

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

Lapsettomuus kokemuksena

Opinnäytetyö

Mirva Pussila

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2010

TIIVISTELMÄ
KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja, sisätaudit ja kirurgia
MIRVA PUSSILA
LAPSETTOMUUS
Opinnäytetyö 40 sivua
Ohjaajat: Pirjo Sonntag ja Jaana Stolt
13.10.2010

Asiasanat: Lapsettomuus, hedelmöityshoito, lapsettomuus kriisinä, lapsettomuus kokemuksena

Tahaton lapsettomuus koskettaa useita pareja. Lapsettomuuden on ennustettu lisääntyvän tulevaisuudessa. Useimpien arvioiden mukaan jopa joka viides lasta toivova pari kärsii jossain elämänsä vaiheessa lapsettomuudesta. Lapsettomuus on kasvava ilmiö, joka koskettaa ihmisiä ympäri maailmaa. Lapsettomuus ei tunne rajoja. Se koskettaa kaikenrotuisia, eri yhteiskuntaluokkiin kuuluvia ja eri puolilla maapalloa asuvia ihmisiä. Lapsettomuus on hyvin henkilökohtainen ongelma ja yksityinen suru, josta puhuminen voidaan kokea ongelmana. Läheisten tuki on lapsettomuuden kokeneille tärkeää.

Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena, jossa selvitettiin lapsettomuutta, lapsettomuuden kriisiä ja siihen liittyviä kokemuksia. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Kirjallisuuslähteistö koostuu pääosin kotimaisesta naiseutta, lapsettomuutta ja lapsettomuuden kokemista käsittelevästä tutkimus- ja tietokirjallisuudesta. Kirjallisuus ja tutkimukset hankittiin eri tietokannoista, käyttäen muun muassa Lindaa, Kaislaa ja Metropolia Amk:ta.

Tutkimuksia sain luettavaksi yksitoista, joista karsiutui pois viisi tutkimusta. Niiden sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiini: Mitä lapsettomuus kriisinä tarkoittaa? Mitä lapsettomuus on kokemuksena?

Tutkimuksien tulokset ovat osoittaneet, että tahatonta lapsettomuutta ei ole helppo hyväksyä. Lapsettomuus kriisissä on nähtävissä surutyön vaiheet. Lapsettomien sosiaalisella ympäristöllä, perheellä ja muilla läheisillä on tärkeä merkitys lapsettomuuden kokemisessa ja siitä selviytymisessä.

ABSTRACT
KEMI-TORNIO POLYTECHNIC
Social Services and Health Care
Degree programme in Nursing
Nurse, internal medicine and surgery
MIRVA PUSSILA
INFERTILITY
Bachelor`s Thesis, 40 pages
Advisors: Pirjo Sonntag and Jaana Stolt
13.10.2010

Keywords: Infertility, infertility treatment, infertility crisis, infertility experience

Involuntary infertility affects many couples. Infertility has been predicted to grow in the future. Most estimates suggest that every fifth couple wanting a child suffers from infertility in some point of their life. Infertility is a growing phenomenon which touches people all over the world. Infertility doesn't know any borders. It affects people of all race, people in different social classes, no matter which part of the world one comes from. Infertility is a very personal problem and a personal grief. Also talking about it can be experienced as a problem. The support of the close ones is very important to people suffering from infertility.

This thesis has been made as a literature review to resolve infertility, infertility as a crisis and experiences relating to infertility. The material has been analyzed with the help of a content analysis. The literature source mainly consist of finnish research and non-fiction literature related to womanhood, infertility and experiencing fertility. I have gotten the literature and the study material through different databases, for examples Linda, Kaisla and Metropolia UAS.

I got 11 different studies to read and five of them got eliminated because their content didn't answer my research questions. The research questions are: What infertility as a crisis means? What is infertility as an experience.

The results have shown that involuntary infertility is not easy to accept. The phases of mourning are seen in infertility crisis. The social environment of people with infertility, their families and other close ones have significant meaning in experiencing infertility and coping with it.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 LAPSETTOMUUS	6
2.1 Lapsettomuuden syistä yleisesti	7
2.2 Lapsettomuuden syitä miehessä	8
2.3 Lapsettomuuden syitä naisessa	9
3 HEDELMÖITYSHOIDOT	11
3.1 Ovulaation induktio- OI eli munarakkulan kypsytyshoito	11
3.2 Inseminaatio- IUI (intrauterine insemination)	12
3.3 Koeputkihedelmöitys- IVF (in vitro fertilisaatio)	12
4 KEINOALKUISEN LISÄÄNTYMISEN ETIIKKA JA VOIMASSA OLEVA LAKI	14
5 HEDELMÖITTYYMISEEN VAIKUTTAVAT ULKOISET ASIAT	17
6 TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
7 KIRJALLISUUSKATSAUS	22
8 AINEISTON KERUU	24
9 AINEISTON ANALYSOINTI	25
10 TULOKSET	26
10.1 Lapsettomuus kriisinä	26
10.2 Surutyön vaiheet	26
10.3 Lapsettomuus ja parisuhde	29
10.4 Tuen merkitys lapsettomuuden kokemisessa	30
10.5 Johtopäätökset	33
11 POHDINTA	35
11.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	37
LÄHTEET	38

1 JOHDANTO

Hedelmällisessä iässä olevista pareista arviolta joka viides kärsii jossain elämänsä vaiheessa tahattomasta lapsettomuudesta. Lapsettomuuden voidaan sanoa lisääntyvän iän myötä. (Koskimies, 2004, 42). Tahattomasta lapsettomuudesta on tiedusteltu muun muassa Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä. Tutkimuksessa kysyttiin, oliko yli 20-vuotiaalla vastaajalla ollut elämässä ajanjaksoja, jolloin hän oli yrittänyt tulla raskaaksi eikä ollut onnistunut lainkaan tai onnistumiseen oli kulunut yli vuosi. Kysymykseen vastasi 4389 naista ja 3733 miestä. Naisista 642 ja miehistä 289 oli kokenut tahatonta lapsettomuutta jossain elämänsä vaiheessa. Kokemukset lapsettomuudesta olivat tavallisimpia 30–54-vuotiailla. (Koponen & Luoto & Hänninen-Nousiainen, 2004, 45.)

Suomessa on arviolta 30 000 paria, joita koskettaa tahaton lapsettomuus. Vuosittain heitä tulee noin 3000 lisää. (Salzer, 1994, 25.) Lapsettomuus on kasvava ilmiö, joka koskettaa ympäri maailmaa. Lapsettomuus ei tunne rajoja. Se koskettaa kaikenrotuisia, eri yhteiskuntaluokkiin kuuluvia ja eri puolilla maapalloa asuvia ihmisiä. Viimeisten kolmenkymmenen vuoden aikana infertiliteettitapaukset eli hedelmättömyystapaukset ovat miltei kolminkertaistuneet, mutta vain harvat ovat tietoisia ongelman laajuudesta. Yhdysvalloissa noin 4,5 miljoonaa paria kärsii lapsettomuudesta, mikä tarkoittaa yhtä kuudesta synnytysikäisestä parista. (Salzer, 1994, 25.)

Opinnäytetyössä selvitetään lapsettomuutta, lapsettomuuden kriisiä ja siihen liittyviä kokemuksia kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuslähteistö koostuu pääosin kotimaisesta naiseutta, lapsettomuutta ja lapsettomuuden kokemista käsittelevästä tutkimus- ja tietokirjallisuudesta.

2 LAPSETTOMUUS

Perheen perustamispäätös lykätään yhä useammin huomattavasti myöhäisempään ikäkautteen kuin naisen hedelmällisimpään aikaan, 19–25 ikävuoden välille. Tahaton lapsettomuus lisääntyykin osittain siksi, että synnyttäjien keski-ikä on noussut aiemmasta. Kypsyys ja puolisoiden hyvät keskinäiset suhteet ovat lastenkasvatuksen kannalta korkeamman iän tuomia etuja, mutta niitä odottaessa hedelmällisyys laskee. (Mäkelä, 2007, 6-7; Salzer, 1994, 25.)

Lapsettomuutta esiintyy 6 %:lla 20–25-vuotiaita, 16 %:lla 30–35-vuotiaita ja 40 %:lla 40–45-vuotiaita. Pariskuntaa pidetään lapsettomana, jos se on yrittänyt tuloksetta saada lasta vuoden ajan. Lapsettomuuden syytä aletaan selvittää jo aiemmin, mikäli nainen on yli 35-vuotias ja hänellä on lantiokipuja tai kuukautisten epäsäännöllisyyttä, voimakkuutta tai poisjääntiä. Esimerkkejä hoidon aikaistamisen syistä ovat myös naisella aikaisempi kohdun ulkopuolinen raskaus, lantion alueen leikkaukset, sukuelinten tulehdukset ja kuukautishäiriöt; miehellä vastaavasti kivesten epätäydellinen laskeutuminen, sukuelinten tulehdukset ja lantion alueen leikkaukset. (Koskimies, 2004, 42; Oinonen, 1998, 12-16.)

YK:n ihmisoikeuksien julistuksen mukaan jokaisella naisella ja miehellä on oikeus perustaa perhe. Näin ollen kaikilla tahattomasti lapsettomilla on oikeus lähteä ongelmansa selvittelyyn. Vihjailut yhteiskunnan varojen väärinkäytöstä voi lapseton pari jättää omaan arvoonsa. Tutkimukset ja hoidot eivät ole parille eivätkä yhteiskunnalle niin kalliita kuin monesti luullaan. Lapsettomat maksavat veronsa siinä missä muutkin, ja näistä suurin osa menee sellaisten palveluiden tuottamiseen, joita he eivät edes itse käytä esimerkiksi päivähoitot ja koulut. Syytä huonoon omaantuntoon ei siis ole, vaikka jouduttaisiin turvautumaan kalliisiin ratkaisuihin, kuten koeputkihedelmöitykseen. Terveystieteiden tutkimusjärjestelmän tulisi kyetä järjestämään jokaiselle lapsettomalle parille parhaat mahdolliset tutkimus- ja hoitomuodot. (Hovatta, 1998, 3-6.)

2.1 Lapsettomuuden syistä yleisesti

Normaalisti hedelmöitys liittyy yhdyntään, jolloin siittiöt pääsevät naisen synnytyselimiin. Yksi miljoonista siittiöistä kohtaa munasolun ja hedelmöittää sen munanjohtimessa. Tämän jälkeen hedelmöittynyt munasolu jakautuu moniksi pikkusoluiksi. Näin muodostunut solurykelmä, alkio, kiinnittyy kohdun seinämään, ja siitä kehittyy sikiö, myöhemmin lapsi. Jos näin ei tapahdu, on kyseessä infertiliteetti. Tämä tarkoittaa lähinnä sitä, että munasolun hedelmöittymistä ei jostain syystä tapahdu. (Havia, 2002, 4-5.)

Lapsettomuutta selittäviä syitä on noin kolmasosa naisessa ja kolmasosa miehessä. Syynä on se, että iän karttuessa sekä miehen että naisen hedelmättömyyttä lisäävien tekijöiden vaikutus kasvaa. Kolmasosalla pareista molemmissa on hedelmällisyyttä alentavia tekijöitä, joiden yhteisvaikutuksen vuoksi raskaus ei ala. (Oinonen, 1998, 13.)

Joka kymmenennen lapsettoman parin hedelmättömyyden syytä ei löydetä perustutkimuksissa. Selittämättömästä lapsettomuudesta voidaan puhua, mikäli raskaus ei ala, vaikka tutkimuksissa todetaan normaali siemenneste, terveet munanjohtimet ja säännöllinen kuukautiskierto, jossa munasolu irtoaa, sekä jos keltarauhanen toimii, kohtu on normaali, munanjohtimet ovat auki ja miehen siemenneste on normaali. Selittämättömän lapsettomuuden esiintyvyys on 5–20 %:n luokkaa. (Oinonen, 1998, 13.)

Vaikka hedelmättömyyden syy ei koskaan selviäisi, hoidot voivat silti tuottaa tulosta (Oinonen, 1998, 13). Tahaton lapsettomuus määritetään yleisesti lääketieteelliseksi ongelmaksi, jota pääasiallisesti hoidetaan lääketieteen keinoin. Lapsettomuuden lääketieteellistyminen johtuu siitä, että biovallan yhtenä toimintajärjestelmänä lääketieteessä ja muissa ihmistieteissä tuotetaan oikeanlaista tietoa todellisuudesta ja inhimillisistä ruumiillisuuksista. Nämä tietovaltajärjestelmät määrittävät sitä, miten se koetaan ja miten sitä pyritään ratkaisemaan. (Malin, 2006, 99.)

Jos toisesta puoliosasta löytyy yksi hedelmättömyyden aiheuttaja, molemmista on silti selvitettävä kaikkien perusasioiden kunto. Alkuvaiheessa tutkimukset voidaan tehdä esimerkiksi terveyskeskuksessa tai gynekologin vastaanotolla, mutta pari lähetetään jatkotutkimuksiin yleensä joko sairaalaan tai lapsettomuuden hoitoon keskittyneisiin yksiköihin.

Mikäli lapsettomuuteen liittyy vakavan perinnöllisen sairauden mahdollisuus, suositellaan käyntiä perinnöllisyysneuvonnassa. (Oinonen, 1998, 13.)

2.2 Lapsettomuuden syitä miehessä

Miehen hedelmällisyyden arvioiminen on helpompaa ja vie vähemmän aikaa, joten hedelmättömyystutkimukset aloitetaan miehestä. Siemennestenäytteestä tutkitaan siittiöiden määrä, liikkuvuus ja laatu sekä todetaan mahdolliset tulehdukset ja vasta-aineet. Lapsettomuus ei yleensä johdu miehestä, jos siittiöt ovat sperma-analyysin mukaan normaalit. (Oinonen, 1998, 13.)

Miehestä johtuva lapsettomuus on yleistynyt kaikkialla maailmassa. 50 vuoden aikana siittiötiheydet ovat laskeneet 120 miljoonasta millilitrasta 60 miljoonaan millilitraan. Yhdeksi tämän aiheuttajaksi on arveltu ympäristön hormonaalisten haitta-aineiden vaikutusta siittiötuotantoon. (Koskimies, 2004, 42.)

Miehistä johtuvat tekijät muodostavat 20–35 % lapsettomuuden syistä. Tavallisin syy on siittiöiden määrän vähyys. Samalla tavataan usein myös siittiöiden liikkuvuuden ja laadun heikkenemistä. Siittiövasta-aineet muodostavat n. 7–10 % tapauksista. Varikoseeleä eli Kiveskohjua tavataan 30–40 %:lla lapsettomista miehistä. Siemensyöksyn häiriöt, kuten anejakulaatio eli siemensyöksyn puuttuminen kokonaan orgasmista huolimatta ja retrogradinen ejakulaatio eli virtsarakkoon menevä siemensyöksy, ovat harvinaisempia syitä. (Koskimies, 2004, 43.)

Miehen siemennesteen heikkoon laatuun voivat vaikuttaa kromosomit, hormonihäiriöt tai aiemmin sairastettu sukuelintulehdus tai muu sairaus tai vamma. Kivesten toimintaa heikentäviä ja siten siittiöiden tuotantoa vähentäviä sairauksia ovat kivistulehdukset, joita esiintyy esimerkiksi tippurin ja klamydian yhteydessä. Niiden lisäksi kiveksiin vaikuttavat haitallisesti eräät lääkkeet, kemikaalit ja sädehoito. Lääkkeistä mainittakoon anaboliset steroidit, joita monet muutoin terveet miehet käyttävät fyysisen suorituskykynsä parantamiseen. Muita hedelmättömyydelle altistavia tekijöitä ovat piilokives, kiveksestä verta tuovan laskimon suonikohju ja muutkin siementiehyitä tukkivat tai ahtauttavat sairaudet ja rasiustilat sekä runsas tupakointi ja alkoholin käyttö. (Palo, 1996, 12-13.)

On myös miehiä, joiden siemennesteessä ei ole lainkaan eläviä siittiöitä. Silloin voidaan tutkia, löytyykö siittiöitä kiveskudoksesta tai lisäkiveksestä, jossa siittiöt kypsyvät. (Koskimies, 2004, 13-16.)

Joskus hedelmättömyyden syynä on sakkautuminen. Siittiöitä on tavallisesti yli 20 miljoonaa millilitrassa. Yhdyntäessä valtaosa siittiöistä hukkuu matkalla emättimen pohjukkaan. Mikäli siittiöt takertuvat kohdun kaulakanavan limaan tai sakkautuvat toisiinsa, siittiöitä ei enää riitä munanjohtimen päähän, jossa hedelmöittyminen normaalisti tapahtuu. Miehen elimistö voi tunnistaa jostakin syystä omat siittiöt vieraisiksi soluiksi ja valmistaa niiden tuhoksi vasta-aineita, jotka aiheuttavat sakkautumisen. (Koskimies, 2004, 13-16.)

Siittiöiden käyttäytymistä naisen lisääntymiselimissä voidaan tutkia juuri ennen munasolun irtoamista postkoitaalikokeessa eli PCT-testissä, joka tehdään 6–12 tuntia yhdynnän jälkeen. Miehen on pidättäydyttävä yhdynnästä 2–5 vuorokautta ennen siemennesteen ottoa. Näyte on säilytettävä lämpimässä ja tutkittava tunnin kuluessa. Kohdunkaulasta otetaan limanäyte ja katsotaan, minkä verran siittiöitä on päässyt kohdunkaulaan asti ja miten hyvin ne liikkuvat. Tarvittaessa otetaan myös irtosolunäyte eli Papa-koe sekä tulehdusnäytteet. (Oinonen, 1998, 15.)

2.3 Lapsettomuuden syitä naisessa

Naisen hedelmällisyyden tutkiminen vie aikaa, koska raskauden alkamiselle välttämätön munasolun irtoaminen eli ovulaatio tapahtuu vain kerran kuukaudessa. Suurin osa tutkimuksista liittyykin ovulaatioon. (Oinonen, 1998, 15-16.)

Naisen hedelmättömyyden syyt pystytään esittämään seuraavanlaisen jaon mukaan: Munasolun kypsymiseen liittyvä häiriö eli ovulaatiohäiriö on tavallisin syy naisella, muodostaen 15–30% kaikista hedelmättömyyttä aiheuttavista tekijöistä. Munanjohtimista johtuvat tekijät muodostavat 10–20% syistä, ja endometrioosia tavataan 5–20 %:lla. Kohtuviat muodostavat 2–5 % syistä, joista tavallisimmat ovat hyvänlaatuiset limakalvopolyypit ja kohdun myoomat. Selittämätöntä lapsettomuutta esiintyy 5–20%:lla. Seksiongelmia tavataan 1–5%:lla. (Koskimies, 2004, 42.)

Munasolun kypsymiseen liittyvä häiriö eli ovulaatiohäiriö on tavallisin hedelmättömyyttä aiheuttavista tekijöistä. Ovulaatiohäiriössä munasolu ei irtoa ollenkaan tai se irtoaa satunnaisesti. Toinen ovulaatioon liittyvä häiriö on keltarauhasen vajaatoiminta, jolloin ovulaation jälkeinen aika jää vajavaiseksi. (Koskimies, 2004, 42.)

Tärkeitä naisen hedelmättömyyden syitä ovat myös munatorvitukokset, jotka aiheuttavat hedelmättömyystapauksista noin kolmasosan. Tällöin munasarjasta irronnut munasolu ei pääse munatorven kautta kohtuun siittiöiden luokse. Sama vaikutus voi olla muillakin munasolun kulkua estävillä tekijöillä, esimerkiksi epämuodostumilla, kasvaimilla ja kiinnikkeillä. Este voi munatorven ohella olla myös kohdussa tai emättimessä. (Palo 1996, 13.)

Noin kolmasosa naisten hedelmättömyystapauksista johtuu hormonaalisista syistä. Tällöin munasolua ei irtoa lainkaan tai kohdun limakalvo ei pysty ottamaan vastaan hedelmöitynyttä munasolua. Noin kymmenesosan hedelmättömyydestä aiheuttavat naisen elimistössä syntyneet siittiöihin kohdistuvat vasta-aineet. (Palo 1996, 13.)

3 HEDELMÖITYSHOIDOT

Suomessa lapsettomiksi jää 10–15 % pareista. Koska kyse on merkittävästä ongelmasta, sen hoitoon on lääketieteessä kehitetty suuri joukko menetelmiä. (Palo 1996, 13.)

3.1 Ovulaation induktio- OI eli munarakkulan kypsytyshoito

Munasolun irtoaminen eli ovulaatio on naisen hedelmällisyyden kannalta keskeinen tapahtuma. Tavallisesti munarakkula kypsyy kaksi viikkoa, minkä jälkeen rakkula puhkeaa ja munasolu irtoaa. Munarakkulan paikalle kehittyy keltarauhanen, joka toimii kaksi viikkoa, jos raskaus ei ala. Keltarauhasen surkastuessa alkaa kuukautisvuoto. Ovulaatio tapahtuu keskimäärin kerran kuukaudessa. Kuukautiskierron aikana hypotalamus, aivolisäke ja munasarjat ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Munasarjat tuottavat kuukautiskierron aikana tärkeitä hormoneja, kuten steroidihormoneihin kuuluvaa estradiolia ja keltarauhashormonia eli progesteronia. Munasarjan tuottamat hormonit säätelevät monimutkaisen palautejärjestelmän avulla hypotalamuksen ja aivolisäkkeen toimintaa. Estradioli ja progesteroni valmistelevat kuukautiskierron aikana kohdun limakalvoa raskautta varten. (Tiitinen, 2006, 6.)

Ennen käytettiin paljon aamulämmön mittausta ovulaatioajan määrittämiseksi. Ovulaation jälkeen peruslämpö nousee 0,3–0,5 astetta, mikä johtuu ovulaation jälkeen tapahtuvasta keltarauhasen erityksestä. Menetelmä ei ole kuitenkaan kovin luotettava: peruslämmön nousu voi olla vähäistä tai se ei nouse ollenkaan ja silti ovulaatio tapahtuu. Lämmön nousu tapahtuu siis ovulaation jälkeen, jolloin sitä ei voida käyttää etukäteen ilmaisemaan ovulaatiohetkeä. Luotettava sen sijaan on apteekissa myytävä LH-ovulaatiotesti, joka kertoo ovulaatiohetken jo ennen sen tapahtumista. Sitä voidaan siis käyttää ennustamaan ovulaatiota ajoitettaessa yhdyntä tai inseminaatiota. (Koskimies, 2004, 34.)

Jos munasolun kypsymistä ja irtoamista (ovulaatiota) ei luonnostaan tapahdu, se pyritään saamaan aikaan lääkehoidolla. Ovulaation induktiossa stimuloidaan hormonilääkityksen avulla munasarjoja tuottamaan yksi munasolu, joka hedelmöittyy yhdynnän jälkeen. Ensimmäisenä lääkkeenä käytetään usein klomifeenisitraattitabletteja. Hoidon seuranta vaatii vähintään yhden ultraäänitutkimuksen. Hoidon onnistumiselle on tärkeää, että yhdyntä

ajoitetaan munasolun irtoamisen ajankohtaan. Ajoituksessa voidaan käyttää apuna LH-testiä. Mikäli ovulaatiota ei saada aikaan klomifeenihoidolla tai raskaus ei ole kierron aikana alkanut, on syytä harkita muita hoitoja. (Tiitinen, 2006, 16.)

3.2 Inseminaatio- IUI (intrauterine insemination)

Inseminaatio voidaan tehdä joko naisen luonnollisen tai hormoneilla stimuloitun kuukautiskierron aikana. Inseminaatiossa voidaan käyttää parin omia tai luovutettuja siittiöitä. Ennen inseminatiota sperma pestään. Pesun tarkoituksena on erottaa parhaiten liikkuvat siittiöt muista. Pestyt siittiöt ruiskutetaan kohtuonteloon (IUI). Inseminatiota käytetään, kun lapsettomuuden syynä on kohdunkaulan limasta tai siittiöstä johtuva tekijä, sekä lievässä siittiövasta-ainetapauksissa ja selittämättömässä lapsettomuudessa. Myös luovutettuja siittiöitä käytettäessä siittiöt viedään kohtuun inseminatiolla. (Tiitinen, 2006, 20.)

3.3 Koeputkihedelmöitys- IVF (in vitro fertilisaatio)

Koeputkihedelmöitys perustuu kahteen oleelliseen seikkaan. Ensimmäinen gonadotropiinihoidolla pystytään stimuloimaan munasarjoja niin, että ne tuottavat hoitosykliä useampia munasoluja kerrallaan. Tavoitteena on, että hedelmöittymisen ja solunjakautumisten jälkeen olisi käytettävissä useampia hyvänlaatuisia alkioita, joista yksi tai kaksi voidaan siirtää kohtuun. Munasolujen keräys tapahtuu käyttämällä ultraääniohjattua punktiota, jossa neula viedään emättimen seinämän läpi suoraan munarakkuloihin. Munarakkulat imetään tyhjiksi, jolloin munasolut saadaan talteen munarakkulanesteen mukana. Toimenpiteen yhteydessä annetaan laskimonsisäinen rauhoittava lääke ja kipulääkitys. (Tiitinen, 2006, 22.)

Keräämisen jälkeen etsitään rakkulanesteestä mikroskoopin avulla kypsät munasolut, jotka siirretään edelleen viljelymaljalle. Maljaa säilytetään kudosisäilytyskaapissa lämpötilaltaan ja happipitoisuudeltaan äidin elimistöä vastaavissa olosuhteissa. Samanaikaisesti valmistellaan ja tutkitaan miehen siemenneste. Parhaiten liikkuvat siittiöt erotellaan laboratoriossa (siemennesteen pesu). Hedelmöitystä varten viljelymaljalle lisätään yleensä 10 000–100 000 siittiötä munasolua kohti. (Tiitinen, 2006). Noin vuorokausi keräyksestä voidaan nähdä, miten monta munasolua on hedelmöittynyt. 48 tuntia myöhemmin hedel-

möittyneet munasolut ovat jo jakautuneet kahdesti ja muodostavat neljäsoluisia alkioita. Yksi tai korkeintaan kaksi alkioita siirretään kohtuun ohuen, pehmeän katettrin avulla. (Tiitinen, 2006, 22.)

Klemetin (2006) tutkimuksen mukaan julkisella sektorilla koeputkihedelmöityshoitojen käytössä ei ollut juurikaan sosiaaliryhmien välisiä eroja. Sen sijaan korkeasti koulutetut käyttivät enemmän yksityissektorin hoitoja. Koeputkihedelmöityshoitojen käyttäjissä oli eniten 30–34-vuotiaita naisia. Noin 13 prosenttia oli 40 vuotta täyttäneitä. Alueelliset erot hoitojen käytössä olivat vähäisiä. Hoitojen onnistuminen väheni ja kustannukset nousivat naisen iän mukaan. Alle 30-vuotiaista 47 prosenttia ja yli 40-vuotiaista 17 prosenttia sai hoidoilla lapsen seurannan aikana. Vaikka koeputkihedelmöitys ja munasarjojen lääkkeellinen induktio ovat yleisiä Suomessa, niiden käytöstä ja terveysvaikutuksista ei tiedetä vielä riittävästi.

4 KEINOALKUISEN LISÄÄNTYMISEN ETIIKKAA JA VOIMASSA OLEVA LAKI

Naisen hoitotyössä työntekijä joutuu miettimään useita hankalia eettisiä ongelmia. Lääketieteellisen teknologian kehittyminen on tehnyt monesta mahdottomasta mahdollisen, esimerkiksi ihmisen lisääntymisen. Lapsettomuuden hoidoissa käytettävät keinoalkuiset lisääntymismenetelmät ovat monissa maissa synnyttäneet oikeudellisia ja eettisiä ongelmia. (Eskola & Hytönen, 2002, 25.)

Suomessa pitkään valmisteilla ollut hedelmöityshoitolaki astui voimaan 1.9.2007. Tässä laissa säädetään sellaisen hedelmöityshoidon antamisesta, jossa ihmisen sukusolu tai alkio viedään naiseen raskauden aikaansaamiseksi. Laissa säädetään myös sukusolujen ja alkioiden luovuttamisesta ja varastoinnista hedelmöityshoitoa varten. Laissa ei säädetä itse hedelmöityshoitomenetelmistä. Lain mukaan hedelmöityshoitoja voidaan antaa avio- ja avopareille sekä naispareille ja itsellisille naisille. Kaikkien sukusolujen ja alkioiden luovuttajien on rekisteröidyttävä. Sijais-synnytyshoidot ovat Suomessa toistaiseksi kielletty. (Finlex, 2008.)

Suurimmalle osalle hedelmöityshoitoja tarvitsevista pareista uudella lailla ei ole suurta käytännön merkitystä. Ennen hoidon aloitusta allekirjoitetaan hoitosuostumus. Hoitosuostumuksessa määritetään hoitomuoto ja ehdot, joilla hoitoa voidaan antaa, ja suostumuksen voimassaoloaika. Uuden lain mukaan lapsen isä on mies, joka parisuhteessa on antanut suostumuksensa hedelmöityshoidon antamiseen. Jos parin hoitoon käytetään luovutettuja siittiöitä, on lapsen isä hoitoon suostumuksensa antanut mies (avo- tai aviomies), ei siittiöiden luovuttaja. (Finlex, 2008.)

Eniten muutoksia tapahtuu luovutetuilla sukusoluilla tai alkioilla tehtävissä hoidoissa. Aikaisemmin luovuttajat olivat enimmäkseen anonyymejä. Nyt uuden lain myötä luovuttajien on annettava henkilötietonsa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ylläpitämään luovutusrekisteriin, josta lapsella on oikeus saada luovuttajan henkilötiedot täytettyään 18 vuotta. Jos mies, joka on luovuttanut siittiöitä naisparille tai itselliselle naiselle, on suostunut siihen, että hänet voidaan vahvistaa syntyneen lapsen isäksi, on myös lapsen äidillä oikeus saada tietää luovuttajan henkilöllisyys. Tieto voidaan tällöin antaa äidille välittömästi lapsen syntymän jälkeen. (Finlex, 2008.)

Palvelujen tarjoaja on lisäksi velvoitettu antamaan neuvontaa syntyvän lapsen biologisen alkuperän mahdollisista vaikutuksista perheenjäsenten keskinäisiin suhteisiin ja siitä, miten mahdollisia ongelmia voidaan ehkäistä tai lievittää. Palvelujen antajan on järjestettävä hoitoa saavalle parille tai naiselle mahdollisuus keskustella näistä kysymyksistä asiantuntijan kanssa. Sukusolujen ja alkioiden varastointiin ja hedelmöityshoidon antamiseen on oltava Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lupa. (Finlex, 2008.)

Nykyisin spermapankki toimii niin, että siittiöitä luovuttamaan tarjoutuvan miehen sperma tarkastetaan. Siittiöitä pitää olla millilitrassa 60 miljoonaa, ja niistä vähintään viidesosan pitää olla hyvin liikkuvia; normaali siittiö liikkuu 1–4 mm minuutissa. Luovuttajien pitää olla terveitä 20–45-vuotiaita miehiä, joiden lähisuvussa ei ole perinnöllisiä sairauksia. Tutkimusten ja näiden kriteerien perusteella vain joka viides halukas kelpaa luovuttajaksi. Luovutuskertoja on kymmenen. Yhden luovuttajan spermaa käytetään enintään viiteen raskauteen. (Palo, 1996, 14-15.)

Spermapankkitoiminta on joutunut julkisen huomion kohteeksi ensisijaisesti siitä syystä, että eräät pankit ovat ryhtyneet keräämään vain äärimmäisen valikoitujen joko tieteellisesti tai taiteellisesti lahjakkaiden miesten spermaa. Kun sitten hyvin kunnianhimoiset naiset ovat halunneet tulla hedelmöitetyksi tällaisella spermalla, on toimintaa pidetty eräänlaisena rodunjalostuksena ja siten epäeettisenä. (Palo, 1996, 14-15.)

Naisen sukupuolisoluja eli munasoluja on voitu käyttää lapsettomuuden hoitoon vasta vuodesta 1983. Silloin syntyi ensimmäinen lapsi, joka oli saanut alkunsa toisen naisen luovuttamasta munasolusta. Munasolu oli koeputkessa hedelmöitetty aviomiehen spermalla ennen kuin se vietiin äidin kohtuun. Myös munasoluja luovuttavan naisen pitää olla terve, ja olisi suotavaa, että niin spermaa luovuttavalla miehellä kuin munasoluja luovuttavalla naisellakin olisi omia lapsia. Ennen munasolun luovutusta nainen saa noin kuukauden kestävän hormonihoidon, jotta hänen munasarjoissaan muodostuisi useita munasoluja. Munasolut joudutaan ottamaan naisen vatsaontelosta ohuen neulan avulla. (Palo, 1996, 14-15.)

Eettisesti näyttää olevan eroa siinä, onko kyseessä aviopuolisoiden yhdessä tekemä päätös ja toiminta heidän omien solujensa yhteen saattamiseksi vai ulkopuolisen lahjoittajan

mukaantulo. Ulkopuolisten solunlahjoittajien osalta ongelmia ovat mm. toimenpiteen merkitys parisuhteelle ja myöhemmin syntyvälle lapselle. (Finlex, 2008.)

5 HEDELMÖITTYMISEEN VAIKUTTAVAT ULKOISET ASIAT

Hedelmöittymiseen voivat vaikuttaa useat ulkoiset asiat. Tupakoinnin lisäksi päihteet sekä lääkkeet vaikuttavat hedelmöittymiseen. Tässä luvussa on tuotu esille muun muassa näiden vaikutuksia hedelmöittymiseen.

Naisella runsas alkoholin käyttö saa aikaan häiriöitä kuukautiskierrossa ja aiheuttaa hormonitasapainon muutoksia. Alkoholin kertakäyttö ei vaikuta aivolisäkehormoneihin (FSH, LH), mutta se voi aikaansaada ohimenevän keltarauhashormonin laskun ja vastavasti estradioli- ja testosteronipitoisuuksien nousun. Miehellä runsas alkoholin käyttö vaikuttaa suoraan kiveksiin heikentämällä kivesten testosteronin tuotantoa ja sitä kautta vähentämällä siittiöiden muodostumista. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Naisella myös tupakointi heikentää kohdun ja munasarjojen verenvirtausta aiheuttaen munasarjojen toiminnan heikkenemistä. Tästä johtuen tupakoiva nainen saa vaihdevuodet keskimäärin 1–2 vuotta aikaisemmin kuin sellainen nainen, joka ei polta. On myös todettu, että tupakointi heikentää hedelmöityshoidossa olevien naisten raskaaksi tulo mahdollisuutta. Tupakalla on haitallisia vaikutuksia munasoluun sekä alkion kiinnittymiseen kohdun limakalvolle. Miehellä tupakka vähentää siittiöiden määrää ja liikkuvuutta sekä heikentää siittiöiden laatua. Miehet, jotka ovat polttaneet paljon ja pitkää, kärsivät myöhemmin erektiohäiriöistä. Tupakointi heikentää lantion alueen hienoverenkiertoa. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Huumausaineiden käyttö ja huumeisiin liittyvät haitat ovat lisääntyneet moninkertaisesti 1990- luvulla. Pitempään jatkunut huumeiden käyttö johtaa yleensä terveydellisiin ja sosiaalisiin seuraamuksiin, jotka ovat käytetystä aineesta riippumatta hyvin samantyyppisiä. Huumeet aiheuttavat sekä miehellä että naisella häiriöitä sukupuolihormonien erityksessä. Miehellä marihuana, heroïini ja metadoni aiheuttavat testosteronitasojen laskua ja siittiöiden tuotannon heikkenemistä. Naisella huumeet aiheuttavat häiriöitä munasolun irtoamisessa. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Äkillinen ja voimakas stressitilanne sekä pidempään jatkunut stressi voivat häiritä naisella ovulaatiota. Miehellä voi siittiöiden tuotanto heikentyä stressin vaikutuksesta. Stressiin vaikuttaa monia hormonaalisia häiriöitä, jotka muuttavat aineenvaihduntaa ja seksuaali-

toimintoja. Pitkittynyt stressi vähentää kivesten ja munasarjojen hormonituotantoa. Lisäksi kilpirauhasten hormonituotanto vähenee ja prolaktiinin erityksessä tapahtuu muutoksia. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Myös lääkkeiden jatkuva käyttö saattaa heikentää naisen raskaaksi tuloa. Haitallisiksi on todettu varsinkin ne tulehduskipulääkkeet, jotka toimivat prostaglandiinien estäjinä. Niitä ovat mm. indometasiini, diklofenaakki, naprokseeni ja piroksikaami. On todettu, että prostaglandiineja tarvitaan normaalissa ovulaatiossa, jossa munarakkula puhkeaa ja munasolu pääsee kulkeutumaan munanjohtimeen. Samaan ryhmään kuuluvat myös uusimmat tulehduskipulääkkeet, ns. koksibit (mm. rofekoksibi ja selokoksibi), jotka myös vaikuttavat munasolun irtoamiseen ja voivat heikentää hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä kohdun limakalvolle. Edellä mainittuihin lääkeryhmiin kuuluvia lääkkeitä on saatavilla sekä käsikauppa- että reseptilääkkeinä. Raskautta suunnitteleva nainen tulisi välttää turhaa tulehduskipulääkkeiden käyttöä. Ovulaation on todettu palautuvan normaaliksi heti lääkkeen lopettamisen jälkeen. Sen sijaan asetyylisalisyylihapon ei ole suurillakaan annoksilla todettu vaikuttavan häiritsevästi ovulaatioon. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Suolistolääke salazopyriini heikentää miehen siittiöiden tuotantoa. Virtsatietulehduslääke nitrofurantoiini ja reumalääke metotreksaatti vaikuttavat heikentävästi siittiöiden muodostumiseen. Verenpainelääkkeistä kalsiumkanavan salpaajat heikentävät siittiöiden kykyä hedelmöittää munasolu. Edellä mainitut lääkkeet voidaan korvata vastaavilla haittaamattomilla lääkkeillä. Antibiooteista tetrasykliinit ja makrolidit vähentävät siittiöiden muodostumista ja niiden liikkuvuutta. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Anabolisten steroidien käyttäjiä ovat ammattimaiset kehonrakentajat, mutta viime aikoina on steroidien käyttö lisääntynyt myös kehonrakennusta harrastavien keskuudessa. Anaboliset steroidit aiheuttavat miehelle testosteronipitoisuuden laskua ja lamauttavat kivesten siittiötuotannon. Muutos usein palautuva, ja siittiöiden muodostus elpyy useimmiten 6–12 kuukauden kuluessa steroidien käytön lopettamisen jälkeen. On kuitenkin valitettavasti monia tapauksia, joissa palautumista ei ole tapahtunut ja mies on jäänyt steriiliksi. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Lihavuuteen liittyvistä terveysriskeistä on puhuttu paljon. Ylipainoisilla naisilla esiintyy myös hedelmällisyyteen liittyviä ongelmia, kuukautis- ja ovulaatiohäiriöitä. Erityisesti vyötärölihavuuteen liittyy hormonaalisia muutoksia, ja sen on todettu olevan haitallisempaa kuin lantiolihavuuden. Hormoonimuutoksista tavallisin on suurentunut LH:n tai insuliinin pitoisuus veressä. Keskeinen tekijä ylipainoisilla naisilla on insuliiniresistenssi, jossa insuliinin vaikutus on heikentynyt ensisijaisesti lihaskudoksessa, maksassa ja rasvakudoksessa. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Ylipainoisen naisen lapsettomuuteen liittyy yleisesti ovulaatiohäiriö. Tilanteen korjaamiseksi on syytä aloittaa laihdutusohjelma. Tähän liitetty liikunta vielä parantaa tuloksia. Jo pelkkä laihduttaminen saa usein aikaan ovulaation normaalin palautumisen. Jo 5–10 % suuruinen pysyvä painon lasku voi auttaa jopa puolta lapsettomista naisista. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Myös lapsettomuuden hoitotulokset ovat ylipainoisilla naisilla huonommat riippumatta lapsettomuuden syystä. Jos ylipainoiselle suunnitellaan hormonihoitoa ajatellen esim. koeputkihedelmöitystä, niin painoa pitäisi pudottaa ennen hoidon aloittamista. Hormonimäärien tarve on yleensä pienempi, raskaustulokset ovat parempia ja alkuraskauden keskenmenot ovat myös vähäisempiä. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Myös miehellä huomattava ylipaino voi vaikuttaa hedelmällisyyteen. Tiedetään, että runsaan rasvakudoksen omaavilla miehillä rasvakudoksesta muodostuva estrogeeni voi jarruttaa siittiöiden tuotantoa. Huomattava ylipaino yhdistyneenä huonoon yleiskuntoon vaikuttaa myös miehellä hormonitasapainoon heikentäen kivesten toimintaa. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Syömishäiriöt ovat länsimaissa selvästi lisääntyneet. Niiden tiedetään myös aiheuttavan hedelmällisyyden laskua. Tavallisimpia ovat häiriöt kuukautiskierrossa ja munasolunkypsymisessä. Äärimmäisestä nälkiintymisestä käytetään nimitystä anoreksia ja pakonomaisesta syömisestä nimitystä bulimia. Yhteistä näistä häiriöistä kärsiville on psyykkisistä syistä johtuva poikkeava suhtautuminen ruokaan ja syömiseen sekä tyytymättömyys omaan kehoon. (Koskimies, 2004, 24-32.)

Jo 10– 15 prosentin menetys normaalia pituutta vastaavasta ruumiinpainosta pienentää kehon rasvavarastoja 33 %. Tällöin alkaa esiintyä kuukautishäiriöitä. Kuukautiset voivat pysyä poissa kokonaan, ellei paino palaudu entiselleen. Anoreksiapotilailla LH:n ja FSH:n erittymiset ovat normaalia pienemmät ja tilanne voi jatkua vielä painon korjaantumisen jälkeenkin, jolloin hormonihoito on aiheellinen ovulaation aikaansaamiseksi. Syömishäiriöiden hoitaminen parantaa ratkaisevasti hedelmällisyyden ja raskauden ennustetta. (Koskimies, 2004, 29.)

6 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuskysymyksillä täsmennetään ja suunnataan työkulkua. Tutkimuskysymysten hahmottelua ei kannata aloittaa liian kaukaa. Syytä olisi pysytellä lähellä tutkimusongelmaa, sillä siitä saa tarvittavat ainekset tutkimuskysymysten tekoon. Kysymyksiä on syytä harkita tarkasti ennen niiden valintaa. Tutkimuskysymyksiä ei tarvitse olla kuin muutama; yksi hyväkin voi riittää. Tutkimuskysymyksiä muotoillessa ja valitessa tutkielmalle annetaan tietynlainen muoto. Näin työlle asetellaan tehtävä ja tavoite. (Pihlaja, 2001, 33-34.)

Tutkimusongelma on pyrittävä tutkimusta tehdessä ilmaisemaan kysymyksen muodossa. Tämä tekee tutkimuksen lähtökohtien tarkentamisen mahdolliseksi ja samalla antaa hyvät edellytykset tarkistaa tutkimuksen kulussa ja lopussa, ollaanko oikeasti vastaamassa tai vastattu siihen kysymykseen, joka tutkimuskysymykseksi on asetettu.

Opinnäytetyössäni keskitytään seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- * Mitä lapsettomuus kriisinä tarkoittaa?
- * Mitä lapsettomuus on kokemuksena?

7 KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jossa kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä. Kirjallisuuskatsauksella voidaan myös perustella ja tarkentaa valittua tutkimuskysymystä sekä tehdä luotettavia yleistyksiä. Kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 37.)

Kirjallisuusaineisto voidaan analysoida karkeasti kahdella tavalla: Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Pääperiaatteen mukaisesti analyysitavaksi valitaan tapa, joka parhaiten tuo vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Laadullisessa tutkimuksessa erityisesti analyysi koetaan vaikeaksi. Vaihtoehtoja on paljon tarjolla eikä tiukkoja sääntöjä ole olemassa. Aineistoon tutustuessaan ja sitä teemoitteessaan tutkija tekee jo alustavia valintoja. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekevät analyysivaiheen mielenkiintoiseksi ja haastavaksi. Yleensä tutkija ei pysty hyödyntämään kaikkea keräämäänsä. Kaikkea materiaalia ei ole myöskään tarpeen analysoida. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara, 2008, 219-220.)

Opinnäytetyössä lapsettomuutta käsittelevän kirjallisuusaineiston lähestymistapana käytetään ymmärtämiseen pyrkivää lähestymistapaa, joka perustuu laadulliseen eli kvalitatiiviseen analyysiin ja päätelmien tekoon. Kirjallisuudesta nostetaan esille tärkeimpiä tutkimuskysymyksiin vastaavia tutkimustuloksia, analyysieja ja pohdintaa. Periaatteena se, että valitaan sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään.

Idea tehdä opinnäytetyö kirjallisuuskatsauksena lähti ohjaajilta. Kirjallisuuskatsaus on koulussamme vielä harvinainen tapa tehdä opinnäytetyötä. Haasteen otin vastaan aluksi epäröiden, mutta asiaa hetken mietittyäni päädyin tekemään opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksena. Pian päätöksen jälkeen aloin perehtyä kirjallisuuskatsauksiin ja etsiä lähteitä työlle. Kirjallisuuskatsaus oli haastava, mutta mielenkiintoinen tapa tehdä opinnäytetyötä.

Tutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena oli tuottaa kirjallisuuskatsauksen avulla tiivistetty kuvaus lapsettomuudesta, sen tuomista kokemuksista ja kriiseistä. Tulevat sairaanhoitajat / terveydenhoitajat sekä alalla työskentelevät voisivat hyötyä tästä tutkimuksesta, jotta osaisivat paremmin suhtautua potilaaseen, joka on kokenut lapsettomuuden. Uusien hoitajien olisi tärkeä tietää lapsettomuudesta, sen tuomista henkisistä vaurioista ja osata kohdatessaan tukea potilasta paremmin, jotta välttyttäisiin ikäviltä väärinkäsityksiltä ja loukkaamisilta. Perusteluna yleistynyt lapsettomuus ja sen kasvu tulevaisuudessa.

Tutkimus on lisäksi kasvattanut ja tukenut tekijän ammatillista kasvua ja kehitystä. Lisäksi auttaa kohtamaan lapsettoman luontevammin ja ymmärtäväisemmin.

8 AINEISTON KERUU

Tutkimuksen tekijä ei voi välttyä kirjallisuuden etsimiseltä ja lukemiselta. Tutkijan on tungittava tutkimusraportteja, artikkeleita, ja muita kirjoja. Kirjallisuus on tärkeä väline tutkielman jäsentämisessä sekä teoriataustan rakentamisessa. Se tutustuttaa tutkimusaiheeseen ja antaa ideoita, näkökulmia ja käsitteitä sekä helpottaa tutkimusongelman rajaamista ja tutkimuskysymysten laadintaa. (Pihlaja, 2001, 49-50)

Tutkimusaineisto on kerätty Kemi-Tornio ammattikorkeakoulun sekä Keminmaan kirjastosta. Työssä on käytetty myös hyväksi eri tietokantoja, kuten Lindaa, Kaislaa ja Metropolia AMK:ta. Googlen kautta on löytynyt viitteitä lapsettomuuteen liittyviin tutkimuksiin. Materiaalin keräyksen helpottamiseksi on saatu apua AMK informaattikko Anitta Örniltä. Lisäksi on saatu suomen- ja englanninkielistä materiaalia Oulun väestöliiton lapsettomuuskeskitykseltä. Soittaessa väestöliiton lapsettomuuskeskitykselle kerrottiin opinnäytetyöstä ja sen aiheesta. Materiaalia saapui postitse, pian yhteydenoton jälkeen.

Aineiston keruussa on käytetty hakusanoina muun muassa lapsettomuus, lapsettomuuskokemuksena, lapsettomuus kriisinä, hedelmöityshoidot. Tutkimuksia hakusanoilla löytyi melko paljon. Haut rajattiin siten, että työt olisivat 2000-luvulla tehtyjä. Rajaus karsi tutkimuksia pois. Tutkimuksista valittiin tuoreimmat ja ne jotka liittyivät aiheeseen parhaiten. Aineistoa etsittiin kirjallisuudesta sekä yliopistojen Pro gradu -tutkielmista. Kirjallisuutta käytettiin työssä, sillä kaikkea lapsettomuuteen liittyvää tietoa ei tutkielmista löytynyt. Opinnäytetyöhön valittiin kuusi tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin.

9 AINEISTON ANALYSOINTI

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Laadullisen aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiä. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 21-22.) Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tutkittavat tekstit voivat olla esimerkiksi kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluita, puheita ja keskusteluita. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Tutkimuksen aiheeksi valittiin lapsettomuus, jonka mukaan alettiin etsiä lähteitä työlle. Ennen lähteiden etsintää tehtiin ajatuskarttoja joihin kerättiin lapsettomuuteen liittyviä asiasanoja. Tämä avasi työn tulevaa sisältöä ja sitä mitä työssä haluttaisiin tuoda esille. Ennen tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtymistä mielessä oli jo tutkimuskysymyksiä lapsettomuuteen liittyvistä kokemuksista. Tutkimukset saatua luettiin kaikki kertaalleen läpi, jonka jälkeen muodostettiin eniten esille nousseiden asioiden perusteella opinnäyte-työlle tutkimuskysymykset. Eniten lähteistä nousi esille lapsettomuuteen liittyvät kokemukset ja niiden aiheuttamat kriisit. Valitut tutkimukset käsittelivät suurimmaksi osaksi lapsettomuuden kokemuksia ja niiden aiheuttamia kriisejä. Rajauksena tutkimuksien etsimisessä käytettiin 2000- luvun töitä. Osa tutkimuksista jätettiin pois, sillä niissä oli käytetty muun muassa eri tieteen näkökulmia kuten lääketieteellisiä näkökulmia tai niiden sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiin. Näin saatiin rajattua työn laajuutta. Jäljelle jääneitä töitä luettiin uudestaan ja näin tutkimuskysymykset täsmentyivät. Työ lähti etene- mään tutkimuksia lukien ja etsien yhtäläisyyksiä. Aineiston analysointi oli mielenkiin- toista, sillä eri tutkijat olivat tutkimuksissaan perehtyneet melko samanlaisiin lapsetto- muuteen liittyviin asioihin. Tutkimuksia käytiin läpi useaan kertaan vertailemalla, mitä toinen tutkija oli saanut tulokseksi vastaavasta aiheesta. Muun muassa töistä nousi esille vuorovaikutuksen tärkeys ja omaisten kohtaaminen lapsettomuustiedon jälkeen. Pääsään- töisesti keskityin vain lapsettomuuskokemuksiin ja lähdin purkamaan tätä kautta tutki- muksia. Tutkimustapa tapana käytin sisällönanalyysiä. Tutkimuksesta sain tiivistetyn ku- van tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusta täydensi lapsettomuuteen liittyvä kirjallisuus.

10 TULOKSET

10.1 Lapsettomuus kriisinä

Lapsettomuus voi olla pitkä kriisivaihe suremisineen. Tunneprosesseille on kuitenkin vaikea löytää alkua tai loppua, koska ulkoiset tapahtumat heittelevät surevaa eteen- ja taaksepäin kriisissä. Lapsettomuus on sekoitus traumaattista kriisiä ja kehityskriisiä. Klassisia surutyön vaiheita on näkyvissä, mutta on hankalaa päättää, milloin menetys on todellisuutta. Nykylääketiede tuntee paljon erilaisia keinoja lapsen saamiseen, vaikka niiden onnistumisen todennäköisyys ei olekaan aina kovin suuri. On arvioitu, että 50–60 % lapsettomista pareista voi nykyaikaisilla keinoilla saada lapsen. (Saario, 1990, 140.)

Niin lapsi kuin lapsettomuuskin saatetaan helposti ottaa koko suvun asiaksi. Lapsettomalla on kuitenkin jo omassa surussaan kyllin; hän kokee pettävänsä puolisonsakin toiveet. Sitten on vielä isovanhemmat ja appivanhemmat, jotka niin odottavat isovanhemmuutta ja tuntuvat ainakin sanattomasti kyselevän, milloin seuraava sukupolvi on odotettavissa. Yksi lapsettomuuden murheista onkin juuri sukupolvien ketjun katkeaminen. Hyvää tarkoittavat neuvot ja lohduttavat ilmauksetkin voivat tuntua sietämättömältä. Nuoripari saattaa käsittää, että vain jälkikasvulla on vanhemmille merkitystä. (Saario, 1990, 139.)

10.2 Surutyön vaiheet

Tulppalan (2002) mukaan monet lapsettomien pariskuntien vanhemmista tekevät omaa surutyötä lapsensa tunteiden tuskien ja lapsenlapsen menettämisen vuoksi. Lapsettomien suhde myös lapsiperheisiin ystäviin tai sukulaisiin voi olla ongelmallinen. Lapsettomien ja lapsiperheiden puheenaiheet eivät välttämättä kohtaa ja keskusteleminen voi olla vaikeaa molemmille. Lapsettomat parit jäävät helposti lapsiperheiden piirin ulkopuolelle.

Tahatonta lapsettomuutta ei ole helppo hyväksyä. Lasten saamisen toive asettuu ihmisen persoonallisuuteen hyvin varhain, ja se on osin biologisesti määrätynyt. Tuon syvän biologisen tarpeen tyydyttämättä jääminen riistää ihmiseltä keskeisen elämäkokemuksen. Lapseton jää myös vaille sitä kokemusta, jonka omien lasten kasvattaminen aikuisiksi an-

taa. Toiveesta luopuminen vaatii surun läpikäymisen. On surtava mielikuvissa eläneet mutta syntymättä jääneet lapset. (Eskola & Hytönen, 2002, 316-317; Palo, 1996, 12.)

Lapsettomuuskriisissä ovat nähtävissä surutyön vaiheet, jotka muistuttavat läheisen omaisen menettämisen tai oman vaikean sairauden aiheuttamia reaktioita. Ensimmäinen vaihe on vaikea hyväksyä lapsettomuutta todeksi. Sitten seuraa reaktiivinen vaihe, johon kuuluu syyllisyyden ja häpeän tunteita, monenlaista pohdintaa ja hyvin tarkkaa paneutumista hoidon lääketieteellisiin yksityiskohtiin. (Eskola & Hytönen, 2002, 316-318.) Hammarlundin (2004, 42.) mukaan surevat huomauttavat usein, että suru kestää liian kauan. Tyhjyydestä, lamaannuksesta, taakasta ja kivusta halutaan eroon. Ne on kuitenkin kestävä. Surutyötä tahdotaan usein nopeuttaa, tilanteen paranemiseen halutaan vaikuttaa eri tavoin ja halutaan hypätä surun yli.

Kun saamme tietää jostakin järkyttävästä asiasta tai kun jotakin hyvin järkyttävää tapahtuu, ensimmäinen reaktiomme voi olla psyykinen sokki. Kokemamme ei tunnu todelta. Vaikka itse olisikin mukana tapahtumassa, se saattaa tuntua elokuvalta. Psykkisessä sokissa on kysymys siitä, että mieleemme suojaa meitä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota se ei pysty ottamaan vastaan eikä kestä. Keskeisin piirre on tapahtuman ennustamattomuus, se tapahtuu yhtäkkiä ilman ennakkovaroitusta eikä siihen pysty etukäteen varautumaan. Psykkisessä sokissa mieli ottaa aikalisän. (Saari, 2003, 42.)

Tiedon saamisen jälkeen tosiasioiden kieltäminen voi aluksi olla lähes välttämätöntä, mutta usein ympäristö tukee ja ylläpitää vääriä toiveita. Kieltämistä kuitenkin tarvitaan, koska lapsettomuus voidaan aluksi kokea haaveiden, suunnitelmien, itsetunnon tai oman seksuaalisuuden menettämisen uhkana. Kieltämisvaihe saattaa merkitä lääketieteellisten tutkimustenkin lykkäämistä. Kiukku voi olla reaktio omaan avuttomuuteen. Joskus aggressio suunnataan sisäänpäin ja tunnetaan syyllisyyttä kaikesta mahdollisesta ja mahdotomasta. Tässä vaiheessa nousevat usein parisuhteen entisetkin kriisinaiheet pintaan. Luopuminen, pakkoriisto, tekee vihaiseksi. Negatiivisia tunteita on vaikeata sietää itsensä tai sallia läheisille. On kuitenkin mahdotonta päästä irti mistään tärkeästä ilman kiukkuja. Kateus lapsen saaneita kohtaan on luonnollista: sehän kertoo vain omasta toiveesta. Kilpailun, vertailun ja huonommuudentunteet tulevat väistämättä mieleen. Mutta onko toiveen toteutuminen onnistumisen merkki? Kertooko lapsen aikaansaaminen vanhemmuuden taidoista tai hyvästä parisuhteesta? (Saario, 1990, 141.)

Reaktiivisessa vaiheessa vaikeat tunteet helposti kohdistetaan myös hoitohenkilökuntaan, jonka on osattava nähdä ne kriisin osana; vaativa ja tyytymätön potilas on itse asiassa tyytymätön omaan itseensä ja lapsettomuuteensa, ei niinkään saamaansa hoitoon. Kärsivällinen kuuntelu ja toistuva tosiasioiden läpikäyminen yhdessä parin kanssa on paras tapa auttaa yli tästä vaiheesta. Pareja on rohkaistava jatkamaan kanssakäymistä niiden ystävien ja sisarusten kanssa, joilla on pieniä lapsia, vaikka tämä herättääkin kiusallisen voimakkaita tunteita. Eristäytyminen vain pitkittää kriisiä. (Eskola & Hytönen, 2002, 317.)

Lapsettomuuden syy vaikuttaa siihen, miten asiaa voi käsitellä. Tuskallisinta on, jos ei löydy selvää fyysistä syytä. Jos vain toisella puolisoilla on ”vikaa”, voi olla vaikeata käydä yhdessä läpi suremiseen joka tapauksessa liittyvää syyllisyyttä ja kiukkuja. Lapsettomuudessa juuri läheisin ihmissuhde muistuttaa surusta. Puolisot saattavat karttaa toisiaan, sukulaisista ja ystävistä puhumattakaan. Välillä voi kokea olevansa yliherkkä kaikelle, mikä liittyy lapsiin ja raskauteen. (Saario, 1990, 143.)

Pettymys lapsen saamisessa liittyy vahvasti oman ruumiin kokemiseen. Lapsettomuuteen ”syyllinen” osapuoli joutuu miettimään suhtautumistaan omaan ruumiiseensa, joka ei toimi toivotulla tavalla. Saattaa olla sietämätöntä olla vankina vihatuissa nahoissaan: ei ole väliä, mitä itselle tapahtuu. Aktiivinen ja passiivinen itsemurhakäyttäytyminen on lähellä. (Saario, 1990, 142.)

Masennus ja suru voivat johtaa eristäytymiseen muista, omasta puolisoistakin. Sureminen voi tuntua fyysisinä tuntemuksina. Useimmilla pareilla on myös ohimeneviä vaikeuksia sukupuolielämässä. Varsinkin suruvaiheessa ajatellaan menetettyjä lapsia persoonina. (Saario, 1990, 141.)

Isometsän (2007) mukaan ahdistuksen tunteella tarkoitetaan sisäistä jännitystä sekä levottomuuden, kauhun ja paniikin tunteita. Ahdistus on pitkälti yhteydessä pelon tunteeseen, mutta ahdistuksessa todellista ulkoista vaaraa ei ole. Häiriöksi ahdistus muuttuu, kun sen on voimakasta ja pitkä kestoista ja rajoittaa sekä psyykkistä että sosiaalista toimintakykyä.

Laaksosen&Heikkilän (2001) mukaan masennuksella on monet kasvot ja lääketieteellisesti erilaisia määritelmiä. Joskus vaikeakin masennus haitallisine liittännäisoireineen voi olla mielekäs ja ihmistä suojaava tila. Masennus voi olla hälytyssignaali, josta käynnistyy sisäinen, pysyvä ja elämän kannalta rakentava muutos. Prosessi vaatii rohkeutta kohdata tunteet, tutkia niitä ja muuttaa omia ajatus-, suhtautumis- ja toimintatapoja. Kubler-Ross&Kessler (2006) korostavat, että on tärkeää ymmärtää, ettei masennus ole merkki mielisairaudesta. Se on luonnollinen reaktio suureen menetykseen.

10.3 Lapsettomuus ja parisuhde

Hedelmättömyys ei ole tappava tauti eikä se myöskään ole näkyvä vamma. Siitä puhutaan harvoin julkisesti eivätkä siitä kärsivät saa kukkia tai muitakaan myötätunnon osoituksia. Se on syvästi henkilökohtainen kokemus, joka ilmenee lapsettomuutena ja purkautuu silloin tällöin kyynelinä. Ei siksi ole ihme, että ani harvat ymmärtävät tämän raastavan ja alati kasvavan ongelman merkityksen. (Salzer, 1994, 21.)

Vastentahtoinen lapsettomuus koskettaa koko ihmisenä olemista ja syvintä tunne-elämää. Tavanomaiset virkistykseen ja voiman lähteet, kuten läheiset ihmissuhteet, ovat uhanalaisia. Se ei voi olla vaikuttamatta seksuaalisuuteen. Sukupuolisuhteesta saattaa unohtua leikkimielinen ja spontaanisuus, kun päätarkoituksena tulee lapsen tehtaileminen. (Sairio, 1990, 143.)

Mäkelän (2007, 15) mukaan tahaton lapsettomuus on näkymätön menetys, joka ei näy ulospäin. Lapsettomuudesta kärsivä pariskunta voi kokea menetyksen monella eritavalla esimerkiksi mielikovalapsen menetyksenä, suvun jatkamisen mahdollisuuden menetyksenä, raskauden, synnytyksen ja imettämisen menetyksenä sekä lastenlasten saamisen menetyksenä. Oinosen (1998) ja Tulppalan (2002) mukaan lapsettomat saattavat käydä läheisten tietämättä läpi pitkää surutyötä, sillä lapsettomuuskriisiä on verrattu lähiomaisen ja perheenjäsenen menetykseen ja sen läpikäymiseen.

Mäkelän (2007, 15-16) tutkimuksessa lapsettomuudella on ollut sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia kaikkien haastateltujen parisuhteeseen. Tutkimuksen mukaan lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen pääasiassa neljällä eri tavalla. Suurin osa vaikutuk-

sista on negatiivisia. Osa lapsettomista kuvaa lisääntyneestä vihan, vihamielisyyden tai mielipahan tunteista puolisoaan kohtaan. Tunteet voivat johtua puolison syyttelystä tai syytetyksi tulemisen tunteesta. Ne voivat johtua myös keskinäisen ymmärtämyksen tai emotionaalisen tuen puuttumisesta tai siitä, että toinen puolisoista ei ole sitoutunut yhtä voimakkaasti lapsen saamiseen kuin toinen. Toiseksi Mäkelän (2007 15-16) mukaan huoli suhteesta on myös läsnä. Jotkut parit pelkäävät puolison hylkäämistä sekä eroa. Kolmanneksi Mäkelän (2007,16) mukaan jotkut lapsettomat ovat kyvyttömiä ilmaisemaan tunteitaan puolisolalle, mikä saattaa lisätä puolisoiden erillisyyden tunnetta. Neljäntenä Mäkelän tutkimuksessa mainitaan lapsettomuuden ainoa positiivinen vaikutus. Se ilmenee parisuhteessa lisääntyneenä läheisyyden tunteena, rakkautena ja tukena.

Mäkelän (2007, 17) mielestä lapsettomuuden myöntäminen ja siitä puhuminen avoimesti jopa ihan lähimmäisille saatetaan kokea useista eri syistä vaikeaksi. Ongelma voidaan haluta toisaalta pitää yksityiselämään kuuluvana tietona, mutta toisaalta asiasta puhumattomuus saatetaan kokea tärkeän asian salailuksi lähimmäisiltä. Kuulan (2003) mielestä itsestä kertomisen avoimuuden ja rehellisyyden tavoite joutuukin usein vastakkain yksityisyyden suojelemisen tarpeen ja esimerkiksi vuorovaikutussuhteen säilyttämisen halun kanssa. Hänen mukaan vuorovaikutuksessa läheisten kanssa on kertomisen ja vaikenemisen lisäksi usein kyse erilaisten eettisten ja moraalisten valintojen tekemisestä, vaikka sitä ei aina tiedostetakaan.

Mäkelän (2007, 18-19) tutkimuksen mukaan lapsettomuudesta puhumattomuuden taustalla voi olla myös muita epävarmuustekijöitä, kuten esimerkiksi erilaisia häpeän ja syyllisyyden tunteita siitä, että pariskunta ei kykene täyttämään sosiaalisen lähiympäristön odotuksia. Syynä voi olla myös lapsettomien omasta tai läheisten ihmisten hyvinvoinnista huolehtiminen, sillä moni saattaa vaikenemisellaan haluta suojella läheisiään surulta.

10.4 Tuen merkitys lapsettomuuden kokemisessa

Omaan itseen liittyvä epävarmuus aiheutuu Mäkelän (2006, 27) mukaan siitä, millaisena yksilö näkee ja kokee oman itsensä. Epävarmuus itsestä voi merkitä esimerkiksi lapsettoman huolta omasta jaksamisestaan sekä lapsettomuudesta selviytymisestä tai vaikeudesta ylläpitää positiivista minäkuvaa. Toiseen henkilöön kohdistuva epävarmuus saattaa

liittyä odotuksiin läheisen viestintäkäyttäytymistä kohtaan. Lapsettomilla saattaa olla erilaisia odotuksia läheisten kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen sekä siihen liittyvään viestintään. Lisäksi epävarmuutta voi aiheuttaa se, miten lapsettomuus vaikuttaa lapsettomien ja läheisten väliseen suhteeseen jatkossa tai lapsettomien parisuhteen tulevaisuuteen. Sosiaalinen tuki on Mikkolan (2006, 24) mukaan se prosessi, jossa näihin erilaisiin tekijöihin liittyvä epävarmuus vähenee. Vuorovaikutus saattaa lisätä surevan hyvinvointia, sillä sureva kokee tulevansa otetuksi vastaan ihmisenä, jos hän saa aitoa myötätuntoa ja huolenpitoa. Vuorovaikutus saattaa kuitenkin aiheuttaa lisää ahdistusta ja stressiä, jos sureva kokee olevansa surun symboli tai kohtaa kylmää ja loukkaavaa käytöstä. (Erjanti & Paunonen-Immonen, 2004, 131-132.)

Mäkelän (2007, 26) mukaan sosiaalista tukea voidaan tarkastella myös saatuna, annettuna tai havaittuna tukena. Saatu tuki tarkoittaa tukea, jota tuen tarvitsija huomaa ja kokee todella saaneensa. Saatu tuki on jollakin tapaa toteutunut vuorovaikutusprosessissa. Annettu tuki kuvaa tuen antajan näkökulmaa tuen välittymisestä. Havaittu tuki taas viittaa tukeen, jota tukea tarvitseva kokee olevan tarvittaessa saatavilla mahdollisilta tukijoilta. Sosiaalinen tuki voidaan määritellä toisten ihmisten tarjoamiksi resursseiksi. Se on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa he antavat ja saavat henkistä, emotionaalista, tiedollista ja toiminnallista sekä aineellista tukea. Sosiaalinen tuki on yhteydessä emotionaaliseen hyvinvointiin ja mielenterveyden positiivisiin ulottuvuuksiin. Sosiaalisen tuen merkitys kasvaa tilanteessa, jossa ihmisen omat voimavarat ovat vähäisiä. (Ruishalme & Saaristo, 2007, 81)

Mäkelän (2007, 28-29) tutkimuksen mukaan lapsettomien sosiaalisella ympäristöllä, perheellä ja muilla läheisillä ihmisillä on tärkeä merkitys lapsettomuuden kokemisessa ja siitä selviytymisessä. Lapsettomien parin hyvinvoinnin kannalta on tärkeää, miten läheiset suhtautuvat lapsettomuuteen ja antavatko he positiivista tukea lapsettomalle läheiselleen vaikeassa elämäntilanteessa.

Mäkelän (2007, 56-57) tutkimuksesta käy ilmi, että lähipiirin reaktiot lapsettomuudesta kertomiseen olivat haastateltujen mukaan vaihdelleet suuresti. Kertomiseen oli suhtauduttu pääasiassa kolmella tavalla. Jotkut läheiset olivat osanneet suhtautua asiaan hyvin, toisten suhtautuminen taas oli ollut pettymys ja aiheuttanut mielipahaa haastatelluille.

Ikävintä suhtautumista asiaan oli haastateltujen mukaan kuitenkin se, jos läheiset eivät olleet reagoineet kertomiseen mitenkään.

Mäkelän (2007, 56-57) tutkimuksen mukaan usean haastatellun vanhemmille tai appivanhemmille lapsettomuus uutinen oli tullut täytenä yllätyksenä ja usein myös järkytyksenä. Suurin osa lapsettomien läheisistä ei olleet haastateltujen mukaan aavistaneet parin ongelmaa. Monille vanhemmista ja appivanhemmista lapsettomuus ja siihen liittyvät tosiasiat olivat olleet tiedollisestikin uusi asia, joita lapsettomien oli täytynyt aluksi heille selvittää. Suurin osa haastateltujen vanhemmista oli ollut murheellisia, huolestuneita ja surullisia oman lapsen puolesta. Kertomisen jälkeen lapsettomien vanhemmat olivat kuitenkin osanneet enimmäkseen suhtautua lapsettomuuteen hyvin. Kaikki haastatellut eivät kuitenkaan olleet saaneet osakseen vanhempien empatiaa ja huolenpitoa. Joidenkin haastateltujen vanhemmat oli suhtautuneet uutiseen neutraalisti tai jotkut jopa hyvin etäisesti.

Mäkelän (2007, 64-65) tutkimuksessa osa haastatelluista oli kokenut hankaliksi negatiivisen emotionaalisen tuen eli joidenkin läheisten asiattomat kommentit tai kysymykset sekä epäasialliset huomautukset tai neuvot. Lisäksi muutamat naiset olivat saaneet osakseen läheisten toistuvia uteluita muun muassa raskauden alkamisesta. Jotkut haastatelluista naisista olivat myös pahoittaneet mielensä läheisten tietämättömistä tai tahdittomista kommenteista. Läheiset olivat esimerkiksi jopa todenneet lapsettomuuden syyksensä, että puoliset eivät sovi toisilleen tai että he voisivat saada toisen kumppanin kanssa lapsen. Joku läheinen oli myös arvellut, että parin lapsettomuus on merkki siitä, että he eivät ehkä ansaitsekaan lasta.

Tuomisen (2004, 35) ja Mäkelän (2007, 28-29) tutkimusten mukaan lapsettomuudesta kärsiville sosiaalisen tuen saaminen on erityisen tärkeää ja merkittävää. Sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jolla pyritään saamaan aikaan positiivinen vaikutus perheen hyvinvointiin. Tuominen (2004) korostaa myös, että lapsettomat tukeutuvat helpommin puolison ja läheisten tukeen kuin ammatti-ihmisiin. Sosiaalisella ympäristöllä, läheisillä sukulaisilla ja ystävillä on tärkeä merkitys lapsettomuuden kokemisessa.

Vaikeat tunteet menevät vähitellen ohi, jos niistä pystytään keskustelemaan tutkimusten ja hoitojen ohessa. Täysipainoinen onnellinen elämä alkaa tuntua mahdolliselta myös ilman omaa lasta. Jokaisella on vaihtoehtoisia tapoja elämäntehtävänsä täyttämiseksi. Osa

lapsettomuustutkimuksiin tulevista pareista joutuu aina hyväksymään lapsettomaksi jäämisen. Tässä hoitohenkilökunnan ymmärtävä tuki on heille korvaamaton. (Eskola & Hytönen, 2002, 317.)

Oma lapsi on tärkeä, mutta on muitakin vanhemmuuden toteuttamistapoja. Kukaan ei voi saada kaikkea. Elämällä on erilaisia tarkoituksia, onneksi. Surun synkimpinä hetkinä ei kuitenkaan mikään muu merkitse mitään. Pimeä hiljaisuus ja raastava tuska on saatava pitää. Ulkopuolisilla ei ole oikeutta katkaista sitä ennaikaisesti. (Sairio, 1990, 143.)

10.5 Johtopäätökset

Lapsettomuus on melko yleistä, sillä useiden arvioiden mukaan joka viides pari kokee lapsettomuuden jossain elämänsä vaiheessa. Lapsettomuus on kasvava ilmiö, joka koskettaa ihmisiä ympäri maailmaa. Lapsettomuus ei ole tappava tauti eikä se myöskään ole näkyvä vamma. Siitä puhutaan harvoin julkisesti. Lapsettomuus on syvästi henkilökohtainen kokemus, eikä sen tuomaa raastavaa tuskaa voi tietää, ellei ole omakohtaista kokemusta asiasta. Lapsettomat jäävät helposti lapsiperheiden piiriin ulkopuolelle. Tieto lähimmäisen, ystävän tai sukulaisen raskaudesta avaa lapsettomuuden haavat auki aina uudelleen ja uudelleen. Toisen ilo voi olla toisen suru.

Tahaton lapsettomuus on vaikea hyväksyä. Lapsen saamisen toive asettuu ihmisen persoonallisuuteen hyvin varhain, ja se on osin biologisesti määräytynyt. Tämän syvän biologisen tarpeen vaille jääminen riistää ihmiseltä keskeisen elämäkokemuksen. Toiveesta luopuminen vaatii surun läpikäymisen. Lapsettomuuskriisissä on nähtävissä surutyönvaiheet, jotka muistuttavat läheisen omaisen menettämisen. Varsinkin suruvaiheessa ajatellaan menetettyjä lapsia persoonina. Lapsettomuuskriisi on sekoitus traumaattista kriisiä ja kehityskriisiä.

Kriisi on ahdistuksen kokemus. Ahdistuksen taustalla on perustunteita kuten surua, pelkoa, suuttumusta. Tunnekokemukseen liittyy ajatuksia ja muistikuvia sekä odotuksia. Kriisin kuluessa usko selviytymiseen on välillä vähissä. Kriisissä ihmisten käyttäytymisessä voidaan samankaltaisia piirteitä. Alkuvaiheessa lapsettomuuden tiedon saannin jäl-

keen voi itkeä ahdistusta, paeta, suojella toisia. Jotkut toimivat, toiset voivat lamaantua. Ihmisen toimintakyky heikkenee yleensä kriisissä. Voi ilmetä poissaolevuutta ja saamatomuutta. Jotkut pitävät lapsettomuutensa omana tietonaan ja jotkut haluaisivat kertoa tarinansa yhä uudelleen, jos joku vain haluaisi kuunnella.

Lapsettomuudesta kärsiville sosiaalisen tuen saaminen on erityisen tärkeää ja merkittävää. Lapsettomat tukeutuvat enimmäkseen puolisoon, mutta toivovat lisäksi tukea läheisiltä enemmän kuin ammatti-ihmisiltä. Sosiaalisella ympäristöllä, läheisillä, sukulaisilla ja ystävillä on tärkeä merkitys lapsettomuuden kokemisessa.

11 POHDINTA

Työ lähti etenemään syksyllä 2008, kun opinnäytetyön aihe selkiintyi. Aihe kypsyi vuoden ajan. Materiaalin kerääminen alkoi elokuussa 2009 ja samana syksynä esiteltiin tutkimussuunnitelma. Työn muoto on vaihtunut matkan varrella muutaman kerran. Projektityönä tuotettava kansio lapsettomuudesta vaihtui keväällä 2010 kirjallisuuskatsaukseksi. Turhauttavalta tuntui poistaa kirjoitettua tekstiä, joka ei sopinut kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli minulle aivan uusi haaste. Kirjallisuuskatsauksen idean sisäistäminen vaati kovasti ponnisteluja. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut kovasti aikaa ja kärsivällisyyttä.

Tutkimuksia lukiessa päällimmäisenä nousi esille lapsettomuuden kokemukset ja niiden aiheuttamat kriisit. Vaikka hieman eroavaisuuksia löytyi esimerkiksi osa ihmisistä puhuu asioista ja osa ei. Kaikilla lapsettomilla suurin piirtein samanlaiset lapsettomuuskokemukset, niin tuore kuin vanhakin kirjallisuus- ja tutkimusaineisto huomioiden. Biologisen lapsen saannin mahdottomuus aiheuttaa omaa surua ja useat kokevat täten pettävänsä puolisonsakin toiveet, isovanhempien ja appivanhempien toiveista puhumattakaan. Yksi lapsettomuuden murheista onkin sukupolvien ketjun katkeaminen. Naiset kokevat lapsettomuuden lastenlastensaannin lisäksi raskauden, synnytyksen ja imetyksen menetyksenä.

Tutkimuksista kävi ilmi, että lapsettomuus on vaikuttanut parisuhteisiin negatiivisesti ja positiivisesti. Mäkelän (2007) tutkimuksen mukaan lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen neljällä tavalla. Osa lapsettomista kokee vihan, vihamielisyyden tai mielipahan tunteita puolisoaan kohtaan. Näiden tunteiden on ajateltu johtuvan puolison syyttelystä tai syytetyksi tulemisen tunteesta. Toiset pelkäävät menettävänsä puolisonsa lapsettomuuden vuoksi. Kolmas ryhmä on niitä, jotka ovat kyvyttömiä kertomaan tunteistaan puolisolleen, mikä voi lisätä puolisoiden erillisyyden tunnetta. Neljäntenä tulee ryhmä, jotka kokevat lapsettomuuden vaikuttaneen positiivisesti parisuhteeseensa: tutkimusten mukaan positiivinen vaikutus ilmenee parisuhteessa lisääntyneenä läheisyyden tunteena, rakkautena ja puolison tukena.

Tutkimusten mukaan lapsettomuudesta puhuminen lähipiirissä jakoi mielipiteitä. Osa oli ehdottomasti puhumisen kannalla jo senkin takia, jotta välttyttäisiin hankalilta tilanteilta, esimerkiksi perheenlisäykselyiltä. Osa koki asian kuuluvan vain puolisoiden ja van-

hempien välille. Puhumattomuuden taustalla saattoi olla erilaisten syyllisyyden tunteiden ja häpeän tunteen lisäksi se, ettei pariskunta kykene täyttämään sosiaalisen lähiympäristön odotuksia. Jotkut kokivat suojelevansa lähimmäisiään surulta vaietessaan lapsettomuudesta.

Opinnäytetyötä tehdessä heräsi uusia haasteita ja tutkimuskysymyksiä mieleeni. Tässä opinnäytetyössä lapsettomuushoidot käytiin pintaa raapaisemalla läpi, joten pelkästään lapsettomuushoidoista saisi laajankin työn. Määrällisenä tutkimuksena voisi tehdä esimerkiksi työn, kuinka moni on lapsettomuushoitojen kautta tullut raskaaksi ja mitä hoitoja on saanut. Vaihtoehtoinen vanhemmuus olisi myös mielenkiintoinen tutkimuksen aihe, joka keskittyisi adoptioon tai/ja sijais- ja tukiperheisiin.

Opinnäytetyötä tehdessä ajatukset kulkivat laidasta laitaan, samoin tunteet. Välillä raivosutti, välillä itketti, välillä jopa hymyilytti. Väsymyksen välillä yllätti. Tässä vaiheessa olo on muuttunut jo siihen, että olisipa mielenkiintoista aloittaa jokin toinen vastaava työ.

Lapsettomuus kokemuksena ja kriisinä oli aiheena kovin raskas. Ihmisten kokemukset olivat osin rankkaa luettavaa. Tämän opinnäytetyön tekeminen vahvisti entisestään sitä, etteivät kaikki asiat ole aina itsestäänselvyksiä.

Lapsettomuus – mikä on sen tarkoitus, jos kaikella on tarkoituksensa.

11.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tiedonhakuun on käytetty virallisia tietokantoja. Työtä voi pitää luotettavana ja eettisenä, koska se käsittelee asiaa tutkimuskysymysten näkökulmasta puolueettomasti ja monipuolisesti. Hirsjärven (2008) mukaan myös kappalejaon loogisuus ja mielekkäät otsikoinnit vaikuttavat tekstin kiinnostavuuteen. Myös ulkoasuun liittyvät asiat, sanavalinnat ja kieliasu sekä tekstin selvyys vaikuttavat oleellisesti tekstin luotettavuuteen ja ymmärrettävyyteen.

Tutkimuksen tekeminen kietoutuu monella tavalla tutkimusetiikkaan eli hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Se kulkee mukana tutkimuksen ideointivaiheesta tutkimuksen esittämiseen saakka Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkija osoittaa tehdyllä tutkimuksellaan sekä tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimustulosten on myös täytettävä tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset. Tutkimuksen on siten tuotettava uutta tietoa tai esitettävä, miten vanhaa tietoa voidaan hyödyntää tai yhdistellä uudella tavalla. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkijan on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. (Vilkkä, 2005, 29-30.) Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat täysin yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. (Sarajärvi & Tuomi, 2009, 132-133.)

Tutkimukseen käytetyt lähteet ovat hankittu virallisia tietokantoja käyttäen ja näin saatu materiaaliksi luotettavaa lähteistöä. Työssä ei ole käytetty epävirallisia lähteitä joiden luotettavuutta ei ole tarkastettu. Luotettavuutta lisää asioiden toistuvuus eri kirjallisuuksissa. Internetin tuomaan tietoon en ole tutkimuksessa juurikaan luottanut, sillä tekstin luotettavuudesta ei ole takeita. Tutkimuksessa käytetty tuoreita lähteitä, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta.

Tutkimuksen ulkoasu on tehty kirjallisen työn ohjeen mukaan joka tukee työn luotettavuutta. Tutkimuksessa ei tuoda julki tutkimuksiin osallistuneita henkilöitä.

LÄHTEET

- Erjanti, Helena & Paunonen- Immonen, Marita 2004. Suru ja surevat, surevien hoitotyön perusteet
- Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. WSOY, Helsinki.
- Finlex. Valtion säädöstietopankki. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2008/20080156>. luettu 25.2.2010
- Hammarlund, Claes-Otto 2004. Kriisikeskustelu. Tietosanoma Oy, Helsinki
- Hartikainen, Anna-Liisa & Tumivaara, Leena & Puistola, Ulla & Lang, Leena 1995. Koko Nainen. WSOY, Porvoo.
- Havia, Jarmo 2002. Hedelmöityshoidot. OY Organon Ab, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.
- Hovatta, Outi & Niemi Mikko 1987. Saisimmepä lapsen. Weilin+Göös, Espoo.
- Isometsä, Erkki 2007. Paniikkihäiriö. Duodecim, Jyväskylä.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Järvi, Ulla 2007. Syntymätön. Kirjapaja, Helsinki.
- Kaipainen, Sanna 2000. Tahaton lapsettomuus tarinana. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Klemetti, Reija 2006. The Use of Assisted Fertilization in Finland: Health Effects and Equity. STAKES Research Report 158. Helsinki
- Koponen, Päivikki & Luoto, Riitta & Hänninen-Nousiainen, Päivi 2004. Lisääntymisterveys Suomessa, Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Koskimies, Jorma 2004. Hedelmällinen rakkaus- toiveena lapsi. Tammi, Helsinki.
- Kubler-Ross, Elisabeth & Kessler, David 2006. On Grief and Grieving. Basam Books oy.

- Kuula, Kati 2003. Itsestä kertomisen etiikkaa. Jyväskylän yliopisto. Puheviestinnän. Pro gradu -tutkielma
- Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1). 37.
- Laaksonen, Ritva & Heikkilä, Liisa 2001. *Matka masennuksesta minuuteen*. Kirjapaja Oy. Helsinki.
- Lapsettomuus.com-internetsivusto. <http://www.lapsettomuus.com/Hoitojenjalkeen/Adoptio/index.asp>. luettu 24.2.2010
- Leino- Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY, Porvoo
Lisääntymisterveys Suomessa, terveys 2000-tutkimus. Hakapaino Oy, Helsinki
- Malin, Maili 2006. *Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa*. Gummerus kirjapaino Oy.
- Mikkola, Leena 2006. *Tuen merkitys potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa*. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence=1>. 22.7.2010
- Mäkelä, Johanna 2007. *Lapsettomuudesta puhuminen ja tuen saaminen läheisiltä*. Tampereen yliopisto. Puheopin laitos. Puheviestinnän Pro gradu -tutkielma
- Oinonen, Tuuli 1998. *Pitkä odotus, kokemuksia lapsettomuudesta*. Tammi, Helsinki .
- Palo, Jorma 1996. *Arjen etiikkaa, sängyssä vai kylppärissä*. WSOY, Porvoo.
- Pihlaja, Juhani 2001. *Tutkielmaa tekemään*. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Ruishalme, Outi & Saaristo, Liisa 2007. *Elämä satuttaa, kriisit ja niistä selviytyminen*. Tammi, Helsinki.
- Saari, Salli 2003. *Kuin salama kirkkaalta taivaalta*. Otava, Keuruu.
- Saario, Pirre 1990. *Haikara lentää ohi*. Kirjapaja, Helsinki.
- Salzer, Linda P. 1994. *Lapsettomuus kriisinä*. Otava, Helsinki.
- Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki.
- Sylva Ry, 2005. *Lapseni on kuollut - jäi jälkeen kaipuu, jäi sanaton suru*. Sylva Ry, Helsinki.

Tiitinen, Aila 2006. Hedelmöityshoidot. Oy Organon Ab, Helsinki.

Tulppala, Maija 2002. Lapsettomuuden tuska. Duodecim, Helsinki.

Tuominen, Anu 2004. Se, et joku kuuntelee..., Lapsettomien perheiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Tammi, Helsinki.