



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KIERTOTIETÄ PERHEEKSI

Potilasopas adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta

TEKIJÄT: Sanna-Kaisa Nissinen
Aija Pitkänen
TK11S

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Sanna-Kaisa Nissinen ja Aija Pitkänen	
Työn nimi Kiertotietä perheeksi – potilasopas adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta	
Päiväys	29.3.2017
Sivumäärä/Liitteet	43/1
Ohjaaja Sari Husso, lehtori	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS), Naisten poliklinikka 3304	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä projektina, jonka tilaajana toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) naisten poliklinikka. Projektin tarkoituksena oli suunnitella ja valmistaa potilasopas vaihtoehtoisista vanhemmuuden mahdollisuuksista pareille, joiden lapsettomuushoidot olivat päättyneet tuloksettomina. Potilasopasta on tarkoitus jakaa naisten poliklinikan asiakkaille lapsettomuushoidon aikana tai niiden jälkeen. Potilasoppaan tarkoituksena on antaa perustietoa vaihtoehtoisesta vanhemmuudesta ja ohjata pariskuntaa hakemaan lisätietoa oppaassa mainituista lähteistä. Tällä hetkellä tästä aiheesta ei ole potilasopasta KYSillä tarjolla.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosassa perehdyttiin ensin lapsettomuuteen ja sen syihin. Tämän jälkeen käsiteltiin vaihtoehtoisia vanhemmuuden reittejä: adoptiota ja sijaisvanhemmuutta. Lopuksi selvitettiin laadukasta potilasohjausta ja hyvän potilasohjeen kriteereitä.</p> <p>Lapsettomuudella tarkoitetaan sitä, ettei raskaus ole alkanut vuoden aktiivisen yrittämisen jälkeen. Lapsettomuus voi johtua eri syistä, kuten esimerkiksi sairaudesta tai elämäntavoista. Lapsettomuushoidoista ei aina ole apua eikä pariskunta kykene saamaan omaa biologista lasta. Tällöin on olemassa muita vaihtoehtoja vanhemmuuteen, kuten adoptio tai sijaisvanhemmuus.</p> <p>Adoptiotoiminnan kautta perheet voivat saada lapsen kotimaasta tai ulkomailta. Adoptioprosessi aloitetaan adoptioneuvonnalla ja kokonaisuudessaan adoptioprosessi voi kestää n. 5 vuotta. Adoptiolla luodaan purkamaton suhde lapsen ja vanhemman välille. Adoptiolapsella on sama oikeudellinen asema kuin biologisella lapsella. Toinen mahdollisuus vanhemmuuteen on toimiminen tuki- tai sijaisperheenä huostaan otetulle lapselle. Sijaisperheessä lapsesta pidetään huolta ja hänelle luodaan turvallinen kasvuympäristö. Lapsen sijoittaminen on lastensuojelullinen toimenpide, joka on laissa tarkkaan säädelty. Sijoittaminen voi olla lyhyt- tai pitkäaikainen toimenpide.</p>	
Avainsanat Kehittämistyö, potilasohje, lapsettomuus, adoptio, sijaisvanhemmuus, sijaishuolto	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Authors Sanna-Kaisa Nissinen and Aija Pitkänen			
Title of Thesis A detour into a family - patient guide to adoption and foster parenting			
Date	29.3.2017	Pages/Appendices	43/1
Supervisor Sari Husso, lecturer			
Client Organisation /Partners Kuopio University hospital, Women´s Outpatient Clinic 3304			
<p>Abstract</p> <p>This thesis was carried out as a project, which was ordered by Women´s Outpatient Clinic of Kuopio University Hospital. The purpose of this project was to develop and produce a written patient guidance which could be given to couples who could not have a child of their own after infertility treatments.</p> <p>The purpose of this patient information brochure was to give information to childless couples of alternative ways to parenthood. The need for that kind of information came from the women´s clinic because they did not have any written information for couples about adoption or foster parenthood. The theoretical background of this project was written based on the literature of childlessness, adoption and foster care and foster parenthood and patient guidance.</p> <p>Infertility means that pregnancy does not begin after one year of trying to get pregnant. Infertility could be due to different reasons, like example disease or lifestyles. When infertility treatments do not help to get an own biological child there are other alternatives to parenthood. One alternative way to parenthood is adoption. A child could be adopted from home land or from abroad. The process of adoption begins by adoption counseling which may last for many years. In adoption a couple formally becomes the guardian of a child and incurs the rights and responsibilities of a parent. The adopted child has all the same legal rights as any biological child would have.</p> <p><i>Another</i> alternative journey to parenthood is to become a foster parent for a child who is taken into custody. Foster care is intended to provide a temporary home and safe living arrangements for children whose biological parents are unable to provide adequate care. There are laws that regulate the actions regarding the process of taking someone into custody and foster care. The need for foster care could be a short or prolonged action.</p>			
Keywords Patient guide, infertility, adoption, Foster care, foster parent			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	LAPSETTOMUUDEN SYYT JA SEN HOITOKEINOT	6
2.1	Lapsettomuuden syyt	6
2.1.1	Naisesta johtuvat lapsettomuuden syyt.....	8
2.1.2	Miehestä johtuvat lapsettomuuden syyt.....	9
2.2	Lapsettomuusprosessi	9
2.3	Lapsettomuushoidot.....	10
2.3.1	Leikkaushoidot.....	11
2.3.2	Ovulaatiohäiriöiden hoito	11
2.3.3	Hedelmöityshoidot (inseminaatio, IVF, ICSI)	11
2.4	Lapsettomuuskriisi	12
3	ADOPTIO VAIHTOEHTONA PERHEEN TÄYDENTÄMISEEN.....	14
3.1	Adoptioprosessi	15
3.2	Adoption kriteerit	17
3.3	Adoption järjestävät tahot	17
4	SIJAISHUOLTO.....	19
4.1	Sijoitusprosessi	20
4.2	Sijaisvanhemmuus	21
4.3	Sijoitettava lapsi	22
5	POTILASOHJAUS	24
5.1	Kirjallinen potilasohje	24
6	OPINNÄYTETYÖ KEHITTÄMISTYÖNÄ	26
6.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	26
6.2	Opinnäytetyön ideointi, suunnittelu ja toteutus	27
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN JA POTILASOPPAAN ARVIOINTI	29
7.1	Potilasoppaan kokoaminen ja arviointi	29
8	POHDINTA.....	32
8.1	Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys	33
8.2	Jatkotutkimus ja kehittämisideat	33
	LÄHTEET	34
	LIITE 1: KIERTOTIETÄ PERHEEKSI – POTILASOPAS.....	40

1 JOHDANTO

Noin joka kuudes hedelmällisessä iässä oleva suomalaispari kärsii tahattomasta lapsettomuudesta jossakin vaiheessa. Lapsettomuudesta puhutaan, kun ehkäisy on jätetty pois ja raskautta on yritetty aktiivisesti yli vuoden ajan (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 180). Lapsettomuutta voidaan kuitenkin hoitaa monin keinoin ja 80 %:lla pareista hoidon tulokset ovat erinomaisia. Tutkimusten jälkeen pariskunnalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoito valitaan lapsettomuuteen johtavien syiden sekä parin oman tilanteen ja päätöksen mukaan. (Väestöliitto 2015.)

Kun pariskunta ei saa yhteistä lasta lapsettomuushoidoista huolimatta, adoptio tai sijaisvanhemmuus voi olla hyvä vaihtoehto perheen täydentämiseksi. Opinnäytetyömme on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on tuottaa adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta kertova potilasopas. Potilasopas on tarkoitus antaa Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) naisten poliklinikalla lapsettomuushoidoissa käyville pareille, jotka eivät hoidoista huolimatta saa lasta tai haluavat miettiä muita vaihtoehtoja ennen hoitoprosessia tai sen aikana. Lisäksi potilasoppaan on tarkoitus toimia potilasohjauksen välineenä haastavassa ja herkässä tilanteessa KYSin lapsettomuustiimille. Potilasopas tulee tarpeeseen, sillä tällä hetkellä KYSissä ei ole vastaavaa opasta adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta.

Adoptiossa tavoitellaan aina lapsen etua. Adoptio voi olla kotimainen tai ulkomainen. Adoptiota säätelee Suomen lainsäädäntö (adoptiolaki 22/2012), kansainvälisissä adoptioissa lapsen syntymämaan lainsäädäntö sekä YK:n lasten oikeuksien sopimus (1989) ja Haagin sopimus (1993). Lainsäädännön ja sopimusten tarkoituksena on varmistaa juuri lapsen etujen toteutuminen. Adoptiossa tärkeää on löytää lapselle turvallinen ja pysyvä koti. Adoptio luo purkamattoman suhteen adoptoidun ja adoptiovanhempien välille. Adoptiolapsella tai nuorella on perheessä yhtäläinen oikeudellinen asema kuin biologisella lapsella. (Pelastakaa lapset ry 2015a.)

Vuonna 2015 Tilastokeskuksen mukaan Suomessa tehtiin 407 adoptointia. Kotimaisia adoptioita oli 284. Adoptoiduista suurin osa oli pieniä lapsia ja alle 5-vuotiaita 236. Ulkomaisia adoptointeja 123, ulkomaista adoptoidut lapset olivat lähes aina alle 10-vuotiaita. Ulkomaista Suomeen adoptoitiin lapsia eniten Etelä-Afrikasta (34), Kiinasta (26) ja Thaimaasta (20). Ulkomaisissa adoptioissa adoptoijina oli kaksi vanhempaa 75 prosentissa tapauksista. Myös Suomessa syntyneiden lasten adoptioissa adoptoijina oli kaksi vanhempaa vajaassa kolmasosassa. (Tilastokeskus 2016.) Nämä kahden vanhemman adoptiota hakevat perheet ovat potilasoppaamme kohderyhmää.

Vuonna 2015 kodin ulkopuolelle sijoitettuna lapsia ja nuoria oli 17 664, joista yli puolet oli sijoitettuna sijaisperheisiin (THL 2017). Kaikki lapset eivät voi syystä tai toisesta asua biologisten vanhempiensa kanssa. Tällöin lapsi voidaan sijoittaa sijaisperheeseen, jossa lapsesta pidetään huolta ja hänellä turvallinen kasvuympäristö. Sijaisperheelle ei ole tiettyjä taustavaatimuksia, sillä heidät perehdytetään tehtävänsä huolellisesti. Sijaisvanhemmilta vaaditaan halua ja kykyä hoitaa lasta tai nuorta perheensä jäsenenä tukien samalla mahdollista lapsen tai nuoren yhteydenpitoa biologisiin vanhempiinsa. (Pelastakaa lapset ry 2015a.)

2 LAPSETTOMUUDEN SYYT JA SEN HOITOKEINOT

Lapsettomuus tarkoittaa sitä, että raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa ehkäisyn poisjättämisestä heteroparilla, jolla on ollut säännöllisesti yhdyntöjä. Vuoden kuluessa ehkäisyn poisjättämisestä raskaus alkaa 80–85 %:lla pareista yhden vuoden kuluessa. Vielä tämänkin jälkeen puolet pariskunnista tulee raskaaksi seuraavan vuoden kuluessa ilman lapsettomuushoitoja. Tahattomasta lapsettomuudesta on arvioitu kärsivät jossain elämänsä vaiheessa jopa 15 % kaikista heteropareista. Monet lapsettomuudesta kärsineistä pareista saavat myöhemmin lapsen joko ilman lapsettomuushoitoja tai niiden avulla. (Tiitinen 2015a.)

Lapsettomuus voi olla tahallista tai tahatonta. Tahallinen lapsettomuus tarkoittaa sitä, että lapsettomuus on tietoisesti valittu. Pariskunta tai henkilö on tehnyt tietoisin päätöksen, ettei halua lapsia. Tahaton lapsettomuus tarkoittaa sitä, ettei pariskunta ole tullut raskaaksi ehkäisyn lopettamisen ja yli vuoden aktiivisen yrittämisen jälkeen. (Ihme ja Rainto 2014, 152.)

Tahaton lapsettomuus jaetaan kahteen kategoriaan, primaariin ja sekundaariin lapsettomuuteen. Primaari eli ensisijainen lapsettomuus tarkoittaa sitä, ettei naisella ole ollut aikaisempaa raskautta. Sekundaari eli toissijainen lapsettomuus tarkoittaa sitä, että naisella on ollut aiempia raskauksia. Myös silloin, kun raskaus on päättynyt keskenmenoon tai on ollut kohdun ulkopuolinen raskaus, lapsettomuus luokitellaan sekundaariseksi. Sekundaarista lapsettomuutta on myös se, jos nainen on synnyttänyt lapsia, mutta ei onnistu tulemaan raskaaksi enää uudelleen tai raskaaksi tuleminen ei ole helppoa. (Ihme ja Rainto 2014, 152; Ketonen 2012, 613.)

Lapsettomuus koskettaa parisuhteessa kumpaakin osapuolta, ja tämän vuoksi tukea ja hoitoja tarjotaan molemmille. Koska lapsettomuus on parin yhteinen ongelma, aloitetaan lapsettomuustutkimukset samaan aikaan kummallekin. (Ihme ja Rainto 2014, 152; Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 180.)

Lapsettomuus voi olla verrattavissa läheisen menetykseen. Lapsettomuuden aiheuttamaa kriisiä on vaikea verrata mihinkään. Se koostuu sarjasta kriisejä, mikä tarkoittaa loputonta stressiä. Ihmisen on vaikea myöntää kärsivänsä lapsettomuudesta, ja toivo siitä, että lapsi saa alkunsa seuraavassa kuussa, on kannatteleva voima. Tämä kuitenkin estää surun käsittelyn. Ihminen voi ajatella luopuvansa toivosta, jos antaa itselleen luvan surra keskenmeno. Lapsettomuushoitosten lopettaminenkin voi tuntua oman lapsensa hylkäämiseltä. (Pruuki, Tiihonen ja Tuominen 2015; 15–16.)

2.1 Lapsettomuuden syyt

Aina lapsettomuuden syytä ei saada selville. Tällöin puhutaan selittämättömästä lapsettomuudesta. Kyseessä voi olla munasoluvika, alkion varhaisjakautumisen tai hedelmöittymisen häiriö, munanjohtimien toimintavika tai implantaatiohäiriö (alkion kiinnittyminen), jota ei osata vielä selvittää. Psykkisistä syistä johtuvat parisuhdevaikeudet voivat aiheuttaa lapsettomuutta. Näitä voi olla siemensyöksyn poisjäämisestä tai impotenssista johtuvat ongelmat. Nämä ovat kuitenkin epätavallisia hedelmättömyyden syitä. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 179.)

Lapsettomuuden syy on yhtä usein miehessä kuin naisessakin, sillä noin yksi neljäsosa lapsettomuudesta voidaan todeta johtuvaksi naisesta, toinen neljäsosa miehestä ja kolmas neljäsosa lapsettomuuteen johtavista tekijöistä löytyy molemmilta ja viimeisellä neljäsosalla lapsettomuuden syytä ei kyetä selvittämään (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 175). Lapsettomuuteen voivat siis liittyä yhtä lailla niin elämäntavat kuin suoraan miehestä tai naisesta johtuvat syyt. Elämäntavoista hedelmällisyyteen vaikuttaa painonhallinta, liikunta, tupakointi, päihteet, ympäristötekijät ja ikä. Hedelmällisyys on suoraan liitoksissa lapsettomuuteen. (Ketonen 2012, 613.)

Naisen ylipaino altistaa keskenmenolle ja miehen ylipaino heikentää siemennesteen laatua. Ylipainoisilla naisilla voi myös olla epäsäännöllinen kuukautiskierto, eikä hän välttämättä ovuloi lainkaan. Tämä tarkoittaa sitä, ettei munarakkula kypsyy eikä munasolu irtoa, vaikka kuukautisvuotoa näyttäytyisikin. Naisen alipaino voi myös tehdä kuukautiskierrosta epäsäännöllisen tai kuukautiset voivat jäädä kokonaan pois. Liikunta lisää ihmisen hyvinvointia, vähentää stressiä sekä auttaa tasapainoisen ja terveellisen elämän hallintaa. Liian raskas, toistuva, pitkäkestoinen liikunta voi aiheuttaa alipainoa ja heikentää siten hedelmällisyyttä. Tämä voi taas aiheuttaa lapsettomuutta. (Oksanen 2014.)

Tupakointi heikentää naisen hedelmällisyyttä ja vaikuttaa lapsettomuuteen. Tupakointi laskee naisen estrogeenitasoa, joka aiheuttaa kuukautisten epäsäännöllisyyttä sekä poisjäätymiä. Syntyessään naisella on jo kaikki munasolujensa aiheet. Tämä tarkoittaa sitä, että uusia munasoluja ei enää muodostu. Tupakointi tuhoaa munasoluja, eikä niitä saada takaisin tai uusia muodostu. Tupakoinnin lopettaminen alkuraskaudessa vähentää lapsen ennenaikaisuuden, istukan irtoamisen ja etisen istukan riskiä. Raskauden puolivälissä tupakoinnin lopettaminen saa sikiön kasvun normalisoitumaan. (Tiitinen 2013; Oksanen 2014.)

Miehen tupakointi aiheuttaa erektiohäiriöitä ja lisää impotenssin riskiä. Tupakointi vaikuttaa siemennesteen laatuun ja vähentää testosteronin määrää miehen elimistössä. Tupakoivien miesten siittiöissä on enemmän kromosomivikoja kuin tupakoimattomien miesten. (Harlev, Agarwal, Gunes, Shetty ja du Plessis 2015, 143–160). Tutkimusten mukaan siittiöiden määrä vähenee, mitä pitempään mies on tupakoinut (Tupakkakoulutus 2016).

Anaboliset steroidit ja solunsalpaajahoidot voivat häiritä siittiöiden tuotantoa, jopa pysäyttää niiden muodostuksen pysyvästi. Alkoholi, raskasmetallit, torjunta-aineet ja liuottimet heikentävät miehen testosteronin tuotantoa ja vahingoittavat siittiöiden muodostumista. (Ketonen 2012, 614.)

Niin naisen kuin miehenkin hedelmällisyys heikkenee iän myötä. Naisen hedelmällisyys päättyy noin 10 vuotta ennen vaihdevuotia eli menopaussia, joka alkaa keskimäärin 51-vuotiaana. Naisen hedelmällisyyden ikääntymiseen vaikuttavat munasarjojen ikääntyminen, jossa alkumunarakkuloiden määrä vähenee ja munasolujen laatu heikkenee yksittäisten kromosomien lukumäärän muutoksena esimerkiksi trisomia kromosomissa 21. (Söderström-Anttila 2010, 3123.) Munarakkuloiden määrä alkaa vähentyä tyttösikiöllä jo sikiökauden aikana. Eniten munarakkuloita tyttösikiöiden munasarjoissa (n. 300 000) on raskausviikolla 18. – 20. Sen jälkeen munarakkuloiden määrä alkaa hitaasti vähentyä. Kun nainen on 25-vuotias, munarakkuloita on noin 65 000 ja 35-vuotiaana noin 16 000.

Naisen vaihdevuosi-ikä ja sikiökautisen munarakkuloiden määrällä on keskinäinen yhteys. Mikäli alkumunarakkuloita on keskimääräistä vähemmän, myös vaihdevuodet aikaistuvat. (Söderström-Anttila 2014, 1712–1713.)

Miehen ikä vaikuttaa todennäköisyyteen raskauden alkamisesta, sillä iän myötä sperman tilavuus pienenee ja siinä olevien siittiöiden rakenne ja liikkuvuus heikkenevät. Raskauden alulle saattamiseen tarvittava aika pidentyy, jos mies on yli 40 vuotta riippumatta kumppanin iästä. (Kaukoranta ja Suikkari 2012.)

Seksuaaliongelmien voi vaikuttaa lapsettomuuteen. Seksuaaliongelmia on 2 – 6 %:lla lapsettomista pareista (Tulppala 2007, 12). Ne voivat olla miehen tai naisen häiriötä tai parin yhteisiä ongelmia. Ne vaikuttavat kuitenkin parisuhteessa molempiin osapuoliin yhtä lailla kuin lapsettomuuskin. Tavallisimpia seksuaaliongelmia ovat parisuhteen ongelmat, haluttomuus, kivulias yhdyntä ja orgasmivaikeudet. Näitä ongelmia voidaan auttaa lääkkeellisesti, parisuhde- tai seksuaaliterapialla. (Hovatta 2011, 136–140.)

2.1.1 Naisesta johtuvat lapsettomuuden syyt

Naisesta johtuvia lapsettomuuden syitä voivat olla klamydia, endometrioosi, munarakkuloiden kypsymisen häiriöt, munanjohdinvauriot ja kohtuperäiset ongelmat (Ihme ja Rainto 2014, 153).

Klamydia on yleisin sukupuolitauteja aiheuttava bakteeri. Se voi olla oireeton, minkä takia sen toteaminen voi olla hankalaa. Klamydian aiheuttamat jälkitaudit voivat olla naiselle ongelmallisia ja aiheuttaa lapsettomuutta. (Paavonen 2011, 287.) Klamydian jälkitauti voi aiheuttaa naiselle sisäsynnyttimien tulehduksen (PID), joka voi vaurioittaa sisäsynnyttimiä, aiheuttaa hedelmättömyyttä ja lisää kohdunulkaisen raskauden riskiä (Ihme ja Rainto 2014, 134). 15 – 20 % koeputkihedelmöityksistä tehdään klamydian aiheuttamien muna- tai munatorvivaurioiden takia. Hoitamattoman klamydian jälkeen sairastettu PID voi ilmetä lapsettomuutena tai kohdunulkaisina raskauksina 5 – 10 vuotta myöhemmin. (Paavonen 2011, 290.)

Endometrioosi on kohdunlimakalvon pesäkesirottumatauti. Tällä tarkoitetaan sitä, että kohdun limakalvon kaltaista kudosta on pesäkkeinä kohtuontelon ulkopuolella. Tämä aiheuttaa kroonisen tulehdusreaktion. Laajalle levinneessä taudissa kiinnikkeet ja anatomiset muutokset sekä esteet heikentävät raskauden mahdollisuutta. Lievemmissä taudissa hormonitasojen poikkeavuudet heikentävät siittiöiden hedelmöittämiskykyä tai voivat heikentää hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä. Taudin kuvasta riippuen odotetaan spontaania raskautta tai aloitetaan koeputkihedelmöityshoito. (Perheentupa ja Santala 2011, 93 – 101.)

Munarakkuloiden kypsymisen häiriöt, eli ovulaatiohäiriöt, ilmenevät epäsäännöllisinä kuukautiskierroina. Ovulaatiohäiriöihin vaikuttavat ylipaino, alipaino, syömishäiriöt (anoreksia), kroonisista sairauksista esimerkiksi diabetes tai keliakia. (Catalano ja Shankar 2017, 1-16.) Munanjohdinten vaurioissa, munanjohdin voi olla täysin tai osittain tukkeutunut. Munanjohdinvaurio voi johtua sisäsynnyttintulehduksesta, pikkulantion alueen leikkauksista tai endometrioosista. Munanjohdinten sisällä tai

ulkopuolella voi olla kiinnikkeitä, jotka tukkeuttavat sen tai estävät sen normaalin liikkeen. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 175–176.)

Kohtuperäisiä ongelmia voivat olla esimerkiksi kohdun seinämän myoomat tai synnynnäiset rakennepoikkeamat. Kohdun rakennepoikkeamat vaihtelevat vaikeusasteeltaan herttamaisesta kohdusta väli-seinäiseen, yksisarviseen tai täysin kaksiosaiseen kohtuun. Täysin kaksiosaisessa kohdussa on myös kaksi kohdunkaulaa. Yksisarvisessa kohdussa on vain yksi munanjohdin. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 177; Ulander, Kaaja ja Tulppala 2002, 167.)

2.1.2 Miehestä johtuvat lapsettomuuden syyt

Miehestä johtuvana lapsettomuuden syynä voi olla alentunut siittiöiden määrä tai muutoin heikentynyt siemennesteen laatu (Leaver 2016, 35–40). Muita lapsettomuuteen johtavia syitä voivat olla laskeutumattomat kivekset, lisäkivesten ja siemenjohdinten tukokset tai siittiöiden rakennepoikkeamat ja vasta-aineet. (Ihme ja Rainto 2014, 153–154.)

Miehen tupakointi, ylipaino, huumeiden ja alkoholin käyttö sekä hengittämät raskasmetallit heikentävät siemennesteen laatua. Aina ei kuitenkaan siemennesteen huonolle laadulle löydy syytä. Siittiöitä voi vain olla liian vähän, ne liikkuvat heikosti tai ovat epämuodostuneita. Siittiöiden rakennepoikkeamat voivat olla myös synnynnäisiä. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 177, 179.)

Kivesten laskeutumattomuus on yleistymässä ja sen hoito hormoneilla tai leikkauksella ehkäisee siittiöiden muodostuksen häiriöitä. Jos kivekset eivät ole laskeutuneet tai niitä ei ole siirretty kivespussihin ennen pojan 4 vuoden ikää, voi se aiheuttaa heikentynyttä siittiötuotantoa ja hedelmättömyyttä. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 177.)

Lisäkivestulehdus ja sukupuolirauhastulehdukset voivat aiheuttaa lisäkivesten ja siemenjohdinten tukoksia, mikä aiheuttaa siittiöiden puuttumisen siemennesteestä. Sikotaudin jälkitilana voi olla kivesten siemenepiteelin vioittuminen pysyvästi. Tämä johtaa siittiöiden täydelliseen puuttumiseen. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 177–78.)

Siittiöiden vasta-aineet voivat aiheuttaa siittiöiden takertumista toisiinsa, jolloin niiden hedelmöittämiskyky on alentunut. Vasta-aineita voi muodostua yleisimmin sterilisaation purkamisen jälkeen. Niiden muodostumista voi aiheuttaa myös infektiot, vammat tai sukuelinten alueen leikkaukset. (Kaukoranta ja Suikkari 2012, 2066.)

2.2 Lapsettomuusprosessi

Noin joka kuudennella hedelmällisessä iässä olevalla suomalaisella parilla on tahatonta lapsettomuutta. Lapsettomuutta voidaan hoitaa ja 80 %:lla pareista hoidon tulokset ovat erinomaisia. Hoito valitaan lapsettomuuteen johtavien syiden sekä parin oman tilanteen mukaan. Tutkimusten jälkeen pariskunnalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. (Väestöliitto 2015.)

Lapsettomuustutkimukset aloitetaan, kun ehkäisy on jätetty pois ja raskautta on yritetty yli vuoden ajan. Lapsettomuus on pariskunnan yhteinen ongelma. Tämän vuoksi tutkimukset aloitetaan kummallekin osapuolelle samanaikaisesti. Pariskuntaa haastatellaan jo tutkimusten alussa yhdessä ja erikseen. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 180.)

Perusterveydenhuollossa selvitetään pariskunnan taustatiedot (anamneesi), joka on lapsettomuusdiagnoosiin perusta. Anamneesissa selvitetään parin yleinen terveydentila, aiemmat sairaudet, leikkaukset ja sairaalahoidot, voimassa oleva lääkitys, päihteiden käyttö sekä mielenterveys ja psykososiaalinen tilanne. Tärkeää on myös tietää aiemmat raskaudet tai raskausyritykset ja sukutiedot. Naiselta selvitetään myös puberteettikehitys, kuukautistilanne ja mahdolliset tulehdustaudit. Mieheltä selvitetään myös kivesten laskeutuminen, puberteettikehitys ja tulehdukset. Lapsettomuuden kesto on myös selvitettävä, eli milloin ehkäisy on jätetty pois, yhdyntätiheys, miten kauan raskautta on yritetty ja onko parilla ollut sukupuoliongelmia missään vaiheessa. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 180.)

Perusterveydenhuollossa aloitetaan lapsettomuustutkimukset (Taulukko 1). Tutkimusten jälkeen pariskunta lähetetään erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin tai suoraan jatkohoitoon. Erikoissairanhoidossa jatketaan naisen tutkimuksia, jotta voidaan määrittää tarvittava hoitomuoto paremmin. Miestä tutkitaan, jos hänen anamneesinsa tai siemennestenäyte on ollut poikkeava. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 180.)

Taulukko 1 Lapsettomuuden tutkiminen (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 180).

Tutkimukset perussairanhoidossa		Tutkimukset erikoissairanhoidossa	
Naisen tutkimukset	Miehen tutkimukset	Naisen tutkimukset	Miehen tutkimukset
kliininen tutkimus	kliininen tutkimus	gynekologinen ultraääni	kliininen tutkimus
painoindeksi	painoindeksi	hysteroskopia	siemennestenäyte
verenpaine	androloginen tutkimus	laparoscopia	hormonitutkimukset
gynekologinen tutkimus	siemennestenäyte	kuukautiskierron kartointus	kromosomitutkimukset
klamydianäyte		ovulaatio ajankohdan määrittäminen	kivesten ultraääni
irtosolunäyte (PAPA)		progesteronimäärittäminen	kivesbiopsia
verinäytteet			

2.3 Lapsettomuushoidot

Lapsettomuushoidot suunnitellaan tehtyjen tutkimusten tulosten perusteella sekä ottaen huomioon lapsettomuuden keston, syyn ja naisen iän. Pariskunnan tulee saada tarpeeksi tietoa lapsettomuushoidoista, hoitojen kustannuksista ja onnistumisen todennäköisyydestä sekä raskauden mahdollisuudesta ilman hoitoja. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 184.)

Ennen hoitoja pyritään kuitenkin hoitamaan mahdolliset perussairaudet kuten tutkimuksissa paljastunut naisen kilpirauhasen vajaatoiminta. Myös elintapoihin on pariskunnan syytä kiinnittää huomiota.

miota. (Ketonen 2012, 616.) Naisen on syytä välttää tulehduskipulääkkeiden (NSAID) käyttöä raskautta yritettäessä, sillä ne voivat estää munasolun irtoamista eli ovulaatiota sekä lisätä alkuraskauden keskenmenon riskiä (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015).

Tupakoinnin lopettaminen on lapsettomuudesta kärsivien perushoitoa, koska tupakointi heikentää lapsettomuushoitojen tuloksia. Tupakoinnin lopettamiseen on tarjolla erilaisia korvaushoitoja. Raskauden aikana suositellaan kuitenkin käytettäväksi vain nikotiinivalmisteita, koska muiden vieroitus- hoitolääkkeiden käytöstä raskauden aikana ei ole riittävästi tutkimustietoa. Vaikka nikotiini heikentää kohdun ja istukan verenkiertoa ja siten sikiön hapensaantia, nikotiinikorvaushoidon käyttäminen on tupakointia parempi vaihtoehto raskaana olevilla ja imettävillä naisilla. Nikotiinikorvaushoidon aikana muut tupakan haitalliset aineet jäävät pois. (Tiitinen 2013; Klemetti ja Hakulinen-Viitanen 2013, 70.)

2.3.1 Leikkaushoidot

Leikkaushoitojen tavoitteena on lähinnä tarkentaa diagnoosia tai parantaa naisen hedelmällisyyttä poistamalla tai vähentämällä sitä häiritseviä tekijöitä kuten myoomia, polyyppeja tai endometriooisia. Endometriooisia kannattaa hoitaa leikkaamalla, jos se aiheuttaa vaikeita kiputiloja tai jos munasarjassa on suurikokoinen endometriooosikysta. Yli 6 senttimetriä läpimitaltaan olevat kohtulihaksen myoomat eli lihaskyhmät ja kohdun limakalvon alaiset myoomat voivat vaatia poistoa, sillä ne voivat estää hedelmöittyneen munasolun kiinnittymisen kohdun limakalvoon. Leikkaushoidolla voidaan myös poistaa kohdun limakalvon pullistumia eli polyyppeja. (Sariola, Nuutila, Sainio, Saisto ja Tiitinen 2014, 416; Ylikorkala ja Tapanainen 2011, 184.)

2.3.2 Ovulaatiohäiriöiden hoito

Munasolun irtoamista eli ovulaatiota voidaan edesauttaa lääkehoidolla. Yleisimmin ovulaatioinduktiolla voidaan hoitaa PCO-oireyhtymää eli munasarjojen monirakkulasyndroomaa. Klomifeeni-hoidon tavoitteena on säännöllistää kuukautiskierto, joka on myös merkki ovulaation käynnistymisestä. Klomifeeni-hoito vaatii seurantaa ultraäänellä, sillä se lisää monisikiöraskauden riskiä. (Paananen ym. 2012, 616.)

Jos ovulaatiohäiriön taustalla on naisen yli- tai alipaino, pyritään ensisijaisesti painon normalisointiin. Ylipainoisella jo 5 %:n painonlasku voi käynnistää tai normalisoida kuukautiskierron ja ovulatoriset kierrot. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 185.)

Ovulaatiohäiriöiden hoito tuottaa hyviä tuloksia, jos muita lapsettomuuteen vaikuttavia ongelmia ei ole. Klomifeenihoidolla ovulaatio tapahtuu 60 – 70 %:lla ja raskaus 40 – 50 %:lla. Hoidoilla saaduista raskauksista 5 – 10 % on kaksosraskauksia. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 186.)

2.3.3 Hedelmöityshoidot (inseminaatio, IVF, ICSI)

Inseminaatiota voidaan käyttää, jos kyseessä on esimerkiksi lievä spermavika, yhdyntä ei jostain syystä onnistu tai kohdunkaulan anatomia on poikkeava. Inseminaatiossa samana päivänä laboratorioon toimitettu sperma pestään. Pesun tarkoituksena on erottaa parhaiten liikkuvat siittiöt muista

soluista sekä huonolaatuisista siittiöistä. Pestyt siittiöt ruiskutetaan ohuella katetrilla suoraan kohtuonteloon, joten matka emättimestä kohtuun jää väliin. Inseminaatiohoito vaatii, että munarakkula kypsy joko normaalisti tai lääkeavusteisesti ja ovulaatio tapahtuu. Koska hedelmöitys tapahtuu munatorvessa, on vähintään toisen munatorven oltava terve. Inseminaatio suoritetaan, joko hormonihoitolla aikaan saatuun kiertoon tai luonnolliseen kiertoon, jolloin ovulaation osoittaa virtsasta tehtävä ovulaatiotesti. Tällöin inseminaatio tulee tehdä 12 – 24 tunnin kuluessa positiivisesta ovulaatiotestistä. Inseminaation onnistumisprosentti on 10 – 15 % alle 37-vuotiailla naisilla. (Sariola ym. 2014, 418.)

Koeputkihedelmöityshoito eli IVF-hoito on hyvä hoitomuoto moniin lapsettomuusongelmiin, esimerkiksi jossa kyseessä on munanjohdinaurio, endometriosisi tai lapsettomuus, jolle ei ole löytynyt syytä. Koeputkihedelmöityshoidossa on mahdollista käyttää myös lahjoitettuja munasoluja. IVF-hoidossa naisen munasarjoihin kasvatetaan hormonihoiton avulla useita munasoluja, joiden kehitystä seurataan ultraäänen avulla. Munasolut kerätään munasolupunktiossa ja hedelmöitetään laboratoriossa kumppanin tai lahja siittiöillä. Yleensä hedelmöitetty munasolu siirretään kohtuun, kun se on jakautunut nelisolaiseksi tai kahdeksansolaiseksi, eli 48–72 tunnin kuluttua punktiosta. Vaihtoehtoisesti alkioita voidaan kasvattaa jopa viisi päivää ennen siirtoa. Yleisimmin kohtuun siirretään vain yksi alkio ja loput hyvinlaatuiset alkioita voidaan pakastaa myöhempää käyttöä varten. Alkionsiirron jälkeen aloitetaan keltarauhashormonitukihoito vaginaalisesti. Raskaustestiin varataan aika kahden viikon kuluttua alkionsiirrosta. (Ketonen 2012, 617–618.)

Mikroinjektiohoidon (ICSI) avulla voidaan hoitaa monia miehestä johtuvia lapsettomuusongelmia. Hoidossa munasoluun ruiskutetaan yksi siittiö ohuella lasineulalla. Menetelmä mahdollistaa biologisen lapsen saamisen miehelle, jonka siemennesteessä on vain yksittäisiä siittiöitä tai niiden liikkuvuus ei ole normaalia. Siittiöitä voidaan saada myös kivesbiopsialla hoitoa varten. ICSI-hoidon avulla alkunsa saaneilla poikalapsilla on raportoitu olevan enemmän uro- ja genitaalialueen epämuodostumia. Myös tietyt geeni- tai kromosomitasoiset lapsettomuuden syyt periytyvät isältä pojalle, mikä tulee ottaa huomioon hoitoa suunniteltaessa. (Tiitinen ja Unkila-Kallio 2011, 190–191.)

2.4 Lapsettomuskriisi

Aikuisuuteen kuuluu lasten saaminen ja kasvatust. Eriksonin kehitysteorian mukaan generatiivisen vaiheen kehitystehtävä on luovuus ja tuottavuus. Kehitystehtävässä onnistuminen tuottaa energiaa, joka ilmenee huolenpitona. Tämä nähdään juuri lisääntymisenä, mikä on aikuisuuden tärkein kehitystehtävä. Tahaton lapsettomuus uhkaa tehtävän saavuttamista. Teorian mukaan kehitystehtävän epäonnistuessa, persoonallisuuden kehitys jää keskeneräiseksi, mikä vaikuttaa seuraaviin kehitystehtäviin ja vaiheisiin siirtymistä. (Pruuki ym. 2015, 85.)

Luovuus ja tuottavuus eivät rajoitu pelkästään lisääntymiseen. Siihen kuuluu myös luova, tuottava ja hoivaava toiminta. Tämä näkyy esimerkiksi yhdistystoiminnassa ja taiteen tuottamisessa. Lapsettomuus ei siis merkitse epäonnistumista kehitystehtävän suorittamisessa. Se kuitenkin vaikeuttaa

eteenpäin pääsyä, ellei muuta luovaa tai tuottavaa toimintaa ole. Viimeinen kehitysvaihe tähtää mi-
nän eheytymiseen, mikä tarkoittaa sovintoon pääsemistä itsensä ja elämänsä kanssa eli oman kuole-
vaisuuden hyväksymistä. Tämän takia lapsettomuuteen liittyvän psyykkisen ja sosiaalisen prosessin
läpikäyminen on tärkeää niin pariskunnalle kuin yksin eläjällekin. (Pruuki ym. 2015, 85–86.)

Lapsettomuuskriisi koskee niin miehiä kuin naitakin. Kun lapsen saamisen vaikeus tulee ilmi, se vai-
kuttaa myös parisuhteeseen. Jos lapsettomuuteen löytyy syy toiselta puolisoilta, hän voi kokea syylli-
syyttä sekä puutteellisuutta miehenä tai naisena. Jos selittävää syytä ei löydy, pariskunnan voi olla
helpompi hyväksyä se. Kuitenkin silloin hoitojen valinta voi olla vaikeampaa. Tällöin pariskunta voi
kokea pettymyksen toisensa jälkeen jopa vuosien ajan, mikä on hyvin raskasta. (Pruuki ym. 2015,
86–87.)

Surutyö alkaa vasta sitten, kun luovutaan toiveesta saada biologinen lapsi. Lapsen kaipuu ja kipu
lapsettomuudesta eivät kuitenkaan lopu tähän, vaan lapsettomuuteen liittyvä suru voi olla pitkäai-
kaista. Asiaa ja tunteita pitää pystyä käsittelemään, mikä auttaa lapsettomuuden hyväksymisessä.
On tärkeää päästä tähän vaiheeseen, koska se kuuluu kriisin läpikäymiseen ja siitä selviytymiseen.
Kun lapsettomuus hyväksytään, voidaan siirtyä eteenpäin tavalla tai toisella. Toiselle se tarkoittaa
adoption harkitsemista tai lapsettomana elämistä, kun toiselle taas parisuhteen päättymistä eroon.
Suruprosessi oman biologisen lapsen saamattomuudesta tulee olla riittävästi läpikäytynä ennen
adoption harkitsemista. (Pruuki 2015, 88, 91–92.)

3 ADOPTIO VAIHTOEHTONA PERHEEN TÄYDENTÄMISEEN

Kun pariskunta ei saa omaa yhteistä lasta lapsettomuushoidoista huolimatta, adoptio tai sijaisvanhemmuus voi olla vaihtoehto lapsen saamiseksi. Adoptiossa on huomioitava, että sillä tavoitellaan aina lapsen etua. Adoptiota säätelee suomen lainsäädäntö (adoptiolaki 22/2012), kansainvälisissä adoptioissa lapsen syntymämaan lainsäädäntö sekä YK:n lasten oikeuksien sopimus (1989) ja Haagin sopimus (1993). Lainsäädännön ja sopimusten tarkoituksena on varmistaa lapsen etujen toteutuminen. Kansainvälisessä adoptiossa lasta ja hänen perhettään on yritetty ensin auttaa muilla keinoin. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaiselle lapselle pyritään löytämään adoptio- tai sijaisperhe ensin lapsen omasta kotimaasta. Vasta tämän jälkeen lapsi annetaan kansainväliseen adoptioon. (Adoptio-perheet ry 2015a; Interpedia 2015a.)

Lastensuojelupolitiikassa korostetaan lastensuojelun sijoitusten pysyvyyttä ja adoptio vastaa hyvin pysyvyyttä korostaviin odotuksiin. Adoptio ei ole lastensuojelullinen toimenpide kuten perhehoitoon sijoittaminen on. (Pösö 2015, 16.) Kotimaisissa adoptioissa yleisintä on, että lapsi adoptoidaan biologisten vanhempien toiveesta heti vastasyntyneenä, joissakin tapauksissa adoptio tapahtuu myöhemmin esimerkiksi perhehoidossa. Myös perheen sisäiset adoptiot ovat kotimaisia adoptioita. (THL 2016a.)

Adoptio voi olla kotimainen, kansainvälinen tai perheen sisäinen. Adoptioprosessi aloitetaan adoptio-neuvonnalla. Adoptio-neuvontaa antaa kuntien viranomaiset ja Pelastakaa Lapset ry. Kotimaisia adoptioita järjestää Pelastakaa Lapset ry ja kuntien sosiaalitoimet. Kansainvälisiä adoptioita järjestää Pelastakaa Lapset ry ja Interpedia. Helsingin kaupungin sosiaalitoimi osallistui myös aikaisemmin kansainvälisten adoptioiden järjestämiseen, mutta se ei ota enää uusia asiakkaita vastaan. (Tiitinen 2015b; Helsingin kaupunki 2017a.)

Vuonna 2015 tilastokeskuksen mukaan Suomessa tehtiin 407 adoptiota. Se on 38 adoptiota vähemmän kuin vuonna 2014. Adoptioista 284 oli kotimaisia ja 123 ulkomaisia. Lapsista 236 oli alle 5-vuotiaita. Ulkomailta adoptoitaessa suurin osa lapsista oli alle 10-vuotiaita. Rekisteröidyssä parisuh-teessa perheensisäisiä adoptioita oli 128. Tilastokeskuksen tilastoihin lasketaan mukaan esimerkiksi perheensisäiset adoptiot ja yli 18-vuotiaat adoptoidut. (Tilastokeskus 2015.) Valviran adoptiolautakunnan tilastojen mukaan 2015 Suomeen adoptoitiin ulkomailta 93 alle 10-vuotiasta lasta ja vuonna 2016 58 lasta. (Valvira 2017.) Adoptio-perheet ry:n mukaan kotimaisia niin sanottuun vieraslapsi adoptioon annettuja lapsia on noin 30–50 vuosittain. Ulkomailta adoptoitiin eniten Etelä-Afrikassa (34), Kiinassa (26) ja Thaimaassa (20) syntyneitä lapsia. Ruotsin adoptiokeskuksen mukaan Ruotsiin adoptoitiin 205 lasta ulkomailta vuonna 2015. Ruotsiin eniten adoptoitiin Etelä-Koreasta (41), Kiinasta (31) ja Etelä-Afrikasta (29). (Adoptions Centrum 2015.)

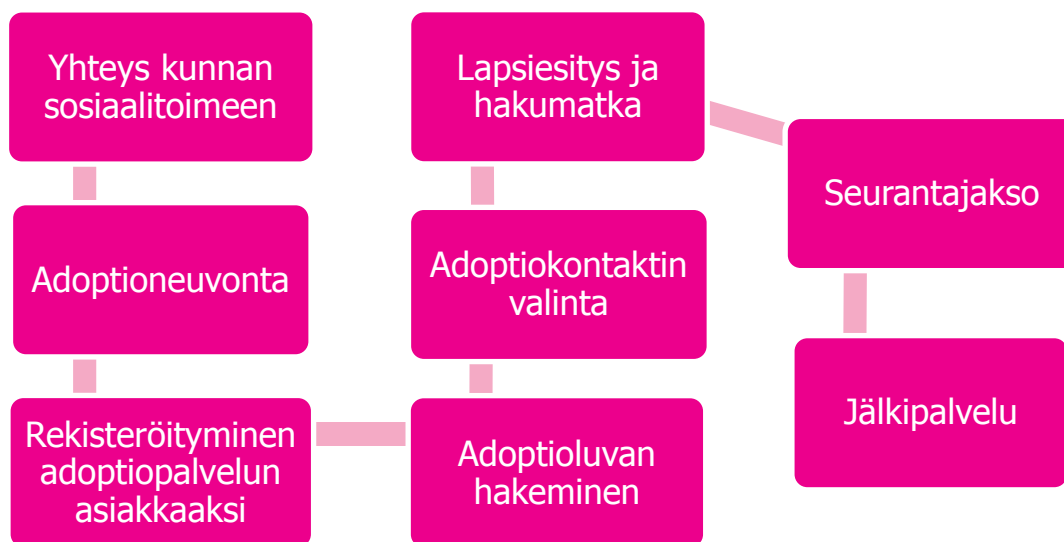
Vaikka adoptio on eräänlainen helpotus pariskunnalle joka ei voi saada omaa lasta, se voi olla sitä etenkin lapselle joka adoptoidaan. Salmelan (2015, 31) mukaan adoption tarkoituksena on etsiä lapselle sopivat vanhemmat, eikä toisinpäin. Tutkimuksessaan hän ottaa kantaa siihen, ettei kenellä-

kään ole oikeutta adoptoida. Tällainen oikeus antaisi oikeuden toiseen ihmiseen ja kuvastaa omistusoikeutta. Tämän takia adoptionhakijoiden tulisi pystyä pitämään mielessä pitkän adoption prosessin aikana, että lapsi ja lapsen etu ovat adoptoinnissa aina etusijalla. (Salmela 2015, 31.)

Adoptiolapsen vanhemmalla on oikeus vanhempainrahaan ja lapsilisään siitä lähtien, kun lapsi on otettu hoitoon perheeseen. Lisäksi adoptiovanhemmat voivat hakea Kelalta äitiysavustusta ja isyysrahaa. (Kela 2017a.)

3.1 Adoptioprosessi

Adoptiota harkitsevien vanhempien tulee päättää haluavatko he kotimaisen vai kansainvälisen adoption. Se voi selvitä heille vasta adoptioneuvonnan aikana. Adoptioprosessi (Kuvio 1.) aloitetaan sillä, että adoption hakijat ottavat yhteyttä oman kunnan sosiaalitoimeen. Sieltä heidät ohjataan adoptioneuvontaan. Adoptioneuvontaa antaa kuntien sosiaaliviranomaiset ja Pelastakaa Lapset ry. (Pelastakaa lapset 2015a, Interpedia 2015a.)



Kuva 1 Adoption prosessikuvaus (mukaillen THL 2016.)

Adoptioneuvonnan tarkoituksena on auttaa hakijoita arvioimaan omia edellytyksiä ja valmiuksia adoptiovanhemmiksi sekä tarvittaessa auttaa eri osapuolia adoption vahvistamisen jälkeen. Adoptioneuvonta on tarkoitettu myös niille, jotka vasta miettivät aloittavatko adoption hakuprosessia. (Karhumäki 2005; 13.) Adoptioneuvonta auttaa ja valvoo lapsen etuja, sekä auttaa ja tukee luovutusta harkitsevien päätöksentekoa keskustelemalla eri vaihtoehtoista. Adoptionhakijoilta selvitetään heidän motiivinsa adoption ja autetaan heitä arvioimaan valmiuksiaan adoptiovanhemmiksi ja vanhemmuuteen. Adoptioneuvonnan aikana selvitetään adoptionhakijoiden taustat ja annetaan tietoa niistä sosiaali- ja tukipalveluista, joihin he ovat oikeutettuja. Hakijoiden kanssa käydään läpi lapsen oikeutta itseään koskeviin tietoihin ja niiden merkitystä hänen identiteettinsä muodostumisessa. (Pelastakaa lapset 2015a; Salmela 2015, 48–49.)

Adoptioneuvonta on parille maksutonta ja kestää noin vuoden. Adoptioneuvonnan jälkeen sosiaalityöntekijä kirjoittaa kotiselvityksen adoptioneuvonnasta. Kotiselvityksessä käy ilmi, onko adoptioneuvonta annettu adoptioilaisissa (adoptiolaki 22/2012, § 24) määrättyllä tavalla. Kotiselvitykseen kirjataan hakijoiden taustat, terveydentila, perhe- ja sosiaaliset suhteet sekä syy, miksi he haluavat adoptoida. Adoptiolupaa varten tarvitaan hakijoiden psyykkistä ja fyysistä terveydentilaa koskeva lääkärin lausunto. Siihen on myös merkittävät seikat, joiden perusteella adoptiota joko puolletaan tai ei puolleta. Tämän jälkeen pari voi hakea adoptiolupaa adoptiolautakunnalta. Lupa on voimassa kaksi vuotta, jonka jälkeen tähän voi hakea jatkoa. Kotiselvitys toimii pääasiallisena perustana adoptiolautakunnan päätökselle. (Pelastakaa lapset 2015b; Interpedia 2015a; Salmela 2015, 49; Sinkkonen ja Tervonen-Arnkil 2015, 43.)

Kansainvälisissä adoptioissa kotiselvitys lähetetään valitulle lapsia adoptioon antavalle kohdemaalle. Lisäksi kansainvälisissä adoptioissa hakijan pitää olla rekisteröitynyt adoptiopalvelunantajan asiakkaaksi. Hakija voi valita kumman tahansa palvelunantajan (Interpedia ja Pelastakaa Lapset ry), riippumatta siitä, mistä on adoptioneuvonnan saanut. (Interpedia 2015a.)

Kotimaista adoptiota harkitsevien on hyvä varautua, että odotusaika on pitkä. Kansainvälisissä adoptioissa lapsen odotusaika voi vaihdella suuresti kohdemaista riippuen vuodesta useaan vuoteen. Odotusaika on valmistautumista adoptiovanhemmuuteen. Adoption hakijan on mahdollista osallistua eri järjestöjen kautta monenlaiseen toimintaan. Järjestöjen kautta on mahdollista saada vertaistukea, adoptiovalmennusta, tietoa ja esimerkiksi perehtyä kohdemaan kulttuuriin ja kieleen. (Interpedia 2017a.)

Kun perheelle on nimetty lapsi, perhe saa lapsiesityksen. Lapsiesityksessä tulee ilmi lapsen terveydentilaa ja taustaa koskevia seikkoja. Lapsiesityksen saatuaan adoptionhakijat voivat halutessaan käydä läpi lapsen terveystietoja niihin erikoistuneen lääkärin kanssa. Hyväksytyään lapsiesityksen tulevat adoptiovanhemmat voivat lähteä hakumatkalle kohdemaan käytänteiden mukaisesti. (Interpedia 2017b.)

Kotimaisessa adoptiossa lapsen sijoittaa kunnan sosiaalitoimi tai Pelastakaa Lapset ry. Kunnat välittävät adoptioita yleensä oman kunnan sisällä. Kansainvälisiä palvelunantajia ovat Interpedia ja Pelastakaa Lapset ry. (Pelastakaa Lapset ry 2017a.)

Lapsen saavuttua adoptioperheeseen adoptioneuvonta jatkuu sosiaalityöntekijän seurantakäynneillä. Lapsen tulo perheeseen tuo uusia tilanteita ja ajatuksia, joita on hyvä käydä läpi sosiaalityöntekijän kanssa. Seurannan tarkoituksena on tukea perhettä, sekä välittää lapsen ja perheen kuulumisia lapsen synnyinmaahan seurantaraporttien muodossa. Seuranta-ajan pituus vaihtelee lapsen synnyinmaan vaatimuksien mukaisesti. (Interpedia 2017c.)

Seurantakäyntien jälkeen sosiaalityöntekijä ja adoptiopalvelunantaja ovat tukena ja apuna osana jälkipalvelua. Jälkipalvelun tärkein tehtävä on adoptiolain mukaisesti tarjota apua yhteydenotossa

adoptoidun synnynmaahan. Adoptiovanhemmat voivat ottaa yhteyttä jälkipalveluun, kun he tarvitsevat tukea adoptoidun taustan selvittämiseen, verkostoitumiseen tai juurimatkan järjestämiseen. (Pelastakaa Lapset ry 2017b.)

Kansainvälisistä adoptioista kertyy kuluja, joista kerrotaan adoption järjestäjien nettisivuilla. Kuluihin adoptiovanhemmat voivat hakea Kelalta tukea, tuen suuruus vaihtelee lapsen kotimaasta riippuen. (Kela 2017b)

3.2 Adoption kriteerit

Adoptiolain mukaan (adoptiolaki 22/2012) adoptio on mahdollinen 25 vuotta täyttäneelle hakijalle, hakija ei kuitenkaan saa olla yli 50-vuotias. Lapsen ja vanhemman ikäero tulee olla vähintään 18 vuotta ja enintään 45 vuotta, kun adoptoitava on alaikäinen. Ikärajoilla pyritään turvaamaan lapselle huolenpito aikuisikään asti. Adoptiota voi hakea naimisissa oleva aviopari yhdessä tai hakija yksin. (Adoptiolaki 2012, § 6–7.)

Tärkein kriteeri, jonka perusteella tulisi haluta adoptoida tai jonka puuttumisen takia voidaan evätä adoptiolupa, on halu saada lapsi. Jos motiivina on maailman parantaminen tai halu auttaa maailman lapsia, kannattaa miettiä ennemmin kehitysmaiden lapsen kummiksi tai kotimaisen lapsen tukihenkilöksi ryhtymistä. Adoptiossa vanhemmalla on elämänmittainen vastuu lapsesta, aivan niin kuin olisi biologisesta lapsestaan. Yksinkertainen halu perustaa perhe ja elää lapsiperheen elämää on riittävä syy adoptoida. (Karhumäki 2005, 19–20.)

Kansainvälisissä adoptioissa kriteerit vaihtelevat kohdemaan mukaan. Kriteerit voivat koskea muun muassa hakijoiden ikää, taloudellista tilannetta tai avioliiton kestoa. Kaikki kohdemaat eivät hyväksy yksin hakijoita ja sijoittavat usein lapsen ensisijaisesti lapsettomille aviopareille. (Helsingin kaupunki 2017b.) Jotkut maat suosivat nuorempia hakijoita, kun taas toiset vanhempia hakijoita. Hakijan tulee olla terve, eli hänellä ei saa olla lapsen huolehtimista haittaavaa sairautta tai vammaa. Esimerkiksi jos hakijalla on ollut syöpä, hänen täytyy todistaa, että hän on ollut viisi vuotta oireettomana. (Karhumäki 2005, 19–20.)

Jotkut maat vaativat, ettei hakijoilla ole omaa biologista lasta, toiset luovuttavat lapsen lapsiperheeseen. Toiset maat vaativat, etteivät hakijat yritä raskautta adoptioprosessin aikana. Tällä pyritään siihen, ettei adoptioprosessi keskeydy raskauden takia, eikä näin ollen kohdemaan resursseja haaskata. Adoptioprosessia ei tule myöskään aloittaa tai viedä loppuun, jos on epäily, että parisuhde voi päättyä avioeroon. Tällä pyritään takaamaan lapsen vakaa kasvu ja kehitys. (Karhumäki 2005, 20.)

3.3 Adoption järjestävät tahot

Kotimaisia adoptioita järjestää Pelastakaa Lapset ry ja kuntien sosiaalitoimet. Kunnat välittävät adoptioita yleensä kyseisen kunnan sisältä. Kansainvälisiä adoptioita järjestää Interpedia ja Pelastakaa Lapset ry. (Sariola ym. 2014, 422.)

Pelastakaa Lapset ry on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton kansalaisjärjestö. Järjestön tarkoituksena on edistää lapsen oikeuksien toteutumista Suomessa ja maailmalla. Pelastakaa Lapset ry

on osa maailmanlaajuisista Save the Children - liikettä. Save the Children antaa lapsille tukea, toivoa ja turvaa noin 120 maassa. Ja sen tavoitteena on maailma, jossa jokaisella lapsella on oikeus elämään, koulutukseen ja suojeluun. (Pelastakaa Lapset 2015b.)

Eglantyne Jebb, sosiaalinen aktivisti sekä naisten ja lasten oikeuksien puolestapuhuja, perusti Isossa-Britanniassa Save the Children Found (SCF) säätiön vuonna 1919 ensimmäisen maailmansodan jälkeen. Jebb perusti säätiön ruokkiakseen nälänhädästä kärsiviä lapsia. (Save the Children 2015.) Osaltaan tämän innoittamana tasavallan presidentin puoliso Ester Ståhlberg perusti Koteja Kodittomille Lapsille yhdistyksen 1922. Yhdistyksen tarkoituksena oli löytää kasvatus koteja kansainlaissodan sotaorvoille. Sen nimi vaihdettiin vuonna 1945 Pelastakaa Lapset ry:ksi. Järjestön tunnuslause "jokaisella lapsella on oikeus kasvaa hyvässä kodissa" on Ester Ståhlbergin muotoilema. (Pelastakaa lapset 2015b.)

Pelastakaa Lapset ry tekee nykypäivänä työtä heikoimmassa asemassa olevien lasten oikeuksien puolesta, YK:n Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaisesti. Sen päämääränä on edistää lasten oikeuksien toteutumista ja parantaa lasten asemaa niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin. Kotimaassa panostetaan lastensuojelupalveluiden lisäksi suunnitelmalliseen lastensuojelun kehittämis- ja vaikuttamistyöhön. Pelastakaa Lapset ry:n kautta voi hakea adoptioita. Pelastakaa Lapset ry tarjoaa myös sijais- ja tukiperhetoimintaa, tukihenkilöitä, sekä järjestää myös lomakotitoimintaa ja ylläpitää kuutta lastenkotia Suomessa. (Pelastakaa Lapset 2015b.)

Interpedia ry on adoptiovanhempien vuonna 1974 perustama järjestö. Se on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton, voittoa tavoittelematon suomalainen kansalaisjärjestö. Interpedian tarkoituksena on edistää lapsen oikeuksien toteutumista YK:n Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaisesti. Yhdistys pyrkii siihen että, mahdollisimman monen lapsen kohdalla toteutuisi jokaiselle lapselle kuuluva oikeus hyvään ja turvalliseen lapsuuteen. (Interpedia 2015b.)

Interpedia toimii kolmella osa-alueella. Se järjestää kansainvälisiä adoptioita sekä on mukana kehitysyhteistyössä ja kummitoiminnassa. Interpedia tekee kehitysyhteistyötä Bangladeshissa, Etelä-Afrikassa, Kolumbiassa, Nepalissa, Etiopiassa, Intiassa ja Thaimaassa. Interpedia tukee näissä maissa muun muassa tyttöjen asemaa, lasten koulutusta, hyvinvointia, perheiden toimeentuloa ja tekee töitä turvallisen kasvuympäristön sekä vammaisten oikeuksien puolesta. (Interpedia 2015c.)

4 SIIJAISHUOLTO

Vuonna 2015 kodin ulkopuolelle sijoitettuja lapsia ja nuoria oli 17 664, joista yli puolet oli sijoitettuna sijaisperheisiin (THL 2016c). Kaikki lapset eivät voi syystä tai toisesta asua biologisten vanhempiensa kanssa. Tällöin lapsi voidaan sijoittaa sijaisperheeseen, jossa lapsesta pidetään huolta ja hänellä on turvallinen kasvuympäristö. Sijaisperheelle ei ole tiettyjä taustavaatimuksia, sillä heidät perehdytetään tehtäväänsä huolellisesti. Sijaisvanhemmilta vaaditaan halua ja kykyä hoitaa lasta tai nuorta perheensä jäsenenä tukien samalla mahdollista lapsen tai nuoren yhteydenpitoa biologisiin vanhempiinsa. (Pelastakaa lapset ry 2015a.) Jos adoptio ei ole mahdollinen tai ei tunnu pariskunnasta hyvältä vaihtoehdolta, pariskunta voi harkita myös sijaisvanhemmuutta. (Lastensuojelun keskusliitto 2016.)

Sijaishuolto tarkoittaa sitä, että huostaan otetusta ja kiireellisesti sijoitetusta lapsesta huolehditaan lapsen kodin ulkopuolella. Huostaanotettu lapsi sijoitetaan sijaisperheeseen, ammatilliseen perhekotiin tai lastensuojelulaitokseen (Lastensuojelun keskusliitto 2016). Huostaanotossa vastuu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta siirtyy viranomaisille. Samalla lapsi sijoitetaan asumaan muualle, kuin omaan kotiin. Huostaanotto on viimeinen lastensuojelun keino turvata lapsen kasvu ja kehitys. Lapsi otetaan huostaan vain, jos se on lapsen edun mukaista eivätkä muut keinot ole riittäneet. (Lastensuojelun keskusliitto 2016.)

Sijaisperhe on tavallinen perhe, joka tarjoaa perhehoitoa huostaanotetulle lapselle. Sijaisperhe tarjoaa kodin ja kasvuympäristön lapsen omien vanhempien sijaan. Lapsi voi tavata omia vanhempiaan sijaisperheestä käsin. Sijaisvanhempia kutsutaan myös perhehoitajiksi ja heidät koulutetaan tehtäväänsä. Huostaanotettujen ja kiireellisesti sijoitettujen lasten hoidon järjestämiseksi käytetään perhehoitoa. (Lastensuojelun keskusliitto 2016.) Perhehoitoa määrittelee sekä lastensuojelulaki (Lastensuojelulaki 417/2007) että perhehoitolaki (Perhehoitolaki 263/2015). Ammatillinen perhekoti on perhehoidon ja laitoksen välimuoto. Se tarkoittaa kotia, jossa asuu kaksi ammattihenkilöä huolehtimassa sinne sijoitetuista lapsista. (THL 2016b; Perhehoitolaki 263/2015 § 1–3.)

Sijaisperhe tarjoaa lapselle lyhyt- tai pitkäaikaisen perheen ja kodin. Lapsen sijoittaminen sijaisperheeseen on lastensuojelutoimintaa eli lapsen etu ja tarpeet ovat etusijalla. Lapsi pyritään sijoittamaan ensisijaisesti lapsen lähipiiriin (läheissijoitus). Lapsi voidaan sijoittaa myös ulkopuoliselle sijaisperheelle tarvittaessa. Lapsi tarvitsee jatkuvuuden tunnetta. Lapsen edun mukaista on, että sijaisperhe on valmis tekemään yhteistyötä lapsen biologisten vanhempien kanssa suhtautuen ymmärtävästi lapsen taustaa ja sukua kohtaan. (Pelastakaa lapset ry 2015b; Pesäpuu 2010.)

Sijaisvanhemmat saavat apua ja tukea eri järjestöjen kuten Pelastakaa Lapset ry:n ja kunnan sosiaalityöntekijöiltä, perhetyöntekijöiltä ja tukipuhelimista. Heille tarjotaan myös koulutuksia ja vertaistukea. Sosiaali- ja perhetyöntekijät huolehtivat, että sijaisvanhemmat saavat tarpeeksi tukea tarjotessaan sijaisperhettä lapselle. Tuen laatu muotoutuu lapsen ja perheen tarpeiden mukaan. Sijaisvanhemmiksi ryhtyvät valmennetaan PRIDE-valmennuksella tai perhekohtaisella valmennuksella.

PRID- valmennus on sijaisvanhemmuutta harkitseville tarkoitettu ryhmämuotoinen valmennus, jonka aikana annetaan tietoa sijaisvanhemmuudesta. PRIDE-valmennuksen aikana voi harkita halukkuuttaan ja valmiuksiaan ryhtyä sijaisvanhemmaksi yhdessä kouluttajan kanssa. (Pesäpuu 2010; Suomen perhehoitopalvelut 2015.)

Mikäli sijaisperhe ei syystä tai toisesta sovi lapselle, lapsi voidaan uudelleensijoittaa toiseen perheeseen (THL 2016b). Jos sijaisperhe ja lapsi tulevat hyvin toimeen, voidaan harkita sijoituslapsen adoptoimista. Edellytyksenä on, että lapsi haluaa sitä, kriteerit siihen täyttyvät eikä lapsen palautuminen biologisille vanhemmilleen ole mahdollista. Tämän arvioi kunnan adoptioneuvonnasta vastaava sosiaalityöntekijä yhteistyössä lastensuojeluun perehtyneen sosiaalityöntekijän kanssa. Lapsi voidaan myös sijoittaa adoptoimistarkoituksella adoptionhakijoiden luokse. Tällöinkin perhe valikoidaan tarkasti ja tilannetta seurataan tiiviisti. (Adoptiolaki 2012, § 27–28.)

4.1 Sijoitusprosessi

Lastensuojelulain (Lastensuojelulaki 417/2007, § 40) mukaisesti lapsi voidaan huostaanottaa ja sijoittaa sijaisperheeseen, mikäli lapsen kotiolot uhkaavat hänen terveyttään tai kehitystään, tai lapsi vaarantaa käytöksellään/teoillaan omaa terveyttään tai kehitystään. Tämä kuitenkin edellyttää, ettei mikään avohuollon palveluista ole mahdollinen, sovelias tai on riittämätön. Huostaanotto on äärimäinen keino ja lastensuojelutyön viimeinen keino turvata lapsen kasvua ja kehitystä. Huostaanotolla puututaan lapsen perustuslaissa säädettyyn oikeuteen sekä Euroopan ihmisoikeussopimuksen (1950) takaamaan perhe-elämän suojaan. (THL 2016a.)

Huostaanottoprosessissa lapsen kannalta pyritään varmistumaan, että huostaanotto tukee parhaiten lapsen kasvua ja kehitystä ja sijaishuolto on parempi vaihtoehto hänelle yksilönä. Tarvetta arvioidessa voidaan pyytää esimerkiksi lapsen koulun, päiväkodin, perheneuvolan tai terveydenhuollon lausuntoa. Vanhempien kannalta pyritään kartoittamaan, että kaikki on tehty perheen tukemiseksi. Huostaanotossa pyritään hyvään yhteistyöhön perheen kanssa, tilanteesta neuvotellaan tiiviisti lapsen ja hänen vanhempien tai huoltajien kanssa ja jokaisesta vaiheesta tulee tiedottaa asianosaisia. Yhteistyössä lapsen ja perheen kanssa tehdään asiakassuunnitelma antaen lapselle ja perheelle mahdollisuus ilmaista mielipiteensä huostaanotosta ja sijaishuollosta. Perheen kanssa yhteistyössä päätetyn huostaanoton ja sijaishuollon kirjallisen päätöksen valmistelee sosiaalityöntekijä ja päätöksen tekee johtava viranhaltija. Asianomaisilla on oikeus hakea muutosta päätökseen hallinto-oikeudelta. Jos 12 vuotta täyttänyt lapsi tai hänen huoltaja vastustaa huostaanottoa on johtavan viranhaltijan tehtävä hakemus hallinto-oikeuteen. Akuuteissa vaaratilanteissa lapsi voidaan sijoittaa kiireellisesti jo ennen hallinto-oikeuden määräystä tai päätöstä. (THL 2016a.)

Sijaishuoltopaikan valinnassa tulee ennen kodin ulkopuolelle sijoittamista selvittää läheisten mahdollisuus ottaa lapsi luokseen asumaan tai muutoin osallistua lapsen tukemiseen. Sosiaalityöntekijä pyrkii löytämään lapselle sopivan sijaisperheen. Kun löytyy perhehoitaja, jolla on valmiudet huolehtia aina kyseisestä lapsesta, lapsi pääsee tutustumiskäynnille sijaisperheeseen. Tässä vaiheessa perhehoitaja saa perhehoidon kannalta välttämättömät tiedot lapsesta. Tutustumiskäynnin tavoitteena on

varmistaa, että paikka on lapselle sopiva ja luoda perustaa keskinäiselle yhteistyölle. Mikäli lapsen sijoittaminen vaikuttaa edelleen hyvältä, tehdään asiakassuunnitelma, toimeksiantosopimus ja päätökset muista palveluista joita lapsi voi tarvita. Tämän jälkeen lapsi pääsee muuttamaan sijaisperheeseen. (THL 2016a.)

Huostaanotto on voimassa toistaiseksi. Huostassapito on lopetettava, kun huostassapidon ja sijaishuollon tarvetta ei enää ole. Sijaishuolto päättyy viimeistään lapsen täyttäessä 18 vuotta. Kunnalla on kuitenkin velvollisuus järjestää jälkihuoltoa 5 vuotta kodin ulkopuolisen sijoituksen päättymisen jälkeen, mutta jälkihuolto päättyy viimeistään nuoren täyttäessä 21 vuotta. Sijaishuollon alkaessa ja sitä toteutettaessa on muistettava lapsen edun nimissä tavoite perheen jälleenyhdistämisestä. (THL 2016b, Lastensuojelulaki 417/2007 § 75.) Sijaishuoltoa ei kuitenkaan voida päättää, mikäli se ei ole lapsen edun mukaista. Lastensuojelulaissa sanotaan, että on huomioitava lapsen mahdollisuus saada ymmärrystä, hellyyttä sekä iän ja kehitystason mukaista valvontaa ja huolenpitoa. Tämän lisäksi on huomioitava sijaishuollon kesto, lapsen ja sijaisvanhempien kiintymyssuhteenlaatu, lapsen ja hänen vanhempiansa välinen kanssakäyminen sekä lapsen oma mielipide. (Lastensuojelulaki 417/2007, § 4 ja 47.)

Mikäli päästään tilanteeseen, jossa lapsen palautuminen hänen biologiseen perheeseensä on mahdollista, täytyy huostassapidon lopettamista valmistella yhtä huolellisesti kuin huostaanottoa. Lapsen ja hänen biologisten vanhempiensa välistä suhdetta seurataan ja arvioidaan. Kontaktien määrää ja kestoja lisätään vähitellen esimerkiksi pidentämällä lomiam. Vaikka viikonloppu vanhempien kanssa sujuisi hyvin, kahden viikon lomalla tai sen jälkeen lapsi voi oireilla eri tavalla. Perheen jälleenyhdistäminen voi onnistua, jos vanhemmat ymmärtävät, että heidän toiminnassaan ja elämäntavoissaan on vikaa ja he pyrkivät aidosti muutokseen. Jos vanhemmat löytävät tilanteeseen sylliset jostain muualta, muutosta ei tapahdu ja lapsi huostaanotetaan uudestaan. (Sinkkonen 2015, 155.)

4.2 Sijaisvanhemmuus

Sijaisvanhemmuus vaatii tietoa, taitoa ja kykyä kiintyä lapseen kuin omaansa. Siksi PRIDE- valmennuksen aikana, sijaisvanhemmiksi haluavia ohjataan pohtimaan motiivejaan ja valmiuksiaan tarkasti. Mikkelsen (2015, 27.) on pro gradussaan tullut johtopäätökseen, ettei sijaisvanhemmat koe lapsen kiintymistä vaikeana asiana. Garam (1988) on Toivottu lapsi -kirjassaan haastatellut sijaisvanhempia, ja yksi vanhemmista sanoo: *"Aluksi pelkäsimme omia kykyjämme, miten jaksamme ja pysymme olemaan hyviä vanhempia. Pian kuitenkin huomasimme, että jos aiomme onnistua, meidän on paras olla yrittämättäkään miksikään täydellisiksi vanhemmiksi. On oltava vain tavallisia ihmisiä, sellaisia kuin olemme"*. (Garam 1988, 40 – 41.)

Mikkelsenin (2015, 68) tutkimuksessa selvisi, että sijaisvanhemmaksi hakeuduttiin lähinnä kolmesta syystä: lapsettomuuden takia ja adoption poisjäämisen vuoksi, auttamisen halusta tai sukulaissijoituksen eli läheissijoituksen vuoksi.

Sijaisvanhemmat, joilla ei ole lapsettomuuden takia omia biologisia lapsia, tarvitsevat enemmän tukea sijoituksen alkuvaiheessa. Heille yhteydenpito lapsen biologisiin vanhempiin voi olla haastavaa. Lapsen yhteydenpito biologisiin vanhempiinsa on tärkeää, vaikka lapsen palautumista biologiseen perheeseen pidettäisiin epätodennäköisenä. Yhteydenpito vähentää lapsen hylätyksi tulemisen tunnetta. Tämän takia on tärkeää tukea sijaisvanhempia alkuvaiheessa, jotta he pystyvät tukemaan lapsen ja tämän vanhempien suhdetta. (Mikkelsson 2015, 69.)

Siinä, missä tulee tukea sijaisvanhempia yhteydenpidossa, tulee tukea myös lapsen biologisia vanhempia. Biologisille vanhemmille voi olla vaikeaa nähdä lapsensa kiintymys muihin hänestä huolehtiviin aikuisiin. He voivat kokea alemmuudentunnetta, koska ovat joutuneet luopumaan lapsestaan ja mustasukkaisuutta, koska lapsi on kiintynyt sijaisvanhempiansa. Syyllisyyden ja häpeän vuoksi heidän voi olla vaikeaa pitää yhteyttä lapseensa. (Mikkelsson 2015, 25.)

Varhaisen kiintymyssuhteen merkitys on havaittavissa myöhemmin siinä, ettei se kerran synnyttyään katoa mihinkään eikä se ole tietoisesti havaittavissa. Lapsi tulee kaipaamaan poissaolevaa vanhempaa eikä ikävä tätä kohtaan katoa pitkänkään eron jälkeen tai vanhemman kuoltua. Siksi lapselle on tärkeää saada sijaisperheen lupa kiintyä ja tuntea, että sijaisvanhemmat välittävät, huolehtivat lapsesta ja rakastavat häntä. Tämän vuoksi sijaisvanhempien tulee kyetä ilmaisemaan itseään tunteiden tasolla ja pohtia sanallisesti, mitä hänessä itsessään ja muissa tapahtuu. Lapsi voi tarvita myös samaisen luvan kiintyä sijaisvanhempiansa biologisilta vanhemmiltaan tai suvultaan. (Mikkelsson 2015, 25 – 26.)

Sijaisvanhemmuus on rakenteellisesti erilaista kuin biologinen vanhemmuus. Lyhytaikaisissa sijoituksissa, sijaisvanhemmat ovat korvaavien vanhempien sijaan täydentäviä ja tukevia vanhempia. He jakavat vanhemmuuden lapsen biologisten vanhempien kanssa. Sijaishuollon päätyttyä, joko lapsen palattua biologiseen perheeseensä tai tultua täysi-ikäiseksi, lapsi ei välttämättä ole enää kontaktissa sijaisperheeseensä. (Mikkelsson 2015, 27 – 29.)

4.3 Sijoitettava lapsi

Nykyään yhä useammin sijoitettavat lapset ovat nuoruusiässä. Tämä merkitsee sitä, että he ovat myös olleet kauemmin epävakaisissa oloissa ja heidän ongelmansa voivat olla moninaisempia ja vaikeampia. On tärkeää arvioida lapsen psyykkistä tilaa ja kiintymyssuhteiden laatua. Lapsi tuo aina sijoituspaikkaansa aiemmin omaksumansa ihmissuhdemallit ja niiden ymmärtäminen helpottaa uusien ja turvallisimpien kiintymyssuhteiden syntymistä. (Sinkkonen 2015, 148 – 149.)

Sijoitettavilla lapsilla on usein neurologisia, somaattisia ja psyykkisiä samanaikaissairauksia. Heidän terveydentilansa on ylipäätään muuta väestöä heikompi. Sijoitettuna olleiden lasten ja nuorten kuolleisuus on korkeampi aina 25. ikävuoteen saakka, mutta kuitenkin suurin osa heistä selviytyy aikuisuuteen. Heidän kuolinsyitään ovat onnettomuudet, päihitteet ja itsemurhat. Lapsen tilanteen kartoit-

taminen voi olla haastavaa, koska vanhemmat ovat voineet kieltää viranomaisten välisen tiedonkulun. Tällaisessa tilanteessa on tavallista, että perhe on muuttanut hyvin usein jolloin lapsen sekä perheen tiedot ovat hajallaan. (Sinkkonen 2015, 148 – 149.)

Kirjassaan Sinkkonen (2015, 150) kertoo esimerkin, jossa kahdeksan-vuotias tyttö on asunut äitinsä kanssa yhdeksällä paikkakunnalla. Äiti oli vakuuttanut lääkäreille, että työllä on hengenvaarallinen allergiataipumus. Lapselle oli määrätty paljon lääkkeitä, mutta missään ei ollut ehditty perehtymään tarkemmin lapsen tilanteeseen, koska perhe oli muuttanut. Sijaisperheessä asiaa oli tutkittu ja lääkitykset purettu ilman ongelmia. Lapsi tarvitsi psyykkistä tukea uskoakseen, ettei hän kuole ilman lääkitystä. (Sinkkonen 2015, 150.)

Noin puolella sijoitetuista lapsista on mielenterveysongelmia. Heillä voi olla masennusta, itsetunto-ongelmia, uhmaa ja erilaisia käytöshäiriön merkkejä kuten, valehtelua, varastelua, omaisuuden tuhoamista, karkailua, levottomuutta, impulsiivisuutta sekä oppimisvaikeuksia. Lapsen oireet johtuvat usein sopeutumisyrityksistä poikkeavaan kasvu ympäristöön. Joskus lapsi tai nuori tulee sijoitukseen suoraan lasten- tai nuorisopsykiatriselta osastolta. Lapsen psyykkisen ja fyysisen tilan sekä hoidon arviointi tulisi tehdä ennen sijoittamista. Tutkimuksista saatu tieto voi olla välttämätön sijoituksen onnistumiselle. (Sinkkonen 2015, 150–151.)

Turvallisten ja pysyvien ihmissuhteiden merkitys on sijaishuollossa olevalle lapselle erityisen suuri. Lapsella on usein taustalla epävakaat ja epäsuotuisat ihmissuhteet sekä kasvuolot sijaishuollon alkaessa. Tämän takia lapsen muutoksensietokyky on heikompi kuin normaaleissa oloissa kasvaneella lapsella. Sijaishuollossa olevalle lapselle usein syntyy voimakas tunne- ja kiintymyssuhde häntä hoitaviin sijaisvanhempiin. Siksi häntä ei voida irrottaa sijaisperheestä ja siinä kehittyneistä ihmissuhteista pohtimatta asiaa tarkasti. (THL 2016a.)

Huostassapidon lopettamista on valmisteltava yhtä huolellisesti kuin huostaanottoa. Lapsen kotiin palaaminen huostaanoton jälkeen on jälleen uusi suuri muutos lapsen elämässä. Lapsen kohdatessa useita muutostilanteita, hän selviytyy niistä yleensä aina huonommin. Tämän takia myös lapsen siirtyminen sijaisperheestä toiseen on aina riski. Lapsen asuttua pitkään sijaisperheessä, hän voi kokea sijaisvanhemmat ja heidän perheen omaksi kodikseen. Näissä tilanteissa joudutaan pohtimaan tarkasti lapsen ja hänen vanhempiansa suhdetta ja heidän yhteydenpitoaan sekä lapsen suhdetta sijaisvanhempiin. Lapsen mielipiteillä ja toivomuksilla on suuri merkitys päätöstä tehtäessä. (THL 2016a.)

5 POTILASOHJAUS

Ohjauksella pyritään lisäämään ohjattavan asiakkaan tietoa hoidon, palvelun, muutoksen tai muun vastaavan merkityksestä, niin että hän voi vaikuttaa siihen. Kun asiakas pystyy vaikuttamaan itse esimerkiksi hoitoonsa, se lisää asiakkaan motivoitumista ja sitoutumista. Ohjaus on ohjaajan ja ohjattavan tasavertaista vuoropuhelua, jossa jaetaan tietoa ja taitoa kannustaen ohjattavaa auttamaan itseään omassa elämäntilanteessaan. (Eloranta ja Virkki 2011, 19–20.)

Terveydenhuoltoalan henkilökunnan hyvä ammattitaito edellyttää hyviä ohjaustaitoja. Lain mukaan potilaan kuuluu saada riittävästi ohjausta ja tietoa, pystyä tekemään omia valintoja ja päätöksiä. Laissa (17.8.1992/785, 5§) potilaan asemasta ja oikeuksista käsitellään potilaan oikeutta saada tietoa esimerkiksi eri hoitovaihtoehdoista niin, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Potilaan ohjaus tulee toteuttaa potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä kunnioittaen hänen ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, vakaamusta ja yksityisyyttä. Ohjaajan ja ohjattavan välinen ohjaussuhde on luonteeltaan toista arvostavaa yhteistyötä. (Eloranta ja Virkki 2011, 11–12.)

Ohjaustilanteessa tulee huomioida potilaan aikaisemmat tiedot, taidot, tunnetila, motivaatio ja vastaanottokyky. Ohjauksen onnistumisen kannalta tärkeää on myös ohjauksen antaminen sopivasti ja oikeaan aikaan. Nykyään ongelma ei olekaan tiedon puute vaan tiedon saaminen oikeaan aikaan ja oikealla tavalla, sekä resurssien vähyys. Tiedon tuleekin olla tarpeellista potilaalle tällä hetkellä ja sen tulee olla annettu ymmärrettävällä tavalla. On myös tärkeää, että potilaalle varataan tarpeeksi aikaa sisäistää saamansa tieto ja antaa mahdollisuus keskustella asiasta uudestaan. (Eloranta ja Virkki 2011, 22–26.)

5.1 Kirjallinen potilasohje

Ohjaustilannetta voidaan täydentää kirjallisella materiaalilla. Kirjallinen ohjaus suullisen lisäksi lisää todennäköisyyttä, että potilas sisäistää ohjatut asiat. Kirjalliseen ohjeeseen potilas voi palata, kun hänellä on paremmin aikaa ja voimavaroja. (Eloranta ja Virkki 2011, 73–74.) Kirjallisten ohjeiden avulla pyritään välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä, vähentämään potilaiden ahdistuneisuutta ja lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista. Ohjeiden tarkoituksena on myös auttaa potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämänsä sairauden kanssa tai sen hoidon aikana. Kirjallinen potilasohje tulisi antaa suullisen ohjauksen yhteydessä, niin että sitä on mahdollista läpikäydä ja täydentää. (Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen 2006, 66.)

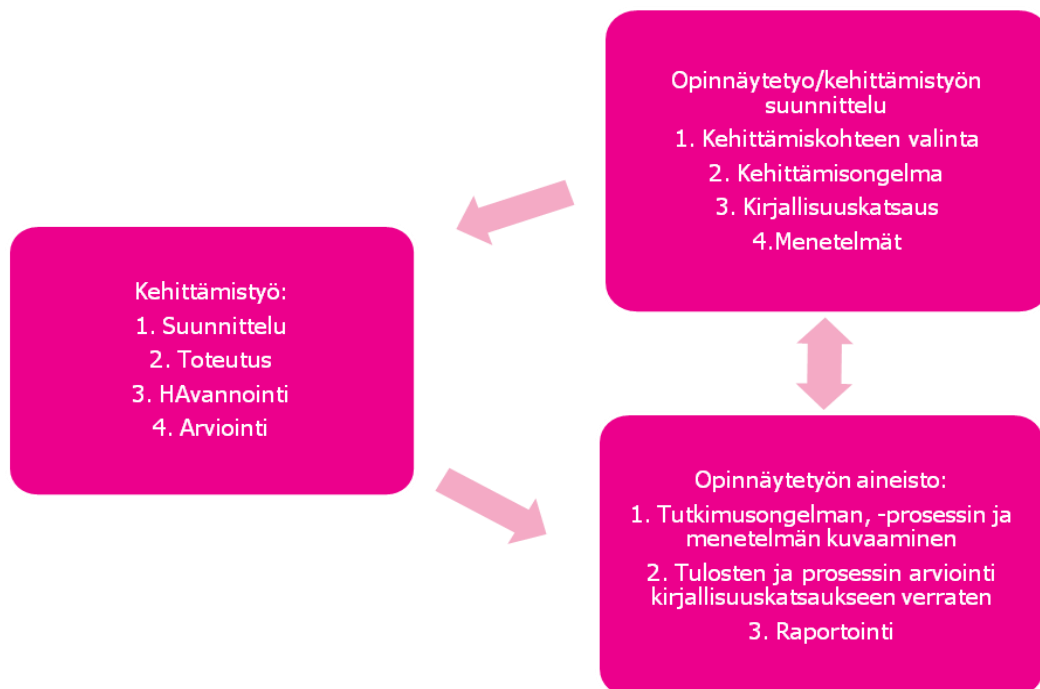
Ohjeiden laatimisessa on hyvä aloittaa tärkeimmistä asiasta ja edetä vähemmän tärkeään. Tämä mahdollistaa tärkeimmän tiedon saattamisen myös niille, jotka lukevat vain ohjeen alun. Tärkeimmän asian kertominen ensimmäiseksi kertoo tekijän arvostavan lukijaa. Teitittelyn käyttäminen potilasohjeessa puhuttelee lukijaa ja kertoo, että teksti on kirjoitettu juuri hänelle. (Lipponen ym. 2006, 67.) Selkeä teksti potilasohjeeseen muodostuu lyhyehköistä kappaleista, jotka eivät ole pelkkiä lueteloita asioista. Ohjeen virkkeiden tulisi olla rakenteeltaan helposti hahmotettavia ja sanojen mah-

dollisimman yleiskielisiä. Potilasohjeen neuvojen ja ohjeiden tulisi olla perusteltuja. Hyvän potilasohjeen teksti on viimeisteltyä ja oikein kirjoitettua. Potilasohjeen ulkoasu tulisi olla myös asianmukainen, sillä se edistää ohjeen ymmärtämistä. (Hyvärinen 2005.)

Kuvat potilasohjeessa herättävät mielenkiintoa ja auttavat ymmärtämään. Kuvatekstit ohjaavat kuvien luentaa ja helpottavat ymmärtämistä, tämän vuoksi kuvia ei tulisi jättää tekstittämättä. Potilasohjeen kuvituksessa on tärkeää huomioida, etteivät kuvat loukkaa ketään. Kuvien tulee liittyä potilasohjeessa kerrottavaan asiaan. On järkevämpää jättää kuvat kokonaan pois, kuin käyttää mitä tahansa kauniita kuvia. (Lipponen ym. 2006, 67.)

6 OPINNÄYTETYÖ KEHITTÄMISTYÖNÄ

Opinnäytetyömme on kehittämistyö, toiminnallinen työ, jossa kehittämistyö ja opinnäytetyö voidaan nähdä samanaikaisina tai perättäisinä prosesseina. Työn edetessä voidaan palata edelliseen vaiheeseen ja hyppiä vaiheiden välillä. Kehittämistyöhön kuuluu kehitettävä tuote tai tapahtuma ja kirjallinen raportti prosessista. Raportissa tulee näkyä selkeästi kehittämistyön valinta, suunnittelu, toteutus ja prosessin sekä kehitetyn työn tai tapahtuman arviointi. (Kananen 2012, 45–47.) Kehittämistyönämme kehitimme KYSin naisten poliklinikalle potilasoppaan (Liite 1). Potilasoppaassa käsitelimme adoptiota, adoptioprosessia ja sijaisvanhemmuutta ja sijaishuoltoprosessia. Potilasopas annetaan lapsettomuushoidoissa olevalle parille, jotta he voivat harkita adoptiota tai sijaisvanhemmuutta mahdollisuutena saada lapsi. Kirjallinen raportti prosessista on opinnäytetyömme, jossa on kuvattu läpikäymämme prosessi aina aiheen valinnasta arviointiin asti. Opinnäytetyö prosessimme eteni kuvion 2. mukaisesti.



Kuvio 2. Opinnäytetyö prosessi kehittämistyössä. (Mukaillen Kananen 2012.)

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) naisten poliklinikan käyttöön potilasopas, joka auttaa lapsetonta paria harkitsemaan adoptiota tai sijaisvanhemmuutta vaihtoehtona perheen täydentämiseen. Potilasopas voidaan antaa pareille, joiden lapsettomuushoidot joudutaan lopettamaan tuloksettomina. Oppaassa kerrotaan adoptioprosessista, mitä vaaditaan adoptiota hakevalta ja minkäläisten tahojen kautta voi adoptoida, sekä mitä sijaisvanhemmuus on ja miten tulla sijaisvanhemmaksi. Potilasopas voidaan antaa lapsettomuushoidoissa olevalle parille, hoitojen missä vaiheessa tahansa. Kuitenkin tarpeeksi ajoissa, että pariskunta voi halutesaan lähteä mukaan prosessiin.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää potilasopas tukemaan lapsettomuushoitajien aikana saatua potilasohjausta. Tavoitteena on, että potilasopas tarjoaa työkalun kättilöille haastavassa ja herkässä potilasohjaustilanteessa. Kättilöt voivat potilasoppaan avulla käydä läpi lapsettomuushoidoissa olevan parin kanssa vaihtoehdoisen vanhemmuuden reittejä ja mahdollisuuksia. Kirjallisen potilasoppaan saatuaan pariskunta voi palata aiheen pariin myöhemminkin itselleen sopivana ajankohtana. Potilasoppaan tarkoituksena on antaa tietoa lapsettomalle parille vaihtoehdoisen vanhemmuuden muodoista sekä ohjata heitä eteenpäin, mikäli kiinnostus adoptio- tai sijaisvanhemmuusprosessista herää. Omat tavoitteemme opinnäytetyön myötä oli kehittää omaa ammatti-identiteettiämme opinnäytetyöprosessin aikana ja syventää omaa tietopohjaamme lapsettomuudesta, adoptiosta ja sijaishuolosta sekä potilasoppaan että kirjallisuus katsauksen tekemisestä.

Opinnäytetyön kohdeorganisaatio on Kuopion yliopistollinen sairaala (KYS), joka on yksi viidestä Suomen yliopistosairaalasta. Siellä tarjotaan erikoissairaanhoidon 248 000 Pohjois-Savon sairaanhoidopiiriin asukkaalle ja lisäksi erityistason erikoissairaanhoidon noin miljoonalle itä- ja keskisuomalaiselle asiakkaalle. KYS on maan suurimpia terveydenhuoltoalan opetussairaaloita ja Suomen suurin lääkäreiden kouluttaja. Se työllistää noin 4 300 työntekijää. (PSSHP 2013a.)

Naisten poliklinikalla, naisten osastolla ja naisten akuuttikeskuksessa hoidetaan potilaita, joilla on gynekologisia ongelmia tai sairauksia. Näitä ovat esimerkiksi gynekologiset syövät, gynekologiset tulehdukset, endometrioosi, vuoto- ja hormonihäiriöt, virtsankarkailuhäiriöt, gynekologiset laskeumat, raskaudenkeskeytykset ja keskenmenot sekä lapsettomuus. Naisten poliklinikka on lähete-poliklinikka. Tämä tarkoittaa sitä, että sinne tarvitaan lääkärin lähete. Siellä toimii erilaisia erityispoliklinikoita, kuten gynekologisen syövän, lapsettomuuden, urogynekologian ja äitiyspoliklinikat. Naisten poliklinikalla tehdään pieniä gynekologisia toimenpiteitä ja kohduntähystyksiä paikallisuudutuksessa. (PSSHP 2013b.)

6.2 Opinnäytetyön ideointi, suunnittelu ja toteutus

Tutkimuksen aloittaminen alkaa itseään kiinnostavan aiheen valinnalla. Tämä on tärkeää, koska tutkijan mielenkiinnon tulisi säilyä koko tutkimusprosessin ajan, jotta tutkimuksen tekeminen tuntuisi mielekkäältä ja lopputuloksesta tulisi selkeä. (Lähdesmäki, Hurme, Koskimaa, Mikkola ja Himberg 2012.) Opinnäytetyömme ideointi alkoi syksyllä 2015. Saimme kuulla ideasta opiskelijakollegaltamme, jonka jälkeen otimme yhteyttä KYSin naisten poliklinikalle. Lapsettomuuspoliklinikalla oli tarve adoptiosta kertovalle infokansiolle tai opaslehtiselle, joka voidaan antaa kun pariskunta ei saa omaa lasta lapsettomuushoidoista huolimatta ja hoidot lopetetaan tuloksettomina. Kansion tai opaslehtisen tulisi sisältää tietoa vaihtoehdoisista keinoista tulla vanhemmaksi. Tapaamisessa lapsettomuuspoliklinikan kättilöiden kanssa ohjausmateriaalin muoto tarkentui lehtisen malliin ja siihen toivottiin myös materiaalia sijaisvanhemmuudesta.

Aiheen tarkennuttua aloitimme aihekuvauksen työstämisen ja tiedonhaun lapsettomuudesta, lapsettomuushoidosta, adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta. Meidän tuli selvittää myös minkälaisia asioita tulisi huomioida potilasopasta tehdessä. Aihekuvausemme hyväksymisen jälkeen aloimme työstää työsuunnitelmaa. Työsuunnitelmaa varten tarkensimme hankkimaamme teoriatietoa ja rajasimme

aihetta. Työsuunnitelma on tiivistetty kuvaus opinnäytetyöstä, joten se voi silti elää ja täsmentyä opinnäytetyötä tehdessä (Kananen 2012, 48).

Käytimme aihekuvauksessa ja työsuunnitelmassa tutkimustietoa lapsettomuudesta ja sen hoidosta, sijaisvanhemmuudesta, sijaishuollosta ja adoptiosta. Tutkimuksia etsittiin Medic-, Melinda-, Cinahl ja EBSCO-tietokannoista. Hakusanoina käytettiin sanoja: lapsettomuus, adoptio, sijaisvanhemmuus, adoptiolaki, lapsettomuushoidot ja sijaisperhe. Haimme tietoa myös kirjastoista ja Internetistä. Aloitimme tiedonhankinnan aihekuvauksen aikana ja jatkoimme sitä työsuunnitelmaa kirjoitettaessa. Opinnäytetyön raportin ja oppaan teossa syvensimme aiemmin hankkimaamme tietoa perehtymällä tarkemmin adoptio- ja sijaisperheiden kokemuksiin.

Lähdesmäen ym. (2012) mukaan opinnäytetyön toteutus on usein työn työläin vaihe. Alun perin suunnitelmamme oli valmistaa adoptiosta kertova potilasopas pariskunnille, jossa kerrottaisiin suomalaisesta ja kansainvälisestä adoptiosta, sekä adoptioprosessista ja kriteereistä. Kuitenkin tutustumamme lähdemateriaaliin päädyimme opinnäytetyön ohjaajan kannustamana laajentamaan opasta koskemaan myös sijaisvanhemmuutta, sillä adoption hakijan kriteerit ovat tiukat. Esimerkiksi adoption hakija ei saa olla yli 50 vuotias tai lapsen ja vanhemman ikäero saa olla enintään 45 vuotta kun adoptoitava on alaikäinen. Myös adoptioprosessi on monessa tapauksessa pitkä, joten koimme tarpeelliseksi tuoda esiin myös muita vaihtoehtoja vanhemmuuteen.

Oppaan tilaaja antoi meille oppaan ulkoasun suhteen vapaat kädet. Näin ollen oppaan ei tarvinnut täyttää KYSin ulkoasuvaatimuksia, eikä oppaassa tarvinnut olla KYSin yhteystietoja. Ongelmaksemme ilmeni oppaan kuvitus, sillä tekijänoikeuksista johtuen oppaan kuvitus täytyi tuottaa itse. Hyvän potilasohjeen yksi kriteereistä on, että kuvitus tukee ohjattavaa asiaa. Adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta kertovan oppaan aihealueeseen oli vaikea luoda kuvitusta. Kuvien luonnosteluun ja toteutukseen meni runsaasti aikaa. Ja lopulta päädyimme käyttämään vain yhtä kuvista. Kuvituskuvien puuttumisen vuoksi koimme tarpeelliseksi kuvittaa opasta adoptio- ja sijaisvanhemmuusprosessien havainnointia helpottavilla kaavioilla.

Tilaajan kanssa sovimme aluksi yhden tai kahden A4-arkin pituisesta oppaasta. Adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta löytyi runsaasti teoriatietoa, jonka tiivistäminen muutaman sivun oppaaksi oli hankalaa. Jouduimme rajaamaan aihealueen koskemaan vain adoptiota ja sijaisvanhemmuutta, jotta opas pysyi sovituissa pituudessa sisältäen kaiken oleellisen. Oppaan ulkopuolelle jäivät esimerkiksi lapsettomuuskriisi ja surun käsittely.

Opinnäytetyömme eteni kehittämistyön prosessin mukaisesti. Potilasoppaan kokosimme raportointiosuuden teorian pohjalta noudattaen hyvän potilasohjeen kriteereitä. Opasta muokkasimme ohjaavan opettajan ohjeiden mukaisesti. Tiiviin lopun aikataulun vuoksi emme ehtineet saada palautetta yhteystyökumppanilta, mutta tarkoitus on muokata opas lopullisen muotoonsa saadun palautteen perusteella.

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN JA POTILASOPPAAN ARVIOINTI

Prosessin ja tuotoksen arviointi on osa kehittämistyötä. Kehittämistyöprosessin alussa teimme SWOT-analyysin, jossa arvioimme prosessin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. SWOT-analyysin avulla pystyimme prosessin aikana ja työn lopussa tarkastelemaan opinnäytetyön hyödynnettävyyttä, sekä sen avulla pystyimme itse ohjaamaan prosessin kulkua. SWOT-analyysissa vahvuuksiin ja heikkouksiin vaikuttavat sisäiset tekijät, esimerkiksi työntekijöiden välinen ilmapiiri tai tuotoksen ominaispiirteet. Mahdollisuudet ja uhat ovat taas ulkoisia tekijöitä, toisin sanoen työntekijöistä tai tuotoksesta riippumattomia asioita. (OK-opintokeskus 2013; Opetushallitus 2013.)

Opinnäytetyötä varten tekemämme SWOT-analyysi on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. SWOT analyysi (Mukaiillen Opetushallitus 2013.)

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aina ajankohtainen aihe • Tarve suoraan työelämästä • Kokemusta opaslehtisten teosta ja taittamisesta • Ohjelehtisen arvioinnissa mukana (lapsettomuushoidoista vastaava) lääkäri ja lapsettomuushoitaja 	<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kummallakaan ei ole kokemusta lapsettomien parien ohjaamisesta • Ei välttämättä saada parien (asiakkaiden) arviota oppaasta • Yhteydenpitoon liittyvät haasteet (esim. opettaja ja yhteistyökumppani)
<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Käyttöön käytännön työhön • Lisätä omaa tietoa lapsettomuudesta, adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiivis aikataulu • Aikataulun mahdollinen venyminen • Välimatka (tekijät eri paikkakunnilla)

Heikkouksiin luoteltu kokemattomuutemme lapsettomien parien ohjauksesta toi ongelmaksemme poimia olennainen laajasta teorian tietomäärästä. Opinnäytetyötä tehdessämme tiivistimme keräämäämme teorian tietoa. Kartoitettuaamme omaa tietouttamme adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta pystyimme kehittämään mielestämme selkeän oppaan pariskunnille adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta. Opinnäytetyön oli tarkoitus valmistua nopeasti, mutta prosessi venyi, joka myös oli uhkatekijä. Opinnäytetyön tekeminen oli mielekästä, koska teimme työtä todelliseen tarpeeseen suoraan asiakkaalle.

7.1 Potilasoppaan kokoaminen ja arviointi

Potilasopasta lähdimme tekemään tiedon haun ja tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella. Potilasoppaan sisällön kokoaminen oli haasteellista, sillä tietoa oli paljon ja tieto/tilastot ehtivät muuttua prosessin aikana. Potilasoppaan tekemistä ohjasivat hyvän potilasoppaan kriteerit ja tunnusmerkit, joita on käsitelty kappaleessa 5. potilasohjaus.

Potilasopasta arvioivat tilaaja KYSin naisten poliklinikan lapsettomuustiimi, opettaja ja ystävät. Ennen kuin lähetimme potilasoppaan opettajalle ja lapsettomuustiimille, opasta oli jo useampaan kertaan muokattu. Opinnäytetyön viivästyminen vaikeutti yhteistyötä opettajan ja lapsettomuustiimin kanssa. Viivästymisen vuoksi lopussa aikataulun suhteen tuli kiire, jonka vuoksi emme ehtineet saamaan lapsettomuustiimiltä viimeisestä potilasoppaan versiosta palautetta ennen opinnäytetyömme arvioitavaksi jättämistä. Opas muokataan lopulliseen muotoonsa palautteen tultua.

Haasteellisinta oli kuvituksen tuottaminen. Potilasoppaan kuvituksena on yksi itse tehty piirros, sillä valokuvien käytössä olisi tullut ottaa huomioon kuvan käyttöoikeudet ja luvat kuvissa olevilta henkilöiltä. Myöskään naisten poliklinikka ei tarjonnut meille valmiita kuvituskuvia. Ulkonäköön pyrimme vaikuttamaan parantavasti tekstin muotoilulla ja kaavioilla.

Rouvinen-Wilenius (2007, 8-11) on luonut kriteeristön terveysaineiston tuottamisen ja arvioinnin tueksi. Rouvinen-Wileniuksen kriteeristössä on määritelty terveysaineiston laatukriteerit. Laatukriteerien tarkoitus on auttaa terveysaineiston kehittämisessä ja arvioinnissa, sekä parantaa terveysaineiston laatua kohderyhmän näkökulmasta ja tukea terveysaineiston johdonmukaista arviointia.

Potilasoppaan arvioinnissa käytettiin Rouvinen-Wileniuksen luomaa terveysaineistojen laatukriteeristöä. Standardissa 1. käsitellään muun muassa sitä, että aineistolla on selkeä ja konkreettinen tavoite, sekä sitä, onko aineisto luotettava ja tasapainoinen. Opinnäytetyömme tavoite on kehittää KYSin lapsettomuushoidoista vastaaville kättilöille työkalu ohjauksen tueksi ja mahdollistaa asiakkaiden tiedon saanti adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta. Oppaassa pyrittiin antamaan tietoa selkeästi ja ymmärrettävästi, sekä huomioimaan eri tilanteita, joissa potilasopasta pystytään käyttämään (hoitojen aikana/niiden jälkeen). Oppaasta tuli kokonaisuudessaan selkeä ja erilaisiin tilanteisiin sopiva. Standardi 2. käsittelee terveyden taustatekijöitä. Oppaassa ei ole otettu kantaa lapsettomuuteen, joka on kohderyhmän taustatekijä.

Standardit 3. ja 4. käsittelevät muun muassa sitä, vahvistaako aineisto asiakkaan tilanteen hallintaa ja auttaako löytämään ratkaisuja. Standardissa 4. käsitellään sitä, motivoiko aineisto yksilöä ja kannustaako kriittisyyteen. Tässä työssä opas tarjoaa selkeää ja tiivistettyä tietoa adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta sekä ohjaa asiakasta, minne voi ottaa yhteyttä saadakseen lisää tietoa. Lukijaa voi helpottaa tieto siitä, että biologisen lapsen sijasta on muitakin mahdollisuuksia tulla vanhemmaksi. Tämä voi lisätä hallinnan tunnetta. Opas on yksiselitteinen ja perusteltu, vaikka sen toteuttamisessa oli haasteita. Haastavaa oli esimerkiksi se, miten virallisten tilastojen lukujen esittäminen saattaa antaa suuremman kuvan esimerkiksi adoptioiden määrästä. Sillä adoptioiden kokonaislukumäärää lisää perheensisäiset adoptiot ja yli 18-vuotiaiden adoptiot. Oppaassa pyrittiin kertomaan totuudenmukaisesti ja kannustavasti siitä, että adoptioprosessi on vaativa ja kesto voi vaihdella.

Standardi 5. käsittelee muun muassa sitä, kunnioitetaanko kohderyhmää, onko aineisto rakennettu selkeälle kohderyhmälle ja onko aineisto rakennettu havainnollisesti. Opasta on rajattu niin, että siitä

on jätetty pois lapsettomuskriisin ja suruprosessin käsittely. Opas käsittelee vain adoptiota ja sijaisvanhemmuutta tilanpuutteen ja selkeyden vuoksi. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen päädyttiin valitsemaan oppaan sanamuodot niin, että opas käy myös naispareille ja yksin hoidoissa käyville. Potilasopas on suunnattu selkeästi kohderyhmälle (lapsettomuushoidoissa käyvät asiakkaat). Opas käsittelee konkreettisesti sitä, miten adoptio- tai sijaisvanhemmuus prosessin voi aloittaa. Potilasopas on suomenkielinen, jolloin se rajaa kohderyhmästä pois suomen kieltä osaamattomat.

Standardi 6. käsittelee muun muassa aineiston ajantasaisuutta ja luotettavuutta. Mielestämme opas on tasapainoinen kokonaisuus, se antaa asiakkaalle sopivasti tietoa adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta, ja ohjaa asiakasta etsimään lisätietoa tai ottamaan yhteyttä eri tahoihin prosessin alkuunsaattamiseksi. Opas on johdonmukainen ja kattava kokonaisuus ja sieltä löytyy maininta esimerkiksi Kellan etuuksista. Oppaasta löytyy selkeästi, mistä asiakas voi etsiä lisätietoa, sekä mihin asiakas voi ottaa yhteyttä, jos haluaa aloittaa adoptio- tai sijaisvanhemmuusprosessin. Työssä on käytetty luotettavia ja ajankohtaisia lähteitä. Standardissa 7. käsitellään pääasiassa aineistoja, jotka on julkaistu Internetissä. Käytännössä oppaan voisi julkaista myös Internetissä, tällöin oppaaseen tulisi lisätä esimerkiksi materiaalin muokkausajankohta, sekä oppaan tekijät.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää opiskelijan taitoja ja tietoja ja siinä on otettava huomioon eettisiä asioita, jotka kyseiseen opinnäytetyöhön ja sen tekemiseen liittyy. Opinnäytetyön aiheen on oltava tarpeellinen ja tietoa lisäävä. (Kananen 2014, 45–47.) Opinnäytetyömme tuotoksena syntynyt Kiertotietä perheeksi -potilasopas tuottaa tarpeellista tietoa adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta kiinnostuneille pareille. Adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta kertovaa potilasopasta ei tällä hetkellä ole KYSin naisten poliklinikalla käytössä.

Eettisyys on tässä työssä huomioitu muun muassa opinnäytetyön aiheen valinnassa, sillä tällaista opaslehtistä ei ole vielä tehty ja sille on tarvetta KYSillä. Työssä on myös otettu huomioon tarjotun tiedon luotettavuus ja se, että asiat tarjotaan oppaassa sopivassa muodossa asiakasta arvostaen. On myös eettisesti tärkeää, että potilasoppaan tiedot ovat sopivasti rajattuja ja oikeita, eivätkä ohjaa oppaan lukijaa harhaan. Työssä on siksi käytetty monipuolisesti vain luotettavia lähteitä. Lisäksi on otettu huomioon adoptiota ja perhehoitoa käsittelevät lait ja koottu viimehetkistä tietoa virallisten palvelutuottajien nettisivuilta. Muiden lähteiden luotettavuutta on myös arvioitu kriittisesti ennen niiden käyttöä. Työssä ei myöskään ole käytetty plagiointia tai väärentämistä.

Haimme opinnäytetyöhön tutkimusluvan helmikuussa 2016 KYSin naistentautien palveluyksikön ylihoitajalta. Yhteistyökumppani KYS antoi vapaat kädet oppaan suhteen ja heidän osallistumista tarvittiin valmiin työn arvioinnissa. KYSin lapsettomuushoidoissa käyville asiakkaille potilasopas antaa tiivistettyä ja luotettavaa tietoa adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta yhdessä paketissa.

Potilasoppaan käytettävyydessä on otettu huomioon se, että opas sopii pariskunnille ja yksin hoidoissa käyville. Potilasopasta voidaan myös jakaa milloin tahansa lapsettomuushoitajien aikana tai niiden jälkeen, mikäli aihe paria kiinnostaa. Opas luotiin käsittelemään faktoja adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta rajaten muut asiat ulkopuolelle. Kirjoitusasussa pyrittiin kannustavan sävyyn. Oppaalle oli vaikea luoda esipuhetta, joka ottaisi huomioon herkässä tilanteessa olevan asiakkaan, mutta lyhyt kuvaus vanhemmuudesta voi motivoida ajatuksia toisenlaiseen vanhemmuuteen.

Käytettävyyttä helpottamaan opas tehtiin Word-asiakirjaksi, josta sen voi tulostaa kirjaittositelä ohjelmiston kautta suoraan opaslehtisen muotoon. Potilasopas on suunniteltu tulostettavaksi kaksipuolisena. Kirjaittositelä ohjelmistolla tulostettuna A4-arkin toiselle puolelle tulostuu vaakatasoon kaksi potilasoppaan sivua. Sivuja potilasoppaassa on yhteensä kahdeksan, joten kaksipuolisena tulostuksena tulostin käyttää kaksi A4-paperiarkkia. Yhden sivun koko on siis A5. Teksti ja kuvat on aseteltu sopimaan opaslehtiseen. Opaslehtinen toimii hyvin myös mustavalkoisena. Tarvittaessa opas voidaan myös laittaa sähköisesti tarjolle.

8.1 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys

Tämä opinnäytetyö kehitti valmiuksiamme kirjallisuuskatsauksen tekemiseen. Prosessin edetessä opimme monipuolisen teorian tiedon etsintää tietokannoista sekä opimme arvioimaan teorian tiedon luotettavuutta. Opimme erilaisten tietokantojen käyttöä, tiedonhakuja ja tekstisynteesin toteuttamista. Myös tieteellisen kirjallisuuden etsiminen ja lukeminen on tullut meille prosessin myötä tutuksi. Tulevaisuudessa osaamme etsiä suomen- ja englanninkielisistä lähteistä näyttöönperustuvaa ja luotettavaa teorian tietoa hoitotyömme perustaksi. Näin pystymme esimerkiksi perustelemaan hoitopäätöksiä näyttöön perustuvasti, mikä tulisi olla terveydenhuollossa yleinen toimintamalli.

Opinnäytetyön teorian tietoon syventyminen on lisännyt valmiuksiamme lapsettomuushoitoasiakkaiden kanssa työskentelyyn. Käsittelemme mukaan lapsettomuus lisääntyy ja tämän asiakasryhmän kohtaaminen tulee varmasti vastaan tulevaisuudessa kättilön työtä tehdessämme. Aihe on herkkä ja työtä tehdessä meidän oma ajattelumme ja pohdintamme ovat saaneet uusia monipuolisempia ulottuvuuksia. Potilasoppaan tekemisessä meidän piti miettiä tarkasti, miten asiat ilmaistaan mahdollisimman kannustavasti ja asiakasta arvostaen.

Tilastojen tulkinta ei ollut niin yksinkertaista, kuin oletimme ja teimme mielestämme yllättäviä havaintoja. Tilastojen mukaan ulkomaisten adoptioiden määrät vähenevät vuosi vuodelta. Osasyynä on se, että kohdemaita pyrkivät tukemaan perheitä kotimaassaan ja tarvittaessa järjestämään lapsille perheet omasta maastaan. Lisäksi tasa-arvoisen avioliittolain vuoksi adoptiot Venäjältä ovat päättyneet kokonaan. (MTV 2016.)

8.2 Jatkotutkimus ja kehittämisideat

Opinnäytetyössä opas on rajattu käsittelemään adoptiota ja sijaisvanhemmuutta, jotta opas pysyisi sovitussa pituudessa. Toteutusprosessin aikana pohdittiin, tarvitaanko oppaan alussa tekstiä lapsettomuuskriisin kokemuksista ja surunkäsittelystä. Päätimme kuitenkin jättää nämä oppaasta pois. Jatkotutkimukseksi ehdotammekin opasta, joka perehtyisi lapsettomuuskriisin käsittelyyn sekä sitä, mistä löytää tukea käsitellä kriisiä esimerkiksi vertaistukiryhmässä tai terapiassa. Samassa oppaassa voisi mahdollisesti tukea myös pariskuntia, joille adoptio tai sijaisvanhemmuus ei ole sopiva tai haluttu vaihtoehto.

LÄHTEET

ADOPTIOLAKI. L 22/2012 § 6, 7, 22, 27 ja 28. Finlex. [Viitattu 2015-11-10.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120022>

ADOPTIONS CENTRUM 2015. Adoptions statistics. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: <https://www.adoptionscentrum.se/en/Adoptions/Adoption-Statistics/>

ADOPTIOPERHEET RY 2015. Adoptio. [Viitattu 2015-11-10.] Saatavissa: <http://www.adoptio-perheet.fi/adoptio>

CATALANO P.M. ja SHANKAR, K. 2017. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child: British Medical Journal. 8, 356, 1-16.

ELORANTA, T. ja VIRKKI, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Kustannus osakeyhtiö Tammi, Livonia Print, 11-12, 19-20, 22-26, 73

EUROOPAN IHMISOIKEUKSIENSOPIMUS 1950. Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi. [Viitattu 2017-3-09.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>

GARAM, S. 1988. Toivottu lapsi. Adoptio ja sijaisvanhemmuus. Juva: WSOY. 40-41

HAAGIN YLEISSOPIMUS 1903. Yleissopimus lasten suojelusta sekä yhteistyöstä kansainvälisissä lapsiksiottamisasioissa. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1997/19970029>

HARVEL, A., AGARWAI, A., GUNES, S.E., SHETTY, A. ja DU PLESSIS, S.S. 2015. Smoking and male infertility: An evidence-based review. The World Journal of Men's Health, 33(3): 143-160.

HELSINGIN KAUPUNKI 2017a. Adoptio. [Viitattu 2017-03-29.] Saatavissa: <http://www.hel.fi/www/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/lapsiperheiden-palvelut/perheoikeudelliset-asiat/adoptio/>

HELSINGIN KAUPUNKI 2017b. Adoptioevonta. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: <http://www.hel.fi/www/sote/fi/palvelut/palvelukuvaus?id=3519>

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPAIKKA 2015. Raskaana olevan kivun hoito. [Viitattu 2016-02-02.] Saatavissa: http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/kivun-hoito/kivunhoito-leikkauksen-jalkeen/eri_potilasryhmia/raskaana_olevan_kivun_hoito/Sivut/default.aspx

HOVATTA, O. 2011. Seksologiaa: Julkaisussa: YLIKORKKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 136–140.

HYVÄRINEN, R. 2005. Millainen on hyvä potilasohje? [Viitattu 2015-12-02.] Saatavissa:

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

IHME, A. ja RAINTO, S. 2014. Naisen terveys. 2., uudistettu painos. Porvoo: Edita. 152–153, 134, 154

INTERPEDIA 2015a. Adoption lähtökohdat. [Viitattu 2015-11-10.] Saatavissa: <https://interpedia.fi/kansainvalinen-adoptio/adoptio/adoptio/adoption-lahtokohdat/>

INTERPEDIA 2015b. Tietoa Interpediasta. [Viitattu 2015-12-03.] Saatavissa: <https://interpedia.fi/tietoa-interpediasta/>

INTERPEDIA 2015c. Kehitysyhteistyö. [Viitattu 2015-12-03.] Saatavissa: <https://interpedia.fi/kehitysyhteistyo/kehitysyhteistyo/>

INTERPEDIA 2017a. Odotus aika. [Viitattu 2017-09-03.] Saatavissa: <https://interpedia.fi/kansainvalinen-adoptio/adoptio/adoptioprosessi/odotusaika/>

INTERPEDIA 2017b. Lapsiesitys ja hakumatka. [Viitattu 2017-09-03.] Saatavissa: <https://interpedia.fi/kansainvalinen-adoptio/adoptio/adoptioprosessi/lapsiesitys-ja-hakumatka/>

INTERPEDIA 2017c. Seuranta. [Viitattu 2017-09-03.] Saatavissa: <https://interpedia.fi/kansainvalinen-adoptio/adoptio/adoptioprosessi/seuranta/>

KANANEN, J. 2014. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Juvenes Print. 45–47

KARHUMÄKI, H. 2005. Lapsi suoraan sydämeen - kokemuksia adoptiosta. Hämeenlinna: Karisto Oy. 13, 19-20

KAUKORANTA S. ja SUIKKARI A. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. Suomen Lääkärilehti 26 – 31/2012 s 2065-2066.

KELA 2017a. Adoptio. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: <http://www.kela.fi/adoptio>

KELA 2017b. Adoptiotuki ulkomaan adoptioon. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: <http://www.kela.fi/adoptiotuki>

KETONEN, K. 2012. Lapsettomuus: Julkaisussa: PAANANEN, U., PIETILÄINEN, S., RAUSSI-LEHTO, E., VÄYRYNEN, P. ja ÄIMÄLÄ, A. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita, 613 – 614, 617-618.

KLEMETTI, R. ja HAKULINEN-VIITANEN, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. THL. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. 70

LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUDESTA 17.8.1992/785 § 5. Finlex. [Viitattu 2017-01-02.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LASTENSUOJELULAKI 417/2007 § 4, 40, 47 ja 75. Finlex. [Viitattu 2016-02-08.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L9>

LASTENSUOJELUN KESKUSLIITTO 2016. Lastensuojelupalvelut. [Viitattu 2016-02-08.] Saatavissa: <https://www.lastensuojelu.info/lapsiperheiden-palvelut/>

LEAVER, R.B. 2016. Male infertility: an overview of causes and treatment options: British Journal of Nursing, Vol 25, no. 18, 35-40.

LIPPONEN, K., KYNGÄS, H. ja KÄÄRIÄINEN, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino. 66

LÄHDESMÄKI, T., HURME, P., KOSKIMAA, R., MIKKOLA, L. ja HIMBERG, T. 2012. Tutkimusprosessi. [Viitattu 2015-12-02.] Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi>

MIKKELSSON, K. 2015. Tie sijaisvanhemmuuteen. Narratiivinen tutkimus sijaisvanhemmaksi ryhtymisen syistä, odotuksista ja haasteista. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Sosiaalityön Pro Gradu -tutkielma. 25-29, 68-69 [Viitattu 2016-02-09.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97163/GRADU-1432552786.pdf?sequence=1>

MTV 2016. Ulkomailta adoptoidaan yhä vähemmän -Venäjältä ei saa enää yhtään adoptiolasta. [Viitattu 2017-03-01.] Saatavissa: <http://www.mtv.fi/uutiset/kotimaa/artikkeli/ulkomailta-adoptoidaan-ya-vahemman-venajalta-ei-saa-ena-adoptiolapsia/5943670>

OKSANEN, H. 2014. Elintavat ja lapsettomuus. [Viitattu 2015-11-13.] Saatavissa: <https://www.dextralapsesttomuusklinnka.fi/blogi/2014/06/26/elintavat-ja-lapsettomuus/>

PAAVONEN, J. 2011. Gynekologiset infektiot: Julkaisussa: YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 287–290.

PELASTAKAA LAPSET RY 2015a. Adoptio. [Viitattu 2015-11-29.] Saatavissa: <https://www.pelastakaalapset.fi/tyomme-kotimaassa/adoptiot/>

PELASTAKAA LAPSET RY 2015b. Sijaisvanhemmuus. [Viitattu 2015-11-13.] Saatavissa: <http://www.pelastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/perhehoitotoiminta/sijaisvanhemmuus/>

PELASTAKAA LAPSET RY 2017a. Adoptioeuvonta. [Viitattu 2017-3-09.] Saatavissa: <https://www.pelastakaalapset.fi/tyomme-kotimaassa/adoptiot/adoptioeuvonta/>

PELASTAKAA LAPSET RY 2017b. Juurimatkat ja tiedustelut synnyinmaahan. [Viitattu 2017-3-09.] Saatavissa: <https://www.pelastakaalapset.fi/tyomme-kotimaassa/adoptiot/kansainvalinen-adoptiopalvelu/juurimatkat-ja-tiedustelut-synnyinmaahan/>

PERHEENTUPA, A. ja SANTALA, M. 2011. Endometriooosi, adenomyoosi ja salpingitis isthmica nodosa. Julkaisussa: YLIKORKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 93 – 101.

PERHEHOITOLAKI 263/2015 § 1 – 3. Finlex. [Viitattu 2016-02-08.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>

PESÄPUU 2010. Sijaisvanhempien valmennus. [Viitattu 2016-02-08.] Saatavissa: <http://www.pesapu.fi/pride-ohjelma/valmennus/>

PRUUKI, H., TIIHONEN, R. ja TUOMINEN, M. 2015. Toisenlainen tie. Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Viro: Tallinna Raamatutrükikoda. 15-16, 85-87, 88, 91-92

PSSHP 2013a. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. [Viitattu 2016-02-23.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/sairaanhoitopiiri>

PSSHP 2013b. Naistentaudit. [Viitattu 2016-02-23.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/hoitopalvelut/naistentaudit>

PÖSÖ Tarja 2015. Adoptio ja perhehoito. Julkaisussa: SINKKONEN, Jari ja TERVONEN-ARNKIL, Kaisa (toim.) Lapsi uusissa oloissa. Duodecim. Tallinna: Printon, 16 – 22.

ROUVINEN-WILENIUS, P. 2007. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto: Terveiden edistämisen keskus ry. [Viitattu 2017-03-10.] Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/232569631_Tavoitteena_hyva_ja_hyodyllinen_terveysaineisto

SALMELA, J. 2015. Lapsen edun ensisijaisuus kansainvälisissä adoptioissa. [verkkojulkaisu] Helsingin yliopisto, Perhe- ja jäämistöoikeuden projekti 2014 – 2015. [Viitattu 2017-03-11.] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154571/Lapsen%20edun%20ensisijaisuus%20kv%20adoptioissa_20150312_2200.pdf?sequence=2

SARIOLA, A-P., NUUTILA, M., SAINIO, S., SAISTO, T. ja TIITINEN, A. (toim.) 2014. Odottavan äidin käsikirja. Duodecim. 1. painos. Bookwell Oy: Porvoo. 416, 418, 422

SINKKONEN, J. 2015. Mitä tulisi ottaa huomioon lasta sijoitettaessa. Julkaisussa: SINKKONEN, Jari ja TERVONEN-ARNKIL, Kaisa (toim.) Lapsi uusissa oloissa. Duodecim. Tallinna: Printon, 148 – 151, 155

SINKKONEN, J. ja TERVONEN-ARNKIL, K. 2015. Adoptoidut lapset ja nuoret. Julkaisussa: SINKKONEN, Jari ja TERVONEN-ARNKIL, Kaisa (toim.) Lapsi uusissa oloissa. Duodecim. Tallinna: Printon, 42 – 49.

SUOMEN PERHEHOITOPALVELUT 2015. Tukipalvelut – et ole yksin. [Viitattu 2015-11-11.] Saatavissa: http://www.perhelapselle.fi/perhehoito_tuki

SÖDERSTRÖM-ANTTILA, V. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen infertilitaetti. Suomen Lääkärilehti 39/2010 s 3123.

SÖDERSTRÖM-ANTTILA, V. 2014. Ennakoiva munasolupakastus ei-lääketieteellisistä tai sosiaalisista syistä. Suomen Lääkärilehti 23/2014 s 1712-1713.

THL 2016a. Avoimen adoption merkitys lastensuojelussa. [Viitattu 2017-02-03.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/avoimen-adoption-merkitys-lastensuojelussa>

THL 2016b. Lastensuojelun käsikirja. [Viitattu 2016-02-08.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja>

THL 2016c. Lastensuojelu 2015. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/lasten-nuorten-ja-perheiden-sosiaalipalvelut/lastensuojelu>

THL 2017. Lastensuojelu 2015. Kodin ulkopuolella sijoitettujen lasten ja nuorten määrä väheni vuonna 2015. [Viitattu 2017-02-15.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/lasten-nuorten-ja-perheiden-sosiaalipalvelut/lastensuojelu>

TIITINEN, A. 2013. Raskaus ja tupakointi. Terveyskirjasto. [Viitattu 2015-11-13.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00984

TIITINEN A. 2015a. Adoptio. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-11-10.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01117

TIITINEN A. 2015b. Lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 2015-01-29.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151

TIITINEN, A, ja UNKILA-KALLIO, L. 2011. Lapsettomuus. Julkaisussa: YLIKORKKALA, Olavi ja TAPANAINEN, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 175 – 193.

TILASTOKESKUS 2016. Adoptioiden määrä väheni vuonna 2015. [Viitattu 2017-02-15.] Saatavissa: http://www.stat.fi/til/adopt/2015/adopt_2015_2016-06-10_tie_001_fi.html

TULPPALA, M. 2007. Kun vauva viipyy - lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Väestöliitto. 12

TUPAKKAKOULUTUS 2016. Urologia. Itä-Suomen yliopisto. [Viitattu 2017-03-28.] Saatavissa: <http://www.uef.fi/fi/web/tupakkakoulutus/14.-urologia>

ULANDER, V-M., KAAJA, R. ja TULPPALA, M. 2002. Toistuva keskenmeno. Duodecim [digilehti] 118, 165 – 171. [Viitattu 2016-02-04.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92733.pdf>

VÄESTÖLIITTO 2015. Lapsettomuushoidot [Viitattu 2015-11-10.] Saatavissa: <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka/lapsettomuushoidot/>

YK:N YLEISSOPIMUS LAPSEN OIKEUKSISTA 1989. [Viitattu 2017-03-09.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060>

LIITE 1: KIERTOTIETÄ PERHEEKSI-POTILASOPAS

Kiertotietä Perheeksi

tietoa adoptiosta ja sijaisvanhemmuudesta



Vanhemmuus

Vanhemmuus on elämän mittainen ennustamaton rikas seikkailu, koska lapsen kasvaessa huolet ja ilot muuttuvat hänen mukanaan. Keskeisintä on lapsen kanssa arjen jakaminen. Vanhemmuus on läsnäoloa, auttamista, rajojen asettamista, lapsen kehittymisestä ja oppimisesta huolehtimista, sekä yksilöllistä huomioimista. Elämän mittaisessa prosessissa, vanhemmuudessa on mahdollisuus kasvaa ja kehittyä.

Adoptio

Adoptio on yksi tapa tulla vanhemmaksi. Adoption lopputuloksena on omia lapsia ja oikeita vanhempia. Adoptiossa tärkeää on löytää lapselle turvallinen ja pysyvä koti. Adoptio luo purkamattoman suhteen adoptoidun lapsen ja adoptiovanhempien välille. Adoptiolapsella tai nuorella on perheessä yhtäläinen oikeudellinen asema kuin biologisella lapsella.

Adoptio on oikeudellinen toimenpide, jossa adoptoitavan ja adoptiovanhemman välille muodostetaan perhesuhde. Samalla adoptoitavan juridinen suhde biologisiin vanhempiin purkautuu. Adoptio voi olla kotimainen tai kansainvälinen. Adoptiota säätelee Suomen lainsäädäntö (Adoptiolaki 22/2012), lisäksi kansainvälisissä adoptioissa lapsen syntymämaan lainsäädäntö sekä YK:n lasten oikeuksien sopimus (1989) ja Haagin sopimus (1993). Lainsäädännön ja sopimusten tarkoituksena on varmistaa lapsen etujen toteutuminen.

Adoptiolapsen vanhemmalla on oikeus vanhempainrahaan ja lapsilisään siitä lähtien kun lapsi on otettu hoitoon perheeseen. Lisäksi adoptiovanhemmat voivat hakea Kelalta äitiysavustusta ja isyysrahaa.

Tilastokeskuksen 2015 tilastojen mukaan Suomessa tehtiin 407 adoptiota, joista kotimaisia oli 284 ja kansainvälisiä 123. Tilastokeskuksen tilastoihin lasketaan mukaan esimerkiksi perheensisäiset adoptiot ja yli 18-vuotiaat adoptoidut. Valviran adoptiolautakunnan tilastojen mukaan 2015 Suomeen adoptoitiin ulkomailta 93 lasta ja vuonna 2016 58. Adoptioperheet ry:n mukaan kotimaisia niin sanottuun vieraslapsi adoptioon annettuja lapsia on noin 30–50 vuosittain. Suurin osa adoptoiduista on alle viisivuotiaita lapsia, ja ulkomailta adoptoitava lapsi on harvoin yli 10-vuotias. Suomeen adoptoitiin ulkomailta eniten Etelä-Afrikasta, Kiinasta ja Thaimaasta.

Adoptiokriteerit

Adoptiolain mukaan (adoptiolaki 22/2012) adoptio on mahdollinen 25 vuotta täyttäneille, hakija ei kuitenkaan saa olla yli 50-vuotias. Kun adoptoitava on alaikäinen, lapsen ja vanhemman ikäeron tulee olla vähintään 18 vuotta ja enintään 45 vuotta. Ikärajoilla pyritään turvaamaan lapselle huolenpito aikuisikästä asti. Adoptiota voi hakea naimisissa oleva aviopari yhdessä tai hakija yksin. Yksinkertaisesti halu perustaa perhe ja saada lapsi osaksi omaa perhettään on riittävä syy adoptioon. Adoptiossa vanhemmalla on elämänmittainen vastuu lapsesta, aivan niin kuin olisi biologisesta lapsestaan.

Kansainvälisissä adoptioissa kriteerit voivat vaihdella kohdemaan mukaan. Ulkomaisilla adoptioviranomaisilla on omia kriteereitä koskien muun muassa hakijoiden ikää, taloudellista tilannetta tai avioliiton kestoa. Kaikki kohdemaat eivät hyväksy yksin hakijoita ja sijoittavat usein lapsen ensisijaisesti lapsettomille aviopareille. Adoptiota hakevalla ei saisi olla lapsen huolehtimista haittaavaa sairautta tai vammaa.

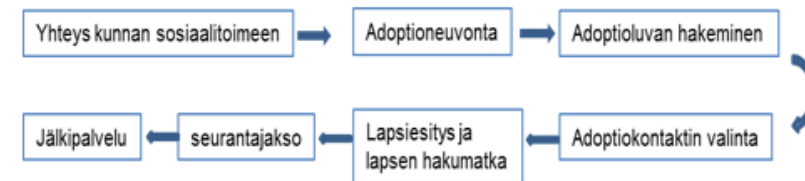
Adoptioprosessi

Adoptioprosessi vie paljon aikaa ja edellyttää sitoutumista. Adoptioprosessi alkaa yhteydenotosta oman kunnan sosiaalitoimeen, josta pariskunta tai yksin hakija ohjataan adoptioneuvontaan. Adoptioneuvontaa antaa kuntien sosiaalitoimi tai Pelastakaa Lapset ry:n aluetoimisto.

Adoptioneuvonta on lakisäateistä ja maksutonta, kestoltaan noin vuoden. Adoptioneuvonnan tarkoituksena on auttaa hakijoita arvioimaan omia edellytyksiään adoptiovanhemmiksi. Adoptio on suuri muutos hakijan elämässä ja adoptioneuvonnalla pyritään myös tukemaan vanhemmaksi kasvamista. Adoptioneuvonta käsittää keskimäärin kahdeksan tapaamista, sekä yleensä yhden kotikäynnin. Adoptioneuvonnan teemoja ovat hakijoiden motiivit, kasvatuskyyvyt, sosiaaliset suhteet ja terveydentila. Neuvonnassa käydään myös läpi adoptiolapsen taustaan ja terveyteen liittyviä asioita.

Adoptioneuvonnan jälkeen sosiaalityöntekijä kirjoittaa kotiselvityksen adoptioneuvonnan tuloksista ja siitä, onko perheellä edellytyksiä adoption hakemiseen. Sen jälkeen pari voi hakea adoptiolupaa adoptiolautakunnalta. Lupa on voimassa kaksi vuotta, jonka jälkeen tähän voi hakea jatkoa. Kansainvälisissä adoptioissa kotiselvitys lähetetään

valitulle lapsia adoptioon antavalle kohde maalle. Lisäksi kansainvälisissä adoptioissa hakijan pitää olla rekisteröitynyt adoptiopalvelunantajan asiakkaaksi (Pelastakaa lapset ry tai [Interpedia](#)).



Kotimaista adoptiota harkitsevien on hyvä varautua, siihen että odotusaika on pitkä. Kansainvälisissä adoptioissa lapsen odotusaika voi vaihdella suuresti kohdemaista riippuen vuodesta useaan vuoteen. Odotusaika on valmistautumista adoptiovanhemmuuteen. Adoption hakijan on mahdollista osallistua eri järjestöjen kautta monenlaiseen toimintaan, niiden kautta on mahdollista saada vertaistukea, tietoa ja esimerkiksi perehtyä kohdemaan kulttuuriin ja kieleen.

Kun perheelle on nimetty lapsi, perhe saa lapsiesityksen. Lapsiesityksessä tulee ilmi lapsen terveydentilaa ja taustaa koskevia seikkoja. Lapsiesityksen saatuaan adoptionhakijat voivat halutessaan käydä läpi lapsen terveystietoja niihin erikoistuneen lääkärin kanssa. Hyväksytyään lapsiesityksen tulevat adoptiovanhemmat voivat lähteä hakumatkalle kohdemaan käytänteiden mukaisesti.

Lapsen saavuttua adoptioperheeseen adoptioneuvonta jatkuu sosiaalityöntekijän seurantakäynneillä. Lapsen tulo perheeseen tuo uusia tilanteita ja ajatuksia, joita on hyvä käydä läpi sosiaalityöntekijän kanssa. Seurannan tarkoituksena on tukea perhettä, sekä välittää lapsen ja perheen kuulumisia lapsen synnyntuomaan seurantaraporttien muodossa. Seuranta-ajan pituus vaihtelee lapsen synnyntuomaan vaatimuksien mukaisesti.

Seurantakäyntien jälkeen sosiaalityöntekijä ja adoptiopalvelunantaja ovat tukena ja apuna osana jälkipalvelua. Jälkipalvelun tärkein tehtävä on adoptiolain mukaisesti tarjota apua yhteydenotossa adoptoidun synnyntuomaan. Adoptiovanhemmat voivat ottaa yhteyttä [jälkipalveluun](#) kun he tarvitsevat tukea adoptoidun taustan selvittämiseen, verkostoitumiseen tai juurimatkan järjestämiseen.

Adoptiota järjestävät tahot

Kotimaisessa adoptiossa lapsen sijoittaa kunnan sosiaalitoimi tai Pelastakaa Lapset ry. Kunnat välittävät adoptioita yleensä oman kunnan sisällä. Kansainvälisiä palvelunantajia ovat [Interpedia](#) ja Pelastakaa Lapset ry. Hakijan on [valittava hakeeko](#) kotimaista vai ulkomaista adoptiota.

Kansainvälisistä adoptioista kertyy kuluja, kuluista lisätietoa adoption järjestäjien nettisivuilta. Kuluihin adoptiovanhemmat voivat hakea Kelalta tukea, tuen suuruus vaihtelee lapsen kotimaasta riippuen.

Sijaisvanhemmuus

Sijaisvanhemmuus on mahdollisuus vanhemmuuteen. Sijaisvanhemmuus on erilaista kuin biologinen vanhemmuus. Esimerkiksi lyhytaikaisissa sijoituksissa sijaisvanhemmat ovat täydentäviä ja tukevia vanhempia. He jakavat vanhemmuuden lapsen biologisten vanhempien kanssa. Perhehoitoa säätelee lastensuojelulaki (Lastensuojelulaki 417/2007) ja perhehoitolaki (Perhehoitolaki 263/2015).

Sijaisperheelle ei ole tiettyjä taustavaatimuksia, koska heidät perehdytetään tehtäväänsä huolellisesti. Ennakovalmennus on lakisääteinen (perhehoitolaki) ja tulee suorittaa ennen sijaisvanhemmaksi ryhtymistä. Sijaisperhe on tavallinen perhe, joka tarjoaa perhehoitoa huostaan otetulle lapselle. Sijaishoito voi olla lyhyt- tai pitkäaikaista. Sijaisvanhemmilta vaaditaan halua ja kykyä hoitaa lasta tai nuorta perheensä jäsenenä, tukien samalla mahdollista lapsen tai nuoren yhteydenpitoa biologisiin vanhempiinsa. Sijaisperheessä huostaan otetulle tarjotaan koti ja kasvuympäristö, josta käsin lapsi voi tavata biologisia vanhempiaan. Myös hyvä yhteistyö paikallisen sosiaalitoimen kanssa on tärkeää. Mikäli lapsen paluu biologisten vanhempien luokse ei ole mahdollista, voidaan harkita sijoituslapsen [adoptioimista](#) jos sijaisperhe ja lapsi tulevat hyvin toimeen.

Prosessi sijaisvanhemmaksi ryhtymisestä

Sijaisvanhemmuus vaatii tietoa, taitoa ja kykyä kiintyä lapseen ja rakastaa lasta kuin omaansa. Lapsella tulee olla mahdollisuus päästä hyvin valmennettuun perheeseen, ja sijaisvanhemmilla on oikeus hyvää ennakovalmennukseen.

Sijaisvanhemmiksi ryhtymisprosessi alkaa yhteydenotolla kunnan sosiaalitoimeen, joka tarjoaa ensitietoa sijaisvanhemmuudesta, sekä ohjaa ennakovalmennukseen. Ennen valmennusta sijaisvanhemmuudesta kiinnostuneeseen perheeseen tehdään kotikäynti ja selvitetään mahdolliset esteet sijaisvanhemmuuteen, kuten esimerkiksi rikosrekisteri tai terveydentila. Ennakovalmennuksen tarkoituksena on ennaltaehkäistä sijoitusten purkautumisia riittämättömän tiedon ja valmentautumisen takia. Vuodesta 2012 alkaen ennakovalmennus onkin ollut pakollinen.

PRIDE-ennakovalmennusta järjestävät kunnat, alueelliset sijaishuoltoyksiköt, lastensuojelujärjestöt ja yksityiset perhehoidon palvelujen tarjoajat. PRIDE-valmennuksesta lisätietoa löydät sivustolta www.sijaisvanhemmaksi.fi. PRIDE-valmennuksessa annetaan tietoa sijaisvanhemmuudesta ja pariskunta saa pohtia halukkuuttaan ja valmiuksiaan ryhtyä sijaisvanhemmiksi yhdessä kouluttajien kanssa. PRIDE-valmennus on prosessi, joka sisältää yhdeksän ryhmätapaamista, mihin liittyvät kotitehtävät, sekä perhekohtaisia tapaamisia. PRIDE-valmennuksen päätyttyä tehdään suullinen ja kirjallinen loppuarviointi. Loppuarvioinnin tavoite on auttaa perhettä tiedostamaan omat valmiutensa ja tekemään tietoon perustuva päätös sijaisvanhemmaksi ryhtymisestä.



Sosiaalityöntekijä pyrkii löytämään lapsen tarpeisiin sopivan sijaisperheen. Lapsen sijoittaminen pyritään tekemään yhteistyössä lapsen ja biologisten vanhempien kanssa. Kun sopiva perhe löytyy, lapsi pääsee tutustumiskäynnille sijaisperheeseen. Mikäli sijaisperhe vaikuttaa lapselle sopivalta, tehdään asiakassuunnitelma ja toimeksiantosopimus. Toimeksianto sopimuksen yhteydessä sovitaan myös hoitopalkkiosta ja muista sijoituksesta aiheutuvista korvauksista. Sijaishuolto päättyy viimeistään lapsen täyttäessä 18 vuotta.

Sijaisvanhemmat saavat apua ja tukea kunnan sosiaali- ja perhetyöntekijöiltä sekä mm. Pelastakaa lapset ry:ltä. Pelastakaa lapset ry:n kotisivuilta löytyy tietoa mm. sijoitettavien lasten perhehoidosta sekä tukiperhe- ja tukihenkilötoiminnasta. Sijaisperheille järjestetään myös vertaistukitoimintaa.



Lisätietoa löytyy alla olevista Internet-osoitteista

Adoptio:

Pelastakaa lapset ry
www.pelastakaalapset.fi
info@pelastakaalapset.fi



Interpedia ry
www.interpedia.fi



Adoptioperheet ry
www.adoptioperheet.fi
www.facebook.com/adoptioperheet



Sijaisvanhemmuus:

Pelastakaa lapset ry
www.pelastakaalapset.fi
info@pelastakaalapset.fi

Perhehoitoliitto ry
www.sijaisvanhemmaksi.fi