

**RASKAUS- JA LAPSIVUODEAJAN PELOT HEDELMÖITYSHOIDOLLA  
ALKANEESSA RASKAUDESSA**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus  
Hoitotyön koulutus, terveydenhoitaja

kevät, 2020

Elina Karppinen

Hoitotyön koulutus, terveydenhoitaja  
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

---

<b>Tekijä</b>	Elina Karppinen	<b>Vuosi</b> 2020
<b>Työn nimi</b>	Raskaus- ja lapsivuodeajan pelot hedelmöityshoidolla alkaneessa raskaudessa	
<b>Työn ohjaaja/t</b>	Paula Hakala & Piiku Pakkanen	

---

### TIIVISTELMÄ

Suomessa on viime aikoina puhuttu hyvin aktiivisesti syntyvyyden laskusta. Samaan aikaan yhä useampi suomalainen kärsii tahattomasta lapsettomuudesta ja aloittaa lapsettomuushoidot joko julkisella tai yksityisellä sektorilla. Media ja julkiset keskustelut antavat raskaudesta kuvan, jolloin nainen hehkuu onnea ja kauneutta. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsineen ja lapsettomuushoidoilla raskaaksi tulleen naisen kohdalla näin ei aina käy, vaan raskautta varjostavat monenlaiset pelot, kuten pelko vauvan menettämisestä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tahattomasta lapsettomuudesta kärsivien pelkoja raskausaikana, kun takana oli lapsettomuutta ja hedelmöityshoitoja. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, ja sen tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää terveydenhoitajien sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten osaamista. Aineisto kerättiin Lapsettomien yhdistys Simpukan vertaistukiryhmistä muistelmien avulla. Kirjoittajilta saatiin yhteensä kymmenen vastausta, jotka analysoitiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä. Näistä muodostui yksi pääteema: äidin raskaus- ja lapsivuodeajan pelot.

Tulosten mukaan lapsettomuushoidoilla raskaaksi tulleet kärsivät raskausaikana monenlaisista peloista, jotka vaikuttavat äidin hyvinvointiin mutta myös kiintymyssuhteen muodostumiseen. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsiville tulisi tarjota psyykkistä tukea heti lapsettomuushoitojen alkaessa ja sitä tulisi jatkaa myös raskauden ajan, aina lapsivuodeaikaan saakka.

**Avainsanat** tahaton lapsettomuus, hedelmöityshoidot, raskaus, pelot

**Sivut** 63 sivua, joista liitteitä 1 sivu

Degree Programme in Nursing  
Hämeenlinna University Centre

---

<b>Author</b>	Elina Karppinen	<b>Year</b> 2020
<b>Subject</b>	Fears of Pregnancy and Postnatal Period after Infertility Treatments	
<b>Supervisors</b>	Paula Hakala & Piiku Pakkanen	

---

#### ABSTRACT

Finland has recently been very active in talking about declining birth rates. At the same time, more and more Finns are suffering from infertility and starting infertility treatment either in the public or private sector. The media and the public debate give a different picture of the pregnancy, giving the woman a glow of happiness and beauty. For a woman who has suffered from infertility and becomes pregnant with infertility treatments, this is not always the case, but pregnancy is overshadowed by a variety as the fear of losing a baby.

The purpose of this Bachelor's thesis was to identify the fears of unintentional infertility during pregnancy when infertility and fertility treatments were behind. The thesis was carried out as a qualitative study and its aim was to gather information that can be used to develop the skills of nurses and other health care professionals. The material was collected through memoirs from the Lapsettomien yhdistys Simpukka, peer support groups. The authors received a total of ten responses, which were analyzed using inductive content analysis. These became one of the main themes: the fears of the mother during pregnancy and postnatal period.

According to the results, those who become pregnant with infertility treatments suffer from a variety of fears during pregnancy that affected the well-being of the mother but also the formation of attachment. Psychiatric support should be provided to those who have suffered from infertility at the same time when infertility treatment begins, and should continue throughout pregnancy, including postnatal period.

**Keywords** Infertility, infertility treatments, pregnancy, fears

**Pages** 63 pages including appendices 1 page

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TAHATON LAPSETTOMUUS .....	3
2.1	Lapsettomuuden suru ja parisuhde .....	4
2.2	Hedelmöityshoitoja ohjaavat lait, asetukset ja linjaukset .....	5
3	LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSET JA HEDELMÖITYSHOIDOT .....	7
3.1	Munarakkulan kypsytyshoito .....	8
3.2	Inseminaatio, ”keinosiemennys” .....	9
3.3	Koeputkihedelmöitys (IVF), mikroinjektio (ICSI) ja pakastetun alkion siirto .....	9
3.4	Luovutetut sukusolut ja alkiot.....	11
3.5	Psyykkinen tuki lapsettomuushoitojen aikana .....	13
4	RASKAUS HEDELMÖITYSHOITOJEN JÄLKEEN .....	16
4.1	Raskaus luovutetuilla sukusoluilla.....	17
4.2	Raskausaikaan liittyvät pelot ja huolet .....	19
4.3	Vanhemmuus lapsettomuuden jälkeen .....	21
4.4	Psyykkinen tuki raskausaikana .....	22
4.5	Vertaistuki .....	23
5	RASKAUDEN SEURANTA ÄITIYSNEUVOLASSA .....	24
5.1	Raskaudenvaiheet äitiysneuvolassa.....	25
5.2	Äitiysneuvolakäynnit ja niiden sisältö .....	26
5.3	Raskausajan vuorovaikutus ja sen tukeminen äitiysneuvolassa.....	28
5.4	Lapsettomuuden huomioiminen neuvolassa.....	31
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	32
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	32
7.1	Opinnäytetyön menetelmät.....	33
7.2	Aineistonkeruu muistelmakirjoituksilla .....	34
7.3	Kohderyhmä .....	34
7.4	Aineiston analysointi sisällönanalyysimenetelmällä.....	35
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	36
8.1	Syntymättömän vauvan menettämisen pelko .....	37
8.2	Vanhemmukseen liittyvät pelot.....	41
8.3	Synnytykseen liittyvät pelot .....	43
8.4	Vauvan hyvinvointiin liittyvät pelot .....	46
9	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	48
10	POHDINTA.....	49
10.1	Tulosten hyödynnettävyys .....	50

10.2 Eettisyys ja luotettavuus .....	52
10.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi ja jatkotutkimuskohteet .....	54
LÄHTEET .....	56

Liitteet

Liite 1 Kirjoituspyyntö

## 1 JOHDANTO

Moni meistä haaveilee lapsesta jossain vaiheessa elämää. Toisten ihmisten toive lapsesta toteutuu helposti, toisilla se vaatii pidemmän tien, osa ei saa lasta koskaan. Tilanteissa on helppo lausua kliseitä, jotka eivät auta pariskuntaa tahattomaan lapsettomuuteen liittyvien voimakkaiden tunteiden edessä. Lapsettomuuden kanssa painiva joutuu kokemaan riipaisevaa tuskaa, jota ei ymmärrä kukaan muu kuin saman kokenut. Lapsettomuudesta voi olla vaikea puhua, vauvauutisten kuuleminen ja muiden ajattelemattomat kommentit saavat lapsettoman käpertymään entistä enemmän kuoren kätköihin. Tänä päivänä onneksi moni tahattomasta lapsettomuudesta kärsivä saa lapsen tavalla tai toisella. (Lindfors, 2015, ss. 11–12)

Äitiyteen liittyä vahvasti kulttuuri, jossa nainen elää. Kulttuuri tarjoaa raskauteen käsikirjoituksen, joka ohjaa raskaana olevaa läpi tilanteiden ja tapahtumien. Tähän liittyvät normit, odotukset ja vaatimukset luovat peilin, jota vasten nainen tarkkailee omia kokemuksiaan äitiydestään. Kulttuurin lisäksi naiset kohtaavat niin median kuin ammattilaisten tuottamaa äitiyspuhetta, jossa luodaan kuvaa hyvästä ja oikeanlaisesta äitiydestä. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsineiden kohdalla äidiksi tuleminen on psykologisesti haastavampaa ja kuuluu tämän äitiyden ihanteen ja eletyn kokemuksen välillä voi olla suuri ja vaikea täyttää. Äitiyteen liittyvät paineet voivat olla erityisen suuret tahattoman lapsettomuuden ja pitkien hedelmöityshoitojen jälkeen. (Lehto, 2017, ss. 391–392)

Raskauden alkaminen hedelmöityshoitojen tuloksena sisältää jokaisen äidin ja perheen kohdalle erilaisen tarinan. Jokaisella heistä on omanlaisensa historia lapsettomuushoitojen parissa. Monella tie on ollut pitkä ja matkalle on mahtunut paljon pettymyksiä. Raskauden alettua pelko keskenmenosta on suuri. Pelko raskauden onnistumisesta seuraa monen parin rinnalla koko raskausajan. Näissä tilanteissa neuvolan tehtävänä on tukea perhettä ja luoda uskoa siihen, että mahdollisuudet raskauden loppuun saattamiseksi ja vauvan syntymiseen ovat hyvät. (Aitokallio – Tallberg, 2012, ss. 26–31)

Suomessa syntyneiden määrä on laskenut 2010-luvulla noin viidenneksellä ja syntyvyys laskee edelleen. Väestöliitto on selvittänyt syntyvyyden laskuun liittyviä tekijöitä vuonna 2015 tehdyssä Perhebarometri-tutkimuksessa. Keskeisin syy on esikoisen syntymän siirtyminen yhä myöhemmäksi tai niitä ei saada lainkaan, jolloin lapsettomien määrä kasvaa. Vuoden 2018 tilaston mukaan nainen synnyttäisi 1,4 lasta, kun vuonna 2010 tuo luku oli 1,87 lasta. (Rotkirch & Helamaa, n.d.) Suomessa syntyi vuonna 2018 yhteensä 47577 lasta, mikä on lähes kolmetuhatta lasta vähemmän kuin edellisellä vuonna (Tilastokeskus, 2019). Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan vuonna 2016 Suomessa aloi-

tettiin 14000 hedelmöityshoitoa, joista elävän lapsen syntymään päättyi yli kahdeksantoista prosenttia raskauksista. Vuonna 2016 syntyi hedelmöityshoitojen ansiosta 2440 lasta ja tämä on vajaa seitsemän prosenttia kaikista tuona vuonna Suomessa syntyneistä lapsista. (Heino & Gissler, 2018a.)

Lapsettomuushoitoja on tehty Suomessa jo pitkään, mutta tutkimuksia niiden psykososiaalisista vaikutuksista on tehty todella vähän. Erittäin niukasti löytyy tutkimuksia, joissa vanhemmat ovat itse saaneet kertoa omin sanoin kokemuksistaan ja näin tuottaa tutkimustietoa. (Lehto, 2017, s. 392) Kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta löytyy muutamia. Tutkimukselle on selkeästi tarvetta, sillä tahattomasta lapsettomuudesta kärsineiden kokemia pelkoja raskausaikana on tutkittu kovin vähän. Tarve tällaiselle työlle nousi esiin myös Lapsettomien yhdistys Simpukan Facebookin vertaisryhmissä, missä tahatonta lapsettomuutta kokeneet hakevat vertais-tukea heidän raskaudenaikaisille peloilleen. Lisäksi tahattoman lapsettomuuden kanssa töitä tekevien ammattilaisten viesti oli hyvin yksiselitteinen; hoitoalan tietämys tahattomasta lapsettomuudesta ja hedelmöityshoitojen psyykkisestä rankkuudesta on hyvin niukkaa. Tämän lisäksi ammattilaiset kertoivat kohdanneensa äitiysneuvolan terveydenhoitajien oletuksen, ettei tahaton lapsettomuus kuulu heidän työhönsä millään tavalla.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu laadullisena tutkimuksena, jossa tutkimuksen kohderyhmänä ovat tahattomasta lapsettomuudesta kärsivät perheet. Tutkimuksella haluttiin selvittää heidän raskaudenaikaisia pelkoja, kun raskaus oli alkanut hedelmöityshoitojen avulla. Tutkimukseen osallistui kymmenen naista, jotka kirjoittivat muistelmaa omasta raskausajastaan ja niistä peloista, joita he raskausaikana kokivat. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä.

## 2 TAHATON LAPSETTOMUUS

Tahattomasta lapsettomuudesta puhutaan silloin, kun lasta toivova ei ole syystä tai toisesta kyennyt saamaan lasta (Mehiläinen, 2019). Väestöliiton tekemän Perhebarometrin (2015) mukaan hedelmällisessä iässä olevista pareista tahattomasti lapsettomia arvioidaan Suomessa olevan noin 20% eli noin joka viides on kokenut jossain vaiheessa tahatonta lapsettomuutta. Tahatonta lapsettomuutta koskevat tiedot ovat peräisin laajoista tutkimuksista, jotka koskevat koko suomalaista väestöä tai vain naisia. Vertailukelpoista tietoa tahattomasti lapsettomien määrän kehittymisestä on vaikea antaa ja arviot ovat suuntaa-antavia. (Miettinen, n.d.) Vuosittain lapsettomuushoitoihin hakeutuu 3000–4000 uutta paria (Tiitinen, 2019). THL on pitänyt tilastoa hedelmöityshoitojen määristä ja tilastojen valossa vuosittain tehtävien hoitojen määrä on lähes kolminkertaistunut vuoteen 1995. Tuolloin hedelmöityshoitoja tehtiin noin 5000 kappaletta. Vuonna 2000 hoitojen määrässä oli pieni notkahdus, mutta sen jälkeen hoitojen määrät ovat nousseet ja vakiintuneet noin 14000 hoidon vuositasolle. (Heino & Gissler, 2018b) Tahattomasta lapsettomuudesta kärsii Euroopassa yli 25 miljoonaa ihmistä. Maailmanlaajuisesti joka kuudes pariskunta kokee lapsettomuutta elämänsä aikana. (A policy audit of fertility, 2017, s. 6)

Lapsettomuus koskettaa ihmisiä eri yhteiskuntaluokissa ympäri maapalloa. Lääketieteessä puhutaan infertilitetistä eli hedelmättömyydestä, joka määritellään heteroparien kohdalla, kun vuoden kestäneen aktiivisen ja säännöllisen sekä ilman ehkäisyä tapahtuneen yhdynnän jälkeen raskaus ei ole alkanut. Lapsettomuuden syynä voivat olla myös toistuvat keskenmenot, joista puhutaan, kun naisella on ollut vähintään kolme peräkkäistä keskenmenoaa. Lapsettomuusongelmien selittäväksi tekijäksi nähdään osin myös naisten kohonnut synnytysikä. Naisen ikä vaikeuttaa raskauden alkamista ja lisää riskiä keskenmenoille. Vuonna 2016 synnyttäjien keski-ikä oli 30,7 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä 29 vuotta. Kaikista synnyttäjistä yli kaksikymmentä prosenttia oli yli 35-vuotiaita, kun taas alle 20-vuotiaiden osuus synnyttäjissä väheni edelleen ja oli vuonna 2016 alle kaksi prosenttia. Synnyttäjien keski-ikä ei ole ollut 30 vuoteen näin korkealla. (Aaltonen, 2019; Heino, Vuori & Gissler, 2017; Pruuki, Tiihonen & Tuominen, 2015, s. 13; Koskimies, 2004, ss. 42–43)

Primaarissa lapsettomuudessa raskaus ei ole koskaan alkanut. Joskus lapsettomuus voi olla sekundaarista, jolla tarkoitetaan aiemman raskauden tai synnytyksen jälkeistä hedelmättömyyttä. Arvioidaan, että lapsettomuuden syyt jakautuvat tasan naisen ja miehen kesken. Tämän lisäksi syy voi löytyä molemmista ja neljäsosan kohdalla selkeää syytä lapsettomuudelle ei nykytutkimuksilla löydetä. Pariskuntien lapsettomuuden taustalla voi olla monenlaisia syitä. Naisesta johtuvat syyt liittyvät usein munarakkuloiden kypsyshäiriöön tai endometrioosiin. Kohtuun ja munanjohtimiin liittyvät ongelmat ovat myös hyvin yleisiä syitä. Miesten kohdalla



hedelmättömyyden syyt liittyvät yleensä siittiöiden määrän vähyyteen tai niiden huonoon laatuun ja liikkumiseen. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 6; Koskimies, 2004, s. 43)

Lapsettomuus voidaan jakaa lääketieteelliseen sekä sosiaaliseen lapsettomuuteen. Hedelmällisyyden ongelmat liittyvät heteropariskuntien fysiologisiin häiriöihin, jolloin pariskunta on oikeutettu lapsettomuushoitoihin lääketieteen näkökulmasta. Sosiaalisessa lapsettomuudessa ongelmat eivät ole samanlaisia, vaan yleensä niissä ongelmat ovat peräisin siitä, että kyseessä on naispari tai yksin lasta toivova nainen. Tällöin nähdään, että lapsettomuus ei ole lääketieteellinen vaan se johtuu siitä, että heillä ei ole miestä. (Kivipuro, 2015, s. 38) Tässä työssä keskitytään lapsettomuuden jälkeiseen raskauteen ja siihen, millaisia pelkoja odottavilla vanhemmilla on, kun takana on taival lapsettomuushoitajien parissa. Aihetta lähestytään niin lääketieteellisestä kuin hoitotyön näkökulmasta käsin.

## 2.1 Lapsettomuuden suru ja parisuhde

”Minua ärsytti suunnattomasti ne parit, jotka tuntuivat tulevan raskaaksi suurin piirtein pelkämästä käsipäivästä. - -. Katkeruus, suru, kateus ja pettymys. En osannut olla hirveän onnellinen muiden puolesta” (Pruuki, Tiihonen & Tuominen, 2015, s. 65).

Hedelmöityshoidot ovat Suomessa huippuluokkaa ja lääketiede kehittyvä koko ajan. Hoidot ovat kuitenkin fyysisesti sekä henkisesti vaativia. Raskaustoiveen pyörittäessä arkea kuukaudesta toiseen, toivo ja pettymys vaikuttavat pariskunnan keskinäiseen suhteeseen, mutta myös sosiaaliseen elämään. Lapsettomuus on arka aihe sillä se koskettaa ihmisen lisääntymistä ja seksuaalisuutta. Se herättää paljon tunteita, joista voi olla vaikea puhua jopa omalle puolisolalle. Keskeisenä huolena on pelko yksinäisyydestä ja perheettömyydestä. Lapsettomuus aiheuttaa tunnemyrskyn, jossa keinutaan häpeän, epäonnistumisen, syyllisyyden ja vihan aalloilla. Monet pariskunnat salaavat lapsettomuuden ystäviltä, omalta perheeltä sekä työtovereilta, sillä moni kokee, että he pettävätkin myös vanhempiansa sekä appivanhempiansa toiveet lastenlastensa suhteen. Läheisten kommentit lapsen hankintaan liittyen voivat saada pariskunnan vetäytymään sosiaalisista tilanteista. Muiden ihmisten raskaasuutisten kuuleminen ja vauvojen näkeminen voi tuntua todella kivuliaalta. Lapseton pari voi helposti jäädä sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle, jos lähipiirissä on vain lapsiperheitä. Tunteet, joita lapsettomat kokevat voivat olla hyvinkin voimakkaita. Ne voivat saada lapsettomat tuntemaan suurta vihaa ja osa tunteista ei ole salonkikelpoisia. Pariskunnan elämä voi kietoutua toiveeseen omasta lapsesta, jolloin kaikki muu jää toissijaiseksi, myös sosiaaliset suhteet. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 31; Syrjälä, 2018; Tulppala, 2007, s. 29; Tulppala, 2012)

Lapsettomuus vaikuttaa myös parisuhteeseen. Se voi lähentää pariskuntaa ja vahvistaa parisuhdetta, mikäli heillä on kyky ilmaista itseään sekä kuunnella toisiaan. Vaikeistakin asioista puhumaan opetteleminen edesauttaa pariskuntaa käymään läpi lapsettomuuden kriisiä, joka tulisi aina käydä läpi yhdessä. Lapsettomuus vaikuttaa myös parisuhteen seksuaalisuuteen, sillä se on hyvin herkkä alue ja näin ollen sillä on negatiivisia vaikutuksia pariskunnan seksielämään. Raskautta toivoessa spontaani seksuaalielämä vaikeutuu, kun yhdynnöistä tulee aikataulutettuja. Hellyys, intohimo ja muut seksuaaliset tunteet voivat jäädä taka-alalle, kun päätavoitteena on saada raskaus alkuun. Seksuaalisuuteen vaikuttavat myös minäkuvan muutokset, jotka liittyvät kehon toimimattomuuteen ja arvottomuuteen. Lapsettomuuteen liittyvät tunteet kuten suru voivat viedä myös seksuaaliset halut. (Hedelmähoitohoidot, 2014, s. 32; Pruuki ym., 2015, ss. 62–65; Tulppala, 2007, s. 31)

Lapsettomuus on monelle vakava kriisi, joka voi aiheuttaa myös trauma-oireita. Se voidaan rinnastaa vakavaan sairauteen kuin myös lähiomaisen kuolemaan. Lapsettomat kokevat, että he eivät saa tarpeeksi psyykkistä tukea lapsettomuuteensa terveydenhuollon kautta. Moni hedelmähoitohoidoissa käyvä toivookin, että terveydenhuollossa heidän pelkonsa kuul-taisiin. Lapsettomuus-kriisistä voi selvitä, vaikka biologista lasta ei saisi-kaan. Ihminen on mukautuvainen ja alkaa etsiä elämälleen uusia suuntia. Tämä ei tarkoita kuitenkaan sitä, että lapsettomuuden suru häviäisi, se seuraa mukana kuten mikä tahansa menetys. (Syrjälä, 2018) Tutkimukset ovat osoittaneet, että pitkät lapsettomuushoidot lisäävät ahdistusta ja masennusta (Klock & Greenfeld, 2000, s. 1159).

## 2.2 Hedelmähoitoja ohjaavat lait, asetukset ja linjaukset

Suomessa on säädetty vuonna 2006 laki hedelmähoitohoidoista. Tämän jälkeen lakia on päivitetty joidenkin osien kohdalta. Tuossa laissa määritellään hedelmähoitojen antamisesta, solumuutamisesta ja alkuiden luovuttamisesta sekä varastoinnista hedelmähoitoja varten. Laki määrittää myös hoitoa antavia tahoja antamaan tietoa syntyvän lapsen ja muiden osapuolten oikeudellisesta asemasta sekä antavan tietoa luovutettujen solumuutajien tai alkuiden käyttäjille syntyvän lapsen biologisesta alkuperästä sekä sen mahdollisista vaikutuksista lapseen ja perheeseen. Laissa on säädetty myös, että jokaisen hoitoa saavan kohdalla on täytettävä hoitosuostumus, ennen hoitojen aloitusta. Solumuutajien ja alkuiden luovuttamisen ja siirtämiseen laissa on omat kohtansa, johon on kirjattu mm. määritelmä siitä kuka voi luovuttaa solumuutajia ja kuinka luovuttajien tiedot tulee kerätä luovutusrekisteriin. Tämän lisäksi lakiin on kirjattu ne asiat, joita luovuttajasta voidaan kerätä ja kertoa luovutettuja solumuutajia käyttävälle mm. luovuttajan silmien väri, pituus sekä etninen alkuperä (Laki Hedelmähoitohoidoista, 1237/2006)

Hedelmähoitolailla hedelmähoitoja määrittelee myös laki ihmisen elimien, kudoksien ja solumuutajien lääketieteellisestä käytöstä. Tuossa

laissa säädetään ihmisen elimien, kudoksien ja solujen irrottamisesta, varastoinnista ja käytöstä ihmisen sairauden tai vamman hoitoa varten. Laissa säädetään myös ihmiselle käytettäväksi tarkoitettujen kudosten- ja solujen käsittelystä, säilytyksestä ja jakelusta, sekä alkioiden käyttämisestä muuhun tarkoitukseen kuin hedelmöityshoitoon tai lääketieteelliseen tutkimukseen. (Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä, 101/2001)

Suomessa perustuslaki turvaa kansalaisten yhdenvertaisuuden, ihmisarvon loukkaamattomuuden sekä yksilön vapauden ja oikeudet. Yhdenvertaisuus säännös vaatii samanlaista kohtelua kaikille kansalaisille samanlaisessa tapauksessa. Perustuslaissa säädetään, että ihmiset ovat lain edessä yhdenvertaisia, eikä ketään saa asettaa eriarvoiseen asemaan esimerkiksi iän, sukupuolen, uskonnon, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Syrjäntäkielto ei kuitenkaan takaa sitä, että kaikilla ihmisillä olisi oikeus saada käytettävissä oleva hoito vaan päätöksen hedelmöityshoidoista tekee hoitava lääkäri sen jälkeen, kun on varmistanut edellytykset hoidon antamiselle. Suomessa ei julkisessa terveydenhuollossa ole annettu hedelmöityshoitoja luovutetuilla sukusoluilla yli kolmeen vuoteen. Helsingin ja Uudenmaan sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirit ovat ilmoittaneet, että vuonna 2019 lahjasoluhoidot palaavat julkisen sektorin lapsettomuusklinikoille. Hoitoja tarjotaan jatkossa myös naispareille ja itsellisille naisille, jotka ovat aiemmin olleet julkisen sektorin tarjoamien hoitojen ulkopuolella. HUS:n ja TAYS:n lisäksi myös kolme muuta sairaanhoitopiiriä ovat aloittamassa lahjasoluhoidoja. HIV-positiiviset voivat saada hedelmöityshoitoja HUS:ssa ja TAYS:ssa, joista löytyy infektiopositiivisten hoidot mahdollistava hedelmöityshoitolaboratorio. (Aaltonen, 2019; Tapper, 2014, ss. 7–11; Mäki, 2018; Sateenkaariperheet, 2019)

Hedelmöityshoitojen parissa törmää väistämättäkin sairausvakuutuslakiin, jossa säädetään asiakkaan oikeudesta korvaukseen sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista. Sairausvakuutuslain mukaiset korvaukset asiakkaalle maksaa Kela. Pääosin Kela korvaa alle 43-vuotiaan naisen koeputkihedelmöityshoidot kolmen hoidon osalta. Lääkkeet korvataan yleisen lääkekorvausperiaatteen mukaisesti. Hoidoissa käytetään myös sellaisia lääkkeitä, jotka eivät ole peruskorvattavia. Sukusoluja luovuttavan hoitoja ei korvata, koska niissä ei kyse ole sairaanhoidosta. (Sairausvakuutuslaki, 1224/2004; KELA, 2018; Metsola, 2012)

Terveydenhuoltolaki säätelee sitä, kuinka terveydenhuolto tulee järjestää ja se käsittää niin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon. Lakiin on kirjattu, kuinka jokaiselle kunnan asukkaalle tulee järjestää palveluiden saatavuus yhdenvertaisesti. Lakiin on kirjattu myös yhtenäisen hoidon linjaukset sekä laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon perusteet. Yksi tärkeä kohta on potilastietojen käsittely ja rekisteröinti. Hedelmöityshoitoja koskee myös laki yksityisestä terveydenhuollosta. Tuo laki määrittelee sen, kuinka yksityisiä palveluita tulee järjestää ja tuottaa, sekä kuinka niiden toimintaa valvotaan. (Ter-

veydenhuoltolaki, 1326/2010; Laki yksityisestä terveydenhuollosta, 152/1990)

### 3 LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSET JA HEDELMÖITYSHOIDOT

Vuosittain Suomessa aloitetaan noin 13000–14000 hedelmöityshoitoa. Vuonna 2016 näistä hoidoista lapsen syntymään johti noin 18% mikä on reilut 2400 lasta. Tämä on arvioilta vajaa seitsemän prosenttia kaikista Suomessa syntyneistä lapsista. Aloitetuista hoidoista hieman vajaa 10000 oli koeputki- tai mikroinjektiohoitoja sekä niihin liittyviä pakastealkionsiirtoja. Reilut neljätuhatta hoitoa olivat inseminaatiohoitoja. Vuonna 2016 tehdyistä hedelmöityshoidoista vajaa 19% oli hoitoja, joissa käytettiin luovutettuja sulusoluja. (THL, 2018)

Lapsettomuustutkimuksiin hakeudutaan usein julkisen sektorin kautta. Omalla terveystasemalla tehdään alkututkimukset, jonka jälkeen pariskunta saa lähetteen erikoissairaanhoidon naistentautien poliklinikan lapsettomuuspoliklinikalle. Halutessaan pariskunta voi hakeutua myös suoraan yksityiselle lapsettomuuslinikalle. Itselliset naiset sekä naisparit saavat ovat saaneet hoitoa ainoastaan yksityisillä lapsettomuusklinikoilla, mutta lahjasoluhoidojen alkaminen julkisella sektorilla antaa myös itsellisille naisille sekä naispareille mahdollisuuden saada hoitoa julkisen sektorin lapsettomuusklinikoilla. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 8; Sateenkaariperheet, 2019)

Aluksi selvitetään molempien yleinen terveydentila, aiemmat sairaudet sekä mahdolliset leikkaukset, sairaalahoidot ja käytössä olevat lääkkeet. Ehkäisyn lopettamisen ajankohtaa, raskauden aktiivista yritystä sekä mahdollisia ongelmia sukupuolielämässä tiedustellaan, jotta voidaan selvittää lapsettomuuden kestoa. Pariskunnan kanssa keskustellaan elämäntavoista, tupakoinnista, alkoholista, päihteistä sekä ravitsemuksesta ja selvitetään puberteetin aikainen kehitys. Naisen kohdalla käydään läpi kuukautiskierto sekä umpieritysrauhasiin, että muihin pitkäaikaisiin sairauksiin liittyvät oireet. Tärkeää on selvittää myös suvussa esiintyvät perinnölliset sairaudet. Syitä lapsettomuuteen selvitetään lapsettomuustutkimusten avulla. Tutkimusten avulla pyritään selvittämään, onko miehellä liikkuvia siittiöitä, ovatko naisen kohtu ja munasarjat terveet sekä kypsyykö ja irtoaako munasolu kuukautiskierron aikana ja ovatko munanjohtimet avoimet. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 8)

Miehen tutkimukseen kuuluu siemennestenäyte, jota voidaan tarvittaessa täydentää muilla tutkimuksilla. Siemennesteestä tutkitaan sen ominaisuuksia, siittiöiden määrää sekä niiden liikkuvuutta ja ulkonäköä. Siemennesteestä analysoidaan myös siittiövasta-aineet sekä siemennesteen muut solut. Mikäli siemennesteanalyyssissä on jotain poikkeavaa, tehdään sukuelinten kliininen tutkimus. Tätä tutkimusta voidaan täydentää vielä

ultraäänitutkimuksella. Testosteronin, FSH- ja LH:n sekä prolaktiinin ja TSH:n määritykset kuuluvat täydentäviin tutkimuksiin. Mikäli miehellä todetaan vakava siittiöidentuotannonhäiriö, voidaan joissain tapauksissa geneettisillä tutkimuksilla löytää oikea diagnoosi. miehelle voidaan tehdä myös kivesbiopsia, mikäli siemennesteanalyysissä ei ole siittiöitä. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 8; Koskimies, 2004, ss. 47–48; Tulppala, 2007, s. 14)

Naisen tutkimukset aloitetaan gynekologisella perustutkimuksella ja ultraäänellä, sekä tarvittaessa voidaan ottaa tulehdusnäytteet ja PAPA-koel. Ultraäänien avulla saadaan hyvin tietoa munarakkuloiden määrästä sekä munasarjojen rakenteesta ja toiminnasta. Alkukierron aikana naiselta otetaan hormoniverikokeet, joihin kuuluu TSH, prolaktiini, FSH sekä LH. Tarvittaessa voidaan tutkia verinäytteestä myös anti-Mullerian (AMH) hormonipitoisuus, joka kertoo munasarjatoiminnan reservistä. Kuukautiskierron puolivälissä voidaan tutkia munarakkulan kasvua, sen irtoamista sekä kohdun limakalvon paksuutta ja rakennetta. Naisen tutkimuksia voidaan tarvittaessa täydentää munajohtimien aukiolotutkimuksella (SSG). Tutkimuksessa ruiskutetaan ultraääniohjauksessa ohuen katetrin avulla munanjohtimiin ja kohtuun nestettä, jonka kulkeutumista munanjohtimien läpi munasarjan viereen seurataan ultraäänellä. Jos ultraäänitutkimuksessa on havaittu kohtuontelossa muutoksia, kuten polyyppeja tai myoomia, tehdään kohtuontelon tähytys eli hysteroskopia. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 9; Koskimies, 2004, ss. 48–49)

### 3.1 Munarakkulan kypsytyshoito

Raskauden onnistumisen kannalta on erityisen tärkeää, että munasolu kypsyy ja irtoaa. Mikäli tätä ei naisella tapahdu luonnostaan, voidaan ottaa käyttöön lääkehoito. Puhutaan munarakkulan kypsytyshoidosta eli ovulaation induktiosta. Hoidon tarkoituksena on stimuloida hormonilääkityksen avulla munasarjoja tuottamaan yksi tai kaksi munarakkulaa munasoluineen. Aromataasin estäjät ovat tablettimuotoisia lääkkeitä, joita käytetään ensisijaisesti ovulaation induktioon. Mikäli on todettu, ettei naisen aivolisäkehormoneita (gonadotropiinit FSH ja LH) erity tarpeeksi ei tablettihoitoa voida käyttää ja tällöin on tarpeen gonadotropiinihoito. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 11)

Tablettihoitoinen ovulaation induktio on yksinkertainen hoito. Siinä tabletit otetaan alkukierrosta viiden päivän ajan (kierron päivinä 3 – 7). Yhdyntä ajoitetaan munasolun irtoamisen ajankohtaan, joka voidaan varmistaa virtsasta tehtävällä ovulaatiotestillä tai käyttää ns. irrotuspistosta, joka sisältää hCG:tä eli istukkahormonia ja aiheuttaa naiselle ovulaation. Mikäli raskaus ei ala 4-6 kierron aikana on syytä miettiä muita vaihtoehtoja. Gonadotropiinihoidossa nainen pistää kierron päivistä 2 – 5 alkaen FSH:ta pistoksina. Hoitovastetta seurataan ultraäänitutkimuksella, jossa tarkastellaan munarakkuloiden määrää ja kokoa sekä kohdun limakalvon paksuutta. Hormonistimulaatiota on tärkeää seurata ultraäänitutkimuk-

silla, ettei munasarjoissa kehity liikaa munarakkuloita, joka taas lisää riskiä monisikiöraskauteen. (Aaltonen, 2019; Hedelmöityshoidot, 2014, s. 11)

### 3.2 Inseminaatio, ”keinosiemennys”

Inseminaatio on toimenpide, jossa siittiöt ruiskutetaan katetrin avulla kohdun kaulakanavan kautta suoraan kohtuonteloon, josta ne pääsevät edelleen munanjohtimiin hedelmöittämään irronneen munasolun. Inseminaatio voidaan tehdä luonnolliseen kiertoon, jos kuukautiskierto on säännöllinen ja ovulaatio tapahtuu. Ultraäänitutkimus on syytä tehdä myös luonnolliseen kiertoon tehtävässä inseminaatiossa muutamaa päivää ennen oletettua ovulaatiota. Mikäli ultraäänessä nähdään johtava munarakkula, aloitetaan kotona tehtävät ovulaatiotestit ja testin ollessa positiivinen suoritetaan inseminaatio pestyillä siittiöillä 12-24 tunnin kuluessa positiivisesta testistä. Inseminaatiohoidossa voidaan käyttää myös ns. irrotuspiikkiä joka sisältää hCG:tä aiheuttaen naiselle ovulaation. Inseminaatio voidaan tehdä myös yhdistettynä ovulaation induktioon, jolloin saavutetaan yleensä parhaat tulokset. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 12; Koskimies, 2004, s. 52)

Inseminaatiopäivänä mies antaa siemennestenäytteen, joka käsitellään parhaiden ja liikkuvimpien siittiöiden erottelemiseksi. Tällöin saadaan siemennesteestä vähennettyä mahdolliset siittiövasta-aineet ja muut epäpuhtaudet, joiden tiedetään heikentävän siittiöiden liikkuvuutta ja hedelmöityskykyä. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on, että siemennesteessä on käsittelyn jälkeen tarpeeksi hyvin liikkuvia siittiöitä. Jos siittiöiden määrä on huono, on hoitovaihtoehtona koeputkihedelmöityshoito. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 12)

Vuonna 2016 Suomessa tehtiin runsaat 4000 inseminaatiohoitoa ja määrä on laskenut viime vuosina. Hoitoja teki yhteensä 22 klinikkaa, joista luovutettuja siittiöitä käytti kaksitoista yksityistä lapsettomuusklinikkaa. Inseminaatiohoidoissa 72,3% tehtiin puolison spermalla ja 27,7% luovutetulla spermalla. Inseminaatiohoitojen tuloksena positiivinen raskaustesti tehtiin viisisataa kertaa ja näistä Suomeen syntyi vuonna 2016 noin 400 lasta, mikä on vajaa kahdeksantoista prosenttia kaikista hedelmöityshoidoilla syntyneistä lapsista. (Heino & Gissler, 2018)

### 3.3 Koeputkihedelmöitys (IVF), mikroinjektio (ICSI) ja pakastetun alkion siirto

Koeputkihedelmöitys eli IVF-hoito (in vitro fertilisaatio) on tänä päivänä maailman laajuisesti käytetyin ja tuloksellisin hedelmöityshoitomenetelmä. Hoito soveltuu kaikille lapsettomille ja on monissa tapauksissa ensisijainen hoitomuoto. Koeputki- ja mikroinjektiohoidoilla on maailmalla syntynyt jo yli 7 miljoonaa lasta. Koeputkihedelmöityshoito aloitetaan hormonihoidolla, jonka tarkoitus on FSH-hormonilla stimuloida munasarjoja

tuottamaan useita munasoluja hoidon aikana. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 13) IVF-hoidon aikana käytetään GnRH-analogeja (antagonisti ja agonisti) estämään ennenaikaista ovulaatiota (Aaltonen, 2019). Hoitovaihtoehdoista yleisimpiä ovat GnRH-antagonistihoido (lyhyt hoitokaava) ja GnRH-agonistihoido (pitkä hoitokaava) (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 13).

GnRH-agonistihoidossa hoito aloitetaan munasarjojen toimintaa jarruttavalla lääkkeellä edeltävän kuukautiskierron luteaalivaiheessa jatkuen vielä 10-14 päivää yhdessä gonadotropiinihoidon kanssa. Pitkän hoidon kokonaiskesto hoidon aloituksesta munasolujen keräykseen on yleensä noin neljä viikkoa. Agonistihoido aiheuttaa naiselle vaihdevuosien kaltaisen tilan. Tällä hoitomuodolla voidaan määrittää tarkemmin munasolujen keräyshetki. Antagonistihoidossa gonadotropiinipistokset aloitetaan kuukautiskierron alussa, toisena tai kolmantena päivänä. Keskimäärin viidentenä stimulaatiopäivänä mukaan otetaan GnRH-antagonisti pistos. Nämä kaksi pistosta jatkuvat keskimäärin seuraavat 4-6 päivää. Munarakkuloitten kasvua seurataan ultraäänitutkimusten avulla, ja suurimpien munarakkuloitten ollessa läpimitaltaan >17mm pistetään lopullisen kypsymisen laukaiseva irroituspistos, josta puolentoista vuorokauden kuluttua munasolut kerätään. (Hedelmöityshoidot, 2014, ss. 13–14; Koskimies, 2004, ss. 54–55)

Munasolujen keräys tapahtuu ultraääniohjauksessa ohuella neulalla, joka viedään emättimen seinämän läpi munasarjaan ja munarakkulan sisälle, josta munarakkulaneste imetään koeputkeen. Koeputket toimitetaan laboratorioon missä munasolut poimitaan nesteestä viljelymaljoille. IVF-hoidossa munasolut hedelmöitetään laittamalla munasolut ja siittiöt samalle maljalle ja malja laitetaan yöksi lämpökaappiin. ICSI-hoidossa (intra cytoplasmic sperm injection) yksi siittiö viedään ohuella lasipipetillä munasolun sisään. Munasolujenkeräys kestää 10 -20 minuuttia ja siinä käytetään rauhoittavaa lääkitystä, kipulääkitystä sekä kohdunkaulan paikallispuudutusta. Keräyksen jälkeen naisen vointia seurataan parin tunnin ajan lepohuoneessa. Punktion jälkeen munasarjat ovat turvoksissa useita päiviä, joten äkillisiä kiertoliikkeitä sekä painavien kantamusten nostelua on varottava. (Hedelmöityshoidot, 2014; Koskimies, 2004, ss. 57–59)

Aikaisintaan kahden päivän päästä munasolujen keräyksestä voidaan alkio siirtää kohtuun ohuen pehmeän katetrin avulla. Alkionsiirto tehdään vatsan päältä tehtävässä ultraääniohjauksessa ja on lähes kivuton toimenpide. Naiselle aloitetaan loppukierron ajaksi luteaalivaiheen tukihoido eli keltarauhashormonihoito. Jäljelle jääneet hyvälaatuiset alkioita voidaan pakastaa myöhempää käyttöä varten. Laboratoriossa alkioitten laatu määritellään, jotta voidaan valita laadultaan hyvä alkio, jolla on parhaimmat edellytykset kiinnittymiselle sekä normaaliin raskauteen. (Hedelmöityshoidot, 2014, ss. 15–16; Koskinen, 2004, s. 64)

IVF-hoidosta pakkaseen saatuja alkioita säilytetään nestemäisessä typesä ja niitä voidaan siirtää naisen luonnolliseen kuukautiskiertoon tai hor-

monaalisesti tuettuun kiertoon. Suurin osa pakastetuista alkiosta selviytyy pakastus- ja sulatusprosessista. Alkiot sulatetaan hyvissä ajoin ennen suunniteltua siirtoa, jolloin voidaan varmistaa alkioiden elinkyky. Pakastealkion siirto tapahtuu samalla tavalla kuin tuoresiirto normaalissa IVF-hoidossa. Raskaustestin voi tehdä kahden viikon päästä alkion siirrosta. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 16; Koskimies, 2004, ss. 68–69)

Suomessa aloitettiin vuonna 2016 omilla sukusoluilla tehtäviä koeputki- sekä mikrohedelmöityshoitoja, että näihin liittyviä pakastetun alkion siirtoja noin 8400 kappaletta. Näiden hoitojen määrä on kasvanut ja jatkaa kasvuaan. Koeputkihedelmöityshoitoja tehtiin vuonna 2016 seitsemällätoista klinikalla ja ennakkotietojen mukaan vuonna 2017 julkisella sektorilla näistä hoidoista tehtiin yli 57%. Koeputkihedelmöityshoidoista omilla soluilla syntyi vuonna 2016 yhteensä 1671 lasta. Suomessa tehdään pääosin vain yhden alkion siirtoja, jolloin voidaan välttää monisikiöraskaudet ja niihin liittyvät riskit. Yhden alkion siirtojen osuus vuonna 2016 oli noin 90% ja 49 kertaa IVF, ICSI- ja FET-hoidot päättyivät monisikiö synnytykseen. (Heino & Gissler, 2018)

#### 3.4 Luovutetut sukusolut ja alkiot

Tehokkaista ja pitkälle kehittyneistä hoidoista huolimatta kaikki eivät onnistu saamaan lasta omilla sukusoluilla. Luovutettuja sukusoluja voidaan tarvita, mikäli omia sukusoluja ei kehity, sukusolujen tuotanto on samunut jonkin aikaisemman vakavan sairauden takia tai naisen korkean iän takia. Taustalla voi olla myös lapsen riski sairastua vaikeaan perinnölliseen sairauteen. Muita syitä luovutettujen sukusolujen käytölle ovat toistuvat keskenmenot, useat tuloksettomat koeputkihedelmöityshoidot sekä sosiaalinen lapsettomuus. Lahjasukusolujen käyttöä suunniteltaessa on tärkeä antaa parille riittävästi aikaa asian kypsyttelyyn, sillä prosessi vaatii psyykkistä valmentautumista. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 25; Koskimies, 2004, s. 70)

Sukusoluja voi luovuttaa terveystarkastuksen läpäissyt täysi-ikäinen henkilö. Terveystarkastuksessa luovuttajalta varmistetaan, ettei sukusolujen luovuttamisesta aiheudu hänelle vaaraa eikä hänellä ole sellaista perinnöllistä sairautta tai tarttuvaa tautia, mikä voi aiheuttaa hedelmöityshoitoa saavalle naiselle tai syntyvälle lapselle vakavan sairauden. Luovuttajasta ei saa kerätä muita tietoja, kuin ihon, hiusten ja silmien väri, pituus sekä etninen alkuperä. Luovutettuja sukusoluja voidaan käyttää, mikäli luovuttaja on antanut siihen suostumuksensa. Ennen suostumuksen allekirjoittamista luovuttajalle selvitetään luovuttamiseen liittyvät lääketieteelliset ja oikeudelliset asiat. Sukusoluja voidaan käyttää myös muiden kuin pariskuntien hedelmöityshoitoihin, mikäli luovuttaja on antanut siihen suostumuksensa. Siittiöiden luovuttaja voi suostua isyyden vahvistamiseen, mikäli hänen luovutetuilla sukusoluilla syntyy lapsi. Hedelmöityshoidossa ollut pari voi luovuttaa heidän omilla soluillaan tehdyistä hoidoista ylijääneet alkiot muiden käyttöön. Sukusolujen luovuttamisesta



luovuttajalle ei makseta palkkiota, mutta hänelle voidaan korvata luovutuksesta aiheutuvat kulut. (Laki hedelmöityshoidoista, 1237/2006)

Suomessa luovutusrekisteri Luotera ylläpitää terveydenhuollon oikeusturvakeskus Valvira. Rekisteriin tallennetaan luovuttajan yksilöintitiedot sekä tiedot luovuttajan tunnuksesta ja suostumus mahdollisesta isyyden vahvistamisesta ja sen peruutuksesta sekä onko kyse siittiöiden, munasolujen vai alkioiden luovuttamisesta. Henkilöllä, joka on saanut alkunsa luovutettujen sukusolujen tai alkion ansiosta, on 18-vuotta täytettyään oikeus saada tietoonsa luovuttajan tunnus ja tunnuksen perusteella hänellä on oikeus saada luovutusrekisteristä tietoonsa luovuttajan henkilöllisyys. (Laki hedelmöityshoidoista, 1237/2006)

Munasoluja voi luovuttaa terve alle 36-vuotias nainen. Munasolujen luovutus vaatii samanlaisen hormonihoitoa sekä seurannan kuin koeputki-hedelmöityshoito. Luovutetut munasolut voidaan hedelmöittää ja alkio siirtää vastaanottajan kohtuun. Vastaanottajan on käytettävä hormonihoitoa ennen alkion siirtoa, jotta kohtu olisi valmis alkion kiinnittymiseen. Alkion siirron jälkeen kiinnittymistä tuetaan keltarauhashormonilla. Vaihtoehtoisesti munasolunluovuttajan munasolut voidaan pakastaa munasolupankkiin myöhempää käyttöä varten (Aaltonen, 2019). Luovutettuja munasoluja käytetään, mikäli naisella ei ole lainkaan munasoluja tai hänen omat munasolunsa ovat heikkolaatuisia. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 25)

Siittiöitä voi luovuttaa terve alle 45-vuotias mies. Luovutettuihin siittiöihin turvaudutaan, mikäli miehellä ei ole lainkaan siittiösoluja tai kyseessä on sosiaalinen lapsettomuus. Luovutettuja siittiöitä voidaan käyttää sekä inseminaatio- että IVF/ICSI-hoidoissa. Luovutettuja alkioita käytetään silloin, kun lapsettomuuden syy on sekä naisesta että miehestä johtuvaa. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 25; Tulppala, n.d., s. 9–12)

Samaa munasolu- ja siittiöluovuttajaa saadaan Suomessa käyttää enintään viidelle perheelle, joilla raskaus alkaa hoitojen avulla. Samassa perheessä voi olla useampia saman luovuttajan soluilla alkunsa saaneita lapsia. Itsellisten naisten sekä naisparin kohdalla vaaditaan sukusolujen luovuttajalta suostumus hoidon toteuttamiseen. Luovutettuja sukusoluja käyttäville tulee hoitavan tahon järjestää neuvontaa, jossa käydään läpi luovutettujen sukusolujen käyttöön liittyviä kysymyksiä, kuten biologisen alkuperän vaikutusta perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin. Suomen lainsäädännön mukaan lapsen synnyttänyt nainen on lapsen äiti. Isyyksissä määritellään lapsen isäksi se, joka parisuhteessa on antanut suostumuksensa hedelmöityshoidoille. Avoparin kohdalla isyys tunnustetaan nykyisen käytännön mukaisesti tai päätös voidaan saada myös tuomioistuimen kautta. (Tulppala, n.d., ss. 12–14)

Suomessa tehtiin vuonna 2016 hedelmöityshoitoja luovutetuilla sukusoluilla pääosin ainoastaan yksityisillä lapsettomuuslinikoilla. Luovute-

tuilla munasoluilla syntyi 186 lasta, kun taas luovutetuilla siittiöillä lapsia syntyi 143. Suomessa toimii Valviran ylläpitämä Luoteri-rekisteri, johon lapsettomuusklinit ilmoittavat sukusoluja tai alkioita luovuttaneista henkilöistä. Vuonna 2016 rekisteriin kirjattiin uusia munasolun luovuttajia noin kolmesataa kappaletta, siittiöiden luovuttajia reilut 220 kappaletta sekä alkion luovuttajia vajaa kuusikymmentä kappaletta. Luovutetuilla sukusoluilla tehtävien hoitojen määrään vaikuttaa sukusolujen saatavuus. Luovutettuja munasoluja Suomessa saadaan suhteellisen hyvin eikä niitä tarvitse hankkia ulkomailta, toisin kuin siittiöitä, joita hankitaan myös ulkomailta, pääosin Tanskasta. (Heino & Gissler, 2018)

Naisparien kohdalla synnyttänyt nainen on lapsen äiti ja lapsen juridinen vanhempi. Äidin puoliso voi hakea perheen sisäistä adoptiota lapsen syntymän jälkeen. Tämä edellyttää kuitenkin, että pariskunta on ennen raskauden alkua rekisteröidyssä parisuhteessa tai avioliitossa ja lapsi on saanut alkunsa hedelmöityshoitoklinikalla luovutetuilla siittiöillä. Lapsen synnyttyä perheelle annetaan adoptioneuvontaa, jossa on oltava mukana äiti sekä tämän puoliso. Adoptioneuvonnasta pariskunta saa lausunnon, jonka he toimittavat hakemuksen, klinikalta saadun todistuksen sekä adoptoijan ja syntyneen lapsen väestörekisteriotteiden kera käräjäoikeuteen. Muutaman viikon kuluessa käräjäoikeus vahvistaa perheen sisäisen adoption. (Sateenkaariperheet, n.d.)

Keväällä 2019 Suomessa astui voimaan uusi Äitiyslaki, joka turvaa hedelmöityshoitosten avulla syntyneen lapsen asemaa naisparien perheessä. Lapsen synnyttänyt nainen on edelleen lapsen äiti, mutta äidin puoliso voidaan vahvistaa jo raskausaikana syntyvän lapsen toiseksi äidiksi / vanhemmaksi mikäli raskaus on alkanut hedelmöityshoitosten avulla ja synnyttäneen naisen puoliso on ollut suostuvainen hedelmöityshoitoihin. Tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, mikäli syntyvän lapsen isyys voidaan vahvistaa isyyslaissa määritellyin perustein. Raskaana olevan naisen puoliso voi vahvistaa oman äitiyden terveydenhoitajalle tai kättilölle raskaana olevan puolison läsnä ollessa. (Äitiyslaki 253/2018)

### 3.5 Psyykinen tuki lapsettomuushoitosten aikana

”Lapsettomuuden aiheuttamia mielenterveysvaikutuksia vähätellään usein, vaikka se, ettei välttämättä voi saada jälkeläisiä, osuu aivan ihmisyyden ytimeen” (Lindholm, 2019, s. 193).

Monelle lapsettomuus on kriisi. Kokemus lapsettomuudesta on kuitenkin jokaisen henkilökohtainen kokemus. Hoitoihin hakeutuminen ja erilaiset tutkimukset sekä tiedot omasta terveydestä aiheuttavat monille psyykkisen tuen tarvetta ja yli 70 % pareista toivookin, että heillä olisi mahdollisuus saada psyykkistä tukea lapsettomuushoitosten aikana. Psyykkistä tukea ja neuvontaa tulisikin tarjota pariskunnille heti hoitoon hakeutuessa ja tätä tulisi saada koko hoitoprosessin ajan, jotta pariskunnalla olisi

mahdollisuus purkaa hoitojen aiheuttamia tunteita. Toisille pareille riittää läheisten tuki, kunnes taas toiset tarvitsevat hoitojen aikana tukea esimerkiksi lapsettomuuteen erikoistuneen psykologin taholta. Psykkisen tuen tarve nähdään erityisen tärkeäksi viimeistään siinä vaiheessa, kun lapsettomuushoidot pitkittyvät, päädytään käyttämään luovutettuja sukusoluja tai kun lapsettomuushoidot lopetetaan. Useat epäonnistuneet hoidot aiheuttavat ahdistusta. (Hedelmäityshoidot, 2014, s. 33; Kuivasaa-ri-Pirinen, 2013, s. 32, s. 68; Tulppala, 2007, s. 27; Tulppala, 2012)

Mielenterveysammattilaisten rooli hedelmäityshoitopotilaiden kanssa työskennellessä on suhteellisen uutta. Edelleen on tahoja, jotka eivät hyödynnä mielenterveyden ammattilaisten osaamista lapsettomuuspotilaiden kanssa. Ammatilaisen kanssa käydään läpi lapsettomuushoitoja sekä niiden aiheuttamaa stressiä, pohditaan oikeudellisia ja eettisiä kysymyksiä, käydään läpi hoitosuunnitelmaa sekä odotuksia hoitojen suhteen. Myöhemmin pariskunta voi tarvita ammatilaisen apua, kun ollaan lopettamassa lapsettomuushoitoja tai siirtymässä adoptiojonoon. Ensiarvoisen tärkeää on, että mielenterveydenammattilaisilla on perusteellinen tuntemus hedelmättömyydestä sekä sen lääketieteellisestä hoidosta. (Klock, 2006, s. 83, ss. 86–87, s. 91)

Suomessa julkaistiin vuonna 2013 väitöstudkimus, jossa selvisi, että lapsettomuushoidoissa olevista pareista noin 30 % keskeyttää hoidot ollessaan IVF-hoidoissa. Yleisimmäksi syyksi hoitojen lopettamiseksi mainittiin hoitojen psyykkinen raskaus. Tutkimus paljasti myös sen, että hoitojen loputtua naiset olivat keskimäärin yhdestä kolmeen vuotta tyytymättömämpiä elämäänsä verrattuna hoidoilla onnistuneisiin naisiin. Tällaista eroa ei enää huomattu 6 – 9 vuoden päästä hoitojen päättymisestä, mikä kertoo sen, että sopeutuminen lapsettomuuteen vie pitkän ajan. (Kuivasaa-ri-Pirinen, 2013, s. 7; Potilaan Lääkärilehti, 2013)

Lapsettomuuskriisiä voidaan kuvata hyvin aaltomaiseksi; suru tulee ja menee edestakaisin. Jokaisen yrityksen jälkeen toivo on korkealla, mutta mikäli raskaus ei ala, on pettymys valtava. Moni lapsettomuudesta kärsivä joutuu elämään tätä useita vuosia. Lapsettomuuskriisistä selviytymisessä on hyvin monenlaisia keinoja. Selviytymiseen vaikuttaa muun muassa pariskunnan elämänkokemukset, sen hetkinen elämäntilanne sekä sosiaalinen verkosto. Kaksi kolmasosaa pareista saa tarvittavaa psyykkistä tukea omasta lähipiiristä ja kokevat sen riittäväksi. Viidesosalle lapsettomuuskriisi on vaikeampia ja raskaampi, ja he tarvitsevat tehostettua tukea niin hoitojen kuin raskaudenkin aikana. (Tulppala, 2002)

Lapsettomuuspotilaan kanssa tehtävä psyykkinen työ vaatii ammatilaiselta laajan osaamisen. Siinä tulee yhdistää parisuhteen dynamiikka, intiimiys, seksuaalisuus ja surutyön tuntemus lapsettomuuteen, sen hoitoon ja lapsettomuuskriisiin. Olisi hyvä, että psyykkisen tuen ammatilainen olisi osa lääketieteellistä hoitoryhmää. Englannissa ja Australiassa psyykkisen tuen tarjoaminen lapsettomuushoidoissa oleville on lakisää-

teistä ja tästä syystä yli 90 %:lla lapsettomuusklinikoista työskentelee työntekijä psyykkisen tuen tarjoamista varten. Psykkistä tukea tarvitaan monessa eri vaiheessa, mutta erityisen tärkeää se on heti hoitojen alkaessa sekä niiden päättyessä tuloksettomana. Myös lahjasoluja harkitessa psyykinen tuki on tärkeää, sillä myöhemmin lapsi voi muistuttaa pelkällä olemassaolollaan tai ulkonäöllään vanhempiaan heidän hedelmättömyydestään. (Tulppala, 2002)

Psyykkisen tuen tarve ei rajoitu pelkästään itse hedelmöityshoitoihin vaan myös raskauden alkaessa lapsettomuushoitojen jälkeen tulisi perheille tarjota tukea. Pitkän hoitotaipaleen jälkeen menettämisen pelko sekä vanhemmuuteen liittyvät huolet voivat kasvaa erityisen suuriksi. Raskausaika voi olla täynnä pelkoja komplikaatioista, kuten keskenmenosta. Psykologien tai psykoterapeuttien antamaa tukea lapsettomuushoitoihin liittyvien tunteiden käsittelyssä on helpoiten saatavilla isoissa kaupungeissa sekä yksityisillä lapsettomuusklinikoilla. Ammattilaisten tuen lisäksi vertaistuellalla on suuri merkitys lapsettomuuteen liittyvien tunteiden ja ajatusten käsittelyssä. Suomessa vertaistukea tarjoaa Lapsettomien yhdistys Simpukka. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 33; Tulppala, 2007, s. 28)

Suomessa lapsettomuushoitoihin liittyvä lainsäädäntö ei määrittele psyykkisen tuen tarjoamista lapsettomuuspotilaille. Tukea on ollut vaikea saada, sillä ammattiauttajien tiedot lapsettomuudesta ja sen hoitoihin liittyvistä erityiskysymyksistä ovat puutteelliset. (Tulppala, 2002) Vuonna 2014 tehdyn sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan psyykkisen tuen tarjoaminen lapsettomuushoidoissa vaihteli suuresti eri lapsettomuusklonikoiden välillä. TAYS on esimerkiksi ilmoittanut, että heillä psyykkisen tuen tarjoaminen on vähäisempää mitä olisi sen tarve. (Tapper, 2014, s. 23)

Lapsettomien yhdistys Simpukka on ajanut vahvasti psykososiaalisen tuen tarpeen kirjaamisesta hedelmöityshoitojen yhtenäisiin perusteisiin. Heidän tekemän selvityksen mukaan suurimmalle osalle julkisella sektorilla hedelmöityshoidoissa olevista ei ole missään vaiheessa tarjottu psykososiaalista tukea. Apua ei ole saanut edes pyydettyä. Lapsettomien yhdistys Simpukka raportoi, että heille jäsenet ovat kertoneet hoitojen aiheuttaneen muun muassa alakuloa, toivottomuutta, työkyvyn heikkenemistä, masennusta sekä avioeroja. Lähtökohtana hedelmöityshoidoissa tulisi olla riittävän tuen tarjoaminen jokaiselle potilaalle. (Lindfors, 2014, s. 44)

## 4 RASKAUS HEDELMÖITYSHOITOJEN JÄLKEEN

Raskaus hedelmöityshoitojen jälkeen on arvokas ja korvaamaton, mutta myös epävarma. Raskaus on enemmän kuin suunniteltu raskaus, se on tarkoituksellinen raskaus. Raskauden alettua pariskunnan voi olla vaikea ymmärtää, että raskauteen liittyy uusia haasteita ja vaikeuksia, jotka aiheuttavat uudenlaisia psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia. Pitkäaikaisen lapsettomuuden jälkeen vanhemmuuteen siirtyminen on psykologinen haaste, joka edellyttää identiteetin uudelleen muotoutumista. Nainen voi kokea, että hän ei ole normaali raskaana oleva nainen, vaan hänen kokemuksensa lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista asettavat hänet erilleen muista raskaana olevista naisista. (Covington & Burns, 2006, ss. 440–443)

Kun useiden pettymysten jälkeen raskaustesti viimein on positiivinen, herättää se pariskunnassa niin ilon kuin epävarmuuden ja pelonkin tunteita. Puuttuvat raskausoireet, alkuraskauden verinen vuoto saavat aikaan pelon raskauden keskeytymisestä. Aika matelee, kun pariskunta odottaa aikaa ensimmäiseen ultraäänitutkimukseen. Kaikki raskaudet eivät jatku loppuun saakka, ja kauan odotetun raskauden päätyminen keskenmenoon on pariskunnalle raskasta ja surun läpi käyminen voi olla vaikeaa. (Tulppala, 2007, s. 32)

Suurin osa pariskunnista saa toivomansa lapsen hedelmöityshoitojen avulla. Raskautta voivat varjostaa raskauden keskeytymiseen tai vauvan menettämiseen liittyvät pelot. Huolta voi lisätä myös tieto siitä, että hoitojen avulla alkaneisiin raskauksiin liittyy lisääntynyt ennenaikaisuuden sekä vauvan pienipainaisuuden riski. Tämän lisäksi hedelmöityshoitojen tuloksena syntyneillä vauvoilla on hieman suurempi riski erilaisiin rakenepoikkeavuuksiin kuin normaalisti alkunsa saaneilla vauvoilla. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kromosomipoikkeavuuden kohonnut riski ei liity itse hedelmöityshoitoihin vaan lapsettomuuden taustatekijöihin. Näistä huolista ja peloista puhuminen voi olla vaikeaa, eikä puhumista helpota läheisten ymmärtämättömät kommentit. Pariskunnat, joilla on takana keskenmenoja ja lapsettomuutta haluavat pitää raskauden salaisuutena mahdollisimman pitkään. Useat pariskunnat voivat ajatella, että vauvan tuloon voi luottaa vasta sitten, kun pää on ulkona. (Hedelmöityshoidot, 2014, s. 28; Tulppala, 2007, s. 32; Väisänen, 2001, s. 22)

Raskaudessa tapahtuvat muutokset naisen kehossa ja mielessä muistutavat häntä syntyvästä vauvasta. Nainen kasvaa äidiksi raskausaikana ja miehellekin isäksi tuleminen on tärkeä osa kasvua ja kehitystä. Lapsettomuushoidot ja pettymys siitä, ettei voi tulla luonnollisesti raskaaksi voi asettaa naiselle suuret paineet imetyksen onnistumiselle, jolloin hän saattaa myös väsähtää. Vanhemmuuteen liittyvät paineet ja odotukset voivat kasvaa erityisen suuriksi, kun raskautta on toivottu vuosia ja hedelmöityshoitoja on takana useita. Hedelmöityshoitojen avulla raskaaksi

tulleiden kohdalla myös kiintymyssuhde lapseen sekä vanhemmuuden tunteet saattavat kehittyä vasta vauvan syntymän jälkeen. Pariskunnan voi olla vaikeaa pyytää ulkopuolista apua arkipäivän askareisiin, sillä vaatimukset omalle vanhemmuudelle ovat ankarat ja tunne siitä, että nyt on pärjättävä ilman ulkopuolista apua, on suuri. Luottaminen omiin kykyihinsä vanhempana on haastavaa. Lapsettomuuden aiheuttamat kipeät tunteet ja menetykset eivät häviä mihinkään, vaikka pariskunta saisikin hoitojen avulla kauan toivomansa lapsen. (Tulppala, 2007, s. 33; Tulppala, 2012)

Marjo Flykt (2009, 779–778) kumppaneineen on tutkinut vanhempien odotuksia vanhemmuuden muodostumiseen vauvan synnyttyä, kun takana ovat hedelmöityshoidot. Hedelmöityshoitojen avulla raskaaksi tulneiden parien kohdalla pitkä hoitotaival voi aiheuttaa korkeat odotukset omalle vanhemmuudelle. Toisaalta pelko vauvan menettämisestä voi tehdä pariskunnan ahdistuneeksi ja lisätä varovaisuutta vanhemmuuden vaatimuksille. Tutkimuksessa ei saatu kovinkaan selviä eroavaisuuksia parien välille, mutta silmiin pistävää oli se, että hedelmöityshoitojen avulla raskaaksi tulneiden parien miehen isyys löytyi huomattavasti nopeammin, kuin verrokkiryhmän miesten isyys. Tämä johtunee siitä, että hoitojen avulla raskaaksi tulleet parit ovat valmistautuneet vanhemmuuteen pitkään. Pitkä hoitotaival nähdään syynä vanhemmuuden roolien nopeaan löytymiseen sekä se auttaa myös jakamaan vanhemmuutta ja vauvan hoitoa enemmän ja aikaisemmin.

#### 4.1 Raskaus luovutetuilla sukusoluilla

”Koen, että minä ja mieheni olemme nyt ´eri viivalla`. Mieheni sai täysbiologisen lapsen, joten emme ole enää samalla tavalla ´kohtalotovereita` kuin tähän saakka” (Tulppala, n.d., s. 19).

Luovutettuja sukusoluja käyttäneet parit kokevat yleensä positiivisena asiana sen, että ainakin toisen vanhemman perimä jatkuu lapsessa. Moni pariskunta kokee, että naiselle on myös erityisen tärkeää saada mahdollisuus olla raskaana, ja tästä syystä päätyvät kokeilemaan hedelmöityshoitoja ennen adoptiota. Naisen identiteettiä vahvistavia asioita ovat raskaus, synnytys sekä mahdollisuus imettää, joten käytettäessä luovutettuja munasoluja raskaudella on äärimmäisen tärkeä merkitys syntyvän lapsen ja vanhempien kiintymyssuhteen muodostumisessa. Mies voi kokea ulkopuolisuuden tunnetta vauvan synnyttyä ja jos hoidoissa on käytetty luovutettuja siittiöitä voivat nämä tunteet korostua entisestään. Tällöin olisi tärkeää, että asiasta voidaan keskustella avoimesti puolison kanssa. (Tulppala, n.d., s. 21)

Luovutettujen munasolujen avulla alkaneisiin raskauksiin liittyy riski verenpaineen nousuun raskausaikana sekä raskausmyrkytyksen mahdollisuus kasvaa. Näiden lisäksi myös riski ennenaikaiseen synnytykseen sekä

vauvan pieneen syntymäpainoon kasvaa hieman, kun verrataan raskautta normaaliin koeputkihedelmöityksellä alkaneeseen raskauteen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että syyt näihin löytyy yleensä taustatekijöistä, joita ovat hedelmättömyyden syy, ikä, ensisynnyttäjä sekä tietenkin immunologisesti vieraan alkion siirto saajalle. Vaikka lahjamunasoluraskaudet ovatkin riskiraskauksia, sujuvat ne siitä huolimatta hyvin. (Sälevaara & Söderström-Anttila, 2018, s. 53)

Vauvan synnyttyä on hyvin normaalia, että tunteet nousevat pintaan. Monet pariskunnat ovat kertoneet läheisille lapsettomuudesta sekä lapsettomuushoidoista, mutta eivät luovutettujen sukusolujen käytöstä. Usein pariskunta pohtiikin sitä, tulisiko läheisille kertoa asiasta. Samaa pohdintaa käydään myös, kun pariskunta miettii kertoako lapselle hänen biologisesta taustasta. Monesti mieltä vaivaa pelko siitä, mitä tapahtuu, kun lapsi saa tietää. Ennen luovutettujen sukusolujen käyttöä pariskunta saa neuvontaa sukusolujen käytöstä ja siitä, mikä merkitys sillä on itselle ja lapselle. Yleensä syynä asian salaamiseen on puolison suojeleminen. Vanhemman pelko siitä, että lapsi hylkää ei-geneettisen vanhempansa kuullessaan totuuden alkuperästään. Myös miehen suojeleminen leimautumiselta on yksi syy silloin, kun asiasta vaietaan. Tänä päivänä asian salaaminen on kuitenkin melko vaikeaa, sillä jo raskauden seurannan kannalta on tärkeää tietää, kuinka raskaus on saanut alkunsa. (Tulppala, n.d., ss. 24–26)

Joidenkin pariskuntien kohdalla lapsettomuustutkimukset voivat kertoa karun totuuden siitä, ettei pariskunta pysty saamaan yhteistä biologista lasta. Toisille se voi tulla yllätyksenä, kun taas toiset ovat voineet sopeutua ajatukseen jo lapsettomuushoitojen edetessä. Meihin kaikkiin on sisäänrakennettu sukupolvien jatkuvuus, joka tulee esille niinä hetkinä, kun pohditaan, onko lapsi enemmän isän vai äidin näköinen. Monelle parille lahjasoluhoidoihin hakeutuminen on menetys. On menetetty mahdollisuus saada lapsi, joka on geneettisesti parin yhteinen ja josta löytyy molempien vanhempien piirteitä. Lapsettomuus ja lapsettomuushoidot ovat monelle parille hyvin raskasta aikaa ja ne vievät paljon voimavaroja. Hoitojen loputtua pariskunta voi joutua luopumaan yhteisestä biologisesta lapsesta ja siten pariskunnan voimavarat ehtyvät. Hoitojen päätyttyä tuloksettomana, pariskunnalle tulisi tarjota ulkopuolista apua kriisistä selviytymisen avuksi. (Tulppala, n.d., ss. 15–17)

Nainen ja mies kokevat lapsettomuuden eri tavalla, ja heillä molemmilla on omat tapansa surra. Lapsettomuus on parille hyvin yksityinen asia, josta voi olla vaikea kertoa edes lähisukulaisille tai ystäville. Ystävilta tai lähisuvulta tulevat kommentit ja ohjeet perustamisesta satuttavat ja voivat lisätä pariskunnan paineita entisestään. Lapsettomuuden käsittelyyn on syytä hakea ulkopuolista apua, kun omat voimavarat loppuvat. Yksityiset lapsettomuusklinikat tarjoavat psyykkistä tukea lapsettomuushoidoissa oleville ja isommista kaupungeista voi löytyä terapeutteja, jotka pystyvät tarjoamaan apua lapsettomuuskriisiin. (Tulppala, n.d., s. 17)

On väistämätön tosiasia, että lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen ja parin väliseen seksuaaliseen kanssakäymiseen. Lapsettomuus voi tuoda esiin myös parisuhteen vanhat ongelmat uusien ongelmien lisäksi. Lapsettomuus voi lähentää ja lujittaa parisuhdetta, mutta se vaatii sitä, että vaikeistakin asioista on keskusteltava kumppanin kanssa. On tärkeää pysyä jakamaan asioita ja tunteita, sillä tämä on myös merkittävä voimavara yhteisellä matkalla kohti vanhemmuutta. (Tulppala, n.d., s. 18)

#### 4.2 Raskausaikaan liittyvät pelot ja huolet

Raskauteen ja synnytykseen suhtaudutaan yleensä luottavaisesti. Odottavaa äitiä voi jännittää lähestyvä synnytys, kun toisilla jännitys voi kasvaa peloksi ja näin vaikeuttaa raskautta sekä estää normaalin synnytykseen valmistautumisen. Pelko on tunne, jonka tarkoituksena on suojata ihmistä. Pelko varoittaa ja estää ihmistä joutumasta uhkaaviin tilanteisiin, joissa voimme joutua vaaraan. Aivomme arvioivat tilanteiden merkityksiä jatkuvasti, onko tilanne turvallinen vai vaarallinen, voimmeko rentoutua vai onko meidän oltava valppaana. Pelko voi myös lamaannuttaa silloin kun se on ylivoimaisen suuri. Tällöin kehomme jähmettyy ja lamaantuu, saatamme jopa pyörtyä. Pelolla on myös suora yhteys kehon toimintoihin. Pelottavissa tilanteissa hengitys nopeutuu ja pinnallistuu, syke ja verenpaine nousevat sekä lihakset jännittyvät. Uhkatilanteet arvioidaan yleensä aiempien kokemusten perusteella ja pienikin asia voi laukaista pelkoreaktion. (Pietiläinen, 2015, s. 484; Rouhe, Saisto, Roivanen & Tokola, 2013, ss. 103–104)

Postrumaattinen stressihäiriö on krooninen pelkotila. Se ilmenee tilanteessa, joka muistuttaa aiempaa pelottavaa tai ahdistavaksi koettua tilannetta. Tällaisia tilanteita voi olla muun muassa fyysinen tai seksuaalinen väkivalta ja myös aiempi traumaattinen synnytyskokemus. Primaarilla synnytyspelolla tarkoitetaan tilannetta, jossa nainen ei uskalla tulla raskaaksi. Tällöin pelko alkaa jo ennen ensimmäistä raskautta. Syitä primaariin synnytyspelkoon voivat olla esimerkiksi psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat sekä kipu. Primaari synnytyspelko voi joskus olla tahallisen lapsettomuuden taustalla. Aiempien traumaattisten synnytyskokemusten seurauksena voi puhjeta sekundaarinen synnytyspelko. (Pietiläinen, 2015, s. 484)

Lehto (2017, ss. 398–399) on tutkinut hedelmöityshoidoilla raskaaksi tulleiden äitien kokemuksia raskaudesta ja äitiydestä. Media ja julkiset keskustelut antavat sellaisen kuvan raskaudesta, että silloin nainen hehkuu onnea ja kauneutta. Hedelmöityshoitosten avulla raskaaksi tulleille näin ei aina käy, vaan pelko ja vauvan menettäminen varjostavat raskausaikaa. Lehdon tutkimuksessa moni nainen kertoi peloista ja siitä miten ainut odotus raskaudelle oli raskauden jatkuminen loppuun saakka. Pelot liittyivät paljon juurikin raskauden jatkumiseen ja lapsen menettämiseen. Pelot varjostivat myös naisia kertomasta raskaudesta läheisille ja tuttavil-



le. Ne vaikuttivat myös lastentarvikehankintojen tekemisiin. Normaalisti raskausaikana äiti luo suhdetta vatsassa kasvavaan lapseen, luomalla mielikuvia, odotuksia vauvasta. Hoitojen avulla raskaaksi tulleet pelkäävät luoda mielikuvia vauvasta suojellakseen itseään. Monelle se tärkein ja ainoa toive raskausaikana on saada elävä lapsi.

Lehdon (2017, ss. 399–402) tutkimuksessa tuli ilmi synnytykseen ja syntymään liittyvistä tunteista se, ettei moni äiti kokenutkaan rakkauden tunnetta heti saatuaan vauvan rinnallensa. Toisilla tunteiden heräämiseen meni viikko, toisilla kuukausi. Vauvan synnyttyä moni äiti koki, ettei hänellä ole oikeutta olla väsynyt, tai kokea mitään negatiivisia tunteita, sillä itsehän hän oli lasta niin kovin toivonut. Lehdon tutkimuksen perusteella nähdään, että moni lapsettomuuden kokenut äiti jää vaille vanhemmuuteen kasvamista raskausaikana. Aiemmat epäonnistumiset ovat suurin syy siihen, miksi äitien on vaikea luottaa onnelliseen loppuun. Olikin tärkeää, että perheen kanssa työskentelevät ottaisivat tämän huomioon ja tarjoaisivat perheelle tukea ja apua jo raskauden aikana. Apuna voisi käyttää psykologia sekä erilaisia mielikuvaharjoitteita vauvaan liittyen.

Poikkeus ym. (2006) tutkivat synnytyspelkoa sekä raskauteen liittyvää ahdistusta hedelmöityshoitojen avulla alkaneissa raskauksissa. Tutkimus osoitti, että hedelmöityshoidoista aiheutunut henkinen taakka sekä raskausaikana lisääntynyt ahdistus altistaa naisen synnytyspelolle. Raskauden aikana ahdistusta lisää mm. aiemmat keskenmenot. Tutkimuksessa saatu tieto kertoi sen, että pitkän hedelmöityshoitotaustan omaavat naiset kärsivät enemmän synnytyspelosta. Itse hedelmöityshoitojen ei nähty lisäävän raskauden aikaista ahdistusta enempää kuin verrokki ryhmällä, mutta taustalla olleet keskenmenot altistivat uudessa raskaudessa ahdistukselle.

Jokainen raskaus on erilainen ja niihin liittyy usein monenlaisia ilonhetkiä, mutta myös vaikeita emotionaalisia tiloja. Jokaisen tulisi löytää oma tapa selviytyä ja käsitellä uusia ja vanhoja tunteita. Hedelmättömyyteen liittyy usein huolia vauvan terveydestä. Toiset kokevat, että raskauden toinen kolmannes on henkisesti palkitsevinta aikaa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että hedelmöityshoidoilla raskaaksi tulleiden huolet liittyvät usein vauvan hyvinvointiin, synnynnäisiin epämuodostumiin, sikiö kuolemiin, synnytyspelkoon tai siihen, että vauva joutuu synnyttyään vastasyntyneiden tehohoitoon. Vauvan syntymän jälkeen vanhempien pelot kohdistuvat vauvan hyvinvointiin. Vauvan hengityksen tarkkailu syntymän jälkeen on yleistä. (Dornelles, MacCallum, Lopes, Piccinini & Passos, 2013, ss. 115–120)

Äitiysneuvolassa tulisi jokainen odottava äiti kohdata yksilönä ja ottaa huomioon hänen historiansa sekä lapsettomuuden syyt ja hoitotausta. Pelko keskenmenoista on suuri ja epävarmuus raskauden onnistumisesta seuraa koko raskauden ajan. Monet naiset ovat raskausaikana kovin huo-

lestuneita vauvan terveydentilasta ja he myös pelkäävät enemmän lapsen vaurioitumista synnytyksessä. Joillekin voi olla vaikea luoda suhdetta vauvaan tai muodostaa hänestä mielikuvia, varsinkin jos hedelmöityshoitoja on takana useampia. Lapsettomuuden kokeneille olisi tärkeää antaa psykososiaalista tukea ja neuvontaa niin lapsettomuushoitojen aikana, kuin niiden jälkeenkin. Valitettavasti neuvoloissa ei useinkaan ole lapsettomuuden asiantuntijaa. Tällöin vanhemmat tulisikin ohjata esimerkiksi yksityisten lapsettomuusklonikoiden psykologeille tai vertaisryhmiin. (Katajamäki & Gyldén, 2017, s. 85)

Pelot eivät lopu synnytykseen vaan on hyvin yleistä, että hoidoilla alkuun saatujen raskauksien myötä äidiksi tulleilla naisilla on suurempi huoli ja pelko myös synnytyksen jälkeen. Riski sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen on olemassa. Hedelmöityshoitojen avulla alkaneissa raskauksissa synnytyspelko on samaa luokkaa, kun muillakin naisilla paitsi niissä tapauksissa, joissa lapsettomuus on kestänyt yli seitsemän vuotta. Lapsettomuus jättää pariskuntaan jäljen vielä vanhemmaksi tulonkin jälkeen. Lapsettomuuden tunne ei katoa, vaikka pariskunta saa kauan toivomansa lapsen. On arvioitu, että raskausaikana odottava äiti on haavoittuvaisempi, kuin normaalisti raskaaksi tullut ja vauvan syntymän jälkeen äiti on pakotettu peittämään todelliset tunteet haavoittuvuudesta. (Aitokallio-Tallberg, 2012, s. 2074; Kuivasaari, 2013, s. 37; Tulppala, 2012, s. 2085)

#### 4.3 Vanhemmuus lapsettomuuden jälkeen

Vanhemmuus lapsettomuuden jälkeen on täynnä iloa ja haasteita. Moni lapsettomuushistorian omaava vanhempi haluaa olla syntyneelle lapselleen maailman paras vanhempi. He myös uskovat vanhemmuuden olevan sen arvoista. Vanhemmat ottavat vanhemmuuteen liittyvät vastuut vakavasti, he arvostavat lapsiaan ja nauttivat nähdessään lapsensa nauttivan. Tämän lisäksi vanhemmat ovat valmiita tekemään kaikkensa lapsensa parhaaksi. Usein lapsettomuuden kokeneet pyrkivät parempaan vanhemmuuteen, koska heille lapsi ei ole itsestään selvyys. Moni äiti vaatii itseltään paljon ja heidän on vaikea päästää lapsesta irti tai jättää lasta esimerkiksi hoitoon. Väsymyksestä ja negatiivisista tunteista vanhemmat kokevat usein syyllisyyttä ja tämän vuoksi moni äiti kokee, ettei hänelle ole oikeutta valittaa. Lapsen synnyttyä äidillä voi olla hyvin epärealistiset odotukset itsestään äitinä. Lehdon tekemässä tutkimuksessa moni äiti kertoi suorittavansa äitiyttä. Lapsettomuuden kokemus ei katoa äidiksi tulon myötä. (Burns, 2006, s. 459; Lehto, 2017, ss. 400–401)

Lapsen synnyttyä pariskuntaa tulisi kannustaa ja rohkaista etsimään tasapainoa parisuhteen ja vanhemmuuden välille. Vanhempiä tulisi rohkaista ottamaan aikaa parisuhdetta sekä muita sosiaalisia suhteita varten. Heitä tulisi kannustaa hyvään kommunikaatioon sekä tekemään asioita, joista he nauttivat pariskuntana ennen lapsen syntymää. (Burns, 2006, s. 470)

Lahjasoluilla lapsen saaneilla on normaalia, että vauvan syntymä aiheuttaa myös negatiivisia tunteita. Vanhemmat ovat yhtä aikaa iloisia ja onnellisia syntyneestä vauvasta, mutta haikeutta aiheuttaa romuttunut unelma yhteisestä biologisesta lapsesta. Moni pari kokee kuitenkin tärkeänä sen, että lapsessa jatkuu ainakin toisen vanhemman perimä. Vaikka pariskunnat puhuvat avoimesti hedelmöityshoidoista läheisilleen, ei lahjasolujen käytöstä aina kerrota. Vanhemmat voivat tuntea pelkoa siitä, mitä tulee tapahtumaan, kun lapsi saa selville luovuttajan henkilöllisyyden. Vanhempien tulisi kertoa lapselle avoimesti hänen biologisesta alkuperästään ikätaso ja kehitys huomioon ottaen. Tutkimukset osoittavat, että lapselle tulee kertoa hänen alkuperästään mahdollisimman varhain, valtaosa vanhemmista kertoo asiasta lapselle ennen viittä ikävuotta. (Tulppala, n.d., ss. 21–27)

#### 4.4 Psyykinen tuki raskausaikana

Lapsettomuuden jälkeen raskaus on pariskunnalle samaan aikaan jännittävää, kauhistuttavaa, ihanaa sekä pelottavaa aikaa. Raskauden aikana ammattilaisten tulisi helpottaa odottavaa perhettä sopeutumaan raskauteen, antaa tukea synnytykseen ja raskauden aikaisiin seuloihin liittyvissä päätöksissä sekä kehittää ja vahvistaa perheen selviytymiskeinoja. On erityisen tärkeää, että ammattilainen ymmärtää raskauden merkityksen hedelmättömyyden jälkeen. Lasta odottava pariskunta tarvitsee rohkaisua monissa normaaleissa asioissa raskauden aikana. Monelle pariskunnalle on muodostunut pitkä suhde lapsettomuusklinikkaan ja sieltä siirtyminen uuteen hoitavaan tahoon voi olla vaikeaa. Se voi tuntua menetykseltä, sillä pariskunta jättää taakseen tahon, jonka kanssa he ovat jakaneet yhden kaikista intiimeimmän asian heidän elämässään. Siirtyessään uuden tahon hoitoon, heillä voi olla huoli siitä, että heidän kallisarvoista raskauttaan ei arvosteta tarpeeksi. Ihanteellista olisi, kun siirtymävaiheessa pariskunnalle tarjottaisiin ymmärtäväinen ympäristö, joka on valmis auttamaan raskauteen liittyvissä ongelmassa sekä avoin yhteys hedelmöityshoitoklinikalle. (Covington & Burns, 2006, ss. 451–452)

Lehdon (2017, ss. 401–402) tutkimustuloksen mukaan lapsettomuudesta kärsineet pariskunnat eivät pysty hyödyntämään raskausaikaa vanhemmuuteen valmistautumiseen. Tutkimuksen perusteella pitkän lapsettomuuden kokeneet äidit jäävät vaille tärkeää vaihetta vanhemmuuteen valmistautumisessa ja siteen luomisessa lapseen. Heidän kokemat epäonnistumiset vaikuttavat siihen, että äitien on vaikea luottaa raskauden jatkumiseen ja onnelliseen loppuun. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että monet hedelmöityshoitoja saaneet äidit eivät uskalla luoda mielikuvia vauvasta pelkojensa vuoksi. Raskausaikana ei uskalleta ajatella lasta, vaan keskitytään ainoastaan raskauden jatkumiseen, ja tämän tiedetään vaikuttavan äidin ja vauvan siteen muodostumiseen sekä varhaiseen vuorovaikutukseen. Ammattilaisten tulisikin huomioida tämä perheiden kanssa työskennellessä ja tarjota äideille aktiivisesti tukea ja apua eri vaiheissa raskautta. Pelkoa voisi vähentää esimerkiksi psykologin

kanssa käytävillä keskusteluilla. Vanhempia tulisi aktivoida erilaisin harjoittein luomaan mielikuvia vauvasta tai siitä millainen vanhempi hän olisi.

Raskautta hedelmättömyyden jälkeen voidaan kutsua myös ”ahdistuneeksi raskaudeksi”. Usein pariskunnat tarvitsevatkin ulkopuolista apua selviytymismekanismien tunnistamisessa sekä vahvistamisessa tämän ahdistavan sekä haastavan ajanjakson aikana. Yhdeksän kuukautta voi tuntua pariskunnasta yhdeksältä vuodelta. Monelle voi olla apua siitä, että raskaus pilkotaan pienemmiksi osiksi, esimerkiksi raskauskolmanneksiin, jolloin pelkojen ja huolien hallitseminen on helpompaa, toisille raskauden pilkkominen vielä pienemmiksi osiksi on tarpeen. Lisääntynyt ahdistuneisuus ja valppaus ovat yleistä pitkän hedelmättömyyden jälkeen ja tämä saattaa aiheuttaa tarpeen turvautua normaalia enemmän lääketieteelliseen teknologiaan sekä tarpeen pitää yhteyttä ammattilaiseen, josta on tullut pariskunnalle ensisijainen tuki ja turva. Liiallinen valppaus raskausaikana voi johtaa siihen, että raskaana oleva tulkitsee normaaleita raskauteen liittyviä oireita väärin. Tähän voi sisältyä useita käyntejä ultraäänitutkimuksissa, erikoislääkärikäyntejä, psykologin tapaamisia sekä itse määrättyä lepoa. Pariskunnat, joilla on takanaan pitkä historia lapsettomuushoidoissa, ovat yleensä hyvin tietoisia siitä mikä raskaudessa voi mennä vikaan. Tästä syystä, he yleensä etsivät tapoja varmistaa raskauden turvallisuus, vaikka raskaus ei olisi vaarassa. Toiset pariskunnat taas etsivät selviytymiskeinoja pelkoihinsa esimerkiksi salaamalla raskauden ystävilta ja läheisiltä, äitiysvaatteiden hankintaa siirretään mahdollisimman myöhäiseksi tai pariskunta tietoisesti vastustaa kiintymistä vauvaan. Ammattilaisen on osattava nähdä milloin jokin selviytymismekanismi alkaa estämään normaalia raskauteen mukautumista. (Covington & Burns, 2006, ss. 452–454)

#### 4.5 Vertaistuki

Lapsettomien yhdistys Simpukka on Suomessa toimiva organisaatio, jonka kohderyhmään kuuluvat tahattomasti lapsettomat. Yhdistys on perustettu Kuopiossa vuonna 1988, jolloin se toimi nimellä Saisimmepa lapsen. Vuonna 2006 yhdistyksen nimi muuttui Lapsettomien yhdistys Simpukaksi ja samaan aikaan RAY alkoi tukea yhdistyksen toimintaa. Tänä päivänä yhdistys kuuluu Sosiaali- ja terveysjärjestöjen piiriin ja saa toimintaansa rahoituksen sosiaali- ja terveysministeriön jakamista Veikkauksen tuotoista. Yhdistyksen toiminnan tavoitteena on edistää tahattomasti lapsettomien asemaa ja tukea heidän hyvinvointiaan. Yhdistys tuottaa materiaalia lapsettomuuteen liittyen sekä toimii myös lapsettomien edunvalvojana. Simpukka edistää toiminnallaan myös yhteiskunnan tietoisuutta lapsettomuudesta. (Lapsettomien yhdistys Simpukka, n.d.a)

Lapsettomien yhdistys Simpukka tarjoaa monenlaista vertaistukea lapsettomille. Järjestöllä toimii vapaaehtoisvoimin neljänlaisia vertaisryhmiä. Niitä ovat lapsettomien lapsitoive-ryhmä, yksin ja kaksin elävien SYKE-

ryhmä, Helminauharyhmä sekä lapselliset lapsettomat- vertaistukiryhmä. Sähköpostin kautta pystyy saamaan tukea lapsettomuuteen vertaisväilyksen kautta. Facebookissa toimii useampi yhdistyksen ylläpitämä vertaistukiryhmä. Näiden lisäksi yhdistys tarjoaa erilaista parisuhdetoimintaa sekä erilaisia tapahtumia ja tilaisuuksia. Lapsettomille tärkein yksittäinen tapahtuma on toukokuussa järjestettävä Simpukka-viikko, joka huipentuu Lapsettomien lauantaihin. Lapsettomien lauantaita on vietetty jo vuodesta 1994, mutta se laajeni koko viikon kestäväksi tapahtumaksi vuonna 2009. Viikon tarkoituksena on tehdä näkyväksi lapsettomuutta ja muistuttaa siitä, ettei kaikista toiveesta huolimatta tule koskaan vanhempia. Viikon aikana Simpukka järjestää monenlaisia tapahtumia ja tilaisuuksia. (Lapsettomien yhdistys Simpukka, n.d.a., Ovumia, 2018)

Vuonna 2019 käynnistyi Lapsettomien yhdistys Simpukan Helminauhanhanke, jonka tavoitteena on lisätä lahjasoluilla lapsen saaneiden vanhempien tietoa ja tukea lapsen alkuperään liittyvien kysymysten käsittelyyn sekä lisätä lahjasoluperheitä kohtaavien ammattilaisten valmiuksia tukea perheitä sekä tunnistaa perheiden erityisyys. Hankkeessa kehitetään lahjasoluperheiden perhevalmennusta sekä kerätään tietopankkia lahjasoluasioista. Näiden lisäksi on tarkoitus kouluttaa ammattilaisia sekä kehittää lahjasoluperheiden vertaistoimintaa. (Helminauha, n.d.)

## 5 RASKAUDEN SEURANTA ÄITIYSNEUVOLASSA

Suomessa perusterveydenhuollon tehtävänä on järjestää raskaana oleville äitiysneuvolapalvelut. Perusterveydenhuollon lisäksi palveluihin kuuluu erikoissairaanhoidon järjestämät palvelut. Äitiysneuvolatoimintaa ohjaavat lait, joita ovat terveydenhuoltolaki, lastensuojelulaki, asetus neuvolatoiminasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä ehkäisevästä lasten ja nuorten suun terveydenhuollosta. Äitiysneuvolan tärkein tehtävä on turvata raskaana olevan naisen, sikiön, vastasyntyneen lapsen sekä perheen terveys ja hyvinvointi. Vanhemmuuden vahvistaminen on myös yksi äitiysneuvolan keskeisistä tehtävistä. Äitiysneuvolassa tulisi pyrkiä ehkäisemään raskaudenaikaisia häiriöitä ja tunnistaa häiriöt mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jonka jälkeen jatkohoitoon ohjauksen tulisi olla sujuvaa. Raskaudenaikaisten häiriöiden jälkeen tulisi tukea perhettä heidän elämäntilanteessaan. (Pietiläinen & Väyrynen, 2015, s. 152; Lindholm, 2007, s. 33)

Äitiysneuvolassa käyminen on vapaaehtoista, mutta Suomessa niihin on liitetty tiettyjen etuuksien saaminen. Mikäli perhe haluaa äitiysavustuksen, äitiys-, isyys- ja vanhempainlomaa he tarvitsevat todistuksen, jonka saavat äitiysneuvolasta. Äitiyshuollossa käyntejä tulee ensisynnyttäjälle keskimäärin yhdeksän ja uudelleen synnyttäjälle kahdeksan raskauden sekä lapsivuodeajan aikana. Käyntien tarkoituksena on seurata äidin, siki-

ön ja perheen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Lasta odottavalle perheelle tulee antaa tukea ja ohjausta sekä neuvontaa. Raskauden aikana osa käynneistä tulee erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle. Tällaisia käyntejä ovat esimerkiksi raskauteen kuuluvat seulonnat sekä poikkeavaan raskauteen että erityisryhmiin kuuluvien seurantakäynnit. Erityisryhmiin kuuluvia ovat muun muassa päihdeongelmaiset, synnytystä pelkäävät sekä jostain kroonisesta sairaudesta kärsivät asiakkaat. Erikoissairaanhoidossa järjestetään erikoispoliklinikkatoimintaa. Päihdeäideille on tarjolla tukea ja vieroitusta raskauden aikana. Äitiysneuvola käynneillä odottavalle äidille tehdään kolme lääkärintarkastusta, joista yksi on synnytyksen jälkeen. (Lindholm, 2007, s. 34)

Lasta odottava nainen sekä hänen puolisonsa tulevat äitiysneuvolan asiakkaiksi yleensä siinä vaiheessa, kun raskaus on kestänyt 8-12 viikkoa ja asiakkuus jatkuu synnytyksen jälkitarkastukseen saakka eli noin 6 viikkoa synnytyksestä. (Lindholm, 2007, s. 33) Neuvolassa määritetään raskauden kesto sekä vauvan laskettuaika. Raskauden kesto on 40 raskausviikkoa/280 vuorokautta/10 kuukautta. Raskauden kestosta käytetään lyhennettä h ja lasketusta-ajasta lyhennettä la. Raskauden kesto voidaan määrittää usealla tavalla, mutta mikäli kyseessä on keinoalkuinen raskaus, voidaan hedelmöittymispäivään lisätä suoraan 265 vuorokautta eli 38 viikkoa. (Pietiläinen ym., 2015, ss. 158–159)

## 5.1 Raskaudenvaiheet äitiysneuvolassa

Raskausaika jaetaan kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäinen trimesteri kestää kuukautisten alkamisesta raskausviikon 13 loppuun saakka. Ensimmäisen trimesterin aikana munasolu hedelmöittyy ja kiinnittyy kohdun seinämään ja soluista alkaa muodostua sikiön kudokset ja elimet. Tämä vaihe on sikiön kehityksen kannalta hyvin herkkää ja kehittyvä sikiö on hyvin altis monille vaaratekijöille. Mikäli kehittyvä alkio on poikkeava tai viallinen, raskaus menee kesken yleensä ensimmäisen trimesterin aikana. Ensimmäisen trimesterin lopulla neuvolassa aletaan kuuntelemaan sikiön sydänääniä. Alkuraskauden aikana naisen kehossa tapahtuu paljon hormonaalisia muutoksia, mutta raskaus aiheuttaa myös muutoksia mielialaan. Odottavan äidin mielialaan voi heijastua omassa kehossaan tapahtuvien muutosten määrä sekä myös tulevan elämäntilanteen muuttuminen. Osa pariskunnista ei ole valmiita jakamaan tietoa raskaudesta ulkopuolisille varsinkin, jos heillä on takanaan negatiivisia kokemuksia, kuten keskenmenoja. (Pietiläinen ym., 2015, s. 161, s. 164; Nuorttila, 2007, ss. 41–42)

Raskauden edetessä toiselle trimesterille eli raskausviikoille 14.–28. on tämä usein hieman helpompaa aikaa odottavalle äidille. Toisen trimesterin aikana sikiö kasvaa ja kehittyy. Raskauden puolenvälin aikoihin raskausviikoilla 18.–20. äiti voi tuntea sikiön liikkeitä. Tässä vaiheessa raskausoireet ovat jo helpottaneet kokonaan tai ovat vähentyneet selkeästi. Odottavan äidin kohtu kasvaa ja samalla vatsa pyöristyy. Alkuraskauden

tunteet ovat tasoittuneet ja vuorovaikutus vauvan ja vanhempien välillä lisääntyy. Vatsaa silitellään, vauvan liikkeitä havainnoidaan sekä hänelle jutellaan ja lauletaan. Vanhemmat muodostavat mielikuvia siitä, millainen lapsi on ja millainen perheen tulevaisuus on. (Pietiläinen ym., 2015, s. 161, s. 165; Nuorttila, 2007, s. 42)

Kolmas trimesteri alkaa raskausviikolta 29. ja jatkuu laskettuun aikaan saakka. Tässä vaiheessa kohtu kasvaa huimaa vauhtia ja vauvan paino lähes kaksinkertaistuu. Vauva liikkuu enemmän ja liikkeet ovat voimakkaampia. Naisen koko olemus muuttuu, vatsa kasvaa ja ryhti muuttuu. Naisen voi olla vaikea hahmottaa omaa muuttunutta vartaloaan. Ryhdin muututtua selkä kipeytyy herkästi ja nukkuminen muuttuu haastavammaksi. Loppuraskaudesta odottavalla äidillä voi olla turvotusta, närästystä, suonikohjuja ja supistelujakin alkaa tulla herkemmin. Kolmannen trimesterin aikana nainen alkaa valmistautua synnytykseen. Synnytystä ja vauvan kohtaamista odotetaan malttamattomana, mutta myös hieman pelokkaana. Synnytyksen lähestyessä naista pohdituttaa se, miten hän selviää synnytyskivuista, millainen kätilö mahtaa olla, pääseekö puoliso mukaan synnytykseen ja niin edelleen. Ensisynnyttäjä voi pohtia sitäkin, osaako hän hoitaa vauvaa oikein. Terveystieteiden tai kätilön on otettava naisen tunteet ja ajatukset todesta, mutta hänen tulee olla myös valppaana ja tunnistettava milloin odottavan äidin pelko muuttuu arkea haittaavaksi synnytyspeloksi. Tällöin odottava äiti tulee ohjata erikoissairaanhoidon synnytyspelkopoliklinikalle. (Pietiläinen ym., 2015, s. 161, ss. 163–165)

## 5.2 Äitiysneuvolakäynnit ja niiden sisältö

Äitiysneuvolakäyntien normaaleihin ja joka kerta tehtäviin tutkimuksiin kuuluvat verenpaineen sekä painon mittaaminen. Näiden tutkimusten lisäksi raskaana olevalta äidiltä seurataan veren hemoglobiinipitoisuutta sekä virtsakokein virtsan proteiineja ja glukoosia. Sikiön sydänäänten seuranta aloitetaan toisella neuvolakäynnillä eli rv 13. Kohdunpohjankorkeutta aletaan mittaamaan neuvolassa raskauden puolen välin jälkeen. Ensimmäisen ja toisen neuvolakäynnin väliin ajoittuu yleensä ensimmäinen ultraääni, jossa seulotaan sikiön niskaturvotusta. Samalla on mahdollisuus osallistua kromosomipoikkeavuuksien tutkimukseen. Kahden ensimmäisen neuvolakäynnin aikana perheen kanssa keskustellaan raskaudesta ja sen tuomista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista. Keskitytään raskaudenaikaiseen ravitsemukseen, liikuntaan, painonhallintaan, päihteidenkäyttöön, levon sekä hampaiden hoidon tärkeyteen. Keskusteluissa käydään läpi myös parisuhdetta, seksuaalisuutta ja vanhemmuutta sekä annetaan tietoa sikiöseuloinnoista. (Nuorttila, 2007, s. 44)

Myöhemmillä käynneillä keskusteluissa annetaan enemmän tilaa tuleville vanhemmille ja kuunnellaan heidän tarpeitaan. Raskaana olevaa informoidaan raskauden mukana tuomista vaivoista kuten turvotuksista, suo-

nikohjuista, ummetuksesta. Keskustellaan äidin jaksamisesta töissä sekä annetaan tietoa sosiaalietuuksista ja perhevalmennuksesta. Neljännellä käynnillä voidaan keskustella synnytyspelosta sekä supistusten ja raskausmyrkytyksen tunnistamisesta. Viidennellä kerralla perhettä informoidaan ennenaikaisesta synnytyksestä sekä jos perhe on ollut jo perhevalmennuksessa, niin voidaan keskustella sieltä esiin nousseista kysymyksistä. Tärkeää on puhua myös isän tai puolison merkityksestä sekä loppuraskauden seksuaalisuudesta. Puolessa välissä raskautta eli noin raskausviikolla 20 on toinen ultraäänitutkimus, jossa tarkastellaan sikiön rakenteita. (Nuorttila, 2007, s. 44) Äitiysneuvolat tarjoavat ensimmäistä lastaan odottaville perhevalmennuksen. Perhevalmennuksen lähtökohtana on auttaa perhettä valmistautumaan synnytykseen sekä elämään vauvan kanssa. Valmennus sisältää informaatioita synnytyksestä, vauvanhoidosta ja imetyksessä. (Pietiläinen ym., 2015, s. 174)

Viimeisillä käynneillä keskustellaan tulevasta synnytyksestä ja siihen valmistautumisesta sekä synnytyksen käynnistymisen merkeistä, äidin mielialasta ja liikelaskennan tärkeydestä. Näiden lisäksi voidaan keskustella vielä perheen omien tarpeiden mukaan jostain heille tärkeästä ja mieltä painavasta aiheesta. Synnytyksen jälkeisellä käynnillä käydään läpi synnytyskokemus, keskustellaan äidin mielialasta, parisuhteesta, vanhemmuudesta, seksuaalisuudesta sekä raskauden ehkäisystä. Terveystenhoitaja informoi äitiä synnytyksestä palautumisesta sekä tarkastaa kohdun ja sectiohaavan. Ensimmäisellä käynnillä synnytyksen jälkeen perhettä ohjataan vauvanhoidossa. Jälkitarkastukseen kuuluu raskauden ehkäisyn suunnittelu sekä masennuksen tunnistaminen. Jälkitarkastuskäynnillä äidiltä otetaan paino, verenpaine, hemoglobiini, virtsakoe sekä tehdään gynekologinen tutkimus. (Nuorttila, 2007, s. 45)

Taulukossa 1 kuvataan THL:n ohjeistus raskauden seurannasta äitiysneuvolassa. Ensimmäisessä sarakkeessa kerrotaan millä raskausviikolla käynti on, seuraavassa kenelle käynti on tarkoitettu. Kolmannessa sarakkeessa kerrotaan, kuka tarkastuksen tekee. THL on antanut myös suosituksen vastaanoton kestosta ja se on taulukossa viimeisessä sarakkeessa. Näiden lisäksi terveydenhoitajille on annettu ohjeistus siitä, mitä kyseisellä vastaanottokäynnillä tehdään. Käynnit sisältävät aina perustutkimukset sekä terveysneuvontaa.



Taulukko 1. Äitiysneuvolakäynnit (THL, 2018; Pietiläinen ym., 2015 s. 171).

Ajankohta raskausviikko	synnyttäneisyys	Terveystarkastus, tekijä	Aika
6 – 8	ensisynnyttäjä / uudelleensynn.	Ensikontakti puhelimitse, palvelutarpeen arviointi	15min
8 – 10	ensisynnyttäjä / uudelleensynn.	Ensikäynti äitiysneuvolaan, terveydenhoitaja/kättilö	1 t 30 min
13 – 18	ensisynnyttäjä / uudelleensynn.	Laaja terveystarkastus, terveydenhoitajan/kättilön osuus sekä lääkärin osuus	1 t 30min + 30 min
22 – 24	ensisynnyttäjä/ uudelleensynn.	Äitiysneuvola käynti, terveydenhoitaja/ kättilö	30 min
26- 28	ensisynnyttäjä	Äitiysneuvola käynti, terveydenhoitaja /kättilö	30 min
30 – 32	ensisynnyttäjä/ uudelleensynn.	Äitiysneuvola käynti / kotikäynti, terveydenhoitaja/ kättilö	30 min / 2 t 30 min
35 – 36	ensisynnyttäjä / uudelleensynn.	Lääkärin vastaanotto	30 min
37 – 41	ensisynnyttäjä / uudelleensynn.	Äitiysneuvola käynnit 2vkon välein tai useammin, terveydenhoitaja/ kättilö	30 min
Synnytys			
1.– 7.vrk kotiutumista	ensisynnyttäjä / uudelleensynn.	Kotikäynti tai vastaanotto terveydenhoitajan/kättilön toimesta	2 t 30 min tai 60 min
5.-12.vko synnytyksestä	ensisynnyttäjä / uudelleensynn.	Synnytyksen jälkitarkastus, terveydenhoitaja/kättilö + lääkäri	30 min

Perheitä on hyvin monenlaisia, ja neuvolassa on tärkeää hahmottaa jokaisen perheen oma perherakenne. Perherakenteesta puhuttaessa tarkoitetaan perheen jäseniä, joita ovat esimerkiksi isä, äiti ja lapset. Äitiysneuvolassa terveydenhoitajan ensisijainen kohde on raskaana oleva nainen ja syntymän jälkeen lapsi. Perhe äitiysneuvolan asiakkaana on hienman hämmentävä, mutta tällä tarkoitetaan sitä, että neuvolassa otetaan huomioon molemman vanhemman mielipiteet ja molemmat vanhemmat tulevat kuulluksi. Asiakaslähtöisellä äitiysneuvolatoiminnalla halutaan korostaa muun muassa isyyden ja monipuolisemman vanhemmuuden tukemista. (Paavilainen, 2007, ss. 362–363)

### 5.3 Raskausajan vuorovaikutus ja sen tukeminen äitiysneuvolassa

Positiivisen raskaustestin jälkeen tulevien vanhempien elämä muuttuu. Vanhempien mielen valtaavat monenlaiset ristiriitaisetkin tunteet. Raskauden aikana pariskunta joutuu työstämään omaa minäkuvaansa, parisuhdetta, suhdetta omiin vanhempiinsa sekä elämäntilannettansa. Vanhemmat luovat itselleen vanhemman identiteetin, joka ensisynnyttäjien kohdalla rakentuu raskauden, synnytyksen ja varhaisen vauvavaiheen aikana. 40 raskausviikon aikana sisäinen vanhemmuus rakentuu ja muotoutuu. Äidin ja vauvan välinen kiintymyssuhde alkaa muodostua heti alkuraskaudesta lähtien. Tulevalle äidille alkuraskaus on hämmentävää tunnemyrskyn aikaa. Tieto siitä, että elämä muuttuu, mahdolliset raskausoireet, vaihtelevat tunteet vauvaa kohtaan sekä huoli raskauden jatkumisesta ovat läsnä yhtä aikaa. Tätä kaikkea voi sotkea vielä ras-

kausoireiden puuttuminen. Se voi tehdä äidille hyvin epätodellisen olotilan. Pariskunta alkaa pohtimaan sitä, millaisia vanhempia heistä tulee, millainen perhe heistä tulee ja kuinka vauvan syntymä muuttaa parisuhdetta. (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto & Tiitinen, 2014, s. 137, ss. 142–143)

Toisella raskauskolmanneksella, kun pahin riskiaika keskenmenoille on ohi, alkaa vanhemmille muodostua luottamus siitä, että heistä on tulossa vanhempia. Vauvan olemassaolo tulee todellisemmaksi siinä vaiheessa, kun äiti alkaa tuntemaan vauvan liikkeet. Naisen mieli on herkistynyt, ja hän seikkailee kahden maailman välissä. Vanhaa identiteettiä ei ole, mutta nainen ei koe olevansa vielä myöskään äiti. Samaan aikaan tuleva äiti käy läpi omia varhaisvaiheitaan, lapsuuttaan ja suhdetta vanhempiinsa. Raskauden edetessä vanhempien mielikuvat lapsesta aktivoituvat. Mikäli nainen kärsii synnytyspelosta tai mielialaongelmista, niin nämä ongelmat voivat estää suhteen syntymisen mielikuvavauvaan. Viimeisen kolmanneksen aikana nainen valmistautuu synnytykseen ja vauvan kohtaamiseen. Loppuraskaudesta miehen identiteetin muutos isäksi näkyy tarpeena turvata perheen talous ja hyvinvointi. Pariskunta laittaa kotia valmiiksi tulevaa perheenjäsentä varten. (Sariola ym., 2014, ss. 143–144)

Aina vanhemmuuteen kasvaminen ei ole noin yksinkertaista ja raskausaika voi olla psyykkisesti hyvin kuormittavaa. Pariskunnan pitkä tie lapsettomuushoitujen parissa ja siihen liittyvät menetyksen kokemukset voivat heijastua raskauteen voimakkaina pelkoina lapsen menettämisestä. Tällöin pariskunnalle ei jää tilaa kiintymyssuhteen muodostamiselle. Näissä tilanteissa on usein kyse siitä, että lapsettomuuteen ja sen hoitoon liittyvät tunteet ovat liian lähellä ja liian kipeitä käsiteltäviksi. Kiintymyssuhteen muodostumiseksi olisi tärkeää, että käsittelemättömät ja kuormittavat tunteet otettaisiin puheeksi neuvolakäynnillä. (Sariola ym., 2014, ss. 144–145)

Raskauden kulkuun vaikuttavat myös erilaiset psyykkiset tekijät, joiden tiedetään haittaavan äidin ja vauvan suhteen kehittymistä sekä vanhemmuuden rakentumista. Yleisimpiä oireita ovat stressi, ahdistus sekä masennus. Masennuksen tiedetään tänä päivänä olevan yleisempää jopa raskausaikana kuin synnytyksen jälkeen. Raskausvaihetta ihannoidaan ja ympärillä olevat ihmiset olettavat odottavan äidin olevan onnellinen. Ulkopuolelta tuleva paine tekee naiselle vaikeaksi tunnustaa ongelmansa ulkopuolisille ja jopa itselleen. Raskausajan masennusta on vaikea huomata, sillä jo raskauden aiheuttamat oireet, unihäiriöt, ärtyisyys, muutokset ruokahalussa sekä mielialassa sekoittuvat helposti masennuksen oireisiin. Raskausaikana masennuksesta kärsivällä äidillä ei ole ajatuksia lapsestaan, tai ne ovat jäykkiä ja erilaisia. Synnytyksen jälkeen moni äiti on ilmaissut pettymyksen tunteita vauvaa kohtaan ja omaan äidiksi tulemiseen. Hänessä ei herää äidillisiä tunteita, ja vauvan suhteen välinpitämättömän käytös voi jatkua useita kuukausia. (Brodén, 2008, ss. 108–110)

Riskiraskauksista voidaan puhua myös näin psyykkisestä näkökulmasta käsin. Vaikea elämäntilanne, raskausaikana sattuneet järkyttävät tapahtumat vaikuttavat kielteisesti raskaana olevan naisen psyykkiseen haavoittuvuuteen. Nämä riskiraskaudet jaetaan kolmeen ryhmään, joita ovat ristiriitaiset raskaudet, tunneperäisesti haavoittuvat raskaudet, sekä raskaudet, joissa on lisäksi muita ongelmia. Raskaudet, jotka ovat ristiriitaisia raskauksia ovat yleensä ei toivottuja tai suunniteltuja raskauksia. Nainen pohtii aborttia, mutta loppujen lopuksi päätyy raskauden jatkamiseen. Näihin raskauksiin liittyy usein myöhään huomattu raskaus, jolloin raskauden keskeyttäminen ei ole enää mahdollista tai naisen mielestä abortti olisi moraalisesti väärin. Ristiriitaisissa raskauksissa nainen on voinut tulla raskaaksi satunnaiselle seksikumppanille tai seurustelusuhde on niin tuore, että raskaus tulee liian pian. Nainen voi tuntea itsensä myös joko liian nuoreksi tai liian vanhaksi saamaan lasta. Raskaaksi tuleminen inestien tai raskauksen seurauksena luokitellaan myös ristiriitaisiin raskauksiin. (Brodén, 2008, s. 118)

Tunneperäisesti haavoittuvissa raskauksissa nainen pelkää keskenmenoja, joita hän on kokenut aiemmin. Raskauteen ei uskalleta luottaa eikä siitä uskalla iloita pelon takia, jolloin tiedetään tämän vaikuttavan monin tavoin lapseen kiintymiseen. Samanlaisia tunteita kokevat myös ne äidit jotka ovat aiemmin synnyttäneet vaurioituneen tai sairaanlapsen tai ovat menettäneen lapsensa synnytyksessä tai kohtukuoleman kautta. Tällöin uuteen raskauteen liittyy aina pelkoa sekä haavoittuvuutta. Tunneperäisesti haavoittuvaksi raskaudeksi luokitellaan myös pitkän lapsettomuuden jälkeen joko luonnollisesti tai hedelmöityshoitojen avulla aikaansaatu raskaus. Naisen mielessä on huoli ja hänen on vaikea luottaa ja uskoa siihen, että raskaus voisi mennä hyvin ja pitkien hoitojen jälkeen hän voi synnyttää terveen lapsen. Hoitojen aikana myös parisuhde on voinut kärsiä, kun pariskunta on keskittynyt vain ja ainoastaan saamaan raskauden alkuun. (Brodén, 2008, s. 119)

Neuvolassa terveydenhoitajalla on tärkeä rooli varhaisen vuorovaikutuksen tukemisessa vanhempien ja vauvan välillä. Terveydenhoitajan on tärkeää rakentaa vanhempien kanssa heidän keskinäistä suhdettaan ja ennen kaikkea kiinnittää huomiota suhteen laatuun, joka on edellytys toimivalle vuorovaikutukselle perheen kanssa toimiessa. Psykososiaalisen tuen kannalta on tärkeää, että auttajan ja autettavan välillä on läheinen, vastavuoroinen ja luottamuksellinen suhde. Tämä nähdään erityisen tärkeäksi myös silloin, kun perheen voimavaroja vahvistetaan. Terveydenhoitajan on tehtävä työtänsä persoonallaan, mutta hänen tulee olla kunnioitettava, nöyrä, aito ja empaattinen. Vanhempien tulee tuntea, että heitä kunnioitetaan ja he voivat luottaa täysillä. Terveydenhoitajan nöyryydellä tarkoitetaan sitä, ettei auttajan tärkeyttä korosteta liikaa, jolloin auttamisen etu ja huomio pysyy autettavassa perheessä. Aitoudella tarkoitetaan rehellisyyttä, kiinnostusta, spontaaniutta sekä johdonmukaisuutta perheen kanssa toimiessa. On tärkeää pyrkiä ymmärtämään tilanne ja on-

gelmat vanhempien näkökulmasta. Keskustelu ja kuunteleminen ovat tärkeitä keinoja oppia ymmärtämään. (Antikainen, 2007, ss. 379–380)

Äitiysneuvolassa terveydenhoitaja voi nähdä kliinisiä merkkejä heikosta raskaudenaikaisesta kiintymyssuhteesta. Näitä merkkejä ovat esimerkiksi raskauden kieltäminen, vaisu tai negatiivinen tunneilmaisu, kun puhutaan raskaudesta tai sikiöstä. Tämän lisäksi odottava äiti voi olla kyvytön tai haluton ajattelemaan vauvaa omana persoonanaan sekä kodin valmistelu vauvaa varten voi olla vaikeaa. (Lindroos, Ekholm & Pajulo, 2015) Terveydenhoitaja voi omalla empaattisella lähestymisellään edesauttaa vanhempien myönteistä ajattelua ja asennetta vauvaa kohtaan sekä auttaa luomaan mielikuvia vauvasta ja vanhemmuudesta. On tärkeää, että neuvolalla olisi mahdollisuus ohjata äiti tai molemmat vanhemmat tarvittaessa saamaan apua myös muilta terveydenhuollon ammattilaisilta. (Viinikka, 2016, ss. 12–14)

Ultraäänitutkimusten tiedetään vahvistavan vanhempien kiintymystä sikiöön. Uusien kuvaustekniikoiden myötä on saatu hyviä tuloksia kiintymyssuhteen muodostumiseen varsinkin tilanteissa, joissa vauvan kasvoista on saatu erityisen hyvä ja selkeä kuva. Nyt pohditaankin, voisiko ultraäänitutkimusta käyttää apuna kiintymyssuhteen luomisessa. Tutkimuksessa voitaisiin tarkastella yhdessä vanhempien kanssa sikiön liikkumista, rakenteita, asentoa ja sukupuolta. Samalla voitaisiin keskustella vanhempien reaktioista, tunteista ja ajatuksista. Keskustelevalle lähestymistavalla voidaan rohkaista myös vanhempia kertomaan toiveista, huolista ja pe-loista. (Lindroos, Ekholm & Pajulo, 2015)

#### 5.4 Lapsettomuuden huomioiminen neuvolassa

Lapsettomien yhdistys Simpukka on laatinut vinkkejä siitä, kuinka tahaton lapsettomuus tulisi huomioida kättilön sekä äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajan työssä. Ensiarvoisen tärkeää on kohdata pari avoimesti ja kysyä lapsettomuudesta paria kunnioittaen. Parin omaa kokemusta ei saa vähätellä, vaan heille tulee antaa tilaa lapsettomuuden käsittelyyn. Lapsettomuudesta voi parilta kysyä esimerkiksi ”Oliko raskauden alkamisessa vaikeuksia?” ja ”Kuinka tämä vaikuttaa teihin nyt?” Lapsettomuuden näkyväksi tekeminen on tärkeää vastaanotolla ja sitä edesauttaa lapsettomuuteen liittyvän materiaalin esillä pitäminen. (Lapsettomien yhdistys Simpukka, n.d.b)

Terveydenhoitaja tai kättilö voi ohjata pariskunnan keskustelemaan lapsettomuuteen erikoistuneen psykoterapeutin kanssa, mikäli siihen on tarve. Olisi myös hyvä tietää, toimiiko paikkakunnalla vertaistukiryhmää johon pariskunnan voi tarvittaessa ohjata. Mikäli ryhmää ei löydy omalta paikkakunnalta voi parin ohjata ottamaan yhteyttä Lapsettomien yhdistys Simpukkaan, josta löytyy enemmän tietoa vertaistuesta. Lahjasolujen käyttäjien kohdalla olisi tärkeää, että terveydenhoitaja/kättilö tukee vanhempia lapsen alkuperän käsittelyyn liittyvissä asioissa. (Lapsettomien

yhdistys Simpukka, n.d.b) Tahattoman lapsettomuuden kokeneet parit voivat tarvita raskauden aikana enemmän tukea neuvolassa, ja tämä olisi hyvä ottaa huomioon käyntejä suunnitellessa esimerkiksi tarjoamalla pidempiä vastaanottoaikoja tai järjestämällä parille lisäkäyntejä äitiysneuvolaan (Klemetti & Hakulinen-Viitanen, 2013, s. 217).

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tietoa pariskuntien peloista raskaus- ja lapsivuodeaikana, kun takana on tahatonta lapsettomuutta ja hedelmöityshoitoja. Aiheen ympärille kootaan teoreettinen viitekehys, jossa käsitellään lapsettomuutta, hedelmöityshoitoja, raskautteen ja synnytykseen liittyviä pelkoja, raskauden seurantaäitiysneuvolassa sekä raskausajan vuorovaikutusta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää terveydenhoitajien sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten osaamista. Opinnäytetyöstä saatujen tulosten avulla voidaan lisätä terveydenhoitajien tietämystä raskausajan peloista tahattoman lapsettomuuden ja hedelmöityshoitojen jälkeen. Työyhteisöt ja lapsettomuuden parissa työskentelevät ammattilaiset voivat kehittää menetelmiä näiden pelkojen lieventämiseksi äitiysneuvolassa, jotta tahattomasta lapsettomuudesta kärsivät perheet saisivat oikeanlaista apua ja tukea pelkoihinsa raskausaikana. Lisäksi tavoitteena on lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietämystä siitä, kuinka psyykkisesti kuormittavaa raskausaika on lapsettomuuden ja hedelmöityshoitojen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä opinnäytetyöntekijän omaa tietämystä aiheesta sekä kehittää henkilökohtaista osaamista tutkimuksen tekemisestä. Ammatillisena tavoitteena on kerätä materiaalia, jonka avulla voi kehittää terveydenhoitajan koulutusta sekä kouluttaa äitiysneuvolan työntekijöiden ja muita terveydenhuollon ammattilaisia kohtaamaan tahattoman lapsettomuuden kokeneita pareja.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksenä on: Millaisia pelkoja raskaana olevilla ja heidän puolisoillaan on, kun raskaus on saatu alkuun hedelmöityshoidoilla?

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tekeminen alkoi aiheen valinnalla syksyllä 2017. Tammiukuussa 2018 se jatkui tiedonhaulla ja teoriapohjan kirjoittamisella. Syksyllä 2018 kerättiin tutkimusaineisto. Teoreettiseen viitekehukseen etsittiin tietoa HAMK Finnasta, Google Scholarista, PubMedistä sekä Terveystietokannasta. Hakusanoina käytettiin lapsettomuus, hedelmöityshoidot, pelot,

psykkinen tuki, raskaus, infertility, infertility treatments, pregnancy, fears, psychic support, ART (assisted reproductive treatment). Tämän lisäksi käytettiin paljon kirjallisuutta, oppaita sekä artikkeleja. Tiedonhaussa käytettiin myös henkilökohtaisia tiedonantoja, joiden kautta selvisi ammattilaisten käyttämät termit aiheeseen liittyen. Tämän avulla aiheesta löytyi enemmän materiaalia Google Scholarista. Henkilökohtaisen tiedonannon kautta tuli paljon ehdotuksia hyvistä väitöskirjoista, joita haettiin suoraan yliopistoiden tietokannoista. Tämän lisäksi tehtiin paljon Google-hakuja eri sanoilla, ja tällä tavoin löydettiin muun muassa artikkeleja sekä yhteystietoja alan ammattilaisille, joita pyrittiin hyödyntämään teoreettista viitekehystä kirjoittaessa.

## 7.1 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, sillä opinnäytetyön tarkoituksena on ymmärtää siihen osallistuvien kokemuksia raskauden aikaisista peloista hedelmöityshoidoilla alkuun saaduissa raskauksissa. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen keskiössä on ihminen ja hänen elämänpiirinsä sekä siihen olennaisesti liittyvät asiat. Tutkimukseen osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisuuden perustella eli heillä tulee olla kokemusta tutkittavana olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka, 2012, ss. 22–31) Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä on tutkimustiedon vähäisyys kyseisestä tutkimusaiheesta (ks. Lehto, 2017, s. 392). Tutkimuksen lähtökohdaksi on induktiivisuus, missä yksittäiset tapahtumat etenevät kohti yleisimpiä väitteitä. Tutkimuksessa on tärkeää ymmärtää vastaajien näkökulma, ja tästä syystä tutkimus tehdään yleensä haastattelemalla. Kylmän ja Juvakan (2012, ss. 22–31) mukaan tutkimuksen osallistujiin on usein läheinen kontakti tutkimusentekijään, joten tutkimuksen etiikka sekä eettisyyden arviointi ovat tärkeitä asioita.

Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät laadullisissa tutkimuksissa ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaiset dokumenteista kootut tiedot. Näiden lisäksi aineistonkeruumenetelmänä käyttää myös yksityisiä dokumentteja, joita ovat esimerkiksi puheet, kirjeet, päiväkirjat, muistelmat sekä esseet. Analyysimenetelmänä voidaan käyttää sisällönanalyysia. Yksityisiin dokumentteihin perustuva tutkimusaineisto on paljolti kiinni siitä, kuinka kirjoittaja kykenee ilmaisemaan itseään. (Tuomi & Sarajarvi, 2018, s. 83, ss. 96–97) Tässä työssä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin muistelmia. Muistelmä on kertomus, joka perustuu menneisyyteen ja elettyyn todellisuuteen (Tieteen termipankki, 2019).

Laadullisen tutkimuksen aineistonkoko on pieni tai huomattavasti vähäisempi, kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin, vaan tärkeintä on saada aineistoa, jolla pystytään kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään jotain toimintaa tai löytämään ilmiölle teoreettinen tulkinta. Jotta tutkimusaineisto olisi mahdollisimman laadukas, tutkittavilla tulee olla kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, joten on tärkeää saada hankittua sellaisia

tiedonantajia, jotka sopivat tutkimuksen ilmiöön. Tutkimuksen raportissa tulee kertoa se, kuinka tiedonantajat on valittu. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, ss. 97–98)

## 7.2 Aineistonkeruu muistelmakirjoituksilla

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin muistelmat, sillä haluttiin kuulla jokaisen henkilökohtainen tarina raskausajalta. Muistelmissa jokainen saa itse päättää, mitä kirjoittaa ja mitä asioita haluaa tuoda esille. Muistelman kirjoittamista varten vastaajille oli annettu muutamia apukysymyksiä helpottamaan kirjoittamista. Valmiit muistelmat lähetettiin sähköpostitse opinnäytetyöntekijälle. Aineisto kerättiin 8.–23.12.2018. Kirjoituspyyntö (Liite 1.) julkaistiin kolmessa vertaistukiryhmässä Facebookissa 8.12.2018, ja se poistettiin ryhmistä 25.12.2018. Sosiaalisen median käyttö on tullut osaksi arkea ja myös osaksi tutkimusta. Tutkimukseen liittyvät hyvät käytännöt sosiaalisen median käytössä ovat vielä kehittymättä. (Kosonen, Laaksonen, Terkamo-Moisio & Rydenfelt, 2018)

Kirjoituspyyntö muotoiltiin siten, että jokainen vastaaja kertoisi alkuun hieman omasta lapsettomuushistoriastaan, jotta saataisiin käsitys siitä, millainen lapsettomuustausta vastaajilla oli ja saataisiin tietoon oliko raskaus alkanut omilla vai luovutetuilla sukusoluilla. Toive näiden tietojen kirjoittamiseen perustui opinnäytetyön teoreettisesta viitekehyksestä. Tämän jälkeen vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa omasta raskausajastaan ja kokemistaan peloista. Toiveena oli, että raskausaika olisi jaettu raskauskolmanneksiin. Kirjoituspyyntöön liitettiin muutamia apukysymyksiä, joiden toivottiin helpottavan vastaajan kirjoittamista.

## 7.3 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui tahatonta lapsettomuutta kokeneita, hedelmöityshoidoilla lapsen saaneita aikuisia. Kohderyhmälle yhteistä on se, että kaikilla raskaus on saatu aluille hedelmöityshoidoilla ja se on päättynyt lapsen syntymään. Tutkittavien lapsettomuuden kesto, lapsettomuushoito, parisuhde ja mahdolliset aiemmat raskauteen liittyvät kokemukset voivat olla hyvinkin erilaisia. Opinnäytetyöhön osallistujia etsittiin Lapsettomien yhdistys Simpukan Facebookissa toimivien kahden vertaisryhmän kautta sekä lisäksi ryhmästä, joka on perustettu vertaistuen tarpeeseen raskausaikana, kun raskaus on alkanut lapsettomuushoitajien avulla. Tutkimukselliseen opinnäytetyöhön valittiin mukaan ryhmät, joissa tiedettiin olevan jäsenenä hedelmöityshoidoilla lapsen saaneita. Valitut ryhmät olivat: tahatonta lapsettomuutta kokeneille tarkoitettu Lapselliset lapsettomat-ryhmä, raskaana oleville lapsettomuudesta kärsineille sekä jo lapsen saaneille tarkoitettu Simpukan onnekkaat-ryhmä sekä luovutettuja sukusoluja tai alkioita käyttäville tai tarvitseville tarkoitettu Helminauha-ryhmä. Ryhmien jäsenmäärät liikkuvat reilusta 300 jäse-

nestä aina vajaaseen 900 jäseneseen. Suurin osa ryhmien jäsenistä on naisia.

#### 7.4 Aineiston analysointi sisällönanalyysimenetelmällä

Sisällönanalyysimenetelmällä on tavoitteena saada tiivistetty ja yleinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineistossa on kolme vaihetta, joista muodostuu prosessi. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään, minkä jälkeen pelkistetty aineisto ryhmitellään. Näiden vaiheiden jälkeen vuorossa on teoreettisten käsitteiden luominen. Sisällönanalyysi on laadullisissa tutkimuksissa hyvin yleisesti käytetty analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Sisällönanalyysissa on tärkeä pitää kiinni siitä mitä aineistosta haetaan. Heti aluksi on tehtävä selkeä päätös siitä, mikä aineistossa kiinnostaa. Laadullisessa aineistonanalyysissä puhutaan induktiivisesta sekä deduktiivisesta menetelmästä. Nämä eroavat toisistaan siten, että induktiivisessä menetelmässä päättely etenee yksittäisestä yleiseen, kun taas deduktiivisessä menetelmässä aineisto analysoidaan yleisestä yksityiseen. (Tuomi ja Sarajärvi, 2018, ss. 103–104)

Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta karsitaan pois kaikki ylimääräinen, joka ei liity tutkimukseen. Ryhmittelyssä pelkistys vaiheen tulokset käydään läpi tarkasti ja tutkitusta aineistosta etsitään samankaltaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Nämä käsitteet ryhmitellään ja niistä muodostuu omat alaluokat. Viimeisenä vaiheena on aineiston käsitteellistäminen, jossa pyritään löytämään teoreettiset käsitteet sekä pääsemään johtopäätöksiin. Menetelmänä sisällönanalyysi pohjautuu tutkijan tekemään tulkintaan ja päättelyyn. Johtopäätöksiä tehdessä tutkijan on pyrittävä ymmärtämään asioiden merkitys tutkittaville. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 117, ss. 122–127)

Aineisto analysoitiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä. Vastaajien tarinat kopioitiin sähköpostista ja liitettiin Word-tiedostoon numeroituna. Tutkittavaa aineistoa kertyi yhteensä 22 liuskaa (Calibri 12, rivivälillä 1). Tämän jälkeen aineistoa luettiin useampaan kertaan ja sieltä poimittiin opinnäytetyön tutkimustehtävän kannalta tärkeitä ja oleellisia asioita, jotka pelkistettiin ja kirjattiin Word-taulukkoon. (Taulukko 2.) Tämän jälkeen pelkistetyistä teksteistä etsittiin sanoja, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen ja nämä kirjattiin post it - lapuille. Lapuissa olleita asioita ryhmiteltiin samoihin luokkiin, ja näin muodostettiin neljä alakategoriaa. Tämän jälkeen näille annettiin yhteinen nimi, joka muodosti yläkategorian. Lopuksi yhdistettiin neljä yläkategoriaa ja näille muodostettiin pääkategoria, jolle annettiin yksi yhteinen nimi. Lopuksi aineistosta kirjoitettiin yhteenveto.



Taulukko 2. Esimerkki aineiston induktiivisesta sisällönanalyysistä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
En uskaltanut iloita enkä nauttia koska pelkäsin keskenmenoa.	Äidin pelko keskenmenosta	Odottavan äidin pelko keskenmenosta	Menettämisen pelko	Äidin raskaus- ja lapsivuodeajan pelot
Rv 5+6 alkaa verenvuoto samalla tavalla kuin keskenmenneessä raskaudesakin.	Verenvuodon aiheuttama pelko keskenmenosta.			
Keskenmenon pelko oli aivan tajuttoman iso aina raskauden loppuun asti.	Äidin pelko keskenmenosta koko raskauden ajan.			
Kooltaan sikiö ei kuitenkaan vastannut viikkoja joten keskenmenon uhka oli ilmassa.	Äidin pelko uhkaavasta keskenmenosta			
Välillä melkein toivoin että raskaus menisi kesken koska pahoinvointi oli niin kamalaa mutta samalla pelkäsin kovasti sitä että raskaus keskeytyisi.	Äidin kova pelko raskauden keskeyttämisestä.			
Raskausviikolla 6 alkoi verenvuoto, joka ei millään tavalla helpottanut keskenmenon pelkoa	Verenvuodon aiheuttama pelko keskenmenosta			
Heti, jos en voinutkaan pahoin hetkeen, pelkäsin jotain sattuneen.	Pahoinvoinnin helpottamisesta aiheutuva pelko äidille että raskaus on keskeytynyt.			

## 8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Määräaikaan mennessä tutkimuksellisen opinnäytetyön kyselyyn osallistui kymmenen naista. Vastaajat olivat iältään 25–46-vuotiaita. Lasta oli toivottu jo useampien vuosien ajan; keskimäärin lapsettomuushoitoja ennen lapsen syntymää oli takana vastaajilla noin kolme vuotta. Kyselyyn vastanneista viisi oli tullut raskaaksi IVF/ICSI-hoidosta, kolme oli tullut raskaaksi pakastealkionsiirrosta. Yhdellä vastaajista raskaus oli alkanut inseminaatiohoidolla. Neljällä vastaajista käytössä olleet olleet luovutetut sukuolut, kahdella luovutetut siittiöt ja kahdella luovutetut munasolut.

Aiempiä keskenmenoja tai raskauden keskeytyksiä oli neljällä vastaajista, ja kuudelle vastaajalle raskaus oli ensimmäinen. Vastauksia ei tullut yhdeltäkään puolisolta, joten puolisoiden itse kertomiin pelkoihin ei tässä opinnäytetyössä saatu vastauksia. Muutama vastaaja kuvaili kuitenkin omassa tarinassaan puolison pelkoja.

Tutkimustuloksista muodostui yksi pääkategoria: raskaus- ja lapsivuodeajan pelot. Tämä sisältää neljä yläkategoriaa, joita ovat syntymättömän vauvan menettämisen pelko, vanhemmuuteen liittyvät pelot, synnytykseen liittyvät pelot sekä vauvan hyvinvointiin liittyvät pelot. Kuvassa 1 on esitetty yläkategorioiden suhde pääkategoriaan. Yläkategorioiden sisältöä on avattu tarkemmin tässä luvussa.



Kuva 1. Tutkimuksen pää- ja yläkategoriat.

### 8.1 Syntymättömän vauvan menettämisen pelko

Yläkategoria syntymättömän vauvan menettämisen pelko muodostuu alakategorioista: pelko keskenmenosta, verenvuotojen aiheuttamat pelot raskausaikana, pelko raskauden keskeyttämisestä, pelko kohtukuolemasta, vanhempien pelko vauvan menettämisestä sekä pelko epävarmuudesta saada vauva kotiin. (Kuva 2.) Menettämisen pelko voidaan nähdä liittyvän myös laajemmin raskausaikaan, jolloin moni vastaaja kertoi pelkäävänsä keskenmenoa, vauvan kuolemaa tai epävarmuutta raskauden jatkumisesta.



Kuva 2. Syntymättömän vauvan menettämisen pelko.

Ensimmäisessä alakategoriassa ”pelko keskenmenosta” vastaajat kertoivat pelkäävänsä keskenmenoa. Keskenmenoa pelkäsivät yhtä lailla ensimmäistä lastaan odottavat kuin ne naiset, jotka olivat kokeneet aiemmin keskenmenon tai joutuneet keskeyttämään raskauden. Keskenmenoa pelättiin aina raskauden puoleen väliin saakka. Pelot alkoivat heti positiivisen raskaustestin jälkeen. Vastaajat kertoivat, että keskenmenon pelkoa aiheuttivat pienetkin nipistelyt alavatsalla ja erilaiset vuodot. Keskenmenoa pelättiin, vaikka kaikki oli hyvin. Pelkoa aiheuttivat myös puuttuvat raskausoireet tai niiden taukoaminen. Keskenmenon pelkoa raportoitiin myös varhaisraskauden ultraäänen sekä niskaturvotus-ultraäänen kohdalla. (Kuva 2.)

En uskaltanut iloita enkä nauttia, koska pelkäsin keskenmenoa.

Tunne alkaneesta raskaudesta kymmenen vuoden jälkeen oli epätodellinen. Pelko keskenmenosta iski ihan samantien.

Minua ahdisti mennä vessaan. Pelkäsin, että pyyhittäessä huomaisin vuotavani verta.

Toisessa alakategoriassa ”verenvuotojen aiheuttamat pelot raskausaikana”, vastaajat kertoivat, että pelkoa aiheuttivat erilaiset raskauden aikaiset verenvuodot. Alkuraskaudessa nämä tietysti liitetään helposti keskenmenoon, ja näin ollen ne aiheuttavat pelon keskenmenosta. Vastaajista useampi kertoi kärsineensä alkuraskauden verenvuodoista, ja tarkem-

missa tutkimuksissa jokaisen kohdalla verenvuodon syyksi oli paljastunut hematooma. Kenenkään kohdalla verenvuoto ei ollut merkki raskauden keskeytymisestä, ja jokainen raskaus päättyikin elävän lapsen syntymään verenvuodoista huolimatta. Verenvuotoja pelkäsivät myös naiset, joilla niitä ei ollut. Moni kertoi, kuinka wc-käynnit ahdistivat ja pelottivat, sillä pyyhittäessä voisi huomata vuotavansa verta. Pelkoa aiheutti jo pienikin verinen vuoto. Verenvuotoon liittyi pelkoja myös myöhemmin raskausaikana, mikäli niitä oli koettu esimerkiksi työpaikalla. Tämä aiheutti pelkoa töihin menemisestä, jos vuoto alkaisi taas uudestaan. Tarinoissa kuvattiin, miten alkuraskauden verenvuotoihin suhtaudutaan sairaanhoidossa. Negatiivinen suhtautuminen aiheutti monelle vastaajalle lisää pelkoja raskauden jatkumisen suhteen. Moni vastaaja oli joutunut turvautumaan alkuraskaudessa yksityisiin lääkäreihin ja gynekologeihin, kun julkisella sektorilla he eivät olleet saaneet apua verenvuotoihin. Vastaajien tarinoissa kenenkään kohdalla verenvuodot eivät johtuneet keskenmenosta, vaan verenvuodoista huolimatta raskaus jatkui normaalisti vauvan syntymään.

Rv 5+6 alkaa verenvuoto samalla tavalla kuin keskenmenoneessä raskaudessakin. Molemmat olemme pelokkaina... 2 hematoomaa joista vuodot johtuvat... vuoto rauhoittuu. Tästä noin viikon päästä tulee uusi vuoto. Olen itkuinen ja pelokas... Raskausviikolla 11 taas vuoto, soitan sairaalaan, jossa hoitaja puhuu keskenmenosta ja lohduttelee kuinka sille ei mahda mitään. Itken hysteerisenä.

Raskausviikolla 6 alkoi verenvuoto, joka ei millään tavalla helpottanut keskenmenon pelkoa. Näitä vuotoja tapahtui kahdesti... paikka minne pääsin oli sairaalan päivystys. Siellä minut vastaanottanut lääkäri tokaisi, kuulostaa keskenmenolta ja jos menee kesken niin sitten menee. Sille ei voi mitään.

Viikolla 5 aloin vuotamaan verta. Olin yllättävän rauhallinen ja ilmoitin puolisololleni, että nyt meni kesken. Toisaalta ajattelin, että mitä aikaisemmin menee kesken, niin sitä vähemmän ehkä kärsin.

Kolmannessa alakategoriassa ”pelko raskauden keskeyttämisestä” naiset kertoivat, että pelkoa aiheutti myös riski joutua keskeyttämään raskaus. Osa vastaajista oli joutunut aiemmin keskeyttämään raskauden, joten uudessa raskaudessa sitä pelättiin jälleen. Raskauden keskeyttäminen tulisi eteen, mikäli raskaus olisi esimerkiksi kohdunulkoinen tai tuulimunaraskaus.

Pelkäsin varhaisultraan asti, että raskaus olisi kohdunulkoinen.

Lähdin itkien kotiin epäilyn tuulimunaraskauden kanssa.

Neljännessä alakategoriassa ”pelko kohtukuolemasta” vastaajat kertoivat raskauden loppuvaiheessa pelkäävänsä kohtukuolemaa. Moni tarkkaili vauvan liikkeitä jatkuvasti, jopa öisin ja huolestui siitä, jos liikkeitä ei heti tuntunut. Kohtukuoleman pelon kerrottiin myös vaikuttavan siihen, että vastaajat toivoivat synnytyksen käynnistämistä tai sektiota. Vauva haluttiin syliin elävänä.

Olen varma, että vauva kuolee kohtuun. Tunnustelen liikkeitä jatkuvasti.

Pelkäsin kohtukuolemaa. Tai että minulle tai vauvalle käy jostain synnytyksessä, enkä saa vauvaa elävänä syliini.

Vihdoin kun laskettuaika ylittyy alan stressata koska tiedän että yliaikaisuus lisää kohtukuoleman riskiä.

Viidennessä alakategoriassa ”pelko vauvan menettämisestä” vastaajat kertoivat peloista vauvan syntymän jälkeen. Lähes jokaisessa muistelmasa vastaajat kertoivat pelkäävänsä vauvan menettämistä. Vastaajat kertoivat, kuinka he pelkäsivät, että he menettävät vauvan, kun ovat sen juuri rinnalleen saaneet. Pelko ei aina liittynyt vauvan menehtymiseen, vaan se saattoi liittyä myös tunteeseen, ettei äiti pysty suojelemaan lastansa. Menettämisen pelko liittyi vastaajien kohdalla myös pelkoon kiintyä vauvaan raskausaikana sekä raskauden salailuun.

Menettämisen pelko valtaa mielen.

Samaan aikaan menettämisenpelko valtasi minut. Ahdistuin todella paljon siitä, että joku muu kuin minä tai puolisoni ottaa vauvan syliin. Vahdin lastani kuin haukka saalistaan. En voinut lähteä vauvani läheltä mihinkään.

Olimme onnellisia, mutta yhdessä itkimme kuoleman pelkoa.

En uskaltanut ajatella vielä kohdussani kasvavaa vauvaa sillä en halunnut kiintyä häneen liikaa jos menettäisin hänet.

Kuudennessa alakategoriassa ”pelko epävarmuudesta saada vauva kotiin”, vastaajat kertoivat, kuinka vauvan tavaroiden hankkiminen sekä niiden laittaminen valmiiksi vauvalle pelottivat. Epävarmuus siitä, kestäisikö raskaus loppuun asti ja saisivatko he vauvan elävänä kotiin lapsettomuuden ja lapsettomuushoitojen jälkeen, aiheutti monelle pelkoja. Monet kertoivat sen aiheuttavan pelkoa siitä, että hankitut tavarat jouduttaisiin pakkaamaan laatikoihin. Vastaajat kertoivatkin alkaneensa hankkia vau-

van tarvikkeita vasta raskauden puolenvälin jälkeen ja ne pidettiin mahdollisimman pitkään piilossa.

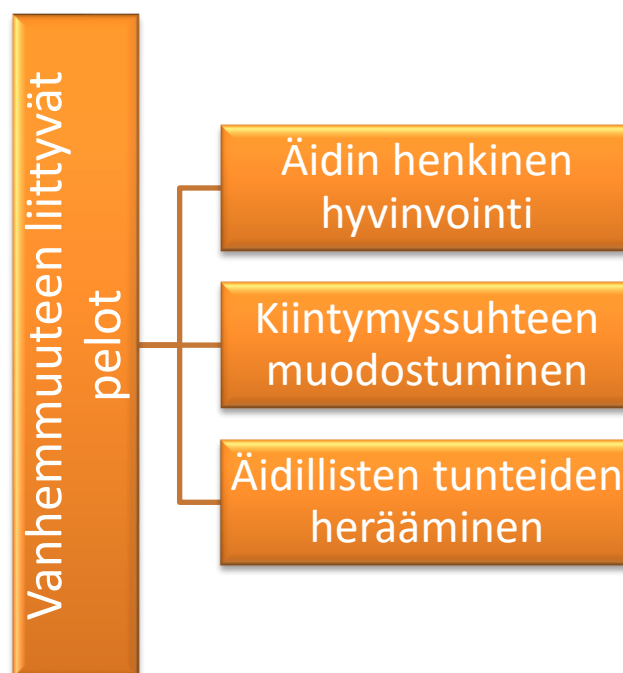
Jokaisen hankinnan kohdalla pelkäsin, että se tullaan palauttamaan koska lapselle tapahtuu jotain. Vauvan huoneen laittaminen oli ahdistavaa... istuin vauvan huoneessa ja yritin kuvitella millaista olisi vauvan synnyttyä.

Uskalsin ostaa ensimmäisen vauvan vaatteiden rakenneultran jälkeen. Isommat hankinnat tehtiin joskus rv:lla 30. Äitiysloman alkaessa uskalsin alkaa pesemään vauvan vaatteita ja laittamaan vauvan tavaroita näkyville. Puolisoni oli kyllä sitä mieltä, että hän olisi voinut tehdä sen vauvan synnyttyä.

Itselle sektiovaade liittyi siihen etten kestänyt enää yhtään epävarmuustekijää lapsettomuusvuosien jälkeen.

## 8.2 Vanhemmuuteen liittyvät pelot

Toinen tutkimuksessa saatu yläkategoria on vanhemmuuteen liittyvät pelot (Kuva 3). Tämä sisältää alakategoriat äidin henkinen hyvinvointi, kiintymyssuhteen muodostuminen sekä äidillisten tunteiden herääminen.



Kuva 3. Vanhemmuuteen liittyvät pelot.

Ensimmäinen alakategoria "äidin henkinen hyvinvointi" muodostui vastaajien kertomuksista raskauden aikaisista peloista, psyykkisestä jaksamisesta niin raskausaikana kuin vauvan synnyttyä sekä naisen omasta ko-

kemuksesta äitiyteen kasvamisesta. Monella vastaajista oli takana tahatonta lapsettomuutta useampia vuosia. Vuosien saatossa nainen on tottunut elämään lapsettomana, ja kun vihdoin ja viimein hoitojen avulla raskaus on saatu alulle, on vaikea alkaa sopeutumaan uuteen elämämuutokseen. Naisten tarinoista ilmeni hyvin usein, että hoitojen avulla saatu raskaus ei ole psyykkisesti helppo. Tietenkin kaikki pelot vaikuttavat äidin psyykkiseen jaksamiseen raskausaikana, mutta myös naisen oma kokemus itsestään ja minäkuvasta vaikuttaa raskausajan henkiseen hyvinvointiin. Moni kertoi, ettei osannut tai uskaltanut ajatella olevansa äiti. Myös jo itse raskaana oleminen aiheutti pelkoa. Oli helpompaa olla myöntämättä ja ajattelematta koko asiaa. Moni kertoi kokeneensa hyvin risti-riitaisiakin ajatuksia raskaudesta. Helpottaakseen psyykkistä kuormaa raskausaikana monet vastaajat olivat hankkineet kotidopplerin, jolla pystyi kuuntelemaan sikiön sydänääniä. Osa oli käynyt ylimääräisissä ultraäänitutkimuksissa vain varmistaakseen, että kaikki oli kunnossa.

Raskauden päätyttyä ja vauvan ollessa jo kotona vastaajat kertoivat, että väsymyksestä tai muusta avuntarpeesta ei julkisesti pystynyt puhumaan esimerkiksi neuvolakäynneillä. Moni koki suurta kiitollisuutta vauvasta ja avun pyytäminen ulkopuoliselta taholta, kuten neuvolasta, oli mahdotonta. Näissä tilanteissa äidit kokivat leimautuvansa. Yhteiskunnan odotusten mukaan heidän tulisi olla kiitollisia ja onnellisia syliin saadusta vauvasta. Avun pyytämiseen varmasti vaikuttaa lapsettomuudesta, mutta myös yhteiskunnassa vallitsevat asenteet lapsiperheitä kohtaan. Yhteiskunnassa on viime vuosina keskusteltu myös hyvästä vanhemmuudesta, ja se asettaa vanhemmille vielä lisäpaineita vanhemmuudesta suoriutumisesta.

Välillä melkein toivoin, että raskaus menisi kesken, koska pahoinvointi oli niin kamalaa.

En osannut luokitella itseäni raskaana olevaksi tai äidiksi. Oli ulkopuolinen olo.

Olin kuitenkin niin peloissani, että kävin joka viikko yksityisellä ultrassa eli maksoimme joka viikko 100-200€ mielenrauhasta.

Olin niin väsynyt henkisesti, mutten pystynyt myöntämään sitä kenellekään. Itse olin lapsen halunnut ja itse sen myös hoidan. Ei ollut lupaa valittaa.

Toinen alakategoria ”kiintymyssuhteen muodostuminen” jakoi vastaajat selkeästi kahteen. Lahjasoluja käyttäneet kertoivat miettineensä raskausaikana, tuntuisiko vauva omalta ja sitä, heräisivätkö tunteet heti vauvan synnyttyä, sekä miten vauva otettaisiin vastaan suvussa, johon geneettinen yhteys puuttuu. Moni vastaajista kertoi, että kiintyminen vauvaan sen vielä ollessa vatsassa oli vaikeaa ja monelle se tuntui olevan ns. puo-

lustusmekanismi. Vastaajat kokivat, että mahdollisesta menetyksestä selviäisi helpommalla, kun vauvaan ei olisi niin kiintynyt.

Vauva liikkui kovasti, mutta tuntui vieraalta. Pohdin tuntuisiko tai näyttäisikö se ollenkaan omalta. Mitä jos en pysty luomaan siihen suhdetta.

Neuvolassa kysyttiin ajatuksia ja tuntemuksia siitä millainen vauva olisi. No en minä tiedä. Ja ihan sama minulle, kunhan vain saisin sen elävänä syliini.

Mietin usein rakastaisinko vauvaani heti... Pelkäsin, miten puolisoni sukulaiset ottaisivat vauvan vastaan, eihän vauva ollut biologisesti puolisoni. Kohdeltaisiinko lastamme samalla tavalla hänen suvussa, kuin muita suvun jäseniä.

Kolmannessa alakategoriassa ”äidillisten tunteiden herääminen” vastaajat kertoivat, että kaikesta huolimatta se oli rakkautta vauvaan ensisilmäyksellä. Vaikka raskausaika olikin ollut täynnä pelkoja ja huolta eikä vauvan syliin saamiseen jaksettu aina uskoa, niin vauvan synnyttyä rakkaus roihahti heti. Tunteisiin liittyvät pelot tulivat opinnäytetyön kyselyssä esille luovutettuja munasoluja käyttäneiden tarinoissa useammin kuin omilla soluilla raskaaksi tulleiden kohdalla. Paljon pelkoa ja huolta aiheutti se, miltä vauva näyttää, tuntuuko se omalta ja heräävätkö äidilliset tunteet välittömästi vauvan synnyttyä.

Olin varautunut pahimpaan: synnytyksen jälkeiseen masenukseen ja siihen, että toiveista huolimatta vauva ei tuntuisikaan miltään.

En osannut luokitella itseäni raskaana olevaksi tai äidiksi.

Olen niin paljon pelännyt etten ole uskaltanut edes uskoa olevani raskaana.

### 8.3 Synnytykseen liittyvät pelot

Kolmas yläkategoria on ”synnytykseen liittyvät pelot” (Kuva 4.) muodostui alakategorioista: pelko ennenaikaisesta synnytyksestä, synnytykseen liittyvät pelot sekä sektiopelko.





Kuva 4. Synnytykseen liittyvät pelot.

Ensimmäisessä alakategoriassa ”pelko ennenaikaisesta synnytyksestä” vastaajat kertoivat, että raskauden puolessa välissä heillä lisääntyi selvästi pelko ennenaikaisesta synnytyksestä ja vauvan keskosuudesta. Osa oli jopa googletellut, millä raskausviikoilla syntynyt vauva selviäisi hengissä. Tässä vaiheessa moni odottava äiti eli viikko kerrallaan ja laski päiviä siihen, että vauvalla olisi hyvät mahdollisuudet jäädä henkiin, mikäli syntyisi ennen aikaisesti.

Googlettelin millä viikoilla pienimmät keskoset ovat jääneet henkiin. Olin ihan varma, että synnytys lähtee käyntiin liian aikaisin.

Kuuntelen edelleen dopplerilla joka päivä. Lasken kuitenkin viikkoja siihen, että jos syntyy niin selviää. Pelkään, että vauva syntyy ennakkoon.

Rv:lla 29 aloin vuotaa verta ja jouduin osastolle. Sain kortisonipistokset, että jos vauva alkaa syntyä... pelkäsin, että menetän tämänkin vauvan. Tunne oli hirveää... Olin kysynyt ystävääni kummiksi ja kerroin hänelle, että auta miestäni jos kuolen. Pelko oli todella iso.

Toisessa alakategoriassa ”synnytykseen liittyvät pelot” vastaajat kertoivat, että raskauden puolenvälin jälkeen heitä alkoi pelottamaan synnytys. Toki osaksi nämä pelot liittyivät myös ennenaikaisen synnytykseen, mutta moni oli alkanut miettimään jo tulevaa synnytystä. Noin puolet vastaajis-

ta kertoi, että itse synnytys ja siihen liittyvä kipu ei heitä pelottanut vaan enemmän se, että he eivät itse voi päättää asioista tai heidän toiveitaan ei kuulla. Vastaajat kertoivat, että heitä oli ohjattu synnytyspelko-polille puhumaan synnytykseen liittyvistä peloista, mutta moni oli kokenut, ettei heidän pelkojaan ymmärretty siellä tai niitä vähäteltiin. Osa oli saanut jopa hyvin ammattitaidotonta ja tökeröä kohtelua. Samoin pelko vauvan menettämisestä liittyi usein synnyttämiseen.

Vähän ennen rakenneultraa huoleni synnyttämisestä alkoi. Pelkäsin toimenpiteitä ja henkilökunnan puhuvan ylitse tai minusta ohi... Pelko sektioista ja hoitajapelosta alkoi vielä enempi nousta pintaan.

Lääkärille kerroin, että olin pelännyt koko raskausajan. Nyt pelkäsin sitä, että vauvani kuolee kohtuun ja tästä syystä toivon synnytyksen käynnistämistä heti kun mahdollista. En halunnut mitään muuta, kuin tämän vauvan elävänä syliini. Sain ajan Sype-kätilölle. Tuolla käynnillä minun peloilleni naureskeltiin. ”kyllä muutkin pelkäävät.”

Loppuraskaudessa aloin enemmän ja enemmän pelkäämään edessä olevaa synnytystä.

Kolmannessa alakategoriassa ”sektiopelko” vastaajat kertoivat sektion aiheuttamasta pelosta. Osa kertoi pelänneensä, että synnytys päättyisi sektioon eikä näin ollen äiti saisi kokea alatiesynnytystä. Osa taas kertoi itse toivoneensa sektiota, kun taas toisille sektiopäätös oli ilmoitettu lääkäreiden taholta. Sektio aiheutti kuitenkin kaikille hieman pelkoa, olipa se itse toivottu tai muusta syystä johtuva. Raskauden päättyminen sektioon oli selkeästi yhteydessä myös äidin epäonnistumisen kokemukseen naisena.

Sain sektiopäivän useiden epäasiallisten pelkopolikäyntien ja kommenttien jälkeen. Sektio pelotti ihan kamalasti.

Pelkäsin sektiota... lääkäri ei tiennyt minun peloista ja käyttäytyi todella kylmästi ja kertoikin yksoikoisesti, että sektioilla syntyy tämä lapsi.

Myöhemmin lääkäri kertoi kylmästi, että vauvamme tulisi syntymään sektioilla. En kokenut olevani nainen, kun en raskautunut luomuna enkä voinut edes lastani synnyttää. Olin vihainen ja pettynyt omaan kroppaani.

Sektio pelotti ihan kamalasti.

#### 8.4 Vauvan hyvinvointiin liittyvät pelot

Neljäs yläkategoria on vauvan hyvinvointiin liittyvät pelot (Kuva 5.). Tämä muodostuu alakategorioista: pelko ultraäänitutkimusten huonoista tuloksista, pelko vauvan normaalista kasvusta ja kehityksestä raskausaikana, pelko vauvan keskosuudesta sekä pelko kätkytkuolemasta.



Kuva 5. Vauvan hyvinvointiin liittyvät pelot.

Ensimmäisessä alakategoriassa ”pelko ultraäänitutkimusten huonoista tuloksista” vastaajat kertoivat, miten pelkoa aiheutti ultraäänitutkimukset. Raskauden aikana tehtävistä ultraäänitutkimuksista eniten pelkoa aiheutti rakenneultraäänitutkimus. Varhaisultraääntä pelättiin yleensä siitä syystä, että siellä selviäisi, olisiko raskaus oikeassa paikassa, löytyykö sikiöltä syke sekä vastaako sikiönkoko raskausviikkoja. Tämän jälkeen seuraava ultraäänikäynti oli monella varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus. Tämän ultraäänitutkimuksen kohdalla moni vastaaja pelkäsi, olisiko sikiö vielä hengissä ja olisiko se terve. Naiset kertoivat, että rakenneultraäänitutkimusta he pelkäsivät, sillä siinä tarkastellaan vauvan rakenteita ja tuossa vaiheessa voidaan löytää sairauksia tai kehityspoikkeamia, jotka voivat johtaa esimerkiksi raskauden keskeyttämiseen. Rakenneultraäänissä vanhemman huolen voi herättää myös istukkaan liittyvät asiat kuten etinen istukka sekä vauvan koko. Muistelmissa tuli esiin, että rakenneultraäänissä vanhemmille ei kerrottu selkeästi, mitä kyseinen asia tarkoittaa, ja näin ollen vanhemmat jäivät ultraäänitulosten kanssa yksin, mikä lisäsi pelkoa entisestään. Pelkoa aiheuttivat myös ylimääräiset ultraäänitutkimukset, joiden syytä olivat esimerkiksi vauvan kasvuun liittyvät kontrollit.

Jokaisen ultras kohdalla on suuri pelko huonoista uutisista, vaikkakin olen kotona kuunnellut dobblerilla juuri.

Muutama viikkokin varhaisultraan tuntui ikuisuudelta ja olin varma ettei voi tulla hyviä uutisia.

Rakenneultra pelotti ja jännitti. Ultrassa lääkäri ei nähnyt vauvan sydäntä kunnolla ja saatiin uusi aika. Minä ajattelin vain pahinta, nyt vauva viedään meiltä pois.

Lääkärit epäilivät, että istukka on kasvanut kiinni kohtuun. Aloin pelkäämään, että vuodan niin paljon, etten itse selviä enkä näe koskaan lastani.

Toisessa alakategoriassa ”pelot vauvan normaalista kasvusta ja kehityksestä” vastaajat kertoivat pelänneensä, että vauvalla ei ole kaikki hyvin tai se ei ole terve. Pelkoa aiheutti vauvan vakava sairaus tai vamma. Osa vastaajista mainitsi, että he pelkäsivät itse aiheuttavansa vauvalle vaurioita esimerkiksi syömällä väärin. Vastaajat kertoivat, että huolta vauvan kasvusta ja kehityksestä lisäsivät ultraäänikäynnit, joilla seurattiin vauvan kasvua raskausaikana.

Samantien, kun plussa ilmestyi testiin, iski kamala huoli siitä onko kunnolla kiinnittynyt, kehittykö normaalisti, onko terve, meneekö kesken jne.

Samalla pelkäsin syöväni jotain väärää ja aiheuttaen sillä lapselle haittaa.

Silti pelkäsin jokaisella vessakerralla, että vuodankin taas verta ja jokaisella ultra kerralla, että sikiö ei olekaan kasvanut.

Tuleva rakenneultra alkaa pelottaa. Taas valtaa pelko, että jotain on vialla varmasti.

Kolmannessa alakategoriassa ”pelko vauvan keskosuudesta” naiset, jotka pelkäsivät ennenaikaista synnytystä, kertoivat pelkäävänsä myös vauvan keskosuutta. Moni kertoi, että oli hyvin tietoinen siitä, millä viikoilla vauvalla olisi hyvät mahdollisuudet selvitä hengissä, jos syntyisi ennenaikaisesti. Tästä syystä moni koki, että oli helpompi edetä raskautta viikko kerrallaan kohti niin sanotusti turvallisia viikkoja vauvan keskosuuden kannalta.

Tiesin, että vauvalla on erittäin hyvät mahdollisuudet selvitä hengissä, jos syntyy raskausviikon 32 jälkeen. Laskin viikkoja siihen, kunnes nuo raskausviikot olivat täynnä.

Neljännessä alakategoriassa ”pelko kätkytkuolemasta” vastaajat kertoivat pelänneensä kätkytkuolemaa vauvan synnyttyä. Äidit kertoivat, miten he tarkkailivat vauvan hengitystä, kävivät nukkuvan lapsen vuoteella tarkastamassa, että vauva varmasti hengittää. Moni kertoi, että heidän puolisonsakin pelkäsi kätkytkuolemaa ja näin ollen vauvan hengitystä tarkkailtiin usein yhdessä.

Olin todella väsynyt, onnellinen ja minua pelotti. Tarkkailin vauvaa tosi paljon, että hän hengittää.

Mieheni pelkäsi kätkytkuolemaa, niin että ramppasi vauvan vuoteella yhtenä. Olimme ikionnellisia, mutta itkimme yhdessä kuolemanpelkoa.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia pelkoja raskaana olevilla ja heidän puolisoillaan on, kun raskaus on saatu alulle hedelmöityshoidolla. Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset osoittavat, että lapsettomuutta kokeneiden kohdalla raskaus- ja lapsivuodeaikana pelkoja on hyvin paljon. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsineiden raskaudenajan pelot liittyvät raskausaikana vauvan menettämiseen, synnytykseen sekä vanhemmaksi kasvamiseen ja kiintymyssuhteen luomiseen. Näiden lisäksi koetaan pelkoja, jotka liittyvät vauvan hyvinvointiin. Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että tahattomasta lapsettomuudesta kärsineillä ja hedelmöityshoitojen avulla raskaaksi tulleilla on paljon erilaisia pelkoja, jotka tulisi ottaa huomioon äitiysneuvolassa sekä erikoissairanhoidossa. Psykkisen tuen tarjoaminen raskaus- ja lapsivuodeaikana on erityisen tärkeää, jotta pariskunta voi nauttia raskausajasta ja luoda suhdetta vatsassa kasvavaan lapseensa.

Tahattomasta lapsettomuudesta kärsineiden ja hedelmöityshoidoilla raskaaksi tulleiden näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää, että tahaton lapsettomuus tehtäisiin enemmän näkyväksi myös äitiys- ja lastenneuvolassa sekä äitiyspoliklinikalla. Terveystieteiden ammattilaisten tietämystä tahattomasta lapsettomuudesta ja sen psyykkisistä vaikutuksista tulee lisätä, jotta ammattilaiset pystyvät tarjoamaan oikeanlaista tukea tahattomasta lapsettomuudesta kärsiville.

Tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää hyvin monella tavalla. Saatujen tulosten avulla voidaan kehittää äitiyshuollossa tehtävää työtä, jotta siellä osattaisiin ottaa paremmin huomioon tahattoman lapsettomuuden vaikutukset raskausaikaan ja pystyttäisiin tarjoamaan raskausaikaan ja sen jälkeen perheille oikeanlaista tukea. Tämän lisäksi ter-

veydenhuollon ammattilaiset osaisivat tukea odottavaa perhettä paremmin raskausaikana, jotta esimerkiksi kiintymyssuhde vauvaan muodostuisi jo raskausaikana. Opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan käyttää kehittämään äitiyshuollon palveluita siten, että terveydenhuollon ammattilaisilla olisi tarpeeksi tietämystä tahattomasta lapsettomuudesta ja sen vaikutuksista raskausaikaan, jolloin he osaisivat tarjota äitiysneuvolassa tai äitiyspoliklinikalla oikeanlaista tukea raskausaikana sekä raskausajan jälkeen.

Suomessa ollaan valmistelemassa sairaanhoitajien uusia osaamisvaatimuksia, joihin on kirjattu, että sairaanhoitajan tulee osata kohdata haavoittuvat asiakasryhmät hoitotyössä (Laukkanen, 2019). Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien osaamisvaatimusten suunnittelussa, erityisesti haavoittuvien asiakasryhmien hoitotyössä. Tahatonta lapsettomuutta kokeneet kuuluvat haavoittuvaan asiakasryhmään, ja heidän kohtaamisestaan tulisi puhua enemmän koulutuksen aikana. Hedelmöityshoitojen avulla raskaaksi tulleiden kohtaamisessa tulee olla hienotunteinen, jotta vältytään loukkaamasta pariskuntaa. Terveydenhoitajan tulisi tiedostaa ja ymmärtää se, kuinka raskaista hoidoista on kyse niin henkisesti kuin fyysisestikin. Lapsettomuuden suru ei katoa mihinkään, vaikka pariskunta tulisi raskaaksi ja saisi lapsen syliin asti.

Tuloksia voidaan hyödyntää myös lapsettomuushoitoa tarjoavilla klinikoilla niin yksityisellä kuin julkisellakin sektorilla, jossa hoidoissa oleville pareille voitaisiin tarjota enemmän psyykkistä tukea lapsettomuushoitojen aikana sekä tarvittaessa ohjata heitä eteenpäin, jotta he saisivat tukea lapsettomuuden herättämien tunteiden sekä raskausajan pelkojen käsittelyyn. Tuloksien avulla voidaan valtakunnallisesti parantaa tahattomasti lapsettomien asemaa terveydenhuollossa.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen osallistui kymmenen naista, mitä voidaan pitää opinnäytetyön tutkimustehtävän kannalta riittävänä määränä. Puolisoiden omia muistelmia ei saatu yhtään kappaletta, mutta muutama vastaaja oli kuvaillut omassa muistelmassaan myös puolison kokemia pelkoja. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää terveydenhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten osaamista aiheesta sekä lisätä heidän tietämystään siitä, kuinka psyykkisesti kuormittavaa raskaus- ja lapsivuodeaika on tahattoman lapsettomuuden jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada käsitys siitä, millaisia pelkoja raskaana olevilla raskaus- ja lapsivuodeaikana on, jotta niihin voitaisiin äitiysneuvolassa kiinnittää enemmän huomiota ja pariskunnille osattaisiin antaa psyykkistä tukea raskausaikana sekä vauvan synnyttyä. Tässä luvussa arvioidaan opinnäytetyössä saatuja tu-

loksia sekä opinnäytetyöprosessia. Lopuksi pohditaan vielä työn eettisyyttä, luotettavuutta sekä tulosten hyödyntämistä ja jatkotutkimuskohteita.

### 10.1 Tulosten hyödynnettävyys

Kaikki muistelmien kirjoittamiseen osallistuneet olivat kärsineet tahattomasta lapsettomuudesta ja tulleet raskaaksi hedelmöityshoitojen avulla. Vastaajien taustoista ei löytynyt tämän lisäksi muita yhteneviä tekijöitä, joilla voisi selittää opinnäytetyön tuloksia. Tästä voidaankin päätellä, että jo itse lapsettomuus ja hedelmöityshoidot aiheuttavat paljon pelkoja odottavan äidin mielessä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia pelkoja raskaana olevilla äideillä ja heidän puolisoillaan on. Vastaajat kertoivat omista peloistaan avoimesti ja suoraan. He uskalsivat kuvata rohkeasti omia kipupisteitään raskausajalta ja kertoivat myös siitä, millaista kohtelua he olivat saaneet pelkoihinsa terveydenhuollossa. Puolisoilta ei tullut yhtään henkilökohtaista muistelmaa, joten puolisoitten pelot perustuvat vastaajina olleiden naisten itse kertomiin puolisonsa pelkoihin. Näiden pelkojen kohdalla tulee ottaa huomioon se, että ei tiedetä, perustuvatko naisten kertomat puolison pelot heidän omaan kokemukseensa puolisonsa peloista vai ovatko he keskustelleet peloista kotona raskausaikana tai vastatesaamalla tämän opinnäytetyön kirjoituspyyntöön.

Tulosten perusteella tahatonta lapsettomuutta kokeneilla on hyvin monenlaisia pelkoja, ja nämä pelot kestävät läpi raskausajan jatkuen vielä lapsen syntymän jälkeenkin. Opinnäytetyön tuloksissa yhtenä suurimpana pelkona tuli esiin pelko vauvan menettämisestä. Tämä pelko kulki mukana jo heti raskauden alkumetreiltä, ensiksi peläten keskenmenoaa, sen jälkeen keskosuutta ja kohtukuolemaa. Vauvan synnyttyä menettäminen liittyi usein kätkytkuolemaan tai lapsen menehtymiseen jonkin muun tapauksen seurauksena. Samanlaiseen johtopäätökseen päätyivät myös Dornelles, MacCallum, Lopes, Piccinini sekä Passos (2013) tutkiessaan raskaana olevien pelkoja hedelmöityshoitojen jälkeen. Tuossa tutkimuksessa esiin nousivat myös pelot vauvan selviytymisestä. Tutkimuksessa äidit kertoivat, että he pelkäsivät, ettei vauva selviydy raskausajasta tai syntymästä. Tämän lisäksi äidin kertoivat, että he pelkäsivät vauvan menehtyvän syntymän jälkeen.

Alkuraskaudessa moni kertoi pelkäävänsä kohdunulkopuolista raskautta. Syy tähän pelkoon löytyy varmasti siitä, että naiset tietävät hedelmöityshoitojen riskit, ja riski kohdunulkopuoliseen raskauteen on hieman suurempi hedelmöityshoitojen yhteydessä, sillä alkio voi vaeltaa kohtuontelosta munanjohtimeen. Lapsettomuushoidoilla alkuun saatuihin raskauksiin kuuluu yleensä varhaisraskauden ultraääni rv7, jossa varmistetaan, että raskaus on oikeassa paikassa. (Hedelmöityshoidot, 2014)

Opinnäytetyön tulokset kuvaavat synnytykseen liittyviä pelkoja. Vastaajat pelkäsivät ennen aikaista synnytystä ja siihen liittyvää vauvan keskosuutta. Synnytystä pelättiin myös, mutta tässä pelättiin enemmän sitä, miten tulee kuulluiksi, kuin itse synnytyskipua tai synnyttämistä. Poikkeus (2006) tutki yhdessä kumppaneidensa kanssa hedelmöityshoidoilla raskaaksi tulleiden naisten synnytyspelkoa ja raskauteen liittyvää ahdistusta. Heidänkin tutkimuksessaan tuli esille, että tahattomasta lapsettomuudesta kärsineet naiset eivät pelänneet synnytystä tavallista enempää. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aiemminkin. (Poikkeus ym., 2006)

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni selkeästi kiintymyssuhteeseen ja vanhemmuuteen liittyvät pelot. Psykologi Margareta Brodén on kirjoittanut jo vuonna 2008 julkaistussa kirjassaan siitä, kuinka hedelmöityshoitojen avulla raskaaksi tulleet eivät uskalla kiintyä ja luoda suhdetta vauvaan raskausaikana, sillä he eivät luota raskauden onnistumiseen. Tämä näkyi myös tämän opinnäytetyön tuloksissa. Moni vastaaja kertoi, ettei uskaltanut edes myöntää itselleen olevansa raskaana. Vastaajien oli myös ollut vaikea luoda mielikuvia vauvasta ja moni olikin miettinyt, heräisikö tunteet vauvan synnyttyä. Lehdon (2017, s. 398) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, miten raskauden alettua pelot ja menettämisen uhka veivät naisen ajatukset muualle eikä hänellä ollut tilaa luoda mielikuvia ja haaveita vauvaan ja raskauteen liittyen. Lehdon tutkimuksessa selvisi myös, että naisilla oli yksi ainut toive: raskauden jatkumien loppuun saakka. Lehdon tutkimuksessa naiset kertoivat myös, etteivät he uskaltaneet ajatella tai valmistautua vauvan tuloon. Myös aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että raskaana olevien äitien on vaikea kuvitella itseään äidiksi tai vatsassa liikkuvaa vauvaa lapseksi. Nämä kokemukset liittyvät usein siihen, että äitien mielestä nämä haaveet ovat liian konkreettisia ja sitä kautta pelottavia. Lehdon tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät äidit osanneet pohtia lapsen ulkonäköä tai muuta konkreettista asiaa lapsesta. Tärkeintä oli vain saada elävä lapsi.

Opinnäytetyön tulokset kuvaavat myös vauvan hyvinvointiin liittyviä pelkoja, joita olivat keskosuus, vauvan normaali kasvu ja kehitys sekä ultraäänitutkimukset. Keskosuuteen liittyvät pelot kulkivat käsi kädessä ennen aikaisen synnytyksen kanssa ja liittyivät myös vauvan menettämiseen. Opinnäytetyön tulokset osoittavat myös, että vanhemmilla on huoli vauvan normaalista kasvusta ja kehityksestä. Myös aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet samaa. Dornessin (2013) tutkimuksessa ilmeni myös vanhempien pelkoa vauvan terveydestä ja siitä, että vauvalla olisi jokin vakava sairaus tai epämuodostuma. Muistelmissaan moni vastaaja kertoi pelkäävänsä samoja asioita. Yksi pelkoa aiheuttava asia raskausaikana olivat ultraäänitutkimukset. Ne aiheuttivat pelkoa, koska niissä voisi löytyä esimerkiksi vakava sairaus tai epämuodostuma, jonka takia raskaus voitaisiin joutua keskeyttämään tai syntyvä lapsi olisi niin sairas, ettei selviäisi elävänä. Ultraäänitutkimuksiin liittyi monella vastaajalla myös epä tietoisuus, joka lisäsi pelkoja. Moni vastaaja oli kokenut, ettei heille ollut kerrottu tarpeeksi selkeästi, mitä ultraäänitutkimuksessa oli paljastunut.



Monelle vastaajalle oli jäänyt epäselväksi esimerkiksi, mitä tarkoittaa etinen istukka ja mitä seuraamuksia sillä on raskauden edetessä. Tämä oli lisännyt pelkoa, ja moni oli joutunut turvautumaan Googleen, josta löytyvä tieto ei aina ole luotettavaa.

Moni vastaaja kertoi, että oli puhunut peloistaan neuvolassa, mutta terveydenhoitaja ei ollut tarttunut niihin. Pari vastaajaa oli saanut jonkinlaisia keskusteluapua pelkoihinsa neuvolapsykologilta, mutta kaikilla paikkakunnilla neuvolapsykologin palveluita ei ole saatavilla. Moni oli taas ohjattu synnytyspelkopolille, jossa pelot keskittyvät enemmän synnyttämiseen, eivätkä kätilöt tai lääkärit olleet sielläkään osanneet suhtautua toivotulla tavalla odottavan äidin pelkoihin. Tämä kertoo mielestäni osaltaan siitä, että terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole tarpeeksi tietoa tahattomasta lapsettomuudesta ja sen psyykkisistä vaikutuksista. Terveydenhoitajilla ei ole ammattitaitoa ottaa puheeksi tahatonta lapsettomuutta ja siihen liittyviä pelkoja ja huolia eikä antaa psyykkistä tukea. Myöskään äitiyspoliklinikalla näihin pelkoihin ei osata tarttua, mikäli paikalla ei ole kätilöä tai lääkäriä, joka on perehtynyt lapsettomuuden hoitoon ja tietää lapsettomuuden psyykkisistä vaikutuksista.

Äitiysneuvolassa tulisi olla selkeä suunnitelma näitä asiakkaita varten, jotta heille voidaan tarjota oikeanlaista apua ja tukea raskausaikana. Neuvolasta tulisi olla tarvittavaa tietämystä lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista niin psyykkisestä kuin fyysisestäkin näkökulmasta, jotta perheiden tarpeisiin osattaisiin vastata aiempaa paremmin. Olisi myös tärkeää, että neuvolassa lapsettomuus otettaisiin huomioon aiempaa paremmin ja se tehtäisiin se näkyväksi. Tämä auttaisi myös tulevia vanhempia puhumaan lapsettomuudestaan ja siihen liittyvistä asioista. Lehdon (2017, ss. 403–404) tekemän tutkimuksen perusteella hedelmöityshoidoissa olleet naiset ja parit tarvitsevat psyykkistä tukea niin hoitojen, raskausajan kuin vielä vauvan syntymän jälkeisenä aikana. Tukea tarvitaan moninaisten ja raskaiden tunteiden käsittelyyn, hoitojen vaativuuteen, parisuhteen haasteisiin sekä äitiyden identiteetin rakentumiseen.

## 10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeistuksen siitä, miten eettisyys toteutuu sosiaalisen median kautta tehtävissä tutkimuksissa. Kolme tärkeintä periaatetta ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä tietosuojan että yksityisyyden suojaaminen. Kun tutkimusaineisto kerätään sosiaalisen median kautta, yksityisyyden suojeluun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Sosiaalisen median kautta kerätyissä aineistoissa on yleensä mukana jokin henkilötieto. Näin ollen tutkijan tulee tietää henkilötietoihin liittyvästä lainsäädännöstä sekä ihmistutkimuksen eettisistä periaatteista. Yksityistä aineistoa ovat mm. tutkijalle lähetetyt henkilökohtaiset, luottamukselliset viestit. Tutkijan olisi hyvä tiedostaa, mitä henkilökohtaisemmasta asiasta tutki-

muksessa on kyse, sitä tarkemmin aineistoa ja tutkittavien yksilöllisyyttä on suojeltava. (Kosonen ym., 2018)

Tutkimukseen osallistuneiden yksityisyys on otettu huomioon heti heidän lähettäessään muistelmansa tutkijalle, jolloin muistelmat kopioitiin sähköpostista ja ne liitettiin ilman tunnistetietoja Word-tiedostoon. Vastajalle lähetettiin kiitosviesti, jossa kerrottiin tutkimukselliseen opinnäytetyöhön osallistumisesta ja siitä, että hänellä on mahdollisuus perua osallistuminen, mikäli hän niin haluaa. Tämän jälkeen sähköpostit hävitettiin, ja aineistoa käsiteltiin ilman henkilötunneita. Tutkimusaineistoa säilytettiin suljetussa kansiossa, joka pidettiin kirjoituspöydän laatikossa. Opinnäytetyössä oltiin tekemisissä hyvin henkilökohtaisten kertomusten kanssa, joten yksityisyyden suojaamiseen kiinnitettiin erityistä huomiota. Opinnäytetyön muistelmiin osallistuminen oli vapaaehtoista, ja osallistujalla oli mahdollisuus perua osallistumisensa, mikäli hän tuli toisiin aatoksiin. Jokaisen osallistuneen tarinaa kunnioitettiin, heidän kertomuksiaan ja kokemuksiaan ei vähätelty aineistoa analysoitaessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tutkittavasta ilmiöstä luotettavaa tietoa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden kautta. Uskottavuutta tarkastellaan tutkimustulosten perusteella: Vastaavatko tulokset tutkimuskohdetta tutkittavien näkökulmasta. Uskottavuutta voidaan edistää myös keskustelemalla muiden samaa aihetta tutkivien kanssa. Uskottavuutta vahvistaa se, että tutkija on ollut pitkään tekemisissä tutkittavan aiheen kanssa. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. Päiväkirjaa voidaan hyödyntää myös tutkimuksen vahvistettavuutta arvioitaessa. Tällöin sieltä voidaan nostaa tutkimusprosessiin liittyviä asioita. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on jossain määrin ongelmallinen, sillä toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan. Reflektiivisyys tutkimuksessa tarkoittaa tutkimuksen tekijän käsitystä omista lähtökohdista. On arvioitava, vaikuttaako tutkija aineistoonsa tai itse tutkimusprosessiin. Tutkimuksen siirrettävyyttä tarkastellessa tulee antaa kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista, jotta lukija pystyy siirtämään tutkimuksen tuloksen muuhun vastaavaan tilanteeseen. (Kylmä & Juvakka, 2012, ss. 127–129)

Opinnäytetyössä toteutetun tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että aihetta on käsitelty pitkään, jolloin aihe on tullut hyvin tutuksi. Tutkittavasta aiheesta ei ole suoranaisesti tehty vastaavaa tutkimusta aiemmin, mutta saadut tulokset ovat hyvin yhteydessä aiempiin tutkimustuloksiin, joissa on tutkittu mm. lapsettomuuden psyykkisiä vaikutuksia. Tutkittavasta aiheesta ja saaduista tuloksista on käyty keskusteluja myös aiheen asiantuntijoiden kanssa. Tutkimusaineistoa on luettu useasti ja siihen on palattu myös analyysiprosessin aikana useamman kerran. Tutkimuksellisen opinnäytetyön tekeminen yksin lisää jonkin verran virhepäätelmien mahdollisuutta.

Tutkimusaineistosta on tehty taulukko, jossa esitellään aineiston analyysiprosessi. Tällä lisätään työn vahvistettavuutta. Analyysin tueksi opinnäytetyössä on käytetty suoria lainauksia tutkimusaineistosta. Kymmenen muistelmaan analysointi oli riittävä, sillä aineiston kylläntyminen saavutettiin hyvin nopeasti. Aineisto alkoi hyvin pian toistaa itseään.

Opinnäytetyön reflektiivisyyttä tarkasteltaessa opinnäytetyön tekijällä on itsellä kokemus tahattomasta lapsettomuudesta, lapsettomuushoidoista sekä raskauden aikaisista peloista. Opinnäytetyön kannalta sillä voidaan nähdä olevan vaikutusta saatuihin tuloksiin. Tutkimusaineistossa opinnäytetyön tekijän omakohtainen kokemus voidaan nähdä positiivisena asiana, sillä opinnäytetyön kyselyyn osallistuneet ovat voineet kirjoittaa asiasta avoimesti ja suoraan tietäen, että tutkija tietää mistä he puhuvat, eikä tutkija ”pelästy” käytettyjä sanoja ja ilmaistuja tunteita. Opinnäytetyön kyselyyn osallistuneet ovat uskaltaneet käyttää kirjoituksissaan myös vahvoja sanoja, jotka olisivat voineet jäädä poissa, mikäli tutkijalla itsellään ei olisi minkäänlaista kokemusta aiheeseen liittyen.

Tutkimuksen siirrettävyyden vuoksi, opinnäytetyön kyselyyn osallistuvista kerättiin muutamia taustatietoja, jotka kuvattiin tuloksissa. Taustoista selvitettiin vastaajan lapsettomuuden historiaa, jotta lukija pystyy siirtämään tiedon johonkin muuhun yhteyteen.

### 10.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi ja jatkotutkimuskohteet

Opinnäytetyön ammatillisena tavoitteena oli kehittää opinnäytetyön tekijän osaamista tutkimuksen tekemisessä, samoin tietämystä tahattoman lapsettomuuden psyykkisistä vaikutuksista, sekä siitä miten aihe tulisi ottaa huomioon äitiysneuvolassa. Tekijän ammatillisena tavoitteena oli saada kerättyä materiaalia, jonka avulla voisi kehittää terveydenhoitajien koulutusta sekä kouluttaa äitiysneuvolan työntekijöitä ja muita terveydenhuollon ammattilaisia kohtaamaan tahattoman lapsettomuuden koeneita pareja. Tavoite saavutettiin keräämällä runsaasti materiaalia aiheesta sekä konsultoimalla tahattoman lapsettomuuden parissa töitä tekeviä ammattilaisia. Materiaalia hankittiin myös paljon englanninkielisenä, sillä suomenkielistä materiaalia oli saatavilla melko vähän ja se keskittyi aika paljon lapsettomuuden perustietoihin. Englanninkielisestä materiaalista löytyi paremmin tietoa lapsettomuuden psyykkisistä vaikutuksista ja psyykkisen tuen tarpeen merkityksestä. Opinnäytetyön tekeminen vaati huolellista suunnittelua ja aikataulutusta. Aiheen ollessa opinnäytetyön tekijälle henkilökohtaisesti tärkeä siihen haluttiin käyttää aikaa, joka oli syynä siihen, että opinnäytetyön prosessi kesti pitkään.

Tiedonhaku tuotti alkuun haasteita, kun hakusanoilla ei tuntunut löytyvän aiheeseen sopivaa materiaalia ja se oli hyvin suppeaa. Tämä vaati konsultaatiokäynnin lapsettomuuteen erikoistuneen psykoterapeutin luona, joka antoi hyviä vinkkejä ammattilaisten käyttämistä sanoista, jol-

loin materiaalia alkoi löytyä paremmin myös englanninkielellä. Opinnäytetyöprosessi on opettanut myös paljon alan englanninkielistä sanastoa.

Opinnäytetyötä varten selvitettiin tutkimusluvan tarvetta Lapsettomien yhdistys Simpukasta. Sitä ei kuitenkaan tarvinnut erikseen hakea, joten kirjoituspyyntö julkaistiin Simpukan Facebook-ryhmissä hieman myöhemmin mitä alun perin oltiin suunniteltu. Määräaikaan mennessä saapui kymmenen vastausta.

Tutkimuksen analyysivaihe oli hidas ja siihen kului paljon aikaa. Aikataullisista syistä aineiston analyysi aloitettiin kesällä ja se jatkui vielä syksyn ajan. Aineiston analyysia tehdessä käytiin vuoropuhelua muiden ihmisten kanssa, jotta aineiston käsittely olisi uskottavaa. Saadut tulokset esiteltiin opinnäytetyön väliseminaarissa lokakuussa 2019.

Opinnäytetyön aihe oli hyvin henkilökohtainen ja tärkeä. Opinnäytetyöprosessin aikana sain tehdä yhteistyötä upeiden lapsettomuuden ammattilaisten kanssa. Haluan kiittää lämpimästi Lapsettomien yhdistys Simpukkaa, että sain julkaista tutkimuspyynnön teidän Facebookin vertaistukiryhmissä. Kiitokset myös psykologi/psykoterapeutti Mirka Paavilaiselle hyvästä keskustelusta ja vinkeistä, joiden avulla pääsin kiinni uusimmista tutkimuksista ja kansainvälisistä julkaisuista. Lämpimät kiitokset LT naintentautien ja synnytysten erikoislääkäri Johanna Aaltonen, joka ystävällisesti tarkastit työn lääketieteellisen puolen sekä rohkaisit ja kannustit tutkimaan tätä tärkeää aihetta. Lopuksi haluan vielä kiittää kotiväkeä ja ystäviä tuesta ja kannustuksesta.

Jatkotutkimuskohteena aihetta voisi laajentaa tekemällä kyselytutkimuksen, jossa selvittäisiin laajemmin tahattomasti lapsettomien kokemuksia tässä opinnäytetyössä esiin tulleista peloista. Tämän lisäksi voisi tutkia sitä, miten tahattomasta lapsettomuudesta kärsineiden pelkoja on käsitelty äitiyshuollossa. Tutkimuskohteena voisi olla myös äitiyshuollon työntekijöiden tieto ja taito kohdata tahattomasti lapseton pariskunta. Näiden selvitysten pohjalta voitaisiin kehittää äitiyshuoltoa sekä rakentaa erilaisia palvelupolkuja, jotka tukisivat tahattoman lapsettomuuden kokeneiden psyykkistä jaksamista raskausaikana.

## LÄHTEET

- A policy audit on fertility. (2017). Fertility Europe. Haettu 4.12.2019 osoitteesta [http://www.fertilityeurope.eu/wp-content/uploads/2018/03/EPAF\\_FINAL.pdf](http://www.fertilityeurope.eu/wp-content/uploads/2018/03/EPAF_FINAL.pdf)
- Aaltonen, J. (2019). Opinnäytetyön kommentit. Sähköpostiviesti tekijälle 2.12.2019.
- Aitokallio-Tallberg, A. (2012). Lapsettomuuspotilaan raskauden seuranta neuvolassa. *Suomen lääkärilehti* ss. 26–31, 2072–2075.
- Antikainen, I. (2007). Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) *Neurolatyon käsikirja*. Helsinki: Tammi, ss. 375–384.
- Brodén, M. (2008). *Raskausajan mahdollisuudet*. HELSINKI: Gummerus Oy.
- Burns, L. (2006). Parenting after infertility. Teoksessa Covington, S. & Burns, L. (toim.) *Infertility Counseling – A comprehensive Handbook for clinicians*. Cambridge university press, ss. 459–476.
- Covington, S. & Burns, L. (2006). Pregnancy after Infertility. Teoksessa Covington, S. & Burns, L. (toim.) *Infertility Counseling – A comprehensive Handbook for clinicians*. Cambridge university press, ss. 440–458.
- Dornelles, L., MacCallum, F., Lopes, R., Piccinini, C. & Passos, E. (2013). "Living each week as unique": Maternal fears in assisted reproductive technology pregnancies. *Midwifery* 30, ss. 115–120. Haettu 15.1.2019 HAMK Finna – tietokannan kautta.
- Flykt, M., Poikkeus, P., Repokari, L., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., Lindblom, J., Punamäki, R-L., Vilksa, S., Tiitinen, A., Almqvist, F. & Tulppala, M. (2009). Prenatal Expectations in Transition to Parenthood: Former Infertility and Family Dynamic Considerations. *Journal of Family Psychology* vol 23, no 6, ss. 779–789. Haettu 16.6.2018 [https://www.researchgate.net/profile/Leila\\_Unkila-Kal-lio/publication/40679119\\_Prenatal\\_Expectations\\_in\\_Transition\\_to\\_Parenthood\\_Former\\_Infertility\\_and\\_Family\\_Dynamic\\_Considerations/links/0912f511281f159da1000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Leila_Unkila-Kallio/publication/40679119_Prenatal_Expectations_in_Transition_to_Parenthood_Former_Infertility_and_Family_Dynamic_Considerations/links/0912f511281f159da1000000.pdf)
- Hedelmöityshoidot*. (2014). Oppaan tieteelliset asiantuntijat J. Aaltonen, A. Haltia, A. Perheentupa, A-K. Poranen, N. Simberg, A. Tiitinen, C. Tomás & M. Tulppala. Espoo: MSD Finland Oy.

Heino, A., Vuori, E. & Gissler, M. (2017). Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Haettu 19.1.2019 osoitteesta <https://docplayer.fi/68544421-Perinataaltilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet-2016.html>

Heino, A. & Gissler, M. (2018a). Hedelmöityshoidot 2016–2017. Tilastoraportti 16/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 19.1.2019 osoitteesta [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136391/Tr16\\_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136391/Tr16_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y)

Heino, A. & Gissler, M. (2018b). Hedelmöityshoidot 2016–2017. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 4.12.2019 osoitteesta <https://www.slideshare.net/THLfi/hedelmityshoitotilastot-20162017>

Helminauha. (n.d.) Helminauha-hanke. Tietoa ja tukea lahjasoluperheille. Messuilla jaettava materiaali. 28.9.2019.

Katajamäki, M. & Gyldén, O. (toim.) 2017. *Suomalainen vauvakirja*. Helsinki: Otava.

KELA. (2018). Tiivistelmä hedelmöityshoitojen korvaamisesta sairausvakuutuksesta. Kansaneläkelaitos. <https://www.kela.fi/hedelmoytyshoitojen-korvaaminen>

Kivipuro, K. (2015). *Sijaissyntyminen ja vanhemmuuden normalisointi – lisääntymisoikeuksien rajaaminen lainsäädäntöaineistossa*. Pro gradu -tutkielma. Sosiologia. Helsingin yliopisto. Haettu 2.9.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-201703273014>

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (2013) *Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 10.10.2019 osoitteesta [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL\\_OPA2013\\_029\\_verkko.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf)

Klock, S. (2006) Psychosocial Evaluation of the Infertile patient. Teoksessa S.Covington & L. Burns (toim.) *Infertility counseling – a comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge University press, ss. 83–96.

Klock, S. & Greenfeld, D. (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study. *Fertility and sterility* 73(6), ss. 1159–1164. Haettu 19.2.2019 osoitteesta [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(00\)00530-6/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(00)00530-6/fulltext)

Koskimies, Aarne I. (2004). *Hedelmällinen rakkaus -toiveena lapsi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kosonen, M., Laaksonen, S., Terkamo-Moisio, A. & Rydenfelt, H. (2018). *Sosiaalinen media ja tutkijan etiikka*. Etiikka.fi. Haettu 13.9.2018 osoitteesta <https://etiikka.fi/tutkimusetiikka/sosiaalinen-media-ja-tutkijan-etiikka/>

Kuivasaari-Pirinen, P. (2013). *The pathway from infertility to motherhood through assisted reproductive technology (ART)*. Väitöskirja. Dissertations in Health Sciences 159. Haettu 4.2.2019 osoitteesta [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1065-3/urn\\_isbn\\_978-952-61-1065-3.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1065-3/urn_isbn_978-952-61-1065-3.pdf)

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2012). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006. Haettu 11.1.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 101/2001. Haettu 11.1.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101>

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990. Haettu 11.1.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>

Lapsettomien yhdistys Simpukka. (n.d.a) Info. Haettu 19.2.2020 osoitteesta <https://www.simpukka.info/>

Lapsettomien yhdistys Simpukka. (n.d.b). Tahattoman lapsettomuuden huomioiminen kättilön työssä ja neuvolassa. Messuilla jaettava materiaali. 28.9.2019.

Laukkanen, A. (2019) Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Blogijulkaisu 17.12.2019 Haettu 9.1.2020 osoitteesta <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/12/17/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>

Lehto, S. (2017) Äidiksi tulon kulttuurisen mallitarinan rikkoutuminen tahattoman lapsettomuuden läpikäyneiden naisten kertomuksissa. *Psykologia* 52(05) ss. 391–406.

Lindholm, M. (2007). Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa A. Aranto, & P. Koistinen (toim.) *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, ss. 33 – 38.

Lindfors, A. (2014). Teoksessa A-M Tapper (toim.) *Hedelmöityshoidon yhteinäiset perusteet*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 9.9.2019 osoitteesta

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70303/URN\\_I\\_SBN\\_978-952-00-3519-8.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70303/URN_I_SBN_978-952-00-3519-8.pdf)

Lindfors, A. (2015) Alkusanat. Teoksessa: Pruuki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. *Toisenlainen tie – tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen*. Helsinki: Kirjapaja, ss. 11–13.

Lindroos, A., Ekholm, E. & Pajulo, M. 2015. Raskaudenaikainen kiintymys sikiöön – äitiyshuollon mahdollisuus ja haaste. *Duodecim* 131, ss. 143–149. Haettu 22.1.2018. osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12052.pdf>

Mehiläinen (2019). *Tahaton lapsettomuus*. Haettu 30.9.2019 osoitteesta <https://www.mehilainen.fi/felicitas/tahaton-lapsettomuus>

Metsola, P. (2012). *Hedelmöityshoitojen kustannukset*. Simpukka ry. <https://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2014/05/hoitojenkustannukset.pdf>

Miettinen, A. (n.d.). *Tahaton lapsettomuus*. Väestöliitto. Haettu 4.12.2019 osoitteesta <https://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/perhehaaveet/tutkijalta/tahaton-lapsettomuus/>

Mäki, M. (2018). Julkisissa sairaaloissa ei anneta hedelmöityshoitoa luovutetuilla munasoluilla – Syynä oikeusriita, missä selvitetään, mitkä hoidot kuuluvat verovaroin rahoitettuun terveydenhuoltoon. Aamulehti. Haettu 20.1.2019 <https://www.aamulehti.fi/uutiset/julkisissa-sairaloissa-ei-anneta-hedelmöityshoitoa-lahjoitetuilla-munasoluilla-syyna-oikeusriita-jossa-selvitetaan-mitka-hoidot-kuuluvat-verovaroin-rahoitettuun-terveydenhuoltoon-201149816>

Nuorttila, A. (2007). Raskauden seuranta neuvolassa. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, ss. 39–54.

Ovumia. (2018). Tietopankki. Ajankohtaista. Haettu 19.2.2020 osoitteesta <https://www.ovumia.fi/ajankohtaista/simpukka-viikkoa-vietetaan-7-13-5/>

Paavilainen, R. (2007). Perhe neuvolassa. Teoksessa A. Armanto & P. Koistinen (toim.) *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi, ss. 362–368.

Pietiläinen, S. (2015). Synnytyspelko. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A. Äimälä (toim.) *Kätilötyö – raskaus, synnytys, ja lapsivuodeaika*. Helsinki: Edita, ss. 484–489.



Pietiläinen, S. & Väyrynen, P. (2015). Raskauden seuranta, ohjaus ja neuvonta. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A. Äimälä (toim.) *Kätilötyö – raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. Helsinki: Edita, ss. 152–157.

Poikkeus, P., Saisto, T., Unkila-Kallio, L., Punamäki, R-L., Repokari, L., Vilka, S., Tiitinen, A. & Tulppala, M. (2006). Fear of Childbirth and Pregnancy-Related Anxiety in Women Conceiving With Assisted Reproduction. Haettu 16.6.2018 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16816058>

*Potilaan Lääkärilehti* (2013). Lapsettomuuteen sopeudutaan. Haettu 9.9.2019 osoitteesta <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/lapsettomuuteen-sopeudutaan/>

Pruuki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. (2015). *Toisenlainen tie – tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen*. Helsinki: Kirjapaja.

Rouhe, H., Saisto, T., Toivanen, R. & Tokola, M. (2013). *Kun synnytys pelottaa*. Helsinki: Minerva kustannus oy.

Rotkirch, A. & Helamaa, T. (n.d.) Syntyneiden määrä. Väestöliitto. Haettu 4.12.2019 osoitteesta [https://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/syntyvyys/syntyneiden-maara/](https://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/syntyvyys/syntyneiden-maara/)

Sairausvakuutuslaki 1224/2004. Haettu 11.1.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

Sariola, A., Nuutila, M., Sainio, T. & Tiitinen, A. (toim.) 2014. *Odottavan äidin käsikirja*. HELSINKI: Kustannus Oy Duodecim.

Sateenkaariperheet. (n.d.) Sateenkaariperheen byrokratiaa. Haettu 2.3.2020 osoitteesta <https://sateenkaariperheet.fi/tietoa-ja-koulutusta/perheen-byrokratia/>

Sateenkaariperheet. (2019). Tilannekatsaus: Sateenkaariperheiden lapsettomuushoitosten käynnistäminen julkisilla klinikoilla. Haettu 30.9.2019 osoitteesta <https://sateenkaariperheet.fi/uutiset/tilannekatsaus-sateenkaariperheiden-lapsettomuushoitosten-kaynnistaminen-julkisilla-klinikoilla/>

Syrjälä, H. (2018). Psykologi Mirka Paavilainen hoitaa lapsettomia pareja, ja heitä yhdistää pelko – Siksi on yksi kysymys, jota heiltä ei saa koskaan kysyä. *Helsingin Sanomat* Haettu 13.6.2018 osoitteesta <https://www.hs.fi/elama/art-2000005716830.html>

Sälevaara, M. & Söderström-Anttila, V. (2018). Raskaus lahjoitetusta munasolusta. *Duodecim* 134, ss. 53 -59. Haettu 22.1.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/1/duo14104>

Tapper, A. (2014). *Hedelmöityshoidon yhtenäiset perusteet*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 20.1.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3519-8>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Haettu 11.1.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. (2018). Hedelmöityshoidot 2016 - 2017. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 16.9.2018. [http://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/136391/Tr16\\_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y](http://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/136391/Tr16_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y)

Tieteen termipankki. (2019). Muistelma. Haettu 5.12.2019 osoitteesta <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Nimitys:muistelma>

Tiitinen, A. (2019). Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 11.12.2019 osoitteesta [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00151](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151)

Tilastokeskus. (2019). Syntyvyyden jyrkkä aleneminen jatkui. Haettu 4.12.2019 osoitteesta [http://www.tilastokeskus.fi/til/synt/2018/synt\\_2018\\_2019-04-26\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.tilastokeskus.fi/til/synt/2018/synt_2018_2019-04-26_tie_001_fi.html)

Tulppala, M. (n.d.) *Simpukoista helminauhaa – opas luovutetuilla sukusoluilla hoitoja harkitseville tai niillä lapsen jo saaneille*. Haettu 19.2.2020 osoitteesta [https://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2019/05/Simpukoista\\_helminauhaa\\_Sukusoluopas\\_muokattu2.pdf](https://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2019/05/Simpukoista_helminauhaa_Sukusoluopas_muokattu2.pdf)

Tulppala, M. (2007). *Kun vauva viipty – lapsettomuuden tutkimus ja hoito*. Väestöliitto.

Tulppala, M. (2012). Lapsettomuus ja parisuhde. *Suomen Lääkärilehti* 26–31, ss. 2081 – 2086.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Valli, R. & Perkkilä, P. (2018). Sähköinen kyselylomake ja sosiaalinen media aineistonkeruussa. Teoksessa R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmeto-*

*deihin 1 – Metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle.* Jyväskylä: PS-kustannus.

Viinikka, A. (2016). Mitä vauva miettii? Vanhempien mentalisaatiokyvyn vahvistaminen. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Haettu 9.9.2019 osoitteesta

[https://dzmdrerwng2zx.cloudfront.net/prod/2017/08/04173656/Mit%C3%A4-vauva-miettii\\_PDF.pdf](https://dzmdrerwng2zx.cloudfront.net/prod/2017/08/04173656/Mit%C3%A4-vauva-miettii_PDF.pdf)

Väisänen, L. (2001). *Raskaus muuttaa naisen mieltä ja maailmaa.* HELSINKI: Kirjapaja.

Äitiyslaki 253/2018. Haettu 11.1.2020 osoitteesta  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20180253>

## LIITE 1. KIRJOITUSPYYNTÖ

Hei kanssasiset puolisoineen!

Olen Elina ja opiskelen terveydenhoitajaksi Hämeen ammattikorkeakoulussa (HAMK). Teen opinnäytetyötä, jonka aiheena on raskauden aikaiset pelkotilat, kun raskaus on alkanut hedelmöityshoidoilla. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisia pelkotiloja äideillä ja heidän puolisoillaan raskausaikana on. Tutkimuksen avulla vien tietoa äitiysneuvolan terveydenhoitajille siitä, millaisia pelkotiloja raskaana olevilla äideillä ja heidän puolisoillaan mahdollisesti on, kun taustalla on hedelmöityshoidoilla alkuun saatu raskaus. Tällainen tieto on tärkeää, jotta terveydenhoitajat pystyvät tarjoamaan lapsettomuuden kokeneille perheille oikeanlaista tukea ja ohjausta raskausaikana.

Nyt toivon teiltä äidit sekä puoliset (molempien omat kokemukset) tarinoita teidän raskausaikaan liittyneistä pelon ja huolen kokemuksista. Kerrokaa taustoistanne ikä, kuinka pitkä lapsettomuus taustalla, millaisia hoitoja taustalla on ja kuinka paljon, sekä mikä hoito johti onnistuneeseen raskauteen. Oliko käytössä luovutetut sukusolut tai alkiot. Toivon myös, että kertoisitte, oliko ennen onnistunutta raskautta esim. keskenmenoja, tuulimunaraskauksia, raskaudenkeskeytyksiä, kohtukuolema.

Voitte kirjoittaa tekstin **vapaamuotoisesti**, mutta toivon, että jaatte tarinat raskaus kolmanneksi eli plussatestistä rv:lle 13, rv 14 – 28 ja 29 – synnytys sekä näiden lisäksi vielä synnytyksestä jälkitarkastukseen. Voitte käyttää kirjoittaessanne apuna esim. seuraavia kysymyksiä: Millaisia pelkoja ja huolia raskausaikana oli? Miten pelot ja huolet vaikuttivat raskauden kulkuun fyysisesti ja psyykkisesti? Vaikuttivatko pelot ja huolet elämäsi muulla tavalla raskausaikana? (sosiaalinen elämä, parisuhde, valmistautuminen vauvan tuloon). Millaisia tunteita heräsi vauvan synnyttyä ja ensimmäisten viikkojen aikana?

Kirjoituksenne tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja nimettömänä. Vastauksia säilytetään tutkimuksen teon ajan.

Toivon saavani teiltä ja puolisoiltanne mahdollisimman paljon tarinoita sähköpostiini 23.12.2018 mennessä. Mikäli sinulla on jotain kysyttävää, ota rohkeasti yhteyttä.

Kiittäen, Elina Karppinen

sähköposti: elina.ha.karppinen@student.hamk.fi