi IVF-hoidoissa naiselle annetaan pistoksena istukkahormonia, jonka tehtävänä on irrottaa munasolut. (Paananen ym. 2015, 373.)

Munasolut kerätään ultraääniohjatulla punktiolla talteen ja siirretään ne siittiöiden kanssa samalle maljalle hedelmöitymistä varten (Koeputkihedelmöityshoito 2016). Kun munasolu on hedelmöitetty siittiöllä ja alkio on lähtenyt kehittymään, alkio siirretään naisen kohtuun (Tiitinen 2015). Jos hoidoilla saadaan useampia alkioita, ne voidaan pakastaa ja käyttää mahdollisesti myöhemmin (pakastetun alkion siirto FET= frozen embryo transfer). (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015, 12.) IVF-hoitoa voidaan antaa sekä naisista että miehistä johtuvan lapsettomuuden syiden vuoksi. Tavallisimpia lapsettomuuden syitä, jota IVF-hoidoilla hoidetaan, ovat muun muassa munanjohdinviat sekä muut naisista johtuvat syyt. Koeputkihedelmöitystä käytetään myös, jos lapsettomuuden syyt ovat sekä miehessä että naisessa samanaikaisesti. (Paananen ym. 2015, 373.)

### ***Luovutetut sukusolut***

Hedelmöityshoidoissa käytetään omia sukusoluja, silloin kun se on mahdollista. Aina terveitä sukusoluja ei ole käytettävissä esimerkiksi sairauden tai syöpähoitojen seurauksena. Joskus luovutettuja sukusoluja ja alkioita käytetään myös silloin, kun toisella pariskunnasta on periytyvä vakava sairaus tai riski sellaisen periytymisestä biologiseen lapseen. (Pruuki 2015, 174.) Naisparien ja yksin lasta haluavien hedelmöityshoidoissa käytetään myös luovutettuja sukusoluja (Naisparit ja yksin lasta haluavat 2016).

Naisen munasarjojen toimintahäiriöistä tai synnyttämisestä puuttumisesta johtuvaa lapsettomuutta voidaan hoitaa luovutetuilla munasoluilla. Munasoluja käytetään myös silloin, jos naisella on vakava periytyvä sairaus. Luovutettuja siittiöitä käytetään silloin, jos miehellä ei muodostu lainkaan omia siittiöitä kiveksissä tai miehellä on periytyvä sairaus. (Tulppala 2007, 25–26.) Luovutettujen sukusolujen ja alkuiden käyttö on parin yhteinen päätös ja siihen tarvitaan kummankin suostumus. Suomessa luovutettujen sukusolujen avulla syntyy vuosittain runsaat 200 lasta. (Pruuki ym. 2015, 174, 177, 180.) Dosentti Malinin mukaan monet naiset kehitysmaissa pelkäävät medikalisoitua raskaaksi tulemistä, sekä heidän tietoutensa voi olla vähäistä tarjolla olevista hoidoista. Moni myös tahtoo vältellä toimenpiteitä. (Malin 2011, 3312.)

### ***Psyykkinen tuki***

Tahaton lapsettomuus on jokaiselle parille omanlaisensa kokemus ja järkytys. Kaikille se ei ole kriisi, mutta jokaista lapsettomuudesta kärsivää se koskettaa. Tutkimusten ja hoitojen aikana pari saa usein traumaattista tietoa itsestään ja kyvyistään lisääntyä. Kriittisiä vaiheita ovat muun muassa lapsettomuustutkimuksiin tulo, pitkiä hoidot ja hoitojen päättyminen tuloksettomina. (Tulppala 2007, 27.)

Osalle pareista riittää puolisolta ja läheisiltä saatu tuki. Välttämätöntä on molempien mukanaolo hoidon eri vaiheissa, varsinkin hoitopäätöksiä tehtäessä. Psyykkinen tuki on osa lapsettomuuden lääketieteellistä hoitoa ja se pitäisi aina ottaa huomioon hoitojen aikana. Hoitohenkilökunnan tulisi olla tietoisia lapsettomuuden aiheuttamista psyykkisistä seurauksista ja psyykkistä tukea tulisikin tarjota kaikille hoidoissa oleville pareille. Ihanteellista olisi, jos pariskunta saisi tarvittaessa ammattilaisen antamaa psykososiaalista tai psykoterapeuttista tukea. (Tulppala 2007, 27–28.)

Ammatillisen tuen lisäksi lapsettomien parien on hyvin tärkeää saada vertaistukea. Esimerkiksi Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n tärkein tehtävä on auttaa lapsettomia jakamaan kokemuksia yhdessä sekä solmimaan toisiinsa yhteyksiä. Yhdistyksestä apua voi saada monenlaiset parit: tutkimusten ja hoitojen eri vaiheissa olevat, hoi-



tojen ja adoption avulla lapsensa saaneet sekä kaksinoloon päätyneet parit. (Tukea lapsettomuuden polulle 2016.)

### **Hedelmöityshoitoihin liittyvät riskit**

Lapsettomuushoidot pyritään toteuttamaan aina niin, että niistä aiheutuisi mahdollisimman vähän riskejä sekä äidille että lapselle. Lapsettomuushoidot itsessään ovat osoittautuneet turvallisiksi lapselle. Joskus hedelmöityshoidot kuitenkin aiheuttavat ongelmia naisen tai lasten terveydentilassa. (Tulppala 2007, 21.)

Naisten terveyteen liittyvistä riskeistä merkittävin on munasarjojen liikareagointi eli hyperstimulaatio. Hyperstimulaatiota ilmenee noin 0.5-2 prosentissa hoitokiertoja. Munasarjojen liikareagoinnin aiheuttaa munarakkuloita stimuloiva lääke, esimerkiksi klomifeeni tai FSH -pistokset. Liikareagoinnissa munasarjojen koko kasvaa huomattavasti ja vatsaonteloon voi kertyä nestettä. Tällöin oireena voi olla vatsakivut, vatsan turvotus, oksentelu ja pahoinvointi sekä joskus hengenahdistus. (Tulppala 2007, 21.)

Hankaliin hyperstimulaatioihin voi liittyä jopa munuaisten toiminnan häiriöitä sekä suurentunut veritulpan riski. Munasarjojen liikareagointi on aina ohimenevä tila, mutta saattaa vaikeimmissa muodoissa vaatia sairaalahoitoa. Hormonihoitojen yhteydessä nainen on aina tarkassa ultraääniseurannassa, jotta liikareagointia voitaisiin ehkäistä. Lapsettomuushoidoilla ja munarakkuloiden stimuloinnilla ei ole osoitettu olevan yhteyttä munasarja- tai rintasyöpään. (Tulppala 2007, 21.)

Lasten terveysongelmista suurin osa liittyy monisikiöisyydestä johtuvaan ennenaikaisuuteen ja pienipainoisuuteen. Tulppalan (2007) mukaan joissakin lapsettomuushoitojen riskejä tutkivassa tutkimuksessa on todettu, että hedelmöityshoitojen jälkeen vakavat kehityshäiriöt lapsella olisivat jonkin verran kohonneet (3,5 %) verrattuna itsestään alkaneisiin raskauksiin (2,5 %). Kuitenkaan kaikissa tutkimuksissa tällaista tulosta ei ole voitu havaita. (Tulppala 2007, 21.)

Osa lasten kehityshäiriöistä selittyy äidin korkealla iällä, monisikiöraskaudella tai pitkällä lapsettomuudella. Mikroinjektiohoidon jälkeen sukukromosomihäiriön riski on hieman suurentunut. Riskin ei oleteta liittyvän itse menetelmään vaan siihen, että siittiötuotannon häiriön taustalla voi olla jokin perinnöllinen syy. (Tulppala 2007, 21.)

### **3.3.5 Lapsettomuuden vaikutukset sosiaaliseen elämään, parisuhteeseen sekä seksuaalisuuteen**

WHO:n tekemän kansainvälisen raportin mukaan kehitysmaissa naisen asema on uhattuna hedelmättömyyden tai lapsettomuuden vuoksi sekä naisen asema voi huonontua. Lisäksi heidän mahdollisuutensa päästä naimisiin hankaloituu tai heitä voidaan väheksyä yhteisössä. Lapsettomuus voi olla eron syy, tai pariskuntia voidaan kohdella huonommin lapsettomuuden vuoksi. (Challenges – Addressing subfertility/infertility in developing countries, n.d.)

WHO:n verkkojulkaisussa (Omblet 2012) seksuaali- ja lisääntymisterveyden erikoislääkäri Ombletin mukaan lapsettomuus voi johtaa eristäytymiseen, hylätyksi tulemiseen, seksuaaliseen väkivaltaan sekä myös moniavioisen avioliittoon. Lapsettomuus voi olla myös ekonominen haaste perheille, sillä moni perhe on riippuvainen jälkikasvunsa tuesta ikääntyessään. Maiden hallitusten olisi tärkeää huomioida perheneuvonta sekä seksuaaliterveyden edistäminen yhteisöissä, jotta erityisesti naisten seksuaaliterveyttä edistetään ja huomioidaan.

Lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen vahvasti ja monien pariskuntien kohdalla lapsettomuus onkin ensimmäinen yhteinen vaikea kriisi. Sekä mies että nainen käy läpi suuria tunteita ja ajatuksia suhteessa itseensä, elämäänsä ja puolisoonsa. Miehen voi olla joskus vaikea löytää omaa rooliaan tilanteessa, sillä lapsettomuus kytkeytyy niin vahvasti naiseen ja naisen vartaloon. On hyvin yleistä, ettei mies näytä tunteitaan niin avoimesti kuin nainen. Tunteiden näyttämistä on pidetty myös epämasculiinisena. Todellisuudessa mies voi kokea todella voimakkaita tunteita. Lapsettomuustutkimuksissa ja – hoidoissa keskitytään suurimmaksi osaksi naiseen, jolloin

mies saattaa joutua vain tukijan rooliin. Tällöin miehen peloille ja ajatuksille ei aina välttämättä löydy tilaa parisuhteessa. Joskus puhumattomuus ja vaikea tilanne voivat johtaa vaikeuksiin parisuhteessa. (Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 48–53.)

Lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen riippuu myös kulttuurillisista seikoista. Miehen omaiset voivat olla huolissaan siitä, ettei suku jatku hedelmättömän naisen vuoksi. Tämä on usein häpeä koko perheelle ja lähes aina nainen joutuu häpeän kohteeksi. Usein nainen joutuu myös kestävään hoitojen aiheuttamat raskaat vaiheet yksin ja hän pitää itseään syypäänä lapsettomuuteensa. Nainen voi joutua kokemaan epäkunnioittavaa käytöstä mieheltä sekä miehen perheeltä. Mies voi myös erota vaimostaan tai ottaa toisen vaimon. Tilanne on hankala varsinkin silloin, jos toinen vaimo tulee raskaaksi. Jätetty nainen on omillaan ja usein näissä tilanteissa nainen voi joutua seksityöläiseksi. (Pruuki ym. 2015, 111–112.)

Lapsettomuuden kielteiset tunteet heijastuvat helposti parin seksielämään ja seksuaalisuuteen, josta lapsettomuuskin itsessään voi johtua. Seksuaalisuus on herkkä alue ja se on olennaisena osana lapsettomuuskriisissä. Vaikutukset näkyvät muun muassa haluttomuutena, erektiohäiriöinä, emättimen kostumishäiriöinä sekä siemensyöksyn häiriöinä. (Pruuki ym. 2015, 62–63.)

Seksuaaliset tunteet, esimerkiksi hellyys ja intohimo voivat lapsettomuuden vuoksi hiipua. Usein seksin päätavoite muuttuu raskauden alkuun saattamiseksi, jolloin yhdynnästä tulee suorittamista. Jokainen yhdyntä muistuttaa paria hedelmöitymisen mahdollisuudesta ja vähitellen läheisyys ja intohimo häviävät. Mahdolliset epäonnistuneet hedelmöityshoidot lisäävät ahdistusta itsessään ja jokaisella vastoinkäymisellä on vaikutus parin seksielämään. Jotkut pariskunnat käsittelevät seksuaalisuuteen liittyviä muutoksia, jolloin tilanne voi parantua. Yhteinen kokemus voi myös vaikuttaa pariin positiivisesti, jolloin parisuhde ja seksuaalisuus kehittyvät. Seksielämästä voi tällöin tulla aktiivisempaa. (Pruuki ym. 2015, 63–65.)

### 3.3.6 Laki hedelmöityshoidoista

Jokaisella ihmisellä on oikeus perustaa perhe YK:n ihmisoikeuksien julistuksen mukaan. Perheen perustaminen on tärkeä ja arvokas asia. Tarve saada oma biologinen lapsi voi olla suuri. Kenelläkään toisella osapuolella ei ole oikeutta estää toista ihmistä saamasta lasta, mutta se ei myöskään ole ketään toista osapuolta velvoittava asia. Hedelmöityshoitoihin liittyy aina eettisiä kysymyksiä, esimerkiksi kenellä on oikeus hedelmöityshoitoihin ja millä perusteella sekä kenellä on oikeus lapseen. Usein näistä eettisistä kysymyksistä esiin nostetaan syntyvän lapsen etu. (Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 171–172.) Valviran vuonna 2012 tehdyssä kannanottopyynnössä on pohdittu syitä evätä hedelmöityshoidot sitä haluavilta. Työryhmä päätyi käytäntöeseen, että jos esimerkiksi naisen ikä on riskinä lapsen ja äidin terveydelle, lapselle ei voida turvata tasaista kehitystä tai että lapsi aiotaan antaa ottolapseksi, tulee hedelmöityshoitojen antaminen evätä. (Mäkelä 2012.)

#### Hedelmöityshoitolaki

Suomessa hedelmöityshoitoihin liittyy lainsäädäntö, joka hyväksyttiin eduskunnassa 22.12.2006. Laki hedelmöityshoidoista (1237/2006) koskee niitä hoitoja, joissa naiseen viedään sukusoluja tai alkioita raskauden alkamiseksi. Laissa myös säädelään sukusolujen varastointia ja luovuttamista. (Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 170–172.) Lain keskeinen tavoite on turvata hoidon avulla syntyneen lapsen tasapainoinen kehitys (Tulppala 2007, 23). Vaikka jokaisella ihmisellä on oikeus omaan lapseen ja perheeseen, laki hedelmöityshoidoista rajaa kuitenkin tietyissä tapauksissa lapsen saamisen mahdollisuutta (ks. taulukko 1).

Taulukko 1. Hedelmöityshoidon antamisen esteet. (L 22.12.2006/1237, Luku 2, 8§).

Hedelmöityshoitoja ei saa antaa, jos:

- hoitoon ei ole hoitoa saavan kirjallista suostumusta;
- hoitoa saavan parin osapuoli on avioliitossa muun henkilön kanssa;
- raskaus aiheuttaisi naisen iän tai terveydentilan vuoksi huomattavan vaaran naisen tai lapsen terveydelle;
- hedelmöityshoidon antamiseen suostumuksensa antanut on peruuttanut sen tai kuollut;
- on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä; tai ka-
- on syytä olettaa, että lapsi aiotaan antaa ottolapseksi.

Hedelmöityshoidoissa voidaan käyttää hoitoa saavan parin tai naisen omia sukusoluja ja alkioita sekä lahjoitettuja siittiöitä, munasoluja tai alkioita. Sellaisia sukusoluja ja alkioita, joiden perimään on puututtu tai toisinnettu eli kopioitu, ei saa käyttää.

Myöskään tutkimustoiminnassa käytettyjä alkioita ja sukusoluja ei saa käyttää hedelmöityshoidoissa. Lapsen ominaisuuksiin voidaan vaikuttaa vain silloin, kun on kyse syntyvän lapsen terveyden turvaamisesta tai kun varmistetaan, että lapsi muistuttaisi ulkonäöltään vanhempiaan. (L 22.12.2006/1237, luku 1, 3-5§.) Laki ei salli Suomessa sijaissynnyttäjän käyttöä (Pruuki ym. 2015, 170).

Suomen hedelmöityshoitolaissa käsitellään myös sukusolujen käyttöä sekä luovutetulla sukusolulla alkunsa saaneen lapsen oikeuksia. Sukusoluja voi luovuttaa 18 vuotta täyttänyt henkilö, joka on antanut kirjallisen suostumuksen sukusolujen luovutukseen. Lisäksi hänet on hyväksytty terveystarkastuksessa, jossa on varmistettu, ettei sukusolujen luovutus aiheuta hänelle terveydellistä vaaraa, eikä hänellä ole tarttuvaa tautia tai vakavaa perinnöllistä sairautta, joka voi aiheuttaa vakavan sairauden hoitoja saavalle naiselle tai hoidon tuloksena syntyvälle lapselle. Myös alkion luovutus on

niissä tilanteissa mahdollista, jossa lapsettomuushoidoissa ollut pari luovuttaa omista hedelmöityshoidoistaan ylijääneitä alkioita muiden lapsettomien parien hoitoon. Tällöin luovutukseen tarvitaan sekä naisen että miehen suostumus.

(L22.12.2006/1237, luku 3, 13§, 16§ & 20§.) Luovutetuilla sukusoluilla tai alkiolla syntyneet lapset ovat tiedonsaantioikeutettuja omaan biologiseen alkuperäänsä 18 vuotta täyttäessään (L 22.12.2006/1237, luku 4, 23§).

Lapsettomuus voi koskettaa myös yksin eläviä naisia. Suomen laki ei edellytä parisuhdetta eikä näin ollen estä yksin elävää naista hakeutumasta lapsettomuushoitoihin. Nainen voi tulla raskaaksi hedelmöityshoitojen avulla, joissa käytetään luovutettuja sukusoluja. Suomessa miehellä ei ole oikeutta saada yksin biologista lasta. (Pruuki ym. 2015, 180.)

### **Laki maahanmuuttajan hoitoon pääsystä ja potilasoikeuksista**

Maahanmuuttajien oikeus terveyspalveluiden käyttöön määräytyy sen mukaan, mikä on Suomeen tulon syy, mistä maasta tullaan, sekä muuttaako maahanmuuttaja Suomeen vakituisesti vai tilapäisesti. Maahanmuuttajat, joilla on kotikunta Suomessa, ovat oikeutettuja samoihin sosiaali- ja terveyspalveluihin kuin kantasuomalaiset. Kotikuntalaki määrittää oikeuden kotikuntaan Suomessa. (Palvelujen tarve ja käyttö, 2015.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilöstöä antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä muista hänen hoitoon liittyvistä asioista (L17.8.1992/785, luku 2, 5 §). Asiakkaalla on myös itsemääräämisoikeus, joka liittyy tiedonsaantiin, kohteluun sekä yhteiseen suunnitteluun (Hirvonen ym. 2007, 17). Jos potilas kieltäytyy ohjauksesta, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla tavalla (L17.8.1992/785, luku 2, 6§).

Suomessa jokaisella potilaalla ja asiakkaalla on oikeus saada tietoa hänen ymmärtämällä tavalla tai kielellä (L 17.8.1992/785, luku 2, 5 §). Selvitys terveydentilasta tulee antaa riittävän selvästi niin, että asiakas ymmärtää täysin asian. Maahanmuuttajien ja ulkomaalaisten määrän kasvaessa tulkin käyttö tulee lisääntymään (Juntunen 2009c, 149). Jos terveydenhuollon ammattilaiset eivät hallitse asiakkaan käyttämää kieltä, on heidän mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkin hankkimisesta (L22.9.2000/812, luku 2, 5§).

### **Seksuaalioikeudet**

Seksuaalioikeuksien julistuksen (2014) mukaan seksuaalioikeudet pitävät sisällään muun muassa oikeuden tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen. Jokaisella ihmisellä on oikeus päättää lasten hankinnasta, lapsien ajoituksesta sekä lapsiluvusta ilman minkäänlaista erottelua, jonka perusteena on kulttuuritausta, ihonväri, sukupuoli, syntyperä, kansallisuus, asuinpaikka, taloudellinen tai sosiaalinen tilanne tai muu asema. (Sexpo n.d.)

Maahanmuuttajilla on usein paljon traumaattisia kokemuksia. Maahanmuuttajien keskuudessa on lisättävä tietoa seksuaalioikeuksista, jotta heillä olisi mahdollisuus vaikuttaa omaan seksuaaliseen hyvinvointiinsa ja välttyä seksuaaliselta kaltoinkohtelulta. (Apter ym. 2009, 27 & 40.) Seksuaalisella kaltoinkohtelulla ja väkivallalla esimerkiksi sukuelinten silpomisella voi olla vaikutuksia myös hedelmällisyyteen (Paananen ym. 2015, 514). Näin ollen olisikin hyvä, että maahanmuuttajilta kartoitetaan terveystarkastuksissa mahdollisia kokemuksia seksuaalisesta kaltoinkohtelusta (Apter ym. 2009, 40).

### **3.3.7 Lapsettomuushoidot ja maahanmuuttaja**

Vaikka lapsettomuushoitoja on tarjolla, monille maahanmuuttajanaisille ja -perheille lapsettomuushoidot voivat olla vieras asia, koulutuksen sekä tiedonpuutteen vuoksi

(Apter ym. 2009, 16–17). Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintasuunnitelman vuodelle 2009 tavoitteena on lisätä maahanmuuttajaperheiden tietoutta lapsettomuudesta sekä lapsettomuushoidoista.

Maahanmuuttajien hoitaminen lapsettomuusasioissa vie enemmän resursseja kuin kantaväestöön kuuluvan pariskunnan hoitaminen. Yhteisen kielen puuttumisen vuoksi terveyden huollon ammattilainen joutuu selittämään asioita enemmän, jotta varmistutaan siitä, että asiakas on ymmärtänyt asian. Tulkin lisäksi on siis tärkeä varata riittävästi aikaa vastaanottokäynnille. (Apter ym. 2009, 38.) On myös tutkittu, että maahanmuuttajaperheet eivät välttämättä tiedosta sitä, että lapsettomuus voi johtua myös miehestä (Malin 2011).

### 3.4 Ohjaus

Ohjaus on olennainen työkalu hoitohenkilökunnan hoitotyössä. Hyvin onnistunut ohjaus vaikuttaa edistävällä tavalla asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja toimintaan. Käytännössä ohjaus toteutuu silloin, kun keskustellaan tavoitteellisesti asiakkaan kanssa häneen liittyvistä asioista. Ohjaus on asiakkaan omien kokemusten erittelyä ja niistä oppimista. Ennen kaikkea ohjaus on tavoitteellista ongelmanratkaisua. (Kyngäs & Kääriäinen 2006.)

Ohjausmenetelmät voidaan jakaa ryhmäohjaukseen, yksilöohjaukseen sekä audiovisuaaliseen ohjaukseen. Ryhmäohjausta annetaan erikokoisissa ryhmissä ja ryhmät muodostetaan niin, että ohjaus palvelee heidän omia tavoitteita. Yksilöohjaus on usein tehokkain menetelmä oppimisen kannalta. Yksilöohjausta annetaan useimmiten suullisesti, vuorovaikutus onkin ohjauksen kulmakivi. Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa asiakkaan kysymysten esittäminen, tuen saamisen hoitajalta sekä väärinkäsitysten oikaisemisen. Yksilöohjauksessa voidaan hyödyntää erilaisia kirjallisia oheismateriaaleja, kuten esimerkiksi oppaita. Audiovisuaaliseen ohjaukseen kuu-

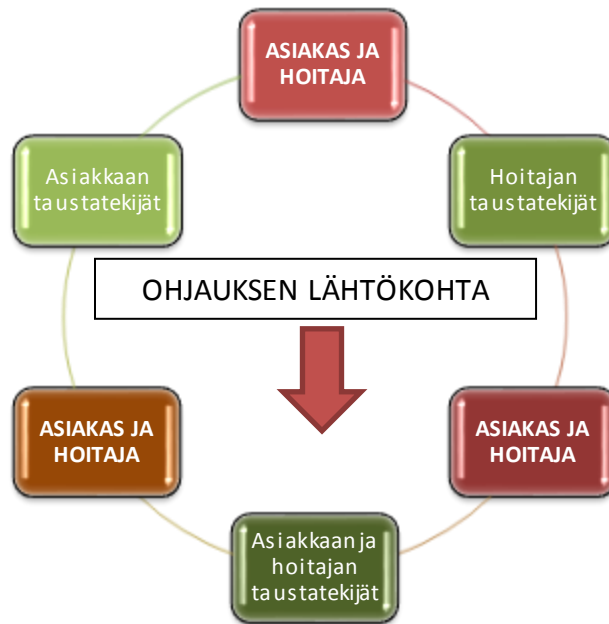


luu puhelinohjaus, video- ja äänikasetit sekä erilaiset tietokoneohjelmat. Audiovisuaalista ohjausta käytetään usein näkö- tai kuulorajoitteisten asiakkaiden kanssa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 74, 104, 116–118.)

### 3.4.1 Potilasohjaus

Potilasohjauksella tarkoitetaan hoitajan antamaa neuvontaa, joka liittyy yleensä potilaan sairauteen, odotettavissa oleviin tutkimuksiin tai hoitoon. Ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta selviytymään sairautensa kanssa ja auttaa potilasta hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Sairaanhoidajat ovat ajallisesti eniten tekemisissä potilaan kanssa, joten hoitajilla on parhaat mahdollisuudet ohjata potilasta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 24–26.) Potilasohjauksessa asiakas on aktiivinen ongelmanratkaisija, jossa hoitaja tukee häntä päätöksenteossa eli ohjaussuhde on vuorovaikutteista sekä tasa-arvoista. Rakenteeltaan ohjaus on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, sisältäen myös paljon tiedon antoa. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Ohjauksessa tulee huomioida asiakkaan taustatekijät sekä yksilölliset tarpeet ja niiden vaikutus ohjaustuloksiin. Ohjaustavoitteisiin pääsemistä edesauttaa myös se, että hoitaja itse tunnistaa ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät sekä ymmärtää omat tunteensa ja tapansa toimia. Ennen kuin ohjaussuhteessa on edetty mihinkään, siinä on mukana hoitaja sekä asiakas taustatekijöineen (ks. kuvio 4). Hoitaja ja asiakas sekä heidän kummankin taustatekijät muodostavat ohjauksen lähtökohdan. Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä muihin ympäristötekijöihin. (Kyngäs ym. 2007, 26–28.) Terveysneuvonta-tilanteessa nämä taustatekijät voivat olla myös kulttuurisesti orientoituneita, eli asiakas ei välttämättä kykene perustelemaan terveyskäyttäytymistään ja toimintaansa muuten kuin esimerkiksi perinteillä; ”minun äitinikin on aina tehnyt näin” (Juntunen 2009c, 148).



Kuvio 4. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät –ohjauksen lähtökohta (Kyngäs ym. 2007, 28, muokattu)

Fyysiset tekijät eli asiakkaan ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila vaikuttavat siihen, miten asiakas pystyy ottamaan ohjauksen vastaan. Oman haasteensa ohjaukseen antavat asiakkaan, jotka kokevat itsensä terveiksi, mutta joiden terveydentila vaatisi hoitoa. Ohjauksessa on hyvä huomioida myös psyykkiset taustatekijät, joihin kuuluvat muun muassa käsitys omasta terveydentilasta, terveystuskomukset, kokemukset, odotukset, tarpeet sekä motivaatio. Sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, uskonnollisista sekä etnisistä tekijöistä. (Kyngäs ym. 2007, 29–35.) Maahanmuuttajien kohdalla nämä edellä mainitut asiat korostuvat.

Kirjallinen ohjaus on olennainen osa potilasohjausta. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan erilaisia kirjallisia ohjeita. Ohjeet voivat olla lyhyitä yhden sivun mittaisia ohjeita tai monisivuisia lehtisiä tai oppaita. Kirjallisten ohjeiden käyttö on erittäin tarpeellista niissä tilanteissa, jossa suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt tai rajallinen. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla asiakkaalle voidaan välittää tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista jo ennalta. Kirjallisten ohjeiden hyötynä on se, että asi-

kas voi tukeutua niihin ja tarkastaa tietojaan niistä myös itseksensä. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Tässä opinnäytetyössä tuotoksena on monisivuinen opas maahanmuuttajille.

### **3.4.2 Maahanmuuttajan ohjaus**

Hoitajan ja potilaan kohtaaminen on aina kulttuurinen ja eettinen tapahtuma. Hoitajalta vaaditaan hyvässä potilaan kohtaamisessa empatiakykyä ja kykyä asettua toisen ihmisen asemaan. Joskus hoitajan empatiataidot joutuvat koetukselle, jos kyseessä on potilas, jonka taustat poikkeavat hoitajan omasta elämästä. (Abdelhamid 2009a, 145–146.) Maahanmuuttajan kohtaaminen vastaanotolla voi joskus olla haastavaa. Hoitajalta vaaditaan ennakkoluulottomuutta, ymmärrystä ja herkkyyttä sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. Kulttuuri vaikuttaa keskeisellä tavalla ihmisen käyttäytymiseen ja toimintaan. Sairauteen, terveydentilaan, kipuun ja vaivoihin reagoiminen on vahvasti kytköksissä asiakkaan omaan kulttuuriin. (Monikulttuurinen terveydenhoito, n.d.)

Vuorovaikutustilanteissa ja mahdollisesti yhteisen kielen puuttuessa asiakkaan ja hoitajan välillä korostuu erityisesti nonverbaalinen viestintä (Monikulttuurinen terveydenhoito, n.d.). Nonverbaalisella viestinnällä tarkoitetaan ei-kielellistä viestintää, eli esimerkiksi ilmeitä, eleitä, kehonasentoja tai äänensävyä (Nonverbaalinen viestintä, n.d.).

Aidossa monikulttuurisessa hoitosuhteessa ihminen saa olla potilaana ja hoidettavana ilman häpeä ja syyllisyyden tunteita. Monikulttuurisessa hoitosuhteessa on tilaa, mutta hoitosuhde on myös hoitajan ja hoidettavan välistä riippuvuutta. (Abdelhamid 2009a, 146.) Hoitajan on tärkeä pyrkiä ottamaan asiakkaat huomioon kokonaisuutena riippumatta siitä, mistä kulttuurista he tulevat. Erilaisissa ohjaustilanteissa tulisi-kin muistaa, että ihminen on kulttuurista riippumatta kokeva, ajatteleva, toimiva, sosiaalinen, kulttuurinen, biologinen, poliittinen ja hengellinen kokonaisuus. (Puukari

& Korhonen 2013, 13–15.)

Ensimmäinen pulma maahanmuuttajien kanssa asioidessa voi olla yhteisen kielen puute. Jos yhteistä kieltä ei löydy, vastaanotolla tulee lain mukaan käyttää tulkkia. Terveystyöntekijä on velvollinen tilaamaan tulkin tulkikeskuksesta. (L22.9.2000/812, luku 2, 5§.) Hoitotyössä tulisi käyttää aina ammattitulkkia, kun potilaalla ja hoitajalla ei ole yhteistä kieltä. Tulkin kanssa työskentely ei aina ole helppoa, sillä kolmas henkilö hoitajan ja asiakkaan välillä voi olla hämmentävää asiakkaalle. (Juntunen 2009d, 150–151.)

Joskus maahanmuuttajaparin ollessa vastaanotolla käy helposti niin, että mies tai lapsi toimii naisen tulkkina myös intiimeissä asioissa. Maahanmuuttajavanhemmille voi olla tuttua käyttää omaa lastaan tulkkina, tämä ei kuitenkaan ole suotavaa. Terveystyöolosuhteissa suositaan vain ammattitulkkia. (Juntunen 2009d, 151.)

Tulkkaus voi tapahtua vastaanotolla, tai myös etätulkkauksena eli puhelimitse tai videon välityksellä. Niissä kulttuureissa, joissa naisen terveyteen liittyvistä asioista keskustellaan vain naisten kesken, voi tieto miespuolisesta tulkista estää hoitoon tulemisen. Tämän vuoksi tulkin tulisi olla naispuolinen. (Juntunen 2009d, 151.)

### **3.4.3 Hyvä kirjallinen ohjausmateriaali**

Terveyttä edistävässä materiaalissa keskeistä on voimavaralähtöisyys eli miten aineisto vahvistaa tai tukee kohderyhmän voimavaroja. Terveysaineisto voi olla myös ongelmalähtöistä, jolloin se keskittyy enemmän sairauteen, riskiin tai oireisiin. Molemmat lähestymistavat ovat merkityksellisiä terveyden edistämisessä. (Rouvinen-Wilenius 2007, 5.)

Terveysaineistolle on määritelty laatukriteerit (ks. liite 1), joiden avulla määritetään terveysmateriaalin laatu, hyödyllisyys ja kohderyhmän huomiointi. Laatukriteereiden tarkoituksena on toimia terveysaineiston arvioinnin ja kehittäjän välineenä sekä tukea aineiston johdonmukaista arviointia. Kaikkien kriteerin osa-alueiden ei tarvitse välttämättä täyttyä, vaan tarkoituksena on tarkastella kriteereistä tiettyjä merkityksellisiä asioita, jotka ovat kullekin aineistolle tärkeitä. Jotta laatukriteerit toteutuvat, niitä arvioidaan arviointistandardeilla, jotka on jaettu terveyden edistämisen näkökulmien standardeihin sekä kohderyhmän sopivuuden standardeihin.

Terveyden edistämisen näkökulmien esittäminen:

1. Aineistolla on selkeä ja konkreettinen terveys-/hyvinvointitavoite
2. Aineisto välittää tietoa terveyden taustatekijöistä
3. Aineisto antaa tietoa keinoista, joilla saadaan elämänoloissa ja käyttäytymisessä muutoksia
4. Aineisto on voimaannuttava ja motivoi yksilöitä/ryhmiä terveyden kannalta myönteisiin päätöksiin

Aineiston sopivuus kohderyhmälle:

5. Aineisto palvelee käyttäjäryhmän tarpeita
6. Aineisto herättää mielenkiinnon ja luottamusta sekä luo hyvän tunnelman
7. Aineistossa on huomioitu julkaisuformaatin, aineistomuodon ja sisällön edellyttämät vaatimukset

(Rouvinen-Wilenius 2007, 9.)

Hyvässä oppaassa on aina määritelty, kenelle opas on tarkoitettu ja mikä oppaan tarkoitus on. Ohjausmateriaalit voivat olla hyvinkin erilaisia sisällöltään, mutta sisällön tulee kuitenkin olla ajantasainen ja tarkka. Kirjallisessa oppaassa tärkeää on huomioida asiakkaan kokonaisuus. Ohje ei ole riittävä jos oppaassa on käsitelty vain fyysisiä vaivoja ja ongelmia. Hyvässä kirjallisessa ohjeessa on huomioitu, millä tavoin

fyysinen ongelma voi vaikuttaa myös asiakkaan mielialaan. Kirjallinen opas tulee suunnitella yksilöllisesti oppaan kohderyhmälle sopivaksi ja sen tulee olla juuri kohderyhmänsä tietojen ja tarpeiden mukainen. (Kyngäs ym. 2007, 124–126.)

Ohjausmateriaalin tulee olla niin sisällöltään kuin kieliasultaankin selkeää ja ymmärrettävää (Kyngäs ym. 2007, 125). Oppaan kieli tulee valita kohderyhmä huomioiden. Suomessa jokaisella potilaalla ja asiakkaalla on oikeus saada tietoa hänen ymmärtämällä tavalla tai kielellä. (L 17.9.2004/857, 5 §.) Koska opas on kohdennettu maahanmuuttajille, joiden äidinkielenä ei ole suomi, tulee opas kirjoittaa selkokielellä. Selkokieli on mukautettu sisällöltään, sanastoltaan sekä rakenteeltaan luettava maksi ja ymmärrettävämpään muotoon kohdennettuna niille ihmisille, joilla on vaikeuksia suomen kielen ymmärtämisessä ja/tai lukemisessa (Sainio 2002). Oppaassa tulisi välttää vierasperäisiä sanoja, koska ne voidaan ymmärtää väärin tai sekoittaa toisiinsa. Jos asiasta ei voi puhua ilman lääketieteellisiä termejä, tulevat termit tai hankalat ilmaukset tällöin selittää. (Hyvärinen 2005.)

Hyvän kirjallisen ohjeen ulkoasu on selkeä. Ymmärrettävässä oppaassa tulee olla selkeästi luettava kirjasintyyppi ja kirjasinkoko, jonka tulisi olla vähintään koko 12. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Näkövammaisten keskusliiton mukaan suositeltavin kirjasin-koko on 14. Helposti luettavassa tekstissä käytetään apuna tekstin kontrasteja, esimerkiksi mustaa tekstiä valkoisella pohjalla. Tekstin luettavuuteen vaikuttaa myös kirjaintyyppin lihavuus, jonka avulla teksti on helpommin hahmotettavissa. (Suositus painetun tekstin tekijöille n.d.) Tekstistä tulee saada jo yhdellä silmäyksellä käsitys siitä, mitä se sisältää (Kyngäs 2007, 127).

Oppaan luettavuuden kannalta ohjeen tulee alkaa otsikolla, joka kertoo ohjeen aiheen. Oppaassa on hyvä käyttää myös väliotsikoita, jotka jakavat tekstin sopiviin osiin. Väliotsikkoina on järkevää käyttää hyvin yksinkertaisia, yksittäisiä sanoja. (Torkkola ym.2002, 39–40.) Tekstikappaleissa esitetään vain yksi asia kappaletta kohden ja pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen. Virkkeiden ja sanojen tulisi olla melko lyhyitä. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Joskus oppaan asiat voidaan ilmoittaa

jopa luettelomaisesti, jotta tärkeät asiat saadaan hyvin esille. Luettelomainen opas voi toimia samalla myös asiakkaan muistilistana. (Torkkola ym. 2002, 25.)

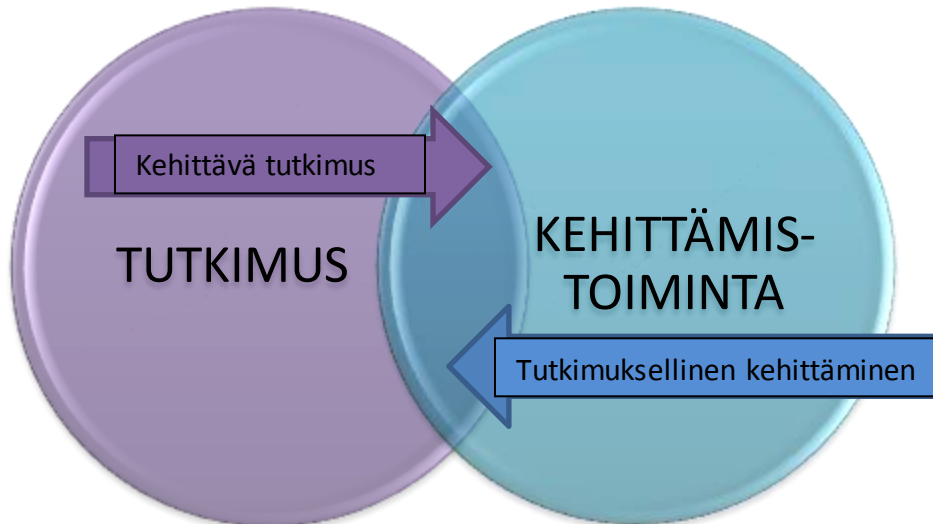
Hyvä kuvitus auttaa parhaimmillaan ymmärtämään tekstiä paremmin sekä herättää mielenkiintoa. Kuvia kannattaa käyttää esimerkiksi ihmisen anatomiasta puhuttaessa. On hyvä muistaa, että kuvissa tulisi olla kuvatekstit. (Torkkola ym. 2002, 40.) Hyvässä ohjelehtisessä on selkeitä ja kontrastiltaan hyviä kuvia. Kuva olisi hyvä sijoittaa aina samaan kohtaan, eikä kuviotaustaa tai kuvan sijoittamista tekstin alle suositella. (Suositus painetun tekstin tekijöille, n.d.)

## 4 Oppaan toteuttamisprosessi

### 4.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa konkreettinen kehittämistoiminta sekä tutkimukselliset lähtökohdat ovat yhdistyneet. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta kohdistuu kehittämistoiminnan sekä tutkimuksen risteyskohtaan, jota voidaan tarkastella sekä tutkimuksen että kehittämistoiminnan näkö-kulmasta (ks. kuvio 5). (Rantanen ym. 2009, 19–22.)

Kehittämistoiminnan avulla haetaan muutosta ja muutoksella tavoitellaan jotain uutta tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat. (Rantanen & Toikko 2009, 16.) Tämän kehittämistoiminnan tuotoksena syntyi opas maahanmuuttajille, jonka teemana on lapsettomuus. Työ on tutkimuksellista, sillä opas pohjautuu näyttöön perustuvaan ja tutkimukselliseen tietoon.

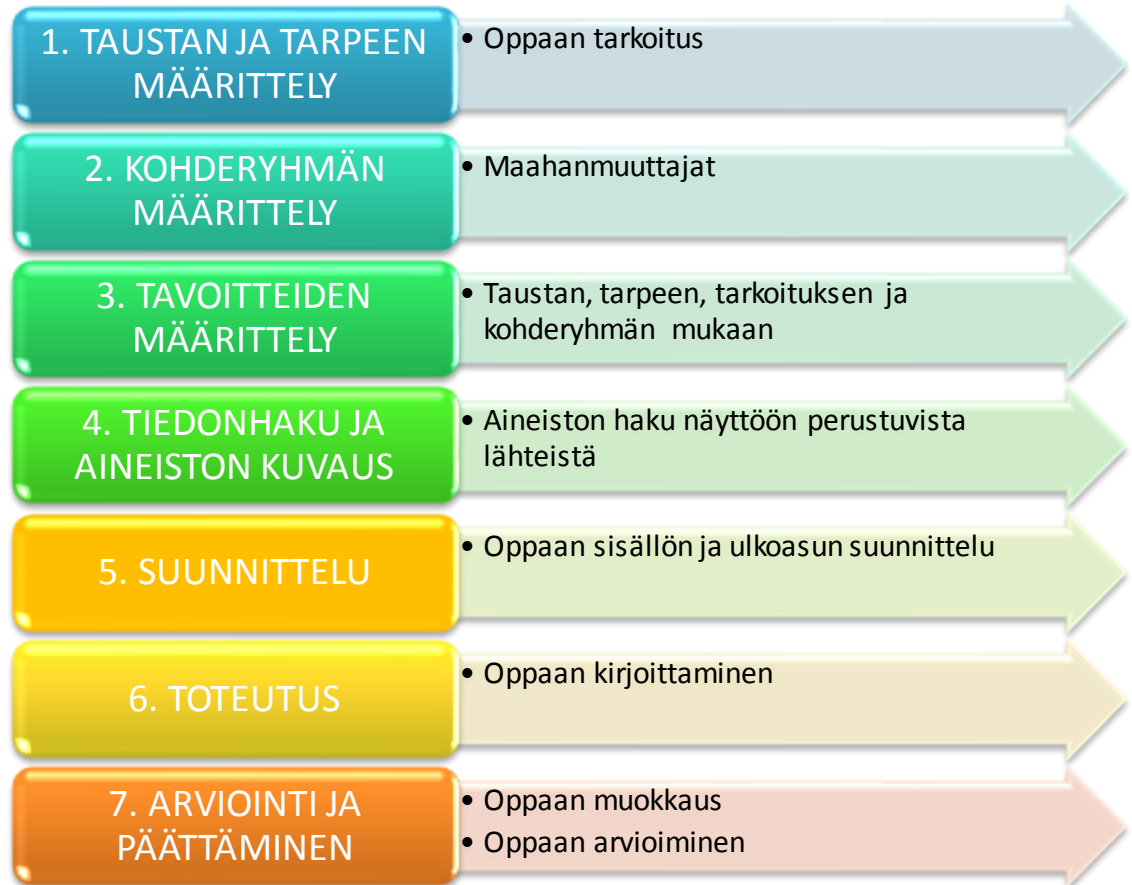


Kuvio 5. Tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikka (Rantanen & Toikko 2009, 21).

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta noudattaa erilaisia malleja. Tähän opinnäyte-työhön valittiin lineaarinen malli kuvaamaan oppaan tuottamisen eri vaiheita (ks. kuvio 6). Linearisessa mallissa on esitetty tavoitteen määrittely, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen ja arviointi. (Rantanen ym. 2009, 64.) On hyvä muistaa, että suunnitteluvaiheessa on miltei mahdotonta tehdä lopullista suunnitelmaa ja tietää, mikä oppaan tuottamisessa toimii ja mikä ei. Yleensä nämä suunnitelman osat tarkentuvatkin työn edetessä. (Salonen 2013, 17.)

Oppaantekoprosessi käynnistyi ideoinnista, tavoitteen sekä tarpeiden määrittelystä (ks. Kuvio 6). Tässä vaiheessa kartoitettiin taustaa ja tarvetta sekä määriteltiin tarkemmin kohderyhmä. Tämän jälkeen siirryttiin oppaan suunnitteluun ja tuottamiseen. Prosessi päättyi oppaan muokkaukseen ja arviointiin sekä työn julkaisuun.





Kuvio 6. Oppaan tuottamisen prosessi lineaarisen mallin avulla (Rantanen & Toikko 2009, 64, muokattu)

## 4.2 Oppaan tausta ja tarve

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tausta ja tarve tulee määrittää jo suunnitteluvaiheen alussa. Kehittämishankkeen tarve kuvataan hankkeen taustalla oleviin ongelmiin tai uusiin innovaatioihin perustuen. (Silfverberg 2007, 78.)

Olisi tärkeää, että maahanmuuttajilla olisi hyvät valmiudet ja tiedot hakeutua palvelun saannin piiriin ja tätä kautta oikeus ja tieto saada asianmukaista hoitoa ja ohjausta lapsettomuuden hoitoon. Vaikka lapsettomuushoitoja on tarjolla, monelle maahanmuuttajanaiselle ja perheelle lapsettomuushoidot voivat olla vieras asia, koulu-

tuksen sekä tiedonpuutteen vuoksi. (Apter ym. 2009.)

Vuonna 2009 Väestöliiton tekemän Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintasuunnitelman (Apter ym. 2009) mukaan maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavia tekijöitä olivat mm. henkilökohtaiset tarpeet, palvelun kysyntä, palveluiden laatu ja saavutettavuus sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila. Näiden tekijöiden keskeisinä tekijöinä ja kysymyksinä olivat mm. kulttuuritausta, tiedonsaanti, kielitaito ja sen myötä tuoma kielimuuri ja tulkkauksen tarve, sosioekonominen tilanne sekä seksuaalioikeuksien toteuttaminen.

Tutkimuksellisenä kehittämistoimintana toteutetussa opinnäytetyössä on suositeltavaa olla toimeksiantaja, jolle opinnäytetyöstä valmistuva tuote tehdään. Toimeksiantajan mukanaolo opinnäytetyössä motivoi opiskelijaa ja lisää vastuuntuntoa opinnäytetyöstä. Lisäksi se opettaa projektihallintaan sekä tiimityöhön. Toimeksi annettu opinnäytetyö tukee myös opiskelijan ammatillista kasvua. (Vilka & Airaksinen 2003, 16–17.)

Hankkeen yhteistyökumppanina sekä toimeksiantajana toimii Lehtori Riitta Ala-Luhtala, joka on MAUSTE-hankkeen projektipäällikkö. MAUSTE-hanke on maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataitojen edistämisen hanke vuosina 2015–2016. MAUSTE-hankkeen tavoitteena on ennaltaehkäistä maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmia ja kysymyksiä, sekä myös ohjeistaa ja tehostaa terveydenhuoltoalan ammattilaisten seksuaaliterveyden monikulttuurista osaamista. (JAMK 2015.) Hankkeen projektisuunnitelman pöytäkirjan merkinnän mukaisesti MAUSTE-hankkeen tuloksena tavoitellaan (Seksuaaliterveyden edistämisen hankehakemusten esittely / Turvallisex mimmistä mummoksi ja pojasta vaariksi sekä MAUSTE -maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataito-osaamisen edistäminen 2014) yhtenä osana seksuaalipalveluiden mallia neuvolatyössä, joka on siten osana maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämistä.

Tarpeellista olisi saada kirjallinen opas myös verkkojulkaisuksi ja siten jokaisen saataville. Monelle verkosta saatavilla oleva opas ja julkaisu voi olla helpompi ratkaisu löytää tietoa lapsettomuudesta. Opas on myös helppo ja matalan kynnyksen tapa saavuttaa maahanmuuttajat ja siten myös saada heille tietoutta lapsettomuudesta, lapsettomuuden syistä ja hoidosta.

### 4.3 Oppaan kohderyhmä

Aiheanalyysissä tärkein osa-alue on opinnäytetyön kohderyhmä sekä sen mahdollinen raja-alue. Opas tehdään aina jollekin ja jonkun käytettäväksi, sillä tavoitteena on toiminnan selkiyttäminen oppaan avulla. Kohderyhmän määrittämisessä ominaisuuksia ovat muun muassa ikä, koulutus, sosioekonominen asema sekä toimeksiantajan toiveet. Kohderyhmän määrittäminen täsmällisesti on tärkeää, sillä oppaan sisällön ratkaisee juurikin kohderyhmä. Kohderyhmän määrittäminen auttaa myös opinnäytetyön ja oppaan rajauksessa. (Vilka & Airaksinen 2003, 38–40.) Oppaan välittömänä kohderyhmänä ovat fertiili-ikäiset maahanmuuttajat sekä välillisenä kohderyhmänä terveydenhuollon ammattihenkilöt.

Välittömänä kohderyhmänä ovat fertiili-ikäiset maahanmuuttajat, jotka käyttävät Suomen terveystalvueluita ja palveluntarjoajia, sekä välillisenä kohderyhmänä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen ammattilaiset, muun muassa kättilöt, terveydenhoitajat ja terveyskeskuslääkärit. Fertiili-iällä tarkoitetaan ajanjaksoa siitä, kun naisella alkaa kuukautiset ja kestää siihen asti, kunnes hänellä alkaa vaihdevuodet, sekä miehellä kun hän on sukukypsä ja ensimmäiset siemensyöksyt tapahtuvat. (MLL, n.d.) Opas on tuotettu ohjauksen tueksi niille terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka tekevät työtä tahattomasti lapsettomien maahanmuuttajien kanssa.

## 4.4 Oppaan tavoitteet

Tavoitteiden tarkoitus on kuvata millaisiin muutoksiin tai parannuksiin pyritään verrattuna nykytilanteeseen. Hyvät tavoitteet ovat muun muassa selkeitä ja konkreettisia sekä ne voidaan tulkita samalla tavalla eri tahoista riippumatta. Tavoitteiden tulee olla myös realistisia mutta kuitenkin kunnianhimoisia. Tavoitteet laaditaan niin, että ne ovat seurattavissa ja mitattavissa, ulkoiset tekijät eivät myöskään saa vaikuttaa liikaa tavoitteiden toteutumiseen. Tavoitteet jaetaan kahteen tasoon: kehitystavoitteisiin sekä välittömiin tavoitteisiin. Kehitystavoitteilla kuvataan pitkänajan muutוסvaikutusta hankkeen hyödynsaajan kannalta. Välittömät tavoitteet kuvaavat hankkeen konkreettista lopputulosta. (Silfverberg 2007, 80–81.) Tavoitteellisuus onkin keskeinen elementti kehittämisessä (Rantanen & Toikko 2009, 16).

Oppaalle määriteltiin sekä kehitystavoitteet että välittömät tavoitteet kehittämistoiminnan pohjaksi. Tavoitteet ovat:

### **Kehitystavoitteet:**

- Maahanmuuttajat saavat apua lapsettomuuden hoitoon liittyvissä kysymyksissä
- Maahanmuuttajien ymmärrys lapsettomuudesta lisääntyy ja he osaavat hakea siihen apua
- Terveystieteiden ammattilaiset osaavat ohjata maahanmuuttajia lapsettomuuden hoidossa

### **Välittömät tavoitteet:**

- Maahanmuuttajat ymmärtävät, mitä lapsettomuudella tarkoitetaan
- Maahanmuuttajat ymmärtävät, kuinka voivat ylläpitää hedelmällisyyttään
- Maahanmuuttajat tulevat tietoisiksi lapsettomuuden mahdollisista syistä

- Maahanmuuttajat tulevat tietoisiksi, mistä apua voi hakea lapsettomuuteen
- Maahanmuuttajat tulevat tietoisiksi lapsettomuuden hoidon eri keinoista
- Terveystieteiden ammattilaiset saavat tukea maahanmuuttajan ohjaukseen

#### 4.5 Tiedonhaku

Tiedonhakuprosessissa käytettiin erilaisia hakusanoja ja hakulausekkeita sekä suomeksi että englanniksi. Hakusanojen ja -lausekkeiden valikoituminen tapahtui tiedonhaun lomassa, ja laajasta sanastosta valikoituivat tietyt sanat ja lausekkeet, joita käytettiin (ks. Taulukko 2).

Taulukko 2. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja -lausekkeet

<b>suomenkieliset hakusanat</b>	maahanmuuttaja, lapsettomuus, lapsettomuushoidot, seksuaalisuus, seksuaaliterveys
<b>suomenkieliset hakulausekkeet</b>	maahanmuuttaja ja lapsettomuus, toiminnallinen opinnäytetyö, tutkimuksellinen kehittämistoiminta, terveyden edistäminen, seksuaaliterveyden edistäminen, lapsettomuuden ennaltaehkäisy
<b>englanninkieliset hakusanat</b>	immigration, refugees, infertility, infertility treatments, sexuality, sexual health
<b>englanninkieliset hakulausekkeet</b>	immigrant and infertility, functional thesis, research development, health promotion, sexual health promotion, infertility, prevention of infertility

Tiedonhaussa käytettiin erilaisia hakukoneita ja tietokantoja, näyttöön perustuvaa tietoutta sekä kirjallisuutta (ks. Taulukko 3).

Taulukko 3. Tiedonhaussa käytetyt tietokannat

<b>Terveysportti</b>	terveysalan tietokannat
<b>Duodecim</b>	suomalaisen lääkäriseuran lääketieteellinen aikakauskirja
<b>Theseus</b>	opinnäytetyöt, julkaisut
<b>Cinahl tietokanta</b>	englanninkielen tietokannat
<b>Käypä Hoito</b>	kansalliset hoitosuositukset, tutkimusnäyttöön perustuva tieto
<b>Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos</b>	verkkojulkaisut, terveydenhuollon tilastot
	kirjallisuus

Tiedonhakuprosessissa myös lähteiden valitseminen sekä valikoituminen olivat tärkeä osa opinnäytetyön tiedon saantia. Tiedonhaussa oli tärkeää, että lähteitä ja tietoutta oli relevanteista sekä luotettavista lähteistä. (Liukko & Perttula 2016.) Lähteiksi valikoituivat ne tutkielmat, jotka oli tehty vuoden 2010 jälkeen. Muutamaa lähdeä lukuun ottamatta lähteet ovat tuoreita, ja tällä pyritään varmistamaan lähteiden relevanssi ja tiedon tuoreus. Tutkimuksissa oli tärkeää huomioida myös tutkijan ja kirjoittajan käyttämät lähteet ja viittaukset ja varmistaa myös niiden totuudenmuka-

suus. (Liukko & Perttula 2016.) Opinnäytetyön aineisto koostuu näyttöön perustuvista sekä luotettavista tutkimuksista, artikkeleista, kansainvälisistä toimintaohjelmista sekä kirjallisuudesta.

## 4.6 Oppaan tuottaminen

Oppaan toteutus sijoittui kesän sekä syksyn 2016 ajalle. Oppaan tuottamisprosessi kulki lineaarisen mallin mukaan (ks. kuvio 6). Ensimmäisenä oppaan tuottamisprosessissa määriteltiin oppaan tausta, tarve sekä tavoitteet. Oppaan tavoitteet kulkivat jatkuvasti mukana läpi oppaan tuottamisen. Tavoitteiden muodostamisen jälkeen alkoi oppaan tuottaminen eli kirjoittaminen. Opas koottiin valitusta teoreettisesta aineistosta asetettujen tavoitteiden ohjaamana. Oppaan tuottamisen lähtökohtana pidettiin terveysaineiston laatukriteerejä sekä standardeja (ks. liite 1).

Teksti kirjoitettiin selkokielellä sekä suomeksi että englanniksi ja se pidettiin asiakaslähtöisenä ja kohderyhmäänsä palvelevana. Oppaan aihealue rajattiin koskemaan lapsettomuuden ennaltaehkäisyä sekä sen hoitoa, jotta oppaan tavoitteet toteutuisivat. Arviointia toteutettiin oppaan tuottamisen rinnalla tasaisin väliajoin, jonka perusteella tehtiin tarvittavat muokkaukset oppaaseen. Lopuksi opas julkaistiin.

## 5 Pohdinta

### 5.1 Oppaan arviointi

Oppaan arviointi on prosessi, jonka on tarkoitus arvioida, mitä on saavutettu ja miten. Tulosten arvioinnilla pyritään tehostamaan kirjoittajan omaa toimintaa ja ensinkin palattava asetettuihin tavoitteisiin ja pohtia, onko tavoitteet saavutettu. (Ewles & Simnett 1995, 94–96.) Tutkimuksellisen opinnäytetyön arvioinnissa on kolme pääkohtaa: työn idean arviointi, toteutustapa sekä arvio prosessin raportoinnista ja kie-

liasusta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154–159). Oppaan arvioinnissa käytettiin apuna opinnäytetyölle asetettuja tavoitteita sekä laadukkaan terveysaineiston laatukriteereitä (ks. liite 1).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas lapsettomuudesta maahanmuuttajille. Lisäksi opas on tarkoitettu myös terveydenhuollon ammattilaisille apuvälineeksi maahanmuuttajan ohjaukseen. Oppaassa pyrittiin vahvistamaan ja tukemaan maahanmuuttajien omia voimavaroja ja löytämään niiden kautta ratkaisuja lapsettomuuteen. Oppaassa käsiteltiin lapsettomuutta myös ongelmalähtöisyyden ja riskitekijöiden kautta. Oppaassa onnistuttiin saavuttamaan terveyden edistämisen näkökulmien esittäminen: oppaalla on selkeä konkreettinen hyvinvointitavoite ja se välittää näyttöön perustuvaa tietoa lisääntymisen ja lapsettomuuden taustatekijöistä. Lisäksi opas antaa tietoa keinoista, joilla saadaan terveyskäyttäytymisessä muutoksia. Oppaassa tulee selkeästi esille lapsettomuuden syyt, taustat, hoitokeinot sekä paikat, josta voi hakea apua. Se on kattava ja antaa juuri niitä tarkkoja tietoja, joista perheille voi olla eniten hyötyä. Kokonaisuudessaan opas noudattaa terveysaineiston laatukriteerejä (ks. liite 1) sekä edistää voimaannuttavalla tavalla maahanmuuttajien tietoutta lapsettomuudesta.

Ulkoasultaan oppaasta pyrittiin tekemään mielenkiintoa herättävä ja kohderyhmänsä tarpeita palveleva tuotos. Opas on pyritty kirjoittamaan selkeällä kielellä ja hankalia, tieteellisiä termejä pyrittiin korvaamaan ymmärrettävimmillä sanoilla. Oppaan haasteellisen ja laajan asiasisällön vuoksi tekstiä tuli enemmän kuin oli suunniteltu, mutta sisältöä oli hankala rajata suuren ja tärkeän tietomäärän vuoksi. Tämä voi vaikuttaa heikentävästi helppolukisuuteen. Oppaaseen sijoiteltiin paljon värikkäitä ja selkeitä kuvia havainnollistamaan sisältöä sekä elävöittämään opasta. Tekstin ymmärrettävyyden vuoksi fonttikokona käytettiin kokoa 12 ja riviväliä 1,5.



## 5.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimustietoon perustuvan, eettisesti hyvän työn tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Erityisen tärkeitä toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–24.) Tässä opinnäytetyössä rehellisyys ja tarkkuus näkyvät huolellisilla lähdeviittauksilla sekä merkinnöillä. Yleinen huolellisuus tulee ilmi lähteiden ja viittausten lisäksi muun muassa opinnäytetyön ulkoasulla.

Opinnäytetyö tulee suunnitella ja toteuttaa yksityiskohtaisesti, jotta työ olisi eettisesti hyvä. Tutkimusaiheen valinta itsessään on eettinen ratkaisu, joka sisältää pohdinnan siitä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tärkeää on myös ottaa huomioon aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25.) Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikuttivat toimeksiantajan tarve oppaasta maahanmuuttajille, maahanmuuton ajankohtaisuus Suomessa sekä lapsettomuuden vaikutukset erityisesti perhekeskeisissä kulttuureissa. Mauste-hankkeen tarve ehdotetulle aiheelle kertoo myös opinnäytetyön hyödyllisyydestä. Yhteiskunnallisella tasolla opinnäytetyössä korostuu maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden merkitys ja edistäminen.

Lainsäädäntö sekä moraaliset periaatteet ovat määritetty jokaisessa kulttuurissa. Hoitotyössä on tärkeää kunnioittaa jokaisen syntyperän ja kulttuurin omia moraalisia periaatteita, mutta myös osattava toimia ja arvioida sen eettisyyttä ja oikeudenmukaisuutta. Ylipäätänsä moraalit määrittelee sen, mikä on oikein ja väärin. Esimerkiksi äitiyshuolto ja hedelmöityshoitojen aloitus ovat eettisiä osa-alueita, johon jokaisella on yksilöllinen näkemys ja tahto. (Paananen ym. 2015. 26–27.) Opinnäytetyössä ja oppaassa onkin korostettu lapsettomuushoitojen vapaaehtoisuutta sekä asiakkaan omaa valinnanvapautta.

Hoitotyön keskeisten ja eettisten periaatteiden kulttuurinen luonne näkyy myös opinnäytetyön tuotoksena syntyneessä oppaassa. Autonomia eli itsemääräämisoikeus, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen sekä rehellisyys ja totuuden kertominen ovat oppaan näkyvät eettiset arvot. (Abdelhamid 2009b, 85–90.)

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat perehtyminen tiedonhakuun sekä asianmukainen viittaus lähteisiin. Erityisen tärkeää on kunnioittaa tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla heidän työhönsä oikealla tavalla. (Hyvä tieteellinen käytöntö, n.d.) Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi lähdemerkintöjen ja viittausten teko Jyväskylän Ammattikorkeakoulun antamien raportointiohjeiden mukaisesti. Luotettavuus perustuu lähteiden merkitsemisen lisäksi myös lähdekritiikkiin. Lähdekritiikillä tarkoitetaan kirjallisuuden valinnassa tarvittavaa harkintaa, jossa kiinnitetään huomiota lähteen kirjoittajaan, lähteen ikään, lähdetiedon alkuperään, uskottavuuteen sekä puolueettomuuteen. (Hirsjärvi ym 2009, 113–114.) Opinnäytetyöhön valittujen lähteiden kriteereinä käytettiin aineiston totuudenmukaisuutta, kirjoittajan luotettavuutta sekä lähteiden tuoreutta. Suurin osa opinnäytetyössä käytetyistä lähteistä on alle 10 vuotta vanhoja. Lähteinä käytettiin suomalaisia sekä kansainvälisiä tutkimuksia, kirja- ja verkkojulkaisuja sekä virastojen tilastoja. Näiden lähteiden luotettavuus tarkistettiin tekijätiedoilla sekä lähteen iällä. Rasismin ja maahanmuuttokriittisyyden vuoksi oli erityisen tärkeää olla kriittinen lähteiden valinnassa ja välttää esimerkiksi journalistisia lähteitä (Yle, mediakompassi n.d).

Lähdeviittauksien ja lähdeluettelon välillä pitää olla tarkka vastaavuus. Viite tulee ohjata lukija helposti lähdeluettelon oikeaan kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 349.) Jos viite on muotoiltu epäselvästi tai vaillinaisesti, kyse on tällöin plagioinnista. Plagiointi on tutkijan ajatusten anastamista ja tulosten ilmaisua omissa nimissä. (Vilka & Airaksinen 2003, 78.) Raportointiohjeiden mukaisilla oikeilla viittauksilla ja lähdemerkinnöillä huolehdittiin siitä, ettei opinnäytetyö sisällä plagiointia.

### 5.3 Kehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntynyt opas tulee Mauste-hankkeen käyttöön. Kehittämisehdotukseksi ehdotetaan, että oppaan voisi kohdentaa yhteen tai kahteen kansalaisuuteen, laajan maahanmuuttaja-statusen sijaan. Silloin tilastoja sekä yksilöllisyyttä olisi mahdollista tarkentaa. Oppaan sisältöä voisi myös joko kohdentaa ainoastaan seksuaaliterveyden edistämiseen tai sitten pelkästään lapsettomuushoitoihin ja niiden tutkimiseen.

Lisäksi kehittämisehdotuksena olisi myös hyvä tutkia ja arvioida oppaan vaikutuksia maahanmuuttajien lapsettomuuden hoidossa. Erittäin tärkeää olisi myös tutkia maahanmuuttajien omia kokemuksia lapsettomuudesta sekä heidän asenteita lapsettomuushoitoja kohtaan, jotta opasta pystyttäisiin muokkaamaan ja kohdentamaan juuri maahanmuuttajien tarpeisiin ja toiveisiin sopivaksi.

## Lähteet

10 facts about hunger in Syria, 2011. World Food Program. Viitattu 3.10.2016.  
<https://www.wfp.org/stories/10-facts-about-hunger-syria>.

Abdelhamid, P. 2009a. Monikulttuurisen hoitosuhteen rakentamisen taito. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. Helsinki: WSOYpro.

Abdelhamid, P. 2009b. Hoitotyön eettisten periaatteiden kulttuurinen luonne. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. Helsinki: WSOYpro.

Apter, D., Eskola M-S., Säävälä, M. & Kettu, N. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väestöliitto Toimintasuunnitelma v. 2009. Verkkojulkaisu. Viitattu 2.9.2016. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/e591e62bf87eab113e821a80c67c0caf/1452595277/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>.

Balogun, O., Hirayama, F., Wariki, W., Koyanagi, A. & Mori, R. 2013. Interventions for improving outcomes for pregnant woman who have experienced genital cutting. Cochrane Tietokanta. Verkkojulkaisu. Viitattu 25.1.2016.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, O. 2013. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. 8.-10. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Challenges – Addressing subfertility/infertility in developing countries. 2016. World Health Organisation. Sexual and reproductive health.  
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/countryperspective/en/>.

Endokrinologia. N.d. HUS. Viitattu 29.9.2016.  
<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/endokrinologia/Sivut/default.aspx>.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana – Tahaton lapsettomuus. 3.p. Helsinki: Sanoma Pro.

Ewles, L. & Simnett, I. 1995. Terveystiedon edistämisen opas. Keuruu: Otava.

Fyysinen kehitys. N.d. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Viitattu 27.9.2016.  
[http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu\\_ja\\_kehitys/12\\_15-vuotias/fyysinen\\_kehitys/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/12_15-vuotias/fyysinen_kehitys/).

Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. 2010. World Health Organisation. WHO verkkojulkaisu. Viitattu 19.1.2016.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70264/1/WHO\\_RHR\\_10.9\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70264/1/WHO_RHR_10.9_eng.pdf).

Greene, M., Joshi, S. & Robles, O. 2012. By Choice, not by Chance. Family planning, human rights and development. State of world population 2012. United Nations Population Fund. Verkkojulkaisu. Viitattu 12.1.2016.  
[http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN\\_SWOP2012\\_Report.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWOP2012_Report.pdf).

Greenberg, J; Bruess, C; Conklin, S: 2011. Exploring the dimension of Human Sexuality. 4. p.

Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021. 2016. World Health Organization. Viitattu 9.10.2016.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246296/1/WHO-RHR-16.09-eng.pdf>.

Heino, A & Gissler, M. 2015. Hedelmöityshoidot 2013-2014. Terveystiedon 2015 Tilastoraportti. THL verkkojulkaisu. Viitattu 14.1.2016.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125956/Tr09\\_15.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125956/Tr09_15.pdf?sequence=4).

Heino, A & Gissler, M. 2016. Hedelmöityshoidot 2014-2015. Terveystiedon 2016 Tilastoraportti. THL verkkojulkaisu. Viitattu 3.10.2016.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130537/Tr09\\_16.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130537/Tr09_16.pdf?sequence=1).

Heinonen, P. 2009. Gynekologiset kasvaimet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2009;125(12):1295-9. Viitattu 16.8.2016.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=2F8FE5ECBE648C0659C9B772401108B7?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=2F8FE5ECBE648C0659C9B772401108B7?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_)

WAR\_DL6\_Articleportlet\_p\_frompage=uusinnumero&\_Article\_WAR\_DL6\_Articleportlet\_viewType=viewArticle&\_Article\_WAR\_DL6\_Articleportlet\_tunnus=duo98119.

Hiltunen-Back, E; Alanen, A; Heikkilä, E; Puolakkainen, M; Reunala, T; Suni, J; Suomalainen, P; Valtonen, K; Varis, T; ja Vuento, R, 2010. Sukupuolitaudit. THL: verkkojulkaisu, Duodecim. Viitattu 19.1.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=hoi50087](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50087).

Hiltunen-Back, E. & Riikola, T. 2011. Sukupuolitaudit. Käypä hoito suositukset. Viitattu 27.9.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00095>.

Hippeläinen, M. 2001. Endometrioosi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2001;117(7):703-711. Viitattu 25.9.2016.  
[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo92173&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo92173&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. – 17. p. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2015. Premenstruaalisen oireyhtymän lääkehoito. 27.11.2015. Lääkärikirja Duodecim. Verkkójulkaisu. Viitattu 28.8.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00062](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00062).

Hyvä tieteellinen käytäntö. N.d. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 6.10.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2005; 121(16):1769–73. Viitattu 2.7.2016.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_hakusana=Millainen+on+toimiva&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=haku&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo95167](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=Millainen+on+toimiva&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95167).

Härkki, P., Heikkinen, A-M. & Setälä, M. 2011. Endometriosisin nykyhoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127(17):1837-47. Viitattu 25.9.2016.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99751#s5](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99751#s5).

Ihme, A. & Rainto, S. 2015. Naisen terveys. 3.p. Helsinki: Edita.

Inseminaatio eli keinohedelmöitys. 2016. Väestöliitto. Lapsettomuusklinikka. Väestöliitto. Viitattu 25.9.2016.

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklinikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/hedelmoityshoidot/inseminaatio-eli-keinohedelmoyty/>.

Inseminaatio (keinosiemennys). 2016. Naistalo. Terveyskylä.fi. Päivitetty 14.9.2016. Viitattu 25.9.2016.

[https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/lapsettomuushoidot/inseminaatiohoito-\(keinosiemennys\)](https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/lapsettomuushoidot/inseminaatiohoito-(keinosiemennys)).

Jensen, T. 2016. Apua lapsettomuuteen – mitä hoidot maksavat ja kenelle niitä annetaan? Akuutti. Yle. Päivitetty 18.05.2016. Viitattu 12.7.2016.

<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/05/18/apua-lapsettomuuteen-mita-hoidot-maksavat-ja-kenelle-niita-annetaan>.

Juntunen, A. 2009a. Monikulttuurinen terveydenedistäminen aikuisuudessa. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. Helsinki: WSOYpro.

Juntunen, A. 2009b. Kivun ilmaisu ja kivun sieto. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. Helsinki: WSOYpro.

Juntunen, A. 2009c. Kulttuurinen neuvottelu taitona. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. Helsinki: WSOYpro.

Juntunen, A. 2009d. Tulkin ja kulttuuritulkin käyttö taitona. Teoksessa Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. Helsinki: WSOYpro.

Keski-Rahkonen, A. 2010. Syömishäiriöt - ohimenevä kiusa vai ikuinen riesa? Duode-

cim, verkkojulkaisu. Viitattu 24.3.2016  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99078.pdf>.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- ja Lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Viitattu 5.3.2016.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL\\_OPAS33\\_VERKKO.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO.pdf?sequence=1).

Koeputkihedelmöityshoito. 2016. Naistalo. Terveyskylä.fi. Päivitetty 16.9.2016. Viitattu 25.9.2016.  
[https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/lapsettomuushoidot/koeputkihedelm%C3%B6ityshoito-\(ivf-icsi\)](https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/lapsettomuushoidot/koeputkihedelm%C3%B6ityshoito-(ivf-icsi)).

Koivunen, R. 2015. Elämäntavat vaikuttavat hedelmällisyyteen. Päivitetty 7.12.2015. Yle Akuutti. Viitattu 29.8.2016. <http://yle.fi/aihe/artikkeli/2009/09/29/elamantavat-vaikuttavat-hedelmallisyteen>.

Koponen, P. & Mölsä, M. 2012. Naisen ympärileikkaus. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. THL verkkojulkaisu. Viitattu 19.1.2016.  
<http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>.

Korhonen, V. & Puukari, S. (toim.) 2013. Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Juva: PS-kustannus.

Korhonen, E. & Närhi, R. 2011. Uskonnot ja seksuaalisuus. Väestötietosarja 24. Viitattu 3.9.2016. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/7781c6fc926a0dbbf42a2871e016e70c/1472895243/application/pdf/1418604/UskonnotJaSeksuaalisuus.pdf>.

Kyllönen-Saarnio, E. & Nurmi, R. 2005. Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas Sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Viitattu 26.1.2016.  
[http://stm.fi/documents/1271139/1359676/Maahanmuuttajanaiset\\_ja\\_vakivalta\\_fi.pdf/25a81350-ebbe-453b-a8c2-2d9761ded566](http://stm.fi/documents/1271139/1359676/Maahanmuuttajanaiset_ja_vakivalta_fi.pdf/25a81350-ebbe-453b-a8c2-2d9761ded566).

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.



Käsitteet. 2016. Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2.9.2016. Viitattu 8.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/vaestoryhmat/kasitteet>.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajat. Julkaisu Sairaanhoidaja-lehdessä 10/2006. Viitattu 3.7.2016. <https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>.

L 22.12.2006/1237. Laki hedelmöityshoidoista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 28.8.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>.

L 17.8.1992/785. Potilaan oikeudet. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 2.7.2016 & 28.8.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema>.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 28.8.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta>.

L 1.9.2011/746. Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskauppan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 19.1.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2011/20110746>.

Lapsettomuustutkimukset. N.d. Viitattu 12.7.2016. <http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/lapsettomuus-tutkimukset>.

Liukko, S. & Perttula, S. 2016. Opinnäytetyön raportointiohje. Jyväskylän Ammatti-korkeakoulu. Viitattu 9.10.2016. <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/toiminnallinen-opinnaytetyo/>.

Lääketieteen sanasto. Gonadotropiini. N.d. Duodecim. Terveyskirjasto .Viitattu 29.9.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt00994](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00994).

Lääketieteen sanasto. Libido. N.d. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 29.9.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt01910&p\\_haku=libido](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01910&p_haku=libido).

Miettinen, A. & Salo, J. n.d. Maahanmuuttajien määrä. Väestöliitto. Viitattu 9.10.2016.  
[http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/)

Maahanmuutto. N.d. Tilastokeskus. Viitattu 4.10.2016.  
<http://www.stat.fi/meta/kas/maahanmuutto.html>.

Maahanmuutto. N.d. Sisäministeriö. Viitattu 8.10.2016.  
[https://issuu.com/sisaministerio/docs/d\\_sismin\\_esitea5\\_suomi\\_maahanmuutto](https://issuu.com/sisaministerio/docs/d_sismin_esitea5_suomi_maahanmuutto).

Maahanmuuttopolitiikka. 2016. Sisäministeriö. Viitattu 30.8.2016.  
<http://www.intermin.fi/fi/maahanmuutto/maahanmuuttopolitiikka>.

Maahanmuuttajat ja media. n.d. Yle, Mediakompassi. Viitattu 30.8.2016.  
<http://yle.fi/vintti/yle.fi/mediakompassi/mediakompassi/mika-on-mediakompassi.htm>.

Malin, M. 2011. Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveys vaatii erityishuomiota. Suomen Lääkärilehti 44/2011. 3310, 3312.

Martikainen, T. 2011. Maahanmuuton voittajat ja häviäjät. 10.4.2011. Magma. Viitattu 8.10.2016. <http://magma.fi/post/2011/4/10/maahanmuuton-voittajat-ja-haviajat>.

Mauste-hankkeessa edistetään maahanmuuttajien ja ammattilaisten seksuaaliterveyden ja turvataitojen osaamista. 2015. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.1.2016. <http://www.jamk.fi/fi/Uutiset/Ajankohtaista-JAMKissa/maustehanke-alkaa/>.

Miltä maahanmuutto tuntuu? n.d. Mielenterveystalo. Viitattu 3.10.2016.  
[https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/maahanmuuttajat/Pages/milta\\_maahanmuutto\\_tuntuu.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/maahanmuuttajat/Pages/milta_maahanmuutto_tuntuu.aspx).

Monikulttuurinen terveydenhoito. N.d. Monikulttuurinen työyhteisö. Viitattu 3.7.2016.  
<http://estudio.edupoli.fi/moty/index.asp?bid=111&book=MoTy&id=715&kat=Etusivu>.

Mäkelä 2012. Milloin etiikan näkökulmasta hedelmöityshoito tulee evätä. Valvira Lausunto 7.2.2012. Viitattu 27.9.2016.  
<http://etene.fi/documents/1429646/1556032/Lausunto+siit%C3%A4%2C+milloin+hedelm%C3%B6ityshoito+tulisi+etiikan+n%C3%A4k%C3%B6kulmasta+ev%C3%A4t%C3%A4.pdf/7af1d249-3870-425a-b747-a1f8b60a56e5>.

Naisparit ja yksin lasta haluavat. 2016. Lapsettomuusklänikka. Väestöliitto. Viitattu 25.9.2016. <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklänikka/lapsettomuushoidot-vaestoliitto/naisparit-ja-yksin-lasta-haluava/>.

Ollus, A. & Ollus, N. 2011. Ravinto ja lisääntymisterveys. Viitattu 29.8.2016.  
[http://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2014/05/ravinto\\_ja\\_terveys.pdf?55eb39](http://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2014/05/ravinto_ja_terveys.pdf?55eb39).

Ombelet, W, 2012. Global access to infertility care in developing countries: a case of human rights, equity and social justice. WHO verkkojulkaisu. Viitattu 19.1.2016.  
<http://www.fvvo.be/assets/263/02-Ombelet.pdf>.

Ovulaatioinduktio eli munarakkulan kypsytyt. 2016. Naistalo. Terveyskylä.fi. Päivitetty 16.9.2016. Viitattu 25.9.2016.  
<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/lapsettomuushoidot/ovulaation-ja-siitti%C3%B6tuotannon-tehostaminen>.

Paananen, U., Pietilänen, S. & Raussi-Lehto, E. 2015. Kätilötyö – Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava.

Palvelujen tarve ja käyttö. 2015. Maahanmuuttajat ja monikulttuurisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 18.11.2015. Viitattu 16.8.2016.  
<https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/palvelut/maahanmuuttajat>.

Perheentupa, A. & Tiitinen, A. N.d. Hedelmällisyys. MSD.

Pruuki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. 2015. Toisenlainen tie. Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Raatikainen, K. & Heinonen, S. 2006. Lihavuus on vaaraksi raskaudelle. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 24.3.2016.  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96053.pdf>.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Raskauden alkaminen. N.d. Viitattu 8.10.2016. <http://docplayer.fi/16648275-Raskauden-alkaminen-raskauden-alkamisen-edellytykset.html>.

Raskaus, imetys ja tupakointi. n.d. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri. Viitattu 29.8.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/teratologinen-tietopalvelu/paihteet/Sivut/Tupakka.aspx>.

Revonta, M. 2006. Lapsettomuus ja siihen yhteydessä olevat elintavat. Pro-gradu, Tampereen Yliopisto. Viitattu 25.1.2016. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/93423/gradu01035.pdf?sequence=1>.

Riikonen, T. & Hiltunen-Back, E. 2010. Sukupuolitaudit. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 29.8.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00095](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00095).

Rouvinen-Wilenius, P. 2007. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. Kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Terveyden edistämisen keskus. Viitattu 1.7.2016.  
[https://www.researchgate.net/publication/232569631\\_Tavoitteena\\_hyva\\_ja\\_hyodyllinen\\_terveysaineisto](https://www.researchgate.net/publication/232569631_Tavoitteena_hyva_ja_hyodyllinen_terveysaineisto).

Sainio, A. 2002. Mitä on selkokieli? Kielikello 3/2002. Viitattu 2.7.2016.  
<http://www.kielikello.fi/index.php?mid=2&pid=11&aid=1365>.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun Ammattikorkeakoulu. Puheenvuoroja 72. Viitattu 30.6.2016.  
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>.

Turvapaikka ja pakolaistilastot. 2016. Maahanmuuttovirasto. Viitattu 12.1.2016. [http://www.migri.fi/tietoa\\_virastosta/tilastot/turvapaikka\\_ja\\_pakolaistilastot](http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/turvapaikka_ja_pakolaistilastot).

Turvapaikanhakijat – tilasto. 2016. Maahanmuuttovirasto. Viitattu 25.1.2016.  
[http://www.migri.fi/download/64994\\_Tp-paatokset\\_2015.pdf?22e5d1da6025d388](http://www.migri.fi/download/64994_Tp-paatokset_2015.pdf?22e5d1da6025d388).

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. 2014. Ihmisoikeusliitto. Toimittanut Tiilikainen, M. KokoNainen-projekti. Viitattu 29.8.2016.  
[https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Tyttojen\\_ja\\_naisten\\_ymparileikkaus\\_Suomessa\\_Suositus\\_sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_henkilostolle\\_IOL\\_2011.pdf](https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Tyttojen_ja_naisten_ymparileikkaus_Suomessa_Suositus_sosiaali_ja_terveydenhuollon_henkilostolle_IOL_2011.pdf).

Sane, T; Hekim, C; Alfthan, H; Stenman, U & Välimäki, M, 2002. Makroprolaktemia. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 25.1.2016.  
[http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93103&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo93103&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=).

Seksuaaliterveyden edistämisen hankehakemusten esittely / Turvallisex mimmistä mummoksi ja poijasta vaariksi sekä MAUSTE -maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja turvataito-osaamisen edistäminen. 2014. Kuopion Kaupunki. Asianro 4434/06.01.00/201. Viitattu 25.1.2016.  
<http://publish.istekkipalvelut.fi/kokous/2014269685-5.PDF>.

Seksuaalioikeuksien julistus. n.d. Sexpo. Viitattu 28.8.2016.  
<http://www.sexpo.fi/seksuaalisuus/seksuaalioikeudet/seksuaalioikeuksien-julistus/>.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita.

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012-2016. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 3.9.2016.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112458/URN%3aNB%3afi-fe201504226213.pdf?sequence=1>.

Suositus painetun tekstin tekijöille. N.d. Näkövammaisten liitto ry. Viitattu 7.2.2016.  
[http://www.nkl.fi/fi/etusivu/ajankohtaista/lausunto/suositukset/painettu\\_teksti](http://www.nkl.fi/fi/etusivu/ajankohtaista/lausunto/suositukset/painettu_teksti).

Tarnanen, K., Suokas, J. ja Vuorela, P., 2015. Syömishäiriöt. Viitattu 29.8.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00109](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00109).

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2015. Seksuaali- ja lisääntymisterveys, tietokannat. Hedelmöityshoidot. Viitattu 24.3.2016  
<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastotietokannat/tietokantaraportit#Seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys>.

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2015. Seksuaali- ja lisääntymisterveys, tietokannat. Hedelmöityshoidot. Viitattu 23.3.2016 [https://sampo.thl.fi/sampo\\_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b\\_action=powerPlayService&ui.action=run&TARGET=%2Fcontent%2Fder%5B%40name%3D%27amor\\_prod%27%5D%2Ffolder%5B%40name%3D%27aris%27%5D%2Fpackage%5B%40name%3D%27amor\\_aris\\_develop\\_public\\_01\\_fi\\_prod%27%5D](https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=powerPlayService&ui.action=run&TARGET=%2Fcontent%2Fder%5B%40name%3D%27amor_prod%27%5D%2Ffolder%5B%40name%3D%27aris%27%5D%2Fpackage%5B%40name%3D%27amor_aris_develop_public_01_fi_prod%27%5D).

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2016. Syödään yhdessä – ruokasuositukset lapsiperheille. Viitattu 29.8.2016.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129744/KIDE26\\_FINAL\\_WEB.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129744/KIDE26_FINAL_WEB.pdf?sequence=1).

Tiitinen, A. 2015. Lapsettomuus. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 29.8.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00151](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151).

Tiitinen, A. 2015. Endometrioosi. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 16.8.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00119](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119).

Tiitinen, A. 2015. Lapsettomuushoito. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 25.1.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00732](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732).

Tiitinen, A. 2015. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä PCOS. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 25.1.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00686](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00686).

Tiitinen, A. 2015. Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri. Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 12.1.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00151](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151).

Tiitinen, A. 2015. Normaali kuukautiskierto. Lääkärikirja Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 28.3.2016.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00158](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00158).

Maahanmuuttajat väestössä. n.d. Tilastokeskus. Tilastotaulukko. Viitattu 25.1.2016.  
<http://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa#maahanmuuttajataustaisenv%C3%A4est%C3%B6nsukupuolijakauma>.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tukea lapsettomuuden polulle. 2016. Naistalo. Terveyskylä.fi. Päivitetty 16.9.2016. Viitattu 25.9.2016.  
<https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/lapsettomuus/tukea-lapsettomuuden-polulle>.

Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Väestöliitto. Helsinki.

Tupakointi ja raskauden suunnittelu. 2016. Stumppi.fi. Viitattu 29.8.2016.  
[http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lisatietoa/tupakointi\\_ ja \\_raskaus/tupakointi\\_ ja \\_raskauden\\_ suunnittelu/](http://www.stumppi.fi/portal/stumppi/lisatietoa/tupakointi_ ja _raskaus/tupakointi_ ja _raskauden_ suunnittelu/).

Uro, J. N.d. Terveellisen raskauden kymmenen pääpilaria. Viitattu 29.8.2016.  
<http://www.vau.fi/raskaus/Terveys/Elamantavat/Terveellisen-raskauden-kymmenen-paapilaria/>.

Viialainen, R. 1995. Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana. Opas terveydenhuollossa työskenteleville. Stakes sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus 1995. Helsinki.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, A. N.d. Nainen: näistä merkeistä tiedät, että ovuloit. Terve.fi. Viitattu 1.4.2016. <http://www.terve.fi/raskaus-ja-odotus/nainen-naista-merkeista-tiedatetta-ovuloit>.

Vuori, E & Gissler, M, 2015. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015- hanke. THL verkkojulkaisu. Viitattu 19.1.2016. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitulasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>.

WHO developing three 2016-2021 Global Health Sector Strategies for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, and Sexually Transmitted Infections (STIs). 2015. World Health Organization. Missions Briefing on 30 June 2015. Viitattu 24.03.2016. <http://www.who.int/reproductivehealth/STIs-global-strategy-Dec2015.pdf?ua=1>.

Yleisimmät käytetyt termit. N.d. Pakolaisapu. Viitattu 29.8.2016. <http://pakolaisapu.fi/pakolaisuus/sanasto/>.



## Liitteet

Liite 1. Terveysaineistoja kuvaavat standardit, kriteerit ja oleellisia kysymyksiä

# JATKU >>>

Tavoitteet	Standardit	Kysymykset	Kriteerit
<b>I Terveystiedon edistämisen näkökulmien esittäminen</b>	Standardi 1. Aineistolla on selkeä ja konkreettinen terveys- / hyvinvointitavoite.	a) Mihin terveyttä ja hyvinvointia edistävään asiaan (promotiivinen) b) tai -ongelmaan (preventiivinen) aineisto liittyy? c) Ilmeneekö tavoite selkeästi? d) Onko aineiston lähtökohdat selkeästi esillä? (miksi aineisto tuotetaan) e) Onko sisältö tasapuolinen? f) Sisältyykö tavoitteisiin aineiston tuottamien muutosten ennakointi? g) Palveleeko sisältö yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tavoitteita?	1) Aineisto tarjoaa mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyttä tukevia voimavaroja. 2) Antaa tietoa sairauksien ehkäisystä. 3) Otsikko ja johdanto auttaa ymmärtämään aineiston kokonaisuuden/sisällön. 4) Aineistosta tulee esille keskeisin sanoma yksiselitteisenä ja perusteltuna. 5) Mainonta erottuu selkeästi muusta sisällöstä? 6) Ajankohtaisten ilmiöiden painoarvo on suhteutettu esitettävään asiaan. 7) Aineiston tarjoamat toimintamallit ovat suhteessa aineiston tavoitteisiin. 8) Aineistolla pyritään oikeudenmukaisuuteen, avoimuuteen, ihmisarvon kunnioittamiseen, rehellisyyteen ja yhteiskunnalli-

			seen vastuuseen.  9) Aineisto johtaa terveyden kannalta suotuisiin tuloksiin.
	Standardi 2.  Aineisto välittää tietoa terveyden taustatekijöistä (terveyteen vaikuttavista tekijöistä)	a) Välittyykö aineistosta ymmärrettävä tieto tekijöistä, jotka tuottavat terveyttä ja tekijöistä, joihin voi valinnoillaan (osallisuus ja käyttäytymisenmuutos) vaikuttavat?	10) Terveyden taustatekijöinä aineistossa ovat fyysiset, psykososiaalista, kulttuuriset, taloudelliset ja ympäristölliset sekä elintapoihin liittyvät tekijät.  11) Aineisto osoittaa ne kohdat, joihin on mahdollisuus osallisuuden kautta vaikuttaa.
	Standardi 3.  Aineisto antaa tietoa keinoista, joilla saadaan aikaan muutoksia elämäntiloissa tai käyttäytymisessä.	a) Vahvistaako aineisto halua, taitoja ja mahdollisuuksia tehdä omaa ja/tai yhteisön terveyttä ja hyvinvointia koskevia myönteisiä päätöksiä?	12) Aineistosta tulee esille ne terveyden taustatekijät, jotka mahdollistavat yksilön/yhteisön terveyttä tuottavan käyttäytymisen.  13) Aineisto motivoi, kannustaa, antaa malleja ja keinoja sekä ehdotuksia osallisuuteen.

		<p>a) Vahvistaako aineisto oman ja muiden elämän merkityksellisyyden kokemista?</p> <p>b) Kannustaako aineisto kriittiseen ajatteluun?</p> <p>c) Kunnioitetaanko kohderyhmää oman terveytensä asian-tuntijana?</p>	<p>14) Aineisto vahvistaa tunnetta että pystyy hallitsemaan tilanteen ja löytää ratkaisuja.</p> <p>15) Aineisto sisältää vuorovaikutteisia kysymyksiä, väittämiä tms.</p> <p>16) Antaa perustan omien voimavarojen käyttöönololle ja tarjoaa mahdollisuuden lisälähteille.</p>
<b>II Aineiston so- pivuus kohde- ryhmälle</b>	Standardi 5.  Sivusto palvelee käyttäjäryhmän tarpeita.	<p>a) Onko kunnioitettu kohderyhmän kulttuuria?</p> <p>b) Onko kohderyhmän tilanne selkeästi määritelty?</p> <p>c) Onko aineistossa riittävästi konkreettisia esimerkkejä?</p>	<p>17) Aineisto on rakennettu havainnollisesti, hyödyntäen konkreettisia esimerkkejä.</p> <p>18) Aineisto rakennettu kohderyhmän kulttuuriset piirteet, tiedontaso, arvot, normit ja kieli huomioiden.</p> <p>19) Aineistossa asiat on esitetty lyhyesti ja johdonmukaisesti.</p> <p>20) Aineisto vahvistaa samaistumista terveyttä tuottavaan tilanteeseen / ratkaisuihin / henkilöön.</p>
	Standardi 6.  Aineisto herättää mielenkiinnon ja luottamusta sekä luo hyvän tunnelman.	<p>a) Herättääkö aineisto luottamusta?</p> <p>b) Onko aineisto asian-tuntijan tarkastama?</p> <p>c) Tuottaako aineisto eläytymisen kokemuksia?</p>	<p>21) Aineiston laadinnassa on käytetty terveyden edistämisen asiantuntijoita.</p> <p>22) Arvioinnissa hyödynnetään ennalta sovittuja kriteereitä.</p>

			<p>23) Aineistossa on ajantasaista, näyttöön perustuvaa ja perusteltua tietoa.</p> <p>24) Sivustolla on kohderyhmää kiinnostavia virikkeitä.</p>
<b>III Esitystapa tukee tavoitteita</b>	<p>Standardi 7.</p> <p>Aineistossa on huomioitu julkaisumuodon, aineistomuodon ja sisällön edellyttämät vaatimukset.</p>	<p>a) Onko aineistossa hyödynnetty internetin asettamia mahdollisuuksia?</p> <p>b) Onko aineiston käytötavat mietitty?</p> <p>c) Löytyykö sivusto helposti erilaisilla hakukoneilla?</p> <p>d) Houkutteleeko aineiston ulkoasu tutustumaan sivustoon tarkemmin?</p> <p>e) Aineiston saatavuus ja (soveltuvuus käyttötarkoitukseensa on pyritty varmistamaan).</p> <p>f) Onko linkit toimivia ja ajantasaisia?</p> <p>g) Onko aineistossa välineitä tai yhteystietoja vuorovaikutteisuuden mahdollistamiseen?</p> <p>h) Voiko verkkoaineiston käyttäjä olla yhteydessä palvelun tarjoajaan sekä verkon kautta että muulla tavoin?</p> <p>i) Onko aineiston tekninen laatu varmistettu?</p>	<p>25) Aineiston tekniset vaatimukset soveltuvat kohderyhmälle, (selkeä, johdonmukainen liikkuminen sivustolla).</p> <p>26) Sivusto toimii eritasoisilla ohjelmistoilla, laitteilla, nettiyhteydellä.</p> <p>27) Aineistossa on esillä käytetty lähdemateriaali ja asiantuntijoiden tiedot.</p> <p>28) Aineisto löytyy helposti kohderyhmän käyttämillä hakusanoilla / suosimista paikoista.</p> <p>29) Verkkoaineistossa linkki on palautteen lähettämistä varten.</p> <p>30) Materiaalien muokausajankohta aineiston julkaisuaikajankohdasta.</p> <p>31) Sponsorit ja rahoittajat ovat esillä.</p> <p>32) Lähdemerkinnät ovat asiamukaiset.</p> <p>33) Sivuston omistava taho on esitel-</p>

			ty. 34) Sisällöntuottajat on ilmoitettu. 35) Kirjoittajien pätevyys/koulutus/sidokset ovat selkeästi esillä.
--	--	--	--

(Rouvinen-Wilenius 2007, 10–11.)

11

## Liite 2. Toiveena lapsi. Opas maahanmuuttajille



## **Toiveena lapsi**

**Opas lapsettomuudesta maahanmuuttajille**

# Sisältö

Esipuhe

Lapsettomuus – parin yhteinen ongelma

Naisen anatomia

Miehen anatomia

Kuukautiskierto

Hedelmöittyminen

Omat elämäntavat hedelmällisyyden tukena

Mistä apua lapsettomuuteen?

Lapsettomuustutkimukset

Lapsettomuushoidot

Psyykinen tuki

Yhteystietoja

Lähteet



## Esipuhe

Tämä opas on tarkoitettu Sinulle maahanmuuttaja. Oppaan tavoitteena on antaa tärkeää tietoa hedelmällisyydestä ja sen tukemisesta omilla elämäntavoilla. Lisäksi oppaassa kerrotaan lapsettomuudesta, lapsettomuustutkimuksista sekä eri hoitomuodoista.

Opas on toteutettu kätilötyön (AMK) opinnäytetyönä yhteistyössä Jyväskylän Ammattikorkeakoulun (JAMK) sekä Mauste-hankkeen kanssa. Mauste-hankkeen tavoitteena on vahvistaa maahanmuuttajien seksuaaliterveyden tietoja.

Katriina Kiuru & Katja Oksanen

kätilötyön opiskelijat

2016



[jamk.fi](http://jamk.fi)

## Lapsettomuus – parin yhteinen ongelma

- Lapsettomuus on tahatonta tai tahdonalaista.
  - Tahaton lapsettomuus tarkoittaa, että nainen ei tule raskaaksi vuoden säännöllisten yhdyntöjen tuloksena.
  - Tahdonalainen lapsettomuus tarkoittaa vapaaehtois- ta lapsettomuutta.
- Suomessa tahattomasta lapsettomuudesta kärsii noin 15 % pariskunnista.
- Kehitysmaissa tahattomasta lapsettomuudesta kärsii noin 8- 12 % pariskunnista.
- Naisilla yleisimpiä syitä lapsettomuuteen ovat:
  - Korkea ikä
  - Epäterveelliset elintavat
  - Sukupuolitaudit
  - Ympärileikkaus eli sukupuolielinten silpominen
  - Päihteet
- Miehillä yleisimpiä syitä lapsettomuuteen ovat:
  - Korkea ikä

- Epäterveelliset elintavat
  - Sperman huono laatu
  - Ongelmat fyysisessä rakenteessa
  - Sukupuolitaudit
  - Päihteet
- 
- Suomalaisten naisten lapsettomuuden suurin syy on korkea ikä.
  - Sukupuolitaudit voivat vahingoittaa sukupuolielimiä sekä aiheuttaa lapsettomuutta.
  - Yleisimpiä sukupuolitauteja ovat klamydia (Chlamydia) sekä tippuri (Gonorrhea). Ne tarttuvat suojaamattomassa yhdynnässä.
    - Naisella sukupuolitaudit vaikuttavat munajohtimiin ja kohdunkaulaan. Miehellä sukupuolitaudit aiheuttavat lisäkivesten tulehduksia ja huonontavat sperman laatua.
    - Klamydian oireena voivat olla kirvelyä virtsatessa, lisääntynyt valkovoitto ja alavatsakivut. Klamydia voi olla myös oireeton.

- Tippurin oireena ovat lisääntynyt valkovuoto sekä virtsausvaivat.
- Suomessa klamydian ja tippurin tutkimus ja hoito on ilmaista.
- Ympärileikatun naisen raskaaksi tuleminen voi olla vaikeaa.
  - Suomessa ympärileikkaus on **laitonta**. Tyttöjen ympärileikkaukselle **ei ole** lääketieteellistä syytä ja se on riski tyttöjen terveydelle.
  - Sukupuolielinten silpominen vahingoittaa synnytyselimiä.
  - Ympärileikkauksesta johtuvia oireita voivat olla esimerkiksi virtsatieinfektiot, yhdyntäkivut ja tulehdukset. Nämä voivat aiheuttaa lapsettomuutta.
  - Psykkinen hyvinvointi voi kärsiä ympärileikkauksen jälkeen. Ympärileikkaus voi olla traumaattista ja taapahtua vasten tytön tahtoa.
  - Jos sinut on ympärileikattu, voit tarvittaessa hakea fyysistä ja psyykkistä tukea sekä apua julkisesta terveydenhuollosta.

## Naisen anatomia

- Naisen sukupuolielimet: **sisäiset** ja **ulkoiset** sukupuolielimet
- Ulkoiset sukupuolielimet = ulkosynnyttimet: isot ja pienet häpyhuulet, häpykukkula, häpykieli eli klitoris, emättimen aukko
- Sisäiset sukupuolielimet: emätin, kohtu, munajohtimet sekä munasarjat (ks. Kuvio 3)

**Emätin** on noin 10 cm pitkä putkimainen käytävä. Se yhdistää ulkosynnyttimet ja kohdunkaulan. Emättimen tehtävä on toimia myös poistoreittinä kuukautisverelle. Siittiöt pääsevät naisen elimistöön emättimen kautta. (ks. Kuvio 3).

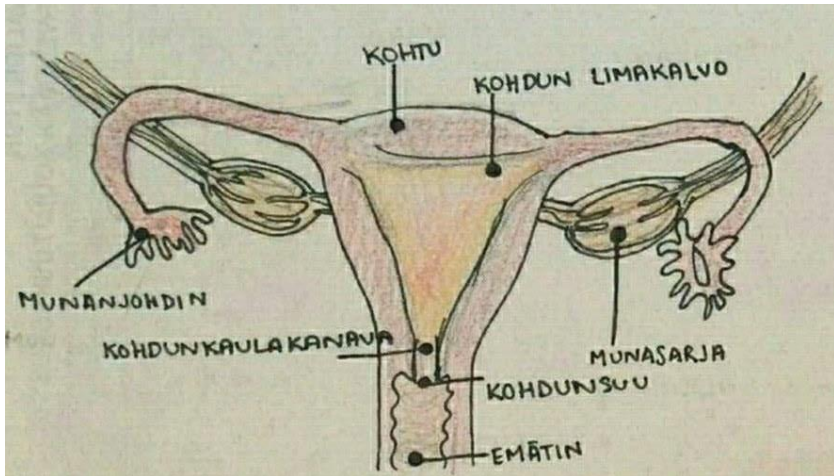
**Limakalvot** suojaavat emättimen sisällä taudinaiheuttajia vastaan.

Naisen sukupuolirauhaset eli **munasarjat** tuottavat **munasoluja** ja sukupuolihormoneja. Munasarjat sijaitsevat lonkkanivelen korkeudella.

**Munanjohtimet** yhdistävät munasarjat **kohtuun**. Munanjohtimia pitkin siittiöt kulkevat kohti munasolua.

Munanjohtimessa hedelmöittynyt munasolu kulkeutuu munanjohtinta pitkin kohtuun, jonka seinämään se kiinnittyy. Kohtu on ontto elin. Sen tehtävänä on suojata sikiötä, antaa sikiölle ravintoa sekä kuljettaa sikiö ulos äidin elimistöstä (ks. Kuvio 3).

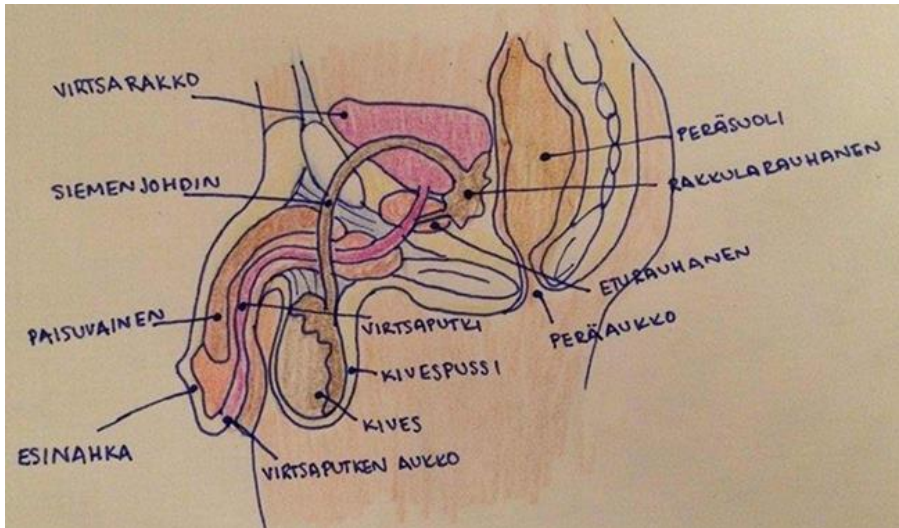
Jokaisen naisen sisäsynnyttimet ovat rakenteeltaan lähes samanlaisia. Ulkosynnyttimien rakenne voi vaihdella, esimerkiksi häpyhuulten ulkonäkö ja emättimen koko.



Kuvio 1. Naisen sisäiset sukupuolielimet

## Miehen anatomia

- Miehen sukupuolielimet: **sisäiset** ja **ulkoiset** sukupuolielimet
- Ulkoiset sukupuolielimet: penis sekä kivespussi
- Sisäiset sukupuolielimet: kivekset, lisäkivekset sekä siemenjohtimet (ks. Kuvio 4)
  - Lisäksi miehen sisäisiin sukupuolielimiin kuuluvat rakularauhaset, eturauhanen sekä Cowperin rauhaset.



Kuvio 2. Miehen sisäiset sukupuolielimet

**Penis** on putkimainen elin, joka sijaitsee lantion etupuolella. Peniksen sisällä kulkeva virtsaputki yhdistyy siemenjohtimiin.

**Siemenneste** kulkeutuu yhdynnässä **siemensyöksyn** tuloksena emättimeen.

**Kivesten** tehtävä on tuottaa siittiöitä.

- Kivekset ovat kivespussissa, jotka sijaitsevat vatsaontelon etuseinämässä, siittimen takana.



- Kivekset tuottavat myös mieshormoneja, joista tärkein on testosteroni.

## Kuukautiskierto

Naisen **kuukautiskierto** on ajanjakso, jonka aikana munasolu kypsyy munasarjassa ja irtoaa sekä siirtyy munajohtimeen.

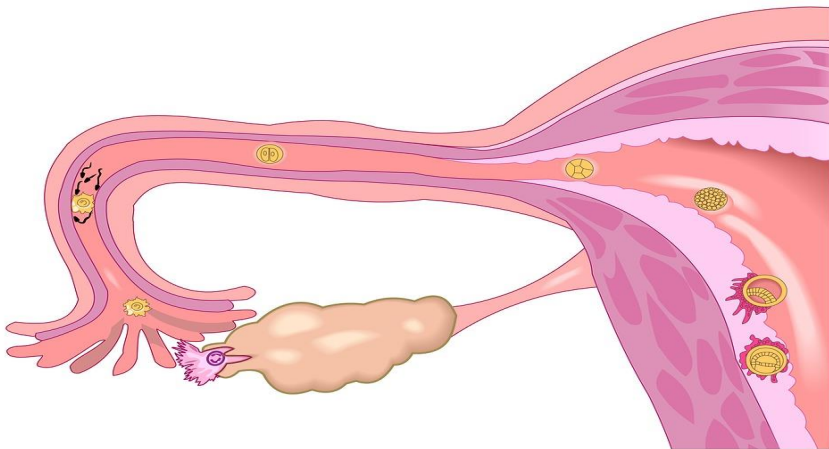
Kuukautiskierron aikana munarakkuloita alkaa kehittyä munasarjassa. Yksi munarakkuloista jatkaa kehittymistä ja kypsymistä. Munarakkula kypsyy normaalisti kaksi viikkoa. Tämän jälkeen munarakkula puhkeaa. Tällöin tapahtuu **ovulaatio** eli munasolun irtoaminen.

Munasolun irtoaminen on naisen hedelmällisyyden kannalta keskeinen tapahtuma. Munarakkulan paikalle kehittyy keltarauhanen. Keltarauhasen erittämä keltarauhashormoni valmistaa kohdun limakalvoa hedelmöittyneelle munasolulle. Keltarauhanen toimii kaksi viikkoa, jos raskaus ei ala. Kun keltarauhanen surkastuu, naisella alkaa kuukautisvuoto. Jos raskaus alkaa, keltarauhasen toiminta jatkuu.

## Hedelmöittyminen

Hedelmöittymiseen tarvitaan **miehen siittiöt** ja **naisen munasolu**. Naisen ja miehen välisessä yhdynnässä parhaiten liikkuvat siittiöt kulkevat emättimestä kohdunkaulan läpi kohtuonteloon, ja siitä munajohtimeen lähelle munasolua.

Munasolun lähelle pääsee vain joitakin satoja siittiöitä. Tämän jälkeen yksi siittiö hedelmöittää munasolun (ks. Kuvio 5). Hedelmöityminen tapahtuu tavallisesti naisen munanjohtimessa. Munasolu säilyy noin yhden vuorokauden hedelmöityskelpoisena. Siittiöiden elinikä on muutama vuorokausi.



Kuvio 5. Hedelmöittyminen

Hedelmöittymisen jälkeen munasolu jakautuu useita kertoja solupalloksi. Solupallo eli **alkio** kulkeutuu kohtuun ja se kiinnittyy kohdunseinämään noin viikon kuluessa hedelmöityksestä. Tämän jälkeen alkaa istukan muodostuminen ja sikiön kehittyminen.

## Omat elämäntavat hedelmällisyyden tukena

Hedelmällisyyteen ja raskauden jatkumiseen vaikuttavat miehen ja naisen elintavat, ravitsemus, paino, yhdynnät sekä yleinen terveydentila ja stressi.

### Elintavat

Naisen ja miehen hedelmällisyyttä huonontavat tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä huumeet. Miehillä runsas tupakointi vähentää siittiöiden määrää ja liikkuvuutta. Siittiöiden laatu heikentyy myös.



Naisilla tupakointi heikentää huomattavasti raskauden alkamismahdollisuutta lapsettomuushoidoista huolimatta.

Tupakoinnin lopettaminen palauttaa raskauden alkamistodennäköisyyden tupakoimattomien tasolle. Tupakoinnin lopettamiseen saat tukea hoitajaltasi tai lääkäriltäsi.

## **Paino**

Normaali paino (BMI eli painoindeksi 18,5 – 25) on tärkeää naisen hedelmällisyydelle. Ylipaino voi aiheuttaa kuukautiskierron häiriöitä sekä munasolun irtoamishäiriöitä. Ylipaino häiritsee myös munasarjojen normaalia toimintaa ja siten lapsettomuutta.

Vähäinenkin laihdutus voi auttaa lapsettomuudesta kärsiviä pareja. Laihdutus parantaa alkaneen raskauden ennustetta. Myös liian alhainen paino voi aiheuttaa lapsettomuutta.

## **Ravitsemus**

Terveellinen ja monipuolinen ruokavalio tukee miehen ja naisen hedelmällisyyttä. Syömishäiriöt ja aliravitsemus voivat aiheuttaa lap-



settomuutta. Aliravitsemus aiheuttaa naiselle kuukautishäiriöitä. Syömishäiriön toteaminen ja hoito parantaa hedelmällisyyden ja raskauden ennustetta.

### **Terveydentila**

Miehen tai naisen sairaus ja sen lääkitys voivat vaikuttaa hedelmällisyyteen. Hedelmällisyyteen vaikuttavia sairauksia ovat esimerkiksi diabetes, kilpirauhasen

vajaatoiminta, verenpainetauti, reumataudit, epilepsia sekä psyyken sairaudet.



Syövän hoidossa käytetyt lääkkeet, kuten solunsalpaajat tai sädehoito voivat vaurioittaa miehen ja naisen sukusoluja. Jos sinulla on jokin sairaus ja käytät lääkitystä, kerrothan siitä lääkärillesi.

### **Stressi**

Stressi ja jännitys vaikuttavat herkästi kuukautiskierron säännöllisyyteen sekä munasolun irtoamiseen ja ne voivat aiheuttaa lapsetto-

muutta. Stressihormonien nousu vaikuttaa kielteisesti raskauden alkamiseen. Stressiin ja jännitykseen saat apua esimerkiksi psykologilta ja terapiasta.

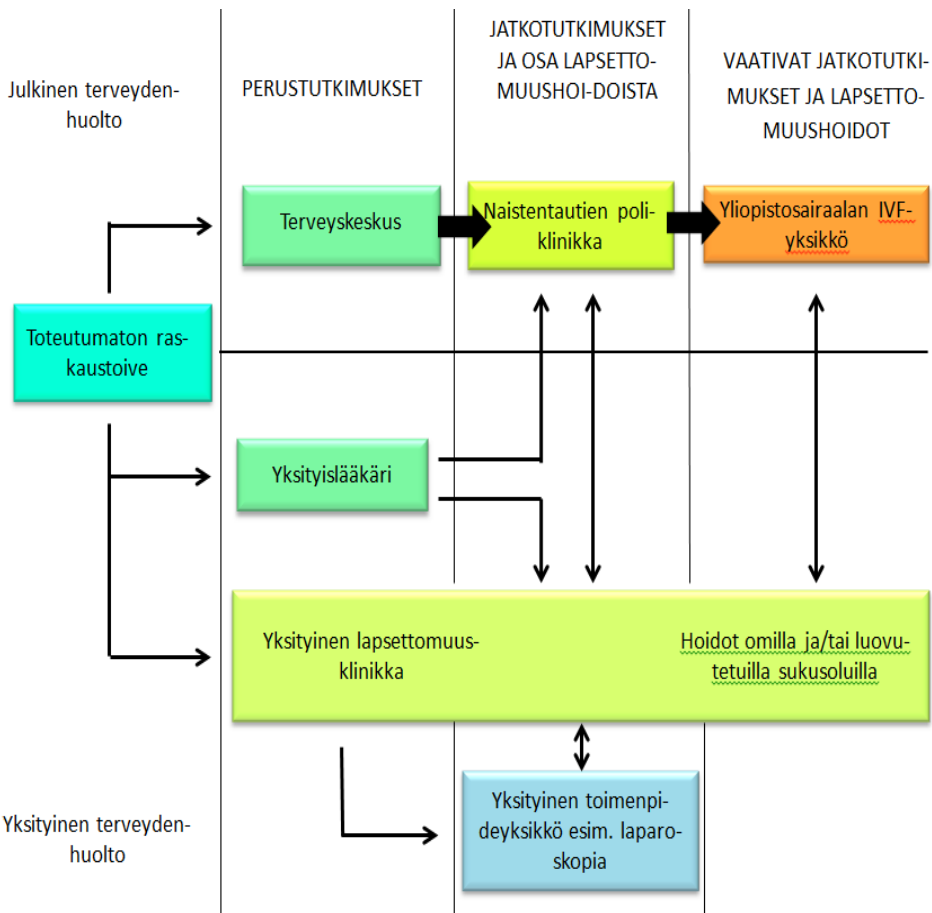
## **Mistä saat apua lapsettomuuteen?**

Lapsettomuus koskettaa aina naista sekä hänen puolisoaan. Lapsettomuutta hoidetaan aina parin yhteisenä ongelmana. Lapsettomuustutkimuksiin on hyvä hakeutua, jos

- raskaus ei ole alkanut vuoden yrittämisen jälkeen
- nainen on yli 35-vuotias ja raskautta yritetty yli 6 kuukautta
- on epäily lapsettomuuden syystä, esimerkiksi tulehdukset tai epäsäännöllinen kuukautiskierto

Lapsettomuustutkimuksiin voi hakeutua esimerkiksi oman terveyskeskuksen kautta (ks. Kuvio 6). Tutkimuksiin voi hakeutua myös yksityislääkärin tai yksityisen lapsettomuusklinikan kautta. Perustutkimuksia tehdään myös yleis- ja erikoislääkärin vastaanotolla sekä

opiskelijaterveydenhuollossa. Jos sinulla on kotikunta Suomessa, olet oikeutettu samoihin terveyspalveluihin kuin kantasuomalaiset.



Kuvio 6. Lapsettomuuden hoitopolku

## Lapsettomuustutkimukset

Lapsettomuustutkimukset aloitetaan samaan aikaan naisella ja miehellä. Perustutkimuksessa selvitetään molempien yleinen terveydentila, aiemmat leikkaukset ja sairaudet. Käytössä olevat lääkkeet selvitetään myös. Perustutkimuksissa selvitetään myös miehen ja naisen murrosiän alkaminen, naisen kuukautiskiertoon liittyvät asiat sekä hormonaalisiin sairauksiin viittaavat oireet.

Tutkimuksissa keskustellaan naisen ja miehen päihteiden käytöstä ja mahdollisesta tupakoinnista. Vastaanotolla kysytään myös mahdollisen raskaudenehkäisyn lopettamisen ajankohtaa ja mahdollisia ongelmia sukupuolielämässä.

On tärkeää, että vastaanotolla voidaan keskustella mieltä painavista asioista rauhassa. Vastaanotolla saat ilmaista toiveitasi, tunteitasi ja pelkojasi. Halutessasi sinulla on mahdollisuus puhua lääkärin kanssa myös kahdestaan.

## Naisen tutkiminen

Naisen tutkimiseen kuuluu:



- munasolun irtoamisen eli ovulaation selvittäminen
- munanjohtimien aukiolotutkimus
- hormonipitoisuudet verinäytteestä
- tarvittaessa vatsaontelon tähytysleikkaus eli laparoskopia
- tarvittaessa kohtuontelon tähytys eli hysteroskopia

Munasolun irtoaminen pitää tapahtua, jotta raskaus voi alkaa. Munanjohtimien aukiolo on myös tärkeää. Nämä selvitetään aina perustutkimuksissa. Munasolun irtoaminen todetaan ultraäänitutkimuksella sekä verikokeilla. Verikokeissa tutkitaan myös naisen kilpirauhas- ja prolaktiiniarvot, sillä esimerkiksi kilpirauhasen vajaatoiminta voi aiheuttaa lapsettomuutta.

Munanjohtimien aukiolotutkimus tehdään ultraäänitutkimuksen yhteydessä. Munanjohtimiin ruiskutetaan keittosuolaa pienellä ruiskulla. Tarvittaessa hoitomuotona naiselle voidaan tehdä vatsaontelon tähytysleikkaus. Tähytyksessä tutkitaan vatsaontelon kunto sekä kohdun ja munasarjojen tilanne. Tähytyksessä havaitaan myös mahdolliset endometriosipesäkkeet. Endometriosissa kohdun ul-

kopuoolella tai peräsuolen ja emättimen välissä on kohdun limakalvon tapaista kudosta.

Tarkempaa tietoa kohdusta saadaan kohtuontelon tähytyksessä. Lääkärisi suunnittelee tutkimukset aina yksilöllisesti juuri sinulle.

## **Miehen tutkiminen**

Miehen tutkimiseen kuuluu:

- kivesten ja nivustaipeiden tarkastelu ja tunnustelu
- karvoituksen arviointi
- siemennestenäytteen tutkiminen
- tarvittaessa: verinäyte, kivesten neulanäyte, kromosomi- ja geenitutkimus

Tunnustelun avulla voidaan todeta kiveslaskimon suonikohjut, jotka laskevat hedelmällisyyttä. Suonikohjut voidaan varmentaa tarvittaessa ultraäänitutkimuksella. Siemennesteestä tutkitaan siittiöiden määrä, liikkuvuus ja rakenne. Jos siemennestenäyte on normaali, jatkotutkimuksia ei tarvita miehen osalta. Lääkärisi suunnittelee tutkimukset yksilöllisesti juuri sinulle.

## Lapsettomuushoidot

Lapsettomuutta voidaan hoitaa monilla tehokkailla keinoilla. Lapsettomuushoidot suunnitellaan aina yksilöllisesti tutkimusten jälkeen.

Lapsettomuutta hoidetaan elämäntapojen muuttamisella. Tupakkoinnin lopettaminen ja ylipainon pudottaminen on tärkeää. Mahdolliset kilpirauhassairaudet hoidetaan ennen lapsettomuushoitoja. Lääkärisi antaa sinulle tietoa hoitomahdollisuuksista. Lapsettomuushoidot ovat aina vapaaehtoisia. Sinä ja puolisesi teette lopullisen päätöksen hoitojen aloituksesta.

Lapsettomuushoidot voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

- munarakkulan kypsytyshoidot
- kirurginen- eli leikkaushoito
- hedelmöityshoidot

## **Munarakkulan kypsytyshoidot**

Munarakkulan kypsytyshoitoja eli ovulaation induktiota käytetään naiselle silloin kun munasolun irtoamisessa on häiriöitä. Joskus kilpirauhasen toimintahäiriö tai yli- ja alipaino aiheuttavat munasolun irtoamishäiriön. Tällöin häiriö korjaantuu hoitamalla perussy.

Muissa tapauksissa munasolun irtoamishäiriötä hoidetaan suun kautta otettavalla tablettihormonihoidolla, klomifeenillä. Lääkkeen vaikutusta seurataan ultraäänitutkimuksella. Kohdun limakalvon paksuuntuminen sekä säännöllinen kuukautiskierto ovat merkkejä munasolun irtoamisesta. Munasolun irtoaminen varmistetaan myös verikokeella.

Naiselle voidaan kokeilla myös aivolisäkehormonien eli gonadotropiinien pistoshoitoa. Nämä hormonit säätelevät ja stimuloivat sukurauhasten toimintaa. Hoidon vaikutusta seurataan ultraäänitutkimuksella sekä verikokeella.

Munarakkulan kypsytyshoidoissa käytettyjä hormoneja voidaan käyttää turvallisesti samaan aikaan. Kypsytyshoitoja voidaan toistaa useita kertoja.

### **Kirurginen hoito**

Leikkaushoidolla tarkoitetaan esimerkiksi endometrioosipesäkkeiden kirurgista poistoa tähystysleikkauksessa. Leikkaushoitoa voidaan käyttää myös, jos kohtuontelossa kasvaa polyyppeja ja myoomia. Polyypit ja myoomat ovat hyvänlaatuisia kasvaimia. Lievät munanjohdinvauriot voidaan hoitaa leikkaushoidolla.

### **Hedelmöityshoidot**

Hedelmöityshoidoilla tarkoitetaan raskauden alkamista lääketieteellisin menetelmin. Niitä voidaan käyttää lähes kaikista syistä johtuvista lapsettomuudessa. Hedelmöityshoitoihin kuuluu:

- **Kohdunsisäinen keinosiemennys** eli inseminaatio (IUI)
- **Koeputkihedelmöitys** eli IVF
  - Mikroinjektiohoito (ICSI)
  - Pakastetun alkion siirto (FET)

**Inseminaatio**ssa hyvin liikkuvat, hedelmälliset siittiöt erotellaan siemennesteestä. Tämän jälkeen ne ruiskutetaan kohtuonteloon samaan aikaan kun munasolu irtoaa. Inseminaatiota voidaan kokeilla silloin, kun lapsettomuuteen ei ole löytynyt selvää syytä. Hoitomuotoa käytetään myös silloin kun syynä on miehen lievä siemennesteen poikkeama tai naisen kohdunkaulan poikkeava rakenne.

**Koeputkihedelmöityshoidossa** naisen munasarjoihin kasvatetaan useita munarakkuloita hormonihoidon avulla. Munasolut kerätään munarakkulapunktiossa. Tämän jälkeen munasolut hedelmöitetään puolison siittiöillä laboratoriossa. Yksi tai enintään kaksi saaduista alkioista siirretään naisen kohtuun. Loput hyvät alkiot pakastetaan. Pakastetun alkion siirto kohtuun voidaan tehdä myöhemmin sopivana ajankohtana. Koeputkihedelmöitystä käytetään silloin, kun lapsettomuuden syynä on miehestä ja/tai naisesta johtuvat syyt. Tavallisimpia syitä ovat esimerkiksi naisen munanjohdinviat tai sperman huono laatu. Koeputkihedelmöitys on tehokas hoitomuoto.

## Psyykkinen tuki

Lapsettomuus on hyvin tunteellinen ja henkilökohtainen asia. Kaikille lapsettomuus ei välttämättä ole kriisi, mutta se jättää jälkensä jokaiseen. Hoitoihin tulo, niiden suunnittelu ja pitkittyneet hoidot voivat aiheuttaa monenlaisia tunteita. Myös hoitojen päättyminen ilman raskautta on vaikea tilanne pariskunnalle.

Psyykkisen tuen tarve vaihtelee huomattavasti. Joillekin pareille riittää läheisiltä saatu tuki ja keskustelu puolison kanssa. Toiset taas kokevat, että omista tunteista ja ajatuksista on helpompi puhua ulkopuoliselle henkilölle.

Muista, että kaikki kokemasi tunteet ja ajatukset ovat sallittuja ja sinulla on oikeus saada tarvittaessa ammattiapua. Asuinpaikastasi riippuen sinulla on mahdollisuus saada psykososiaalista tai psykoterapeuttista tukea lapsettomuuden tuomiin suruihin. Psyykkistä tukea saat myös hoitopaikkasi henkilökunnalta.

Saat halutessasi vertaistukea **Lapsettomien yhdistyksestä, Simpukka ry:stä**. Yhdistyksessä voit keskustella toisten lapsettomien parien kanssa. Heidän kanssaan voit jakaa tunteitasi ja ajatuksiasi.

## **Yhteystietoja**

### **Potilasjärjestöt**

#### **Lapsettomien yhdistys SIMPUKKA ry**

Verstaankatu 5 A LH 3, 33100 Tampere

Puh. 0400 844 823

[simpukka@simpukka.info](mailto:simpukka@simpukka.info)

[www.simpukka.info](http://www.simpukka.info)

### **Suomen IVF-klinikat**

#### **HELSINKI**

##### **Dextra Lapsettomuuskliniikka Oy**

Saukonpaadenranta 2, 4 krs., 00180 Helsinki

Puh. 09 560 16300 tai 045 7733 9997

[ivf@dextra.fi](mailto:ivf@dextra.fi)

[www.dextralapsettomuuskliniikka.fi](http://www.dextralapsettomuuskliniikka.fi)

##### **Fertinova Lapsettomuuskliniikka**

Unioninkatu 13, 00130 Helsinki

Puh. 030 633 3850

[info.helsinki@fertinova.fi](mailto:info.helsinki@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

##### **Graviditas Lapsettomuuskliniikka**

Aleksanterinkatu 21 A 5. krs, 00100 Helsinki

Puh. 010 380 2600 tai 050 381 5566

[kysy.lapsettomuudesta@graviditas.fi](mailto:kysy.lapsettomuudesta@graviditas.fi)

[www.lapsettomuudenhoito.fi](http://www.lapsettomuudenhoito.fi)

##### **Naistenkliniikka, Lapsettomuuspolikliniikka**

PL 140, Haartmaninkatu 2, 00290 Helsinki

Puh. 09 4711



### **Felicitas**

Urho Kekkosen katu 4-6 A, 00100 Helsinki

Puh. 09 612 2750

[felicitas@felicitas.fi](mailto:felicitas@felicitas.fi)

[www.felicitas.fi](http://www.felicitas.fi)

### **Väestöliiton klinikat Oy, Helsingin klinikka**

Fredrikinkatu 47, 00100 Helsinki

Puh. 09 616 221

[infertility.clinic@vaestoliitto.fi](mailto:infertility.clinic@vaestoliitto.fi)

[www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)

### **JOENSUU**

#### **Pohjois-Karjalan keskussairaala, Lapsettomuuspoliklinikka**

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

Puh. 013 171 6121

[www.pkssk.fi](http://www.pkssk.fi)

### **JYVÄSKYLÄ**

#### **Keski-Suomen keskussairaala, Naistentautien poliklinikka**

Keskussairaalantie 19, 40620 Jyväskylä

Puh. 014 269 1023

[www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi)

#### **Fertinova / Jyväskylän toimipiste**

Keskustie 18 D 1, 40100 Jyväskylä

Puh. 030 633 3880

[info.jyvaskyla@fertinova.fi](mailto:info.jyvaskyla@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

### **KOTKA**

#### **Appelmedi Oy**

Kirkkokatu 8 B, 48100 Kotka

Puh. 05 223 0444

[appelmedi@appelmedi.fi](mailto:appelmedi@appelmedi.fi)

[www.appelmedi.fi](http://www.appelmedi.fi)

## **KUOPIO**

### **InOva klinikka Oy**

(IsoCee) Ajurinkatu 16 C, 70110 Kuopio

Puh. 017 263 1700 tai 044 263 1700

[www.inova.fi](http://www.inova.fi)

### **Kuopion Yliopistollinen Sairaala, Naistentautien poliklinikka**

Puijonlaaksontie 2, 70210 Kuopio

Puh. 017 173 311

[ivf-pkl@kuh.fi](mailto:ivf-pkl@kuh.fi)

[www.psshp.fi](http://www.psshp.fi)

## **LAPPEENRANTA**

### **Mehiläinen Felicitas**

Toikankatu 4, 53100 Lappeenranta

Puh. 05 544 7300

[lappeenranta@felicitas.fi](mailto:lappeenranta@felicitas.fi)

[www.felicitas.fi](http://www.felicitas.fi)

## **OULU**

### **Oulun Yliopistollinen Sairaala, Naistenklinikka**

Kajaanintie 50, 90220 Oulu

Puh. 08 315 2011

[www.gyn oulu.fi](http://www.gyn oulu.fi) ja [www.psshp.fi](http://www.psshp.fi)

### **Väestöliiton klinikat Oy, Oulun klinikka**

(Medipolis) Kiviharjuntie 11, 90220 Oulu

Puh. 08 535 9600

[infertility.clinic oulu@vaestoliitto.fi](mailto:infertility.clinic oulu@vaestoliitto.fi)

[www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)

## **TAMPERE**

### **Fertinova Tampere**

Keskustori 1 A 9, 33100 Tampere

Puh. 030 633 3750

[info.tampere@fertinova.fi](mailto:info.tampere@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

**Ovumia Oy**

Biokatu 12, 33520 Tampere

Puh. 020 747 9310

[info@ovumia.fi](mailto:info@ovumia.fi)

[www.ovumia.fi](http://www.ovumia.fi)

**Tampereen Yliopistollinen Sairaala, Naistenklinikka Hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikka**

Finn-Medi 5, Biokatu 12, 7. krs, 33520 Tampere

Puh. 03 311 64677

[www.tays.fi](http://www.tays.fi)

**TURKU**

**Fertinova Turku**

Yliopistonkatu 15 B 16, 20100 Turku

Puh. 030 633 3780

[info.turku@fertinova.fi](mailto:info.turku@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

**Turun Yliopistollinen Keskussairaala, Naistentautien poliklinikka**

Kiinamylynkatu 4–8, 20520 Turku

Puh. 02 313 0000

[naistentautien.poliklinikka@tyks.fi](mailto:naistentautien.poliklinikka@tyks.fi)

[www.tyks.fi](http://www.tyks.fi)

**Väestöliiton klinikat Oy, Turun klinikka**

Joukahaisenkatu 1, 20520 Turku

Puh. 02 212 0800

[fertility.clinic.turku@vaestoliitto.fi](mailto:fertility.clinic.turku@vaestoliitto.fi)

[www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)

## Lähteet

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, O. 2013. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. Uud. p. 8.-10. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, 2015. Mauste-hankkeessa edistetään maahanmuuttajien ja ammattilaisten seksuaali-terveyden ja turvatoimien osaamista. Viitattu 25.1.2016. <http://www.jamk.fi/fi/Uutiset/Ajankohtaista-JAMKissa/maustehanke-alkaa/>

Koponen, P; Mölsä, M, 2012. Naisen ympärileikkaus. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. THL verkkojulkaisu. Viitattu 19.1.2016. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>

Lapsettomuustutkimukset. N.d. Viitattu 12.7.2016. <http://www.parempaa-elamaa.fi/lapsettomuus/lapsettomuus-tutkimukset>

MSD. Hedelmöityshoidot-opas. N.d. Viitattu 17.8.2016. <http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/hedelmoytyshoidot?gclid=CImkn-2hyM4CFcEV0wodRqUC-A>

Paananen, U., Pietiläinen, S. & Raussi-Lehto, E. 2015. Kätilötyö – Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, 2015. Seksuaali- ja lisääntymisterveys, tietokannat. Hedelmöityshoidot. Viitattu 24.3.2016 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastotietokannat/tietokantaraportti#Seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys>

Tiitinen, A. 2015. Lapsettomuushoito. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 25.1.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00732](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732)

Tiitinen, A. 2015. Normaali kuukautiskierto. Lääkärikirja Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 28.3.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00158](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00158)

Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Väestöliitto. Helsinki.

Kuvat:

<https://pixabay.com/fi/vauvan-jalat-k%C3%A4det-vauva-k%C3%A4si-402844/>

[https://www.google.fi/search?q=mauste+hanke&espv=2&biw=1920&bih=979&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjttuP7r8jOAhVLiSwKHd4BxMQ\\_AUIBigB#imgrc=OSaI2qokFXIPqM%3A](https://www.google.fi/search?q=mauste+hanke&espv=2&biw=1920&bih=979&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjttuP7r8jOAhVLiSwKHd4BxMQ_AUIBigB#imgrc=OSaI2qokFXIPqM%3A)

<https://pixabay.com/fi/lannoitukseen-anatomia-1132253/>

<https://pixabay.com/fi/tupakointi-savukkeet-kielletty-98615/>

<https://pixabay.com/fi/hedelm%C3%A4t-vihannekset-artisokka-155616/>

<https://pixabay.com/fi/pillereit%C3%A4-l%C3%A4kitys-tabletti-951505/>  
Emmi Liski, 2016



## **Wishing for a baby**

A guidebook on infertility for immigrants

# Content

Preface

About infertility

Female anatomy

Male anatomy

Menstrual cycle

Fertilization

How does the lifestyle affect fertility

Where to find help

Examinations on infertility

Infertility treatments

Mental support

Contacts in Finland

Sources

## Preface

This guide is made for **you**. The goal of the guide is to provide important information about fertility and how to support and improve your fertility with **your** lifestyle. Also, the guide provides information about infertility, investigations of infertility as well as the treatments to enhance your fertility.

This is a guide provided by midwife-students thesis from Jyväskylä University of applied sciences accompanied by MAUSTE-project. The target of the project is to encourage and confirm the sexual health of immigrants in Finland.

Katriina Kiuru & Katja Oksanen

students of midwifery

2016



**jamk.fi**



## About Infertility

- Infertility can be *intentional* or *unintentional*. By intentional infertility it means that the woman or couple don't want to have a child. By unintentional infertility means that woman doesn't get fertilized after one year of regular sexual intercourse.
- In Finland, 15% of the couples suffer from infertility.
- Reasons for female infertility can be caused by:
  - High age
  - Unhealthy living habits
  - Sexually transmitted diseases
  - Alcohol, cigarettes, drugs
  - Female genital mutilation
- Reasons for male infertility can be caused by:
  - High age
  - Unhealthy living habits
  - Bad quality of sperm

- Physical structure
  - Sexually transmitted diseases
- 
- Between Finnish women, the biggest reason is high age.
  - The sexually transmitted diseases (STD's) can damage your genitals, and making fertilization difficult. Most common STD's that harm fertility are Chlamydia and Gonorrhea.
    - For women STD's effect of the tubes and cervix, and for men it can cause inflammation in epididymis and then decrease the quality of sperm.
    - Chlamydia is usually symptomless, but the most common symptom is urinary tract infection. Chlamydia is embraced from unprotected intercourse.
    - Gonorrhea can also embrace from unprotected intercourse. The symptoms for it are increased amount of vaginal discharge and urinary problems.
    - In Finland its free to get treatment for chlamydia and gonorrhea in public health care.

- Female genital mutilation (FGM) can harmfully affect the chances of getting pregnant.
  - In Finland, if you perform FGM in Finland, you will be charged with penalty and can be sentenced to jail. It is violence and does not have a medical reason and it is also harmful for the woman
  - By cutting the genitals, it damages the anatomy of delivering organs
  - In example FGM can cause urinary tract infection, pain during intercourse as well as different inflammations can cause and lead to infertility
  - Also the mental health of woman can suffer from FGM and after it. The operation can be traumatic and also happen against the women's will
  - If you have experienced FGM beforehand, if needed you will get mental and physiological support and help from public health care

## Female anatomy

- The female body has external and internal genitals.
- External genitals are formed by bigger and smaller labias and clitoris. These are also called as **vulva**.
- The interior genitals are formed by vagina, uterus, uterine tubes and ovaries.

**Vagina** is about 10 cm long tube-like canals, which connects vulva to the cervix. The mucous membrane throughout vagina protects against the pathogens. Other function for vagina is to be a gate for the menstrual blood to exit and for sperm to go towards the ovaries.

Female gonads, also called as ovaries, have the job to reproduce the eggs and sexual hormones. Ovaries are located under the abdominal wall, around the hip joint.

The uterine tubes connect the ovaries to the uterus. Through tubes the sperms go towards the ovaries (Photo 3). In uterine tubes the fertilized egg goes towards uterus, in which wall it adheres to.

The structure of reproductive system is really similar in every woman. The outer structure can vary, for example the structure of labias.

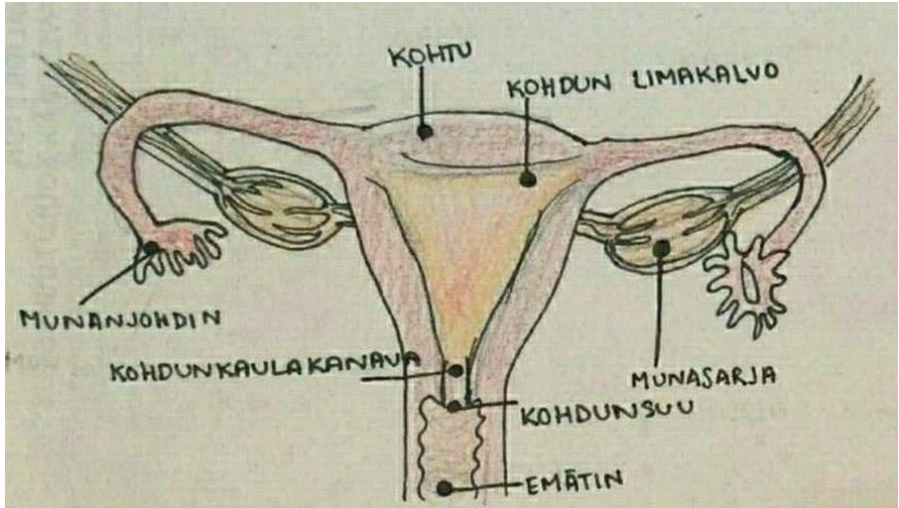


Photo 3. Female reproductive sys-

## Male anatomy

- Male reproductive system can also be divided for **inner** and outer **organs** (Photo 4).
- The outer organs are penis and scrotum.
- The inner organs are testicles, epididymis and vas deferens.
  - Also seminal vesicles, prostate and Cowper's gland are included in inner organs.

The main job for testicals is to produce sperm cells.

- Testicals are situated inside scrotum, behind penis.
- Testicals produce hormones, mainly testosterone.
- Main job for testosterone is to boost sperm production, boosting muscularity and also enhancing the male sexual organs.

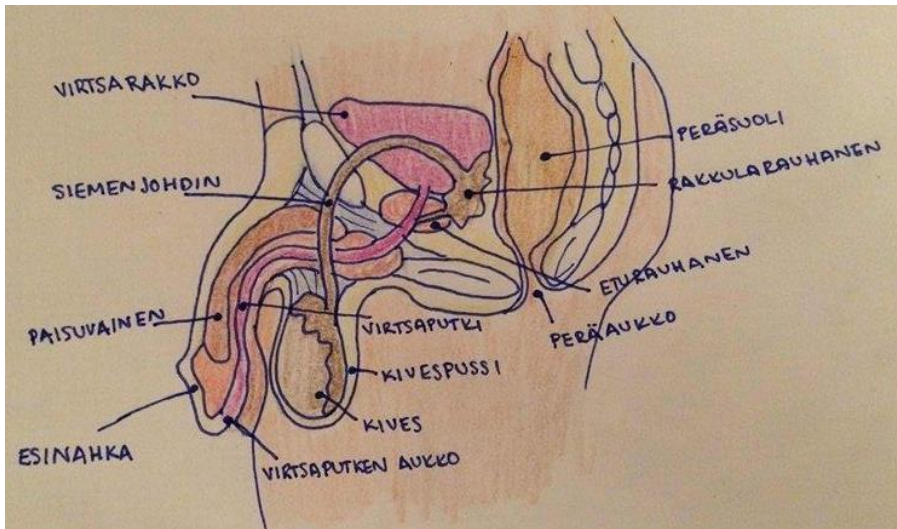


Photo 4: Male reproductive system

## **Menstrual cycle**

Female menstrual cycle is a period of time, when the egg matures and releases itself to move on to the fallopian tube. In each cycle, the hypothalamus in brains and pituitary gland as well as the ovaries are working together.

One of the eggs is selected, and it increases the amount of female hormone, estrogen, in blood vessels. It takes about two weeks for the follicle to grow and develop. After this the LH- content increases and the follicle breaks. This is the ovulation, which is the main process in fertilization.

The corpus luteum develops in the place of former follicle. This forms its own hormone, and it prepares the membranes of uterus for the fertilized egg. If the pregnancy doesn't occur, the corpus luteum degenerates and the menstrual cycle begins.

## Fertilization

For fertilization, there needs to be male sperm and female egg. During and after intercourse, sperm moves through cervix, towards the uterine cavity. Only few hundred sperm cells reach next to the egg, and only one sperm cell passes through the egg's fence and fertilization begins. Usually fertilization happens in the fallopian tubes. Egg cell stays fertile for about one day, and the sperm cells for around two days.

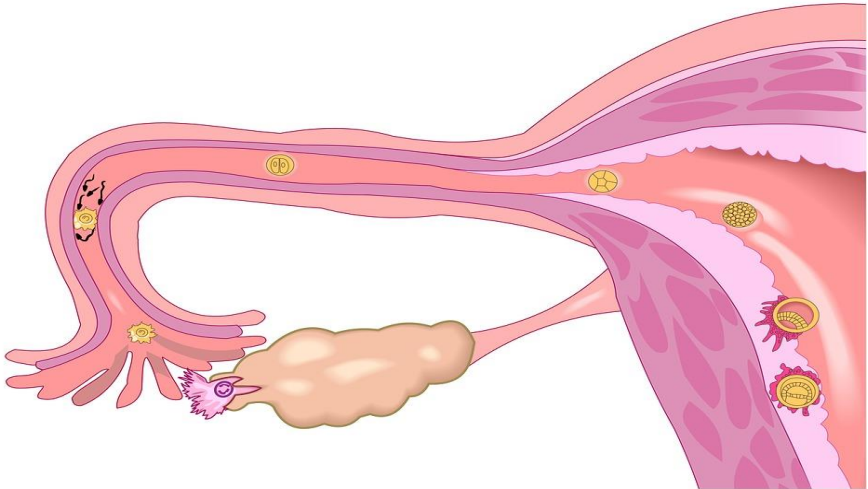


Photo 5. Fertilization



After fertilization the egg divides multiple times into round cells, which are called the embryos. They move into the uterus, and sticks to the wall of uterus around one week after fertilization. After this the placenta starts to form and the fetus starts to develop

## **Lifestyle that supports fertilization**

To support fertility, life style choices of female and male can support and enhance the chances of continuing pregnancy. These are nutrition, weight, intercourses, overall health and stress.

### **Lifestyle**

Smoking, large use of alcohol and drugs are harmful to fertility for both female and male. For men, smoking harms volume of sperm cells and their activity. Also the quality of sperm cells decreases.

For female, smoking slows and harms start of the pregnancy, even with the support of in-vitro fertilizations.



By quitting smoking, the chances of getting pregnant grow to the stage as without smoking! You will get help from your nurse or doctor.

## **Weight**

Normal weight is important for female fertility. Overweight is connected to problems with menstrual cycle, and also it can lead to problems with the egg and ovaries.

Even small weight loss can help half of the couples with pregnancy. It also enhances the prediction of pregnancy. Also under weight is dangerous for pregnancy.

## **Nutrition**

Healthy nutrition supports the fertility of female and male. Eating disorders and under nutrition can cause infertility, and also harm female menstrual cycle. By diagnosing eating disorder and getting support for it can make pregnancy wishes possible!



## Health

Illness and medication for it can be one of the reasons for infertility. These illnesses are for example diabetes, hypothyroidism, hypertension, arthritis, epilepsy, and psychological problems.

Medication used for cancer, and for example chemotherapy can lead to infertility. Anabolic steroids are harmful for testicals and sperm production.



## Stress

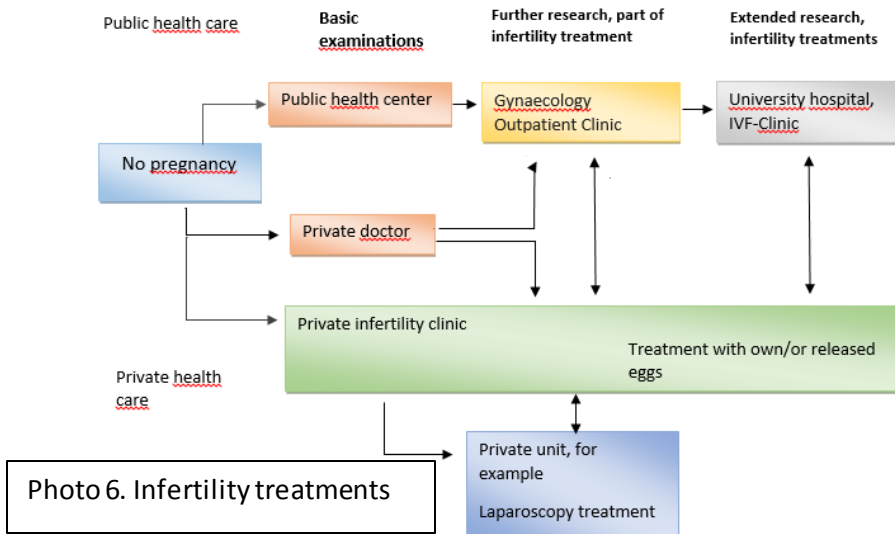
Stress and anxiety can be harmful for menstrual cycle and make it irregular. Long going stress leads to growth of stress hormones, which are adrenaline and cortisol. These are negative hormones for fertilization during in vitro. You can get help for stress from therapy and psychologist.

## Where to find help for infertility?

Infertility is a problem for the couple and is treated for both female and male. It is good to go to infertility clinic if

- You are not getting pregnant after one year of trying
- Female is over 35- years old, and you've tried for over 6 months
- you have irregular menstrual cycle or there is an inflammation somewhere in your body

You can go to infertility treatments through you public health care. You can also find help from private clinics. If you have own home town in Finland, you are enabled to use the public health care.



## **Infertility research**

Research for infertility begins at the same time for both female and men. Basics research states both health, previous operation, illnesses and medications. Also beginning time of puberty, female menstrual cycle and hormonal illnesses are stated. Alcohol and drug use is stated, and end time of hormonal contraception and possible problems in sexual life are talked about.

It is really important to talk about these problems with no rush, and it is important to be honest and truthful about the past and present life. There is space and trust to talk about feelings and fears. Also its possible to talk only with the doctor alone.

## **Female examination**

Female fertility examination is more complicated than male examination. It is about:

- Examining ovulation
- Fallopean tube research
- Homonal blood test

- If necessary, they will do laparoscopy in stomach or hysteroscopy in uterus

Ovulation and the opening of the fallopian tubes are the basic conditions for pregnancy. As a result, they always explained the basic examinations. Ovulation can be confirmed by ultrasound examination and blood tests. Bloodtesting also examines the woman's thyroid and prolactin levels. Fallopean tube opening trial is conducted during ultrasound examination. In this case, the fallopian tubes are injected saline with a small syringe. If necessary, woman can do abdominal endoscopy surgery also. Endoscopy examines the conditions of the abdominal cavity, as well as the situation of the uterus and ovaries. Endoscopy can also find endometriosis. Endometriosis is endometrial slender sclerosis. More detailed information is obtained from the womb uterine cavity. Your doctor plans the examination specifically for you.

### **Male examination**

Male research is based on

- Testical and scrotum observation

- Pubic hair examination
- Sperm cell diagnosis
- If necessary, blood tests, chromosome and genetic research and testicular needle examination.

Examination of testicals is necessary and important. Blood vessel problems can be found, and these are one of the decreasing illnesses to cause infertility. Sperm examination in laboratory is researching the movement, amount and structure of sperm cells. If the examination is normal, there is no need for future examination of men.

## **Infertility treatment**

Infertility can be treated in many effective ways. Infertility treatments are always designed individually after the examinations. Primarily the first treatment is to change lifestyle and living conditions.

Quitting smoking and losing weight are important. Any thyroid disease is treated first before the actual infertility treatments. Your doctor will give you information about treatment options, but infer-

tility treatments are always optional. You and your husband are doing a final decision on the starting any treatment.

Infertility treatments can be divided into three groups:

- follicular treatment
- surgical treatment
- assisted infertility program

### **Follicular maturation treatment**

Maturation of ovarian follicle or ovulation induction is used if the woman when ovulation is interference. Sometimes, the thyroid-gland malfunction or over- and underweight cause the egg separation. In this case, the interference is corrected by treating the basic cause. In other cases, the egg separation is treated by oral medication of hormone therapy called clomiphene. The effects of this medicine is monitored by ultrasound. Endometrial thickening, as well as a regular menstrual cycle are signs of ovulation. Ovulation is also tested by a blood test.

If the medication does not work, the woman can try the secretion of pituitary gonadotropins, or injection therapy. These hormones regu-



late and stimulate gonadal function. The effect of the treatment will be monitored by ultrasound and blood testing.

The hormones used in the follicular maturity can be safely used at the same time and maturation may be recurrence a number of times.

### **Surgical treatment**

By surgical treatment it means removal of endometriosis by arthroscopy. Endometriosis refers to endometrial slender sclerosis with endometrial tissue outside the uterus, rectal, and vagina, or between the surfaces of the ovaries. Surgery may also be used, if the uterine cavity grows into polyps and myomas, or they grow into tumors. Minor damage to the fallopian tube can be treated with surgery treatment, unless other fertility weakens factors are involved.


### **Infertility treatments**

Infertility treatment means the beginning pregnancy starts with support medication and medical settings. They can be used almost all of the infertility. Infertility include:

- Intrauterine insemination (IUI)
- In Vitro fertilization
- Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI)
- Frozen embryo transfer (FET)

Insemination can be tested when infertility is not found by the obvious reasons. This treatment is also used in the case of a man of mild discrepancy of sperm or abnormal structure of the cervix. In insemination very well moving, fertile sperm are separated from seminal fluid. After this they are injected into the uterine cavity at the same time when the egg is released.

IVF treatments are used when the infertility is caused by men and / or women due to reasons. The most common causes are the woman's fallopian tube failures. In vitro fertilization is an effective form of treatment. This treatment grows number of follicles in a woman's ovaries using hormone therapy. Ovaries are collectect in follicle puncture. After this, the fertilized egg cells are fertilized with spouse's sperm in the laboratory. One or two embryos are transferred to the woman's uterus. The remaining good embryos can be




frozen and these frozen embryos can be transfer to the uterus later at the appropriate time.

## **Psychological support**

Infertility is a very emotional and personal issue for people. To all infertility is not necessarily a crisis, but it will leave its mark on each one. Infertility studies often provide critical and traumatic information about infertility to the couples. Different treatments, appointments, their design and protracted treatments can cause a variety of emotions. It's also a very difficult situation if a treatment is ended without a result.

The need for psychological support can vary from person to person. For some couples the support and conversation of spouse is enough. Still others feel that their own feelings are easier considered and talked trough with a professional or a friend.

Remember that gets all the feelings and thoughts are allowed, and you have the right to get professional help if you feel it is necessary. Depending on where you live, you have access to psychosocial or



psychotherapeutic support. You can get peer support from childless Association, called Simpukka - Federation. In these federation meetings and peer groups you can connect with other childless couples. With them, you can safely share your feelings and thoughts. Aid can be provided around the country and also online.

## Contacts

### Patient groups

#### Infertility association SIMPUKKA ry

Verstaankatu 5 A LH 3, 33100 Tampere

Phone: 0400 844 823

[simpukka@simpukka.info](mailto:simpukka@simpukka.info)

[www.simpukka.info](http://www.simpukka.info)

### IVF-Clinics in Finland

#### HELSINKI

#### Dextra Infertility Clinic Oy

Saukonpaadenranta 2, 4th floor, 00180 Helsinki

Phone. 09 560 16300 or 045 7733 9997

[ivf@dextra.fi](mailto:ivf@dextra.fi)

[www.dextralapsettomuusklinikka.fi](http://www.dextralapsettomuusklinikka.fi)

#### Fertinova Infertility Clinic

Unioninkatu 13, 00130 Helsinki

Phone. 030 633 3850

[info.helsinki@fertinova.fi](mailto:info.helsinki@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

#### Graviditas Infertility Clinic

Aleksanterinkatu 21 A, 5th floor, 00100 Helsinki

Phone. 010 380 2600 tai 050 381 5566

kysy.lapsettomuudesta@graviditas.fi

www.lapsettomuudenhoito.fi

### **HYKS / Obstetrics and Gynecology, Infertility**

PL 140, Haartmaninkatu 2, 00290 Helsinki

Phone. 09 4711

### **Felicitas**

Urho Kekkosen katu 4-6 A, 00100 Helsinki

Phone. 09 612 2750

felicitas@felicitas.fi

www.felicitas.fi

### **Väestöliitto Clinic Oy, Clinic in Helsinki**

Fredrikinkatu 47, 00100 Helsinki

Phone. 09 616 221

infertility.clinic@vaestoliitto.fi

www.vaestoliitto.fi

### **JOENSUU**

#### **Pohjois-Karjala Central Hospital, Infertility clinic**

Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

Phone. 013 171 6121

[www.pkssk.fi](http://www.pkssk.fi)

## **JYVÄSKYLÄ**

### **Center Finland Central hospital, Gynecology polidinic**

Keskussairaalantie 19, 40620 Jyväskylä

Phone. 014 269 1023

[www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi)

### **Fertinova / Jyväskylä**

Keskustie 18 D 1, 40100 Jyväskylä

Phone. 030 633 3880

[info.jyvaskyla@fertinova.fi](mailto:info.jyvaskyla@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

## **KOTKA**

### **Appelmedi Oy**

Kirkkokatu 8 B, 48100 Kotka

Phone. 05 223 0444

[appelmedi@appelmedi.fi](mailto:appelmedi@appelmedi.fi)

[www.appelmedi.fi](http://www.appelmedi.fi)

## **KUOPIO**

### **InOva Clinic Oy**

(IsoCee) Ajurinkatu 16 C, 70110 Kuopio

Phone. 017 263 1700 tai 044 263 1700

[www.inova.fi](http://www.inova.fi)

### **Kuopio University Hospital, Department of Obstetrics and gynecology**

Puijonlaaksontie 2, 70210 Kuopio

Phone 017 173 311

[ivf-pkl@kuh.fi](mailto:ivf-pkl@kuh.fi)

[www.psshp.fi](http://www.psshp.fi)

## **LAPPEENRANTA**

### **Mehiläinen Felicitas**

Toikankatu 4, 53100 Lappeenranta

Phone. 05 544 7300

[lappeenranta@felicitas.fi](mailto:lappeenranta@felicitas.fi)

[www.felicitas.fi](http://www.felicitas.fi)

## **OULU**

### **Oulu University Hospital, Department of gynecology**

Kajaanintie 50, 90220 Oulu

Phone. 08 315 2011



[www.gyn.oulu.fi](http://www.gyn.oulu.fi) and [www.ppshp.fi](http://www.ppshp.fi)

**Väestöliito Clinics Oy, Oulu clinic**

(Medipolis) Kiviharjuntie 11, 90220 Oulu

Phone. 08 535 9600

[infertility.clinic.oulu@vaestoliitto.fi](mailto:infertility.clinic.oulu@vaestoliitto.fi)

[www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)

**TAMPERE**

**Fertinova Tampere**

Keskustori 1 A 9, 33100 Tampere

Phone. 030 633 3750

[info.tampere@fertinova.fi](mailto:info.tampere@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

**Ovumia Oy**

Biokatu 12, 33520 Tampere

Phone. 020 747 9310

[info@ovumia.fi](mailto:info@ovumia.fi)

[www.ovumia.fi](http://www.ovumia.fi)

**Tampere University Hospital, Obstetrics and Gynecology**

Finn-Medi 5, Biokatu 12, 7th floor, 33520 Tampere

Phone. 03 311 64677 [www.tays.fi](http://www.tays.fi)

## **TURKU**

### **Fertinova Turku**

Yliopistonkatu 15 B 16, 20100 Turku

Phone. 030 633 3780

[info.turku@fertinova.fi](mailto:info.turku@fertinova.fi)

[www.fertinova.fi](http://www.fertinova.fi)

### **Turku University Central Hospital, Department of Obstetrics Outpatient Clinic**

Phone. 02 313 0000

[naistentautien.poliklinikka@tyks.fi](mailto:naistentautien.poliklinikka@tyks.fi)

[www.tyks.fi](http://www.tyks.fi)

Kiinamylynkatu 4–8, 20520 Turku

### **Väestöliitto Clinic Oy, Turku Clinic**

Joukahaisenkatu 1, 20520 Turku

Phone. 02 212 0800

[fertility.clinic.turku@vaestoliitto.fi](mailto:fertility.clinic.turku@vaestoliitto.fi)

[www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)

## Reference

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O. & Sjaastad, O. 2013. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. Uud. p. 8.-10. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Jyväskylän Ammatti korkeakoulu, 2015. Mauste-hankkeessa edistetään maahanmuuttajien ja ammattilaisten seksuaaliterveyden ja turvataitojen osaamista. Viitattu 25.1.2016. <http://www.jamk.fi/fi/Uutiset/Ajankohtaista-JAMKissa/maustehanke-alkaa/>

Koponen, P; Mölsä, M, 2012. Naisen ympärileikkaus. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. THL verkkojulkaisu. Viitattu 19.1.2016. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90907>

Lapsettomuus tutkimukset. N.d. Viitattu 12.7.2016. <http://www.parempaa-elamaa.fi/lapsettomuus/lapsettomuus-tutkimukset>

MSD. Hedelmöityshoidot-opas. N.d. Viitattu 17.8.2016. <http://www.parempaaelamaa.fi/lapsettomuus/hedelmoytyshoidot?gclid=CImkn-2hyM4CFcEV0wodRqUC-A>

Paananen, U., Pietiläinen, S. & Raussi-Lehto, E. 2015. Kätilötyö – Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Keuruu: Otava

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, 2015. Seksuaali- ja lisääntymisterveys, tietokannat. Hedelmöityshoidot. Viitattu 24.3.2016 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastotietokannat/tietokantaraportti#Seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys>

Tiitinen, A. 2015. Lapsettomuushoito. Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 25.1.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00732](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732)

Tiitinen, A. 2015. Normaali kuukautiskierto. Lääkärikirja Duodecim, verkkojulkaisu. Viitattu 28.3.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00158](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00158)

Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Väestöliitto. Helsinki.

Photos:

<https://pixabay.com/fi/vauvan-jalat-k%C3%A4det-vauva-k%C3%A4si-402844/>

[https://www.google.fi/search?q=mauste+hanke&espv=2&biw=1920&bih=979&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewjttuP7r8jOAhVLIswKHdT4BxMQ\\_AUIBigB#imgrc=OSaI2qokFXIPqM%3A](https://www.google.fi/search?q=mauste+hanke&espv=2&biw=1920&bih=979&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewjttuP7r8jOAhVLIswKHdT4BxMQ_AUIBigB#imgrc=OSaI2qokFXIPqM%3A)

<https://pixabay.com/fi/lannoitukseen-anatomia-1132253/>

<https://pixabay.com/fi/tupakointi-savukkeet-kielletty-98615/>

<https://pixabay.com/fi/hedelm%C3%A4t-vihannekset-artisokka-155616/>

<https://pixabay.com/fi/pillereit%C3%A4-l%C3%A4%C3%A4kitys-tabletti-951505/>

Emmi Liski, 2016.