

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Laura – Liisa Raag

INFERTIILSUSE SAGEDASEMAD PÕHJUSED JA NAISE EDASINE PSÜÜHILINE
TOIMETULEK

Uurimistöö

Juhendajad:

Janika Pael, MSc

Kaia Kastepõld – Tõrs, MSc

Läbiv pealkiri: Infertiilsus

Tartu 2018

Infertiilsuse sagedasemad põhjused ja naise edasine psüühiline toimetulek

KOKKUVÕTE

Infertiilsuse puhul on tegu väga stressirohke kriisiga elus, mõjutades paaris mõlemat osapoolt ning tuues kaasa mitmeid vaimse tervise probleeme. Käesoleva uurimistöö eesmärk on kirjeldada, millised on infertiilsuse sagedasemad põhjused, kuidas see mõjutab naise psüühilist toimetulekut ja milliseks võiks kujuneda paaridele suunatud nõustamine. Uurimistöö on koostatud teoreetilise kirjanduse ülevaadena. Kasutatud kirjandusallikad on erialased teadusartiklid, mis on leitud elektroonilistest andmebaasidest. Otsingu piiranguks oli ajavahemik 2001 – 2018.

Uurimistöö tulemusena selgub, et infertiilsuse diagnoosi põhjus võib olla võrdselt tingitud nii naisest, mehest kui ka mõlemast partnerist. Naisest tulenev infertiilsus võib olla tingitud ovulatsioonihäiretest, emakaanomaaliatest, endometrioosist ja munajuhade kahjustusest. Mehepoolne infertiilsus võib olla tingitud erektsiooni- ja ejakulatsioonihäiretest, põletikest ja kahjulikest harjumustest. Mõlemapoolseks lastetuse põhjuseks on vanus ja muutunud seksuaalkäitumine. Umbes 10%-l juhtudest jääb põhjus selgusetuks. Peamised infertiilsusega kaasnevad psüühilised probleemid on näiteks viha, kurbus, agressiivsus, kadedus, süütunne, häbi, madal enesehinnang, sotsiaalne isolatsioon, stress, ärevus, depressioon ja isegi lein. Antud probleemidega tegelemises on olulisel kohal psühholoogiline tugi ja nõustamine, mida peaks pakkuma selleks vastava pädevuse omandanud isik, kes keskendub individuaalsele lähenemisele, sotsiaalsele keskkonnale ja kultuurilisele taustale.

Märksõnad: infertiilsus, psühholoogiline mõju infertiilsusele, nõustamine, toimetulek, psühholoogia, paarid.

Frequent causes of infertility and the further women's psychological coping with infertility

ABSTRACT

Infertility is a very stressful life crisis, affecting both parties and leading to a number of mental health problems. The purpose of the present research is to describe the most frequent causes of infertility, woman's psychological coping with infertility and what kind of follow-up counselling is needed for couples. This research is a theoretical overview of literature. The sources used in this study are research articles taken from electronic databases, published during the period of 2001 - 2018.

It was found that the cause of the infertility diagnosis can be attributed equally to either the woman or the man or to both parties at the same time. Female infertility can be caused by ovulatory dysfunction, uterine anomalies, endometriosis and damage of fallopian tubes. Male infertility can be caused by erection and ejaculation disorders, inflammation and poor lifestyle habits. In a couple, infertility can be caused by age and changed sexual behaviour. In about 10% of cases, the cause of infertility remains unclear. The main psychological problems associated with infertility are, for example, anger, sadness, aggression, envy, guilt, shame, low self-esteem, social isolation, stress, anxiety, depression and even mourning. To deal with these problems, appropriate counselling and psychological support are very important. It should be provided by a competent person, who focuses on individual needs, social environment and cultural background.

Keywords: infertility, psychological impact of infertility, counselling, coping, psychology, couples.

SISSEJUHATUS

Lapse sünd on inimelu keskne osa. Nii mehed kui ka naised ootavad lapsevanemaks olemist ja peavad seda enamasti ka iseenesest mõistetavaks (Sormunen, Aanesen, Fossum, Karlgren, & Westerbotn, 2018). Batool ja de Visser (2016) tõdesid, et naiste ettekujutus emaks saamisest saab alguse juba lapsepõlves.

Infertiilsust ehk lastetust iseloomustatakse kui olukorda, kus paaril ei ole õnnestunud rasestuda 12 kuu jooksul, vaatamata sellele, et on oldud regulaarselt kaitsmata vahekorras (Brugo-Olmedo, Chillik, & Kopelman, 2001; Chachamovich et al., 2010; Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2011; Luk & Loke, 2015; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats, 2004; Wiweko, Anggraheni, Elvira, & Lubis, 2017). Infertiilsus jaguneb esmaseks ehk primaarseks ning teiseks ehk sekundaarseks infertiilsuseks. Primaarse infertiilsuse puhul ei ole paaril varasemalt õnnestunud rasestuda ega lapsi saada. Sekundaarne infertiilsus tähendab aga seda, kus lastetus on tekkinud pärast varasemaid rasedusi ja laste sündi (Denson, 2006). Tõenäosus rasestuda ühe menstruaaltsükli jooksul on umbes 20% (sõltuvalt vanusest), mis tähendab, et keskmiselt on võimalik rasestumine umbes 4 kuu jooksul (Brugo-Olmedo et al., 2001). Kuigi usaldusväärsed andmed ei ole kättesaadavad, siis ligikaudu enam kui 70 miljonit paari maailmas kannatavad infertiilsuse all (Solati, Ja'Farzadeh, & Hasanpour-Dehkordi, 2016).

Infertiilsus ei ohusta inimese füüsilist tervist ega ole eluohtlik, kuid võib negatiivselt mõjutada isiksust ja psüühikat, tuues kaasa pettumuse (Brugo-Olmedo et al., 2001), sest nii Yusuf (2016) kui ka Brugo-Olmedo et al. (2001) väitel on enamus paaride kõige tõenäolisemaks sooviks ja eesmärgiks siiski lapsi saada. Ka Batool ja de Visser (2016) lisavad, et heteroseksuaalse kooselu põhieesmärgiks on lapse saamine.

Infertiilsuse puhul on kahtlemata tegu kriisiga ning seda kirjeldatakse kui kogemust, mis põhjustab psühholoogilist stressi ning mis mõjutab paarisuhtes mõlemat osapoolt (Galhardo et al., 2011; Gana & Jakubowska, 2016). Üksikisiku tasandil kirjeldatakse emotsionaalset vastust infertiilsusele negatiivsena (Gana & Jakubowska, 2016), tuues välja depressiooni, ärevuse (Gana & Jakubowska, 2016; Musa et al., 2014; Wiweko et al., 2017), viha, pahameele, stressi, enesekontrolli puudumise, väärtusetuse tunde ja vähese eluga rahulolu (Gana & Jakubowska, 2016). Paari tasandile toetudes mõjutab infertiilsus negatiivselt nii seksuaalfunktsiooni kui ka paarisisesid suhteid (Gana & Jakubowska, 2016; Luk & Loke,

2015; Solati et al., 2016), tekitades stressi ja rahulolematust, mis omakorda võivad viia lahku kasvamiseni ja ka lahtuseni (Gana & Jakubowska, 2016; Solati et al., 2016).

Infertiilsed paarid kogevad diagnoosist tingituna suuremat survet, sest nad peavad tegelema nii isiklike, perekondlike kui ka kultuuriliste ootustega seoses lapsevanemaks olemisega (Galhardo et al., 2011). Kultuuriline ja sotsiaalne surve on olulised tegurid psühholoogiliste probleemide väljakujunemises (Yusuf, 2016). Tõenäoliselt kannatavad psüühiliste häirete all enam just naised (Solati et al., 2016; Yusuf, 2016), mis on tingitud ühiskonna poolsest survest, sest naised süüdistatakse mitterasestumise põhjuses. Kuna naiste seas on väga sagedased just depressioon ja ärevus, siis peaksid tervishoiutöötajad tagama psühholoogilise nõustamise ja vajadusel ka psühhiaatrilise abi (Yusuf, 2016).

Tänapäeval on infertiilsus üsna sage probleem ning üha enam tekib paarisuhtes küsimusi, miks just meie peame kannatama ning kuidas saaksime seda ära hoida. Antud murega tegeleb kõige tõenäolisemalt tervishoiutöötaja, kellel on vaja vastamiseks adekvaatseid eelteadmisi. Lähtudes tähtsusest kutseala arengule, annab koostatav uurimistöo tervishoiutöötajatele, kes puutuvad kokku infertiilsuse all kannatavate peredega, adekvaatse ülevaate ja teadmised infertiilsuse sagedasematest põhjustest ja sellega kaasnevatest psühholoogilistest probleemidest. Antud uurimistöo võiks soodustada tervishoiutöötajate valmisolekut mõistmaks perede ja eriti naise emotsioone, toetamise ning edasise toimetuleku abi osutamise vajalikkust. Kui uurimistööst on koostatud korrektne ülevaade, siis võiks seda tulevikus kasutada empiirilise uurimuse läbiviimiseks.

Antud teema on valitud, et laiendada teadmisi sagedasematest infertiilsuse põhjustest ning mõista, kuidas on infertiilsuse diagnoosist mõjutatud naise psüühiline seisund.

Käesoleva uurimistöo eesmärgist lähtuvalt püstitati järgmised uurimisküsimused:

- Millised on infertiilsuse sagedasemad põhjused?
- Millised on infertiilsusega kaasnevad psühholoogilised probleemid?
- Millist nõustamist võiksid lastetud paarid vajada?

UURIMISTÖÖ METOODIKA

Käesolev uurimistöö on teoreetiline kirjanduse ülevaade. Sellise metoodika kasutamine uurimistöös tuleneb asjaolust, et teemat on eelnevalt vähe käsitletud ning selle kohta tuleks anda ühtne ülevaade.

Teaduslikke artikleid on otsitud alates 2017. aasta kevadest. Uuritava materjali moodustab meditsiinikirjandus, millest suurem osa on võõrkeelsed teadusartiklid. Teadusartiklite leidmiseks on kasutatud Tartu Ülikooli raamatukogu e-kataloogi ESTER ning elektroonilisi teadusandmebaase PubMed, ScienceDirect, MEDLINE, EBSCO, Wiley Online Library, PsycINFO ja PsycArticles. Statistiliste andmete leidmiseks on kasutatud Tervise Arengu Instituudi (TAI) kodulehte.

Kirjandusallikad pidid olema avaldatud ajavahemikus 2001 – 2018, lisaks eelretsenseeritud ning kättesaadavad tasuta täistekstidena inglise või eesti keeles. Teaduslike artiklite ning teemakohase materjali leidmiseks kasutati järgmisi otsingusõnu ja nende kombinatsioone: *infertility, psychological impact of infertility, counselling, coping, psychology, couples*.

Andmebaasidest sobivate artiklite leidmisel tutvuti pealkirjade ja märksõnadega, seejärel artiklite kokkuvõtete ja aruteludega. Leitud artiklitest selekteeriti välja uurimistöö teemaga ja uurimisküsimustega sobituvad artiklid. Allikate otsimisel, kus märksõnadega ilmus liialt suur maht artikleid, täpsustati otsingusõnu. Valitud artiklid töötati läbi, tõlgiti ja refereeriti ning lisati uurimistöö sobivasse peatükki. Töös ei kasutatud allikaid, mis ei vastanud teemale või milles leidis liiga vähe teemakohast informatsiooni. Arutelus analüüsiti kirjanduse ülevaates olevat informatsiooni ning sõnastati järeldused.

Uurimistöö koostamisel jälgiti eetilisi põhimõtteid ning planeeriti oma tegevust korrektselt. Käesolevas töös on uuritavaks materjaliks kirjandusallikad, mistõttu võivad eetilised probleemid olla seotud tõlkimise kvaliteedi ja korrektse viitamisega kasutatud allikatele. Artiklites olev teave edastati muutmata tekstis olevat mõtet. Püüti vältida valesti mõistmist ja tõlgendamist. Refereerimisel ei muudetud kirjandusallika autorite algset mõtet ning autorite põhiideed väljendati oma sõnadega. Töö autori seisukohad on esitatud refereeringust ja tsitaatidest selgelt eristatavad. Kasutatud kirjandusallikad märgiti korrektselt allikaloendisse ning töös välditi plagieerimist. Töö vormistamisel lähtuti APA juhendist.

INFERTIILSUSE PÕHJUSED

Infertiilsus on levinud reproduktiivtervise probleem (Solati et al., 2016), mis mõjutab umbes üht paari kuuest. Kui paaril ei ole ühe aasta jooksul õnnestunud rasestuda, alustatakse lastetuse uuringuid, et selgitada välja võimalik mitterasestumise põhjus (Brugo-Olmedo et al., 2001). Umbes üks kolmandik lastetuse põhjustest on tingitud naisest, teine kolmandik mehest ja viimane kolmandik mõlemast. Umbes 10%-l juhtudest ei leita lastetuse põhjust, mistõttu võib tegu olla seletamatu lastetusega (Cousineau & Domar, 2007; Ylikorkala & Kauppila, 2008).

Naisest tulenevad põhjused

Naisest tingitud viljatuse põhjusteks võivad olla näiteks ovulatsioonihäired, munajuhade kahjustus ja endometriosis (Denson, 2006; Ylikorkala & Kauppila, 2008). Ovulatsioonihäired (munaraku küpsemise ja irdumise häired) on tingitud näiteks rasketest kroonilistest haigustest, kilpnäärme talitlushäiretest või toitumishäiretest. Üle- ja alakaalulisus takistavad munaraku normaalset arengut (Ylikorkala & Kauppila, 2008). Oluline kaalumuutus võib luua füsioloogilise hormonaalse tasakaalutuse, mis viib anovulatsiooni ja ebaregulaarse menstruatsioonitsükli (Denson, 2006). Munajuhade kahjustus tähendab, et munajuhad võivad olla täielikult sulgunud ning sugurakkude edasiliikumine ja viljastumine on takistatud. Munajuhade kahjustus võib olla tekkinud varem läbipõetud väikese vaagna põletiku (ussripiku põletik, endometriosis) tüsistusena, mille tulemusena tekivad liited soolestiku ja seesmiste suguelundite vahele. Munasari võib olla liidetest ümbritsetud, mis raskendab munaraku pääsemist munajuhasse. Probleemiks võivad olla ka emakaanomaaliad (kaasasündinud ehitusanomaaliad ehk näiteks emaka osaline või täielik vahesein), takistades embrüo kinnitumist emaka limaskestale (Ylikorkala & Kauppila, 2008).

Mehest tulenevad põhjused

Mehepoolsete põhjustena võib nimetada näiteks halvenenud spermakvaliteeti, spermatoosidide vähesust (Denson, 2006; Ylikorkala & Kauppila, 2008), erektsiooni- ja ejakulatsioonihäireid, laskumata munandeid, raskeid üldhaigusi ja põletikke koos tüsistustega.

Mehe suguelundite põletik piirdub aga harva ühe elundiga, haarates ja kahjustades näiteks kusitiit, seemnejuhasid, eesnääret jne. Munandimanuste põletik ummistab kergesti mainitud näärmed ja põhjustab spermatoosidide puudumist seemnevedelikus. Ejakulatsioonihäirena võib nimetada ejakulatsiooni puudumist, mis on tihti tingitud närvisüsteemikahjustustest (nt seljaajukahjustus). Laskumata munandid on sageli põhjuseks, miks tekivad spermatoosidide küpsemise häired. Sperma kvaliteedi halvenemise all mõeldakse spermatoosidide vähesust, halvasti liikuvust või defekte ning selle põhjus on tihti selgusetu. Spermatoosidide ehitusanomaaliad võivad olla sünnipärased või tingitud toksilistest faktoritest (Ylikorkala & Kauppila, 2008). Kahjulikud harjumused nagu alkoholi tarvitamine ja suitsetamine avaldavad sperma kvaliteedile kahjulikku mõju (Brugo-Olmedo et al., 2001; Denson, 2006). Suurtes kogustes alkoholi tarbimine tingib hormoonide taseme languse ja sperma kvaliteedi languse, tubakatoodete tarbimine aga suurendab spermatoosidide ebanormaalselt liikuvust ja kuju (Denson, 2006). Tervise Arengu Instituudi (2018) andmetel ei tohiks mehed juua rohkem kui 4 alkoholiühikut päevas ning igasse nädalasse peaks jääma vähemalt 3 alkoholvaba päeva.

Mõlemapoolsed põhjused

Olulist rolli paari viljakuses mängib vanus, sest viljakus väheneb koos vanusega nii meestel kui naistel (Denson, 2006). Viljatuse põhjuseks võivad olla ka muutused seksuaalkäitumises. Suurenenud on seksuaalvahekordade sagedus ja seksuaalpartnerite arv, mistõttu sageneb ka sugulisel teel levivate infektsioonide esinemine, mis omakorda võivad avaldada mõju infertiilsusele. Põhjus, miks infektsioonide levik sageneb, on selles, et mitterasestumiseks kasutatakse küll rasestusvastaseid vahendeid, kuid mitte kondoomi (Brugo-Olmedo et al., 2001).

NAISTE REAKTSIOON TEADVUSTATUD PRIMAARSELE INFERTIILSUSELE

Maailma mõistes on viljatute paaride arv tõusnud ning see on omakorda muutunud sotsiaalseks probleemiks. Viljatust peetakse elus tõsiselt stressirohkeks, sest see langetab perekonna kvaliteeti (perekonnasisesid suhteid) ja rahulolu, mõjutades omakorda paari psüühikat, mistõttu tuleks läbi viia psühholoogilisi sekkumisi (Solati et al., 2016). Psühholoogilist stressi võidakse pidada küll loomulikuks tulemiks, kuna diagnoos on hirmutav, kuid see võib siiski ületada isiku võimelisust sellega kohaneda (Patel et al., 2016).

Heteroseksuaalses paarisuhtes on toimetuleku puhul näha soolisi erinevusi. Naised tunnevad sageli vajadust oma emotsioone jagada, samas kui mehed proovivad probleemi pigem kaugeneda. Situatsioonis, kus naine soovib rohkem aega oma abikaasaga rääkimiseks, samas kui abikaasa väldib teda või muudab teemat, kujuneb üldiselt negatiivne suhtlus ja ka negatiivsem hoiak viljatusega tegelemises (Pasch & Sullivan, 2017).

Infertiilsus on seotud peamiselt negatiivse psühhosotsiaalse funktsiooni ja häbiga (Solati et al., 2016), põhjustades süütunnet aga ka ärevust (Patel et al., 2016; Solati et al., 2016). Kujuneda võivad madal enesehinnang, kurbus, viha (Wiweko et al., 2017), agressiivsus ja kinnisideed (Solati et al., 2016). Naiste puhul võivad lisaks kaasneda ka eitamine ja enesetapumõtted (Patel et al., 2016). Kuna viljatusest tingituna kaasneb naiste elus rohkem negatiivseid vaimseid stressoreid kui meestel, siis vajavad nad ka enam psühholoogilist sekkumist (Solati et al., 2016).

Naised reageerivad viljatusele tavaliselt sügava kurbuse ja leinaga (Karaca & Unsal, 2015; Patel et al., 2016), mis võivad viia nutmise, palvetamise ja jumalasse usuni (Karaca & Unsal, 2015). Kui paar kogeb infertiilsust, siis on nende jaoks tavaline, et nad läbivad kõik leina etapid (šoki seisund, eitamine, viga, isolatsioon ja aktsepteeritavus). Mõnel juhul võib neil inimestel olla raskusi leinaprotsessi tunnistamisega, sest nad ei pruugi mõista millegi kaotust, mida ei ole kunagi eksisteerinud (Patel et al., 2016).

Stressi puhul rõhutatakse ka soospetsiifilisust ehk seda, kas tegu on mehe- või naisepoolse infertiilsusega. Stress võib olla seotud infertiilsuse kestvuse ja põhjusega, korduvate rasedustestide tegemisega, toimetulekuvõimete ja psühholoogiliste sekkumistega, sotsiaalse toetuse ja häbiga (Patel et al., 2016).

Kõrge stressitaseme ja ärevuse peamised põhjused on emadustunde, reproduktiivvõime ja geneetilise järjepidevuse kaotamine ning suurem negatiivne enesekontseptsioon. Viimane kirjeldab olukorda, kus naised süüdistavad iseend ja oma keha selles, et nad ei suuda lapsi saada. Vastutust lastetuse üle võidakse tunda ka siis, kui meditsiiniline põhjus ei ole naisepoolne. Kõrge stressitase võib tuleneda ka ühiskonnas väljakujunenud kindlatest sotsiaalsetest traditsioonidest, mis määravad ära laste arvu. Olukorras, kus viljatuse tõttu ei ole võimalik määratud arvu lapsi saada, tuntakse end sotsiaalse häbimärgina (Karaca & Unsal, 2015), väärtusetu ja ebanaiselikuna. Paarid, kelle kultuur rõhutab vanematekeskse rolli tähtsust, kogevad rohkem vaimse tervise probleeme (Batool & de Visser, 2014).

Monga, Alexandrescu, Katz, Stein ja Ganiats (2004) poolt läbiviidud uurimusest selgus, et 83,3% uurimuses osalenud paaridest kirjeldasid ühiskondlikku või vanematepoolset survet saada laps, mis on tingitud vanemate soovist, et nende perekonnanime edasi kantakse. Kui näiteks Suurbritannias on infertiilsus pigem naise isiklik tragöödia, siis Pakistanis on tegu hoopis perekonna tragöödiaga, mis on tingitud intensiivsest sotsiaalsest survest (Batool & de Visser, 2016). Karaca ja Unsal (2015) selgitasid, et naised võivad tunda survet ja tõrjutust eriti oma abikaasa perekonna poolt, sest lastetuses süüdistatakse naist, mehi aga sunnitakse oma abielu lahutama. Sellise teguviisi põhjusena väidetakse olevat, et kui paaril ei ole ühiseid lapsi, siis ei hoia neid omavahel miski kinni.

Näiteks Aafrikas, Ghanas nagu ka teistes arengumaades ja ressursside vaestes riikides, on lapsed kõrgelt hinnatud nii kultuurilistel, sotsiaalsetel kui ka majanduslikel põhjustel, mistõttu tekitab lastetus paaridele (eriti naistele, keda viljatuses süüdistatakse) tihti suuri probleeme (Alhassan, Ziblim, & Muntaka, 2014). Probleemide kogemisel mängib väga olulist rolli usk. Kui naine ei suuda esimese abieluaasta jooksul last sünnitada, siis tajub ta olukorda jumala karistusena (Oti-Boadi & Oppong Asante, 2017). Ghanas on naiste jaoks emadus sageli ainus viis, et näidata ja parandada oma staatust perekonnas ja kogukonnas. Mõnes kogukonnas on lastetus nii suureks häbimärgiks, et naised on sotsiaalselt isoleeritud ja tähelepanuta jäetud, seda isegi nende inimeste poolt, kellelt eeldatakse toetust (abikaasad, perekond). Lastetut naist tajutakse pahaendelisena, mistõttu võib abikaasa sugulastepoolne surve viia lahutuseni või teise abikaasa olemasoluni (Alhassan et al., 2014). Ka Pakistanis hoitakse lastetu naisega sotsiaalset distantsi, sest levinud on ebausk, et lastetu naine võib endaga kaasa tuua probleeme ja ebaõnne teistele väikelastele (Batool & de Visser, 2016). Ghana naised peavad silmitsi seisma ka ühiskondliku diskrimineerimisega ning selline ühiskonnapoolne surve võib tuua

kaasa ärevuse aga ka depressiooni, mille levimus Ghanas on 62,0 %, millest omakorda 40%-il on tegu kerge ja 22%-il mõõduka depressiooniga (Alhassan et al., 2014).

Ka Indoneesias, Jakartas läbiviidud uurimusest selgus, et emaroll on naise elus kõige olulisem ning emadust peetakse isegi identiteedi põhikomponendiks. Kui naine ei suuda rasestuda ja last kanda, kannatab ta häbi ja pettumuse all ning naise perekond tunneb omakorda piinlikkust mehe perekonna ees. Stressi tase nende naiste seas oli 22,3 % (Wiweko et al., 2017).

Psühholoogilise sümptomina nimetatakse ka pidevalt murettekitavaid mõtteid võimetusest saada laps, millega võivad kaasnedä füüsilised probleemid nagu näiteks unetus ja isutus (Karaca & Unsal, 2015). Lastetusega võib kujuneda kadedus (Wiweko et al., 2017) ja sotsiaalne isolatsioon ehk olukord, kus ei soovita külastada sõpru, kes on rasedad või kellel juba on lapsi ning välditakse üldiseid sotsiaalseid tegevusi nagu näiteks pere külastamist uue lapse sünni puhul (Karaca & Unsal, 2015). Sormunen, Aanesen, Fossum, Karlgren ja Westerbotn (2018) tõdesid, et Rootsis läbiviidud uurimuses osalenud naistest ligikaudu 16% vältisid seltskonda, kus viibisid rasedad või lastega naised ning umbes 12% teatasid, et võimalusel lahkuvad ruumist, kus diskuteeritakse raseduse või laste teemal. Sotsiaalne isoleeritus kujuneb seetõttu, et naised tunnevad toetuse puudumist (Patel et al., 2016) aga ka häbi talle määratud diagnoosi (infertiilsuse) pärast (Musa et al., 2014). Sotsiaalset toetust nimetatakse infertiilsete naiste seas väga oluliseks ressursiks, sest on seotud madalama ärevuse ja depressiooni tasemega (Batool & de Visser, 2014). Mõeldes vaimsele toimetulekule tekib naistel küsimus, kas lastetus on neile justkui test või karistus ning nad otsivad erinevaid põhjuseid, miks rasestumine ei ole olnud võimalik, tuues lõpplahendusena välja saatuse. Lohutust võib leida usulistest tegevustest nagu näiteks palvetamisest (Karaca & Unsal, 2015).

Rasestumine on oluline aspekt enamikes abieludes (Monga et al., 2004; Pasch & Sullivan, 2017), sest lapse saamine on seksuaalsuhte oodatav tulemus. Infertiilsuse tõttu esineb ka abielusuhetes rohkem konflikte, mistõttu seksuaalvahekordade sagedus ja rahulolu langevad ning seksuaalne enesehinnang väheneb (Monga et al., 2004). Negatiivsete tagajärgedena nimetatud rahulolematuus abielusuhetes ning seksuaalelu häirimine vähendavad omakorda paaridevahelist kommunikatsiooni (Musa et al., 2014). Sageli kerkivad seksuaalprobleemid esile pärast pikaajaseid ebaõnnestunud katseid jääda rasedaks (Kainz, 2001). Kirjeldatakse, et seksuaalsuse väljendamine on muutunud justkui mehaaniliseks ja kohustuslikuks vahekorraks (Monga et al., 2004; Pasch & Sullivan, 2017), kus puudub intiimsus (Cousineau & Domar,

2007). Need vahekorrad võivad seksuaalelu hävitada, sest igakuiselt on ovulatsiooni ajal vaid kindel eesmärk rasestuda, jättes tähelepanuta võimalused lõõgastumiseks ja naudinguteks (Kainz, 2001). Surve olla kindlatel aegadel vahekorras mõjub negatiivselt ka seksuaalfunktsioonile (Cousineau & Domar, 2007; Kucur Suna et al., 2016), sest näiteks ovulatsiooniaegne vahekorras olemise kohustus võib olla segavaks faktoriks naise organismile, takistades orgasmi saavutamist (Kainz, 2001). Harv ei ole ka olukord, kus intiimsuse puudumine ja seksuaalne rahulolematuse püsivad aastaid pärast seda, kui paar on suutnud infertiilsuse küsimuse lahendada (Cousineau & Domar, 2007).

NÕUSTAMINE

Käsitledes viljatuse teemat, mängivad olulist rolli psühholoog või mõni muu vaimse tervise spetsialist. Psühholoogiline nõustamine peaks olema kättesaadav kõikidele viljatutele paaridele (Kainz, 2001). Paljudele inimestele võib nõustamine olla esimene kontakt mõne vaimse tervise spetsialistiga, mistõttu võivad nad tunda häbi, sest peavad tulema ja rääkima sellistest intiimsetest muredest nagu soov rasestuda ja saada laps. See võib olla nende jaoks väga suur väljakutse, et võtta aega rääkimiseks ja jagada oma emotsioone, mille väljendamine võib tekitada ebakindlust ja valu (Van den Broeck, Emery, Wischmann, & Thorn, 2010). Lisaks selgub, et nii mõnedki tervishoiuteenuste osutajad ja vaimse tervise spetsialistid alahindavad viljatuse negatiivset psühholoogilist mõju (Cousineau & Domar, 2007).

Viljatusega seotud nõustamisest on saanud spetsiaalne nõustamisvorm, nõudes professionaalseid erialaseid teadmisi ja kutsekvalifikatsiooni, et lahendada psühholoogilisi ja sotsiaalseid probleeme (Van den Broeck et al., 2010). Sotsiaalset toetust nimetatakse viljatuse puhul üheks oluliseks vastupidavuse mehhanismiks, mängides olulist rolli negatiivsete mõjude vähendamises (Luk & Loke, 2015; Wiweko et al., 2017) ning parandades omakorda paari enesekontrolli, enesekindlust ja elukvaliteeti (Wiweko et al., 2017). Nõustamine annab võimaluse uurida, avastada ja selgitada viisid, kuidas elada rahuldustpakkuvat elu, kui on diagnoositud viljakusega seotud häireid. On tõstatatud mitmeid tavapäraseid sekkumisvõimalusi, et tõsta teadlikkust konkreetsest nõustamisvajadusest nii üksikisiku kui ka paaride puhul. Viljatuse nõustamine üksikisikutega pakub võimalust uurida põhjalikumalt kogemusi, emotsioone (nt. kurbus, süü, ärevus, enesehinnang ja kehapilt), toimetuleku mehhanisme ja ka sotsiaalseid tagajärgi. Paarinõustamine tagab võimaluse õppida üksteist toetama ja mõistma, et parandada kommunikatsiooni ja saada ülevaade soolistest erinevustest, mis on seotud viljatuse kogemusega. Nõustamine võib aidata normaliseerida kriisis olemise kogemust ja teha justkui ruumi tunnetele, mis on seotud valu, viha, leina ja lootusega (Van den Broeck et al., 2010).

Viljatust kirjeldatakse kui elu kõige häirivamat kogemust (Cousineau & Domar, 2007; Kainz, 2001), mistõttu tuleks paaridele soovitada perioodilist puhkust, et lõõgastuda ja keskenduda teistele eluvaldkondadele aga ka omavahelistele suhetele, mis annavad elule tähenduse ja toovad rõõmu ning naudingut (Kainz, 2001).

Psühholoogiliste reaktsioonidega tegelemiseks on mitmeid meetodeid. Mõned eksperdid soovitavad esimese valikuna kognitiiv-käitumuslikku teraapiat, sest usutakse, et antud teraapia lähenemised on kõige enam kooskõlas paaride vajadustega (Solati et al., 2016).

Käitumisnõustaja võib pakkuda abi nendele paaridele, kelle murekohaks on reproduktiivsus, aidates vältida abielusuhetes võimalike kriiside teket. Nõustaja võtab aega uurimaks mõlema partneri hirme ja kahtlusi, parandab väärarvamusi ja kaalub erinevate ravivõimaluste eeliseid ning riske (Kainz, 2001). Käitumusliku teraapia puhul algab sekkumine paari tuumikkonflikti sõnastamisest ehk identifitseeritakse teema, muster ja tulemus. Tavalisemad infertiilsete paaride teemad on näiteks emotsioonide jagamise soov, pühendumine lapse saamisenesse, individuaalsed toimetuleku strateegiad ja arusaam perekonna loomisest (Pasch & Sullivan, 2017).

Psühholoogilise hindamise ja sekkumise puhul on mitmed põhikategooriad, mida tuleb käsitleda. Esmatähtis on kognitiivne omistamine ehk see, kuidas naine ise selgitab viljatuse põhjuseid. Küsida tuleks ka enese süüdistamise, süütunde või vaenulikkuse osas oma partneri suhtes. On olukordi, kus naisel võib esineda mõni irratsionaalne mõte, mida on vaja vaidlustada. (Kainz, 2001). Näiteks võib naine tunda end süüdi ja vaatleb seetõttu viljatust kui karistust minevikus tehtud seksuaalsete mõtlematuste ja abortide eest (Cousineau & Domar, 2007). Teiseks tähtsaks punktiks on seksuaalsed probleemid, mistõttu tuleks pakkuda avatud arutelu võimalust. Kui naisel on võimalus arutleda seksuaalse rahulolematuse ja seksuaalsete vajaduste üle, siis aitab see parandada rahulolu. Kolmandaks tuleb tegeleda abielusuhetega. Kuigi abielusuhted võivad olla muutunud probleemseteks, kirjeldavad paarid, et viljatusega seotud kriis aitab neil tegelikkuses parandada omavahelist suhtlemist, tagades toetuse ja intiimsuse (Kainz, 2001). Lausa 92% naistest kirjeldasid oma abikaasasid kui kõige olulisemaid toetusallikaid (Karaca & Unsal, 2015). Neljandaks on oluline pöörata tähelepanu psühholoogilistele probleemidele ja naistele, kelle kinnisideeks on võita viljatus ja rasestuda. Sellised naised käivad erinevate arstide visiitidel, otsivad erinevaid ravivõimalusi ning on valmis neid katsetama (Kainz, 2001).

Nõustamise üheks oluliseks võtmelemendiks on kindlasti ka arutelu, mis puudutab viljatuse subjektiivseid etioloogiaid, seda eriti nende paaride puhul, kelle viljatuse põhjus on teadmata. Selline arutelu võib aidata avastada näiteks tundeid seoses süüga või hoopis masendavaid fantaasiaid. Viimasel juhul võib nimetada, et partnerid ei ole teineteise jaoks õiged või üht partnerit karistatakse minevikus tehtud vigade eest (Van den Broeck et al., 2010).

Kui soov saada laps jääb täitmata, tekivad paljud emotsionaalsed ja füüsilised pinged. Vastuolulised emotsioonid, millega patsiendid isiklikult võitlevad ja millest välja rabeleda püüavad, on tihti ülekaalukad, mistõttu tekib lisaks abitustundele ka tunne, et inimene on justkui kontrolli alt väljas. Üks võimalus sellega tegelemiseks on aidata patsiendil mõista oma sisemist segadustekeerist, kasutades pilte või metafoore. Tavaline metafoor infertiilsuse kirjeldamiseks on „Ameerika mäed“, kus on tekkinud muster tõusvatest ootustest ja lootustest seoses rasestumisega. Kujuneb visuaalne pilt „Ameerika mägedest“, tekitades olukorra, kust ei ole võimalik maha tulla, kui see liigub. Võib tekkida tunne, et kiirus, millega liigutakse, ei ole inimese poolt kontrollitav. Nõustaja peab selliste probleemide ja korduvate emotsionaalsete kriisidega aktiivselt tegelema ning võimalusel neid ka ennetama. On oluline rõhutada, et nii kaua kui eksisteerib soov rasestuda, eksisteerib ka pettumusi ja emotsioone, mis Ameerika mägedel liiguvad ning inimene ise saab limiteerida amplituudi, kuid ei saa olukorda täielikult tasandada (Van den Broeck et al., 2010).

Emotsionaalsed "Ameerika mäed" võivad aga varjutada teisi eluvaldkondi, mis on olulised ning mida ei tohiks silmist kaotada. Nõustaja võiks julgustada mõtlema teistele eesmärkidele elus (nagu perekond, vaimsus, sõprussuhted, sotsiaalsed kontaktid, töö, puhkus, kogukond jne), mis võivad anda rahulolu ja tähenduse. Tuleb leida vahetu tasakaal perekonna loomise ja vanemluse eesmärkide, väärtuste ja teiste oluliste elu eesmärkide osas, et ennetada sotsiaalset isolatsiooni või elust võõrutamist (Van den Broeck et al., 2010).

Nõustaja võib paluda joonistada ka teekaardi, mille eesmärk on hinnata, mida saab kontrollimatus elukriisis kontrollida. Alustada tuleks rahulolevast elujoone joonistamisest, seda suhte algusest kuni praeguseni. Lisada tuleks tõusud, mõõnad ja abielusuhtega kaasnenud kriisid. Kirjeldama peaks eluga rahulolu lähimas ja kaugemas tulevikus, kas siis lapsega või lapseta. Roadmapi ehk teekaardi kesksed elemendid on erinevad, mis tähendab, et tuleb välja töötada plaan A, B ja C (nt. rasedus, raseduse katkemine, elussünd). Teekaardi teeb kumbki partner isiklikult, mis pärast ühendatakse ja kohandatakse. See on harjutus, mis aitab avastada sarnasusi ja erinevusi partnerite vahel, millele siis nõustamisel ka keskendutakse. Oluline on arutleda ka alternatiivide üle, takistades kinnijäämist vaid ühte võimalusse, sest see avab positiivseid ressursse ja toimetuleku strateegiaid (Van den Broeck et al., 2010).

Kindlasti on olemas vajadus tegelemaks viljatute paaride emotsionaalsete vajadustega, sest üldiselt keskendub suurem osa paaridele pakutavatest konsultatsioonidest informatsioonile seoses meditsiiniliste aspektidega. Informatsiooni tagamine ja eneseabioskuste juhendamine

(väsimuse juhtimine, kommunikatsiooniraskuste lahendamine, ärevuse leevendamine) võivad vähendada stressi ja hõlbustada koostööd tervishoiutöötajatega. Infoühiskonnas otsivad inimesed teabe ja toetuse saamiseks võimalusi tihti internetist, kus võib leida ka veebilehekülgi, mis pakuvad toimetuleku strateegiaid. Lisaks kasutatakse foorumeid, nimetades neid väärtuslikeks, sest seal jagatakse oma kogemusi (Cousineau & Domar, 2007).

Infertiilsete paaride nõustamine ja psühholoogiline tugi peavad olema kujundatud vastavalt sotsiaalsele keskkonnale ja isikute kultuurile (Sormunen et al., 2018). Tervishoiutöötajad peaksid tunnistama ja arvesse võtma naiste religioosseid tõekspidamisi, kuna see mõjutab nende vaimset tervist (Oti-Boadi & Oppong Asante, 2017). Tulevikus võib tervishoiutöötajate jaoks osutuda raskeks olukord, kus töötatakse infertiilsete paaridega, sest tähelepanu tuleb pöörata asjaolule, et piiride ületamine ja rahva liikumine on suurenenud, mistõttu võib oma töös kohata erinevaid kultuure. Demograafiliste muustrite ja suhtlemises toimuvate muutuste tõttu peavad tervishoiutöötajate teadmised vastama uutele nõuetele (Sormunen et al., 2018).

ARUTELU JA JÄRELDUSED

Käesolev uurimistöö on koostatud, et selgitada välja infertiilsuse ehk lastetuse sagedasemad põhjused ja sellega kaasnevad võimalikud psühholoogilised probleemid ning kirjeldada, milliseks võiks kujuneda paaridele tagatud nõustamine.

Sormunen et al. (2018) nimetasid lapse sünni inimelu keskseks osaks, tuues omakorda välja, et nii mehed kui ka naised ootavad lapsevanemaks olemist ning peavad seda iseenesest mõistetavaks. Siinkohal nõustasid ka Yusuf (2016) ja Brugo-Olmedo et al. (2001), kelle sõnul on paaride kõige tõenäolisemaks sooviks ja eesmärgiks siiski lapsi saada.

Vaatamata antud kirjandusallikates väljatoodud mõtetele, leiab uurimistöö autor, et tegelikkuses ei saa me teha väga suuri üldistusi, sest me reaalselt ei tea, kas kõikidel paaridel on sarnased eesmärgid ja kas nad ikkagi soovivad lapsi saada. Tähelepanu tuleb pöörata ka asjaolule, et paaril võib esineda küll soov saada lapsi, kuid teatud juhtudel ei pruugi lapse saamine osutada nii kergeks, kui esmapilgul loodeti, mistõttu võib paar jätta oma soovi tahaplaanile ja muuta oma eesmäärke teistes suundades.

Infertiilsus on sage reproduktiivtervise probleem (Solati et al., 2016), mis mõjutab umbes üht paari kuuest (Brugo-Olmedo et al., 2001). Cousineau ja Domar (2007) ning Ylikorkala ja Kauppila (2008) selgitavad, et lastetuse põhjustest umbes üks kolmandik on tingitud naisest, teine kolmandik mehest ja viimane kolmandik mõlemast partnerist. Samas toovad nad välja, et umbes 10%-l juhtudest ei suudeta lastetuse põhjust tuvastada.

Naisest tulenevateks sagedasemateks põhjusteks võib nimetata näiteks munajuhade kahjustust ja endometriooosi (Denson, 2006; Ylikorkala & Kauppila, 2008). Probleemiks võivad olla ka kaasasündinud emakaanomaaliad. Lisaks on olulisel kohal ovulatsioonihäired, mis võivad olla tingitud ala- või ülekaalulisusest (Ylikorkala & Kauppila, 2008), viies anovulatoorse ja ebaregulaarse menstruatsioonitsüklini (Denson, 2016). Mehepoolsete sagedasemate põhjustena võib välja tuua näiteks erektsiooni- ja ejakulatsioonihäireid, laskumata munandeid ja põletikke (Ylikorkala & Kauppila, 2008). Lisaks eelnevale, peavad Brugo-Olmedo et al. (2001) ja Denson (2006) oluliseks mainida ka kahjulikke harjumusi. Kõik need põhjused mõjutavad spermat, halvendades selle kvaliteeti kas siis spermatoosidide vähesuse, puudumise, küpsemise häirete, halvasti liikuvuse või defektide näol (Brugo-Olmedo et al., 2001; Denson, 2006; Ylikorkala & Kauppila, 2008).

Mõlemapoolse lastetuse põhjuse võib tingida vanus (Denson, 2006) või muutunud seksuaalkäitumine, millega sageneb tihti sugulisel teel levivate infektsioonide esinemine ning mis omakorda võivad mõjutada viljakust. Infektsioonide levik sageneb seetõttu, et rasestumisvastase vahendina ei kasutata kondoomi (Brugo-Olmedo et al., 2001). Olles ise tervishoiutöötaja ja puutudes günekoloogia ambulatoorses vastuvõtus kokku naistega, kes soovivad rasestumisvastaseid vahendeid, leiab töö autor, et tänapäeval soovitakse rasestumise vältimiseks kasutada pigem kindlamat meetodit, mis teeb samas ka elu lihtsamaks. Siinkohal võib tekkida küsimus, kuidas muutub elu lihtsamaks, millele autor saab vastata, et kondoomi kasutamine võib osutuda ebamugavaks, lisaks ei pruugi seda alati käepärast olla, mis aga ei tähenda, et kondoomi puudumise tõttu jääb seksuaalvahekorda astumata. Kondoomi kasutamise miinuseks võib olla ka selle purunemine, mille tagajärjel võib tekkida soovimatu rasedus. Naised eelistavad kasutada rasestumisvastase vahendina näiteks emakasisest spiraali või hormoontablette, tänu millele on rasestumise tõenäosuse protsent väiksem ning naised pigem ei pea muretsema võimaliku soovimatu raseduse pärast. Tänapäevases ühiskonnas on seksuaalkäitumine muutunud ja seksuaalpartnerite arv pigem tõusnud, mis tähendab aga seda, et kui ei kasutata kondoomi, siis võib esineda ka rohkem seksuaalsel teel levivaid infektsioone. Üsna tõepärane on olukord, kus ühekordsesse juhusuhtesse sattudes ei räägita partnerile, et ollakse mõne seksuaalsel teel leviva infektsiooni kandja, mistõttu tuleks vahekorda astuda kindlasti kondoomiga. Kui otsustatakse kondoomi mitte kasutada, siis suureneb ka võimalus haigestuda ning tulevikus võib just seetõttu olla probleeme viljakusega. Kokkuvõtvalt võiksin väita, et kui günekoloog kirjutab naisele digiresepti mõnele rasestumisvastasele vahendile, võiks ta nõustamise käigus rõhutada ka seda, et kondoom on ainus, mis kaitseb võimalike infektsioonide eest. Võime küll üldistavalt arvata, et kõik me oleme sellest teadlikud, kuid samas, võime selles lootuses hoopis eksida.

Maailmas on viljatute paaride arv tõusnud ning see on muutunud sotsiaalseks probleemiks (Solati et al., 2016). Infertiilsuse puhul on tegemist kriisiga, mis Brugo-Olmedo et al. (2001) sõnul ei ohusta inimese füüsilist tervist ega ole eluohtlik, kuid võib negatiivselt mõjutada isiksust ja psüühikat, tuues kaasa pettumuse. Galhardo, Cunha ja Pinto-Gouveia (2011) ning Gana ja Jakubowska (2016) kirjeldavad infertiilsust kui kogemust, mis põhjustab psühholoogilist stressi ja mõjutab paaris mõlemat osapoolt. Solati, Ja'Farzadeh ja Hasanpour-Dehkordi (2016) sõnul peetakse viljatust tõsiselt stressirohkeks, kuna langetab perekonnasiseseid suhteid ja rahulolu, mõjutades omakorda paari psüühikat.

Pasch ja Sullivan (2017) selgitavad, et heteroseksuaalses paarisuhtes on toimetuleku puhul näha soolisi erinevusi, mis avalduvad näiteks selles, et naised tunnevad vajadust rääkida oma abikaasaga ja jagada oma emotsioone, samas kui mehed proovivad probleemist pigem kaugeneda, teemat vältida või muuta. Antud olukorras võib kujuneda aga üldine paarivaheline negatiivne suhtlus ja negatiivsem hoiak viljatusega tegelemises. Töö autor arvab, et seda väidet ei saa võtta ainuõigena, sest kindlasti on paare, keda kogemus hoopis ühendab ja lähedasemaks muudab, sest nad suudavad ka rasketes olukordades teineteisega rääkida ja toeks olla. Samas on kindlasti oluline mõelda ka meeste peale ehk sellele, mis võib olla põhjuseks, miks nad probleemist pigem kaugenevad ja teemat vältida üritavad. Kuna infertiilsus mõjutab paaris mõlemat osapoolt, siis ei tohi unustada ka seda, mida tunneb mees või milliseks kujuneb tema toimetulek. Mehed, kes oma hinges tahaks naisi sellel raskel teekonnal aidata, ei pruugi seda osata teha, mistõttu tunnevad end kasutuna. Oskuste vähesus ja teadmiste puudumine on need, mis kujundavad mehes situatsiooni, kus ta tunneb, et ta ei saa oma arvamuse avaldamisega olukorda parandada, mistõttu on parem üldse vaikselt teemast kõrvale hiilida. Sellises olukorras on tähtis meeste teadvustada, et oluline on olla naise jaoks olemas, ka siis, kui ei osata midagi tarka öelda. Naine vajab turvatunnet, et ta teaks, et mees on tema kõrval ka kõige raskematel hetkedel.

Infertiilsed paarid kogevad diagnoosist tingituna suuremat survet, sest nad peavad tulema toime isiklike, perekondlike ja kultuuriliste ootustega seoses lapsevanemaks olemisega (Galhardo et al., 2011). Yusuf (2016) selgitab, et psühholoogiliste probleemide väljakujunemises mängivad olulist rolli nii kultuuriline kui ka sotsiaalne surve. Tõenäoliselt kannatavad psüühiliste häirete all enam just naised (Solati et al., 2016; Yusuf, 2016), mis tuleneb ühiskonna poolsest survest, sest naisi süüdistatakse mitterasestumise põhjuses. Karaca ja Unsal (2015) selgitasid, et naised võivad tunda survet ja tõrjutust, sest lastetuses süüdistatakse pigem naist ja mehi omakorda sunnitakse abielu lahutama. Levinud on arvamus, et kui paaril ei ole ühiseid lapsi, siis ei hoia neid miski koos. Sellisele käitumisele võiks sobida põhjendus, mille leidsid Monga et al. (2004), nimetades, et vanemad soovivad oma perekonnanime edasi kandmist. Töö autor leiab, et vaatamata sellele, et kultuurist tingituna on arengumaades selline käitumine pigem aktsepteeritav, siis me ei tohiks sellist käitumist üldistada eestlaste peal. Tuleb tõdeda, et täiskasvanud inimesele ei saa öelda, milline peaks olema tema kaaslane ja kuna nad peaksid abielluma või lahutama, sest igal inimesel on õigus valida ja olla koos sellise inimesega, kellega ta ise soovib. Meie ühiskonnas ei ole kindlaid traditsioone, mis määravad ära laste arvu, sest tegelikkuses on iga paari vaba valik, kui palju

lapsi nende peres kasvab. Tahaksin väita, et tänapäeval ei määra laste arvu tihti paari soov, vaid hoopis võimaluste olemasolu nende laste kasvatamiseks.

Infertiilsusega kaasnevatele psühholoogilistele probleemidele võib läheneda nii üksikisiku kui ka paari tasandile toetudes. Üksikisiku tasandil kirjeldatakse viha, pahameelt, stressi, enesekontrolli puudumist, väärtusetuse tunnet, eluga rahulolu (Gana & Jakubowska, 2016). Musa et al. (2014) ning Wiweko, Anggraheni, Elvira ja Lubis (2017) nimetavad lisaks ärevust ja depressiooni. Solati et al. (2016) nimetavad ka häbi, süütunnet, agressiivsust, ärevust, kinnisideid, samas kui Patel et al. (2016) toovad välja eitamise ja enesetapumõtted. Paari tasandile toetudes mõjutatakse negatiivselt nii seksuaalfunktsiooni kui paarisisesid suhteid, tekitades rahulolematust (Gana & Jakubowska, 2016; Solati et al., 2016). Konfliktid aga langetavad seksuaalvahekordade sagedust ja seksuaalne enesehinnang väheneb (Monga et al., 2004). Pasch ja Sullivan (2017) ning Monga et al. (2004) kirjeldavad, et seksuaalsuse väljendamine on muutunud mehaaniliseks ja kohustuslikuks vahekorraks, kus Cousineau ja Domar (2007) sõnul puudub intiimsus. Kainz (2001) nimetab, et sellised vahekorrad võivad hävitada seksuaalelu, sest igakuiselt on vahekorras olemisel kindel eesmärk. Töö autor nõustub eeltooduga, et igakuine kindlal ajal vahekorras olemine võib mõjuda seksuaalsuhtele hävitavalt, sest vahekord on muutunud paarisuhtes kohustuslikuks. Kui muidu ollakse vahekorras pigem eesmärgiga tagada nauding ja omavaheline intiimsus, siis ovulatsiooni ajal tiirleb mõtetes vaid soov eostada laps. Siinkohal tuleb mõelda kindlasti mehe peale, sest naine dikteerib, kuna peab vahekorras olema ja mees on justkui masin, kes peab ettenähtud ajal oma töö ära tegema. Kasuks tuleb pidev omavaheline kommunikatsioon, vähendades konflikte ja aidates mõista, et lapse saamine on siiski mõlema soov ning teatud juhtudel tuleb selle nimel lihtsalt pingutada rohkem kui loodeti. Kui paarisuhtes tuntakse, et omavahelised suhted halvenevad just kohustusliku seksuaalvahekorra tõttu, siis võib paarile soovitada teha väike paus ning kasutada mõnda aega neile sobivat rasestusmivastast vahendit. See võib aidata taastada omavahelist intiimsust, muutes vahekorras olemise taas nauditavaks, sest teatakse, et vahekord ei ole ajastatud ja kohustuslik.

Kõrge stressitaseme ja ärevuse tingivad emadustunde, reproduktiivvõime ja geneetilise järjepidevuse kaotamine. Oluline on märgata ka negatiivset enesekontseptsiooni, sest naised süüdistavad iseend ja oma keha sellest, et nad ei suuda lapsi saada ja arvavad, et lastetus on neile justkui karistus (Karaca & Unsal, 2015).

Wiweko et al. (2017) sõnul võib lastetusega kujuneda kadedus. Naised tunnevad toetuse puudumist (Patel et al., 2016) ja häbi määratud diagnoosi (infertiilsuse) pärast (Musa et al., 2014), mistõttu võib kujuneda sotsiaalne isolatsioon, kus ei soovita külastada sõpru, kes on rasedad või kellel juba on lapsi ning välditakse pere külastamist uue lapse sünni puhul (Karaca & Unsal, 2015). Töö autori arvates väärib sotsiaalne isolatsioon kindlasti mainimist ka eestlaste seas, kuigi autor ei leidnud sellele teaduslikku alust. Üldiselt kehtib ka meie ühiskonnas olukord, kus naistelt küsitakse tihti, kas nad juba ei planeeri perekonda, põhjendades, et vanuse poolest oleks ka juba aeg seda teha. Naised, kes on aga saanud infertiilsuse diagnoosi, ei taha tihtipeale seda kõigile kuulutada, mistõttu võivad nad tunda end lapsesaamisega seotud küsimustele vastates ebamugavalt. Naisi saaks kindlasti jagada kahte rühma ehk naised, kes vaatamata infertiilsusele siiski väga soovivad last ning teised, kes on otsustanud, et annavad alla. Need naised, kes peavad rasestumise nimel nägema väga palju vaeva, võivad tihti soovida vältida seltskondi, kus viibib palju lapsi, tundes end ebamugavalt, kuna ei suudeta ise anda elu pisikesele lapsele, kes samuti võiks igapäevaselt valmistada rõõmu oma perele nagu seda teevad teiste lapsed oma vanematele. Lasterohkes seltskonnas on tihti teemaks just lapsed ise, mistõttu võivad naised tunda ka ebakindlust just seetõttu, et ei osata midagi kaasa rääkida, sest kogemused puuduvad.

Viljatust kirjeldatakse kui elu kõige häirivamat kogemust (Cousineau & Domar, 2007; Kainz, 2001). Solati et al. (2016) väidavad, et viljatusest tingituna kaasneb naiste elus rohkem negatiivseid vaimseid stressoreid kui meestel, mistõttu vajavad nad ka enam psühholoogilist sekkumist. Patel et al. (2016) on oma artiklis teinud tähelepanuväärse märke, väites, et psühholoogilist stressi võib pidada küll loomulikuks tulemiks, kuid samas võib see ületada isiku võimelisust sellega kohaneda. Töö autori arvates ei saa me jällegi panna kõiki inimesi ühte patta ja loota, et kõigi reaktsioon infertiilsuse diagnoosile on sarnane. Lihtsalt tuleb teada, et mõni inimene lepitab diagnoosiga, kuid teine vajab leppimiseks aega ja abi, seda näiteks nõustamise näol.

Viljatuse puhul mängivad olulist rolli psühholoog või mõni muu vaimse tervise spetsialist, kes peaksid tagama psühholoogilise nõustamise kõikidele viljatutele paaridele (Kainz, 2001). Van den Broeck, Emery, Wischmann ja Thorn (2010) nimetavad, et viljatusega seotud nõustamisest on saanud lausa spetsiaalne nõustamisvorm, nõudes omakorda professionaalseid erialaseid teadmisi ja kutsekvalifikatsiooni. Oma artiklis rõhutavad nad ka seda, et nõustamine võib paljudele inimestele olla esmane kontakt mõne vaimse tervise spetsialistiga, mistõttu võib see olla nende jaoks suur väljakutse ning võidakse tunda häbi nii intiimsel teemal

rääkides. Töö autor leiab, et kui infertiilsusega võitlev isik ei soovi koheselt nõustaja poole pöörduda, kartes esmast kontakti, siis võib esmaseks õlekõrreks ja ka nõustajaks olla sõber või sõbranna, kes kuulab ja toetab ning võibolla ei olegi edasist spetsialisti poolset nõustamist üldse vaja. Ka Wiweko et al. (2017) leiavad, et sotsiaalne toetus on oluliseks vastupidavuse mehhanismiks, mängides olulist rolli negatiivsete mõjude vähendamises ja parandades paari enesekindlust ja elukvaliteeti.

Van den Broeck et al. (2010) on oma artiklis välja toonud, et nõustamine annab võimaluse uurida, avastada ja selgitada viisid, kuidas elada rahuldustpakkuvat elu. Nõustamine üksikisikutega annab võimaluse uurida põhjalikumalt kogemusi, emotsioone, toimetuleku mehhanisme ja sotsiaalseid tagajärgi. Paarinõustamisel aga õpitakse üksteist toetama ja mõistma, et parandada omavahelist kommunikatsiooni ja saada ülevaade soolistest erinevusest, mis on seotud viljatusega. Nõustamise üheks oluliseks võtmesõnaks on arutelu, sest see aitab normaliseerida kriisis olemise kogemust. Töö autori arvates on mõlemad nõustamisvormid väga olulisel kohal. Paarinõustamisele minnes võidakse esialgu tunda ebakindlust ja hirmu selle ees, mida arvab partner ning kardetakse olla avameelne. Individuaalne nõustamine on aga võimalus, kus julgetakse rääkida, sest teatakse, et räägitu jääb vaid nõustaja ja kliendi vahele. Mõnel juhul võib esineda vajadus alustada individuaalse nõustamisega ning kui ollakse valmis, siis osaleda ka mõnel paari nõustamissessioonil.

Nõustaja ülesanne on ka julgustada mõtlema teistele eesmärkidele elus, mis võivad tuua suhtesse rahulolu. Lisaks peab ta tegelema aktiivselt emotsionaalsete kriisidega, sest need võivad varjutada teisi eluvaldkondi, mis on aga olulised ja mida ei tohiks silmist kaotada. Seetõttu tuleb leida tasakaal perekonna loomise ja vanemluse eesmärkide, väärtuste ja teiste oluliste elu eesmärkide osas, et ennetada sotsiaalset isolatsiooni (Van den Broeck et al., 2010).

Cousineau ja Domar (2007) leiavad, et kindlasti on olemas vajadus tegelemaks viljatute paaride emotsionaalsete vajadustega, sest üldiselt keskendub suurem osa paaridele pakutavatest konsultatsioonidest informatsioonile, mis on seotud meditsiiniliste aspektidega. Samas aitab eneseabioskuste juhendamine vähendada stressi ja hõlbustada koostööd tervishoiutöötajatega. Tänapäevases infoühiskonnas kasutatakse tihti ka võimalusi, mida pakub internet ehk näiteks foorumeid, kus jagatakse oma kogemusi. Töö autor nõustub, et internet on tänases ühiskonnas väga olulisel kohal. Foorumid annavad võimaluse avaldada oma kogemusi ja arutleda nende üle ka teiste inimestega, samas saab seda teha täiesti anonüümselt. Paljud inimesed ei julge pöörduda nõustaja või sõbranna poole ja samas

tunnevad nad, et kui teised ei ole samas olukorras kunagi olnud ega infertiilsusega võidelnud, siis ei osata ka aidata, mistõttu on neile väga oluliseks toetusallikaks just foorumid.

Sormunen et al. (2018) selgitavad, et nõustamine ja psühholoogiline tugi peab vastama sotsiaalsele keskkonnale ja kultuurile. Artiklis tuuakse välja, et tulevikus võib tervishoiutöötajate jaoks osutuda raskeks olukord, kus töötatakse infertiilsete paaridega, sest tähelepanu tuleb pöörata asjaolule, et piiride ületamine ja rahva liikumine on suurenenud, mistõttu võib oma töös kohata erinevaid kultuure. Töö autor nõustub, et demograafilises mõttes toimuvad igapäevaselt suured muutused, rahvas rändab Eestist välismaale aga ka välismaalt Eestisse, mistõttu peavad tervishoiutöötajad olema pädevad ja nende teadmised peavad vastama nõuetele. Tervishoiutöötajatel peab olema valmisolek töötama ükskõik millisest kultuurist pärineva inimesega, sest võrdväärne abi peab olema tagatud kõikidele abivajajatele, mistõttu on tegelikult olulisel kohal ka pidev meditsiinipersonali koolitamine.

Kokkuvõtvalt leiab töö autor, et antud töö on olulisel kohal, kuna varasemalt on infertiilsust ja sellega seonduvat väga vähe uuritud, seda võibolla seetõttu, et antud teema ei ole olnud nii aktuaalne. Aastatega on hakatud teemat rohkem teadvustama, mis võib olla tingitud sellest, et varasemalt ei ole paarid, kellel ei ole õnnestunud rasestuda, pöördunud abi saamiseks ka vastuvõtule, sest on arvanud, et küll laps tuleb perre siis, kui on selleks õige aeg. Samas on oluline mainida, et mida aeg edasi, seda enam muutub seksuaalkäitumine, mistõttu sageneb infektsioonide osakaal, mis omakorda võivad oluliselt mõjutada ka paari viljakust. Lisaks võib probleem olla tingitud ka sellest, et tänapäeva noored soovivad teha karjääri ja kindlustada oma elu, mistõttu lapsi sünnitatakse kõrgemas vanuses ning vanus ise on üks infertiilsusega seotud teguritest. Tähelepanu tuleb pöörata ka asjaolule, et pidevalt muutub teadvustatud infertiilsusega inimeste arv, mis tähendab, et kui naised on lõpuks otsustanud, et soovivad lapsi saada ja lõpetavad rasestumisvastaste vahendite kasutamise, selgubki asjaolu, et rasestumisega on probleeme. Naised, kes soovivad teha karjääri ja ei mõtle lapse saamisele ning kasutavad pikalt rasestumisvastaseid vahendeid, ei pruugi olla teadlikud, et neil võib olla viljakusega probleeme. Olles ise tervishoiutöötaja ja töötades günekoloogia ambulatoorsetes vastuvõttudes, saan väita, et üha enam pöördutakse vastuvõtule murega, et rasestumine ei ole õnnestunud ja soovitakse saada abi. Naistel on sellisel intiimsel teemal tihti küll raske rääkida, kuid nad suudavad oma häbelikkusega ja häbiga toime tulla ning kabinetist lahkuvad nad tihti juba palju sirgema seljaga ja naeratus näol. Tõesti, saab väita, et tänapäevased võimalused infertiilsuse põhjuste avastamiseks on siiski kordades paranenud ning inimesed on

teadvustanud, et on olemas mitmeid ravivõimalusi, et sügaval hinges olev soov saada laps, saaks siiski tõeks.

Antud uurimistöö on üldine kokkuvõte infertiilsuse sagedasematest põhjustest, naise psüühilisest toimetulekust ja võimalikust nõustamisest, mistõttu võiks anda üldteadmised näiteks tervishoiutöötajatele, kes puutuvad oma töös kokku infertiilsete paaridega. Tihti on tervishoiutöötaja ülesandeks meditsiinilise poole ja füüsiliste kaebustega tegelemine aga ka paberite täitmine ning psühholoogiline seisund jääb tahaplaanile. Vastuvõtuoajad on reaalselt piiratud ning ajaressursi vähesuse tõttu on välistatud võimalus, et tervishoiutöötaja võiks süveneda patsiendi vaimsesse tervisesse. Tihti ei küsita naiselt, kuidas ta end tunneb või kas ta vajab nõustamist. Kui naine ise tähelepanu ei pööra ja abi ei küsi, siis tõenäoliselt väga sellele ei keskenduta. Tänapäeva õppekavas ei ole tihti kohta, et keskenduda eraldi infertiilsusega seotud nõustamisele, kuigi me näeme, et reaalne vajadus selleks oleks olemas. Tervishoiutöötajate aktiivne koolitamine tagab teadmised ja ka julguse ning valmisoleku paariga antud teemal rääkimiseks. Kui teadmisi ei ole, siis ei ole ka julgust, sest kardetakse, et jäädakse hätta.

Mõeldes antud töö puuduste peale, väidab töö autor, et hetkel on keskendunud naistele, kuigi tööd koostades sai üsna pea selgeks asjaolu, et edasistes uurimistöodes võiks rohkem tähelepanu pöörata ka meestele. Autor peab seda oluliseks, sest infertiilsus on probleem, mis mõjutab mõlemat partnerit ja me ei saa üheselt väita, et mehed on tugevad ja neid infertiilsus üldse ei mõjuta. Tegelikuses võivad mehed olla abivajajad, sest neil ei ole üldiselt kombeks oma sõpradega sellisel intiimsel teemal nagu infertiilsus üldse rääkida ning abi otsimine nõustajalt võib nende jaoks tunduda häbistav. Peame mõistma, et ka meestel on tunded, mis võivad raskes situatsioonis muuta toimetuleku keeruliseks.

Töö autori arvates on teatud määral puuduseks ka kasutatud kirjandusallikate maht, sest töö laialivalgumise ennetamiseks on seatud mitmeid piiranguid, mis vähendasid ka adekvaatsete ja sobilike allikate arvu. Piirangutena võib töös välja tuua näiteks selle, et keskendutud on primaarse infertiilsuse all kannatavatele naistele ja nende psüühilistele eripäradele, mis tähendab, et kõrvale on jäetud sekundaarne infertiilsus ja ka mehed. Siinkohal peab töö autor oluliseks erinevusi primaarse ja sekundaarse infertiilsuse puhul. Primaarse infertiilsuse puhul ei ole naisel varasemalt õnnestunud rasestuda ja last sünnitada, mistõttu võivad nende psühholoogilised reaktsioonid olulisel määral erineda nende naiste reaktsioonidest, kes kannatavad sekundaarse infertiilsuse all, sest need naised on suutnud rasestuda ja lapse

sünnitada. Batoool ja de Visser (2016) väidavad, et heteroseksuaalse kooselu põhieesmärgiks on lapse saamine, millega nõustub ka antud töö autor ehk kui peres kasvab vähemalt üks laps, siis on suudetud saavutada üks võimalikest elu eesmärkidest. Selleks, et töö ei kalduks teemast kõrvale, on välja jäetud ka kirjandusallikad, milles keskendutakse küll psüühilisele poolele ja toimetulekule, kuid seda hoopis viljatusravi võtmes, mis tegelikkuses vääriks eraldi tähelepanu. Oluline on mõista, et viljatuse diagnoosiga kaasnev mõju naise psüühikale ei ole võrreldav viljatusraviga kaasneva mõjuga.

Arvestades, et infertiilsus on muutumas üha aktuaalsemaks teemaks kogu maailmas, toob töö autor välja mõned mõtted ja ettepanekud, millest võiks tulevikus läbiviidavates uurimistöodes lähtuda. Alustuseks tasuks mõelda sellele, et sarnase uurimistöo võiks läbi viia meeste seas, et mõista paremini nende tundeid, mõtteid ja nõustamise vajalikkust. Lisaks võiks uurida ka eestlasi, nende emotsioone ja toimetulekut ning seejärel võrrelda tulemusi teiste riikide tulemustega. Kindlasti oleks oluline uurida tervishoiutöötajate reaalsel valmisolekut antud teemaga tegelemiseks, et selgitada välja näiteks koolituste vajalikkust. Lisaks võiks keskenduda viljatusravile ja sellega kaasnevatele psüühilistele eripäradele ning toimetulekule, sest diagnoos „infertiilsus“ on kõigest üks osa, millega tuleb leppida, kuid ka edaspidine ravi nõuab toimetulekuks suuri pingutusi.

Lõputöö tulemustele toetudes jõuti järgmistele järeldustele:

- 1) Infertiilsuse põhjustest umbes üks kolmandik on tingitud naisest, teine kolmandik mehest ja viimane kolmandik mõlemast partnerist. Naisest tulenevateks sagedasemateks põhjusteks võib nimetada näiteks munajuhade kahjustust, endometrioosi ja emakaanomaaliaid. Olulised on ka ovulatsioonihäired, mis võivad olla tingitud ala- või ülekaalulisusest ning mis viivad anovulatoorse ja ebaregulaarse menstruatsioonitsükli. Mehepoolsete sagedasemate põhjustena võib välja tuua näiteks erektsiooni- ja ejakulatsioonihäireid, laskumata munandeid, põletikke ja kahjulikke harjumusi. Kõik need põhjused mõjutavad spermat halvendades selle kvaliteeti (spermatoosidide vähesus või puudumine aga ka küpsemise häired, halvasti liikuvus või defektid). Mõlemapoolse lastetuse põhjuse võib tingida vanus või

muutunud seksuaalkäitumine, millega sageneb tihti sugulisel teel levivate infektsioonide esinemine. Umbes 10%-l juhtudest ei leita lastetuse põhjust.

- 2) Lastetusel on väga oluline mõju naise vaimsele tervisele, sest tegu on kahtlemata elukriisiga, mida võib nimetada väga stressirohkeks kogemuseks. Kaasneda võivad näiteks viha, pahameel, agressiivsus, kinnisideed, kadedus, enesekontrolli puudumine, väärtusetuse tunne, madal enesehinnang, häbi, süütunne, eluga rahulolematust, millega võivad kujuneda stress, ärevus, depressioon ja ka lein. Naised võivad reageerida viljatusele sügava kurbuse ja leinaga, tuues kaasa nutmise, palvetamise ja jumalasse usu aga ka eitamise ja enesetapumõtted. Esineda võivad lisaks füüsilised probleemid nagu näiteks unetus ja isutus. Olulisel kohal on ka sotsiaalne isolatsioon. Kõik nimetatud märksõnad mõjuvad negatiivselt paarisestele suhetele, põhjustades konflikte, rahulolematust ja seksuaalelu häirimist.
- 3) Paarid, kes peavad infertiilsuse diagnoosiga toime tulema, vajavad kindlasti individuaalset lähenemist ja nõustamist. Nõustaja rollis võib olla selleks vastava kutsekvalifikatsiooni ja erialased teadmised omandanud isik, kes peab tunnetama oma pädevuse piire ja suunama vajadusel paari mõne teise spetsialisti juurde. Nõustamise ja psühholoogilise toe pakkumisel tuleb lähtuda sotsiaalsest keskkonnast ja paari kultuurilisest taustast. Nõustamise üheks oluliseks võtmeelemendiks on arutelu. Paaril tuleb aidata normaliseerida kriisis olemise kogemust, tehes ruumi tunnetele, samas aidates vähendada negatiivseid mõjusid, parandades paari enesekindlust ja elukvaliteeti. Oluline on tegeleda emotsionaalsete vajadustega ja kriisidega, mida tuleb võimalusel ka varakult ennetada. Tagades paarile informatsiooni ja eneseabioskused, aitame vähendada stressi ja hõlbustada koostööd tervishoiutöötajatega.

KASUTATUD KIRJANDUS

Alhassan, A., Ziblim, A. R., Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health*, 14(1): 1-6. doi: 10.1186/1472-6874-14-42

Batool, S. S., de Visser, R. O. (2014). Psychosocial and contextual determinants of health among infertile women: A cross-cultural study. *Psychology, Health & Medicine*, 19(6): 673-679. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.880492>

Batool, S. S., de Visser, R. O. (2016). Experiences of Infertility in British and Pakistani Women: A Cross-Cultural Qualitative Analysis. *Health Care for Women International*, 37(2): 180-196. doi: 10.1080/07399332.2014.980890

Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., Kopelman, S. (2001). Definition and causes of infertility. *Reproductive BioMedicine Online*, 2(1): 41-53. DOI: 10.1016/S1472-6483(10)62193-1

Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M. P., Knauth, D., Passos, E. P. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(2): 101-110. doi: 10.3109/0167482X.2010.481337

Cousineau, T. M., Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2): 293-308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003

Denson, V. (2006). Diagnosis and Management of Infertility. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2(6): 380-386. doi:10.1016/j.nurpra.2006.03.019

Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. (2011). Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies*, 20(4): 255-260. doi:10.1016/j.sexol.2011.08.005

Gana, K., Jakubowska, S. (2016). Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of Health Psychology*, 21(6): 1043-1054. DOI: 10.1177/1359105314544990

Kainz, K. (2001). The Role of the Psychologist in the Evaluation and Treatment of Infertility. *Women's Health Issues*, 11(6): 481-485.

Karaca, A., Unsal, G. (2015). Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nursing Research*, 9: 243-250. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007>

Kucur Suna, K., Ilay, G., Aysenur, A., Kerem Han, G., Eda Ulku, U., Pasa, U., Fatma, C. (2016). Effects of Infertility Etiology and Depression on Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(1): 27-35. DOI: 10.1080/0092623X.2015.1010673

Luk, B. H., Loke, A. Y. (2015). The Impact of Infertility on the Psychological Well-Being, Marital Relationships, Sexual Relationships, and Quality of Life of Couples: A Systematic Review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6): 610-625. DOI:10.1080/0092623X.2014.958789

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63: 126-130. doi:10.1016/j.urology.2003.09.015

Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A. W. A., Khadijah, M. B. S., Hayati, M. Y., Midin, M., Jaafar, N. R. N., Das, S., Sidi, H., Ravindran, A. (2014). A Preliminary study on the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 55: S65-S69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.01.001>

Oti-Boadi, M., Oppong Asante, K. (2017). Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *BioPsychoSocial Medicine*, 11:20. DOI 10.1186/s13030-017-0105-9

Pasch, L. A., Sullivan, K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13: 131-135. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsy.2016.07.004>

Patel, A., Sharma, P., Narayan, P., Binu V.S., Dinesh, N., Pai, P.J. (2016). Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 9: 28-34. doi: 10.4103/0974-1208.178630

Solati, K., Ja'Farzadeh, L., Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). The Effect of Stress Management Based on Group Cognitive-Behavioural Therapy on Marital Satisfaction in Infertile. *Journal*

of Clinical and Diagnostic Research, 10(7): VC01-VC03. DOI: 10.7860/JCDR/2016/17836.8077

Sormunen, T., Aanesen, A., Fossum, B., Karlgren, K., Westerbotn, M. (2018). Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *Journal of Clinical Nursing*, 27: e335-e344. DOI: 10.1111/jocn.13953

Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/et/> (29.04.2018)

Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counselling*, 81: 422–428. doi:10.1016/j.pec.2010.10.009

Wiweko, B., Anggraheni, U., Elvira, S. D., Lubis, H. P. (2017). Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22(2): 145-148. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mefs.2017.01.005>

Ylikorkala, O., Kauppila, A. (toim.) (2008). Sünnitusabi ja günekoloogia. Tallinn: AS Medicina

Yusuf, L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility: A case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(6): 1340-1343. <https://doi.org/10.12669/pjms.326.10828>

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

/Laura-Liisa Raag/