

Elina Pihlaja & Minna Vesa

**”Kuka istuu meidän sängyn vieressä, kun me tehdään
kuolemaa?”**

Lapsettomuus kokemuksena

Opinnäytetyö

Syksy 2012

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Pihlaja Elina ja Vesa Minna

Työn nimi: ”Kuka istuu meidän sängyn vieressä, kun me tehdään kuolemaa?”
Lapsettomuus kokemuksena

Ohjaaja: Toukola Marja, THM, lehtori ja Ketonen Kaarina, THM, lehtori

Vuosi: syksy 2012

Sivumäärä: 43

Liitteiden lukumäärä: 3

Kun pari on vuoden ajan yrittänyt saada raskautta alkuun siinä onnistumatta, voidaan puhua lapsettomuudesta. Noin 15 % hedelmällisessä iässä olevista pareista kärsii lapsettomuudesta jossain elämänsä vaiheessa. Lapsen saamista pidetään usein itsestäänselvyytenä ja useimmille lapsettomuus on ensimmäinen iso vastoinkäyminen elämässä. Suomessa hedelmättömyysongelman on arvioitu yleistyvän, jolloin terveydenhoitaja kohtaa lapsettomia yhä useammin ja keskustelee lapsettomuuteen liittyvistä asioista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää eroja miesten ja naisten suhtautumisessa lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin sekä sitä, miten lapsettomuus vaikutti parisuhteeseen. Tavoitteena oli terveydenhoitajien lapsettomuustietouden lisääminen ja lapsettomuuden kokemuksen ymmärtäminen. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna. Tutkimuksessa haastateltiin kahta tahattomasti lapsetonta pariskuntaa, joiden lapsettomuudelle ei ollut varmaa lääketieteellistä selitystä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan lapsettomuus herättää vaihtelevia tunteita. Tunteet vaihtelevat toivon ja epätoivon välillä aiheuttaen tuskaa ja epäonnistumisen kokemista. Lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen ja vanhemmuuden merkitys korostuu, kun lasta ei saadakaan. Lapsettomuus vaikuttaa elämään muuttamalla suhtautumista lasten saamiseen, lapsiperheisiin ja ihmissuhteisiin. Lapsettomuushoidot koetaan psyykkisesti raskaina, vaikka suhtautuminen niihin on pääasiassa myönteistä. Miesten ja naisten lapsettomuuteen liittyvät tunteet ovat samansuuntaisia, mutta käsittelytavoissa on eroja. Lapsettomat tarvitsevat enemmän tukea lapsettomuuden käsittelyyn. Terveystieteen tulee huomioida lapsettomien tilanne kokonaisvaltaisesti ja ottaa parisuhde huomioon. Lapsetonta tulee tukea ja kuunnella kaikissa lapsettomuuden vaiheissa.

Avainsanat: lapsettomuus, hedelmättömyys, parisuhde, lapsettomuushoidot, henkinen tuki

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Specialisation: Public Health Nurse

Authors: Pihlaja Elna and Vesa Minna

Title of thesis: "Who sits next to us when we are dying?" Experiences of Childlessness

Supervisors: Toukola Marja, MNSc, Senior lecture and Ketonen Kaarina, MNSc, Senior lecture

Year: Autumn 2012 Number of pages: 43 Number of appendices: 3

When a couple has been trying to have a baby for one year without any success, infertility comes into question. About 15% of couples that are on fertility age are suffering from childlessness at one point of their lives. Having a child can be taken for granted and childlessness can be the first big setback on their lives. Infertility as a problem in Finland is estimated to be more common, so public health nurses come across more and more childless couples and they have a conversation on things related to childlessness.

The aim of this thesis was to determine differences of responses on infertility between men and women and how infertility influences their relationship. The target of this thesis was to increase information on infertility knowledge among public health nurses. This thesis was a qualitative research executed by theme interview. Two couples that suffered from childlessness were interviewed for this research. There was no medical reason for their infertility.

The results show that childlessness triggers changeable feelings. Emotions vary between hope and despair causing agony and feelings of failure. Childlessness influenced the relationship and the meaning of parenthood was emphasized when the couple was not able to have a child. Childlessness influences couples' lives by changing their response to having a child, family with children and other social relationships. Fertility treatments were experienced as emotionally hard, although the attitude to them is mostly positive. Emotions that are caused by childlessness are the same for men and women, but they are dealing with the problem differently. Childless couples need support to handle childlessness. It is essential for public health nurses to fully comprehend the situation of a childless couple with regard to their relationship. Childless couples must be supported and listened to in all the phases of childlessness.

Keywords: childlessness, infertility, fertility treatments, relationship, mental support

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	5
2 LAPSETTOMUUS JA LAPSETTOMUUSHOIDOT	6
2.1 Lapsettomuustutkimukset	8
2.2 Hormonihoidot.....	10
2.3 Hedelmöityshoidot.....	11
2.4 Leikkaushoidot	13
3 LAPSETTOMUUS KOKEMUKSENA	15
3.1 Lapsettomuus kriisinä	17
3.2 Lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen	18
4 TERVEYDENHOITAJA LAPSETTOMAN PARIN TUKIJANA	21
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	24
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	27
7.1 Miten lapsettomuus koetaan?	27
7.2 Miten lapsettomuushoitoihin suhtaudutaan?	30
7.3 Mitä eroja on miesten ja naisten lapsettomuuden kokemisessa?.....	31
7.4 Miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen?	32
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	34
8.1 Opinnäytetyön prosessin pohdintaa	37
8.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	38
LÄHTEET	40
LIITTEET	43

1 JOHDANTO

Suomalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila on tilastollisesti tarkasteltuna hyvä kansainvälisessä vertailussa, vaikka haasteita ovat esimerkiksi hedelmättömyys ja lasten hankkiminen hedelmällisen iän loppupuolella (Ritamo, Pelkonen & Nikula 2010, 5). Kymmenessä vuodessa hedelmöityshoitojen määrässä on tapahtunut 26 % kasvu (Gissler & Heino 2009, 2).

Tämä opinnäytetyö liittyy hankkeeseen, joka pyrkii edistämään maatalousyrittäjien hyvinvointia ja työssä jaksamista (Kyrönlähti, Loppela, Lauhanen & Lähdesmäki 2011, 2). Opinnäytetyön aiheeksi valittiin lapsettomuus, koska kiinnostuttiin lapsettomuuden herättämistä tunteista ja lapsettomuuden vaikutuksista parisuhteeseen. Terveystoimijan on tärkeä pystyä keskustelemaan lapsettomuudesta sekä suhtautua siihen ymmärtäväisesti ja hienovaraisesti.

Lapsettomuus on elämäntilanteena hyvin henkilökohtainen ja ympäristön suhtautumisella on sen kokemiseen suuri merkitys. Lapsettomuuden kokemuksia on suomalaisessa hoitotieteessä tutkittu vain vähän. Olisi tärkeä selvittää lapsettomien miesten ja naisten eroja sosiaalisen tuen saannissa, koska heillä on toisistaan poikkeavat tavat käsitellä lapsettomuutta. Erojen tunnistamisesta on hyötyä hoitohenkilökunnan kohdatessa tahattomasta lapsettomuudesta kärsiviä ja edistäessä perheiden hyvinvointia. (Tuominen, Halme & Åstedt-Kurki 2004, 220–221.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää eroja miesten ja naisten suhtautumisessa lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin sekä sitä, miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen. Tavoitteena on terveydenhoitajien lapsettomuustietouden lisääminen ja lapsettomuuden kokemuksen ymmärtäminen.

2 LAPSETTOMUUS JA LAPSETTOMUUSHOIDOT

Kun pariskunta on viettänyt säännöllistä sukupuolielämää vuoden ajan saamatta raskautta alkuun, puhutaan tahattomasta lapsettomuudesta. Primaari lapsettomuus tarkoittaa, ettei naisella ole ollut yhtään aiempaa raskautta. Sekundaarisesta lapsettomuudesta puhutaan, kun naisella on ollut aiempia raskauksia tai jos aiemmat raskaudet ovat päättyneet keskenmenoon. (Ketonen 2006, 613.)

Suomessa hedelmättömyysongelman on arvioitu yleistyvän, mikä johtuu osittain lapsenhankinnan siirtämisestä myöhäisempään ikään esimerkiksi opiskeluiden tai kiireisen työtilanteen vuoksi. Ihmiset ovat aiempaa suunnitelmallisempia ja pyrkivät hallitsemaan elämäänsä ja lapsettomuus saattaa olla ensimmäinen vastoinkäyminen, jota ei pystytä hallitsemaan. (Tulppala 2007, 3.)

Hedelmällisessä iässä olevista pareista noin 15 % kärsii jossain elämän vaiheessa lapsettomuudesta. Naisen iän myötä lapsettomuus lisääntyy. Lapsettomuutta eli infertiliteettia esiintyy noin 6 %:lla 20–25-vuotiaista, 16 %:lla 30–35-vuotiaista ja 40 %:lla 40–45-vuotiaista. 5 % pareista kärsii lapsettomuudesta vielä kolmen vuoden yrittämisen jälkeen. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175.)

Yleisimmät lapsettomuuden syyt naisella ovat munasolun irtoamishäiriöt, munanjohdinvauriot sekä endometrioosi eli kohdun limakalvon pesäkesirottumatauti (Tulppala 2007, 9). Lihavuus ja PCO-syndrooma eli monirakkulaiset munasarjat ovat tavallisimmat munasolun irtoamishäiriöitä aiheuttavat tekijät. Hypotyreoosi eli kilpirauhasen vajaatoiminta ja prolaktiinin liikaeritys voivat myös johtaa munasolun irtoamishäiriöön. Hoitoihin hakeutuneista naisista noin 20 %:lla syynä on munanjohdinvaurio, jonka voi aiheuttaa sisäsynnytintulehdus, kohdunulkoinen raskaus tai endometrioosi. (Ketonen 2006, 613.) Kohtupoikkeavuudet, kuten kohdun limakalvon polyypit eli limakalvopullistumat tai myoomat eli kohdun lihaskyhyt voivat estää raskauden alkamista tai kulkua. Kohtuonteloon voi muodostua kiinnikkeitä toistuvien kaavintojen ja tulehdusten seurauksena, mikä voi vaikeuttaa raskauden alkamista. (Tulppala 2007, 11.)

Miehestä johtuvat syyt löytyvät yleensä siittiöiden vähäisestä määrästä, niiden huonosta liikkuvuudesta tai siitä, ettei siittiö kykene hedelmöittämään munasolua

(Tulppala 2007, 11). Miehen siittiöistä noin 30 % tulisi olla hyvänlaatuisia lapsen saannin kannalta. Siittiöiden liikkuvuutta voivat huonontaa jotkin lääkkeet, ja koko siittiötuotannon voivat pysäyttää anaboliset steroidit ja solunsalpaajahoidot. Muita miehestä johtuvia syitä voivat olla eturauhasen ja rakkularauhasten tulehdukset, varikoseeeli eli kiveskohju, aivolisäkehormonin puute tai prolaktiinin liikatuotanto. Miehillä voi ilmetä lapsettomuuden syynä myös vasta-aineita omia siittiötä vastaan tai tukoksia siemenjohtimissa tai lisäkiveksissä. Näihin syynä voivat olla kiveksen vamma tai kivesten alueelle tehty leikkaus. (Ketonen 2006, 614.)

Myös toistuvat keskenmenot voivat olla lapsettomuuden syynä. Jos naisella on vähintään kolme peräkkäistä keskenmenoa, puhutaan toistuvasta keskenmenosta. (Koskimies 2004, 43.) Joskus pareilla voi olla lapsettomuusongelman taustalla seksuaaliongelmia, kuten seksuaalinen haluttomuus, erektiohäiriö tai siemensyöksyn puuttuminen. Keskustelu seksuaaliongelmista kuuluu lapsettomuuden syyn selvittelyyn. (Tulppala 2007,12.)

Hedelmällisyyteen vaikuttavat myös tulehdukset. Naisten ja miesten sukupuolielimet ovat haavoittuvia ja monet tulehdustaudit voivatkin vaurioittaa sukupuolielimiä ja aiheuttaa tätä kautta hedelmällisyyden laskua. Sukupuolitaudeista merkittävin on klamydia, joka voi hoitamattomana aiheuttaa virtsaputken-, kohdunkaulakanavan- tai munasarjatulehduksen. Sukupuolitaudeista myös tippuri voi hoitamattomana vaurioittaa munajohtimia aiheuttaen hedelmällisyyden laskua. Miehellä klamydia ja tippuri voivat aiheuttaa tulehduksia virtsaputkessa, kiveksissä, lisäkiveksissä ja eturauhasessa. (Koskimies 2004, 23.) Noin neljäsosa lapsettomuuden syistä johtuu miehestä, neljäsosa naisesta, neljäsosa molemmista ja neljäsosalla lapsettomuus jää selittämättömäksi (Tulppala 2007, 9).

Terveillä elämäntavoilla on todettu olevan vaikutusta hedelmällisyyteen. Ennen hedelmöityshoitojen aloittamista kerrotaan haitallisten elämäntapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Lihavuus ja syömishäiriöt voivat aiheuttaa naiselle ovulaatiohäiriötä ja miehelle siittiöiden laadun heikkenemistä. Yli- ja alipaino vaikuttavat naisilla lisääntymiseen herkemmin kuin miehillä. Normaalipaino parantaa mahdollisuutta tulla raskaaksi ja lisää hoitojen onnistumista. Ylipainoisella naisella kuluu kaksinkertainen ja alipainoisella nelinkertainen aika raskauden alkamiseen verrattuna normaalipainoiseen. Alkoholin runsas ja pitkäaikainen kulutus vaikuttaa sekä

mieheen että naiseen hedelmällisyyttä heikentäen. Alkoholin käyttö ovulaation aikana voi heikentää mahdollisuutta tulla raskaaksi, minkä vuoksi naisia voidaan kehottaa alkoholin käytön vähentämiseen. Tupakointi vaikuttaa naisen hedelmällisyyteen vähentämällä munasolujen määrää, lyhentämällä munasarjan hedelmällistä ikää ja heikentämällä kohdun limakalvon vastaanottavuutta. Miehillä tupakointi heikentää siittiöiden määrää ja liikkuvuutta. (Anttila 2008, 2438–2440.) Kova pitkään jatkuva fyysinen harjoittelu ja stressi voivat vaikuttaa hormonitoimintaan heikentäen hedelmällisyyttä (Koskimies 2004, 25, 30).

2.1 Lapsettomuustutkimukset

Tutkimuksiin kannattaa hakeutua, kun lasta on aktiivisesti toivottu ja säännöllistä sukupuolielämää on ollut vuoden ajan. Hoitoon kannattaa hakeutua jo aikaisemmin, jos pari on todennut itsessään tai heillä on todettu jokin tai joitakin hedelmällisyyttä heikentäviä tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi lantionalueen leikkaukset, kuumautishäiriöt, kohdunulkoinen raskaus, sukupuolielinten tulehdukset tai kivesten epätäydellinen laskeutuminen. (Koskimies 2004, 45.)

Yleensä lapsettoman parin hoito alkaa perusterveydenhuollosta tai yksityisen lääkärin vastaanotolta, missä tehdään osa tutkimuksista. Tarvittavat jatkotutkimukset voidaan tehdä joko erikoissairaanhoidossa, yksityisellä klinikalla tai Väestöliitossa. (Ihme & Rainto 2008, 69.)

Lapsettomuushoidon valinta tehdään lapsettoman parin toiveet ja lapsettomuuden syy huomioon ottaen. Hoidon määräytymiseen vaikuttavat ensisijaisesti lapsettomuuden kesto, syy ja naisen ikä. Hoitavan lääkärin on annettava tietoa erilaisista hoitomahdollisuuksista, mutta lopullisen valinnan tekee lapsettomuushoitoihin hakeutuva itse. Kaikki eivät halua edetä hoitoihin asti, mutta tahtovat kuitenkin selvittää, miksi raskaus ei ole alkanut. (Tulppala 2007, 15.)

Lapsettomuus on parin yhteinen ongelma ja sellaisena sitä myös tutkitaan. Haastatteleamalla paria selvitetään perustietojen lisäksi kummankin terveydentila, elämäntavat, sairaudet, lääkitykset, ehkäisy, seksuaali- ja lisääntymishistoria, mahdolliseen raskauteen vaikuttavat leikkaukset ja tulehdukset, aiemmat raskausyri-

tykset ja sukutiedot. Naiselta selvitetään lisäksi erityisesti puberteetin kehitys ja kuukautistilanne. Mieheltä kysytään kivesten laskeutumisesta, puberteettikehityksestä, mahdollisista leikkauksista ja vammoista. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 180.)

Esitietojen perusteella suunnitellaan lapsettomuustutkimukset yksilöllisesti. Parin molemmille osapuolille on tarvittaessa annettava mahdollisuus keskustella hoitavan lääkärin kanssa kahdestaan. (Tulppala 2007, 13.) Ennen naisen laajempia tutkimuksia tehdään miehen siemennesteen analysointi (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 181).

Ensimmäinen miehelle tehtävä laboratoriotutkimus on siemennesteen tutkiminen eli sperma-analyysi, josta tutkitaan siittiöiden määrä, liikkuvuus ja rakenne sekä siittiövasta-aineet. Miehelle ei ole syytä tehdä muita tutkimuksia, jos siemennestenäyte on normaali. Hormonimääritykset tehdään, jos siittiöiden määrä on vähäinen tai niitä ei ole siemennesteessä lainkaan. Kromosomi- ja geenitutkimusten tarpeellisuutta arvioidaan vakavissa siittiötuotannon häiriöissä, sillä kyseessä voi olla perinnöllinen taipumus. (Tulppala 2007, 14.) Jos siemennesteestä ei löydy siittiöitä, voidaan kivesbiopsian avulla selvittää siittiötuotannon häiriön syy (Koskimies 2004, 48). Miehen tutkimuksiin kuuluu kivesten ja eturauhasen tunnustelu sekä nivustaipeiden tarkastelu ja karvoituksen arviointi. Kiveslaskimoiden suonikohjut löydetään usein tunnustelemalla ja varmistus tehdään ultraäänitutkimuksella. (Tulppala 2007, 14.)

Naisen gynekologisessa perustutkimuksessa tutkitaan sukupuolielinten ulkomuoto ja rakenne, karvoitus, rintojen kehitys ja otetaan Papa-näyte. (Ihme & Rainto 2008, 70). Gynekologisen perustutkimuksen lisäksi selvitetään ultraäänellä munasolun irtoamista ja kasvua sekä kohdun limakalvon kypsymistä. Ultraäänitutkimuksen avulla saadaan tietoa myös kohdun ja munasarjojen rakenteesta. Munanjohtimien aukiolo voidaan selvittää ruiskuttamalla keittosuolaa munanjohtimeen ultraäänitutkimuksen yhteydessä. Keittosuolaruiskutuksella voidaan selvittää myös kohtuontelon tila. Vatsaontelon tähytyksellä saadaan selville mahdollinen endometrioosi ja varmistaa munanjohtimen kunto epäiltäessä munanjohdinvauriota. Verikokeilla

varmistetaan munasolun irtoaminen ja tiettyjen hormonien pitoisuudet sekä tutkitaan kilpirauhasen toimintaa. (Tulppala 2007, 13–14.) Jos tutkimuksissa ei löydetä lapsettomuutta aiheuttavaa tekijää, puhutaan selittämättömästä lapsettomuudesta (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 179). Lapsettomuushoitojen muotoja ovat hormonihoitot, hedelmöityshoidot ja leikkaushoidot (Tulppala 2007, 15).

2.2 Hormonihoidot

Erilaisilla hormonihoidoilla voidaan hoitaa tehokkaasti munasolun irtoamishäiriötä (Tulppala 2007, 15). Tavallisimmin tabletteina annettavilla hormoneilla pyritään kypsyttämään munarakkula ja saamaan ovulaatio aikaan (Ihme & Rainto 2008, 70). Hormonihoidot vaativat aina ultraääniseurannan, sillä monisikiöisen raskauden riski on normaalia korkeampi, vaikka kerralla pyritäänkin irrottamaan vain yksi kypsä munasolu. Mahdollisuus raskaudelle on hyvä, jos munasolun irtoamishäiriö on ainoa syy lapsettomuudelle. (Tulppala 2007, 15.)

Jos munasolun irtoamishäiriön taustalla on yksittäinen hormonihäiriö, kuten kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta, voidaan häiriö korjata hoitamalla perussy. Monirakkulaiset munasarjat -oireyhtymään (PCOS) liittyvää munasolun irtoamishäiriötä voidaan hoitaa hormonien avulla. Raskauden alkamiseksi on tärkeää hoitaa PCOS:aan liittyvää insuliiniresistenssiä (Tulppala 2007, 15–16), joka on PCOS-naisten merkittävin lapsettomuuden aiheuttaja etenkin ylipainoisilla. Laihduttaminen on ensisijainen hoito ennen varsinaisten lapsettomuushoitojen aloittamista. (Koivunen & Morin-Papunen 2002, 509.)

Miesten pysähtynyt siittiötuotanto saadaan käynnistettyä ja ylläpidettyä hormonien avulla. Hormonitoiminnan häiriön syynä on tavallisesti aivolisäkehormonien matala pitoisuus, jolloin siittiötuotanto on pysähtynyt. (Koskimies 2004, 50.) Hedelmättömistä miehistä alle viidellä prosentilla todetaan hormonaalinen häiriö lapsettomuuden syynä (Tulppala 2007, 16).

2.3 Hedelmöityshoidot

Hedelmöityshoitoihin kuuluvat inseminaatio eli keinohedelmöitys ja koeputkihedelmöityshoito sovellutuksineen. Inseminaatioissa hedelmöityskykyisimmät siittiöt erotellaan siemennesteestä ja ruiskutetaan kohtuonteloon ovulaation aikana. (Tulppala 2007, 16.) Näin autetaan siittiön ja munasolun kohtaamista munanjohtimessa, jossa hedelmöittyminen tapahtuu. Inseminaatio voi olla luonnollisella kuumakautiskierrolla tapahtuva tai hormoniavusteinen. Hormonistimulaatiota käytetään silloin, kun omaa ovulaatiota ei tapahdu lainkaan tai se on heikko. Myös selittämättömässä lapsettomuudessa käytetään hormoneja apuna. (Koskimies 2004, 52–53.) Mikäli keinohedelmöitykseen on yhdistetty hormonihoito, on mahdollisuus raskauden alkamiselle suurempi (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 188). Inseminaatioon päädytään esimerkiksi silloin, kun lapsettomuuden syytä ei ole saatu selville tai kun kyseessä on lievä siemennesteen poikkeavuus. Toisinaan inseminaatioon päädytään, kun yhdyntä ei jostain syystä onnistu tai mies ei saa siemensyöksyä. (Tulppala 2007, 16.)

Koeputkihedelmöityshoidot (in vitro fertilisatio eli IVF) aloitetaan useimmiten vasta tuloksettomien inseminaatiohoitojen jälkeen. Koeputkihedelmöityshoitojen erilaisia sovellutuksia ovat hedelmöitetyn alkion siirron lisäksi esimerkiksi mikroinjektiohoito ja alkioviljely. (Tulppala 2007, 16–17.) Koeputkihedelmöitystä ja siitä johdettuja menetelmiä voidaan käyttää lähes kaikissa lapsettomuusongelmissa ja useissa tapauksissa se on hoitomuotona ensisijainen vaihtoehto (Koskimies 2004, 54). Koeputkihedelmöityshoidossa kasvatetaan hormonien avulla useita munarakkuloita, jotka kerätään punktoimalla ja hedelmöitetään laboratoriossa puolison siittiöillä. Saaduista alkioista useimmiten yksi siirretään kohtuun ja hyvänlaatuisista loput pakastetaan mahdollista myöhempää käyttöä varten. (Tulppala 2007, 17.)

Mikroinjektiohoidolla (intracytoplasmic sperm injection eli ICSI) voidaan hoitaa vaikeaa miehestä johtuvaa lapsettomuutta. Miehen siemennesteestä kerätyillä siittiöillä on mahdollista hedelmöittää munasolu mikroinjektion avulla. (Tulppala 2007, 17.) Jos siemennesteestä ei saada siittiöitä, voidaan niitä kerätä myös kiveksistä tai lisäkiveksistä. Mikroinjektion avulla voidaan huonosti liikkuvilla tai epämuodostuneillakin siittiöillä saada hedelmöittyminen aikaan. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011,

190–191.) Munasolujen kypsytytys ja keräys tehdään kuten tavallisessa koeputkihedelmöityksessä (Tulppala 2007, 17). Siittiö viedään munasolun sisään ohuella lasineulalla ja myöhemmin hedelmöittyneestä munasolusta kehittynyt alkio siirretään takaisin kohtuun (Koskimies 2004, 61, 63).

Pitkässä alkioviljelyssä (blastokystaviljely) alkiot siirretään kohtuun siinä vaiheessa, kun ne ovat jakautuneet neli- tai kahdeksansoluisiksi. Pitkällä alkioviljelyllä pysytään seuraamaan, mitkä alkiot kehittyvät hyvin ja ovat valmiita kiinnittymään kohdun seinämään. Alkionsiirtoon ei päästä lainkaan, jos mikään alkioista ei kehity niin sanottuun blastokystavaiheeseen. (Tulppala 2007, 17–18.)

Uutena lapsettomuushoitojen muotona on koeputkihedelmöitys ilman hormonipistoksia (in vitro maturatio eli IVM), jolloin munasolut kerätään talteen ilman edeltävää hormonihoitoa. Munasoluja kysytetään viljelylaboratoriossa ennen hedelmöitystä. (Koskimies 2004, 63.) Munasolujen keräyksen jälkeen kohdun limakalvoa kasvatetaan hormonien avulla alkion varmemman kiinnittymisen mahdollistamiseksi. Munasolujen kypsytyshoitoa käytetään etenkin silloin, kun naisella on suuri hyperstimulaation vaara, kuten PCO-syndroomassa. (Koskimies 2004, 63–64; Tulppala 2007, 18.)

Alkiodiagnostiikkaa (preimplantation genetic diagnosis eli PGD) käytetään koeputkihedelmöityksellä aikaansaattujen alkoiden tutkimiseen. Sen avulla voidaan selvittää alkion geenivirheitä sekä kromosomipoikkeavuuksia, jotka voivat aiheuttaa sairauksia tai muita muutoksia. (Tulppala 2007, 18.) Alkiodiagnostiikan avulla vältetään mahdolliset tulevat raskaudenkeskeytykset, sillä kohtuun pystytään siirtämään alkio, jolla ei ole todettu perinnölliseen sairauteen viittaavaa löydöstä tai kromosomipoikkeavuutta (Lähdetie & Horelli-Kuitunen 2001, 2257).

Alkion on kuoriuduttava alkiokuorestaan kiinnittyäkseen kohdun limakalvoon. Kuoriutuminen voi estyä, jos ympäröivä kuori on liian kova tai paksu. Alkiokuoren avauksessa tehdään kuoreen pieni reikä tai ohennetaan kuorta sen avautumisen edistämiseksi. (Tulppala 2007, 19.)

Joillekin pareille ainoa mahdollisuus raskauden alkamiselle on lahjoitettujen sukusolujen käyttö (Tulppala 2007, 24). Jos naisen munasolut ovat laadultaan heikkoja tai niitä ei ole lainkaan, on mahdollista käyttää lahjoitettuja munasoluja. Vastaavasti voidaan käyttää luovutettuja siittiöitä, jos miehelle ei muodostu lainkaan siittiöitä. Lahjoitetun alkion käyttöä voidaan harkita tilanteessa, jossa nainen ei tuota munasoluja eikä mies siittiöitä. (Koskimies 2004, 70, 73.)

Laki hedelmöityshoidoista (L 22.12.2006/1237) säätelee sitä, kenelle hoitoja voidaan antaa. Hedelmöityshoitoja ei saa antaa, jos raskaus aiheuttaisi naisen tai lapsen terveydelle vaaraa, lapsen turvallista kehitystä ei voida turvata tai on oletettavaa, että lapsi aiotaan antaa ottolapseksi. Hoitoon on aina oltava hoitoa saavalta kirjallinen suostumus.

2.4 Leikkaushoidot

Leikkaushoitoa voidaan käyttää sekä miehestä että naisesta johtuvan lapsettomuuden hoidossa. Leikkaamalla voidaan esimerkiksi poistaa endometrioosipesäkkeitä, polyyppeja ja kystia eli nesterakkuloita. Laparoskopiasa eli vatsaontelon tähystyksessä voidaan lisäksi purkaa sterilisaatio ja vapauttaa munanjohtimet. (Koskimies 2004, 51.) Munanjohtimien vaurioissa korjausleikkausta yleisempää on poistaa munanjohdin. Mikäli molemmat munanjohtimet ovat vaurioituneet ja joudutaan poistamaan, on koeputkihedelmöitys ainoa keino tulla raskaaksi. (Ketonen 2006, 616.) Tavallisimpia kohtuontelon tähystyksessä eli hysteroskopiassa tehtäviä toimenpiteitä ovat polyyppien poistot ja kohtuontelon myoomien operointi. Kohtuontelon tähystyksessä voidaan poistaa myös harvinaisempia, kohtua umpeen muuraavia kiinnikkeitä, jotka estävät kuukautisvuodon ja alkion kiinnittymisen. Kiinnikkeitä voi muodostua limakalvon vaurioituessa kaavintojen ja tulehdusten seurauksena. Leikkaushoidolla kiinnikkeitä voidaan vapauttaa ja saada osa limakalvosta parantumaan. (Koskimies 2004, 51.)

Miehillä varikoseelestä eli kiveskohjusta johtuvaa siittiöiden määrän ja laadun heikkenemistä voidaan hoitaa operoimalla (Koskimies 2004, 51). Paikallispuudutuksessa tehtävässä leikkauksessa suljetaan kiveslaskimo, jolloin siittiöiden laatu

ja määrä paranevat noin puolella miehistä (Tulppala 2007, 16; Koskimies 2004, 51). Usein varikoseelen leikkaushoitoon ei ryhdytä, jos puoliso on yli 35-vuotias ja siittiöiden määrä on jo aiemmin ollut pieni, vaan päädytään muihin lapsettomuushoitoihin (Koskimies 2004, 51). Kirurgisesti voidaan purkaa sterilisaatio ja hoitaa lisäkiveksen ja siemenjohtimen tukoksia (Koskimies 2000, 1958). Siementiehyen tukoksia leikkaamalla saattaa siemennesteeseen ilmaantua siittiöitä ja mahdollisuus spontaanin raskauden alkamiselle kasvaa (Ketonen 2006, 616). Leikkaushoitoihin voidaan yhdistää muita lapsettomuushoitoja, jolloin raskauden mahdollisuus kasvaa (Koskimies 2000, 1958).

3 LAPSETTOMUUS KOKEMUKSENA

Lasten saamista pidetään usein itsestäänselvyytenä ja aikuiseksi kasvaessa opitaan vallitseva ajatustapa elämän hallittavuudesta ja yleisesti puhutaankin lasten tekemisestä. Tässä yhteiskunnassa on suuri merkitys perhe-elämällä ja lapsilla, ja koko elämänsuunnitelma voi rakentua perheen ja lasten varaan. Lapsettomia pareja voidaan pitää itsekkäinä ja vastuuntunnottomina, jotka haluavat elää vapaammin ja nautiskellen. Lapsettomuus on useimmille pareille sokki, koska harva pari on edes keskustellut siitä mahdollisuudesta, että lasta ei saadakaan. Usein lapsettomat joutuvat rakentamaan tulevaisuuden kuvitelmat uudelleen ja pohtimaan, mitä lapsettomuus tuo tullessaan. Lapsettomalle nousee esiin monia kysymyksiä, jotka laittavat pohtimaan omaa kehoaan, kelpaamistaan, puolison kelpaamista, isyyttä, äitiyttä, naiseutta, miehisyyttä, synnyttämättömyyttä ja isovanhemmuutta. (Saario 2010, 5–7.) Minäkuvaansa joutuu pohtimaan uudelleen lapsettomuuden myötä (Toivanen, Vilska & Tulppala 2004, 4117–4118).

Naisille lapsettomuuden kokeminen on erilaista, jos perheen perustaminen ei ole merkittävä päämäärä elämässä. Miehen maskuliinisuutta vahvistaa kumppanin saaminen raskaaksi ja kyky suvun jatkamiseen. Lapsen saaminen lisää miehen tunnetta omasta miehisyydestään. Vanhemmuus on naiselle ja miehelle yhtä merkittävä osa kasvua ja kehitystä. (Toivanen ym. 2004, 4116.)

Lapsettomuus on henkilökohtainen kokemus, jonka tiedostaminen on tuskallista (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192). Lapsettomuus vaikuttaa elämän sosiaalisella ja psyykkisellä puolella, huonommuudentunteena, epäonnistumisena sekä eristäytymisenä ystävistä ja sukulaisista. Lapsettomuus ei kuitenkaan ensisijaisesti aiheuta fyysistä kipua kehossa. Vaikeaa tahattomasti lapsettoman parin elämässä on erilaisuuden ja yksinäisyyden kokeminen, koska menetys ei näy ulospäin. (Saario 2010, 4.) Lapsettomilla sosiaalinen elämä kaventuu ja eristäytymistä tapahtuu, kun lapsettomuudesta ei pystytä puhumaan ja ympäristö luo paineita. Puhumattomuus lisää mielialan laskua ja olisikin hyvä, että jokaisella olisi joku, jonka kanssa keskustella lapsettomuuden aiheuttamista tunteista. Myös satuttavat kommentit aiheuttavat lapsettoman parin jäämistä kodin turvaan. Lapsiperheiden

kohtaaminen voi olla vaikeaa ja sitä voi yrittää välttää, jos lapsien näkeminen aiheuttaa surua ja tuntuu liian raskaalta. (Saario 2010, 15.) Vauvojen ja lasten näkeminen voi tuntua jopa sietämättömältä ja vihan ja kateuden tunne voi yllättää tahattomasta lapsettomuudesta kärsivän parin. Omien voimavarojen tunnistaminen auttaa jaksamaan ja voimavarojen loppuessa olisi hyvä keskustella ammattilaisen tai vertaistuen kanssa saadakseen uusia näkökulmia tilanteeseen. (Tulppala 2007, 29.)

Jokaisella on yksilöllinen tapa käsitellä tahatonta lapsettomuutta. Naiset kokevat lapsettomuuden henkisesti raskaampana ja kuvaavat usein negatiivisia tunteita enemmän kuin miehet. (Tulppala 2002.) Naisten ja miesten kokemissa tunteissa ei kuitenkaan ole juurikaan eroa, vaan siinä miten he tuovat tunteensa esiin ja selviytyvät lapsettomuuden aiheuttamasta kokemuksesta. Miesten on usein naisia vaikeampaa ilmaista tunteitaan eivätkä he kykene puhumaan niistä toisten kanssa. (Salzer 1994, 58–59.) Miehetkin haluavat lapsia, mutta eivät tuo asiaa julki niin näkyvästi kun naiset (Rawlings 2010, 5). Useammin miehet kärsivät hiljaa voidakseen tukea puolisoaan (Cousineau & Domar, 2007, 304). Miehet ovat kilpailuhenkisempiä kuin naiset ja se tuo lisää paineita miesten lapsettomuuteen (Rawlings 2010, 7).

Lapsettomuushoidot itsessään ovat vaativia niin henkisesti kuin fyysisestikin. Tutkimusten ja hoitojen hallitessa elämää on tavallista, että sosiaalinen kanssakäyminen vähenee. Pitkittyneet hoidot ja hoitojen lopettaminen aiheuttavat monille kriisin. Mikään lapsettomuushoito ei takaa lapsen saamista; viidesosa lapsettomuushoitoja saaneista pareista jää lapsettomiksi. Usein on vaikea tehdä päätös hoitojen lopettamisesta. Uusien hoitomuotojen kehittyminen tarjoaa parille uusia mahdollisuuksia, jolloin surutyötä ei päästä aloittamaan. (Toivanen ym. 2004, 4115–4117.) Monet parit yllättyvät lapsettomuushoitojen psyykkisestä ja fyysisestä kuormituksesta, minkä vuoksi osa pareista lopettaa hoidot kesken. Raskauden keskeytymisen mahdollisuus on 20 %, mikä osaltaan lisää lapsettomuushoitojen henkistä kuormittavuutta. (Tulppala 2007, 19–20.) Hedelmättömillä naisilla on todettu merkittävästi enemmän masennuksen oireita kuin hedelmällisillä naisilla (Cousineau & Domar 2007, 295).

Lapsettomuushoitojen aikaan saadaan oman kehon toiminnasta traumaattista tietoa. Hoitotapahtumien voidaan pelätä olevan ahdistavia, väkivaltaisia ja tunkeutuvia. (Toivanen ym. 2004, 4116.) Kerrin, Brownin ja Balenin (1999, 1099–1105) tutkimuksessa ilmeni, että naisista vain puolet oli tyytyväisiä saamaansa palveluun. Naiset kokivat esineellistämistä, syyllistämistä lapsettomuuteensa ja ongelmien vähättelyä. Hoidoissa ei huomioitu naisten yksilöllisyyttä ja heidän ihmisarvoaan ei kunnioitettu. Parien toivomaa psyykkistä tukea ei ollut riittävästi tarjolla. (Huhtala 2003, 12.)

3.1 Lapsettomuus kriisinä

Jokainen kokee lapsettomuuden eri tavoin, mutta lähes kaikilla kriisi ilmenee jossain muodossa. Kriisi voi alkaa eri vaiheissa ja sen alku ei ole aina selkeä. Yleensä kriisi alkaa naisilla aikaisemmin kuin miehillä. Kriisin päätyminen tapahtuu myös vaiheittain. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.) Lapsettomuus on sekä traumaattisen että kehityskriisin yhdistelmä, jonka ominaispiirteenä on surun aaltomainen eli edestakainen liike, jossa toivo ja pettymys vuorottelevat (Saario 2010, 11). Toivon ja epätoivon tunteet vaihtelevat kuukautiskierron ja hoitojen mukaan. Tehyjen hoitojen jälkeen uusi toive lapsen saannista herää. Kuukautisten alkaminen on joka kuukausi valtava pettymys. (Huhtala 2003, 25.)

Kriisin ensimmäisessä vaiheessa asiasta on vaikea puhua jopa puolison kanssa ja ongelma usein kielletään. Seuraavassa vaiheessa aletaan tuntea häpeää, kateutta, syyllisyyttä ja epäonnistumista, lisäksi joillakin voi esiintyä seksuaalielämän ongelmia, masennusta ja ahdistuneisuutta. Kriisin selkiintymisvaiheessa lapseton tuntee selviävänsä elämästä ilman lasta. Tähän vaiheeseen pääseminen vaatii vuosien työskentelyä lapsettomuuskokemuksen kanssa. Surun lievittyessä myös muun elämän suunnittelu voi alkaa. Kriisin vaiheet eivät mene aina samalla tavalla tahattomasta lapsettomuudesta kärsivillä. Vasta kriisin selvittyä voidaan alkaa esittää muita vaihtoehtoja perheen saamiseksi, kuten sijaisvanhemmuutta tai adoptiota. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192.)

Jonkin arvokkaan asian menettäminen aiheuttaa surua, joka on mielen tapa reagoida menetykseen. Suruun kuuluu erilaisia tunteita, kuten järkytys, kaipuu ja tyhjyys. Suruun kuuluvia asioita tulisi käsitellä rauhassa ajan kanssa. Suru ei välttämättä lopu koskaan, mutta se voi ajan kuluessa lievitä. Kuitenkin suru voi nousta yhtä vahvana esiin vielä vuosienkin kuluttua. (Ruishalme & Saaristo 2007, 52.)

Sosiaalisella tuella tarkoitetaan ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa annetaan ja saadaan emotionaalista, psyykkistä, tiedollista ja toiminnallista tukea. Tuen merkitys lisääntyy, kun henkilön omat voimavarat ovat lopussa. Kriisin syystä riippumatta sen aikana tarvitaan tukea, joka saa kriisissä olevan henkilön tuntemaan itsensä rakastetuksi ja arvostetuksi. (Ruishalme & Saaristo 2007, 81.)

On tärkeää osata antaa aikaa ja huolenpitoa itselleen läheisiltä saadun tuen lisäksi (Tulppala 2007, 27). Toisiin lapsettomiin tutustuminen on monille tärkeää vertaistukea. Vertaistuen avulla saa jakaa ajatuksiaan ja tunteitaan samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa. Samaa kokeneiden seurassa ei tarvitse pelätä satuttavia kommentteja ja saa näyttää tunteensa avoimesti. Omista kokemuksistaan on helppompaa puhua läheisille, kun on aikaisemmin keskustellut niistä muiden lapsettomien kanssa. Lapsettomuudesta selviämiseen löytyy uusia näkökulmia vertaisten kanssa keskusteltaessa. Parhaimmillaan vertaistukihenkilöstä voi saada elinikäisen ystävän. (Saario 2010, 23.) Tuomisen, Halmeen ja Åstedt-Kurjen (2007, 213, 215, 217) tutkimuksen mukaan läheisiltä saatu tuki koettiin välttämättömäksi ja helpottavaksi, vaikka lapsettomuudesta kertominen koettiin vaikeaksi. Tahattomasta lapsettomuudesta kertomista pidettiin tuen saamisen edellytyksenä. Osa tutkimukseen osallistuneista piti myös Internetin kautta saatua vertaistukea tärkeänä osana selviämistä.

3.2 Lapsettomuuden vaikutus parisuhteeseen

Parisuhde on aikuisen elämän tärkein kiintymyssuhde, jota lasten ajatellaan vahvistavan tuomalla siihen uuden ulottuvuuden (Toivanen ym. 2004, 4116). Lapsettomuuden myötä parisuhde muuttuu väistämättä. Surun ja toivon kautta koetut tunteet voivat parhaimmillaan auttaa ymmärtämään toista aiempaa paremmin.

Lapsettomuus voi yhteisenä kokemuksena vahvistaa parisuhdetta ja lähentää kumppaneita. (Tulppala 2002.) Puolisot voivat käsitellä lapsettomuutta eri tahtiin ja eri tavoin (Toivanen ym. 2004, 4117). Toinen puolisoista voi olla toista valmiimpi uusiin hoitoihin tai jopa hoitojen lopettamiseen, mikä on parisuhdetta koetteleva tekijä (Huhtala 2003, 28–29). Hedelmättömyys ei ratkea nopeasti, jolloin voimakkaat vihan ja katkeruuden tunteet jatkuvat yhä voimakkaampina. Tällöin on vaarana, ettei toinen puoliso, usein mies, enää jaksu tukea toista kuten aiemmin. Miehestä tuntuu, ettei mistään hänen tekemästään tai sanomastaan ole hyötyä. Riittämättömyyden ja turhautumisen tunne saa miehen vetäytymään, vaikka hän rakastaa puolisoaan. (Salzer 1994, 106–107.) Nainen kokee puolison käytöksen välinpitämättömyytenä ja kieltämisenä, mikä lisää hänen pahaa oloaan (Tulppala 2002). Pelkkä puolison läsnäolo tuo usein lohtua ahdistavaan tilanteeseen. Etenkin nainen kokee miehen läsnäolon merkittävänä. (Salzer 1994, 106–107.)

Lapsettomuus voi aiheuttaa parisuhteeseen ongelmia ja saada puolisot etäännyttämään toisistaan. Oma puoliso on paras tukija ja lohduttaja, mutta samalla myös se, joka eniten muistuttaa lapsettomuudesta. (Tulppala 2002.) Lapsettomuus vaikuttaa niin naisen kuin miehenkin tunteisiin sekä heidän parisuhteeseensa. Kun pari ymmärtää, etteivät he kykene saamaan biologisia lapsia, he voivat kyseenalaistaa miehuutensa ja naiseutensa. (Johansson & Berg 2005, 62.)

Imesonin ja McMurrayin (1996) tutkimuksessa mukana olleet parit kokivat lapsettomuuden muuttaneen heidän elämäänsä. Muuttuneen parisuhteen lisäksi parit kokivat voimakasta tunteiden vaihtelua. Parit kokivat sosiaalisen elämänsä eristäytyneen lapsettomuuden myötä. (Räisänen & Kaunonen 2004, 72.)

Lapsettomuus voi nostaa vanhoja tunteita ja ongelmia esiin. Parisuhde voi kärsiä puhumattomuudesta, jolloin seurauksena voi olla tunne ajautumisesta erilleen. (Toivanen ym. 2004, 4117.) Vaikeista asioista on opeteltava puhumaan puolison kanssa, sillä tunteiden jakaminen on tärkeää jaksamisen kannalta. Kaikkiin parisuhteisiin kuuluu huonoja ja hyviä aikoja, eivätkä lapsettomat ole tässä poikkeus. (Tulppala 2011, 18.)

Lapsettomuuden syyn johtuminen selvästi toisesta puolisoista aiheuttaa helposti syyllistäviä tunteita (Tulppala 2002). On vaikea hyväksyä, ettei kykene suomaan

lasta kumppanilleen. Puoliso voi kehottaa vaihtamaan kumppania, jotta edes tämä saisi lapsen. Osalla pareista on lapsia aiemmista liitoista ja oma hedelmättömyys muistuu kipeästi mieleen puolison lasten myötä. (Toivanen ym. 2004, 4117.)

Seksuaalisuus kuuluu parisuhteeseen parhaimmillaan suurta mielihyvää ja tyydytystä tuovana voimavarana, mutta se on samalla ihmiselämän herkin alue. On tavallista, että yritettäessä saada raskautta alkuun oman seksuaalisuuden kokemisessa ja seksuaalielämässä ilmenee erilaisia ongelmia. Lapsettomuus vaikuttaa minäkuvaan negatiivisesti, kun oma keho ei toimi toivotulla tavalla; mies ei kykene siirtämään puolisoaan eikä nainen kokemaan raskautta. (Tulppala 2011, 20.)

Yhdyntöjen ajoittaminen ovulaation mukaan voi aiheuttaa suorituspaineita. Seksuaaliseen halukkuuteen vaikuttavat myös lapsettomuuden aiheuttamat mielialojen vaihtelut ja mahdolliset erektio-ongelmat. Naiset saattavat tuntea viehätysvoimansa vähentyneen. Hellyys, intohimo ja seksuaaliset tunteet jäävät vähemmälle, kun seksin päätavoitteena on saada raskaus alkuun. (Tulppala 2007, 31.) Mitä useammin pari harrastaa seksiä, sitä suurempi todennäköisyys on tulla raskaaksi. Jos kuukautiskierto on 28 päivän luokkaa, paras aika hedelmöitymiselle on kuukautiskierron päivät 10–16 ensimmäisestä vuotopäivästä laskettuna. Tänä aikana yhdyntöjä olisi hyvä olla noin joka toinen päivä. Ennen on käytetty lämmön mittausta apuna ovulaation määrittämiseksi, mutta tätä menetelmää ei pidetä kovin luotettavana. 0,3–0,5 asteen lämmön nousu johtuu ovulaation jälkeen tapahtuvasta keltarauhasen erityksestä. Ovulaatiotestiä eli LH-testiä (luteinisoiva hormoni) pidetään luotettavampana ovulaatiohetken määrittämisessä, sillä se kertoo ovulaatiosta jo ennen sen tapahtumista. (Koskimies 2004, 34, 40–41.) Spontaani seksuaalielämä vähenee raskauden yrittämisen ja aikataulujen myötä. Hoitojen pitkittyminen lisää molempien osapuolten seksuaalista tyytymättömyyttä. Aikataulutettu seksi lisää helposti erektio-ongelmia ja tyytymättömyyttä seksielämään. (Toivanen ym. 2004, 4118.)

Vertaistuellalla on merkitystä myös seksuaalielämässä. On helpottavaa kuulla, että lapsettomuuskokemuksen heijastuminen intiimielämään koskettaa muitakin samassa tilanteessa olevia. Pari- tai seksuaaliterapiasta voi olla monelle parille apua seksuaalielämän parantamiseksi. (Tulppala 2011, 20.)

4 TERVEYDENHOITAJA LAPSETTOMAN PARIN TUKIJANA

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Kun edistetään seksuaaliterveyttä, edistetään samalla lisääntymisterveyttä ja päinvastoin. Seksuaali- ja lisääntymisterveys on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, jota kehitetään kansanterveystyöllä. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan lain mukaista terveydenhuoltoa. (Ihme & Rainto 2008, 10.)

Terveydenhuoltolain (L 30.12.2010/1326) mukaan kunnan on järjestettävä perusterveydenhuoltoa, johon sisältyy terveyden edistäminen ja sairaanhoito. Terveydenhoitajan tehtävänä on kehittää terveyttä edistävää toimintaa yhteiskunnassa yhdessä muiden asiantuntijoiden kanssa ja seurata yhteiskunnan muutoksia sekä terveystoimittisia linjauksia. (Haarala & Mellin 2008, 42.)

”Neuvonta raskauden ehkäisystä ja muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluvat neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin” (A 6.4.2011/338). Seksuaaliterveyttä edistävään neuvontaan kuuluu seksuaalisuutta ja parisuhdetta käsittelevä neuvonta ja hedelmättömyyden ehkäisy (A 6.4.2011/338). Terveydenhoitajan antaman raskautta edeltävän neuvonnan tavoitteena on hedelmällisyydestiedon lisääminen ja tahattoman lapsettomuuden ehkäisy (Honkanen 2008, 289).

Terveydenhoitajan tulee osata toimia terveyttä edistävästi lisäämällä asiakkaiden terveystietoisuutta ja tarvittaessa tukea elämäntapamuutosten tekemisessä sekä vahvistamalla jokaisen yksilöllisiä voimavaroja. Luottamuksellinen, avoin ja tarvittaessa pitkäkestoinen vuorovaikutussuhde asiakkaisiin ovat tärkeitä hyvän hoitosuhteen luomiseksi. Työssään terveydenhoitaja kohtaa eri elämänvaiheessa olevia eri-ikäisiä ihmisiä ja työskentelee yksilöiden, perheiden ja ryhmien kanssa samalla ottaen huomioon asiakkaidensa kulttuuritaustan. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 33–34, 37.)

Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivä pari tarvitsee tukea koko hoitoprosessin ajan. Osalle pareista riittää pelkkä läheisten tuki, mutta toisille on hyötyä ammattilaisen antamasta psyykkisestä tuesta. (Tulppala 2007, 27.) Ennen hoitoja, hoitojen aikana ja niiden jälkeen voidaan tarjota psyykkistä tukea. Ammattilaisen antama tuki on osoittautunut tärkeäksi ja siitä hyödytään myös suunniteltaessa lahjoitettu-

jen sukusolujen käyttöä ja hoitojen lopettamispäätöksiä tehtäessä. (Koskimies 2004, 77.) Lapsettomuushoitojen aikana psyykkistä tukea toivotaan hoitavalta henkilökunnalta, ja heidän toivotaan tietävän psyykkisen tuen merkitys ja hyödyn-
tävän sitä hoitotyössään. Lapsettomat parit voisivat hyötyä omasta lääkäristä tai hoitajasta, jonka kanssa voi valmistautua hoitoihin ja käsitellä lapsettomuutta. (Tulppala 2007, 28.)

Kriisin läpikäyminen vahvistaa parisuhdetta, kun lapsettomuudesta puhutaan yhdessä ja saadaan tarvittaessa ulkopuolista ammattilaisen antamaa apua. Raskautta alkuun yritettäessä on tavallista, että parin seksielämässä ilmenee ongelmia. Ongelmat olisi hyvä ottaa puheeksi hoitohenkilökunnan kanssa, sillä usein pelkkä keskustelu voi riittää parin tueksi. Lapsettomat voivat kuvitella olevansa ainoita lapsettomuudesta kärsiviä, minkä vuoksi terveydenhoitajan olisi kerrottava, ettei pari ole yksin elämäntilanteessaan. (Koskimies 2004, 77–78.)

Kriisissä olevaa henkilöä voi auttaa luomalla turvallisen ja sallivan ilmapiirin. On tärkeää auttaa henkilöä löytämään omia voimavaroja ja selviytymismahdollisuuksia. Terveydenhoitajan kannattaa osoittaa turvallisuutta ja hyväksyntää, koska kriisissä oleva henkilö on usein herkkä ulkopuoliselle suhtautumiselle ja ilmapiirille. Hyvät käytöstavat ja kunnioittava kohtelu helpottavat lapsettomuuden kriisistä selviytymistä. (Ruishalme & Saaristo 2007, 105.) Kuunteleminen ja keskusteleminen ovat kriisistä selviytymisessä tärkeää. Kysymysten kautta annetaan mahdollisuus käydä kriisin vaiheita läpi ja jakaa suruaan. Vaikka kriisiin johtanut tilannetta ei saa lohduttamalla pois, surua ja tuskaa voidaan sen avulla lievittää. Hoitajan tehtävänä ei ole tehdä asioita tai päätöksiä kriisissä olevan puolesta vaan olla läsnä ja tukea. Hoitaja voi osoittaa haluaan kuunnella ja tukea luomalla katsekontaktin ja myötätuntoisen ilmeen. (Ruishalme & Saaristo 2007, 108–109.)

Perusterveydenhuollon haasteena on lisääntynyt hedelmättömyys ja hedelmöityshoidot (Honkanen 2008, 287). Koska elämänkulun sosiaaliset ja psykologiset tekijät vaikuttavat vanhemmuuteen kasvamisessa, tulee terveydenhoitajan laaja-alaisesti yhdessä perheen kanssa arvioida perheen tilanne neuvolassa (Lindholm 2007, 33).

Raskauden alettua on tärkeää ymmärtää mitä lapsettomuuteen liittyviä tunteita ja kokemuksia pari on joutunut käymään läpi, jotta ne eivät vaikuttaisi lapsen ja van-

hemman väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Tämän vuoksi tunteita olisi hyvä käsitellä jo etukäteen ja tukea mahdolliseen vanhemmuuteen kasvamisessa jo hoitojen aikana. (Toivanen ym. 2004, 4115.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää eroja miesten ja naisten suhtautumisessa lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin sekä sitä, miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen. Tavoitteena on terveydenhoitajien lapsettomuustietouden lisääminen ja lapsettomuuden kokemuksen ymmärtäminen.

Haastatteleamalla lapsettomia ja keräämällä tietoa lapsettomuudesta opitaan paremmin ymmärtämään lapsettomuutta kokemuksena ja sen kautta kehittämään omaa ammattitaitoa tulevana terveydenhoitajina. Lapsettomuudesta kärsivien tunteista on helpompi keskustella ja heitä on helpompi tukea, kun lapsettomuudesta on tarpeeksi tietoa.

Tutkimuskysymykset:

- Miten lapsettomuus koetaan?
- Miten lapsettomuushoitoihin suhtaudutaan?
- Mitä eroja on miesten ja naisten lapsettomuuden kokemisessa?
- Miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksessa pyrittiin ymmärtämään lapsettomuuden kokemusta. Kvalitatiivista tutkimusta käytettiin tutkimusalueen kuvaamiseen uuden näkökulman saamiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50.)

Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin haastattelu, koska haluttiin kuulla lapsettomien henkilökohtaisia ajatuksia ja kokemuksia. Haastattelemalla tutkimukseen osallistujia saatiin monipuolisia vastauksia lapsettomuudesta ja pystyttiin syventämään saatua tietoa. Henkilökohtaisissa haastattelutilanteissa pystyttiin keskustelemaan vaikeista ja aroistakin aiheista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 99.) Lapsettomuuden kokemus on jokaiselle niin yksityinen, että haastattelun avulla saatiin parhaiten tietoa lapsettomuuteen suhtautumisesta ja sen herättämistä tunteista.

Haastattelun tyyppinä teemahaastattelu osoittautui parhaaksi valinnaksi joustavuutensa vuoksi (Tuomi & Sarajärvi 2008, 73). Teemahaastattelu on avoimen ja strukturoidun haastattelun välimuoto, jota kutsutaan myös puolistrukturoiduksi. Siinä kysymysten esittämisjärjestystä ja muotoilua pystyttiin muuttamaan tilanteen mukaan haastattelun edetessä. Teemahaastattelussa korostuivat haastateltavien antamat tulkinnot lapsettomuuden eri merkityksille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95–99.)

Haastatteluteemojen suunnittelu oli tärkeää haastattelurunkoa (Liite 2) rakennettaessa. Haastattelurunko pohjautui tutkimuskysymyksiin ja aiemmin kirjoitettuun teoriaan, joiden perusteella muodostettiin teema-alueita. Haastattelurunkoa käytettiin apuna haastattelutilanteissa. Haastattelujen aikana teema-alueet tarkennettiin kysymyksillä. Haastattelulomake testattiin esihaastattelun avulla ennen varsinaisia haastatteluita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 66–67, 72.)

Haastatteluun valittiin kaksi tahattomasti lapsetonta pariskuntaa; kaksi miestä ja kaksi naista, jotka haastateltiin yksittäin. Tavoitteena oli saada haastateltaviksi vuoden lapsettomuushoidoissa käyneitä lapsettomuudesta kärsiviä. Haastateltavia haettiin lapsettomien yhdistys Simpukka ry:tä apuna käyttäen. Haastattelut toteu-

tettiin haastateltavien kotona heidän oman toiveensa mukaan. Koska aihe oli henkilökohtainen ja intiimi, haastattelurunko lähetettiin etukäteen haastateltavien tiedoksi. Haastateltavilta pyydettiin lupa (Liite 1) haastattelujen nauhoittamiseen sekä saadun materiaalin käyttämiseen tässä tutkimuksessa. Molemmat haastattelijat olivat mukana kaikissa haastattelutilanteissa. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin, ja ne toteutettiin kahtena eri päivänä. Haastatellut parit eivät tunteneet toisiaan ja he asuivat eri kaupungeissa.

Aineiston analysointi aloitettiin haastattelunauhojen litteroinnilla eli aukikirjoittamisella. Sisällönanalyysi tehtiin deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132, 135.) Aineisto pelkistettiin korostamalla tutkimuskysymyksiä parhaiten vastaavia sanoja ja lauseita. Ennen analysoinnin aloittamista rakennettiin analyysirunko, joka perustui aikaisempaan teoriaan. Analyysirungon sisälle muodostettiin erilaisia kategorioita saadun aineiston perusteella. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 113–117.) Luokittelu tehtiin jokaisen tutkimuskysymyksen osalta erikseen. Analysoinnin havainnollistamiseksi liitteenä on analyysirunko yhden tutkimuskysymyksen sisällöstä (Liite 3).

Tulosten kirjaaminen tehtiin tutkimuskysymys kerrallaan. Sisällönanalyysissä yhdisteltiin käsitteitä ja ilmauksia teorial tietoa apuna käyttäen ja näin saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tulosten yhteyteen liitettiin kysymyksiä parhaiten vastaavia alkuperäisilmauksia selventämään tuloksia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 149–150.)

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Taustatiedot. Haastatteluihin osallistui kaksi lapsettomuudesta kärsivää pariskuntaa, joiden lapsettomuus oli kestänyt yli vuoden ajan. Haastateltavat olivat iältään 26–33-vuotiaita. Toinen pareista oli käynyt lapsettomuushoidoissa ja toisilla hoitojen aloittamista oli suunniteltu. Lapsettomuushoidoissa käyneelle parille oli tehty tuloksettomia inseminaatioita ja oltiin siirtymässä koeputkihedelmöityshoitoihin. Toisella parilla oli taustalla toistuvia keskenmenoja ja uuden mahdollisen raskauden tueksi oltiin suunnittelemassa hormonihoitoja. Lapsettomuuden syy ei ollut varmistunut kummallekaan pareista, vaikka taustalla oli endometrioosia ja ongelmia siittiöiden liikkuvuudessa. Molempien parien elämäntavat olivat terveelliset, he harrastivat liikuntaa eivätkä he tupakoineet. Lapsia ei kummallakaan parilla ollut.

7.1 Miten lapsettomuus koetaan?

Psyykkiset kokemukset. Lapsettomuus herättää erilaisia tunteita ja tunteiden vaihteluita. Parien kuvailemia lapsettomuuden aiheuttamia tunteita olivat suru, viha, pettymys, pelko, tuska, epäonnistuminen, kateus ja katkeruus. Kuukautisten poisjääntiä odotettiin toiveikkaana ja niiden alkaminen vei elämältä hetkellisesti pohjan. Välillä tuli päiviä, jolloin tuntui, ettei voi selvitä, mutta aina lapsettomuus ei ollut mielessä. Itsensä kovettamista lapsettomuuden aiheuttamilta tunteilta pidettiin selviytymiskeinona. Toisen parin toistuvat keskenmenot aiheuttivat pelkoa ja epävarmuutta mahdollisiin tuleviin raskauksiin.

”...lapsettomuus vaikuttaa tosi vahvasti elämään. En kyllä toivo tätä kenellekään. Ja sit ku on huono päivä, niin toivoo tätä kaikille kavereille, että ymmärtäis jotain mitä mä käyn läpi.”

”...jos me ei oikeesti saada lapsia niin kuka istuu meidän sängyn vieressä, kun me tehdään kuolemaa? Ei kukaan. Et yksinkö sitä sit kuolaan?”

Lapsettomuus herätti pareissa paljon kysymyksiä. Mikä meissä on vialla? Miksi emme onnistu? Onko elintavoissamme vikaa? Onko ehkäisypillereiden käytöllä vaikutusta lapsettomuuteemme? Oli vaikea hyväksyä, että lapsettomuus osuu juuri

omalle kohdalle. Kun elämässä muu oli sujunut suunnitelmien mukaan ja oli saavuttanut haluamansa asiat, on lapsettomuuden hyväksyminen ollut vaikeaa. Parit kertoivat, että lapsettomuudesta on tullut keskeinen asia elämään ja se vaikuttaa kaikille elämän osa-alueille.

”...epäonnistuu semmosessa asiassa mikä on maailman luonnollisin asia. Ja siitä tulee mulle maailman vaikein asia. Et sen hyväksyminen on ollut hyvin vaikeeta.”

Harrastusten avulla pyrittiin saamaan elämään muuta sisältöä ja hakemaan voimaa surun keskellä jaksamiseen. Mielekkään tekemisen myötä ajatukset saatiin kääntymään hetkeksi pois lapsettomuudesta. Harrastuksista etenkin liikuntaa pidettiin tärkeänä voimavarana ja fyysisen hyvinvoinnin edistäjänä.

”...ku käy yhes tekees jotain tai liikkumassa, niin saa ajatukset pois mielestä. Se helpottaa ja on sellanen tukitoimi tavallaan.”

Lapsettomuuden vaikutus ihmissuhteisiin. Lapsettomuus vaikutti voimakkaasti ihmissuhteisiin. Suhde omaan perheeseen pysyi lähes ennallaan, mutta ystävyys-suhteita lapsettomuus muutti. Etenkin suhteet lapsiperheisiin etäännyivät. Sosiaalista eristäytymistä tapahtui kummallakin parilla ja etenkin naiset kokivat jääneensä ulkopuolisiksi. Naiset kokivat kateutta ja katkeruutta niitä naisia kohtaan, jotka onnistuivat saamaan lapsia. Etenkin keskenmenoja saaneelle naiselle oli raskasta nähdä raskaana olevia. Läheisten lapset aiheuttivat ristiriitaisia tunteita; onnelli-suutta toisen puolesta, mutta toisaalta pahaa oloa omasta epäonnistumisesta.

”...ruvennut välttämään semmosii kavereita tietoisesti, kenellä on lapsia.”

”Tuli sulkeutuneisuus kun piti mennä jonnekin... missä oli pieniä lapsia. Sit sä ootkin hyvin ulkopuolinen niissä tilanteissa.”

”Sit tippu sosiaaliseen tyhjiöön. Tippu jonnekin mis ei ollut kukaan muu ku minä ite.”

Molemmat parit olivat alkuvaiheen jälkeen kertoneet lapsettomuudestaan avoimesti perheelle ja ystäville. Avoimesti kertominen koettiin helpottavana, vaikka toisaalta se aiheutti pettymyksiä ja välinpitämätöntä kohtelua. Etenkin naiset toivat

esiin loukkaavana naimisiinmenon jälkeisen utelun mahdollisesta perheenisäyksestä. Avoimuuden koettiin kuitenkin vähentävän loukkaavia kommentteja ja uteluita. Välillä saattoi olla helpompaa teeskennellä, ettei halukaan lapsia. Lapsettomuussurun herkistämänä monet sanomiset ja sanomatta jättämiset tuntuivat pareista suuremmilta, kuin ne jälkikäteen ajateltuina olivatkaan. Lähipiiriltä saadun tuen koettiin auttavan jaksamisessa. Lapsettomuudesta ääneen puhuminen helpotti ja läheisten huolenpito koettiin välittämisenä. Samaa kokeneiden ymmärrys ja ajatusten jakaminen yhdessä koettiin tärkeänä. Tutkimuksessa nousi esiin myös isovanhemmuuden merkitys. Lapsettomien parien vanhemmat ovat joutuneet vastaamaan heille epämukaviin uteluihin.

”...rankasti ottaa päähän välillä ihmisten ymmärtämättömyys.”

”...hämmästyä ihmisten empatiakyvyttömyyttä...”

Vanhemmuuden kokemisen kaipuu. Parit kokivat suvun jatkamisen tärkeänä. Etenkin miehille biologisen lapsen saaminen oli tärkeää, mutta hekin olivat avoimia muille vaihtoehdoille. Lapsen saamisessa epäonnistuminen aiheutti huonommuudentunnetta. Mielenkiinto opiskelua ja työntekoa kohtaan pieneni, kun joutui väkisin olemaan tilanteessa, jossa ei halunnut olla. Parit kaipasivat elämäänsä muu-
tosta ja halusivat päästä kokemaan lapsiperheen arkea.

”...itelle ois ainakin tärkeempi, että olis itsestä tullut se jälkeläinen, et ois omaa sukua, lihaa ja verta.”

”...kuvittelee olevansa valmis vanhemmuuteen ja haluaa vanhemmaksi, mutta sit sitä ei kuitenkaan pysty saavuttamaan.”

”...tuntee itensä tosi huonoksi ihmiseksi, kun ei osaa täyttää sitä ns. naisen tehtävää.”

”Kun tietää mitä arvostaa; arvostaa perhettä ja läheisiä, ja sit joutuu oleen tua työn oravanpyörässä.”

7.2 Miten lapsettomuushoitoihin suhtaudutaan?

Parien suhtautuminen lapsettomuushoitoihin. Lapsettomuushoitojen aloittaminen koettiin vaikeana. Niihin hakeutuessa oli myönnettävä itselleen, ettei lapsen saaminen onnistu luonnollisesti, vaan tarvitaan lääketieteen apua. Lapsettomuushoitoja pidettiin kuitenkin hyvänä mahdollisuutena saada oma lapsi ja päällimmäinen ajatus niistä oli positiivinen. Koeputkihedelmöitys- eli IVF-hoitoon luotettiin enemmän kuin inseminaatioon tai hormonihoitoihin. Välillä koettiin helpompana suojella itseään uskomalla epäonnistumiseen, ettei pettymys tuntuisi niin suurelta. Päätös hoitojen lopettamisesta on vaikea, mutta toinen pareista oli päättänyt lopettaa hoidot tietyn ajan kuluttua. Hoitojen epäonnistuessa myös adoptiota ja sijaisvanhemmuutta pidettiin vaihtoehtona.

”...vois olla asiat vielä tosi paljon huonommin, et ei tää nyt vielä oo mikään maailmanlopun asia...”

Läheisten suhtautuminen lapsettomuushoitoihin. Lähipiiriltä saatu tuki on tärkeää ja molempien perheet suhtautuivat lapsettomuushoitoihin positiivisesti. Parit kuitenkin kokivat, että kaikki läheiset eivät täysin ymmärtäneet sitä, miten pitkä ja monimutkainen matka on raskauden alkamiseen ja lapsen saamiseen. Läheisten tietämys lapsettomuudesta ja hoidoista koettiin puutteellisena eikä heillä ollut riittävästi uskallusta keskustella hoidoista. Parit toivoivatkin ihmisiltä avoimempaa suhtautumista ja ymmärrystä lapsettomuuteen. Vanhemmat olivat valmiita tukemaan pareja rahallisesti. Lapsettomuushoitojen edetessä rahalla ei ollut niin suurta merkitystä. Kuitenkin tilannetta, jossa maksettiin ensin kalliit lääkkeet ja kärsittiin sivuvaikutukset eikä suunniteltu toimenpide onnistunutkaan poliklinikoiden rajallisten aukiolojen vuoksi, pidettiin epärealistisena.

Hoitohenkilökunnan suhtautuminen hoitoja saaviin pareihin. Parit kokivat hoitajilta saadun tuen riittävänä. Hoitajat huolehtivat hyvin myös henkisestä jaksamisesta hoitojen ohella. Lääkäreiltä toivottiin inhimillisyyttä ja kykyä nähdä lapsettoman tilanne kokonaisvaltaisena. Mielessä olleet kysymykset unohtuivat vastaanotolla helposti jännityksen ja kiireen vuoksi. Keskusteluapu on tärkeä tukimuoto hoitavalta henkilökunnalta ja sitä toivottiin tarjottavan enemmänkin. Hoitohenkilökunnan tukea ei tarvittu, jos vertaistukea oli riittävästi saatavilla.

”...hoitajan aito läsnäolo olis tärkein.”

”Ne (sairaanhoitajat) on ollut kiinnostuneita siitä päänsisäisestä huolehtimisesta, siitä miten henkisesti jaksaa.”

Parien suhtautuminen hoitojen fyysisiin vaikutuksiin. Lapsettomuushoitojen koettiin säätelevän elämää melko paljon. Kuukautiskierron merkitseminen, päivien laskeminen ja päivittäisten lääkkeiden muistaminen olivat rasite etenkin naisille. Työajat ja muut menot piti järjestää sopimaan poliklinikoiden aukioloaikojen mukaan.

”...täytyy joka päivä muistaa ottaa lääkkeet ja laskee päivien kierron se ja se päivä alotetaan tää ja se ja se päivä tää.”

”...mulle syötetään niitä lääkkeitä ja se (ovulaatio) ei sit vaan tuu.”

Lapsettomuushoidot aiheuttivat pelkoa ja jännitystä. Hoidoissa pelättiin sivuvaikutuksia, mahdollisia komplikaatioita ja kipuja. Tulevien hoitojen jälkeen pelättiin kuukautisten alkamista ja sen aiheuttamaa romahdusta. Aiempien kokemusten perusteella osattiin varautua tulevaan kuukautisten alkamisen jälkeiseen tunteiden purkaukseen.

”Sitä tietysti pelkää puolison terveyden puolesta.”

”...kärsin ne sivuvaikutukset ja käytän ne lääkkeet ja käyn tätä asiaa henkisesti läpi.”

7.3 Mitä eroja on miesten ja naisten lapsettomuuden kokemisessa?

Niin miehet kuin naisetkin tunnistivat eroja toisen sukupuolen tavoissa käsitellä lapsettomuutta. Naiset kävivät lapsettomuuteen liittyviä asioita miehiä avoimemmin läpi. He myös miettivät enemmän ja etsivät tietoa esimerkiksi Internetistä. Naiset arvelivat suhtautuvansa miehiä myönteisemmin sijaisvanhemmuuteen, adoptioon ja muihin vaihtoehtoihin ratkaisuihin. Asennoituminen läheisten lastensaamiseen oli miesten ja naisten välillä hieman erilaista. Naisten oli miehiä vaikeampaa kohdata lapsiperheitä ja olla onnellisia lapsia saaneiden ystävien puolesta.

Naiset kokivat helpottavana puhua myös muille, ettei puoliso rasittuisi liikaa. Naiset olivat halukkaampia ja innokkaampia hakeutumaan tarvittaessa vertaistuen pariin. Naiset arvelivat itkevänsä miehiä enemmän.

Miehet pitivät ammattilaisilta saatua informaatiota riittävänä, eikä lisätiedon etsiminen ollut yhtä tärkeää kuin naisille. Miehet tunnistivat naisissa hetkellisiä toivon menettämisen tunteita ja yrittivät parhaansa mukaan tukea naisia tässä. He pitivätkin tärkeänä roolinaan tukijana olemista, sillä lapsettomuudessa naiset joutuvat fyysisemmin kosketuksiin lääkkeiden ja hoitotoimenpiteiden kanssa. Miehet kokivat saavansa riittävästi tukea myös puolisoltaan tarvittaessa. Miehet pitivät tunteensa ja ajatuksensa naisia enemmän piilossa ja naiset joutuivatkin välillä pyytämään miehiä puhumaan enemmän.

”...et sä voi ottaa niitä piikkejä toisen puolesta, et sä voi kantaa sitä fyysistä taakkaa...”

”Jaksaa siin kärsivällisesti istuu ja odottaa, et koska se itku niinku loppuu.”

”...oppinu ymmärtämään, että kyl toi toinenki sitte suree kuitenkin vaikkei välttämättä näytä sitä silleen.”

7.4 Miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen?

Myönteiset vaikutukset parisuhteeseen. Molempia pareja yhteinen ongelma lähensi. Puolison tuki koettiin tärkeäksi. Keskusteleminen oli parien mielestä hyvä parisuhdetta vahvistava tekijä lapsettomuuden aikana. Puolisolle puhuminen oli helpottavaa, sillä parit kokivat, että puoliso on se, joka asian kaikkein parhaiten ymmärtää. Aito läsnäolo, hemmottelu, halaaminen ja kyynelten kuivaaminen olivat parisuhdetta tukevia asioita, joita puolisolta saatiin ja joiden voimalla jaksoi eteenpäin. Erilaisten asioiden tekeminen yhdessä, esimerkiksi lukeminen, koettiin parisuhteen voimavarana. Miehen mukanaolo hoidoissa oli tärkeä asia, joka lisäsi tunnetta yhteisestä tavoitteesta. Parisuhde oli molemmille tärkeä ja siitä haluttiin pitää kiinni, vaikka lasta ei yhdessä saataisikaan.

”...vaikuttanut yhdistävästi ja tekee meistä selvästi tiiviimmän paketin.”

"No hirveesti ainakin ollaan puhuttu, varmaan enemmän kun ennen, et silleen käydään näitä asioita puhumalla läpi."

"Lainattiin kirjoja... ja niitä luettiin ja juteltiin asioista."

Kielteiset vaikutukset parisuhteeseen. Parit myönsivät lapsettomuuden olevan parisuhteelle kova paikka. Lapsettomuus koettiin yhteisenä selviämistaisteluna surun keskellä. Pahimman surun keskellä toista puolisoa saatettiin jopa kehottaa hakeutumaan uuteen seurustelusuhteeseen, jotta edes toinen voisi saada lapsen. Ikä vähentää hedelmällisyyttä, minkä koettiin aiheuttavan lisäpainetta.

"Oon alkanu kiinnittää huomioon siihen et antais toisellekin tilaa puhua ja muistais kysyä."

Vaikutus sukupuolielämään. Lapsettomuus vaikutti parien sukupuolielämään. Alkuvaiheessa lasta yritettiin tehdä aktiivisemmin, jolloin yhdyntöjä oli useammin, mutta seksissä koettiin olevan vähemmän tunnetta ja intohimoa. Ovulaatiotestejä käytettiin apuna hedelmällisen ajankohdan löytämiseksi. Seksin ei koettu olevan yrittämisvaiheen aikana niin spontaania ja vapautunutta, sillä lapsen tekeminen oli usein mielessä. Parit olivat kuitenkin tyytyväisiä sukupuolielämäänsä.

Raskauden alkuunsaamisen yrittämisen koettiin vähentäneen yhdyntöjen määrää ja sukupuolielämän muuttuneen enemmän keskusteluksi. Seksielämän koettiin parantuneen, kun lapsen tekeminen oli siirretty lääkäreiden tehtäväksi. Seksi koettiin tämän vuoksi vapautuneemmaksi, kun ei ollut pakko yrittää tehdä lasta juuri tiettyinä aikoina.

"Välillä tuntuu, että aika tavalla semmosta suorittamista, että nyt olis se aika kuukaudesta, että nyt olis aika yrittää niitä lapsia."

"Siit tulee semmosta pakkopullamaista, et sä yrität olla innostunu vaikka sä et oo."

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää eroja miesten ja naisten suhtautumisessa lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin sekä sitä, miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen. Tavoitteena oli terveydenhoitajien lapsettomuustietouden lisääminen ja lapsettomuuden kokemuksen ymmärtäminen. Tulevana terveydenhoitajana on helpompi kohdata lapsettomia pareja ja osata huomioida kokonaisvaltaisesti lapsettoman elämäntilanne, kun on perehtynyt aiheeseen.

Lapsettomuus herättää vaihtelevia tunteita. Tunteet vaihtelevat toivon ja epätoivon välillä aiheuttaen tuskaa ja epäonnistumisen kokemista. Lapsettomuus on jokaiselle henkilökohtainen kokemus ja jokainen käsittelee lapsettomuutta ja sen aiheuttamia tunteita yksilöllisesti. Opinnäytetyön tulosten mukaan lapsettomuus vaikutti elämään vahvasti herättäen erilaisia tunteita ja tunteiden vaihteluita, kuten surua, vihaa, toivoa, kateutta, katkeruutta ja pelkoa. Kuukautisten poisjääntiä odotettiin toiveikkaana ja niiden alkaminen vei elämältä hetkellisesti pohjan. Huhtala (2003, 25) kuvaa tunteiden vaihteluita kuukautiskierron ja hoitojen aikana, kun uusi toive lapsen saannista herää kuukausittain.

Vanhemmuuden merkitys korostuu, kun lasta ei saadakaan. Opinnäytetyön tulosten mukaan lapsen saamista pidettiin itsestäänselvyytenä eikä sen tuomaan pettymyksen tunteeseen osattu varautua. Kun elämässä muu oli sujunut suunnitelmien mukaan, lapsettomuuden hyväksyminen oli vaikeaa. Saario (2010, 5-7) on kuvannut tunteita lapsettomuuden hyväksymisestä ja elämän hallittavuudesta. Harva pari on keskustellut mahdollisuudesta, että lasta ei saadakaan. Opinnäytetyötulosten mukaan etenkin miehille oli tärkeää saada biologisia lapsia. Tätä tulosta tukee Toivasen ym. (2004, 4116) kuvaus siitä, että miesten maskuliinisuutta vahvistaa kyky suvun jatkamiseen. Samassa tutkimuksessa tuodaan esiin äitiyden ja isyyden merkitys osana elämää. Opinnäytetyötulosten mukaan lapsen saaminen toisi elämään toivottua muutosta kohti lapsiperheen arkea.

Lapsettomuus vaikuttaa ihmissuhteisiin. Opinnäytetyön tulosten mukaan lapsettomuuden vaikutukset ihmissuhteisiin olivat vaihtelevia. Läheisten lasten näkeminen aiheutti ristiriitaisia tunteita ja muutti ystävyssuhteita. Saarion (2010, 15) ja Tulpalan (2007, 29) mukaan lapsiperheiden kohtaaminen voi olla lapsettomille hanka-

laa. Opinnäytetyön tulosten mukaan miehet eivät kokeneet lapsiperheiden kohtaamista yhtä ongelmallisena. Tätä tulosta tukevaa teorial tietoa ei opinnäytetyötä tehdessä tullut esiin.

Lapsettomuushoidot koetaan psyykkisesti raskaina. Opinnäytetyön tulosten mukaan lapsettomuushoidojen aloittaminen koettiin vaikeaksi, sillä oli myönnettävä, ettei lapsen saaminen onnistu ilman lääketieteen apua. Suhtautuminen hoitoihin oli pääasiassa myönteistä. Lapsettomuushoidot säätelivät elämää ja aiheuttivat pelkoa tulevista toimenpiteistä. Toivasen ym. (2004, 4115–4117) mukaan lapsettomuushoidot ovat vaativia niin henkisesti kuin fyysisestikin ja hoitotapahtumien pelätään olevan ahdistavia, väkivaltaisia ja tunkeutuvia. Päätös hoitojen lopettamisesta on usein vaikea tehdä.

Lapsettomat tarvitsevat tukea lapsettomuuden käsittelyyn. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajilta saatu tuki koettiin riittäväksi, mutta keskusteluapua olisi kaivattu enemmän. Huhtalan (2003, 12) tutkimuksen mukaan lapsettomuushoitoja saavat parit eivät saa riittävästi tarvitsemaansa psyykkistä tukea. Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitohenkilökunnan tukea ei tarvittu yhtä paljon, kun vertaistukea oli saatavilla ja omia voimavaroja osattiin hyödyntää. Saario (2010, 23) painottaa vertaistuen merkitystä kriisistä selviämisessä.

Miesten ja naisten lapsettomuuteen liittyvät tunteet ovat samansuuntaisia, mutta käsittelytavoissa on eroja. Opinnäytetyötulosten mukaan naiset itkivät enemmän ja käsittelivät tunteitaan miehiä avoimemmin. Naiset hakevat enemmän tietoa lapsettomuuteen liittyen ja ovat avoimempia vaihtoehtoisille ratkaisuille, kuten adoptiolle. Cousineau ja Domarin (2007, 304) mukaan miehet ottavat helposti tukijan roolin, kuten myös opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi. Salzerin (1994, 58–59) mukaan naisten ja miesten kokemissa tunteissa ei ole juurikaan eroa, vaan siinä miten he tuovat tunteensa esiin ja selviytyvät lapsettomuuden aiheuttamasta kokemuksesta. Miesten on usein naisia vaikeampaa ilmaista tunteitaan eivätkä he kykene puhumaan niistä toisten kanssa.

Lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen. Opinnäytetyön tuloksien mukaan lapsettomuus vaikutti parisuhteeseen pääasiassa myönteisesti. Lapsettomuus toi haastavuutta suhteeseen, mutta yhteisenä ongelmana se lähensi parisuhdetta. Lapset-

tomuus ei Toivasen ym. (2007, 4117) mukaan aina yhdistä pareja, vaan voi aiheuttaa suhteeseen isoja ongelmia, jolloin ero voi olla mahdollinen vaihtoehto. Tulpalan (2011, 18) mukaan vaikeista asioista on opeteltava puhumaan, mikä oli opinnäytetyön tulosten mukaan parisuhdetta vahvistava tekijä lapsettomuuden kriisissä. Tutkimustulosten mukaan lapsettomuus vaikuttaa sukupuolielämään. Kuten Toivanen (2004, 4118) osoittaa, seksin muuttuessa suorittamiseksi ja aika- taulutetuksi, seksuaaliset tunteet luonnollisesti vähenevät. Seksielämään oltiin opinnäytetyön tulosten mukaan kuitenkin tyytyväisiä muuttuneesta tilanteesta huolimatta.

Lasten saamista ei tule pitää itsestäänselvyytenä. Hedelmällisessä iässä olevien kanssa tulisi keskustella perhesuunnitelmista, jolloin terveydenhoitaja voisi tuoda esiin hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Terveydenhoitajan tulisi osata tuoda esiin lapsettomuuteen vaikuttavia tekijöitä esimerkiksi tupakointiin, painonhallintaan ja stressiin liittyen.

Terveydenhoitajan tulisi tukea lapsetonta paria kokonaisvaltaisesti. Lapsetonta paria olisi tuettava hoitoja aloitettaessa, niiden aikana ja lopettamispäätöstä tehdessä sekä silloin, kun pari päättää, ettei aloita hoitoja lainkaan. Lapsettomuushoitoja saavien parien kanssa tulisi keskustella heidän peloistaan ja odotuksistaan hoitojen suhteen. Terveydenhoitaja voisi lapsettoman kanssa keskustellessaan auttaa löytämään omia voimavaroja ja antaa keinoja niiden hyödyntämiseen. Riittävän tuen saamiseksi terveydenhoitajan tulisi osata tarjota keskusteluapua vastaanotolla käyville lapsettomille pareille tai ohjata heidät tuen piiriin. Terveydenhoitajan olisi hyvä kannustaa miehiä kertomaan tunteistaan avoimemmin joko terveydenhoitajalle tai puolisolle, jotta myös miehen ajatukset ja tunteet tulisi huomioitua paremmin. Parisuhde ja sukupuolielämä olisi hyvä ottaa puheeksi lapsettomuudesta kärsivän parin kanssa.

Jatkotutkimusehdotukset. Jatkotutkimuksena voitaisiin tutkia lapsettomiksi jääviä pareja siinä iässä, jossa ollaan saamassa lapsenlapsia. Miten lapsenlapsettomuus vaikuttaa elämään ja miten siitä selvitään? Jatkossa voitaisiin tutkia myös sitä, miten lapsettomuus vaikuttaa elämäntilanteessa, jossa kumppania ei ole löytynyt.

8.1 Opinnäytetyön prosessin pohdintaa

Opinnäytetyön aihetta mietittiin pitkään. Aiheeksi päädyttiin valitsemaan lapsettomuus, sillä se kiinnosti uutena aiheena. Lapsettomuuden tutkiminen on Suomessa ollut vähäistä, mutta lisääntynyt viime aikoina. Lapsettomien parien omia kokemuksia haluttiin kuulla, jotta terveydenhoitajina työskenneltäessä osattaisiin tukea heitä mahdollisimman hyvin.

Suunnitelmavaiheen alussa katsottiin Hiljaa toivotut -dokumentti, joka kertoo kauan nistelematta lapsettomien parien arjesta ja henkisestä jaksamisesta. Dokumentin näkeminen auttoi haastateltavien kohtaamisessa ja keskustelemaan lapsettomuudesta luontevammin. Kirjallisuuteen ja tutkimuksiin tutustuminen vei prosessin alussa paljon aikaa, mutta hyvä perehtyminen tuotti tuloksia. Englanninkielistä materiaalia oli hyvin saatavilla, mutta sen ymmärtäminen oli haasteellista.

Haastateltavien etsimiseen saatiin apua Simpukka ry:ltä, josta saatiin myös materiaalia teorian kirjoittamiseen. Hyvin tehty opinnäytetyön suunnitelma helpotti työn tekemistä huomattavasti. Tutkimuskysymykset mietittiin valmiin teorian pohjalta. Haastatteluiden tekemiseen lisäjännitystä toi kokemattomuus haastatteluiden tekemisessä. Haastateltavat saivat valita itselleen mieluisat haastattelupaikat, jolloin haastattelusta tuli mahdollisimman mieluinen ja luottamusta herättävä tilanne. Haastateltavilta saatiin hyviä ja monipuolisia vastauksia, koska haastateltavat uskalsivat kertoa avoimesti tilanteestaan. Tutkimusmateriaali jäi pienen otoksen vuoksi suppeaksi, mutta saatu materiaali oli laadukasta.

Aukikirjoittaminen tehtiin pian haastatteluiden jälkeen, jolloin haastattelutilanne oli vielä hyvin mielessä. Luokittelu oli yksi haastavimmista vaiheista koko prosessista, sillä luokittelu oli uusi menetelmä aineistoon perehtymisessä. Tulosten analysointi osoittautui mielenkiintoisimmaksi vaiheeksi opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön teoriatieto ja tulokset kohtasivat lapsettomuuden kokemisessa melko hyvin pienestä otoksesta huolimatta. Yhteistyö sujui ongelmitta, sillä toisen työskentelytavat olivat tuttuja. Yhteinen tavoite ja korkea motivaatio lisäsivät hyvän työn tekemiseen vaadittavaa pitkäjänteisyyttä. Opinnäytetyötä tehdessä opittiin lapsettomuustietouden lisäksi kohtaamaan surua ja keskustelemaan vaikeista asioista.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä toimittiin eettisesti ja jo aiheen valinta oli eettinen ratkaisu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Aito kiinnostus tutkittavaan aiheeseen lisäsi työn eettisyyttä. Tutkimusta tehdessä haastateltavien ihmisarvoa kunnioitettiin ja salassapitovelvollisuutta noudatettiin. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173, 184.) Ennen varsinaista haastattelua haastattelurunko testattiin esihaastattelun avulla, mikä lisäsi luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72). Esihaastattelun jälkeen haastattelurunkoon tehtiin pieniä tarkennuksia ja esittämisyjärjestystä muutettiin.

Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikutti aineiston laatu (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185). Haastattelurungon sisältö vastasi tutkimuskysymyksiä eikä haastateltavien antamia vastauksia muutettu tai kaunisteltu, sillä tarkoituksena oli tehdä luotettava tutkimus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Haastattelun luotettavuutta heikensivät haastattelijoiden mahdolliset virhetulkinnat. Haastateltaessa pyrittiin välttämään virheiden syntymistä. Luotettavuutta lisäsi haastatteluun käytetty aika ja rauhallinen haastatteluympäristö. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 206–207, 231–232.) Luotettavuutta heikensi pieni otos, sillä haastatteluihin ei yrityksistä huolimatta ilmoittautunut muita pareja. Lisäksi toisella parilla oli taustalla keskenmenoja, mikä lisäsi haastateltavien antamien vastausten eroja ja lisäsi haasteita haastattelijoille. Haastatteluihin ei tavoitteesta poiketen saatu kahta vuoden lapsettomuushoidoissa käynyttä paria, mikä osaltaan heikentää luotettavuutta.

Rehelliset toimintatavat ja vilpin välttäminen olivat luotettavan ja eettisen toiminnan edellytyksiä. Opinnäytetyötä tehdessä ei käytetty plagiointia, vaan lähteet merkittiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun kirjallisten töiden ohjeiden mukaisesti mahdollisimman huolellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172–173, 182).

Tulokset vastasivat tutkimuskysymyksiin, mikä osoitti opinnäytetyön luotettavuutta. Analysoinnin luotettavuutta lisäsi kategorioiden loogisuus, monipuolinen materiaali, johtopäätösten ja tulosten perustelu ja niiden kokoaminen koko aineistosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160,162.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää eroja miesten ja naisten suhtautumisessa lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin sekä sitä, miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen. Haastattelumateriaali vastasi opinnäytetyön tarkoitusta, mikä tarkoittaa validiteetin onnistumista. Ulkoisen validiteetin voidaan todeta toteutuneen, sillä tutkimustulokset voidaan yleistää koskemaan myös tutkimuksen ulkopuolista perusjoukkoa teorian tiedon perusteella. Tulosten pysyvyyteen viittaa reliabiliteetti, jonka ei tässä tutkimuksessa voida todeta toteutuneen pienen otoksen vuoksi. Mikäli haastattelut toteutettaisiin uudelleen yhtä pienellä otoksella, voisivat vastaukset olla hyvin poikkeavia tämän tutkimuksen tulosten kanssa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

LÄHTEET

- A 6.4.2011/338. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.
- Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 31.1.2012]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97614.pdf>
- Cousineau, T. & Domar, A. 2007. Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 21 (2), 293–308.
- Gissler, M. & Heino, A. 2009. Hedelmöityshoidot 2007–2008. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 31.10.2012]. Saatavana: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr04_09.pdf
- Haarala, P. & Mellin, O-K. 2008. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa: P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita, 42–61.
- Haarala, P. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Teoksessa: P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita, 28–40.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, H. 2008. Lasta odottava ja alle kouluikäisen lapsen perhe terveydenhoitajan asiakkaana. Teoksessa: P. Haarala, H. Honkanen, O-K. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita, 274–338.
- Huhtala, T. 2003. Lapsettomuus: toivon ja epätoivon vuoristorata. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro Gradu- tutkielma. Julkaisematon.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.
- Imeson, M. & McMurray, A. 1996. Couples' experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 24 (5), 1014–1022.

- Johansson, M. & Berg, M. 2005. Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19 (1), 58–63.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kerr, J., Brown, C. & Balen, A. 1999. The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: result of a survey performed in 1997. *Human Reproduction* 14 (4), 193–938.
- Ketonen, K. 2006. Lapsettomuus. Teoksessa: U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä (toim.) *Kätilötyö*. Helsinki: Edita, 613–621.
- Koivunen, R. & Morin-Papunen, L. 2002. Insuliiniresistenssi ja hedelmättömyys. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 31.1.2012]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92829.pdf>
- Koskimies, A. I. 2004. Hedelmällinen rakkaus: toiveena lapsi. Helsinki: Tammi.
- Koskimies, A. I. 2000. Miehen hedelmättömyys. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 31.1.2012]. Saatavana: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo91751.pdf>
- Kyrönlähti, E., Loppela, K., Lauhanen, R. & Lähdesmäki, L. 2011. Maatalousyrittäjien jaksaminen ja pidempään työssä jatkaminen: tarkennettu suunnitelma. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- L 30.12.2010/1326. Terveystenhuoltolaki.
- L 22.12.2006/1237. Laki hedelmöityshoidoista.
- Lindholm, M. 2007. Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa: A. Armanto & P. Koistinen (toim.) *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, 33–38.
- Lähdetie, J. & Horelli-Kuitunen N. 2001. Alkiodiagnostiikka. Helsinki: Duodecim 117 (22), 2257–2263.
- Rawlings, D. 2010. Kyllä, miehetkin haluavat lapsia! Suomentaja Anna-Maria Syrjämäki. Teoksessa: *Mies ja lapsettomuus*. Tampere: Simpukka ry, 5–8.
- Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen: Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin lai-

- tos. [Viitattu 31.10.2012]. Saatavana: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2>
- Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa: kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.
- Räisänen, R. & Kaunonen, M. 2004. Lapsettomuus kokemuksena Internetin keskusteluryhmässä: "Saisi haikara jo pian palvella minuakin, voisikohan mihinkään valittaa kohtuuttomaksi venähtäneestä jonotusajasta!?" *Hoitotiede* 16 (2), 71–80.
- Saario, P. 2010. Lapsen muotoinen unelma: tahaton lapsettomuus kriisinä. Tampere: Simpukka ry.
- Salzer, P. L. 1994. Lapsettomuus kriisinä. Suomentaja Eila Salminen. Helsinki: Otava.
- Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuus. Teoksessa: O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim, 175–193.
- Tulppala, M. 2011. Simpukoista helminauhaa... Opas luovutetuilla sukusoluilla hoitoja harkitseville tai niillä jo lapsen saaneille. Tampere: Simpukka ry.
- Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy: lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: Väestöliitto.
- Tulppala, M. 2002. Lapsettomuuden tuska. [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 16.11.2011]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00094&p_teos=onn&p_selaus=
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, A., Halme, N. & Åstedt-Kurki, P. 2007. "Se, et joku kuuntelee..." Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. *Hoitotiede* 19 (4), 212–222.
- Toivanen, R., Vilska, S. & Tulppala, M. 2004. Sylillinen surua: lapsettomuuden kokemus. *Suomen lääkäri* 59 (43), 4115–4120.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Liite 3. Analyysirunko ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä

LIITE 1. Tutkimuslupa

LIITE 2. Teemahaastattelun runko

LIITE 3. Analyysirunko ensimmäisestä tutkimuskysymyksestä