



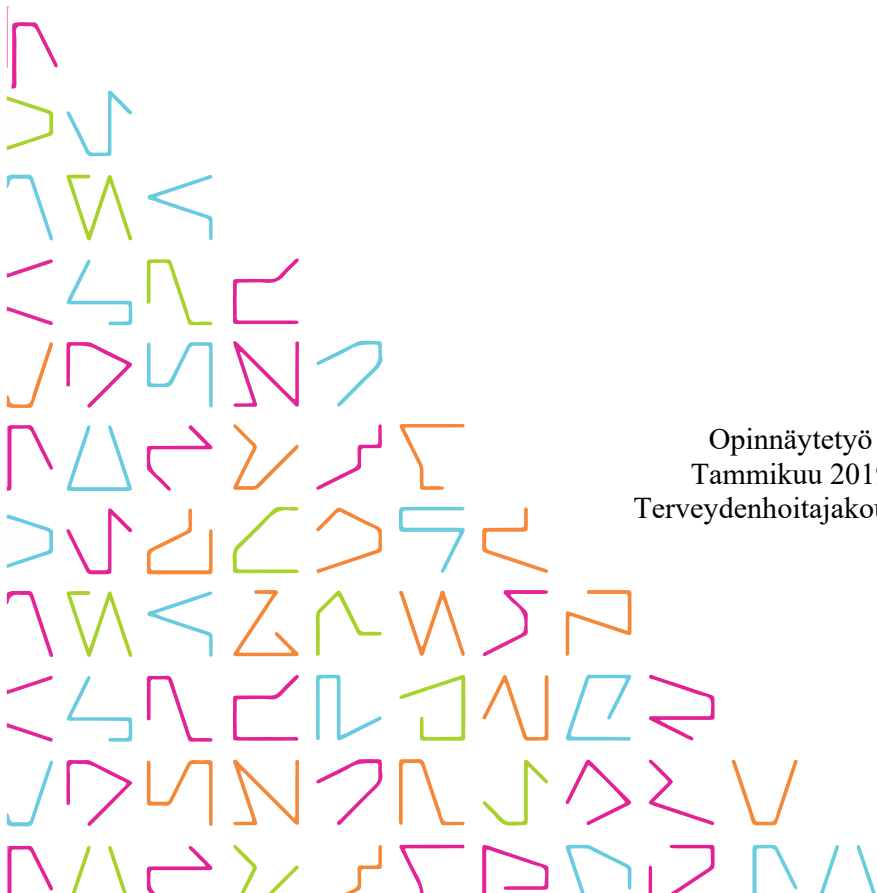
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ÄITIYSNEUVOLAN ASIAKCUUS TAHATTOMAN LAPSETTOMUUDEN JÄLKEEN

Jenna Tapiomaa

Marjo Laurila

Opinnäytetyö
Tammikuu 2019
Terveystenhoitajakoulu



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveydenhoitaja koulutus

LAURILA MARJO & TAPIOMAA JENNA:
Äitiysneuvolan asiakkuus
tahattoman lapsettomuuden jälkeen

Opinnäytetyö 51 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Tammikuu 2019

Syntyvyys on Suomessa laskenut 2010 -luvun aikana nopeasti ennennäkemättömän matalalle tasolle. Tahaton lapsettomuus lienee jonkin verran lisääntynyt johtuen osittain siitä, että lapsen hankintaa lykätään myöhäisempään ikään. Ikä alentaa hedelmällisyyttä ja lapsettomuushoidot ovat lisääntyneet.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla tahattoman lapsettomuuden vaikutuksia raskausajan kokemuksiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhoitajaopiskelijoille, tahattoman lapsettomuuden parissa työskenteleville ja äitiysneuvolan terveydenhoitajille. Opinnäytetyö tehtävänä oli saada kuvailevia kokemuksia tahattomasta lapsettomuudesta kokeneilta pareilta tai itsellisiltä naisilta. Työssä tutkittiin tahattoman lapsettomuuden koettua vaikutusta raskausaikana, millaisia ajatuksia vanhemmuus herätti, millaista tietoa ja millaista tukea tahatonta lapsettomuutta kokeneet halusivat saada äitiysneuvolassa asioidessaan.

Opinnäytetyö toteutettiin Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:lle laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin lapsettomuutta kokeneilta vanhemmilta, joilla lapsettomuudesta oli alle kolme vuotta aikaa. Sähköinen kyselylomake sisälsi strukturoitujen taustakysymysten lisäksi neljä avointa kysymystä. Opinnäytetyön analyysimenetelmäksi valittiin aineistolähtöinen sisällön analyysi.

Tahattoman lapsettomuuden vaikutukset raskausaikana näyttäytyivät menetyksen pelkona, synnytyspelkona ja vanhemmuuteen valmistautumattomuutena. Vanhemmuus herätti epävarmuuden ohella kiitollisuuden, yhteenkuuluvuuden, mutta myös uskaltamattomuuden tunteita ajatella vanhemmuutta. Yleisesti äitiysneuvolasta saatuun tietoon suhtauduttiin hyvin, mutta lisätietoa toivottiin synnytyksestä, vertaistuesta ja psyykkisestuen saatavuudesta. Tukea, jota äitiysneuvolasta toivottiin, oli vanhemmuuden tukeminen, psyykkinen ja sosiaalinen tuki.

Tänä päivänä lapsettomuushoitoja saaneiden vanhempien määrä on lisääntyvää. Lapsettomuustutkimuksien, – hoitojen sisällön ja käsitteistön tunteminen on tärkeää. Psykososiaalisen riittämätön tarjoaminen raskausaikana ja synnytyksen jälkeen vaikuttavat vanhemmuuteen. Tahattomasta lapsettomuudesta tulisi antaa tietoa jo koulutuksen aikana. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää koulutuksessa, äitiysneuvolan että kolmannen sektorin toiminnassa sellaisenaan. Simpukka ry voi käyttää aineistoa vertaistukiryhmiä pitäessään, tukihenkilöitä, ohjaajia kouluttaessaan ja tukea antaessaan.

Asiasanat: lapsettomuus, tahaton lapsettomuus, lapsettomuushoidot, äitiysneuvola

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health care
Option of Public Health Nursing

LAURILA MARJO & TAPIOMAA JENNA:
As a Client at Maternity Clinic after Involuntary Infertility

Bachelor's thesis 51 pages, appendices 2 pages
January 2019

The purpose of this study was to gather information from women and couples that had suffered from infertility to examine their experiences of maternity clinics after conceiving a child. The aim of this study was to provide more information about infertility to professionals working with infertile women and couples. This study was conducted in collaboration with Simpukka Ry.

This study was conducted with a qualitative approach. The data were collected through an online questionnaire and analyzed by means of data-based content analysis. The questionnaire contained structured questions about the respondents' background and four open questions about their experiences at maternity clinic.

It was found that the past infertility had some effects. Fear of loss and miscarriage, troubles attaching to the baby and transitioning to parenthood were the most common effects that infertility had induced. Majority of the respondents stated that they would have needed more psychological support. More information was needed about breastfeeding, delivery and peer support opportunities.

These results show that women and couples who have suffered from infertility might need more psychological support and encouragement to attach and transition to parenthood. In potential further studies the attachment of women and couples to a child after infertility could be compared to those who have conceived a child without infertility treatments.

Key words: infertility, involuntary infertility, infertility treatments, maternity clinic

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTINEN VIIITEKEHYS.....	6
	2.1 Lapsettomuus.....	6
	2.2 Hedelmällisyys	8
	2.3 Tahattoman lapsettomuuden kokemus	12
	2.4 Terveydenhoitajan vastaanotolla	13
	2.4.1 Psykososiaalinen tukeminen	14
	2.4.2 Mielikuvia vauvasta ja vanhemmuuden tukeminen.....	15
	2.4.3 Vanhemman mentalisaatio ja varhainen vuorovaikutus	17
	2.4.4 Terveydenhoitajan apuvälineitä perheen tukemisessa	18
	2.5 Lapsettomuustutkimukset ja -hoidot	19
	2.5.1 Tutkimukset ennen lapsettomuushoitoja	19
	2.5.3 Inseminaatio (IUI) lapsettomuushoitona	23
	2.5.4. Koeputkihedelmöitys (IVF) ja mikroinjektiohoito (ICSI).....	24
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
	4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	28
	4.2 Aineiston keruumenetelmä	28
	4.3 Aineiston analyysi.....	29
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	32
	5.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot.....	32
	5.2 Tahattoman lapsettomuuden vaikutus raskausajan kokemuksiin	33
	5.3 Ajatuksia vanhemmuudesta raskausaikana.....	34
	5.4 Äitiysneuvolalta toivottu tieto tahattoman lapsettomuuden jälkeen.....	36
	5.5 Äitiysneuvolalta toivottu tuki tahattoman lapsettomuuden jälkeen.....	38
6	POHDINTA.....	41
	6.1 Tutkimuksen tuloksista	41
	6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	42
	6.3 Jatkotutkimusaiheet	44
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	50
	Liite 1. Lapsettomien määrä.....	50
	Liite 2. Saatekirje.....	51

1 JOHDANTO

Näkökulma tahattomasti lapsettomien kokemuksiin äitiysneuvolasta sai alkunsa heti opinnäytetyöprosessin alussa. Aiheen valintaan vaikuttivat tahattomasti lapsettomien lisääntyvä määrä ja syntyvyyden lasku. Suomessa syntyvyys on laskenut 2010 -luvun aikana nopeasti matalalle tasolle (Liite 1). (Tilastokeskus 2018.)

Tällä hetkellä on arvioitu, että 3000 -4000 paria hakeutuu lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin vuodessa. On arvioitu, että 15% kaikista Suomessa asuvista pareista on jossain elämänsä vaiheessa kokenut tahatonta lapsettomuutta. Tarjolla olevien lapsettomuustutkimusten ja -hoitojen myötä, useimmat heistä kuitenkin ovat myöhemmin saaneet lapsen. (Tiitinen 2018a.) Aiheen tärkeyttä korosti myös, että aihetta ei käsitelty opinnoissamme siinä suhteessa mitä lapsettomuuden, lapsettomuustutkimusten ja -hoitojen kasvu edellyttäisi.

Opinnäytetyö on Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:lle yhteistyönä toteutettu laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla, millaista tietoa ja tukea tahatonta lapsettomuutta kokenut pari tai itsellinen nainen haluaisivat saada äitiysneuvolan terveydenhoitajalta raskausaikana äitiysneuvolassa asioidessaan. Tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhoitajaopiskelijoille, äitiysneuvolan terveydenhoitajille, tahattoman lapsettomuuden parissa työskenteleville, Simpukka ry:n tukihenkilöille ja vertaistukiryhmille.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Lapsettomuus

Lapsettomuus koskettaa 3,5–16,7 % hedelmällisessä iässä olevaa aikuista, kaikissa kehittyneissä maissa. Lapsettomuus on sosiaalinen tila, jossa parilla tai joissain tapauksissa itsellisellä naisella ei ole omaa lasta. (Stakes 1996, 10.)

Yleisimmin kuvatut lapsettomuuden syyt naisella ovat ovulaatio -ongelmat, ongelmat munajohtimissa, endometrioosi ja ikä. Miehestä johtuvat lapsettomuuden syyt jäävät 50 % tapauksista selvittämättä, mutta epäiltyjä syitä ovat siittiöiden tuotannon ongelmat, kivesten laskeutumiseen liittyvät ongelmat ja hypogonadismi. Hypogonadismilla tarkoitetaan sukupuolihormonien vajaatoimintaa ja sulusolujen tuotantoon liittyviä häiriöitä, joilla on vaikutusta hedelmällisyyteen. Erityisesti elintavoilla, ylipainolla ja terveystyötyymisellä on huomattu olevan vaikuttava merkitys lapsettomuuteen molemmilla sukupuolilla. (Repokari 2008, 5–8.)

Lapsettomuus ei ainoastaan ole fyysinen tila, johon elintapojen muuttamisella tai hedelmällisyystutkimuksilla tai -hoidoilla pyritään saamaan ratkaisu. Se on psyykkisesti kuormittava tila ja se on myös sosiaalisia suhteita rasittava tila. Lapsettomuus muodostaa aina kriisin. (Repokari 2018, 45–54.)

Lapsettomuus käsitteenä

Lääketieteessä pari määritellään tahattomasti lapsettomaksi, kun raskaus ei ole alkanut säännöllisestä sukupuolielämästä huolimatta ja yrityksestä saada lasta vuoden ajan, ilman ehkäisyä (Oinonen 1998, 11). Heistä neljäsosalla hedelmättömyyden syy löytyy naisesta, neljäsosalla miehestä ja neljäsosalla molemmista. Neljäsosalla pareista syytä ei saada selville. Lapsettomuudesta voidaan puhua myös silloin, kun se on vapaaehtoista ja harkittua lapsettomuutta, vaikka lapsen saantiin olisi mahdollisuus (Neuvolainfo 2018). Lisäksi lapsettomuus voi olla elämäntilanteesta riippuvaista, esimerkiksi kumppanin puuttumisesta johtuvaa. Lapsettomuuden syystä riippumatta, tahaton lapsettomuus tulisi käsittää kokemuksena, jota voi olla vaikea myöntää. Tahaton lapsettomuus on lisäksi toivon ja

epätoivon vuorottelua, joka vaikuttaa kokonaisvaltaisesti terveyteen. (Repokari 2018, 56.)

Lapsettomuudesta puhuttaessa voidaan käyttää myös lääketieteen termejä hedelmättömyys, lisääntymiskyvyttömyys sekä infertiliteetti (Lääketieteen termit 2002, 252). Lääketieteellisessä mielessä lapsettomuushoitojen yhteydessä puhutaan usein hedelmättömyydestä, koska sen katsotaan paremmin kuvaavan tahatonta lapsettomuutta. Hedelmättömyyttä on sekä heikentynyt hedelmällisyys että täydellinen hedelmättömyys (Stakes 1996). Primaarisesta lapsettomuudesta voidaan puhua silloin, kun parilla ei ole aikaisemmin ollut lapsia eikä raskauksia. Lapsettomuus on sekundaarista, jos perheeseen on syntynyt jo aiemmin lapsi. (Tiitinen & Unkila-Kallio, 2011.)

Lapsettomuus Suomessa

Suomessa syntyvyys on laskenut 2010-luvun aikana nopeasti ennennäkemättömän matalalle tasolle. Samaan aikaan ensisynnyttäjien keski-ikä on jatkanut nousuaan. Epäillään, että nuorilla on liian optimistiset käsitykset omasta hedelmällisyydestään ja lapsettomuushoitojen toimivuudesta. Lapsettomuus onkin Suomessa maailman kärkiluokkaa niin naisten kuin miestenkin kohdalla. Lapsiluvun odote eli kokonaishedelmällisyysluku on myös ollut laskusuunnassa Suomessa. (Väestöliitto 2018.)

Perheen sisäiset toiveet lapsiluvusta vuonna 2007 ovat olleet keskiarvollisesti 2,5 lasta perhettä kohden, kun vuonna 2015 toive lapsien määrästä oli enää 2 lasta perhettä kohden. Toteutuneen lapsiluvun ja toiveet lapsiluvun välillä eroavat, mutta toiveet lapsiluvusta ovat olleet aina korkeammat, mitä toteutuneet. Perhebarometri 2015 mukaan syitä sosiaaliselle lapsettomuudelle ja lapsiluvun alenemalle Suomessa ovat, pitkä nuoruus, raskauden kokeminen riskinä opiskelujen etenemiselle ja alhainen koulutus. Työttömyyden, perheen ja lastenhoidon yhteensovittamisen ongelmien on todettu vaikuttaneen syntyvyyteen. Tukien pienuus pieni- ja keskituloisille perheille, pienituloisuuden ja perhevapaiden aiheuttamat katkokset työelämässä on myös epäilty alentavan syntyvyyttä Suomessa. (Miksi syntyvyys laskee? Perhebarometri 2015.)

2.2 Hedelmällisyys

Hedelmällisyydellä eli fertiilitetillä tarkoitetaan kykyä lisääntyä ja saada jälkeläisiä. Nainen saavuttaa sukukypsyytensä 16–17 vuotiaana, ja naisen hedelmällinen ikä päättyy 40–50 vuoden iässä. STAT YHT Väestön tilastokeskuksen mukaan naisen hedelmällinen ikä loppuu väestötieteisiin viitaten 49-vuotiaana. (Väestöliitto, Tilastokeskus 2018.) Miesten sukukypsyys alkaa murrosiässä, yleensä noin 13–14 vuotiaana. Miesten sukukypsyys ja siittiösolujen kyky hedelmöittää munasolu säilyy pitkälle iäkkääksi asti. Hedelmällisyyteen voidaan vaikuttaa monin eri tavoin. Yleisten terveellisten elämätapojen noudattaminen ja päihteettömyys suojelevat hedelmällisyyttä. Lisäksi tartuntatautien ja sukupuolitautilien ennaltaehkäisyllä ja niiden tehokkaalla hoidolla vaikutetaan hedelmällisyyteen myönteisesti (Lapsettomuuden ennaltaehkäisy 2002, 527–530).

Raskauden fysiologiset edellytykset

Hedelmällisyys edellyttää sekä naisilla että miehillä normaaleja fysiologisia ja hormonaalisia toimintoja. Jotta nainen voi tulla raskaaksi, tulee naisen kuukautiskierron alkaa ja säännöllistyä. (Nainen hoitotyön asiakkaana 2005, 31–39; Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito 1990, 14–30.)

Naisen fysiologiset edellytykset raskaudelle ovat, että munasarjat tuottavat normaaleja munasoluja kuukausittain, kohdun ja munajohtimien anatomia on sellainen, että siittiöt pääsevät kohdun kautta munajohtimeen. Munajohdin on puhdas ja, että hedelmöittynyt munasolu pääsee sieltä liikkumaan kohtuun. Kohdun limakalvo on optimaalinen, että hedelmöittynyt munasolu voi siihen kiinnittyä ja adaptoitua. (Nainen hoitotyön asiakkaana, 2005, 72.) Ovulaatiolla tarkoitetaan kuukautiskierron hedelmällisintä ajankohtaa, jolloin raskaaksi tulemisen ajankohta on suurimmillaan. Ovulaation aikana munarakkula puhkeaa ja sitä seuraa munasolun irtoaminen munasarjasta munajohtimeen. Joka kuukausi munasolun tulisi kehittyä munasarjoissa ja kasvaa tiettyyn kokoon. Irrota, sekä kulkeutua munajohtimeen, jotta siellä munasolun hedelmöittyminen siittiöstä olisi mahdollinen. Munasolu on hedelmöityskykyinen 12–24 tuntia ovulaatiosta. Tänä aikana miehen siemennesteen siittiösolu voi hedelmöittää munasolun munajohtimessa. Munajohtimesta hedelmöittynyt munasolu siirtyy kohtuun varsinaisesti kasvamaan solusta alkioiksi, sikiöksi ja vauvaksi, raskauden ajaksi. (Nainen hoitotyön asiakkaana 2005, 42–43.)

Raskauden fysiologiset edellytykset miehen taholta ovat, että mies kehittyy fysiologisesti ja hormonaalisesti. Kivekset tuottavat riittävästi normaaleja siittiöitä. Siittiöt pääsevät vapaasti virtaamaan kiveksistä virtsaputken suulle. Miehen eritteet muodostavat sopivan ympäristön siittiöiden elossa pysymiselle ja siemenneste pääsee kohdunsuulle. Lisäksi siittiöiden tulisi kyetä liikkumaan hyvin. (Nainen hoitotyön asiakkaana 2005, 72.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on olennainen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan seksuaalisuuteen liittyvää fyysistä, henkistä ja sosiaalista hyvinvoinnin tilaa. Lisääntymisterveyteen kuuluu Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan mahdollisuus ja vapaus lisääntyä ja päättää siitä, milloin ja kuinka usein se tapahtuu. Se käsittää myös oikeuden palveluista, jotka mahdollistavat turvallisen raskauden ja synnytyksen. (Edistä, ehkäise, vaikuta -Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020, 2016.)

Aikuisuudessa mies ja nainen joutuvat ottamaan vastuun sukupuolielämästään, sekä suhteen seurauksista. Kun seurustelusuhde etenee yhdyntöjen asteelle, tulisi osapuolilla olla riittävästi tietoa terveellisten elämäntapojen lisäksi sukupuoliteitse leviävien tautien ehkäisystä. Vapaat ja spontaanit seksuaalisuhteet ilman kondomin suojaa ovat mahdollistaneet sukupuoliteitse välittyvien tartuntatautien, kupan, klamydian, tippurin, papilloomaviruksen, herpesin ja HIV-infektion leviämisen, millä on merkityksensä myöhemmin seksuaaliterveyteen, lisääntymiseen, hedelmöittymisen onnistumiseen ja raskauden kestoon tai sikiöön. (Raskaus ja sukupuolitaudit 2017.)

Seksuaaliterveyden edistämiseen sisältyy seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskeva neuvonta. Seksuaaliterveyden edistämisessä pyritään ehkäisemään hedelmättömyyttä, hyväksymään seksuaalisuus ja sukupuolien kokemisen moninaisuus, ehkäisemään ei-toivotuja raskauksia, torjumaan sukupuolitautilien leviämistä ja ehkäisemään seksuaalista väkivaltaa. (STM julkaisuja 20, 2009).

Hedelmällisyyteen ja raskauteen vaikuttavia tekijöitä

Hedelmällisyyteen vaikuttavat terveelliset elämäntavat, päihteettömyys, nukkuminen, liikunnallisuus ja ikä. Hedelmällisyyteen vaikuttaa naisen sukuelimien rakenne ja toiminta. Naisilla saattaa esiintyä sekä rakenteellisia poikkeavuuksia että hormonaalis-toiminnallisia häiriöitä. Muun muassa kuukautiskierron häiriöt voivat sekoittaa ovulaatiokiertoa. (Lapsettomuuden ennaltaehkäisy 2002, 527–530; Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito 1990, 77–86.)

Premenstruaalioireet (PMS), sekä siihen liittyvät hormonaalis-fysiologiset muutokset 8–12 päivää ennen kuukautisten alkamista on epäilty vaikuttavan hedelmöittyneen munasolun kiinnittymiseen kohdun limakalvoon. Premenstruaalisessa vaiheessa estrogeenia erittyy huomattavan suuria määriä, mutta progesteronia erittyy taas keltarauhasesta vähän. (Nainen hoitotyön asiakkaana 2005, 307.) Progesteronin tarkoitus on ylläpitää ja muokata limakalvoa raskauden alkuvaiheessa ja raskauden aikana sikiön kasvulle sopivaksi istukan kanssa. Raskausaikana progesteroni estää kohdun supistelua. Progesteroni vaikuttaa myös rintarauhas kudoksen erilaistumiseen ja proliferaatioon. (Selektiivinen progesteronireseptorin muuntelijat: uusia mahdollisuuksia gynekologiseen hormonihoidon 2017.)

Hormonaalisten pulmien lisäksi hedelmällisyyteen voivat vaikuttaa sukuelinten ulkosyntyneiden kuin sisäsyntyneidenkin sairaudet tai hoitamattomat infektiosairaudet. Infektiosairauksista hoitamaton klamydia voi johtaa lapsettomuuteen, mutta myös kondylooman aiheuttamat muutokset kohdunkaulankanavalla, kohdun endometriosisilla ja siihen saaduilla hoitomuodoilla on vaikutuksensa hedelmällisyyteen ja hedelmöittymiseen. Lisäksi sukupuolielinten rakenteellisilla ja geneettisillä kehityshäiriöillä, gynekologisilla leikkauksilla, synnytyselimiin kohdistuneilla traumailla ja alavatsaan kohdistuneilla tapaturmilla voi olla kohtalokkaat seuraukset hedelmällisyyteen. (Nainen hoitotyön asiakkaana 2005, 149–162.)

Päihteet ja tupakka vaikuttavat hedelmällisyyteen ja raskauteen. Niitä ei saa käyttää hedelmöityshoitajien aikana eikä jälkeen. Tupakassa ja päihteissä on haitallisia ainesosia ja nämä vaikuttavat verenkierron kautta elimistössä. Esimerkiksi tupakan ainesosat vaikuttavat kehon ääreisosiin naisilla heikentäen munasarjojen toimintaa ja miehillä sperman

laatua. Tutkimukset osoittavat, että pienetkin alkoholimäärät vähentävät siittiöiden määrää. Yleisesti ottaen kaikki päihteet heikentävät hedelmällisyyttä ja lisäävät keskenmenon ja sikiövaurion mahdollisuutta. (Naistentaudit ja synnytykset 2011, 175–193.)

Ikä on merkittävin tekijä, joka vaikuttaa naisen hedelmällisyyteen. Muita hedelmöittymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat ovulaatio-ongelmat, ongelmat munajohtimissa ja endometriooosi. Miehestä johtuvat lapsettomuuden syyt jäävät 50 % tapauksista selvittämättä, mutta epäiltyjä syitä ovat siittiöiden tuotannon ongelmat. Epäiltyjä syitä tähän ovat kivesen laskeutumiseen liittyvät ongelmat ja hypogonadismi. 40 %:lla tapauksista, joissa on todettu kiveskohjut, esiintyy siemennesteenmuutoksia. Siittiöiden tuotannon muutoksia uskotaan syntyvän myös kivespussin kohonneen lämpötilan seurauksena. (Kaukoranta & Suikkari 2012.)

Terveellisillä elämäntavoilla ja vastuullisella terveyskäyttäytymisellä on merkitystä hedelmällisyyteen, hedelmöittymiseen ja raskauteen (Repokari 2008, 5–8). Edellä mainittujen asioiden lisäksi terveydenhoitajan tehtävänä on kertoa ennaltaehkäisevien terveys-tarkastuksien ja seulontojen hedelmällisyyttä suojaavasta merkityksestä (Papnicolaoun koe) (Tiitinen 2018g). Ennaltaehkäisevällä seulontatyöllä parannetaan hedelmällisyyttä, suojellaan raskautta ja estetään hedelmöittymiseen ja raskauteen liittyvien häiriöiden pitkäaikaistumista. Sukupuolitautilien ehkäisyllä, varhaisella toteamisella ja hoidolla suojellaan hedelmällisyyttä ja raskautta merkittävästi. (Raskaus ja sukupuolitaudit 2017.)

2.3 Tahattoman lapsettomuuden kokemus

Vanhemmuus kuuluu monen aikuisen elämään tavallisena tapahtumana ja tavoitteena, jota pidetään itsestään selvänä. Yhä useampi pariskunta kuitenkin joutuu tilanteen eteen, jossa raskaus ei ole alkanut vuoden yrittämisen jälkeen. Pariskunta joutuu tällöin tuomaan ilmi elämänsä yksityisimmät asiat, seksuaalisuuden ja lisääntymisen, hakeutuessaan lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin. Moni lapseton kokee suurta häpeää ja avuttomuutta joutuessaan myöntämään tarvitsevansa ulkopuolisten apua lisääntymiseen. (Tulppala, 2081–2082.)

Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivä kokee usein syviä negatiivisia tunteita kuten voimattomuutta, kateutta, vihaa, katkeruutta ja syyllisyyttä (Räisänen, 2007). Lapsettomuuden kriisin keskellä on yleisimmin huoli ja pelko yksin jäämisestä ja perheettömyydestä. Lapseton saattaa kokea pettäneensä puolisonsa, vanhempansa ja appivanhemmat ollessaan kykenemätön antamaan heille vanhemmuuden ja isovanhemmuuden iloa. Lapsettomuudella on negatiivinen vaikutus seksuaaliseen itsetuntoon ja lapseen liittyvät kokemukset, kuten raskausaika, synnytys ja imetys, koetaan suurena menetyksenä. (Tulppala, 2082.)

Lapsettomat naiset kokevat lapsettomuuden yleisimmin ahdistuksena, masennuksena ja stressinä. Etenkin ennen lapsettomuuden syyn löytymistä ja selittämättömässä lapsettomuudessa, naiset kokevat miehiä useammin olevansa vastuussa parin lapsettomuudesta. Tutkimuksen mukaan lapsettomuus oli läheisen kuolemaan rinnastettavissa ja elämän sen hetkisin vaikein asia 50 % naisista ja 15 % miehistä. Naiset kokevat lapsettomuuden tuskan joka kuukausi kuukautisten alkaessa ja raskaustoiveen täten jälleen kerran menetettynä. Muiden raskaana olevien naisten näkeminen ja läsnäolo saattaa tuottaa ulkopuolisuuden, katkeruuden ja huonommuuden tunteita ja osa ystävyysuhteista saattaa lapsettomuuden myötä katketa. Lapsettomuushoitojen aikana 20–30 % naisista esiintyy masennusta itsetuhoisin ajatuksin. (Tulppala, 2082–2083.)

Miehet kokevat lapsettomuuden osittain eri tavalla kuin naiset. Kokemukset sosiaalisesta paineesta ja miehisyyden kyseenalaistamisesta ovat haastavimmiksi kuvailtuja ongelmia tahatonta lapsettomuutta kokevilla miehillä. Lisääntyminen ja raskauden aikaansaanti ovat monelle miehisyyden merkki ja siinä epäonnistuminen on monelle omaa seksuaalista

itsetuntoa koettelevaa. Tunne, että ei kykene saamaan puolisoaan raskaaksi, saa miehet kokemaan häpeää. Monet välttelevät kivuliasta aihetta ja saattavat näin ollen ajautua erilleen sosiaalisista piireistä ja puolisostaan. Miehet kokevat hankalaksi keskustella perheen ja ystävien kanssa lapsettomuudesta ja tuntevat saavansa tarvittua vähemmän tukea. Miehet kokevat myös herkästi ulkopuolisuuden tunnetta lapsettomuushoitajien keskittyessä naisen ympärille. (Arya & Dibb, 2016.)

Lapsettomuus vaikuttaa merkittävästi parisuhteeseen. Lapsen saaminen on monelle merkki parisuhteen rakkaudesta ja yhteenkuuluvuudesta, jolloin lapseton kokee menetyksen tunnetta myös parisuhteensa osalta. Tahattoman lapsettomuuden kokemus useasti joko yhdistää tai ajaa pariskuntia erilleen. Kriisi koetaan sekä yksilöinä että pariskuntana, jolloin molempien osapuolten omakohtaiset kokemukset vaikuttavat parisuhteeseen. Lapsettomuudesta puhuminen puolisolille saattaa tuntua hankalalta, koska kokemus itsestään epäonnistuneena ihmisenä ja omat aiemmat taidot tai niiden puute selviytyä kriiseistä vaikuttavat keskusteluun. Ulkopuolisten ja sukulaisten kyselyt lasten hankinnasta kasaavat pariskunnalle lisää paineita. Lapsettomuus vaikuttaa seksuaalisuuteen, koska yhdyntä saattaa olla tarkoin ajoitettua. Seksi on saattanut muuttaa tarkoitustaan aikaisemmasta hellyydestä, nautinnosta ja tyydytyksestä vain raskauden alkuun saattamisen toiveeseen. (Tulppala, 2082–2084.)

2.4 Terveystieteiden vastuu

Kun lapsettomuutta kokenut pari saapuu terveydenhoitajan vastaanotolle, on huomioitava yksilöllinen ohjaaminen, jossa molemmat vanhemmat otetaan huomioon. Heidän ikänsä, elämäntilanteensa, kokemuksensa ja terveytensä nousevat keskiöön. Vaikka pari kokee äitiysneuvolaan saapuessaan tilanteesta johtuvaa henkistä epävarmuutta, tulisi terveyttä edistävästä ja terveestä raskaudesta puhua. Todettuja sairauksia tulisi tarkastella sekä ammatillisen että heidän itsensä hoitamisen näkökulmista. Terveys ei ole sairauden puuttumista vaan riittävän hyvää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tasapainoa, jonka ansiosta toimintakyky on kulloisissakin olosuhteissa mahdollisimman hyvä. Tätä tulisi äitiysneuvolan terveydenhoitajan hoitotieteen asiantuntijana tukea. Toistuvista ja yleisistä terveysneuvonnan teemoista keskustelu vakauttaa tilannetta ja tukee osaltaan lapsettomuutta kokenutta paria heidän raskausaikanaan. (Pietilä ym. 2010, 19.)

Terveet elämäntavat, monipuolinen ja laadukas ravitsemus edistävät, sekä ylläpitävät hedelmällisyyttä, terveyttä ja edesauttavat raskautta. Syömisen säännöllisyys, monityydyttymättömien kalarasvojen ja proteiinin saanti, kasvikset ja hyvät hiilihydraatit vaikuttavat myönteisesti raskauteen. Ennen raskautta ja raskausaikana Foolihappoa suositellaan 400 µg/vrk ja D-vitamiinia suositellaan 10 µg/vrk. (Terveyskirjasto 2018.) Monipuolinen ravitsemus vaikuttaa hormonitoimintaa tasapainottaen ja on erityisen tärkeää huomioida, kun raskaus on saatu aikaan hedelmöityshoidoin. Hyvällä ravitsemuksella vaikutetaan jaksamiseen, raskauden sujumiseen sekä hyvään mielialaan. Terveellistä ja säännöllistä ruokavaliota noudattamalla aineenvaihdunnan ongelmat-, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes- ja hormonitasapainoon liitetyt riskit alenevat. Myös sopiva liikunta on raskautta edesauttava, mutta liian raskas liikunta taas ei. (Tiitinen 2018f; Viisaat Valinnat 2018.)

2.4.1 Psykososiaalinen tukeminen

Vaikka yleinen suhtautuminen lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin on tänä päivänä sallivampaa kuin aikaisemmin, lähipiirin kohdalla asia ymmärretään toisin. Lapsettomuudesta, hoidoista ja raskaudesta on vaikeaa puhua läheisille ja vaikeneminen koetaan helpommaksi. Kyvyttömyys saada lapsia fyysisesti koskettaa intiimiä elämänaluetta, parisuhdetta, seksuaalisuutta ja vanhemmuutta. Asioista puhuminen läheisten tai terveydenhoitajan kanssa olisi kuitenkin helpotus (Mainio 2002, 37–43). Lapsettomuushoidot ja epätietoisuus lapsen saamisesta voivat viedä vuosia. Se on parisuhdetta ja vanhemmuutta rasittava prosessi niin raskausaikana kuin vauvan synnyttyä. Se on kokonaisuudessaan prosessi, jossa puolisoiden terveydentilat joutuvat joka tavoin koetukselle. Prosessi rasittaa monin tavoin kehoa ja seksuaalisuutta. Prosessi aiheuttaa stressiä ja vaikuttaa psyykkiseen terveyteen. Se aiheuttaa pelkoa, ahdistusta ja masennusta. Prosessi vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin ja läheisiin. Lisäksi se aiheuttaa taloudellista raskautta. (Lapsen muotoinen unelma, tahaton lapsettomuus kriisinä 1999, 9.)

Sosiaalisella ympäristöllä, läheisillä sukulaisilla ja ystävillä on tärkeä merkitys tahatonta lapsettomuutta kokeneelle parille vauvan synnyttyä. On merkittävää, miten läheiset ja äitiysneuvolan terveydenhoitaja asioihin suhtautuvat ja miten he tukeaan antavat. Tahatonta lapsettomuutta kokenut pari saattaa eristäytyä sosiaalisista yhteyksistä, mikäli kokevat

tuen olevan riittämätöntä. He saattavat kokea itsensä erilaisiksi, ulkopuolisiksi ja hyödyttömiksi. Tällöin äitiysneuvolan terveydenhoitajan rooli muun muassa verkostotyön osalta korostuu. (Miettinen 1991, 11.) Neuvolan ja muiden perhepalveluiden tarjoama sosiaalinen ja emotionaalinen tuki on merkityksellistä. Riittävän tuen puute on yhteydessä vanhempien kokemaan stressiin ja vanhemmuuteen. (Viinikka ym. 2014, 67.)

Turvallisuuden tunne on tärkeää lapsettomuushoitoja käyneelle parille. Puhuminen ja kuunteleminen, sekä empaattinen ymmärtäminen tukevat turvallisuuden tunnetta. Puhuminen ja asioiden oikeanlainen ymmärtäminen voidaan kokea kaikkia osapuolia yhdistävänä tekijänä. Puhuminen ja asioiden väärin ymmärtäminen voi taas eristää parin omiin oloihinsa. Parisuhteen sisällä asioista puhuminen voidaan kokea joko surussa yhdistävänä tai parisuhdetta hajottavana tekijänä. Parisuhteen hoitamisen, äitiysneuvolan terveydenhoitajan riittävän tuen, ystäväpiirin ja yhteisen huumorin koetaan lievittävän vaikeaa tilannetta. (Lapsen muotoinen unelma, tahaton lapsettomuus kriisinä 1999, 9.) Sosiaalinen tuki ja sosiaalinen verkosto vaikuttavat merkittävästi raskausaikana syntyvään vanhemmuuteen sekä myöhemmin äitinä että isänä jaksamiseen. Sosiaalinen verkko ja tuki vaikuttavat suoraan vanhemmuuteen neuvojen, palautteen ja roolimallien kautta, sekä epäsuorasti lisäämällä vanhempien henkistä hyvinvointia. (Viljamaa 2003, 25.)

2.4.2 Mielikuvia vauvasta ja vanhemmuuden tukeminen

Vanhempana oleminen ei ole helppoa tämän päivän yhteiskunnassa. Äitiysneuvolan terveydenhoitajalla onkin erityisen merkittävä rooli vanhemmuuden tukijana, sekä henkisen tuen antajana. Tulevan äidin ja isän keskeisimpiä yksilöllisiä kehitystehtäviä ovat äitiyden ja isyyden muokkaaminen osaksi persoonallisuuttaan, luopuminen aikaisemmista rooleistaan ja siirtyminen äidin ja isän rooleihin. Vanhempien tulisi luoda suhdettaan jo raskausaikana syntyvään lapseen, sekä kehittää parisuhdettaan niin, että siinä on tilaa uudelle perheenjäsenelle. Äitiysneuvolan terveydenhoitajan tehtävänä on orientoida ja tukea tulevia vanhempia uuteen tilanteeseen. Antaa ajateltavaa ja herättää mielikuvia vauvasta. Kiintymyssuhteen tulisi herätä raskausaikana, jotta hoito ja hoivaaminen vauvan synnytyä olisi luontevampaa. Vanhemman ja vauvan ensivuosisien kiintymys- ja vuorovaikutussuhteella on ratkaisevan tärkeä merkitys lapsen kehityksessä. (Hughes 2011, 16.)

Mielikuvia tulevasta vauvasta voi luoda äitiysneuvolan vastaanotolla raskausviikkoja vastaavien mallinukkejen avulla, videoin, ultraäänilaitteen kuvantamisen ja sydänäänien kuuntelun kautta, erilaisin mielikuvaharjoittein ja keskusteluin. Kun ymmärrämme millainen vanhemmasta välittyvä kiintymyssuhde on, ymmärrämme myös millainen varhainen vuorovaikutussuhde muodostuu ja miten se lapseen vaikuttaa. Kiintymyssuhde vaikuttaa lapseen emotionaalisella, kognitiivisella ja sosiaalisella tasolla, myöhemmin vaikuttaen kommunikointiin, fysiologiseen että neurologiseen kehitykseen. (Hughes 2011, 19.)

Lapsen syntyminen ja lapsiperhevaihe aiheuttavat muutoksia perheen päivittäiseen toimintaan. Mielikuvien lisäksi pohdittavia asioita ovat isäksi tuleminen, äitisuhde, parisuhde, vanhempien suhteet lapseen sekä suhteet omiin vanhempiin ja muuttuviin elämäolosuhteisiin. (Viljamaa 2003, 13.) Viime vuosiin saakka äitisuhdetta on pidetty lapsen ratkaisevimpana ihmissuhteena, jota äitiysneuvolan terveydenhoitajan ja muiden sosiaalisten suhteiden tulisi tukea. Terveydenhoitajan äitisuhteen tukemisesta esimerkkinä imetysohjaus ja imetykseen tukeminen. (Imetysohjaus 2017).

Sosiaalinen tuki ja sosiaalinen verkosto vaikuttavat merkittävästi raskausaikana syntyvään vanhemmuuteen. On löydetty neljä sosiaalisen tuen muotoa. (Viljamaa 2003, 25). Sosiaalinen tuki vähentää stressiä aiheuttavien tilanteiden määrää. Ensimmäinen sosiaalisen tuen muoto on konkreettinen, jota voivat olla kodin- ja lastenhoitoapu, neuvot ja taloudellinen apu. Toinen tuen muoto, on puskuroida stressaavia tilanteita neuvoin ja mallintamalla, jossa tavoitteena on säilyttää tyydyttävät hoito- ja kasvatustenetelmät vaikeissa tilanteissa. Kolmas tuen muoto on sosiaalisen tuen muoto, jossa autetaan vanhempia rakentamaan aktiivisempia selviytymiskeinoja. Näitä ovat itsetunnon vahvistaminen kiitoksin, joka tulee sosiaaliseen verkkoon kuuluvalta kokeneemalta henkilöltä. Neljäntenä tuen muotona on hyvää vanhemmuutta ennustava, emotionaalinen tuki. Sosiaalisen verkoston tarjoama myötäeläminen tukee emotionaalisesti vanhemmuutta ja vanhempien on helpompi antaa hoitoa ja hoivaa tällöin lapsellekin. (Viljamaa 2003, 26.)

2.4.3 Vanhemman mentalisaatio ja varhainen vuorovaikutus

Vanhemman mentalisaatiokyvyllä tarkoitetaan vanhemman kykyä nähdä vauva erillisenä ihmisenä, jolla on tarpeita ja ajatuksia. Mentalisaatiokyky on pitää toisen mieli mielessä, oman mielen lisäksi. Ilman tätä kykyä vanhempi on kyvytön ennakoimaan omia tai vauvan reaktioita eri tilanteissa. Ilman mentalisaatiokykyä tunnetiloja on vaikea säädellä. Puutteellinen mentalisaatiokyky tekee tilanteista arvaamattomia ja ennustamattomia. Kyky mentalisaatioon kehittyy varhaisessa vuorovaikutussuhteessa, josta terveydenhoitaja voi mallintamisen kautta antaa neuvolakäynneillä esimerkkiä ilmein ja elein vauvaa tulkittaessaan ja hoitaessaan. (Duodecim 2010; 126: 616–622.) Varhaisessa vuorovaikutuksessa vanhemman tulisi olla kyvykäs havaitsemaan, ymmärtämään ja ennakoimaan vauvan mielen tiloja ja toiveita. Vanhemman mentalisaatiokyky on herkkyyttä havaita vauvan tai lapsen tarpeita ja vastata niihin oikealla tavalla ja oikeaan aikaan (Viinikka ym. 2014, 64.) Terveydenhoitaja voi tukea vanhempien mentalisaatiokyvyn syntymistä myös reflektiivisen työtteen kautta. Reflektiivisessä työtteen olennaista on terveydenhoitajan arvostava, hyväksyvä ja kiinnostunut kohtaaminen perheen kanssa. Jotta vanhempi voi kohdata lapsensa riittävän sensitiivisesti ja empaattisesti, vanhempi tarvitsee omia myötätuntoisia kohtaamisia (Viinikka ym. 2014, 67.) Reflektiivisen työtteen muotoina ovat kohtaaminen, läsnäolo, ihmisarvon kunnioittaminen, myönteinen uteliaisuus, empaattisuus ja vuorovaikutusorientaatioista dialogisuus. Näitä työotteita terveydenhoitaja voi työssään käyttää. (Viinikka ym. 2014, 71).

Varhaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan kaikkea lapsen ja vanhempien yhdessä tekemistä, kokemista ja olemista ensivuotena. Riittävän hyvä vuorovaikutussuhde lapsen ja vanhempien välillä on erityisen tärkeää. Kun vanhempi on herkkä vauvan ja pienen lapsen viesteille, tulkitsee niitä lapsen tarpeiden mukaisesti ja vastaa niihin johdonmukaisesti, lapselle rakentuu positiivinen mielikuva itsestään. Minäkuva rakentuu ja lapsi kokee olevansa hyvä, hänestä koetaan iloa ja hänen tarpeisiinsa vastataan. Tämä luo perusturvallisuuden ja luottamuksen tunteen, mikä myöhemmin heijastuvat ihmissuhteisiin, itsetuntoon ja empatiakykyyn. (Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2018.)

2.4.4 Terveydenhoitajan apuvälineitä perheen tukemisessa

Voimavaralähtöistä, motivoivaa haastattelua ja voimavarojen tunnistamista varten on kehitetty ”Ensimmäistä lastaan odottavan perheen arjen voimavara” ja ”Vauvaperheen arjen voimavarat” -lomakkeet. Näitä lomakkeita terveydenhoitaja voi hyödyntää arvioidessaan perheen voimavaroja ja vahvuuksia. Näitä lomakkeita voidaan käyttää silloin, kun vauva on syntymässä tai syntynyt lapsettomuushoitajien ja pitkän lapsettomuuden jälkeen. Tavoitteena on arvioida ja vahvistaa vanhemmuuden voimavaroja terveen kasvun ja kehityksen edistämiseksi. Voimavaraisuus riippuu voimavaroja antavien ja kuormittavien tekijöiden kokemisesta ja välisistä suhteista. Voimavaroja arvioidessa teemoina ovat, terveys ja elämäntavat, omat lapsuudenkokemukset, parisuhde, vanhemmaksi kasvu, vanhemmuus, sosiaalinen tuki, taloudellinen tilanne, työ ja asuminen. Teemoilla pyritään kartoittamaan vauvan syntymän jälkeistä uutta elämäntilannetta, vanhemmuutta ja vauvan hoitoa, parisuhdetta, perheen tukiverkostoa, perheen terveyttä ja elämäntapoja ja perheen tulevaisuuden näkymiä. (Lastenneuvolan käsikirja 2015.)

Lomakkeiden tavoitteena on aktivoida vanhempia keskustelemaan aihealueista keskenään, joista muuten ei tule keskusteltua. Vanhemmat voivat hahmottaa ja tiedostaa voimavaroja antavien ja kuormittavien tekijöitä ja edesauttaa tilanteiden muuttamista. Voimavara-lomakkeet ovat lisäksi äitiysneuvolan terveydenhoitajalle osoitin, jolla havainnoida parien tuentarpeita ja osoittaa neuvolan kiinnostus perhettä ja heidän kehitys- ja kasvuympäristöään kohtaan. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja saa valmiuksia ottaa puheeksi lasta odottava perheen tai lapsen saaneen perheen elämään liittyviä asioita, sekä taitoja vahvistaa vanhempien voimavaroja perhekeskeistä periaatetta noudattaen. Lapsettomuutta kokeneen parin psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia voimavaroja on lapsettomuushoitoprosessin aikana koeteltu vuosia, jolloin aihepiirien tarkempi käyminen lävitse saattaa avata yllättäviäkin erityisiä tuentarpeita. Lisäksi aihepiireihin voidaan palata lomakkeiden avulla aina myöhemmilläkin vastaanottokäynneillä. (Lastenneuvolan käsikirja 2015.)

2.5 Lapsettomuustutkimukset ja -hoidot

Lapsettomuuden syytä aletaan yleisimmin tutkimaan, kun raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa ehkäisyn poisjättämisen jälkeen. (Klemetti 2006, 15). Kattavat esitiedot elämäntavoista, seksielämästä ja molempien terveydestä auttavat selvittämään mahdollisista syyistä lapsettomuuteen. (Tiitinen 2017d.)

Tutkimuksia varten pariskunta hakeutuu yleensä terveyskeskuksen, opiskeluterveydenhuollon, yksityisen lääkäriaseman vastaanotolle tai gynekologin vastaanotolle (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1478). Tutkimukset aloitetaan esitietojen kartoituksella, laboratoriotutkimuksilla sekä naisen ultraääni tutkimuksella. (Tiitinen 2017d.)

Lapsettomuushoitojen muotoja ovat esimerkiksi fyysisten esteiden poistaminen kuten painon pudotus tai nosto sekä lapsettomuutta aiheuttavien infektioiden hoito. Huonojen elintapojen vaikutusten karsiminen kuten tupakanpolton ja huumausaineiden käytön lopetus. Kirurgisia toimenpiteitä ovat muuan muassa munatorvien aukaisu, jos lapsettomuus johtuu esimerkiksi naisen endometriosisista. Lapsettomuushoitoja ovat ovulaation induktio, inseminaatio ja avustetut hedelmöitykset IVF ja ICSI. (Klemetti 2006, 17–18.)

2.5.1 Tutkimukset ennen lapsettomuushoitoja

Hoitoja varten naiselta selvitetään verikokein perusverenkuva eli PVK, josta selviää verisolujen tilanne sekä hemoglobiini. (Eskelinen 2016c.) Laboratoriotutkimuksella selvitetään veren TSH eli tyreotropiini sekä T4-V eli veren vapaa tyroksiini (Eskelinen 2016e). T4-V kertoo vapaan tyroksiini hormonin määrän veressä, jonka kilpirauhanen tuottaa (Eskelinen 2016d). Poikkeamat kilpirauhashormonien arvoissa saattavat viitata kilpirauhasen vajaa- tai liikatoimintaan (Eskelinen 2016d). Kilpirauhasella on vaikutus hedelmällisyyteen, koska se vaikuttaa ovulaatioon ja libidoon. Kilpirauhasen liika- ja vajaatoiminta vaikuttavat kuukautisiin merkittävästi ja niiden johdosta kuukautiset saattavat olla epäsäännölliset tai jäädä pois kokonaan. (Leinonen 1999, 2767.)

Säännöllisen kuukautiskierron omaavalta naiselta mitataan viikko ennen kuukautisten alkua veren keltarauhashormonin pitoisuus. Pitoisuuden määrittämisellä tutkitaan ovulaation

tapahtumista. Jos naisella on epäsäännöllinen kierto, selvitetään verikokeiden avulla prolaktiinin, LH eli lutenisoivan hormonin ja FSH eli follikeleita stimuloivan hormonin määrät kuukautiskierron 3.–5. päivänä (Tiitinen 2017f). Prolaktiinin liikaeritys aiheuttaa naisilla kuukautishäiriötä, lapsettomuutta ja mahdollista maitovuotoa rinnoista. (Mustajoki 2018.)

Naiselta ja mieheltä testataan myös sukupuolitaudit. Sairastetut ja aktiiviset sukupuolitaudit vaikuttavat hedelmällisyyteen ja hoitojen toteutukseen. Etenkin klamydia heikentää hedelmällisyyttä ja saattaa aiheuttaa vaurioita kohtuun ja munanjohtimiin ja miehillä tulehduksia kiveksiin. (Tiitinen 2018d.)

Tarvittaessa verestä mitataan myös maksa-arvot sekä glukoosi (Tiitinen 2017e). Glukoosi kertoo henkilön verensokerin ja samalla sairastaako hän diabetesta tai onko hän riskissä sairastua 2 tyypin diabetekseen lähitulevaisuudessa (Eskelinen 2016a). Maksa-arvoista selvitetään maksan toimintakykyä esimerkiksi ALAT kokeen avulla, joka mittaa maksasolujen vaurioita ja kertoo mahdollisesta maksatulehduksesta (Eskelinen 2016b).

Gynekologinen tutkimus

Gynekologinen tutkimus aloitetaan ulkosynnytysselinten, emättimen suuaukon ja häpykarvoitusalueen tarkastelulla mahdollisten poikkeamien havaitsemiseksi. Spekulan avulla toteutetun sisätutkimuksen aikana voidaan ottaa myös tarvittaessa papa-näyte kohdunkaulalta ja -suulta. (Tiitinen 2018c.)

Kohdun koko, rakenne ja asento tunnustellaan spekulalla toteutetun tutkimuksen jälkeen, myös munasarjojen koko ja mahdolliset aristukset selvitetään (Tiitinen 2018c). Tämän jälkeen toteutetaan kaikututkimus eli ultraäänitutkimus. Ultraäänen avulla toteutettu tutkimus tehdään emättimen kautta, jotta kohde elimiin saadaan paras mahdollinen näkyvyys. Ultraäänellä tutkitaan kohdun rakenne ja limakalvon paksuus. Munasarjat pystytään tutkimaan ultraäänen avulla ja niiden koko ja munarakkuloiden määrä voidaan laskea. Munasarjojen rakenne, säännöllisyys sekä mahdolliset poikkeavuudet voidaan nähdä myös tällöin. (Tiitinen 2018b.)

Tarvittaessa ultraäänitutkimuksen yhteydessä tehdään munanjohdinten aukiolotutkimus eli hysterosalpingosonografia (HSSG). Tutkimuksessa kohtuun laitetaan ohut katetri, jonka kautta lääkäri ruiskuttaa keittosuolan ja ilman seosta. Lääkäri tarkkailee liikkuvatko ilmakuplat munanjohdinten läpi. Tällöin pystytään havaitsemaan, jos toinen tai molemmat munanjohtimet ovat tukkeutuneet. (Tiitinen 2018a.)

Siemennesteanalyysi

Mieheltä tutkitaan laboratorionäytteiden lisäksi siemenneste. Sperman laadussa olevia poikkeavuuksia löydetään 30–50% lapsettomuushoitoihin hakeutuvilta miehiltä. Syy poikkeavuuksiin jää yleensä tuntemattomaksi. Tuloksen ollessa normaali, ei jatkoselvittelyjä vaadita. (Tiitinen 2018e.)

Siemennesteen tutkimus edellyttää huolellista näytteen antotapaa. Näyte suositellaan annettavan masturbaatiolla 2–5 päivän jälkeen viimeisestä siemensyöksystä, sitä varten suunniteltuun näyteastiaan. Pidättäytymisväli on annettu parhaimman tuloksen saamista varten, koska pidempi tai lyhyempi väli saattaa vaikuttaa tulokseen heikentävästi. (Tiitinen 2018e.)

Normaali siemenneste sisältää yli 15 miljoonaa siittiötä millilitraa kohden ja kokonaisuutena tulisi olla yli 1,5 millilitraa. Siittiöiden liikkuvuus mitataan ja normaalissa näytteessä eteenpäin liikkuvia siittiöitä tulisi olla yli 32% ja liikkuvia siittiöitä yhteensä yli 40 %. (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1480). Näytteestä testataan siittiövastaaineet ja valkosolujen määrä, jotka kertovat mahdollisesta tulehduksesta (Tiitinen 2018e).

Siemennesteen ollessa toistuvasti poikkeava, toteutetaan miehelle kliininen tutkimus sekä tarkempia tutkimuksia kuten kaikututkimus. Miehen kivesten koko ja tasaisuus tarkastetaan sekä katsotaan kivespussien mahdolliset laskimosuonten pullistumat. Mahdollisen kivesbiopsian avulla selvitetään, onko kiveksissä normaalia siittiötuotantoa ollenkaan. (Tiitinen 2018e.)

2.5.2 Ovulaation induktio (OI) lapsettomuushoitona

Ovulaation induktiolla tarkoitetaan lääkkeellisesti aikaansaattua munarakkulan kasvua sekä ovulaation aikaansaantia. Ovulaation induktioita käytetään lapsettomuuden hoitoon, jos nainen ei ovuloi tai se tapahtuu epäsäännöllisesti. Yleisin syy ovuloimattomuuteen on PCOS -tyyppiset eli monirakkulaiset munasarjat. Ovulaation induktiota käytetään lapsettomuuden hoitoon sekä ainoana hoitomuotona että yhdistettynä muihin lapsettomuushoitoihin (Tiitinen 2017e).

Ovulaation induktiota varten nainen syö tavallisesti viiden päivän ajan munarakkulan kasvuun vaikuttavaa tablettimuodossa olevaa hormonia aloittaen kierron 3.päivänä. Annos määräytyy ultraäänellä tehtävän seurannan mukaan, jotta saadaan kehittymään yksi follikkeli eli munarakkula ovulaatiota varten. (Tiitinen 2017e.) Lääkkeistä tavallisimmin käytetään letrotsolia, jonka toiminta perustuu estrogeenin tuotannon vähentämiseen ja täten se lisää FSH-hormonin eli follikkeleita stimuloivan hormonin tuotantoa (Tiitinen 2017e).

Jos letrotsoli ei saa aikaiseksi follikkelin kasvua ja ovulaatiota, on mahdollista kokeilla gonadotropiineja. Gonadotropiinit sisältävät FSH:a ja LH:a eli lutenisoivaa hormonia sekä hCG eli istukkahormonia. LH valmistaa munarakkulaa ovulaatiota varten ja HCG aiheuttaa ovulaation. Gonadotropiinit annostellaan ihonalaisin pistöksin noin 7–14 vrk ajan. (Tiitinen 2017e.)

Lääkkeettöminä keinoina ovulaation induktioon suositellaan säännöllistä liikuntaa sekä painonhallintaa. Normaalipainon saavuttaminen alipainoisilla ja jopa jo 5–10% painonpudotus ylipainoisilla saattaa saada luonnollisen ovulaation aikaiseksi (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1481).

2.5.3 Inseminaatio (IUI) lapsettomuushoitona

Inseminaatiolla (IUI eli intrauterine insemination) tarkoitetaan lapsettomuushoitoa, jossa kohtuun ruiskutetaan joko omia tai luovutettuja siittiöitä. Inseminaatio voidaan toteuttaa, jos miehen liikkuvia siittiöitä on käsittelyn jälkeen jäljellä vähintään 1 miljoonaa ja naisella edes toinen munanjohdin todettu terveeksi. Inseminaatioon voidaan yhdistää ovulaation induktio tai se voidaan tehdä naisen luonnolliseen kiertoon, jos ovulaatio tapahtuu. (Tiitinen 2017b.)

Naisen luonnolliseen kiertoon toteutettu inseminaatio ajoitetaan virtsasta tehdyn LH hormonin huippua mittaavan ovulaatiotestin mukaan. Inseminaatio tehdään yleensä 12–42 tuntia positiivisen testin jälkeen. Jos hoitomuotona käytetään ovulaation induktiota, voidaan ultraääni seurannan mukaan laskea sopivin inseminaatio ajankohta munarakkulan mittauksen perusteella (Tiitinen 2017b). Ovulaation induktiota käyttäessä yhdistetään inseminaatiota varten myös hCG hormonia sisältävä pistos, joka aiheuttaa ovulaation. hCG pistoksen jälkeen inseminaatio tehdään 24–42 tunnin kuluessa. Inseminaatio ajankohta voidaan määrittää ovulaation induktiota käyttäessä myös virtsasta tehtävällä ovulaatiotestillä, jos hCG pistosta ei käytetä. (Tiitinen 2017b.)

Inseminaatio päivän aamuna mies toimittaa tuoreen siemennestenäytteen laboratorioon. Laboratorio käsittelee, pesee ja valmistelee siemennesteen varsinaista inseminaatiota varten. Käytettäessä luovutettuja siittiöitä, ne sulatetaan ja valmistellaan samana päivänä kuin inseminaation tehdään. Tämän jälkeen siemenneste ruiskutetaan kohtuun ohuen katetrin avulla. (Tiitinen 2017b.)

Inseminaation onnistuminen alle 37-vuotiailla vaihtelee 10% ja 15% välillä jokaisella hoitokerralla. Onnistumiseen vaikuttaa eniten oikea ajankohta ovulaatioon nähden sekä siemennesteen laatu. Inseminaatiota toistetaan lapsettomuuden syystä riippuen 3–4 kertaa. (Tiitinen 2017b.)

2.5.4. Koeputkihedelmöitys (IVF) ja mikroinjektiohoito (ICSI)

IVF eli in vitro fertilisaatio -hoitoja voidaan käyttää hoitoja useisiin lapsettomuustilanteisiin. Lapsettomuuden syyt voivat olla naisesta johtuvia kuten endometrioosi, munajohdinvauriot tai miehen siittiöistä johtuvia syitä. IVF hoitoja käytetään myös selittämättömän lapsettomuuden hoitoon. Hoidossa voidaan käyttää omia sukusoluja tai luovutettuja, luovutetut sukusolut voivat olla siittiöitä, munasoluja sekä alkioita. (Tiitinen 2017c.)

IVF hoito alkaa munasarjojen stimulaatiohoidoilla. Nainen käyttää munasarjoja stimuloivia lääkkeitä, jotta mahdollisimman monta munasolua saataisiin kerättyä hoitoja varten. Useampia munasoluja saadessa ja niiden hedelmöityessä hyvälaatuisia alkioita voidaan pakastaa tulevia hoitokertoja varten, jolloin alkio voidaan sulattaa ja siirtää kohtuun. (Tiitinen 2017c.)

ICSI eli intracytoplasmic sperm injection hoitoa käytetään etenkin miehestä johtuvissa lapsettomuuden syissä. Hoito aloitetaan samalla tavalla kuin IVF, mutta punktion jälkeen siittiöitä ei aseteta samalle maljalle munasolujen kanssa. Siittiöistä valitaan parhaimmat yksilöt, jotka yksitellen injektoidaan mikroskoopin alla aina yhden munasolun sisälle. Tämän jälkeen seurataan munasolun jakautumista ja päädytään, joko alkionsiirtoon tai pakastukseen. (Tiitinen 2017c.)

Munasarjojen stimulaatio

Munasarjojen stimulointiin käytetään yleisimmin ihon alle pistettäviä gonadotropiineja, jotka ovat aivolisäkehormoneita sisältäviä lääkkeitä ja vaikuttavat follikkeleiden kasvuun. Follikkeleiden kasvua seurataan ultraäänitutkimuksen avulla, jonka mukaan lääkeannosta säädetään tarvittaessa. Gonadotropiinien lisäksi käytetään GnRH-analogeja. GnRH-analogeihin kuuluu agonisteja eli stimuloivia sekä antagonisteja eli inaktivoivia hormoneja. GnRH-agonistit annostellaan joko nenäsumutteena, ihon alaisen kapselin avulla tai pitkävaikutteisina pistoksina, antagonistit annostellaan pistoksina. (Varis 2012, 13–14.)

Munasarjojen stimulaatio voidaan toteuttaa joko lyhyellä tai pitkällä kaavalla. Lyhyen kaavan mukainen hoito aloitetaan munasarjojen kypsytyksellä ja noin viikon kuluttua annostellaan ihon alainen pistos GnRH-antagonistia, joka estää follikkeleiden enneaikaisen puhkeamisen. Pitkän kaavan mukainen hoito aloitetaan GnRH-agonistilla viikkoa ennen kuukautisia. Kahden viikon aikana ne lamaavat munasarjojen toiminnan. Tämän jälkeen aloitetaan follikkeleita stimuloiva hoito gonadotropiinien avulla. Näin saadaan kypsynettyä mahdollisimman monta ja tasalaatuisia munasoluja. (Varis 2013, 15.)

Munasolujen stimulaatiohoito kestää yleensä noin 9–12 vuorokautta. Sekä pitkässä että lyhyessä hoitokaavassa munasolujen ollessa noin 18–20mm kokoisia annostellaan ihonalainen pistos hCG-hormonia, jonka tarkoitus on irrottaa munasolut. (Morin-Papunen & Koivunen 2012, 1573.)

Munarakkulapunktio

Munarakkulapunktio tapahtuu 36 tuntia hCG-pistoksen jälkeen, jossa kerätään kasvaneet follikkelit munasarjoista. Punktion aikana annetaan naiselle suonensisäinen lääkitys, yleensä rauhoittava lääke sekä kipulääke. Punktio tapahtuu ultraääniohjattuna, jossa lääkäri vie neulan emättimen seinämän läpi munarakkuloihin. Neulan avulla jokainen kasvanut munarakkula tyhjennetään ja munasolut kerätään munarakkulanesteen mukana talteen. (Tiitinen 2017c.)

Punktion jälkeen laboratoriossa etsitään kaikki kypsät munasolut ja siirretään ne yksitelten maljoille hedelmöitystä varten. Miehen antama siemennestenäyte tutkitaan ennen punktiota ja otollisimmat siittiöt siirretään joko munasolun kanssa samalle maljalle tai injektoidaan yksittäin munasolun sisälle hoitomuodosta riippuen. Seuraavana päivänä tarkastetaan hedelmöittyneiden munasolujen lukumäärä. (Tiitinen 2017c.)

Aikaisintaan 48 tunnin jälkeen voidaan hedelmöittynyt ja jakautunut munasolu siirtää kohtuun. Alkio siirretään viimeistään 5 tai 6 päivän ikäisenä sen ollessa blastokystavaiheessa. Vain paras alkio siirretään ja loput alkioista pakastetaan. Pakastetut alkioit voidaan siirtää myöhemmin naisen oman kierron mukaisesti tai hormonien avulla saatuun kiertoon ajoitettuna, jos raskaus ei ala ensimmäisestä alkionsiirrosta. (Tiitinen 2017c.)

Alkio, korkeintaan kaksi, siirretään ultraäänellä vatsan päältä seuraten ohuen katetrin avulla kohtuun. Alkionsiirron jälkeen naiselle aloitetaan yleensä luteaalivaiheen tukihoido. Tukihoidon tarkoituksena on edesauttaa alkion kiinnittymistä noin 12 päivän ajan punktion jälkeen. (Tiitinen 2017c.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla raskausajan kokemuksia tahattoman lapsettomuuden jälkeen sekä sitä, millaista tietoa ja tukea tahatonta lapsettomuutta kokenut pari tai itsellinen nainen haluaisivat saada terveydenhoitajalta raskausaikana äitiysneuvolassa asioidessaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhoitajaopiskelijoille, tahattoman lapsettomuuden parissa työskenteleville ja äitiysneuvolan terveydenhoitajille. Tavoitteena on tuottaa tietoa, miten tahatonta lapsettomuutta kokeneita pareja tai itsellisiä naisia voi tukea heidän raskausaikanaan.

Tehtävät:

1. Miten tahaton lapsettomuus on koettu vaikuttaneen raskausajan kokemuksiin?
2. Millaisia ajatuksia vanhemmuus herätti raskausaikana?
3. Millaista tietoa tahatonta lapsettomuutta kokeneet haluaisivat saada äitiysneuvolassa asioidessaan?
4. Millaista tukea tahatonta lapsettomuutta kokeneet haluaisivat saada äitiysneuvolassa asioidessaan?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, sillä tarkoituksena oli tutkia taha-tonta lapsettomuutta kokeneiden kokemuksia. Laadullisen tutkimuksen kohteena pide-tään yleisesti ihmisiä ja ihmisen kokemaa elämää (Varto 2005, 28–30). Tarkoituksena on selvittää kokemuksia ja merkityksiä. Jokaisella ihmisellä, perheellä, yhteisöllä ja kansalla on samasta tapahtumasta omat kokemukset ja merkityksiä, joita laadullisella tutkimuk-sella halutaan tietystä aihealueesta selvittää. (Varto 2005, 28–30.)

Kvalitatiivinen tutkimus on laadullisista tuloksista kertovaa empiiristä tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 27.) Laadullista tutkimusta edustavia elementtejä ovat esimer-kiksi aineiston keruumenetelmänä käytetty haastattelu, päiväkirjat, pienemmät aineisto koot verrattuna määrälliseen tutkimukseen ja hypoteesittomuus, jolloin aineiston analyysi muodostaa hypoteeseja eikä anna vastauksia ennalta määrättyihin hypoteeseihin. (Laa-dullisen tutkimuksen elementit 2006.)

Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu parhaiten silloin, kun tavoitteena on lisätä ym-märrystä ja käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä, eikä pyrkii tekemään tilastollisia yleistyksiä (Kananen 2014, 19; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74; Tuomi & Sarajärvi 2009, 27). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu myös, että tutkimukseen kuuluva joukko on pieni ja tutkimusjoukon valinta tapahtuu tarkoituksenmukaisesti. (Tuomi 2009, 97).

4.2 Aineiston keruumenetelmä

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin sähköinen lomake, jonka pystyi täyttämään inter-netin Google Forms -palvelussa. Tämä palvelu mahdollisti vastausten kirjoittamisen ky-selylomakkeeseen omin sanoin ja niin pitkästi kuin vastaaja halusi. Anonyymien internet -lomakkeen sijaan, yksilö- tai ryhmähaastatteluna suoritettu tutkimus olisi saattanut pitää

sisällään tutkimustulosten vaihteluita. Haastattelijoissa sekä kysymysten ja lisäkysymysten asettelussa olisi saattanut olla suuria vaihteluroja. Google Forms muotoisella lomakkeella tehty kysely antoi kaikille vastaajille samat kysymykset ja samat mahdollisuudet vastata avoimiin kysymyksiin täysin omin sanoin.

Kyselylomake pyrittiin pitämään tiiviinä ja helppokäyttöisenä, mielekkyyden ja sujuvuuden kannalta, eikä aikakaan koitunut esteeksi. Motivaatio vastata avoimiin kysymyksiin olisi saattanut laskea kyselyn ollessa liian pitkä tai hankalakäyttöinen. Avoinet kysymykset alkoivat sanalla ” Kuvaile...”, jolla pyrittiin saamaan kysymyksen johdattelevuus mahdollisimman pieneksi. Kysymykset olivat suunnatut vain lapsettomuuden kokemukseen äitiysneuvolassa ja tutkimuksen kannalta epäolennaiset kysymykset oli jätetty pois. Kysymyksiin saadut vastaukset arvioitiin ja asiaan kuulumattomat vastaukset sekä tyhjä vastaukset jätettiin analyysistä pois. Aiheeseen liittymättömiä vastauksia sekä tyhjiä vastauksia oli aineiston kokoon verrattuna hyvin vähän ja kaikilta vastaajilta oli saatu suurimpaan osaan avoimista kysymyksistä vastauksia. Jaoin linkkiä kyselyyn 21.5–22.5.2018 Simpukka Ry:n verkkosivuilla sekä Suljettu Simpukka Facebook - ryhmässä.

Kyselyn alussa oli saatekirje, jossa oli tietoa, miksi kysely suoritetaan, mikä on tutkimuksemme tarkoitus ja kenelle tutkimus on suunnattu. Sisäänottokriteereinä oli osallistujien kokemukset tahattomasta lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoilla saadun lapsen saaminen alle 3 vuotta sisään. Kyselyyn saivat osallistua pariskunnat sekä itselliset naiset. (Liite 2)

4.3 Aineiston analyysi

Kerätty aineisto analysoitiin tutkimuskysymyksittäin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä on tarkoitus saada aineistosta tiivistetyssä ja yleisessä muodossa oleva kuvaus (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on karkeasti selitettyä kolmivaiheinen prosessi (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Aluksi luimme saatua aineistoa useaan kertaan ja kävimme tutkimuskysymykset läpi. Jaoin tutkimuskysymykset keskenämme ja aloimme työstämään aineistoa eteenpäin kysymys kerrallaan.

Ensimmäinen vaihe oli aineiston redusointi eli pelkistäminen, tämä tehtiin pelkistämällä tutkimuskysymykseen vastatut alkuperäisilmaisut pelkistetyiksi ilmaisuiksi (Taulukko 1.). Toinen vaihe oli aineiston klusterointi eli ryhmittely, joka toteutettiin ryhmittelemällä kaikki pelkistetyt vastaukset samoihin niitä kuvaaviin alaluokkiin ja niistä edelleen yläluokkiin (Kuva 2.). Kolmas vaihe oli abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen, joka toteutettiin yhdistämällä yläluokat pääluokiksi tai yhdistäviksi luokiksi ja niistä muodostaen yhdistävä käsite (Taulukko 2.). (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–123.)

Taulukko 1. Pelkistettyjen käsitteiden luominen.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
”Lopulta vielä pelotti että synnytyksessä jokin menee pieleen”	Pelko, että synnytyksessä jokin menee pieleen.
”Aloin pelätä että synnytyksessä lapselle tapahtuu jotain.”	Pelko, että synnytyksessä tapahtuu jotain lapselle.
”Varsinkin synnytystä pelkäsin kama-lasti, että jotain menee pieleen.”	Pelko, että synnytyksessä menee jotain pieleen.
”Synnytyspelko oli niin kauhea, että sain pelkosektion.”	Synnytyspelko oli kauhea.
”Että menetän lapsen viimeistään synnytyksessä.”	Lapsen menetys viimeistään synnytyksessä.

Taulukko 2. Alaluokkien, yläluokkien ja pääluokan luominen.

Aluperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Jatkuva pelko keskenmenosta.	Pelko keskenmenosta	Pelon tunne	Raskausajan negatiiviset tunteet.
Menettämisenpelko oli iso koko raskauden ajan.	Menettämisenpelko	Menetyksen pelko	

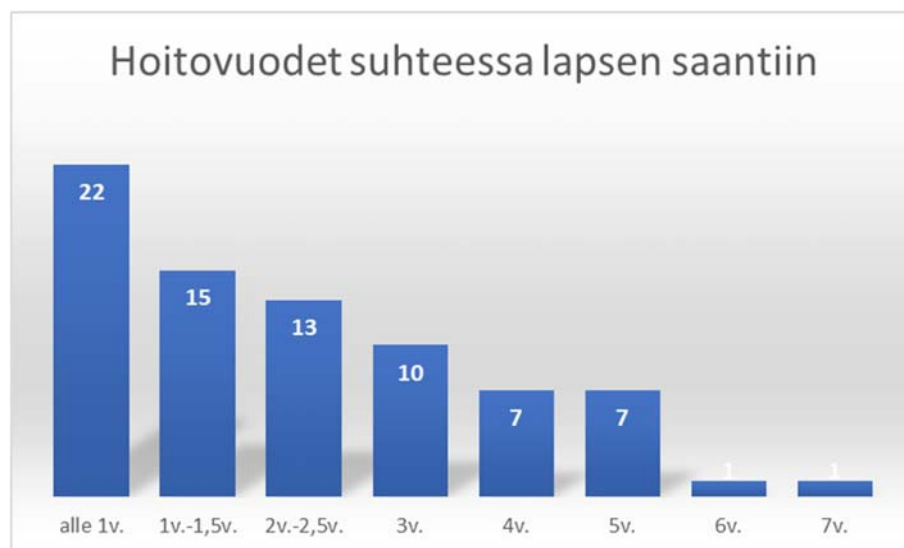
Jokaisessa analyysin vaiheessa pyrimme ymmärtämään, mitä kerrotut asiat merkitsivät ja merkitsevät tutkittavalle. Pyrimme ymmärtämään tutkittavia ja heidän vastauksiaan heidän omasta näkökulmastaan ja häivyttämään omat ennakkoluulot ja -käsitykset tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

Sähköiseen kyselylomakkeeseemme vastasi kaikkiaan N=94 henkilöä. Vastauksista poistettiin kyselylomakkeen testivastaus, aiheeseen liittymättömät, epätarkat ja tyhjät vastaukset. Vastaajien keski-ikä oli 33-vuotta, ikäjakauman ollessa 22–45 -vuoden välillä. Eniten vastauksia saimme 29–39 -vuotialta (n=76). Vastaajista kaikki olivat naisia, joista vain yksi oli mies vastaaja.

Lapsettomuushoitojen kestot vaihtelivat yhdestä kuukaudesta 7 vuoden välillä, jossa eniten syntymään johtaneita raskauksia (n=22) oli ollut ensimmäisen vuoden aikana. Yli 5 vuotta hoitoja saaneiden vastauksista ilmeni enää yksittäisiä raskauksia, 6 vuoden (n=1) ja 7 vuoden (n=1), jotka olivat johtaneet synnytykseen.



KUVIO 1. Hoitovuodet suhteessa lapsen saantiin

Hoitomuotoina mainittiin kaikki lapsettomuuden hoitoon käytetyt hoitomuodot (N=94, - 2 tyhjää vastausta). Eniten vastauksissa oli mainittu IVF hoito n=50, josta oli seurannut raskaus ja synnytys. Yhdistetyn hoitomuodon IVF/ ICSI osuus saaduista hoidoista oli n=4 ja ICSI osuus saaduista hoidoista oli n=22, josta oli seurannut raskaus ja synnytys.

Alkionsiirtoja oli tehty sekä tuorealkiossiirtoina että pakastealkiossiirtoina.

Muilla hoitokeinoilla aikaansaatuja synnytykseen päätyneitä raskauksia olivat yhdynnän ajoitus ovulaation ajankohtaan n=5, ovulaation induktio (OI) n=2, inseminaatio (IUI) n=3 ja itsenäisesti toteutettu hormonilääkehoito tabletti tai injektiohoitona n=6.

5.2 Tahattoman lapsettomuuden vaikutus raskausajan kokemuksiin

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia vaikutuksia tahattomalla lapsettomuudella on ollut raskausajan kokemuksiin. Vastauksissa nousi esiin useita negatiivisia vaikutuksia, joita tahattomalla lapsettomuudella on ollut raskausaikana. Lapsettomuuden yksilöllinen kokemus näkyi myös tuloksissa, koska osalla lapsettomuuden ei koettu vaikuttaneen raskausaikaan.

Lapsettomuudella koettiin olleen negatiivisia vaikutuksia usealla eri alueella raskausaikana. Pelon ja ahdistuksen tunne usein yhdistyi menetyksen pelkoon. Menetyksen pelko koettiin keskenmenon pelkona ja lapsen menetyksenä mahdollisena viimeistään synnytyksen aikana. Epävarmuus raskaudesta yhdistyi myös menetyksen pelkoon ja esiintyi vastauksissa epäuskona raskautta kohtaan ja pessimistisenä ajatteluna raskauden kestosta synnytykseen saakka. Synnytyspelko ja pelon tunne siitä, että viimeistään synnytyksessä vauvalle tapahtuisi jotain pahaa, nousivat esiin vahvasti. Raskaudesta ei uskallettu iloita ja nauttia, vaikka raskautta oli odotettu ja haluttu pitkään sekä sen aikaansaamisesta oli maksettu. Ilon ja nautinnon puuttuminen raskausajalta nousi esiin syyllisyydentunteina. Negatiivisten tunteiden ja raskausajan vaivojen ilmaisua vältettiin ja koettiin sen olevan kiellettyä, koska raskautta oli toivottu niin pitkään.

Lopulta vielä pelotti että synnytyksessä jokin menee pieleen ja lapsi kuolee.

Ajattelin myös, että en voi valittaa, koska olen tätä niin kovasti halunnut ja isolla rahalla maksanut.

Vastauksista ilmeni myös **lapsettomuuden vaikutus vanhemmuuteen valmistautumisessa**. Lasta ei osattu ajatella omana, jolloin lapsen tuloon ja vanhemmaksi kasvuun valmistautuminen jäi aivan viime hetkille ennen lapsen syntymää. Keskenmenon ja komplikaatioiden pelko heijastui vahvasti vanhemmuuden kasvuun, koska oman lapsen saaminen vaikutti koko raskauden ajan epävarmalla. Tulevaan lapseen kiintymistä vältettiin ja lapsesta pahimmassa tapauksessa tulevasta lapsesta ei keskusteltu ollenkaan.

Lapsettomuuden vaikuttamattomuus raskausajan kokemuksiin ilmeni myös vastauksista. Lapsettomuus koetaan hyvin yksilöllisesti ja siksi osan vastaajista vastaukset olivat toisten vastakohtia. Osalla oli kokemus, ettei lapsettomuuden koettu vaikuttaneen raskaudesta nauttimiseen. Raskauden mahdolliset vaivat oli helppo kestää, koska raskautta oli toivottu pitkään. Raskaus herätti onnellisuutta ja vahvaa kiitollisuuden tunnetta. Onnellisuus ja kiitollisuus raskaudesta vaikuttivat positiivisesti raskausajasta nauttimiseen ja vanhemmuuteen valmistautumiseen.

Arvostanut jokaista hetkeä ja muistuttanut itseä joka päivä, kuinka kiitollinen olen raskaudesta.

5.3 Ajatuksia vanhemmuudesta raskausaikana

Vanhemmuus herätti iloisia ja onnellisia ajatuksia, naiseuden tunnetta, kiitollisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunnetta, mutta erityisesti erilaisia pelkoja, surua kuin uskaltamattomuuden tunteita vanhemmuuden rakentumisen osalta.

Vanhemmuuden herättäessä iloisia ja onnellisia ajatuksia raskausaikana, kuvailtiin liittyvän tulevaisuuteen ja vanhemmuuden luottamuksen kokemuksiin. Toivo perheestä ja ajatukset vanhemmuudesta olivat saaneet myönteisen muotonsa raskausaikana. Vanhemmuuteen kasvua oli kuvailtu toiveikkaana ja luonnollisena, johon liitettiin ihania tunteita. Vanhemmuuteen luotettiin ja lasta odotettiin itsevarmoin tuntein. Vanhemmuus ei pelottanut. Heillä oli uskoa valmiudesta vanhemmuuteen ja pärjäämiseen. Perheeksi ja vanhemmaksi kasvamista kuvailtiin kiitollisuuden, rakkauden ja yhteenkuuluvuuden tuntein. Naiseuden ja äitiyden kokeminen kuvailtiin vahvistuneen hedelmöittymisen ja raskauden etenemisen myötä. Negatiivisia ajatuksia tai tunteita ei ollut.

Positiivisen odottavaisia ajatuksia.

Vanhemmuuden herättäessä hämmästyneitä ajatuksia raskausaikana, kuvailtiin tulevaisuutta ja vanhemmuutta epäilevin ajatuksin. Tunteiden aallokkoa kuvattiin sekavina ja ristiriitaisina tunteina. Saman aikaisesti raskaudesta koettiin onnea, pelkoa ja hämmennystä. Vanhemmuutta ajateltiin vain vähän tai vanhemmuutta alettiin ajatella vasta hie-man ennen lapsen syntymää. Kun vanhemmuutta ei raskausaikana ajateltu, tulevaisuuden koettiin olevan epävarmaa. Tähän vaikuttivat edelliset kokemukset ja menettämisen pelko. Raskaus tuntui epävarmalta ja hämmästyttävältä ajanjaksolta, josta ei uskallettu puhua tai nauttia. Surua edellisistä keskenmenoista kuvailtiin hyvin vahvoin tuntein ja uudessa raskaudessa psyykkisiä, fyysisiä voimavaroja vievänä. Surua oli koettu lisäksi lapsettomuuden aiheuttamista taloudellisesta menetyksistä ja kokonaisvaltaisesta väsymyksestä ja turhauman tunteesta johtuen.

Aika luottavaisin mielin olin ja vanhemmuus ei erityisesti hermostuttanut. Lähinnä se tuntui luonnolliselta ja ihanalta ajatukselta.

Vanhemmuuden herättäessä epätodellisia ajatuksia raskausaikana, kuvailtiin jännittynein ja huoli-ilmaisuin. Jännitettiin tulevaisuutta, lapsen hoitamista ja riittävyttä vanhempana. Vanhemmuutta kuvailtiin epätodellisena. Vanhemmuutta pelättiin, johon liitettiin riittämättömyyden tunne. Erilaisia ajatuksia vastuusta ja vanhemmuudesta oli pohdittu raskausaikana, mutta joista oli päädytty tekemään myös kysymyksiä itselle. Epäilyä valmiudesta vanhemmaksi ja äidiksi oli. Epäonnistumisen pelkoa kuvailtiin ahdistuksena vanhemmuudesta raskauden loppuvaiheessa.

Osaanko ja onko vanhemmuus yhtä hankalaa kuin hedelmöitymisen aikaansaaminen?

Vanhemmuuden herättäessä stressiä ja pelkoa raskausaikana, kuvailtiin hyvin vaikeana ja koettelevana aikana, jolloin lapsen menettämisenpelko oli todellista. Raskausaika oli kuvailtu hankalana, jossa psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen vointi olivat tuotu esiin. Raskausaika oli aikaa, jolloin raskaudesta ei kyetty nauttimaan ollenkaan. Tarkoitus oli saattaa raskaus loppuun ja ajatukset synnytyksestä, olivat tärkeimmät. Tänä aikana ei

valmistauduttu lapsen saapumiseen henkisesti. Raskausaikana ei mietitty omaa tulevaa äitiyttä, isyyttä, vanhemmuutta tai suhteita. Stressi ja pelko estivät vanhemmuuden ajatteleminen. Pelko keskenmenosta ja pettymyksen uusiutumisesta aiheuttivat tunteiden esitymistä. Uusia pettymyksiä ei haluttu, eikä vanhemmuuden ajatuksella leikitty. Vanhemmuutta ei riskitekijöiden vuoksi ajateltu, sillä keskiössä oli ainoastaan raskauden eteneminen ja synnytys. Vasta konkreettinen kokemus ja synnytys toivat luvan ajatella tulevaisuutta ja vanhemmuutta. Riskitekijöiksi kuvailtiin lääketieteelliset tutkimukset ja hoidot raskausaikana, sairaudet, komplikaatiot ja todellinen keskenmenon riski.

Vanhemmuus oli suuri unelma, niin suuri, että siitä oli vaikeaa unelmoida.

Vanhemmuuden ja kiintymyssuhteen luomisen vaikeutta raskausaikana, kuvailtiin suoraan uskaltamattomuutena ajatella tulevaisuutta. Vanhemmuutta ei osattu ajatella etukäteen tai vanhemmuuden ajattelu oli täysin kielletty raskausaikana. Vanhemmuuteen valmistautumista ei ollut ollut, mutta lapsen suojeleminen koettiin kuitenkin tärkeäksi. Kiintymyssuhde lapseen tapahtui lapsen synnyttyä. Kiintymyssuhdetta ei myöskään oltu uskallettu ajatella raskausaikana pelkojen vuoksi, kun lapsen toivottiin ensin syntyvän.

Vanhemmuus ja tuleva suhde lapseen kuvautui jäsentymättömänä, eikä tulevaa suhdetta puolisoon tai omiin vanhempiin oltu myöskään vastauksista pohdittu. Lisäksi mitä kauemmin lapsettomuushoidot olivat kestäneet, sitä todennäköisemmin raskauden painopiste oli raskauden etenemisessä ja synnytyksessä, eikä kiintymyssuhteessa tai vanhemmuuteen kasvussa. Vanhemmaksi kasvu ja sen ajattelu oivat jääneet synnytyksen jälkeiseen aikaan.

Vanhemmuuteen valmistautuminen oli jäänyt yritys aikana taka-alalle, kun oli keskitytty vain raskauden alkuunsaamiseen. Lapsen suojeleminen tuntui erityisen tärkeältä.

5.4 Äitiysneuvolalta toivottu tieto tahattoman lapsettomuuden jälkeen

Vastanneista suurin osa koki **äitiysneuvolan tiedonannon olleen riittävää** tai kokivat, etteivät tarvinnut enempää tietoa mistään. Äitiysneuvolan toimintaan ja tiedonsaantiin

oltiin pääasiassa tyytyväisiä, mutta vastauksista ilmeni myös kehittämistoiveita neuvolatoimintaa kohtaan.

Tietoa raskausajasta kaivattiin yleisesti, kuten liikunnan merkityksestä sekä sen turvallisuudesta raskauden aikana. Osa toivoi tietoa siitä, mitä omassa voinnissa olisi ollut hyvä tarkkailla mahdollisten komplikaatioiden vuoksi. Tiedonkaipuu raskaudesta kumpusi osalla epävarmuudesta ja menetyksen pelon kautta, haluttiin olla varmoja, ettei mikään vahingoittaisi tai vaarantaisi raskauden kulkua. **Tietoa synnytykseen valmistautumisesta ja imetysohjauksesta** toivottiin lisää. Usea vastaajista olisi kaivannut lisää tietoa imettamisestä ja sen onnistumiseen vaikuttamisesta. Synnytystä varten saatu tieto ja ohjaus koettiin merkittävänä osuutena ja siksi sitä olisi toivottu lisää. Tiedonkaipuu synnytyksestä osalla varmasti heijastui menetyksen ja synnytyksessä mahdollisesti tapahtuvien komplikaatioiden pelkoon.

Tietoa masennuksesta ja neuvolapsykologin vastaanotosta ja toiminnasta toivottiin lisää. Keskusteluapua ja tietoa siitä olisi usea tarvinnut lisää. Lapsettomuus on kokemuksena henkisesti ja fyysisesti raskas ja raskauden alku ei aina tuo haluttua helpotusta. Tietoa mahdollisuudesta päästä keskustelemaan neuvolapsykologin kanssa tarvittiin, koska psyykkiselle tuelle oli selkeästi tarvetta. Vastaajista osa olisi tarvinnut tietoa mielialojen vaihtelusta, raskausajan ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta.

Olisi ollut hyvä, jos terveydenhoitaja olisi maininnut mahdollisuudesta päästä keskustelemaan peloista psykologin kanssa.

Tietoa kaivattiin lisää lapsettomuuden vaikutuksista raskausaikaan. Tahattoman lapsettomuuden taustan huomioimista toivottiin lisää. Toiveita nousi siitä, että äitiysneuvolassa olisi keskusteltu aiemmista lapsettomuushoidoista ja lapsettomuuden mahdollisista vaikutuksista mielialaan, raskausaikaan ja vanhemmuuteen. Vastauksista nousi esiin kokemus, ettei äitiysneuvolassa tunnettu termejä ja tiedetty lapsettomuuden kokemuksesta ja haavoittavuudesta.

Toivoisin kyllä, että neuvolassa olisi enemmän tietoa hoidoista ja niiden vaikutuksista.

Tietoa vertaistuesta ja tietoa, kuinka moni muikin käy samoja ajatuksia ja kokemuksia läpi raskausaikana lapsettomuuden jälkeen, koettiin tarvittavan lisää. Tietoa, mistä tukea ja vertaisia voisi löytää, kaivattiin. Lapseton ei välttämättä koe olevansa yhdenvertainen ilman hoitoja raskaaksi tulleen kanssa ja saattaa kokea painetta ja syyllisyydentuntoa omista ajatuksistaan ja tunteistaan. Tieto mahdollisuudesta vertaistukeen ja apu sen löytämiseen oli toivottua.

Vahvistusta sille, että muutkin lapsettomuushoidoilla lasta odottavat kokevat samoja tunteita.

5.5 Äitiysneuvolalta toivottu tuki tahattoman lapsettomuuden jälkeen

Äitiysneuvolan terveydenhoitajalta toivottiin yksilöllistä tukea, vertaistukea, tiedollista tukea ja henkistä tukea. Holistinen näkemys psyykkisestä-, fyysisestä-, sosiaalisesta- tuesta raskausaikana ja synnytyksen jälkeen olivat kuvailtuna. Lisäksi äitiysneuvolan terveydenhoitajalta edellytettiin ymmärrystä lapsettomuushoidoista, empatiakykyä ja aikaa.

Terveydenhoitajan antama yksilöllinen tuki, kuvailtiin koostuvan yleisesti lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin liittyvänä tietona, sekä millaisista lapsettomuushoidoista parin kohdalla on ollut kyse. Lisäksi lapsettomuushoitajien käsitteiden toivottiin olevan terveydenhoitajalla hallinnassa. Terveydenhoitajan lapsettomuushoitajien ymmärtämisen kuvailtiin olevan lapsettomuutta kokeneen parin paremman ymmärtämisen ja luottamuksen perusta. Lisäksi yksilöllinen tilanteiden kestoisuuden ja yhtäjaksoisen keskenmenon pelon tunteen ymmärtäminen olisivat olleet keskusteluavun lähtökohta ja peruste jatkoavun tarjoamiselle. Terveydenhoitajan yksilöllinen tuki koostui vastausten perusteella fyysisestä hoitamisesta, kliinisistä mittauksista ja raskauden seurannasta. Lapsettomuushoitoja ei oltu otettu huomioon riittävästi, asia oli sivuutettu tai niistä ei oltu keskusteltu ollenkaan. Myöskään niihin liittyviä psyykkisiä tai psykososiaalisia tuentarpeita ei oltu huomioitu asiakasta tyydyttävällä tavalla. Tukea toivottiin psyykkiseen hyvinvointiin, tunteiden käsittelyyn raskausaikana, vanhemmuuteen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan. Konkreettiseksi tukimuodoksi ilmaistiin halu keskustella terveydenhoitajan kanssa,

”Sillä lapsettomuus ei pääty synnytykseen”. Vastauksissa psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen lapsettomuushoitajien jälkeen oli nostettu tarpeena neuvolapsykologin käynneille.

Monet ajattelevat, että lapsettomuuden suru ja kokeminen päättyvät raskauteen ja lapsen saamiseen, mutta ne vain muuttavat muotoaan. Itse olen aina kokenut, että olen aina lapseton, vaikka lapsia jo onkin. Aina ne kaikki tunteet ja käydyt asiat kulkevat mukana...

Kyselyä siitä miten jaksan ja rohkaisua vanhemmuuden ajattelemiseen.

Terveydenhoitajan empatiakyky ja lapsettoman parin kohtaaminen, kuvailtiin terveydenhoitajan kykyä ottaa huomioon parin kokemukset lapsettomuushoidoista ja kykyä erottaa molempien vanhempien henkilökohtaiset pelot, joita raskaus oli herättänyt. Tukea toivottiin myös muun perheen tunteiden huomioon ottamisena kannattelukäyntien tai keskusteluavun tarjoamisen muodossa. Lisäultraäänimahdollisuuksia ja herkkyyttä lapsettomuushoidoilla aikaan saatua raskautta ja äitiä kohtaan toivottiin enemmän. Lisäksi äitiysneuvolan terveydenhoitajalta edellytettiin ymmärrystä, läsnäoloa, aikaa ja myötäelävää keskustelua menettämisen pelosta, yhtäjaksoisesta huolesta ja odotukseen liittyvistä ristiriitaisuuksista.

Olisin toivonut, että terveydenhoitaja olisi osannut kohdata minut paremmin. Kyselyt enemmän mm. taustastamme, jotta olisi osannut asettua paremmin asemaani/asemaamme.

Terveydenhoitajan holistinen tuen neutraalius, kuvailtiin siten, että tiedon saanti ja annettu tuki olivat olleet käynneillä riittävää, tyydyttävää ja neutraalia. Neuvolakäynnit olivat sujuneet, eikä lisätukea oikein mihinkään fyysisiin, psyykkisiin tai sosiaalisiin asioihin kaivattu. Äitiysneuvolan terveydenhoitajan oli koettu olleen riittävä asiantuntija. Lisäkäyntejä tai kannattelukäyntejä oli ollut riittävästi, sekä tukea äitiysneuvolan terveydenhoitajalta oli yksilöllisesti saatu. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja oli ymmärtänyt tilanteen vakavuuden ja oli osannut tarjota ajoissa psyykkisen hyvinvoinnin turvaamiseksi lisäneuvolakäyntejä muun muassa sydänäänien kuuntelukertoina. Äitiysneuvolan tervey-

denhoitaja kuvailtiin mukavaksi ja saman neuvolan terveydenhoitajan koettiin olleen tärkeä raskauden alusta loppuun asti. Raskausaikana oli saatu kohdennettua tukea ja ymmärrystä. Äitiysneuvolan terveydenhoitajalla oli koettu olleen yleisellä tasolla ammattilainen. Erityisosaamista lapsettomuustutkimuksista tai -hoidoista ei kuvailtu äitiysneuvolan terveydenhoitajalla olleen. Äitiysneuvolan terveydenhoitaja oli huomionut kliinisten tutkimusten ja raskauden seurannan lisäksi psyykkisen hyvinvoinnin.

Sain riittävää tukea. Uskoa raskauden menemiseen hyvin.

Meillä oli aivan huippu terveydenhoitaja neuvolassa! Sain tukea ja luvan käydä niin usein, kun halusin kuuntelemassa sydänääniä...

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen tuloksista

Lapsettomuuden taustalla voi olla useita syitä, joihin voidaan mahdollisesti vaikuttaa omin terveystottumuksin sekä lääketieteellisin keinoin. Suurin osa saa Suomessa tarjotuilla hoidolla lapsen, mutta lapsettomuushoidot eivät silti takaa 100% varmuudella lapsen saantia. Lapsettomuuteen liittyvät tutkimukset tai -hoidot eivät näy päällepäin, mutta ne vaikuttavat ja horjuttavat ihmisen perusolemusta, ihmisyyttä. (Anttila, 2002.)

Tuloksista ilmeni, että raskaus oli saatu aikaan monin erilaisin hoitomuodoin. Hedelmöitymisestä ja raskaudesta oli iloittu, mutta jota oli myös jännitetty ja pelätty. Pelko oli yksiselitteisesti kuvailtu yhtenä ainoana pelkona, menetyksen pelkona, joka varjosti koko raskausajan. Pelko esti itselle sallittua nautintoa raskaudesta ja ajatuksia vanhemmuudesta. Hedelmöittyminen, raskaus ja tuleva vanhemmuus kuvailtiin epätodellisena pitkäkestoisena huolenjatkumona, joka ei vauvan synnyttyä hävinnytkään. Tutkimuksien mukaan naiset kokevat lapsettomuuden taakan psyykkisesti raskaampana kuin miehet (Tulpala 532).

Lapsettomuuden kriisi oli joillakin henkilöillä jatkunut vielä synnytyksen jälkeiseen aikaan jälkiväsyyksenä. Väsymys ilmeni epätietoisuutena vauvan hoitamisessa, rasittaen lisäksi perheen sisäistä dynamiikkaan. Vanhemmuuden omaksumista suoraviivaisena jatkumona raskaudelle ja synnytykselle ei vastauksissa oltu kerrottu olleen. Ennemminkin toistuvana johtoajatuksena nousi raskauden jatkumisen painopiste synnytykseksi ilman vanhemmuuden tunteen kasvua. Myös paineita, hermostuneisuutta, varautuneisuutta, jännitystä ja uskaltamattomuutta ajatella tulevaa synnytyksen jälkeistä aikaa ja vanhemmuutta kuvailtiin olleen. Vanhemmuuteen valmistautumista ennakkoon suunniteltuna tai psykososiaalisten suhteiden avulla ei kuvastunut. Ajatukset vanhemmuudesta heräsivät tai konkretisoituivat vasta synnytyksen yhteydessä tai jälkeen. Omaehtoista tiedonkeruuta vanhemmuudesta ei myöskään löytynyt.

Suurin osa vastanneista olisi halunnut saada keskusteluapu tai jonkinlaista terapiamahdollisuutta raskauden aikana. Terapiamahdollisuus oli mainittu, koska koko raskausaika oli koettu stressaavana ja menetyksen pelon varjostamana.

Tulokset osoittavat, millaista tukea osa lapsettomuutta kokenut olisi toivonut lisää äitiys- ja lastenneuvolasta raskausaikana. Terveystenhoitajan toivottiin ymmärtävän ja omaavan faktatietoa lapsettomuustutkimuksista, -hoidoista ja niiden kuormittavuudesta.

Opinnäytetyötä voi jatkossa käyttää ohjemateriaalina lapsettomuushoidoista ja lapsettomuuden merkityksestä terveyden- ja sairaanhoitajaksi opiskeleville. Opinnäytetyö toimii viitekehyksen lisäksi tulosten osalta tietona äitiysneuvolassa työskenteleville lapsettomuuden kokemuksista. Tuloksista terveydenhoitajat voivat nähdä, kuinka he voivat vaikuttaa jatkossa paremmin vanhemmuuden kasvuun ja pelkojen lievitykseen raskausaikana tahatonta lapsettomuutta kokeneiden asiakkaiden kohdalla.

Lopuksi erillisenä toiveena oli esitetty lehtinen tai opasvihkonen äitiysneuvolasta jaettuna lapsettomuutta kokeneille, otsikolla ”Vanhemmaksi lapsettomuuden jälkeen”, jossa toivottiin henkisen tuentarpeen nostamista teemana, psykososiaalisen kasvun ja vanhemmuuden tueksi.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tämä opinnäytetyö aloitettiin tammikuussa 2018. Opinnäytetyön yhteistyöloMAKE allekirjoitettiin kuukautta myöhemmin Simpukka ry:n Tampereen toimipisteessä. Tällöin aihealue käytiin suullisesti lävitse yhdistyksen yhteistyöhenkilön kanssa. Suunnitelma työn toteuttamiseksi laadittiin ja samalla käyntikerralla hyväksyttiin. Sopimuksena oli toteuttaa laadullinen tutkimus, tahattoman lapsettomuuden kokemuksista raskausaikana, kyselylomakkeen avulla. Huolellinen suunnittelu ja yhteistyö Simpukka ry:n kanssa lisäsi työn luotettavuutta.

Terveystenhoitajan hoitotyön päämäärä on terveyden edistäminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja hoitaminen, sekä kärsimysten lieventäminen (Leino-Kilpi, Välimäki 2009, 14). Tässä opinnäytetyössä terveydenhoitajaopiskelijat pyrkivät tuomaan kuvailtuja kokemuksia esille, sillä tietoa ja tukea aiheesta tarvitaan tahaton lapsettomuuden lisääntymisen

vuoksi. Sensitiivisestä luonteesta johtuen aihealue vaati terveydenhoitajaopiskelijoilta tietoa arvoista ja etiikasta jo ennen tutkimuksen toteuttamista. (Leino-Kilpi, Välimäki 2009, 28.) Tutkimuksen luonteen vuoksi kyselylomakkeen saatekirjeen tuli olla riittävän informoiva, jotta vastaaja sai asiaa koskevaa tietoa riittävästi päätöksensä tueksi. Tämä oli erityisen tärkeää, koska kyseessä oli arkaluontoinen ja kauaskantoinen perheen sisäinen asia. (Leino-Kilpi, Välimäki 2009, 202.)

Kyselylomake tehtiin sähköisenä, jotta tunnistamattomuus ja anonyymiyys säilyisi. Kutsu lomakkeen täyttämiseksi jaettiin toukokuussa Simpukka ry:n Facebook -ryhmässä. Simpukka Ry:n kautta tapahtunut jako rajasi vastaajat lapsettomuutta kokeneiden pariin. Ennen kyselylomakkeelle siirtymistä oli saatekirje (Liite 2), jossa asia esitettiin tarkasti yhteystietojen kanssa. Yhteystiedot oli annettu kysymysmahdollisuuden vuoksi, mikäli vastaaja olisi halunnut saada tutkimuksen aikana lisätietoa. Saatekirjeen myötä vastaaja antoi tietoisensa suostumuksensa ja tutkimuksen suorittajille mahdollisuuden käyttää vastauksia tutkimuksessaan hyväksi. Kyselylomakkeen kautta ei tullut yhteydenottoja tutkimuksen tekijöille. Koska kyselylomake oli sähköinen ja kaikille valtakunnallisesti avoin, vastauksia saatiin luultavasti ympäri Suomen. Vastaajilta ei kysytty henkilötietoja eikä paikkakuntaa. Tämä tuki sitä, että vastaajan tunnistamattomuus säilyi. Myös aiheen sensitiivisyyden vuoksi tutkimustapa oli eettisesti inhimillinen ja hyvään pyrkivä. (Leino-Kilpi, Välimäki 2009, 23).

Jokaisella vastaajalla oli mahdollisuus täyttää kyselylomake katsomassaan paikassa, henkilökohtaisesti ja rauhassa. Kyselylomake tuki etiikan näkökulmasta sitä ajatusta, että vastaajan ainutlaatuisuutta suojeltiin ja suojellaan. Hänen arvojaan kunnioitetaan ja, että vastaajilla oli tieto keskeyttämisen mahdollisuudesta. (Leino-Kilpi, Välimäki 2009, 28.) Vastaajien terveyttä ja terveyteen liittyviä näkemyksiä ei arvostella ja, että terveydenhoitajaopiskelijat käyttävät ammatillisesti päteviä menetelmiä vastauksia analysoidessaan ja niitä säilyttäessään. Lisäksi kyselylomakkeen taustakysymyksillä tai avoimilla kysymyksillä ei tavoiteltu muuta kuin kuvailuja tahattoman lapsettomuuden kokemuksista raskausaikana äitiysneuvolassa asioidessaan. (Leino-Kilpi, Välimäki 2009, 360.)

Tutkimus toteutettiin inhimillisesti, hoitotieteeseen liittyen hyväksytyllä menetelmällä, vastuullisesti. Tutkimus noudatti rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuslomake kohdennettiin oikeaan ryhmään. Aihe ja kysymykset valittiin usean pohdinnan

kautta tarkasti. Tutkimusaihe ja tutkimusongelmat määriteltiin niin, etteivät ne loukanneet tai väheksyneet ketään. Kysymykset eivät sisältäneet olettamuksia. Tutkimuksessa käytettiin tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointimenetelmiä. (Leino-Kilpi, Välimäki 2009, 364 –374.)

Tutkimuksen validiteettia eli luotettavuutta määritellään sen avulla, kuinka hyvin tutkimus ja sen kysymykset on osoitettu oikealla kohderyhmälle. Tutkimuksen validiteettia voi arvioida monella eri tavalla ja eri näkökulmista. Valitsimme laadullisen tutkimuksen, koska tällöin oli mahdollista tutkia ja analysoida lapsettomuutta kokeneiden kokemuksia äitiysneuvolassa. Valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin sen omalle aineistollemme sen sopivuuden vuoksi. Halusimme myös lukijan pystyvän kulkemaan analysointiprosessin läpi ja ymmärtämään mitä ja miksi on analyysin eri kohdissa tehty. Pyrimme analysoimaan tuloksia sellaisina kuin ne olivat meille kirjoitettu ja jättämään tulkinnanvaraiset asiat ja omat näkemykset pois. (Hiltunen 2009.)

Opinnäytetyössämme on määritelty käyttämämme käsitteet ja tietoa viitekehukseen on haettu laajalta alalta. Olemme pyrkineet käyttämään myös englanninkielisiä lähteitä luotettavasti sekä löytämään lähteitä, jotka ovat ajankohtaisia. Pidämme käyttämiämme artikkeleita, tutkimuksia ja lähteitä opinnäytetyöhömme eettisesti soveltuvina.

Tutkimusaineisto annetaan tarvittaessa opinnäytetyön arvioijien nähtäväksi luotettavuutta arvioidessa ja toimitetaan opinnäytetyö prosessin päätteeksi Simpukka Ry:n käyttöön. (Hiltunen 2009.)

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheena olisi hyvä tutkia tätä aihetta kvantitatiivisesta näkökulmasta katsottuna. Jatkotutkimusaiheena voi selvittää, onko hedelmällisyshoitojen kestolla vaikutusta vanhemman ja vauvan vuorovaikutussuhteeseen tai kiintymyssuhteeseen. Lisäksi olisi kiinnostavaa selvittää sosiologisesta tai käyttäytymistieteiden näkökulmasta, onko varhaisen vuorovaikutuksen muodostumisessa vanhempien ja lapsen välillä havaittavissa eroja ilman lapsettomuushoitoja raskaaksi tulleiden kesken.

LÄHTEET

- Anttila, L. 2002. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. *Duodecim*. Väestöliitto. 118 (5). Luettu 4.10.2018. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/perhetutkimus/hedelmällisyys-haltuun/.
- Arya, S. Dibb, B. 2016. The experience of infertility treatment: the male perspective. *Human Fertility* 19 (4), 242-248. Luettu 7.12.2018. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14647273.2016.1222083?scroll=top&needAccess=true>
- Duodecim. 2017. Raskaus ja sukupuolitaudit. Luettu 5.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01140.
- Duodecim. 2017. Savilinna, N. Unkila-Kallio, L. Härkki, P. Tiitinen, A. Heikinheimo, O. Selektiivinen progesteronireseptorin muuntelijat: uusia mahdollisuuksia gynekologiseen hormonihoitoon, *Duodecim* 2017;133:27–33. Luettu 12.9.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/1/duo13482>
- Duodecim. 2010. Larmo, A. Mentalisaatio, *Duodecim* 2010; 126: 616–622. Luettu 6.12.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2010/6/duo98674>
- Eskelinen, S. 2016a. Glukoosi. *Duodecim*. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03091
- Eskelinen, S. 2016b. Maksa-arvot (Maksakokeet). *Duodecim*. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03250&p_hakusana=maksa-arvot
- Eskelinen, S. 2016c. Perusverenkuva (B-PVKT, PVK+T). *Duodecim*. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03030
- Eskelinen, S. 2016d. Tyroksiini, vapaa (P-T4-V). *Duodecim*. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03131&p_hakusana=kilpirauhastutkimus
- Eskelinen, S. 2016e. Tyreotropiini (P-TSH). *Duodecim*. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03132&p_hakusana=kilpirauhastutkimus
- Eskola, K. Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. Toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset, kuukautiset, endometrioosi, tahaton lapsettomuus. 1.-2. painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Eskola, K. Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyön asiakkaana. Tytöstä naiseksi. Sukuelinten kehittyminen. 1.-2. painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Eskola, K. Hytönen, E. Komulainen, S. 1990. Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito. Naisen sukupuolielinten rakenne ja toiminta. Porvoo: WSOY SHKS

Eskola, K. Hytönen, E. Komulainen, S. 1990. Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito. Äitiyshuollon riskiryhmät. Porvoo: WSOY SHKS

Eskola, K. Hytönen, E. Komulainen, S. 1990. Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito. Tahaton lapsettomuus. Porvoo: WSOY SHKY

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Graduryhmä. Jyväskylän Yliopisto. Luettu 16.11.2018. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf

Hovatta, O & Niemi, M. 1987. Saisimmeeko lapsen. Espoo: Weilin +Göös.

Hughes, D. A. 2011. Kiintymyskeskeinen vanhemmuus, toimivuutta kasvatukseen. Tampere: Tammerprint Oy.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. Suomen Lääkärilehti 67 (26–31), 2065–2071. Luettu 6.12.2018. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL262012-2065.pdf>

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta -Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014 –2020. Luettu 9.9.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Klemetti, R. 2006. The use of assisted fertilization in Finland: Health effects and equity. Research reports. STAKES. Luettu 20.7.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67686/978-951-44-6860-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Laki hedelmöityshoidoista 22.12.2006/1237.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka Hoitotyössä. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Leinonen, P. 1999. Kilpirauhasen toiminnan häiriöt ja raskaus. Duodecim. Luettu 20.7.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91211.pdf>

Lääketieteen termit. 2002. Duodecim. Gummerus Oy. Jyväskylä

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

Mannerheimin Lastensuojeluliitto. 2018. Lapsen ja vanhemman varhainen vuorovaikutus. Luettu 6.12.2018. <https://www.mll.fi/vanhemmille/tietoa-lapsiperheen-elamasta/vanhemmuus-ja-kasvatus/lapsen-ja-vanhemman-varhainen-vuorovaikutus/>

- Martikainen, H. Repokari, L. 2012. Kuka voi saada hedelmöityshoitoja? Lääkärilehti. vuosikerta 8(27), Luettu 3.8.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kuka-voi-saada-hedelmoityshoitoja/>
- Miettinen M. 1991. Kuopion yliopistollisen sairaalan naistentautipoliklinikan palvelukyky lapsettomuusasiakkaiden arvioimana. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, terveystalouden ja -talouden laitos.
- Miettinen, A. 2015. Miksi syntyvyys laskee? Perhebarometri 2015: Lapsitoiveet murroksessa. Väestöliitto. Luettu 3.8.2018. <http://www.vaestoliitto.fi/?x27375=4874175>
- Morin-Papunen & L. Koivunen, R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot – osa 1. Duodecim. Luettu 20.7.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10381.pdf>
- Morin-Papunen & L. Koivunen, R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot- osa 2. Duodecim. Luettu 20.7.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10440.pdf>
- Mustajoki, P. 2018. Prolaktinooma (maitohormonia tuottava kasvain). Duodecim. Luettu 20.7.2018.
- Neuvolainfo. 2018. Artikkelit; Tahattoman lapsettomuuden huomioiminen asiakastyössä. Luettu 15.9.2018. <https://neuvolainfo.fi/artikkelit/tahattoman-lapsettomuuden-huomioiminen-neuvolatyossa/>
- Nikander, T. 2018. Väestöliitto. Selvitys aiheesta, Synnyttämättömien naisten määrä väestössä vuoden 2017 lopussa ikäluokittain. STAT YHT info. Tilastokeskus.
- Oinonen, T. 1998. Pitkä odotus. Jyväskylä: Gummerus.
- Repokari, L. 2008. Transition to parenthood after assisted reproductive treatment: Followup study of singleton pregnancies. Väitöskirja. Luettu 9.9.2018. University of Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23011/transiti.pdf?sequence=2>
- Räisänen, R. 2007. Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä. Pro Gradu. Tampereen Yliopisto. Luettu 7.12.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78230/gradu01991.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. Laadullisen tutkimuksen elementit. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 16.11.2018. https://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L1_2_2.html
- Saario, P. 1999. Lapsen muotoinen unelma, tahaton lapsettomuus kriisinä. Simpukka ry tiedotelehti. Luettu 3.4.2018. https://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2018/05/LapsenMuotoinenUnelma_2016.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Julkaisuja, 20. Seksuaaliterveys. Luettu 5.10.2018. Stakes. 1996. Klemetti, Perhesuunnittelu 2000. Stakes julkaisuja 10, Lapsettomuus. Helsinki. Luettu 14.9.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/75749>

- Stakes. 1996. Heimonen, A. Launis, T. Liinamo, A. Ehkäistä vai edistää? Nuori perhe-
suunnittelun asiakkaana. Stakes julkaisuja 5. Helsinki. Luettu 14.9.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/77198>
- THL. 2015. Lastenneuvolakäsikirja. Perheen voimavarat. Lomakkeet. Luettu 6.3.2018.
<https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/perhe-ja-kehitysymparisto/perheen-voimavarat>
- Tiitinen, A. 2002. Lapsettomuuden hoidon valinta. Duodecim. Luettu 20.7.2018.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92830.pdf>
- Tiitinen, A. 2017b. Inseminaatio ("Keinosiemennys"). Duodecim. Luettu 20.7.2018.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00872
- Tiitinen, A. 2017c. Koeputkihedelmöitys. Duodecim. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00870
- Tiitinen, A. 2017d. Lapsettomuus. Duodecim. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151
- Tiitinen, A. 2017e. Lapsettomuushoito. Duodecim. Luettu 20.7.2018. Luettu 20.7.2018.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732#s1
- Tiitinen, A. 2017f. Naisen lapsettomuus. Duodecim. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00737
- Tiitinen, A. 2018a. Lapsettomuus. Luettu 15.10.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151
- Tiitinen, A. 2018b. Gynekologinen kaikututkimus. Duodecim. Luettu 20.7.2018.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00126
- Tiitinen, A. 2018c. Gynekologinen tutkimus. Duodecim. Luettu 20.7.2018.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00125
- Tiitinen, A. 2018d. Klamydia. Duodecim. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00139
- Tiitinen, A. 2018e. Miehen lapsettomuus. Duodecim. Luettu 20.7.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00734
- Tiitinen, A. 2018f. Raskaus ja ruokavalio. Duodecim. Luettu 19.8.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01046&p_hakusana=raskaus%20ja%20ravitsemus
- Tiitinen, A. 2018g. Näytteenotto. Papakoe. Luettu 5.12.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00161
- Tilastokeskus. 2018. Syntyvyys pienentynyt kaikissa koulutusryhmissä. Luettu 4.1.2019.
http://www.stat.fi/til/synt/2017/02/synt_2017_02_2018-12-04_tie_001_fi.html

- Tulppala, M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. Luettu 7.12.2018. https://www.parempiavioliitto.fi/artikkelit/LAPSETTOMUUS_SLL26_312012_2086.pdf
- Tiitinen, A. Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuuden syyt. Ylikorkala, O. Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 175–179.
- Tulppala, M. 2012. Lapsettomuuden tuska. Luettu 29.11.2018. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92833.pdf>
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Äimälä A-M. 2017. Viisaat Valinnat. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia 21. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia 22. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.
- Unkila-Kallio, L. 2013. Naishormonit, kuukautiskierron säätely. HYKS NaLa, Naistenklinikka. Luettu 5.10.2018 <https://helda.helsinki.fi/dikk/bitstream/handle/2455/138714/Naishormonit,%20kuukautiskierto%2021.3.pdf>.
- Varis, H. 2013. Koeputkihedelmöitys (IVF): Onko aika vaihtaa menetelmää. Tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Luettu 20.7.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130430/urn_nbn_fi_uef-20130430.pdf
- Varto, J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Lahti: Elan Vital. Luettu 16.11.2018. http://arted.uiah.fi/synnyt/kirjat/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf
- Viinikka, A., Kalland, M., Kauppi, A., Koskull, M. von, Mäkelä, J., Mäntymaa, M., Oksanen, E., Pajulo, M., Puura, K., Pyykkönen, N., Salo, S., Sourander, J., Takalo, A. (Toim.) 2014. Mentalisaatio. Tampere: Mannerheimin Lastensuojeluliitto.
- Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Psykososiaalinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto.
- Väestöliitto. 2018. Syntyneiden määrä. Luettu 15.10.2018. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/syntyvyys/syntyneiden-maara/
- Ylikorkala, O. & Tapanainen, O. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. painos. Helsinki: Duodecim.

LIITTEET

Liite 1. Lapsettomien määrä

Ikäluokassa, joka seurattava hedelmällisen iän loppuun, jota väestötieteessä pidetään 49-vuoden ikää. Lapsettomien osuuden suureneminen viidennekseen ikäluokasta, joka luetavissa taulukosta.

45-49-v. naisia				
Vuosi-luku	% lapsettomia	lasten määrä		Naisten määrä
	45-49-v.	0	1+	
1990	14	22254	137963	160217
1991	14	22854	145042	167896
1992	14	26264	160904	187168
1993	14	28401	172465	200866
1994	14	30203	181534	211737
1995	14	30944	183296	214240
1996	15	30765	179696	210461
1997	15	30726	176537	207263
1998	15	30668	171935	202603
1999	15	30904	168959	199863
2000	16	31088	166594	197682
2001	16	31469	165975	197444
2002	16	31406	163466	194872
2003	16	31227	160802	192029
2004	16	31170	158369	189539
2005	17	31294	156603	187897
2006	17	31389	154783	186172
2007	17	31978	153588	185566
2008	18	32795	154345	187140
2009	18	33558	153673	187231
2010	18	34183	152298	186481
2011	19	34845	150773	185618
2012	19	35218	149373	184591
2013	19	35277	146842	182119
2014	19	34628	142977	177605
2015	20	34091	139008	173099
2016	20	33226	134627	167853
2017	20	32175	129383	161558

Nikander, Timo. 13.11.2018

http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2017/01/vaerak_2017_01_2018-10-01_tau_004_fi.html

Liite 2. Saatekirje

Kysely on tarkoitettu tahatonta lapsettomuutta kokeneille, jotka ovat lapsettomuushoitohen avulla saaneet lapsen alle 3 vuotta sitten. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa, millaista tietoa ja tukea tahatonta lapsettomuutta kokenut pari tai itsellinen nainen olisi halunnut saada terveydenhoitajalta äitiysneuvolassa. Sekä onko aikaisemmalla tahattomalla lapsettomuudella ollut vaikutusta vanhemmuuteen ja raskausaikaan.

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Tämä kysely on osa opinnäytetyötämme, joka tehdään yhteistyössä Lapsettomien yhdistys Simppukka Ry:n kanssa. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tuloksista ei voida tunnistaa yksilöllisiä tietoja. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonyymisti.

Jos sinulla tulee lisää kysyttävää kyselystä tai opinnäytetyöstämme, voit ottaa yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin sähköpostitse.

Kiitos vastauksestasi!

Jenna Tapiomaa

Marjo Laurila

xxx@xxx.xxx

xxx@xxx.xxx