

Haaveena lapsi -

Opaslehti lapsettomuushoidoista Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien poliklinikalle

Erika Turunen
Iida Piilonen
Matleena Hiltunen

Opinnäytetyö
Helmikuu 2019
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Kättilön (AMK) tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Hiltunen, Matleena Piilonen, Iida Turunen, Erika	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Helmikuu 2019
	Sivumäärä 58	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Haaveena lapsi - Opaslehti lapsettomuushoidoista Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien poliklinikalle		
Tutkinto-ohjelma Kättilön (AMK) tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Christina, Mantsinen & Elina, Tiainen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien poliklinikka		
Tiivistelmä <p>Suomessa noin joka viides pari kokee lapsettomuutta elämänsä aikana. Syynä voi olla myöhemmällä iällä aloitettu lapsen yrittäminen. Lapsettomuuteen on monia syitä, esimerkiksi korkea ikä, epäterveelliset elintavat, ylipaino, tupakointi ja stressi. Lapsettomuus voi lääketieteellisen ja biologisen kriisin lisäksi luoda psykososiaalista painetta. Lapsettomuus voi vaikuttaa parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen, ja se voi joko yhdistää tai etäännyttää.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Keski-Suomen Keskussairaalan naistentautien poliklinikalle ohjauksen tueksi opaslehti lapsettomuushoidoista. Opinnäytetyön tavoitteena oli toteuttaa toimeksiantajan toiveiden mukaisesti työväline kättilöille ja muulle henkilökunnalle ohjaustyöhön ja tuoda vanhemmuudesta haaveileville pariskunnille tietoa hedelmällisyysterveyden edistämisestä, lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana ja tuloksena syntyi opaslehti, joka tarjosi vanhemmuudesta haaveileville pariskunnille tietoa, minkälaisia lapsettomuushoitoja on mahdollista saada Keski-Suomen Keskussairaalan naistentautien poliklinikalta. Opaslehdessä löytyi myös tietoa hedelmällisyysterveyttä edistävästä tekijöistä, lapsettomuuteen saatavasta tuesta, pariskunnan keskinäisestä vuorovaikutuksesta ja seksuaalisuudesta. Aineisto koostui pääasiassa tutkimuksista, tieteellisistä artikkeleista, suosituksista ja oppikirjoista.</p> <p>Opaslehdessä tehtiin laadukas, jotta siitä on mahdollisimman suuri hyöty asiakkaalle. Laatu varmistettiin tutkitun tiedon käyttämisen lisäksi huolellisella suunnittelulla ja ottamalla huomioon toimeksiantajan toiveet.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Lapsettomuus, lapsettomuushoidot, hedelmällisyys, hedelmällisyysterveyden edistäminen, parisuhde, seksuaalisuus		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Hiltunen, Matleena Piilonen, Iida Turunen, Erika	Type of publication Bachelor's thesis Number of pages 58	Date February 2019 Language of publication: Finnish Permission for web publication: x
Title of publication Child as a dream - Guidebook in infertility treatments for Central Finland Main hospital gynecological and obstetrics clinic		
Degree programme Degree programme in midwifery		
Supervisor(s) Christina, Mantsinen & Elina, Tiainen		
Assigned by Central Finland central hospital of gynecological and obstetrics polyclinic		
Abstract <p>In Finland approximately every fifth couple encounter infertility during their lifetime. Reason may be in trying to have children in older days. There are number of reasons in infertility, for example high age, unhealthy lifestyle, obesity, smoking and stress. Besides being a medical- and biological crisis, infertility also creates psychosocial pressure. Infertility may affect on relationship and sexuality, it can either overarching- or alienating.</p> <p>The purpose of this Thesis is to produce a guidebook in infertility treatments to support guiding for Central Finland central hospital gynecological and obstetrics clinic by according to the wishes of sponsor. Target of this thesis is to carry through a tool for midwives and the rest of the personnel for guiding- and bringing knowledge about contributing fertility health, infertility and infertility treatments. to couples dreaming about being a parent.</p> <p>Thesis was implemented as a research development and as a result a guidebook was made. Guidebook offered knowledge in what kind of infertility treatments are available in Central Finland central hospital gynecological and obstetrics polyclinic for couples dreaming about being a parent. Guidebook also offered knowledge in factors contributing fertility health, support that's available for infertility, mutual communication for couples and in sexuality.</p> <p>Material consisted mainly on researches, scientific articles, references and study books.</p> <p>Guidebook was made high-quality, so that it would make as great a benefit for the client as possible. Quality is ensured by using scientific knowledge and proper planning.</p>		
Keywords/tags (subjects) Childlessness, childlessness treatments, fertility, intimate relationship, sexuality		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto.....	3
2	Tarkoitus ja tavoitteet	4
3	Teoreettiset lähtökohdat	4
	3.1 Hedelmällisyysterveyden edistäminen	4
	3.2 Lapsettomuus	15
	3.3 Lapsettomuustutkimukset	19
	3.4 Lapsettomuushoidot	21
	3.5 Lapsettomuus ja parisuhde	27
	3.6 Psykososiaaliset kriisit	31
	3.7 Opasmateriaalin tuottaminen	33
	3.8 Terveysaineiston laatukriteerit	35
4	Opaslehden toteutus.....	37
	4.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	37
	4.2 Tausta ja tarve	38
	4.3 Kohderyhmä	39
	4.4 Tavoitteet opaslehdelle.....	40
	4.5 Tiedonhaku ja aineiston kuvaus	41
	4.6 Aineiston analyysi.....	42
	4.7 Opaslehden toteutus.....	43
5	Pohdinta	43
	5.1 Arviointi	43
	5.2 Eettisyys ja luotettavuus	44
	5.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	46
	Lähteet.....	47

Kuviot

Kuvio 1. Lapsettomuuden syyt	16
Kuvio 2. PLISSIT – malli	34
Kuvio 3. Terveysaineiston laatuksiteerien standardit (Rouvinen-Wilenius 2007, 9). .	36
Kuvio 4. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi	38

1 Johdanto

Viimeisten 20 vuoden aikana lapsettomien määrä on kasvanut (Lapsettomuus n.d.) ja samaan aikaan vanhemmaksi on tultu yhä vanhemmalla iällä (Rotkirch, Tammissalo, Miettinen & Berg 2017). Kumar & Singhin (2015) mukaan lapsettomuuden kasvu on maailmanlaajuinen ongelma. Tarjoamalla näyttöön perustuvaa ja luotettavaa tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävästä ja heikentävistä tekijöistä voidaan edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 28, 38).

Edistämällä terveitä elintapoja, lisäämällä tietoisuutta esimerkiksi iän ja seksitautien yhteydestä hedelmällisyyteen, vähennetään tahatonta lapsettomuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kiinnitetään huomiota psyykkiseen kuormitukseen, jota tahaton lapsettomuus aiheuttaa. Tahaton lapsettomuus on usein myös psykososiaalinen kriisi ja siihen liittyy myös stressiä sekä vaikeasti käsiteltäviä ja siedettäviä tunteita. Hedelmällisyysterveyden ylläpitäminen on tärkeä lapsettomuutta ehkäisevä tekijä. (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 94-95; Miettinen 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Keski-Suomen keskussairaalan Nais-
tentautien poliklinikalle opaslehti lapsettomuushoidoista. Tavoitteena on, että vanhemmuudesta haaveilevat pariskunnat saavat hyödynnettäväkseen tietoa hedelmällisyyteen ja lapsettomuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä lapsettomuushoidoista. Tavoitteena on, että kätilöt sekä muu hoitohenkilökunta voivat hyödyntää opasmateriaalia asiakastilanteissa sekä kehittää omaa ohjaustyötään. Opinnäytetyön laatijat pystyvät täydentämään ammatillista osaamistaan ja saavat arvokasta tietoa lapsettomuuteen liittyvissä asioissa.

2 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Keski-Suomen keskussairaalan Nais-
tentautien poliklinikalle opaslehti lapsettomuushoidoista. Tavoitteena on, että van-
hemmuudesta haaveilevat pariskunnat saavat hyödynnettäväkseen tietoa hedelmäl-
lisyyteen ja lapsettomuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä lapsettomuushoidoista.
Tavoitteena on, että kätilöt sekä muu hoitohenkilökunta voivat hyödyntää opasmate-
riaalia asiakastilanteissa sekä kehittää omaa ohjaustyötään. Opinnäytetyön laatijat
pystyvät täydentämään ammatillista osaamistaan ja saavat arvokasta tietoa lapset-
tomuuteen liittyvissä asioissa.

3 Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Hedelmällisyysterveyden edistäminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman (2014-2020) mukaan seksuaali-
ja lisääntymisterveyttä on mahdollista edistää välittämällä ihmisten saataville näyt-
töön perustuvaa ja luotettavaa tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävästä ja
heikentävistä tekijöistä. Tavoitteena ohjelmalle on, että kouluissa annettavan seksu-
aalikasvatus jatkuu varhaislapsuudesta nuoruuteen ja aikuisuuteen ja sisältää valis-
tusta, opetusta ja neuvontaa ikätasoisesti. (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 28, 38.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ylläpito otetaan puheeksi lisäksi opiskelutervey-
denhuollossa, työterveyshuollossa, gynekologin vastaanotoilla, perhe-, ehkäisy- ja
äitiysneuvoloissa, äitiyspoliklinikoilla ja neuvoloissa. Lisäksi miehille ja nuorille naisille
kunnat ja kuntayhtymät tarjoavat matalan kynnyksen palvelua seksuaali- ja lisäänty-
misterveyden edistämisestä. (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 89.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävää tietoa välitetään niin terveystarkastuksis-
sa kuin esimerkiksi koulutukseen liittyvän kurssin avulla. Näin tieto kulkee koko oppi-
laitoksen oppilaille. Yhteisten linjausten mukaan oppilaitoksen ja opiskeluterveyden-
huollon työntekijät tekevät yhteistyötä opiskelijaan liittyvissä asioissa suunnitellen

esimerkiksi ehkäiseviä toimenpiteitä opiskelijan tilanteeseen. (Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen 2014.)

Elämäntavoilla on suuri merkitys hedelmällisyyden ylläpitoon, tupakoimattomuus ja normaalipainoisuus ovat keskeisimmässä asemassa (Anttila 2008, 2438-2439). Seksuu- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan hedelmällisyyteen alentavasti vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, yli- ja alipaino, ruokavalio, stressi, runsas tupakointi, alkoholin ja päihteiden sekä joidenkin lääkeaineiden käyttö. (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 88; Tiitinen 2018a; Anttila & Korkeila 2012, 2077; Sharma, Biedenham, Fedor & Agarwal 2013.) Lisäksi seksuaalinen käyttäytyminen (Tiitinen 2018c), seksitaudit (Klamydia 2018) ja erilaiset sairaudet (Tinkanen & Pellas 2013) vaikuttavat hedelmällisyyteen.

Elämäntavat ovat monen tekijän summa, mitä useampia epäsuotuisia tapoja on, sitä enemmän hedelmällisyys laskee. Elämäntapoja parantamalla voidaan lisätä raskauden alkamisen mahdollisuutta, sen ennustetta sekä mahdollisten hedelmöityshoitojen tuloksia. (Anttila 2008, 2438-2439.)

Ikä

Naisen iällä on tutkittu olevan suuri merkitys hedelmällisyyteen (Rothman, Wise, Sorensen, Riis, Mikkelsen & Hatch 2014). Iän vaikutus hedelmällisyyteen on yhtä merkittävässä asemassa kuin elämäntapojen haitat (Anttila 2018, 2441). Naisen hedelmällisyys on korkeimmillaan noin 20-24 vuotiaana. Tämän jälkeen hedelmällisyys alkaa laskea, mutta henkilöstä riippuen, hedelmällisyys voi jatkua vielä 30-vuotiaaksi asti melko korkeana. (Unkila-Kallio & Ranta 2012; Berg 2018). Hedelmällisyys heikkenee nopeasti 35. ikävuoden jälkeen (Jokimaa 2010). Munarakkulat vähenevät iän myötä, mutta noin 37-38-vuotiaana niiden häviämisenopeus kaksinkertaistuu ja hedelmällisyys heikkenee jyrkästi (Söderström-Anttila 2010, 3123). Munarakkuloiden vähenemisen lisäksi munasolut vanhenevat, tällöin munasolu ei välttämättä hedelmöity tai saattaa jakautua poikkeavasti eikä kiinnittymistä kohdun limakalvolle tapahdu. (Jokimaa 2010; Koskimies 2004, 17; Unkila-Kallio & Ranta 2012.) Iän myötä hedelmällisyys heikkenee ja lopulta sammuu 10 vuotta ennen menopaussia eli viimeisiä kuukautisia. On kuitenkin todettu, että hedelmällisyyden loppuminen, kierto-

häiriöt ja menopaussin ajoittuminen on hyvin yksilöllistä. Suomalaisilla naisilla menopaussi on todettu sijoittuvan 45-55 vuosien välimaastoon, keskimäärin 51 ikävuoteen. (Jokimaa 2010; Tiitinen 2018b.) Vaihdevuodet alkavat ennen menopaussia. Niillä tarkoitetaan ajanjaksoa, jolloin munarakkuloiden määrä vähenee, ovulaatiot loppuvat ja estrogeenituotanto hiipuu (Tiitinen 2018b). Nykyään äidiksi tullaan yhä vanhemmalla iällä, ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut jo noin 29 ikävuoteen (Rotkirch ym. 2017; Heino, Vuori, Kiuru & Gissler 2018).

Myös miehen iän on todettu vaikuttavan hedelmättömyyteen, koska tiedetään, että 40 ikävuoden jälkeen siemennesteen tilavuus pienenee, sen määrä vähenee ja siittiöiden tuotanto ja liikkuvuus heikentyy. Heikentymistä voi tapahtua myös siittiöiden rakenteessa. Raskauden alkaminen viivästyy miehen ollessa 40 vuotias riippumatta naisen iästä. (Kaukoranta & Suikkari 2012; Sharma, Agarwal, Rohra, Assidi, Abu-Elmagd & Turki 2015; Koskimies 2004.) On todettu myös, että 75-vuotiailla miehillä on keskimäärin 31 % pienempi kiveksen tilavuus kuin 18-40 vuotiailla (Sharma ym. 2015). Miehen iällä on todettu kuitenkin olevan pienempi vaikutus hedelmällisyyteen kuin naisen iällä (Tiitinen 2018f).

Väestöliiton tutkimuksen mukaan joka viides 20-50-vuotiaista naispuolisista vastaajista arvioi, että hedelmällisyys alkaa laskemaan vasta 40 ikävuoden jälkeen. Vastavasti miehistä 40 prosenttia ei osannut sanoa tai arvioivat hedelmällisyyden laskevan vasta 40 ikävuoden jälkeen. (Miettinen 2014.)

Yli- ja alipaino

Normaali paino ja liikunta ovat hyväksi hedelmällisyysterveydelle (Tiitinen 2018a). Sekä yli- että alipainolla on todettu olevan hedelmällisyyttä heikentäviä vaikutuksia, joten on suositeltavaa, että pariskunnan molemmat osapuolet panostavat painonhallintaan, terveelliseen ruokavalioon ja sopivaan liikuntaan lasta suunnitellessa (Tiitinen 2018a; Unkila-Kallio & Ranta 2012). Lihavuus on yksi merkittävä riski lapsettomuudelle. Vyötärölihavuus on todettu suuremmaksi riskiksi kuin lantiolihavuus. (Tiitinen, Rissanen & Mustajoki 2000, 496-498; Koskimies 2004, 28-29.)

Ylipainoisilla naisilla on muita naisia enemmän ovulaatiohäiriöitä, esimerkiksi heillä esiintyy useammin kuukautisten epäsäännöllisyyttä. Laihdutuksen on todettu vaikuttavan positiivisesti hedelmällisyyteen ja se helpottaa lapsettomuushoitojen toteutusta ja vähentää riskejä hoitojen aikana. (Tiitinen, Rissanen & Mustajoki 2000, 496-498; Koskimies 2004, 28-29.) Jopa puolet ylipainoisista naisista hyötyy jo 5-10 prosentin painon laskusta (Unkila-Kallio & Ranta 2012; Tiitinen, Rissanen & Mustajoki 2000). Lihavuus on riski myös raskauden alkaessa, riski keskenmenoille, raskausajan diabeteksen puhkeamiselle, verenpaineen nousulle sekä raskausmyrkytykselle eli pre-eklampsialle. (Tiitinen, Rissanen & Mustajoki 2000, 496-498; Koskimies 2004, 28-29.) Koeputkihedelmöityshoitoa suunniteltaessa, naista kehoitetaan pudottamaan painoa, koska ylipaino huonontaa lapsettomuushoitojen tuloksia. (Koskimies 2004, 29).

Miehen ylipainolla on todettu olevan yhteys testosteronitason eli sukupuolihormonin vähenemiseen (Mustajoki 2018; Unkila-Kallio & Ranta 2012). Runsaasta rasvakudoksesta muodostuu estrogeeniä eli naishormonia ja se voi jarruttaa siittiöiden tuotantoa (Koskimies 2004, 30; Mustajoki 2017).

Sharman ja muiden (2015) mukaan naisen alipainolla ja kehon liian vähäisellä rasvamäärällä on yhteys munasarjojen toimintahäiriöihin ja hedelmättömyyteen. Normaalipainoon pyrkiminen on tärkeää ja siksi alipainon syyt tulee selvittää huolella. Tautalla voi olla syömishäiriö tai ylenmääräinen liikunta. (Unkila-Kallio & Ranta 2012; Tiitinen 2015, 118.) Alipaino ja liiallinen liikunta haittaavat tärkeiden ravintoaineiden saantia (Tiitinen 2015, 118) ja saavat aikaan vakavia häiriötä homeostaasisessa eli elimistön sisäisessä tasapainossa (Suokas, Gissler, Haukka, Linna, Raevuori & Suvisari 2015; homeostaasi 2018). Hoidossa olevilla, syömishäiriötä sairastavilla on havaittu useammin lapsettomuutta, kuin verrokkiryhmällä. Selvimmät merkit näkyivät laihuushäiriötä sairastavilla, jotka olivat olleet alle puolet harvemmin raskaana verrokkiryhmään verrattuna. (Suokas ym. 2015.)

Miesten alipainon vaikutuksia hedelmättömyyteen on tutkittu vähän, mutta tiedetään kuitenkin, että riskit hedelmättömyydelle on olemassa. Miehen alipainon on todettu vaikuttavan sperman koostumukseen. (Sharma ym. 2015.)

Ruokavalio

Ruokavaliolla on huomattu olevan vaikutusta naisen hedelmällisyyteen (Unkila-Kallio & Ranta 2012; Sharma ym. 2013, 2-3). Monivitamiinien käytön on todettu suojaavan naisen hedelmällisyyttä (Sharma ym. 2013, 2-3), myös D-vitamiinin käyttöä suositellaan. (Anttila 2008, 2438-2439; Pruuki ym. 2015, 118; Unkila-Kallio & Ranta 2012.) Hedelmällisyyttä suojaaviksi tekijöiksi on huomattu myös foolihapon saannista ja rautavaraston ylläpidosta huolehtiminen. Naisen ruokavaliossa, hedelmällisyydelle eduksi ovat kasviproteiinit, kertatyydyttymättömät rasvat, kuitupitoiset ja pienen glykemiaindeksin omaavat ruoka-aineet. (Anttila 2008, 2438-2439; Pruuki ym. 2015, 118.) Hiilihydraattien korvaaminen eläinproteiinilla todettiin heikentävän ovulaatiota, kun taas kasviproteiinilla oli ovulaatiota suojaava vaikutus. (Sharma ym. 2013, 2-3.)

Ruokavaliolla on todettu olevan vaikutusta myös miehen hedelmällisyyteen. Runsaalla hiilihydraatin, kuidun, folaatin, lykopeenin, hedelmien ja vihannesten saannilla on huomattu olevan positiivista vaikutusta miehen hedelmällisyyteen. (Sharma ym. 2013, 2; Unkila-Kallio & Ranta 2012.) Miehillä, jotka olivat käyttäneet muihin miehiin verraten enemmän C- ja E-vitamiinia, Sinkkiä sekä foolihappoa, todettiin parempi sperman laatu. Folaatin eli B-vitamiinin on todettu myös vaikuttavan positiivisesti vanhempien (yli 46 vuotiaiden) miesten siemennesteen laatuun. B-vitamiinia saa esimerkiksi parsakaalista, kukkakaalista, hedelmistä ja pähkinöistä. (Schmid, Eskenazi, Maechetti, Young, Weldon, Baumgartner, Anderson & Wyrobek 2012, 1134.)

Runsaan kahvinjuonnin on huomattu hidastavan raskauden alkamista ja lisäävän alkuraskaudessa keskenmenoja (Koskimies 2004; Sharma 2013, 8). Kofeiinin vaikutuksesta hedelmättömyyteen on kuitenkin ristiriitaista tutkimusaineistoa, mutta jotkut tutkimukset osoittavat, että alle 200 mg/vrk on suositeltava päiväannos. Neuvolat rajoittavat kofeiinin käytön 300 mg/vrk. (Anttila 2018.) Sharma ym. (2013) puolestaan kertovat, että kofeiinia yli 100 mg/vrk käyttävillä keskenmenojen riski on suurempi.

Stressi

Stressillä tarkoitetaan tilannetta, kun ihmisen voimavarat eivät riitä arjen vaatimukseen ja haasteisiin. Jos stressi on lyhytkestoista, se ei yleensä ole haitallista. Tällöin se voi saada ihmisen tekemään parhaansa. Pitkään jatkuva stressi taas voi olla vaarallista monin tavoin. (Mattila 2018.) Pitkään jatkuvalla stressillä voi olla vaikutusta naisen kuukautiskierron häiriöihin, esimerkiksi pitkittyneisiin kuukautisiin tai kuukautisten poisjääntiin (Anttila & Korkeila 2012, 2077; Kuukautiset eivät tule 2018) ja miehen siittiöiden laadun heikentymiseen ja se voi aiheuttaa tilapäistä hedelmättömyyttä. Se ei kuitenkaan yksistään ole todettu syyksi lapsettomuudelle. On huomattu kuitenkin, että stressaantuneet parit (30 % pareista) kokevat hoidot henkisenä taakkana ja jättävät helpommin lapsettomuushoidot kesken. (Anttila & Korkeila 2012, 2077; Boivin, Griffiths & Venetis 2011.)

Stressin vaikutusta koeputkihedelmoityshoitoihin on tutkittu vähän, mutta se kiinnostaa tutkijoita. Krooniseen stressiin liittyy seerumin (soluton osa veressä, joka veren hyytyessä jää jäljelle) kortisolitason kohoaminen, se voi suurentaa munarakkulan esteiden kortisolipitoisuutta ja häiritä munasolujen kypsymisympäristöä. Tästä syystä stressitasolla saattaisi olla vaikutusta koeputkihedelmoityshoidossa munasolujen määrään, laatuun sekä hedelmöittymiseen. (Anttila & Korkeila 2012, 2077-2078; Eskelinen 2016.)

Hedelmällisessä iässä olevien miesten siemennesteen analyysissä todettiin, että miehillä, joilla oli elämässään kuormittavia tekijöitä, oli spermanlaatu heikentynyt. Stressi voi alentaa testosteronitasoa ja sillä voi olla negatiivista vaikutusta siittiötiheyteen sekä siittiöiden liikkuvuuteen ja toimintaan. (Anttila & Korkeila, 2012, 2078; Sharma ym. 2013, 2,4.)

Alkoholi ja huumeet

Alkoholilla on todettu olevan vastakkainen vaikutus naisen ja miehen sukupuolihormoneihin eli testosteronitasoon. Naisen käyttäessä runsaasti alkoholia, testostero-

nitaso nousee ja miehen liikakäytön seurauksena testosteronitaso laskee eli nainen maskuliinisoituu ja mies feminisoituu. (Apter 2016.)

Naisen alkoholin käyttö on huomattu aiheuttavan hedelmällisyyden heikkenemistä ja vaikuttavan häiritsevästi naisen kuukautiskiertoon. Kuukautiset voivat tulla epä-säännöllisesti tai jäädä pois sekä munarakkuloiden kypsymisessä tai irtoamisessa voi esiintyä häiriöitä. (Apter 2006.) Sharma ym. (2013) mukaan alkoholilla on selvä yhteys hedelmättömyyteen, mutta nautitun alkoholin määrällä on väliä ja sillä, saako juomisesta krapulan. Krapulan kokeneet naiset olivat useammin lapsettomia, kuin naiset, jotka eivät kokeneet krapulaa.

Ennen raskauden suunnittelua naisen on järkevää lopettaa alkoholin käyttö. Alkoholi ja huumeet lisäävät keskenmenon ja sikiövaurion riskiä hedelmällisyyden heikentymisen lisäksi. (Tiitinen 2018b.) Myös huumaavien aineiden käyttö ennen raskauden alkua lisää lapsettomuutta, aiheuttaen munasolun irtoamisen häiriöitä sekä sikiön kehityshäiriöitä (Halmesmäki & Kari 1998; Koskimies 2004, 25). Huumaaviksi aineiksi luetaan kannabis, amfetamiini, opioidit, kokaiini ja hallusinogeenit. (Halmesmäki & Kari 1998.) Huumeet aiheuttavat lisäksi esimerkiksi ovulaatio- ja kuukautishäiriöitä, kuukautiset voivat jäädä jossakin tapauksissa kokonaan pois. Myös seksuaalisen aktiivisuuden on todettu heikkenevän huumeita käyttävillä naisilla. (Halmesmäki 2011.)

Miehillä runsas alkoholin ja huumeiden käyttö on todettu aiheuttavan hedelmättömyyttä. Alkoholin ja huumeiden käytön seurauksena esiintyy testosteronitason laskun lisäksi sukupuolihormonien erityksen häiriöitä ja siittiöiden tuotannon heikkenemistä (Koskimies 2004, 25; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011). Testosteronitason laskun seurauksena mies voi kärsiä erektiohäiriöistä (Mustajoki 2018). Tuoreiden tutkimusten mukaan miehillä alkoholin pienikin käyttö vähentää siittiöiden määrää (Tiitinen 2018a) ja lisäksi joidenkin huumeiden on huomattu vaikeuttavan erektion saavuttamista ja ylläpitoa (Sharma ym. 2013, 6). Anabolisten steroidien käytön seurauksena miehen siittiöiden määrä voi vähentyä tai loppua kokonaan sekä niiden seurauksena voi aiheutua eturauhasten liikakasvua (Mustajoki 2018; Hämäläinen 2016, 141). Anabolisten steroidien käytön lopettaminen voi aiheuttaa testosteronitason laskua ja haittavaikutukset voivat kestää jopa vuosia (Hämäläinen 2016, 143; Hämäläinen n.d, 3).

Tupakka

Tupakoinnilla on todettu olevan monia haittavaikutuksia hedelmällisyyteen (Kovac, Khanna & Lipshultz 2015). Tupakointi vaikuttaa oleellisesti lapsettomuushoitojen tuloksiin ja heikentää naisen luonnollista raskaaksi tulemistä (Unkila-Kallio & Ranta 2012). Tiitisen (2017a), Anttilan (2008, 2440) sekä Koskimiehen (2004) mukaan tupakointi heikentää naisilla kohdun ja munasarjojen verenvirtausta aiheuttaen munasarjojen toiminnan heikkenemisen. Tupakointi vähentää munasolujen määrää ja heikentää niiden laatua sekä vaikeuttaa alkion kiinnittymistä kohdun limakalvolle. Tupakoi- villa naisilla vaihdevuodet alkavat tupakoimattomiin naisiin verrattuna vuotta tai kah- ta aiemmin. (Unkila-Kallio & Ranta 2012; Tiitinen 2017a; Anttila 2008, 2440; Koski- mies 2004.)

Miehellä taas tupakointi heikentää sperman laatua sekä vähentää siittiöiden määrää ja liikkuvuutta (Anttila 2008, 2440; Koskimies 2004, Tiitinen & Unkila-Kallio 2012; Kovac, Khanna & Lipshultz 2015). Tupakoivien miesten siittiöistä on löydetty enem- män kromosomivikoja, kuin niillä, jotka eivät tupakoi (Kaukoranta & Suikkari 2012). Vaikka siittiömäärä olisi normaali, tupakointi heikentää miehen hedelmöityskykyä ja lapsettomuushoitojen tulokset huononevat (Unkila-Kallio & Ranta 2012).

Lääkkeet

Kun aloitetaan hedelmällisessä iässä olevalle miehelle tai naiselle lääkitystä, on he- delmällisyyteen vaikuttavat tekijät huomioitava (Kaukoranta & Suikkari 2012; Tiitinen 2018d).

Naisen toivoessa raskautta, on syytä välttää esimerkiksi tulehduskipulääkkeitä ovu- laatioaikana, koska ne voivat heikentää ovulaatiota ja alkion kiinnittymistä (Unkila- Kallio & Ranta 2012). Muidenkin lääkkeiden käyttö voi haitata munasarjojen toimin- taa (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011; Koskimies 2004).

Miehen sperman laatuun ja sitä kautta hedelmöitymisongelmiin voi vaikuttaa eri sairauksien hoitoon käytettävät lääkkeet. Näitä ovat esimerkiksi testosteronihoito, solunsalpaajat, verenpainelääkkeenä käytettävät kalsiumkanavan salpaajat sekä pit- kävaikutteiset sulfat. Testosteronivalmisteiden käyttöä haluttomuuden ja erektio-

ongelmien hoitoon on mietittävä tarkkaan, koska niillä on spermaa huonontava vaikutus.

Lääkkeet, joita käytetään lapsettomuuden hoitoon, voivat pahentaa lapsettomuuteen liittyviä mielialavaihteluita tai masennusta entisestään (Tulppala 2012, 2083-2084).

Seksuaalinen käyttäytyminen

Suomalaisten seksuaalisuudesta tehdyssä tutkimuksessa tuli esille, että pariskunnat eivät harrastaneet yhdyntöjä kovin aktiivisesti (Kontula 2013, 128). Haluttomuus on todettu pariskuntien ongelmaksi monissa parisuhteissa. Haluttomuuteen vaikuttaa hormonaaliset tekijät, ikä ja esimerkiksi yhdyntäkipu. (Huttunen 2017.)

Työuupumus, stressi, alkoholin tai muiden päihteiden väärinkäyttö voi myös aiheuttaa haluttomuutta yhdyntään ja sitä kautta lapsettomuutta (Huttunen 2017b). Myös monet sairaudet voivat aiheuttaa sekä naiselle, että miehelle haluttomuutta. Esimerkiksi Diabetes, masennus, pakko-oireinen häiriö tai sairauden hoitoon liittyvät lääkkeet. (Huttunen 2017c; Huttunen 2017d.) Häiriöt seksuaalielämässä ovat harvinaisimpia syitä lapsettomuudelle, mutta esimerkiksi emätinkouristus voi vähentää seksikertoja tai jopa estää seksin kokonaan. (Tiitinen 2018c; Huttunen 2017e.)

Winkelman, Katz, Smith & Rowen (2016) kertoo tutkimuksessaan, että naisen seksuaaliseen haluttomuuteen vaikuttaa, onko se itsestä vai miehestä johtuvaa. Jos lapsettomuus on enemmän naisesta johtuvaa, on vaikutus seksuaaliseen haluttomuuteen suurempi, kuin jos lapsettomuus johtuu miehestä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että alle 40 vuotiailla primääristi lapsettomilla naisilla esiintyi useimmin vaikutuksia seksuaalisuuteen verrattuna yli 40 vuotiaisiin primääristi lapsettomiin naisiin.

Lapsettomien parien keskuudessa huomattiin, että seksistä tuli lapsettomuuden myötä pakko, joka vei halukkuutta osallistua seksiin (Tulppala 2012, 2083-2084).

Lapsettomuus voi vaikuttaa miehen seksuaalisuuteen, aiheuttaen esimerkiksi erektio-ongelmia ja suorituspaineita. Ne saattavat johtua stressistä, jonka saa aikaan ajoitetut seksikontaktit. (Tulppala 2012, 2083-2084.)

Tiitinen (2018) neuvookin, että seksikontakteja ei kannata ajoittaa liian tarkkaan. On kuitenkin hyvä, että kuukautiskierron puolen välin tienoilla yhdyntöjä olisi kahden päivän välein. Hedelmällisin hetki hänen mukaansa on juuri ennen ovulaatiota eli munasolun irtoamista. Raskaus voi kuitenkin alkaa päiviä ovulaatiota ennen tai jälkeen. Jos seksikertojen välillä on yli viikko, raskauden alkamisen mahdollisuus alenee huomattavasti (Tiitinen 2018c).

Seksitaudit

Monet tulehdustaudit voivat tehdä vaurioita naisen ja miehen herkästi haavoittuville sukupuolielimille, sen myötä ne voivat aiheuttaa hedelmällisyyden laskua niin naiselle kuin miehelle (Koskimies 2004, 23).

Seksitaudeista esimerkiksi hoitamaton klamydia voi aiheuttaa naiselle lapsettomuutta tai kohdunulkaisen raskauden ja hoitamattomana aiheuttaa munasarjatulehduksen ja vaurioittaa munanjohtimia (Seksitaudit 2018; Koskimies 2004, 23; Tiitinen 2018e; Klamydia 2018). Klamydian kantajista suurin osa on täysin oireettomia niin naisista kuin miehistäkin. Taudin kantaminen voi jatkua tietämättä kuukausia tai jopa vuosia ja tarttuu seksikontakteissa, useimmiten miehestä naiseen kuin naisesta mieheen. (Paavonen 2011.) Naiselle toinen yleinen sukupuolitauti, tippuri vaurioittaa munanjohtimia. Lantion alueella sijaitsevat kiinnikkeet voivat tukkia munasolun pääsyn munanjohtimeen. (Koskimies 2004, 23.)

Miehelle klamydian lisäksi hoitamaton tippuri aiheuttaa virtsaputkessa, kiveksissä, ja lisäkivesten rauhasissa tulehduksia ja tulehdukset aiheuttavat tukkeumia lisäkivestiehyessä ja häiritsevät siemenplasman syntyä rakkula- ja eturauhasissa. (Hovatta 2013; Koskimies 2004, 23; Hannuksela-Svahn 2014; Tippuri 2018.) Tippuri voi aiheuttaa lisäksi kivuliaat erektiot (Hannuksela-Svahn 2014). Sukupuolielimissä olevien tulehdusten hoito mikrobilääkityksellä on ensiarvoisen tärkeää hedelmättömyyden ehkäisemiseksi (Hovatta 2013).

Sairaudet

Naisen krooniset sairaudet tulisi olla hoitotasapainossa raskautta suunniteltaessa (Unkila-Kallio & Ranta 2012; Koskimies 2004, 33). Koskimiehen (2004) mukaan tavallisimmat sairaudet ovat sokeritauti, verenpainetauti, kilpirauhasen vajaatoiminta, astma, reumataudit, psyykkiset sairaudet, epilepsia ja veren hyytymissairaudet.

Naisen kroonisista sairauksista esimerkiksi keliakian yhteyttä hedelmättömyyteen, toistuviin keskenmenoihin ja vauvan pienipainoisuuteen on tutkittu kansainvälisellä tasolla. Tutkimukset ovat kuitenkin ristiriidassa toisiinsa nähden, osaltaan pienten otosten vuoksi, joten ne eivät ole täysin luotettavia. (Tinkanen & Pellas 2013; Unkila-Kallio & Ranta 2012.) Diabeteksen lisäksi myös esimerkiksi epilepsia ja tulehdukselliset suolistosairaudet hoitamattomina voivat aiheuttaa hedelmättömyyttä (Tiitinen 2010; Unkila-Kallio & Ranta 2012).

Miehen sairastaessa jotakin kroonista sairautta, on lapsettomuustutkimukset aiheellista toteuttaa. Naisten lisäksi myös miesten yleissairaudet voivat heikentää hedelmällisyyttä. (Tiitinen 2018d.) Diabetes voi vaikuttaa miehen hedelmällisyyteen heikentävästi. Miehillä, joilla on todettu 1. tyypin diabetes, on huomattu olevan muutoksia siemennesteen laadussa, erityisesti on huomattu siittiösolujen poikkeavuuksia. (Rönnemaa 2016.)

Syövän hoitoon käytettävät solunsalpaaja- ja sädehoidot tuhoavat naisen munasoluja ja näin hedelmällinen aika lyhenee. Nuorena munasarja kestää paremmin hoitoja, kuin 30-40 vuotiaana, kun munasolujen määrä on jo vähentynyt. Joskus harvoin esimerkiksi kantasolun siirteen jälkeen, kaikki munasolut tuhoutuvat hoitojen aikana ja naisen kuukautiset jäävät kokonaan pois. Luonnollisesti syövän hoito heikentää hedelmällisyyttä senkin vuoksi, että lapsen hankintaa joutuu siirtämään myöhemmälle hoitojen takia. Ennen syöpähoitojen aloitusta, parisuhteessa elävältä naiselta kerätään munasoluja, jotka hedelmöitetään ja alkiot pakastetaan myöhempää käyttöä varten. Myös munasolut voidaan pakastaa sellaisenaan, esimerkiksi kun kyseessä on nainen, jolla ei ole kumppania. Vaikka munasarjoissa olisi toiminta loppunut kokonaan, pakastettujen alkioden tai munasolujen avulla raskaus on mahdollinen. Jos riski hedelmättömyydelle hoitojen takia nähdään suureksi, voidaan pakastaa myös munasarjakudosta ja siirtää hoitojen jälkeen takaisin vatsaonteloon. Munasarjaku-

doksen pakastusta tehdään kuitenkin vasta kokeellisena toimintana, joten raskaustuloksia on todettu vielä vähän. (Ranta, Leppä & Mattson 2018.)

Myös miehellä solunsalpaaja- ja sädehoidot voivat aiheuttaa muutoksia siemennesteessä. Jo pienikin määrä hoitoja voi vaurioittaa kypsyviä sukusoluja, ne kuitenkin palautuvat ennalleen hoitojen jälkeen. Kuitenkin myrkyllisemmät, syövän hoidossa käytettävät hoitomenetelmät tuhoavat kantasoluja, joten siittiöiden lisääntyminen on mahdollista vain, jos kaikki kantasolut eivät ole tuhoutuneet. (Rönnemaa 2016; Ranta ym. 2018.) Ennen solunsalpaajahoidojen aloitusta, otetaan usein mieheltä spermaa talteen jopa pariin otteeseen. Sperma pakastetaan myöhempää käyttöä varten, vaikka monesti siittiötuotanto palautuu hoitojen jälkeen ja tarvetta ei pakastetuille siittiöille ole. (Ranta ym. 2018.)

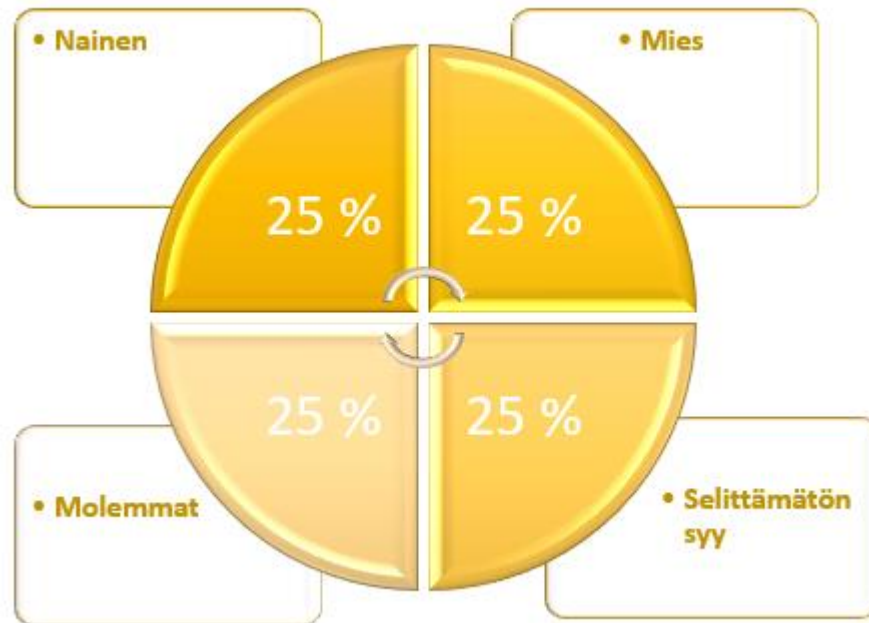
3.2 Lapsettomuus

Lapsettomuus voi olla tahallista tai tahatonta. Tahallisessa lapsettomuudessa lapsettomuus on suunniteltu toisin kuin tahattomassa lapsettomuudessa. (Ketonen 2009, 613.) Tahattomaan lapsettomuuteen voi olla syynä hedelmällisyyteen liittyvät ongelmat, muut fysiologiset syyt, elämäntilanne tai samaan sukupuoleen kohdistuva seksuaalinen suuntautuminen (Tiitinen 2017a). Lapsettomuus määritellään primääriksi, kun kyseessä on ensimmäinen raskaus ja sekundaariksi, kun raskauksia, keskenmenoja tai kohdunulkoisia raskauksia on takana ainakin yksi (Ketonen 2009, 613).

Suomessa noin joka viides pari kokee lapsettomuutta elämänsä aikana. Tähän voi olla syynä myöhemmällä iällä aloitettu lapsen yrittäminen (Lapsettomuuden hoito n.d.; Ketonen 2009, 613). Lapsettomuudesta (infertiliteetti) puhutaan, kun raskaus ei ole alkanut vuoden sisällä säännöllisten yhdyntöjen aloittamisesta tai ehkäisyn lopettamisesta (Ketonen 2009, 615; Tiitinen 2017a). Kun lasta ei ole kuulunut vuoden yrittämisen jälkeen, hakeudutaan lapsettomuustutkimuksiin (Tiitinen 2017a).

Ihmisillä on usein käsitys pariskunnista, joilla on jo yksi tai kaksi lasta, ettei ongelmia lapsen saamisessa voi olla. Kuitenkin jopa 60 prosenttia pareista, joilla on vaikeus saada lasta, kärsii sekundaarisesta lapsettomuudesta. (Pruuki 2015, 14.) Lapsettomuus koskettaa aina pariskuntaa, koska lapsettomuus voi johtua yhtä lailla miehestä

kuin naisesta (Koskimies 2004, 42; Lapsettomuuden hoito n.d; Ketonen 2009, 613). On todettu, että niin naisesta, miehestä kuin molemmista johtuvaa lapsettomuutta on 25 prosenttia kutakin. Loppua neljännestä ei ole pystytty selvittämään (kuvio 1) (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 92; Unkila-Kallio & Ranta 2012.)



Kuvio 1. Lapsettomuuden syyt

Naisesta johtuva lapsettomuus

Naisen hedelmällisen eliniän (20-38) aikana vapautuu kaikkiaan noin 400 munasolua. Keskimäärin 50 vuoden iässä munasolut loppuvat kokonaan ja naisella alkavat vaihdevuodet. (Vaskivuo 2002, 33-35.)

Naisesta johtuvat lapsettomuuden syyt ovat usein ovulaatioon liittyviä (Ketonen 2009, 613). Muita hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä voivat olla häiriöt munarakkulan kypsymisessä tai munanjohtimissa, endometriosis eli kohdun limakalvon sirotumatauti sekä harvinaisemmat syyt, kuten kohtuperäiset ongelmat ja seksuaalihäiriöt. (Tiitinen 2018c; Ketonen 2009, 614.)

Vauriot munanjohtimissa heikentävät sukusolujen liikkumista, hedelmöittymistä ja alkion kiinnittymistä (Tiitinen 2015, 121). Kohtuvikojen takia alkion kiinnittyminen kohdun limakalvoon vaikeutuu ja aiheuttaa hedelmättömyyttä. Kohdun lihaseinä-

män sisäiset ja ulkoiset pullistuvat myoomat eli hyvälaatuiset kasvaimet voivat aiheuttaa epäsäännöllisyyttä kohdun toimintaan eli häiritä raskauden alkua ja kulkua, mutta niiden ei ole huomattu olevan syynä lapsettomuuteen. (Ketonen 2009, 613-614; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011.)

Synnynnäisessä kohdun rakenneviassa voi kohdussa olla osittainen tai täydellinen väliseinä tai se voi olla osittain tai täydellisesti kaksiosainen. Toistuvasti tehdyt kaavinnat voivat aiheuttaa kohtuun kiinnikkeitä tai kohtu voi muurautua umpeen. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011.)

Infertiliteetistä kärsivistä naisista noin 10-30 % sairastaa endometrioosia (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011). Laajana se aiheuttaa hedelmättömyyttä, koska endometrioosiin liittyy anatomisia häiriöitä. Munasarjoissa oleva endometrioosi voi haitata munarakulan kehittymistä sekä se voi estää ovulaatiota ja keltarauhasen toimintaa. (Ketonen 2009, 614; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011.) Lieväkin endometrioosi voi aiheuttaa lapsettomuutta, koska hedelmättömyyttä alentavia hormonaalisia ja immunologisia muutoksia tulee munasarjoihin (Ketonen 2009, 614).

Kilpirauhasen toimintahäiriöt voivat häiritä munasarjojen toimintaa sääteleviä hormoneja. Lapsettomuuden aiheuttajana kilpirauhasen vajaatoiminta on yleisempää kuin kilpirauhasen liikatoiminta. (Tiitinen 2015, 119; Ketonen 2009, 613.) Vajaatoiminta usein sotkee kuukautiskiertoa, jolloin kuukautisia ei välttämättä tule ollenkaan. Liikatoiminnassa ei tule useinkaan kuukautishäiriöitä vaan potilaalle koituu muita ongelmia, esimerkiksi hikoilua, ripulia ja kiihtynyttä sykettä. (Koskimies 2004, 48-49; Ketonen 2009, 613.)

Hedelmällisyyttä heikentävänä asiana on tutkittu myös emättimen poikkeavan mikrobiomin vaikutusta (Kervinen, Rantsi, Virtanen, Halttunen, Nieminen, Salonen & Kalliala 2017). Mikrobiomiksi kutsutaan normaaliflooran mikrobien eli mikrobiston ja niiden sisältämien perintötekijöiden kokonaisuutta (Hannuksela-Svahn 2017; Luimio 2018). Poikkeavaa mikrobiomia on todettu olevan jopa 39 prosentilla lapsettomuushoitoihin hakeutuvista naisista (Kervinen ym. 2017). Emättimen mikrobiomi on aktiivinen ympäristö, jonka koostumukseen ja tasapainoon vaikuttavat esimerkiksi kuukautiskierron eri vaiheet. Erityisesti kuukautisvuodon aikana emättimen mikrobiomin bakteeritasapaino voi herkästi muuttua. (Salonen 2013, 2344; Kervinen ym. 2017.)

Mikrobiomiin vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi raskaus, ehkäisymenetelmät, mikrobilääkkeet, probiootit tai alttius bakteereille. Myös yksilön perimä, ikä ja hormonaalinen tilanne, immuunipuolustus sekä hygienia, seksuaalisuus, aktiivisuus, tupakointi ja ihmisen yleinen terveydentila vaikuttavat mikrobiomin tasapainoon. Naisilla, joilla lapsettomuuden syynä on munarakkulan kypsymishäiriö, on huomattu emättimen mikrobiomin olevan sekamuotoinen, kun yleensä mikrobiomi koostuu yhdestä laktobasillilajista sekä 10-20 muusta samaan sukuun kuuluvasta lajista. (Kervinen ym. 2017.) Poikkeava emättimen mikrobiomi voikin selittää ainakin osan selittämättömistä lapsettomuuksista. Kohtuontelossa, emättimessä sekä kohdunkaulalla vallitsee sama mikrobiomi. Näistä emättimen ja kohdun limakalvoilla elävän mikrobiomin on tutkittu vaikuttavan koeputkihedelmoityshoitojen onnistumistuloksiin. Alkionsiirrossa, alkion kiinnittymiseen kohdun limakalvoon vaikuttaa alkion laadun lisäksi myös se, miten kohdun limakalvo pystyy ottamaan vastaan. Hormonaalisista vaihteluista johtuen on todettu, että mikrobiomi emättimessä vaihtelee koeputkihedelmoityshoitojen aikana. Alkionsiirtohetkellä kohdun limakalvoilla olevan mikrobiomin ajatellaan vaikuttavan alkion kiinnittymiseen. (Kervinen ym. 2017, 1893.)

Miehestä johtuva lapsettomuus

Miehestä johtuvan lapsettomuuden syinä voivat olla siittiöiden puuttuminen, seksuaaliongelmät (esimerkiksi ejakulaatio- eli siemensyöksy- ja potenssiongelmat), laskeutumattomat kivekset ja kiveskohjut, lisäkivesten ja siemenjohdinten tukokset sekä poikkeavuudet siittiöiden rakenteessa ja vasta-aiheet. (Ketonen 2009, 614.)

Siemensyöksyn puuttuminen, erektiohäiriöt ja siemensyöksyn suuntautuminen virtsarakkoon ovat häiriöitä, joiden taustalla saattaa olla diabetes, lantionalueen leikkaus tai selkäydinvaurio. Jotkin lääkkeet kuten salazopyriini, jota käytetään paksusuolen tulehdukseen sekä kalsiumsalpaajat, jota käytetään verenpainetaudin hoidossa saattavat vaikuttaa siittiöiden liikkuvuuteen. (Ketonen 2009, 614; Tiitinen 2015, 122.)

Viime vuosina on havaittu paljon kivesten laskeutumattomuutta eli piilokiveksisyyttä, jonka uskotaan johtuvan geneettisten tekijöiden lisäksi ympäristötekijöistä (Ketonen 2009, 614; Hovatta 2013). Nykyään piilokiveksisyys havaitaan ja hoidetaan yleensä jo hyvin nuorella iällä (Hovatta 2013). Noin 10 prosentille pojista kehittyy puberteetin

aikana kiveskohjuja (Varikoseele). Heistä 10 %:lla on todettu hedelmällisyyden heikkenemistä, varikoseelen asianmukainen hoito voi ehkäistä vaurion kehittymistä. (Hovatta 2013.) Miehen hedelmättömyyteen vaikuttaa usein myös siittiöiden poikkeava liikkuminen ja vähäinen määrä (Tiitinen 2017c; Ketonen 2009, 614).

Normaalisti miehen siemennesteen tilavuus on 2ml ja siinä on siittiöitä 40-200 miljoonaa, joista 50% vähintään liikkuu eteenpäin. Lapsen saannin kannalta miehellä täytyy olla 30% toimivia siittiöitä. (Ketonen 2009, 614.)

Edellä mainittujen syiden lisäksi on useita muita syitä, jotka vaikuttavat hedelmättömyyteen (Tiitinen 2017c). Miehestä johtuvista lapsettomuuden syistä noin 40-60 % jää selvittämättä (Tapanainen & Välimäki 2010). Parisuhdevaikeudet, impotenssi ja siemensyöksyn pois jääminen ovat psyykkisiä lapsettomuuden aiheuttajia (Tiitinen 2015, 123).

Selittämätön lapsettomuus

Jos lapsettomuuden perustutkimuksissa ei löydy selkeää syytä lapsettomuudelle, puhutaan silloin selittämättömästä lapsettomuudesta. Selittämätön lapsettomuus annetaan diagnoosiksi, mikäli nykyisillä tutkimusmenetelmillä ei löydetä selkeää hedelmättömyyden aiheuttajaa. Selittämätön lapsettomuus on hyvin tavallista, koska noin joka viidennelle pariskunnalle tehdään tämä diagnoosi. Selittämättömään lapsettomuuteen voivat vaikuttaa myös epätavalliset syyt kuten psyykkiset tekijät joihin voi kuulua parisuhdevaikeudet, siemensyöksyn pois jääminen ja impotenssi. (Tiitinen 2015, 123.)

3.3 Lapsettomuustutkimukset

Lapsettomuustutkimukset naisella ja miehelle on aiheellista aloittaa, kun pari on yrittänyt säännöllisin yhdyntöin vuoden ajan raskautta ilman tulosta (Unkila-Kallio & Ranta 2012).

Ketosen (2009, 615) mukaan, aluksi tutkimuksissa arvioidaan molempien ikä, lapsettomuuden kesto, sairaudet, lääkkeet, päihteiden käyttö, parisuhteen muutokset ja

seksuaalinen anamneesi. Molempien tutkiminen on tärkeää, koska usein miten lapsettomuuden syy koostuu useista pienistä osatekijöistä (Koskimies 2004, 42). Perusterveydenhuollossa perusselvittelyiden ja perustutkimuksien jälkeen poikkeavuuksiin tulee reagoida herkästi ja tehdä lähete jatkotutkimuksiin. Jos alkututkimuksissa löydetään lapsettomuuden selkeä aiheuttaja, lähete erikoissairaanhoidon tulee tehdä heti. Selkeitä syitä ovat muun muassa naisen munatorvien poisto, puuttuvat kuukautiset tai miehellä jo aiemmin todettu siemennesteen poikkeavuus. (Unkila-Kallio & Ranta 2012.)

Naisen tutkiminen on enemmän aikaa vievää ja monimutkaisempaa kuin miehen tutkiminen (Ketonen 2009, 615). Esitiedoissa selvitetään kuukautisten säännöllisyys, ehkäisymenetelmä, yhdyntä- ja kuukautiskivut, vatsanalueen leikkaukset, kaavinnat, painon kehitys, akne sekä sairastetut sisäsynnytintulehdukset (Tiitinen 2015, 123; Ketonen 2009, 615). Ultraäänitutkimus on tärkeä osa naisen tutkimista, koska sillä selvitetään kohdun ja munasarjojen rakenne (Ketonen 2009, 615). Verikokeilla voidaan tutkia esimerkiksi verensokeri ja maksa-arvot (Tiitinen 2015, 123). Epäsäännöllinen kuukautiskiero edellyttää laajempia tutkimuksia. Tarpeen vaatiessa naiselle voidaan tehdä kohtuontelon tähystys eli hysteroskopia tai vatsaontelon tähystys eli laparoskopia. Näillä saadaan tietoa kohtuontelon toiminnasta sekä munanjohtimien aukiolosta ja mahdollisesta endometrioosista. (Ketonen 2009, 615; Tiitinen 2015, 123; Koskimies 2004, 48-49.) Lapsettomuuden syyn selvittämisen kannalta on olennaista poissulkea mahdolliset liitännäissairaudet (Koskimies 2004, 47-49; Tiitinen 2015, 123-125).

Miehen tutkiminen alkaa aina siemennesteenäytteen antamisella ennen ensimmäistä käyntiä. Miehen kaikki muu tutkiminen tapahtuu erikoissairaanhoidon puolella, mutta siemennesteanalyysi voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. (Ketonen 2009, 615.) Siemennesteestä tutkitaan siittiöiden rakenne, määrä, liikkuvuus ja siittiövasta-aineiden esiintyminen (Tiitinen 2015, 124; Ketonen 2009, 615; Koskimies 2004, 47). Sperma-analyysillä ei saada täyttä varmuutta lapsettomuudesta, koska saman potilaan eri aikaan antamat näytteet, voivat näyttää eri tulosta (Klami & Perheentupa 2015). Tarvittaessa miehelle tehdään kliininen tutkimus, jos sperma-analyysi on poikkeava. Kliiniseen tutkimiseen kuuluu kivesten koon, tasaisuuden sekä laskimosuonten pullistumien tutkiminen, tarvittaessa selvitetään eturauhasen mahdollinen aris-

tus. (Tiitinen 2015, 124.) Myös miehellä mahdollisten liitännäissairauksien pois lukeminen on suotavaa, jotta lapsettomuuden syy selviää (Koskimies 2004, 47-49; Tiitinen 2015, 123-125).

3.4 Lapsettomuushoidot

Vuonna 2014 Suomessa aloitettiin noin 13 800 hedelmöityshoitoa. Määrä nousi vuonna 2015 noin 3 %. Kohdunulkoiselle (ektooppiselle) raskaudelle lapsettomuushoidot ovat riskitekijä. Spontaanialkuiseen raskauteen verraten myös keskenmenon riski on hieman suurempi. Hedelmöityshoidoilla alkunsa saaneet raskaudet päättyivät keskenmenoon 20%:ssa tapauksissa vuonna 2015. (Tiitinen & Tuominen 2017.) Nykyisin lapsen hankintaa aletaan suunnittelemaan paljon myöhemmin, aikaisempaan verrattuna, joten lapsettomuushoitoja tarvitseva asiakaskunta on kasvusuunnassa (Koskimies 2004, 42; Lapsettomuuden hoito n.d.; Ketonen 2009, 613).

Tiitisen (2017b) mukaan lapsettomuushoidot räätälöidään aina lapsettomuuden syy mukaan ja pyritään huomioimaan parien mahdolliset toiveet. Lapsettomuushoitoja on nykyisin tarjolla monenlaisia, munarakkulan kypsytyshoito, kirurginen hoito sekä hedelmöityshoidot, joita ovat inseminaatio eli keinosiemennys, koeputkihedelmöityshoito, mikrohedelmöitys ja pakastetun alkion siirto. (Heino & Gissler 2018, 1-3, 10-12; Tiitinen 2015, 126.)

Ensimmäinen käynti poliklinikalla on pariskunnalle yhteinen, jolloin molemmat osallistuvat siihen. Ensimmäisellä käynnillä pariskuntaa haastatellaan laajasti ja heidän tilannettaan käydään perusteellisesti läpi. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 63.) Julkiselle puolelle lapsettomuushoitoihin tullaan läheteellä. Hoitoon pääsyä julkisella puolella voi joutua jonottamaan jopa kuukausia. (Seppänen 2012; Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010, 133.) Laissa on määritelty, että hedelmöityshoidolle antamisen ehdot ovat täytyttävä ennen hoitojen aloitusta ja hoitavan lääkärin on varmistuttava asiasta, voiko hoitoja antaa kyseiselle asiakkaalle (L 1237/2006 11 §). Laissa on määritelty myös tekijät, jotka kieltävät hedelmöityshoidon aloittamisen: ei kirjallista suostumusta hoitoa saavalta, toinen osapuoli avioliitossa muun henkilön kanssa, naisen ikä tai terveydentila voisi olla vaaraksi lapsen tai naisen terveydelle, hedelmöityshoitoon suostumuksensa antanut kuollut tai peruuttanut sen, lapsen

tasapainoiselle kehitykselle ei näytä olevan mahdollisuutta ja on syy olettaa, että lapsi annetaan adoptoitavaksi (L1237/ 2006 8 §).

Ikärajoja ei ole kirjattu hedelmöityshoitolaissa, mutta julkiselle puolelle on asetettu naisen ikärajaksi 38-40 vuotta (Seppänen 2012; Unkila-Kallio & Ranta 2012). Miehen iälle lapsettomuushoidoissa ei ole tiedossa olevaa ylärajaa (Unkila-Kallio & Ranta 2012). Julkisessa terveydenhuollossa hoidot eivät yleensä kata lahjasukusoluhoidoja, (Ketonen 2009, 613) sterilisaation jälkeisiä hoitoja, eikä hoitoja pareille, joilla on jo kaksi omaa yhteistä lasta (Seppänen 2012; Unkila-Kallio & Ranta 2012). Julkisella sektorilla hoidetaan tällä hetkellä vain heteropariskuntia (Seppänen 2012; Ketonen 2009, 613).

Hoitovalintojen kohdalla tulisi käyttää vain vaikuttavia hoitoja eli raskauden alkamisen mahdollisuus varmistetaan ja tartuntavaaralliset taudit selvitetään. Koeputkihedelmöityksessä yhden hoitokerran vaikutus raskauden alkuun tulisi olla vähintään 10%, jotta hoito voidaan tehdä. Jos raskauden alkamisen todennäköisyys on pienempi, hoitoa ei tehdä. (Tiitinen 2015, 127; Seppänen 2012.) Päätökset tehdään hoidon vaikuttavuuden perusteella ja yleensä hoidon edellytykset julkisessa erikoissairaanhoidossa määritellään kiireettömän hoidon perusteella. Nykyisin noin 60% lapsettomuushoidoista tehdäänkin yksityisillä klinikoilla, vaikka kustannus on huomattavasti isompi. Yksityisellä puolella hoitoon pääsee muutamassa viikossa ja tiukkaa ikärajaa ei ole hoidoille toisinkuin julkisella puolella. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010, 133; Noin 60 % hedelmöityshoidoista tehdään yksityisklinikoilla n.d.; Seppänen 2012.)

Kirurginen hoito

Kirurgisella hoidolla, eli leikkaushoidolla tavoitteena on, että lapsettomuutta aiheuttavat tekijät poistetaan kokonaan tai pyritään minimoimaan, jotta hedelmällisyyttä saataisiin parannettua (Tiitinen 2017b; Härkki, Heikinheimo & Tiitinen 2015).

Lapsettomuuteen liittyvän keskivaikean tai vaikean endometriosin hoidossa, munanjohtimien vaurioissa, myoomakohdun hoidossa tai polykystisessä munasarjaoireyhtymässä (PCOS) käytetään leikkaushoitoa (Tiitinen 2017b; Tiitinen & Hovatta

2004, 185). Joissakin tilanteissa ennen hedelmöityshoitoja tilalle voi tulla leikkaushoito, jolloin se toimii niin sanotusti valmistavana hoitona koeputkihedelmöitykseen (Tiitinen 2017b). Hoito tapahtuu vatsaontelon läpi tähystyksellä tai kohtuontelon tähystyksellä, josta voidaan avata munatorvet, poistaa myoomia tai polyyppeja sekä polttaa endometriosipesäkkeitä (Koskimies 2004, 51; Tiitinen 2017b; Ketonen 2009, 616). Sterilisaation purkuleikkauksia tehdään nykyisin todella vähän (Ketonen 2009, 616). Julkisen terveydenhuollon palveluihin ei kuulu sterilisaation purkutoimenpiteet (Raskauden ehkäisy 2017).

Kirurgista hoitoa tehdään myös miehille. Miehillä leikkaushoito tulee kyseeseen varikoseelen eli kiveskohjujen kohdalla. (Koskimies 2004, 51.)

Ovulaation induktio

Ovulaation induktio eli munarakkulan kypsytyshoito tarkoittaa munasolun kypsymistä ja irtoamista, joka on saatu aikaan hormonihoidolla. Ovulaation induktiota käytetään yleensä, jos naisella on munasarjojen monirakkulaoireyhtymä eli PCOS. (Tiitinen 2017b; Ovulation induction n.d.) Hoitomuoto sopii naisille, joilla munasolu irtoaa liian harvoin tai ei ollenkaan (Tiitinen 2017b; Ovulation induction n.d.).

Hoito kestää 5 päivää ja aloitetaan kuukautiskierron kolmantena päivänä. Hoito voidaan toteuttaa kahdella tavalla, joko tablettihoidolla tai pistoksina ihon alle. Hoidon aikana ultraäänitutkimuksen avulla seurataan naisen kuukautiskiertoa aktiivisesti, kuten munarakkuloiden määrän kypsymistä, kuukautiskierron säännöllisyyttä, ja kohdun limakalvon paksuuntumista. (Seppänen 2012; Tiitinen 2017b.) Onnistumisen kannalta hoidolle on oleelliset säännölliset yhdynnät ja oikein ajoitettu inseminatio. Ovulaation induktiolle edellytys on hyvä painonhallinta. Huonon vasteen tai liiallisen vasteen takia hoitoja joudutaan joskus keskeyttämään. (Tiitinen 2017b; Ovulation induction n.d.) Ovulaation induktio parantaa inseminaation tuloksia (Tiitinen & Hovatta 2004, 188).

Inseminaatio IUI

Inseminaatio eli keinosiemennys tarkoittaa, että siittiöitä ruiskutetaan kohtuonteloon ovulaation ajankohtana. Inseminaatioita tehdään Suomessa tuhansia vuosittain. (Tiitinen 2017d.)

Inseminaatiota voidaan käyttää monesta eri syystä johtuvan lapsettomuuden hoitoon (Tiitinen & Hovatta 2004, 188-189), muun muassa sitä käytetään, kun siemennyksyä ei tapahdu, yhdyntä ei onnistu tai kyseessä on kohdunkaulan poikkeavuudesta johtuva lapsettomuus (Ketonen 2009, 617). Inseminaatio on myös aiheellinen, kun miehen siemennesteessä on hedelmällisyyttä alentavia muutoksia sekä silloin kun lapsettomuuteen ei löydy selkeää syytä (Tiitinen 2017d; Intrauterine insemination 2018). Inseminaatiossa voidaan käyttää puolison tai luovuttajan siemennestettä (Tiitinen & Hovatta 2004, 188).

Hoito toteutetaan normaaliin kuukautiskiertoon tai stimuloituun kuukautiskiertoon, jolloin käytetään hormonilääkkeitä (Tiitinen 2017d; Ketonen 2009, 617). Naisella täytyy myös olla yksi terve munanjohdin, jotta hoito voi onnistua (Unkila-Kallio & Ranta 2012; Ketonen 2009, 617). Miehen osalta täytyy saada tarpeeksi liikkuvia siittiöitä. Saadut siittiöt pestään, erotellaan ja huonot poistetaan. Tuoreita tai pakastettuja pestyjä siittiöitä ruiskutetaan kohtuonteloon ohuella muovikatetrilla ovulaatiopäivänä. (Ketonen 2009, 617; Intrauterine insemination 2018.)

Luonnollisessa kuukautiskierrossa inseminaatiota tehdään vähän, koska tulokset jäävät huonommiksi. Inseminaatio voidaan toteuttaa miehen omilla tai luovutetuilla siittiöllä. (Tiitinen 2017d; Intrauterine insemination 2018.) Vain yksityiset lapsettomuus klinikat toteuttavat tällä hetkellä hoitoa lahjoitetuilla sukusoluilla (Seppänen 2012).

Koeputkihedelmöitys IVF

IVF eli koeputkihedelmöityshoito, jossa munasarjoihin kasvatetaan useita munarakkuloita saman aikaisesti hormonihoidon avulla. Munasolut kerätään munarakkula-punktiossa ja hedelmöitetään puolison siittiöllä. (Tiitinen 2017d; Ketonen 2009, 617.)

IVF valitaan hoitomuodoksi, mikäli naisen munanjohtimet ovat tukossa, naisella on endometriooosi tai miehen siemennesteen laatu ei ole muihin hoitomuotoihin tarpeeksi riittävä (Tiitinen 2017d; Heino & Gissler 2018, 10-11). Koeputkihedelmöityshoitoa käytetään myös selittämättömässä lapsettomuudessa (Ketonen 2009, 617; Tiitinen & Hovatta 2004, 189). Koeputkihedelmöityksen aikana luovutettujen munasolujen, siittiöiden tai alkioiden käyttäminen on mahdollista tällä hetkellä vain yksityisellä puolella (Seppänen 2012). Koeputkihedelmöityksessä yksi alkio siirretään naisen kohtuun ja loput voidaan pakastaa mahdollista myöhempää käyttöä varten (Tiitinen 2017g; Ketonen 2009, 618).

Hormonihoito toteutetaan yleensä joko pitkällä GnRH-agonistihoidolla joka jarruttaa elimistön omaa hormonitoimintaa tai lyhyemmällä GnRH-antagosti hoidolla joka estää enneaikainen munasolujen kypsymisen ja irtoamisen (Ketonen 2009, 617; Tiitinen 2017b; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011b). Hoitosuunnitelma on aina yksilöllinen (Tiitinen 2017e). Hormonihoidossa käytetään pistoksia ihon alle, nenäsumutteita tai kapsелеita ihon alle. Hormonihoidon tehoa tutkitaan ultraäänellä, joissakin tapauksissa saatetaan mitata myös veren keltarauhashormonitasoja. (Ketonen 2009, 617; Tiitinen 2017b; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011b.)

Pitkäaikainen lääkehoito aloitetaan kahden viikon kestoisella, niin sanotulla jarrulääkkeellä (GnRH-agonisti). Lääke annetaan nenäsumutteena, kapselina ihon alle tai pistoksena. Tätä vaihetta seuraa aivolisäkehormonivalmisteet eli gonadotropiinipistokset noin 10-14 päivää. GnRH-agonistilääkitys jatkuu gonadotropiinien rinnalla 10-14 päivää, niin sanottuun irroituspiikkiin (hCG-pistos) asti. GnRH-agonisti toimii ensin oman hormonitoiminnan jarruttajana, jonka jälkeen se toimii gonadotropiinien kanssa ovulaation estäjänä, se estää munasolun enneaikaisen kypsymisen ja irtoamisen. (Tiitinen 2017e; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011b.) GnRH-agonistihoido voi aiheuttaa naisella vaihdevuosien kaltaisen tilan. Pitkässä hormonihoidossa hoidon kesto, aloituksesta munasolujen keräykseen on yleensä noin 4 viikkoa. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011b.)

Lyhyessä lääkehoidossa hoito aloitetaan kuukautiskierron toisena tai kolmantena päivänä suoraan munarakkuloiden kypsytyksellä eli päivittäisillä gonadotropiinipistoksilla. Noin viikon kuluttua lisätään rinnalle päivittäinen pistos toista hormonia ns. ovulaation estäjää (GnRH-antagonisti) ja tätä pistosta jatketaan toisen hormonin

kanssa niin sanottuun irroituspiikkiin (hCG-pistos) asti. (Tiitinen 2017e; Ketonen 2009, 618.) Lyhyessä hormonihoidossa kesto aloituksesta munasolujen keräykseen on yleensä alle 2 viikkoa (Koskimies 2004, 54-55; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011b).

Munarakkuloiden ollessa tarpeeksi kypsiä (yli 17mm), annetaan molempien hoitojen päätteeksi lopullisen kypsymisen aloitukseen hCG-pistos eli niin sanottu irroituspiikki noin 36h ennen munarakkulapunktiota (Tiitinen 2017e).

Munarakkulapunktio tehdään 36 tuntia irroituspiikin jälkeen, keräys tehdään ultraääniohjatulla anturilla ja neula viedään emättimen seinämän läpi munasarjoihin. Munarakkulat tyhjennetään neulan avulla koeputkeen ja siitä ne viedään hedelmöitykseen. Hedelmöitettyt munasolut siirretään naisen kohtuun punktion jälkeen yleensä toisena päivänä, mutta viimeistään kuudentena päivänä. (Tiitinen 2017e.)

Mikrohedelmöitys ICSI

ICSI- hoito eli mikroinjektiohoidossa yksi siittiö ruiskutetaan suoraan munasolun sisään ohuella lasineulalla. Hoito valitaan miehestä johtuvan lapsettomuuden hoitoon tai jos IVF-hoidossa on todettu ongelmia hedelmöitymisessä. (Tiitinen 2017e; Heino & Gissler 2018, 10-11.)

Mikroinjektiohoidon yhteydessä naisen hormonihoido sekä munasolujen keräys ovat täysin samat kuin tavallisessa koeputkihedelmöityksessä (Ketonen 2009, 618). Mikroinjektio-hoidon tuloksiin vaikuttavat naisen ikä, aiempi mahdollinen hedelmällisyys, hoidon aihe ja hoitokertojen määrä. Jos aiemmin ei ole saatu munasolua hedelmöittymään, käytetään usein mikrohedelmöityshoitoa. (Tiitinen 2017e; Heino & Gissler 2018, 10-11.)

Hoidot pakastetuilla alkioilla (PAS/FET)

Pas/Fet eli pakastetun alkion siirtoa käytetään, kun koeputkihedelmöityshoidon tuloksena saadaan useampia alkioita ja kohtuun voidaan siirtää kerrallaan vain yksi alkio, joten loput voidaan pakastaa mahdollista myöhempää käyttöä varten (Tiitinen & Hovatta 2004, 191). Alkiot pakastetaan nestemäiseen tyypeen ja voidaan myö-

hempänä ajankohtana siirtää naisen kohtuun (Tiitinen 2017g; Heino & Gissler 2018, 10-11).

Pakastetut alkiot otetaan sulamaan vuorokautta ennen toimenpidettä ja samalla pyritään löytämään mahdollisimman hyvä alkio, joka siirretään. Pakastealkionsiirto voidaan tehdä hormonituettuun kuukautiskiertoon tai luonnolliseen kiertoon. Hoidossa yksi tai poikkeuksellisesti kaksi alkioa siirretään kohtuun. (Tiitinen 2017g; Heino & Gissler 2018, 10-11.) Pakastetun alkion avulla IVF-hoidon tulokset ovat parantuneet ja hoitojen riskit pienentyneet (Tiitinen & Hovatta 2004, 191).

3.5 Lapsettomuus ja parisuhde

Mies ja nainen kokevat lapsettomuuden monesti hyvin erilaisin tavoin, miehet kokevat monesti miehisyden vähenevän lapsettomuuden myötä ja naiset monesti syyllistävät itseään lapsettomuudesta (Tulppala 2012, 2081-2083). Monilla pariskunnilla lapsettomuus on ensimmäinen iso vastoinkäyminen yhdessä (Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 48).

Miehen näkökulmasta lapsettomuuteen kerrotaan vähän. On mahdollista, ettei asiaa pidetä yhtä merkittävänä kuin naisen lapsettomuustunteita. Tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu myös miehen kokevan yhtä lailla stressiä ja ahdistusta. Usein miehet eivät näytä tunteitaan yhtä avoimesti kuin naiset. Tähän voi liittyä miehelle perinteiseksi ajateltu maskuliininen rooli, jossa tunteitaan ei saisi näyttää avoimesti eikä olla heikko muiden silmissä. Naisen itkiessä vuolaasti, mies saattaa olla viileän rauhallinen, vaikka sisimmissään hänen tunteensa kuohuisivat voimakkaasti. Mies voi joutua tässä tilanteessa pakosta tutkijanomaiseen rooliin, hän voi tuntea, ettei hänen surulleen ole parisuhteessa tilaa. Mies tuntee huolta, miten lapsettomuus vaikuttaa parisuhteeseen. Hän voi kokea olevansa parisuhteessa pelkkä vaimon tukija, jossa itselleen ei jää tilaa vaikeassa elämäntilanteessa. Miehet voivat paeta tunteitaan esimerkiksi tekemällä liikaa töitä tai keskittymällä muihin asioihin. (Pruuki ym. 2015, 49-53.)

Nainen on lapsettomuuden keskiössä, koska isoin osa hoidoista sekä erilaisista tutkimuksista liittyvät häneen. Tilanne voi tuntua naisesta kiusalliselta, joistakin jopa nöy-

ryyttävältä. Nainen voi tuntea olevansa vanki oman kehonsa sisällä, kuukaudet kulu-
vat ja oma keho muistuttaa joka kuukausi hedelmöittymisen kyvyttömyydestä.
(Pruuki ym. 2015, 49-53.)

Lapsettomuus ja siihen liittyvät tunteet voivat vaikuttaa hyvin monella tavalla pari-
suhteeseen. Lapsettomuus voi olla parisuhteen yhdistävä tai etäännyttävä tekijä.
(Tulppala 2012, 2081-2083.) Lapsettomuus on iso koetinkivi parisuhteelle. Odotukset
toista ja itseä kohtaan voivat olla turhan korkealla. Mahdollinen lapsettomuudesta
aiheutunut masennus vaikuttaa väistämättömästi parisuhteeseen. Pariskunta saattaa
käsitellä asioita eri tahtiin, toisen tuntemuksia ei pidä kuitenkaan vähätellä, vaikka
erilaiset tunteet tulisivat eri aikoihin. (Repo 2018.) Lapsettomuuden keskellä parisuh-
teen tulee sopeutua, toinen täytyy löytää aina uudelleen muuttuneessa tilanteessa
(Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 48).

Isojen asioiden eteen on usein ponnisteltava kovasti. Asiat eivät ole itsestään selviä,
näin ei myöskään ole vierellä elävä kumppani. Selvitäkseen lapsettomuuskriisistä
yhdessä, parisuhteen toiseen osapuoleen tulee tietoisesti liittoutua tiukemmin. Pa-
riskunnan on oltava ison asian keskellä niin sanotusti samalla puolella toistensa kans-
sa. Lapsettomuuskriisi on niin iso asia elämässä, että se haastaa parisuhdetta jokai-
sella osa alueella. Yhteyden merkitystä ja tärkeyttä on haasteellista tiedostaa, mutta
seuraukset huomataan, jos yhteyttä ei täytetä. (Pruuki ym. 2015, 68, 78.)

Parisuhteen toinen osapuoli saattaa olettaa toisen tietävän sanomatta mitä haluaa ja
mitä ajattelee. Tällöin he eivät sano asioita ääneen ja seuraukset ovat huonot. (Jout-
senniemi 2016). On tavallista, että vaikeuksien syynä pidetään toisen käyttäytymistä,
ei omaa (Laru, Oulasmaa, Riihonen 2018). Puolisosta olisi hyvä pyrkiä ajattelemaan
tietoisesti myönteisesti. Tämä auttaa selviämään vaikeiden aikojen yli ja säilyttämään
hyvän yhteyden kumppaniin. Ihmisen perustarve myös parisuhteessa on tulla kohda-
tuksi myönteisesti ja kokea olevansa haluttu. (Vinkkejä elävään ja hyvinvoivaan pari-
suhteeseen, 2018.) Kumppanin tuki on korvaamatonta, sitä ei voi liikaa korostaa lap-
settomuusasioita käsitellessä, parisuhteen toista osapuolta pitää muistaa kuunnella
ja ymmärtää. Mikäli parisuhteessa ei pystytä käsittelemään asioita tarpeeksi laajasti,
niin sillä voi olla tuhoisa vaikutus parisuhteelle. (Lapsettomuus koskettaa aina 2018;
Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 92.)

Oman hyvinvoinnin ylläpitäminen on tärkeää elämän vaikeissa vaiheissa, muuten parisuhteeseen keskittyminen saattaa olla vaikeaa. Hyvinvoinnin ylläpitämisen lisäksi on tärkeää, että molemmilla puolisoilla on tarpeeksi motivaatiota työskennellä suhteen eteen. (Laru, Oulasmaa, Riihonen 2018). Kaikesta yrityksistä huolimatta joskus parisuhteessa voi tulla tilanteita, jossa pariskunta ei itse pääse asioissa eteenpäin. Tällöin on hyvä hankkia ammattilaista apua, ennen kuin tilanne kehittyy todella vaikeaksi. Avun hakeminen on erittäin tärkeää, mikäli toinen tai molemmat reagoivat ongelmiin psyykkisesti oireillen. (Joutsenniemi 2016). Myös vertaistuki voi tulla tarpeeseen. Esimerkiksi lapsettomien yhdistys Simpukka tarjoaa vertaistukea eri paikkakunnilla. (Repo 2018.)

Seksuaalisuus

Seksuaalisuus vaikuttaa ihmisessä koko elämän ajan. Jo lapsuudessa ihmiselle syntyy perusteet seksuaaliselle minäkuvalle sekä kehitykselle. Seksuaalisuus kulkee ihmisen mukana elämän kaikissa vaiheissa. (Cacciatore, Hervonen, Kosunen 2003.) Seksuaalisuuden käsite on laaja, se käsittää lisääntymisen lisäksi muun muassa seksuaalisen suuntautumisen, mielihyvän, sukupuoli-identiteetin sekä koko seksuaalisen tunteen ja järjen. Ajatukset, asenteet, uskomukset, halut, oppiminen, tutkiminen, suhteet ja käyttäytyminen ovat seksuaalisia kokemuksia ja ilmenemismuotoja. Seksuaalisuuteen on vahvassa vuorovaikutuksessa myös hengelliset, uskonnolliset, sosiaaliset, biologiset, psykologiset, taloudelliset, eettiset, ja poliittiset tekijät. Kaikkia näitä ulottuvuuksia ihminen ei aina koe tai ilmennä. (Defining sexual health 2006; Cacciatore & Ingman-Friberg n.d.) Seksuaalisuus on sitä, mitä ihminen on ja seksi sitä, mitä hän käytännössä tekee. Seksuaalisella hyvinvoinnilla on tärkeä osa ihmisen hyvinvoinnissa. (Keskeiset käsitteet, 2017.)

Usein ajatellaan, että lapsettomalla pariskunnalla elämä on hauskaa ja vapaata. Todellisuudessa kielteiset tunteet, jotka liittyvät lapsettomuuteen peilautuvat usein pariskunnan seksielämään. Kun psyykinen tasapaino horjahtelee, ristiriidat näkyvät seksuaalisuudessa ja pariskunnan seksielämässä. Seksuaalisuus on usein ihmisen herkin osa-alue ja lapsettomuus kriisi kytkeytyy siihen isolla tavalla. Tämän takia lapsettomuus voi vaikuttaa negatiivisesti myös seksuaalisuuteen. (Pruuki, Tiuhonen & Tu-

minen 2015, 62-65.) Erilaiset tunteet, esimerkiksi masentuneisuus, suru ja mielialanvaihtelut voivat aiheuttaa niin naiselle kuin miehelle seksuaalista haluttomuutta. (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 92.) Tilapäiset ongelmat seksielämässä ovat hyvin yleisiä lapsettomuuden keskellä, tämä voi näkyä esimerkiksi suorituspainena, erektio-ongelmina sekä seksuaalisena haluttomuutena. (Tulppala 2012, 2081-2083.)

Toistuvat yhdynnit, yrittämiset ja halu saada oma lapsi aikaiseksi saattavat alkaa häiritä parisuhteen seksielämää, etenkin silloin, kun molemmat tarvitsisivat vain hellyyttä toisiltaan (Pruuki ym. 2015, 63-65). Toisen koskettamisella on iso voima parisuhteessa. Hellä koskettaminen on sanaton viesti, jolla rakkautta voi ilmaista toiselle. Kumppania arvostava kosketus auttaa ylläpitämään yhteyttä parisuhteessa. (Laru, Oulasmaa, Riihonen 2018.)

Puoliso saattaa miettiä, haluaisiko toinen osapuoli harrastaa seksiä ollenkaan, jos lapsentekoyritystä ei olisi. Intohimo ja heittäytyminen jäävät usein vähemmälle, kun yhdyntöjen tavoitteena on pelkkä hedelmöittyminen. Rakastelusta voi hyvin äkkiä tulla ainoastaan lapsen tekoa. Jotkut pareista tuntevat huonoa omatuntoa, jos nauttivat seksistä, ilman että ovat pystyviä tuottamaan jälkeläistä. (Pruuki ym. 2015, 63-65.) Jokainen ihminen on kuitenkin yksilö, joten seksuaalisuuden ongelmiin ei ole olemassa yleispäteviä neuvoja, jotka olisivat sopivia kaikille (Kontula 2018).

Lapsettomuusongelman koskettaessa, jotkut reagoivat siihen niin voimakkaasti, että ajautuvat syrjähyppyihin tai muihin seksuaalisiin ylilyönteihin. Eroon päättäneet pariskunnat kertovat, että seksuaalinen läheisyys ei enää tullut samanlaiseksi mitä se oli ennen lapsettomuushoitoja ja heidän mielestään jotakin hyvin oleellista oli hajonnut. (Pruuki ym. 2015, 63-65.)

Toisaalta taas seksielämä voi rikastua, jos asioita pystytään käsittelemään yhdessä, kriisit pakottavat puhumaan myös asioista, joista ei muuten puhuttaisi (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 92). On tärkeää, että pariskunta saa tarvittavaa apua ja tukea heitä mietityttäviin asioihin niin tunne puolella kuin fyysisellä puolella (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 92).

3.6 Psykososiaaliset kriisit

Lapsen hankkimisen ajatellaan usein olevan omassa hallinnassa. Kun niin ei tapahdu, elämä usein murtuu. Tahaton lapsettomuus vähentää elämänhallinnan tunnetta. Aivan odottamatta ihminen on tilanteessa, jossa tulevaisuutta ei voi suunnitella. (Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 15.) Lapsettomuus vaikuttaa väistämättä merkittävällä tavalla ihmisen sosiaaliseen puoleen. Lapsettomuuden myöntäminen itselleen voi tuntua todella kivuliaalta. (Paananen, Pietiläinen & Raussi-Lehto 2015, 620.)

Lapsettomuus ei ole vain lääketieteellinen tai biologinen kriisi vaan se voi myös aiheuttaa psykososiaalista painetta. Lapsettomuus voi aiheuttaa joillekin sietämätöntä stressiä ja sitä voi olla hyvin vaikea käsitellä. (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 92.) Stressireaktioon usein kuuluva, aiheen välttämisreaktio voi estää surun ja asian käsittelyä. Kriisin yhteydessä ihmisen toimintakyky voi heikentyä ja jopa itsetuhoiset asiat saattavat pyöriä mielessä. (Psykkiset kriisit sekä trauma- ja stressireaktiot, 2015.)

Pariskunnan molempien osapuolien psyykinen tasapaino voi lapsettomuudesta johtuvassa elämäntilanteessa horjua kokonaisvaltaisesti. Kun lasta ei useista yrityksistä huolimatta ala kuulua, se tuhoaa ihmisen kuvaa omasta itsestään, minäkuva voi olla hajanainen ja sekaisin. Monilla lapsettomuus voi aiheuttaa epäuskoisia ajatuksia omia elämänarvoja kohtaan ja muuttaa omia asenteita elämästä. (Pruuki ym. 2015, 102-105.) Kriisinä lapsettomuus on ihmiselle yleensä hyvin tuskallinen, ihminen voi kokea olevan voimaton lapsettomuuden keskellä, koska asiaan ei pysty itse rajattomasti vaikuttamaan ilman lapsettomuushoitojen apua. Jokainen yrittää selvitä kriisistä omalla tavallaan. (Elämän erilaiset kriisit, 2010.)

Lapsettomuuteen yhdistettävä surun ja epätoivon tunteet ovat usein pitkäkestoisia. Lapsettomuuden keskellä suru tulee usein ajoittain, välillä on tyytyväisempiä ja välillä surullisimpia kausia. Joillakin surun tunteet voivat kestää jopa koko eliniän. Keskeisin tunne useimmilla pariskunnista on luopuminen, luopumista jostain tärkeästä ja paljon odotetusta. Henkinen kipua tuottaa tuskaa pariskunnalle ja erilaiset kysymykset elämästä ja sen tarkoituksesta voivat pyöriä usein mielessä, näitä ajatuksia joutuu pohtimaan perusteellisemmin kuin aikaisemmin. (Pruuki ym. 2015, 99-102.) Kukaan ulkopuolinen ei voi täysin sanoa, mikä on paras tapa käsitellä surua. Jokaisen tulee surra asiat omalla tavallaan. (Selin 2014.) Kipua yhdessä käsitelleet pariskunnat tot-

tuvat suhtautumaan siihen paremmin, kuin ne pariskunnat, jotka eivät käsittele asiaa yhdessä (Pruuki ym. 2015, 99-102). Kriisin käsittelyyn ja selviytymiseen vaikuttaa pariskunnan persoonallisuudet sekä se, kuinka pariskunta on kohdannut kriisejä aikaisemmin yhdessä. Kriisin syvyyteen vaikuttaa myös se, miten kovasti lasta on toivottu. (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 92.)

Lapsettomuuskriisi on luonteeltaan erilainen kuin esimerkiksi kuolema. Mutta kuten kaikissa muissa elämän aikana vastaan tulevilla kriiseillä, myös lapsettomuudessa on tärkeää sen myöntäminen, aina kaikki ei mene suunnitelmien mukaisesti. Lapsettomuuskriisissä oleva tarvitsee toisen ihmisen tukea, jonka kanssa keskustella kaikista mieleen tulevista asioista. Ihmiset ovat tietysti erilaisia, mutta useimmiten ihmisen joutuessa kriisin keskellä olemaan yksin, ajatukset lähtevät helposti kiertämään kehää. Jotkut voivat tarvita ulkopuolista apua, keskustelut ammattihenkilön kanssa voivat auttaa purkamaan ja myöntämään itselleen vastenmielisiä ajatuksia. (Pruuki ym. 2015, 138.) Kriisin keskellä olevan ihmisen kannattaa muistaa, että erilaiset reaktiot ovat normaaleja ja ne voivat jopa pelottaa, joten erikoiset ajatukset kannattaa kertoa jollekin. Joskus voi olla tilanne, että vaikeita tunteita voi olla helpompi ilmaista esimerkiksi piirtämällä tai kirjoittamalla. Vaikeiden ajatusten turruttamista alkoholilla tai muilla päihteillä kannattaa välttää. (Psyykkiset kriisit sekä trauma- ja stressireaktiot, 2015.) Alkoholin käyttö usein vain pahentaa oireita, vaikka hetkellisesti tuntuisi lievittävän oireita. Riittävä lepo, liikunta, harrastukset ja rentoutuminen ovat tärkeitä. (Huttunen 2017a.)

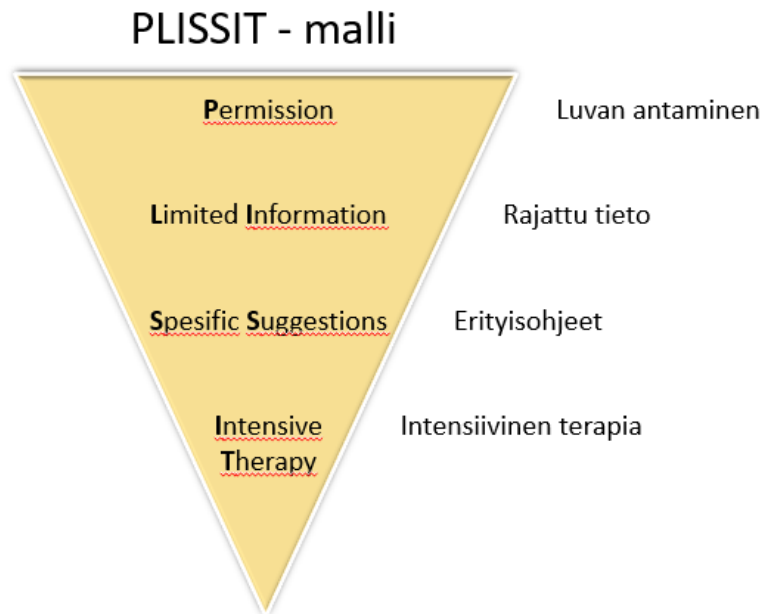
Vaikeat elämänsuunnat pakottavat ihmisen ajattelemaan uudelleen elämänsuuntaa. Kaikessa kamaluudessaan lapsettomuus voi tuoda psyykkisesti sellaista kokemusta ja vahvuutta, jolla voi olla todellista arvoa myöhemmässä elämässä ja toisenlaisissa vastaantulevissa kriiseissä. Voi olla, että pariskunnalla on pitkään yritetyistä lapsettomuushoidoista huolimatta edessä toisenlainen elämänpolku, kuin oli ajatellut. Toisenlainen tie saattaa parhaassa tapauksessa kuljettaa ihmisen kokemaan asioita, joi- ta ei olisi aikaisemmin odottanut tai edes uskaltanut koskaan haaveilla. (Pruuki ym. 2015, 107-108.)

3.7 Opasmateriaalin tuottaminen

Hoitotyön potilasohjaus on monenlaista, yhdeksi tärkeäksi osaksi on tullut kirjallinen potilasohjaus. Asiakkaat ja potilaat haluavat nykyään yhä enemmän tietää sairauksista ja niiden hoidoista ja sen ansiosta kirjallisten ohjeiden antaminen on yleistynyt. Asiakkailta odotetaan nykyään enemmän itsehoitovalmiutta, jonka seurauksena myös hoitoajat ovat lyhentyneet. Henkilökunnan on velvollisuus tiedottaa asioista ja asiakkaan on oikeus tietää, joten tällaisessa tilanteessa kirjallista ohjausta voidaan hyödyntää suullisen ohjauksen tukemisessa. (Hentinen & Kyngäs 2009, 124.)

Opasmateriaalin tuottaminen on prosessi eri vaiheineen, hyvä opaslehti syntyy hyvän suunnittelun ja suunnitelman pohjalta (Keränen & Penttinen 2007, 166). Suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon toimeksiantajan tarpeet, tavoitteet ja toiveet (Silverberg 2007, 46). Hyvä opaslehti etenee loogisesti, eikä tekstissä hypitä aiheesta toiseen. Kirjoittajan tulisi kirjoittaa teksti siten, että lukija pystyy lukemaan sitä tarinan tavoin. Opaslehden sanastossa ja toteutustavassa on huomioitava opaslehden kohderyhmä, jotta teksti on ymmärrettävää. Pääotsikko kertoo lukijalleen mistä koko opaslehdessä on kysymys. Sekä otsikot että väliotsikot helpottavat lukijaansa hahmottamaan kokonaisuutta ja niiden ala-aiheita. Jotta saadaan tekstin sisällöstä ymmärrettävää ja helppolukuista, kiinnitetään huomiota lauseiden pituuteen ja sanavalintoihin. (Lohtaja & Kaihovirta-Rapo 2007, 78–82; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007 125-128.)

Jack Annonsin, 1970-luvulla kehittämän PLISSIT-mallin avulla eri seksuaalineuvonnat ja -terapiat hahmottavat eri lähestymistapoja, kun puhutaan seksuaalisuudesta tai käsitellään seksuaalisuuden alueella ilmeneviä ongelmia (Ritamo 2008, 29). PLISSIT-malli (kuvio 2) muodostuu lyhenteistä: Permissin, luvan antaminen - Limited Information, rajattu tieto – Specific Suggestion, erityisohjeet – Intensive Therapy, intensiivinen terapia (Ritamo 2008, 12-13; Ryttyläinen & Valkama 2010, 52). PLISSIT-mallin avulla voidaan arvioida asiakkaan seksuaaliterapian tai -neuvonnan tarvetta, sen tasoa sekä käytettäviä hoito- ja neuvontamenetelmiä. Lisäksi sitä voidaan hyödyntää työvälineenä arvioitaessa oman pätevyyden riittävyyttä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 52.)



Kuvio 2. PLISSIT – malli

Luvan antaminen on sallivaa ja myönteistä suhtautumista seksuaalisuuteen. Kuullaan asiakkaan huolenaiheita hänen seksuaalisuuteen liittyvissä ajatuksissa, käyttäytymisessä, unelmissa, tunteissa ja fantasioissa. Tuetaan asiakasta ilmaisemaan seksuaalisuuttaan positiivisella ja vastuullisella tavalla ja hyväksytään hänet seksuaalisena olentona. (Ritamo 2008, 13; Ryttyläinen & Valkama 2010, 52-53.) Rajatun tiedon – tasolla annetaan asiakkaalle tietoa, jota häneltä näyttää puuttuvan. Tieto voi liittyä ulkonäköön, seksuaaliseen mielihyvään, itsetyydytykseen tai sukupuolielinten kokoon. (Ilmonen 2008, 78; Ryttyläinen & Valkama 2010, 52-53.) Erityisohjeet on taitotaso, jossa voidaan antaa erilaisia käytännön neuvoja tai tehdä lyhytterapeuttisia interventioita asiakkaan kanssa. Intensiivinen terapia – tasossa seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia hoidetaan erilaisilla terapiayhdistelmillä tai -menetelmillä. (Ilmonen 2008, 79-81; Ritamo 2008, 28-29.)

PLISSIT-malli rajatun tiedon antamisessa kohdistuu suoraan niihin asioihin, joihin asiakas etsii vastausta. Asiakkaalta voi puuttua tietoa, jota hän tarvitsee tai hän voi tarvita kyseistä tietoa sekä hänellä voi olla suuri tarve tietää asiasta. Asiakkaan ohjaamisessa sekä ohjausmateriaalissa eli tässä tapauksessa opaslehdessä on tärkeää huomioida monia seikkoja. Opaslehden on oltava kohdennettu juuri kyseiselle asia-

kaskunnalle ja siinä täytyy olla kohdennettuna ne seikat, mitä asiakas mahdollisesti haluaa aiheesta tietää. Opaslehden tekemisessä on siis huomioitava monia seikkoja, jotta se mukailisi PLISSIT-mallia mahdollisimman hyvin ja olisi näin kohdennettu asiakasryhmälleen. (Ilmonen 2008, 79-81; Ryttyläinen & Valkama 2010, 52.)

Perusterveydenhuollossa seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjausmateriaalien sisällöt käsittävät kahden ylimmän PLISSIT-mallin tason, luvan antamisen sekä rajatun tiedon. Tasojen hallinta sekä hyödyntäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyden puheeksi otossa kuuluu myös kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. (Ritamo 2008, 28-29.)

3.8 Terveysaineiston laatukriteerit

Terveysaineiston laatukriteerit toimivat terveysaineiston kehittämisen ja arvioinnin välineenä ja niiden avulla saadaan tuotettua laadukasta aineistoa lukijaryhmälle ja aineiston arviointi on johdonmukaista (Rouvinen-Wilenius 2007,9; Parkkunen, Vertio, Koskinen-Ollonqvist 2001, 9).

Terveysaineisto arvioidaan seitsemän standardin avulla (kuvio 3), jotka on tarkennettu erilaisten laatukriteereiden avulla. Arviointikriteerien avulla arvioidaan terveyden edistämiseen liittyviä näkökulmia ja sopivuutta kohderyhmälle. Terveysaineiston standardit on jaoteltu eri arviointialueisiin, sen mukaan mikä on tarkastelunäkökulma aineistolle. Arvioitaessa tarkastellaan kuitenkin vain niitä kriteereitä, jotka ovat merkityksellisiä kyseisen aineiston näkökulmasta. (Rouvinen-Wilenius 2007, 9.)

Terveysaineiston laatukriteerien standardit

1. Aineistolla on selkeä ja konkreettinen terveys- / hyvinvointitavoite.
2. Aineisto välittää tietoa terveyden taustatekijöistä.
3. Aineisto antaa tietoa keinoista, joilla saadaan elämänoloissa ja käyttäytymisessä muutoksia.
4. Aineisto on voimaannuttava ja motivoi yksilöitä / ryhmiä terveyden kannalta myönteisiin päätöksiin.
5. Aineisto palvelee käyttäjäryhmän tarpeita.
6. Aineisto herättää mielenkiinnon ja luottamusta sekä luo hyvän tunnelman.
7. Aineistossa on huomioitu julkaisuformaatin, aineistomuodon ja sisällön edellyttämät vaatimukset.

Kuvio 3. Terveysaineiston laatukriteerien standardit (Rouvinen-Wilenius 2007, 9).

Terveyden edistämisen näkökulma

Ensimmäisen standardin mukaan aineistolla tulee olla selkeä hyvinvointiin liittyvä konkreettinen terveystavoite. Kriteereiden mukaan aineiston tulee tarjota terveyden edistämistä tukevaa tietoa ja tietoa, miten sairauksia pystytään ehkäisemään. Aineiston otsikon ja johdannon tulee johdattaa aiheen ytimeen suoraan ja sitä kautta lukijan tulee pystyä ymmärtämään aineiston sisällön kokonaisuus. Tieto tulee olla selkeää ja perustua tutkittuun tietoon sekä mahdollinen mainonta tulee olla eroteltuna muusta sisällöstä. (Rouvinen-Wilenius 2007, 10; Parkkunen ym. 2001.) Terveysaineiston tulee pyrkiä ihmisarvon kunnioittamiseen, oikeuden mukaisuuteen, avoimuuteen ja yhteiskunnalliseen vastuuseen. Toisen standardin mukaan aineiston tulee välittää tietoa terveyttä edistävästä tekijöistä ja tekijöistä, joihin voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Kolmannen standardin mukaan aineiston tulee motivoida asiakas osallis-

tumaan hoitoonsa ja tuoda esille keinoja, joilla saadaan aikaan muutoksia elämännoloissa tai käyttäytymisessä. Neljättä standardia mukaillen aineisto tulee toimia motivaattorina asiakkaalle myönteisiin päätöksiin ja kannustaa ajattelemaan kriittisesti sekä tuoda esille asiakas oman elämänsä asiantuntijana. (Rouvinen-Wilenius 2007, 10.)

Aineiston sopivuus kohderyhmälle

Viidennen standardin mukaan aineiston tulee ottaa kunnioittavasti huomioon kohderyhmä ja palvella heidän tarpeitaan selkeällä ja johdonmukaisella sisällöllä, sisältäen konkreettisia esimerkkejä. Kohderyhmän kieli, kulttuuri ja tiedontaso tulee ottaa huomioon. Näin kohderyhmän on helpompi samaistua aineistossa käsiteltäviin aiheisiin, tilanteisiin, henkilöihin ja ratkaisuihin. Lisäksi kohderyhmän tilanne tulee olla selkeästi määritelty. Kuudennen standardin mukaan aineiston tulee perustua luotettavaan, näyttöön perustuviin lähteisiin ja herättää lukijassa mielenkiintoa ja luottamusta. (Rouvinen-Wilenius 2007, 11; Parkkunen ym. 2001, 19.) Parkkusen ym. (2012) mukaan terveysaineistoa laatiessa on päätettävä, halutaanko antaa kohderyhmälle perustietoa vai tietoa syvemmin aiheesta ja kuitenkin ymmärrettävä kohderyhmän tiedon vastaanottokyvyn rajallisuus. Seitsemännen standardin mukaan aineistosta tulee käydä ilmi julkaistun tiedon lähteet ja asiantuntijat selkeästi ja aineiston viimeinen muokkausajankohta tulee ilmoittaa. Julkaisumuotoon, aineiston sisällön ja muodon edellyttämät vaatimukset tulee täyttyä. Aineiston laatijoiden nimet ja pätevyudet sekä omistajan tiedot tulee ilmetä selkeästi aineistosta. (Rouvinen-Wilenius 2007, 11.)

4 Opaslehden toteutus

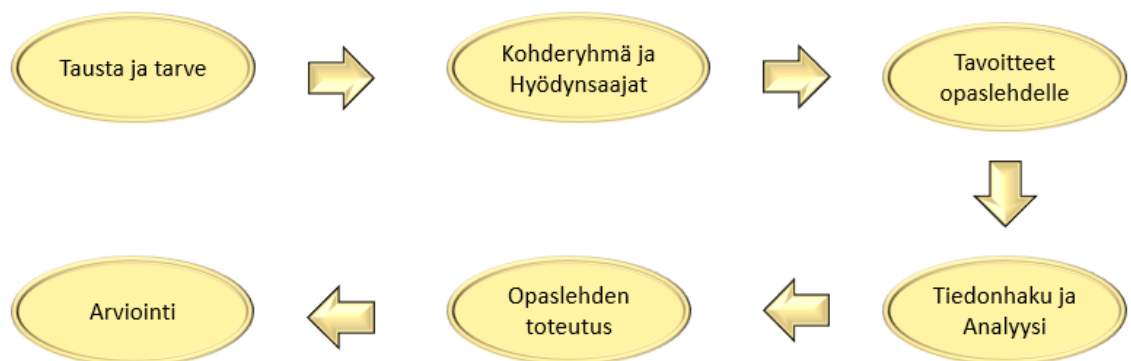
4.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta perustuu tutkittuun tietoon ja sillä halutaan kehittää tai luoda

uusia tuotteita, menetelmiä, työskentelytapoja tai palveluita. Uuden tutkimustiedon sijaan, sovelletaan tai hyödynnetään jo tutkittua tietoa ja silloin puhutaan kehitystoiminnasta. (Toikko & Rantanen 2009, 20-21.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta näkyi opinnäytetyössä ajankohtaisen sekä luotettavan tutkimustiedon hankkimisena sekä kokoamisena. Keski-Suomen Keskussairaalan naistentautien poliklinikalta tulleen tarpeen mukaan opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui tutkimuksellinen kehittämistoiminta, koska näyttöön perustuvan tiedon pohjalta pystyttiin tuottamaan opaslehti hedelmällisyysterveyden edistämisestä, lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista.

Opinnäytetyö tehtiin tutkittuun tietoon perustuen tutkimuksellisen kehittämistoiminnan avulla (Kuvio 4).



Kuvio 4. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi

4.2 Tausta ja tarve

Silfverbergin (2007, 78) mukaan suunnitelmassa tutkimukselliselle kehittämistoiminnalle on olennaista kuvata tausta ja tarpeet. Taustan olennaiseksi osaksi kuuluu mainita toimeksiantaja, miksi juuri he tarvitsevat tätä. Tarpeissa halutaan kuvata, millaista asiaa halutaan ratkaista ja miten se ratkaistaan.

Hedelmällisyyttä alentavia tekijöitä ovat muun muassa ikä, yli- ja alipaino, ruokavalio, stressi, runsas tupakointi, alkoholin ja päihteiden, sekä joidenkin lääkeaineiden käyt-

tö (Edistä, ehkäise, vaikuta 2016, 88; Tiitinen 2018a; Anttila & Korkeila 2012, 2077; Sharma, Biedenharn, Fedor & Agarwal 2013). Lapsettomuus on yleistymässä Suomessa, tosin erot lapsettomuusluvuissa koulutusryhmien välillä ovat hieman tasaantuneet 2000-luvulla. Lapsettomuuden yleistyessä on tärkeää, että ihmiset saavat tietoa erilaisista lapsettomuushoidoista. (Miettinen & Salo 2018.)

Edistä, ehkäise, vaikuta (2016) mukaan toimintaohjelman tavoitteena on lisätä lisääntymisterveyttä edistävää neuvontaa ja hoitoa tulee antaa hedelmällisessä iässä oleville ennen raskautta ja jopa ennen raskauden suunnittelua, sekä silloin kun raskaaksi tuleminen ei onnistu. Elintapoja edistämällä vähennetään tahatonta lapsettomuutta. Koska tahaton lapsettomuus johtuu ensisijaisesti heikentyneestä hedelmällisyydestä, on todella tärkeää tuoda pariskuntien tietoon hedelmällisyysterveyttä edistäviä tekijöitä.

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Keski-Suomen Keskussairaalan naistentautien poliklinikka. Toimeksiantajalla oli tarve saada käyttöönsä opaslehti julkisen puolen lapsettomuushoidoista. Tähän asti tieto on ollut saatavilla monessa eri aineistossa ja se on ollut haastavaa jo senkin takia, että julkisen ja yksityisen puolen hedelmöityshoidot eroavat jokseenkin toisistaan (Miettinen & Salo 2018).

4.3 Kohderyhmä

Kohderyhmät tai hyödynsaajat ovat ryhmiä, jotka hyötyvät toteutettavasta hankkeesta. Hyödynsaajat jaetaan kahteen osaan: välitön kohderyhmä sekä lopullinen hyödynsaaja. Kehittämistoiminta kohdistuu suoraan välittömään kohderyhmään. Välittömän kohderyhmän antamat palvelut parantuvat, joten lopullisille hyödynsaajille saama hyöty toteutuu. Lopulliset hyödynsaajat ovat se ryhmä, jolle hankkeen lopullinen tuotos on suunnattu. (Silfverberg 2007, 78-79.)

Tämän opinnäytetyön välittömänä kohderyhmänä olivat naistentautien poliklinikan kätilöt, muu hoitohenkilökunta, lääkärit sekä lopullisina hyödynsaajina lapsettomuushoitoihin tulevat pariskunnat. Hoitavan henkilökunnan toteuttama ohjaus asiakkaille helpottuu, kun poliklinikalla käsitelty tieto löytyy opaslehdestä ja asiakas voi palata asiaan opaslehden avulla. Naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnan

saama hyöty liittyy heidän työnsä tehokkuuden parantumiseen ja he saavat tämän työn kautta tuotteen, jonka avulla he pystyvät kehittämään ohjausta lapsettomille pariskunnille. Pariskunnat saavat ajantasaista tietoa hedelmällisyyteen ja lapsettomuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä lapsettomuushoidoista. (Rouvinen-Wilenius 2007, 9-11.)

4.4 Tavoitteet opaslehdelle

Tutkimuksellisella kehittämishankkeella pyritään positiiviseen muutokseen. Selkeys, konkretia ja realismi tulee näkyä tavoitteissa. Tavoite jaetaan yleensä kahteen tasoon: kehitystavoite ja välitön tavoite. Kehitystavoitteella kuvataan pitkän ajan muutosta, jolla olisi tärkeimmälle ryhmälle eli lopullisille hyödynsaajille positiivista vaikutusta. Välittömällä tavoitteella pyritään kuvaamaan konkreettinen lopputulos. (Silfverberg 2007, 80-81.)

Opaslehden kehitystavoitteena oli tarjota vanhemmuudesta haaveileville pariskunnille tietoa, minkälaisia lapsettomuushoitoja on mahdollista saada julkiselta puolelta, Keski-Suomen Keskussairaalan naistentautien poliklinikalta sekä tarjota asiakkaalle tietoa hedelmällisyysterveyttä edistävästä tekijöistä, lapsettomuuteen saatavasta tuesta, pariskunnan keskinäisestä vuorovaikutuksesta ja seksuaalisuudesta. Kätilöt sekä muu hoitohenkilökunta voivat hyödyntää opaslehteä ja sen tietoa asiakastilanteissa sekä kehittää omaa ohjaustyötään.

Välittömiä tavoitteita olivat:

- Pariskunnat tulevat tietoisiksi hedelmällisyysterveyteen vaikuttavista tekijöistä.
- Pariskunnat tulevat tietoisiksi lapsettomuushoidoista.
- Pariskunnat tulevat tietoiseksi keskinäisen vuorovaikutuksen ja toistensa tukemisen merkityksestä.
- Pariskunnat tulevat tietoisiksi lapsettomuuden ja lapsettomuushoitosten yhteydestä seksuaalisuuteen ja osaavat hakea apua tarvittaessa.

- Pariskunnat osaavat varautua mahdollisiin lapsettomuuteen liittyviin kriisitilanteisiin ja hakea apua mahdollisiin ongelmiin.

4.5 Tiedonhaku ja aineiston kuvaus

Tiedonhaku ja aineiston kerääminen aloitettiin muodostamalla opinnäytetyön keskeiset käsitteet, jotka olivat: lapsettomuus, lapsettomuushoidot, hedelmällisyys, hedelmällisyysterveyden edistäminen ja parisuhde. Tarkoitus oli hakea tietoa, joka vastaa opinnäytetyön tavoitteeseen ja tarkoitukseen. Hakusanojen muodostamisessa hyödynnettiin Finto-sanastoa. Hakusanoina tiedonhaussa käytettiin: lapsettomuus, lapsettomuushoidot, hedelmällisyys, hedelmöityshoito, hedelmällisyysterveyden edistäminen, parisuhde, seksuaalisuus, kirurginen hoito, ovulaation induktio, inseminaatio, koeputkihedelmöitys, mikroinjektio, pakastealkionsiirto, lapsettomuus ja parisuhde, hedelmöityshoitolaki, hedelmöityshoidon kriteerit, infertiliteetti, stressi, seksitaudit ja psykososiaaliset kriisit.

Englannin kielisinä hakusanoina käytettiin: childlessness, childlessness treatments, fertility, intimate relationship, sexuality, ovulation induction, intrauterine insemination, ivf, icsi, fet, relationship, reproductive health, sperm DNA quality, psychological crisis and emotional distress in infertile women.

Hakulausekkeina käytettiin muun muassa hedelmättömyys AND miehellä AND naisella, lapsett* AND hoi*, lapsettom* AND hoid*, hedelm* AND hoi*, lapsettom* AND parisuh*, hedelm* AND lapsettom* NOT heteropar, stressi AND lapsettom*, lääkkeet AND lapsettom*, syömishäir* AND lapsettomuus, alip* AND hedelmöit*.

Englannin kielisiä hakulausekkeitä: Childlessness AND treatments, fertility AND treatment, intimacy AND relationship, childlessness AND stress, childlessn* AND treatm*.

Tiedonhaussa käytettiin laajasti eri tietokantoja, joita olivat: Cinahl, pubmed, medic, melinda, terveystietä, julkari, finlex, google scholar ja google. Monipuolinen aineisto sisälsi tutkimusartikkeleita, oppikirjoja, hoitosuosituksia sekä lakeja. Aineisto hankit-

tiin ajankohtaisista näyttöön perustuvista lähteistä. Aineistona käytettiin kansallisten lähteiden lisäksi kansainvälisiä lähteitä.

4.6 Aineiston analyysi

Analyysin avulla kehittämistyön informaatioarvo nousee, tietoa tulkitaan, tiivistetään ja mietitään teorian ja oman ajattelun yhteyksiä vuoropuhelun avulla (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 74-75). Analyysia tehdessä on tarkoituksena tiivistää, tarkastaa ja vertailla kirjallisuutta ja tutkimuksia keskenään. Analyysissa vaikuttava tekijä on se, että tietää mistä käsiteltävä aineisto kertoo. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b; Tuomi & Sarajärvi 2017, 103-108.)

Aineiston analyysi aloitettiin lukemalla ja tarkastamalla lähdemateriaali. Analyysissa vertasimme tutkittavia aineistoja toisiinsa, etsittiin samankaltaisuutta ja tiivistimme materiaalia työlle sopivaan muotoon. Lähteitä valittaessa, tutkittiin lähteiden luotettavuutta sekä aineiston kieltä. Koska työssä on käytetty myös vieraskielisiä lähteitä, oli ensiarvoisen tärkeää, että lähteet suomennettiin oikein ja tarkasti. Opinnäytetyöhön löydettiin paljon lähteitä tiettyihin asioihin, mutta joihinkin sitä oli haastavampaa löytää. Analysoinnissa aineistoa tiivistettiin valitsemalla sellaisia lähteitä, jotka sisälsivät aiheinaan lapsettomuushoitoja ja hedelmällisyysterveyden edistämistä. Aineistoa jäsenneltiin aihealueittain, jotta saatiin eroavaisuudet ja yhteneväisyydet selkeästi esille. Ajatusten yhteen kokoamiseksi käytettiin avuksi käsitekarttaa.

Analyysia toteutettiin tekemällä käsitekarttoja käytetystä aineistosta ja vähitellen analysoitu aineisto tiivistyi. Neutraali ja avoin analyysi on se mihin pyritään, mutta se tulee väistämättä sisältämään myös tulkintaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b; Tuomi & Sarajärvi 2017, 103-108.) Tekijän omat kokemukset, tiedonkäsittely, maailmankuva ja arvot näkyvät analysoinnissa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a).

4.7 Opaslehden toteutus

Keräsen & Penttisen (2007, 166) mukaan opasmateriaalin tuottaminen on prosessi ja hyvä opaslehti syntyy hyvän suunnittelun, suunnitelman ja tavoitteiden pohjalta. Toimeksiantajan toiveet tuli huomioida jo suunnitelmavaiheessa. Opaslehdestä oli tarkoitus tulla vanhemmuudesta haaveileville pariskunnille selkeä ja helppolukuinen tiivistelmä lapsettomuushoidoista. Aloituksessa oli tärkeää avata keskeisimpiä käsitteitä, jotta päästiin aloittamaan tiedonhaku. Tietoa haettiin luotettavista tutkimuksista, artikkeleista ja oppikirjoista. Terveysaineiston laatukriteerit (kuvio 3) ohjasivat opaslehden toteutusta laadukkaaseen ja asiakkaiden tarpeita vastaavaan lopputulokseen. Opaslehdelle asetettiin kehitystavoitteet ja välittömät tavoitteet, jotka toimivat pohjana aloituksesta aina toteutusvaiheeseen. Opaslehden suunnittelu ja toteuttaminen oli opinnäytetyön tekijöiden vastuulla. Toteutusvaiheessa pyrittiin siihen, että opasmateriaalin tuottamisesta ei aiheudu suuria kustannuksia toimeksiantajalle tai opaslehden tekijöille.

Opaslehti toteutettiin word-ohjelmalla ja opaslehdestä tehtiin A4-kokoinen. Valmistunut opaslehti lähetettiin Keski-Suomen Keskussairaalaan ja sieltä heidän oman ohjelmiston kautta painoon.

5 Pohdinta

5.1 Arviointi

Analyttisin osa-alue kehittämissuorituksissa oli arviointi. Arviointi ohjasi prosessia, tavoitteiden analysointi koko prosessin aikana oli tärkeä osa kehittämistoimintaa. Arvioinnissa perusteltiin organisointia, toteutusta ja päätöksiä. (Toikko & Rantanen 2009, 82.) Laadukas aineisto saatiin aikaiseksi terveysaineiston laatukriteereiden mukaan.

Opaslehden selkeä ja konkreettinen tavoite oli, että vanhemmuudesta haaveilevat pariskunnat saavat hyödynnettäväkseen tietoa hedelmällisyyteen ja lapsettomuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä lapsettomuushoidoista. Tavoitteena oli myös, että

kätilöt ja muu henkilökunta saavat opasmateriaalin asiakastilanteissa hyödynnettäväksi ja ohjaustaitojen kehittämiseen.

Lapsettomien pariskuntien kanssa toimiva kätilö, lääkäri tai muu hoitohenkilökunnan jäsen voi vahvistaa ja havainnollistaa ensikäynnillä käsiteltäviä aiheita opaslehden avulla. Lisäksi aineisto toimii asiakkaalle muistin tukena ja rohkaisee osallistumaan oman terveyden ylläpitoon ja hoitoihin. Opaslehden avulla vaikeita asioita on helpompi tuoda esille. (Rouvinen-Wilenius 2007, 9-11.)

Aineistosta tuli asiakkaan tarpeita vastaava, toiveita kunnioittava sekä hyvää ja laadukasta tietoa tarjoava opaslehti. Aineisto välittää lukijalle tietoa terveyden taustatekijöistä. Opaslehti tehtiin huolellisesti suunnitellen ja näyttöön perustuvaan tietoon perustuen. Lapsettomuushoitoihin tulevaa pariskuntaa on helpompi motivoida positiivisiin elämänmuutoksiin, kun tieto perustuu tutkittuun tietoon.

Laatukriteereiden täyttymistä vahvistaa terveyden edistämisen asiantuntijoiden hyödyntäminen aineiston laadinnassa (Rouvinen-Wilenius 2007, 11). Tutkitun tiedon lisäksi kätilöt lukivat kerättyä aineistoa ja kommentoivat sitä käytännön näkökulmasta. Näin pystyttiin takaamaan, että aineiston tieto oli lapsettomien pariskuntien kannalta oleellista.

Opaslehden tarkisti naistentautien poliklinikan lääkäri ennen varsinaista julkaisemista, jotta voitiin varmistua tuotetun tuotoksen laadusta ja tiedon luotettavuudesta. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava asiakkaalle tietoa eri hoitovaihtoista sekä seikoista, joilla on merkitystä hoidonvalinnassa (ks. L 785/1992, 5 §).

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa tulee huomioida eettisyys, tarkkuus ja rehellisyys, vain siten tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava. Tekijöiden vastuulla oli monia eettisiä periaatteita, joita tuli huomioida opinnäytetyön edetessä. Yksi eettinen ratkaisu oli opinnäytetyön tutkimusaiheen valinta. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 15-16.)

Toimeksiantona saatiin mahdollisuus tuottaa opaslehti lapsettomuushoidoista Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien poliklinikan käyttöön. Tarve opaslehdelle oli suuri, koska lapsettomuus on yleistymässä Suomessa. Keski-Suomen keskussairaalan naistentautien poliklinikalla ei ole vielä vastaavaa opaslehteä lapsettomuushoidoista. Lapsettomuuden yleistyessä on tärkeää, että ihmiset saavat tietoa erilaisista lapsettomuushoidoista. (Miettinen & Salo 2018.) Edistä, ehkäise, vaikuta (2016) mukaan toimintaohjelman tavoitteena on painottaa neuvonnan merkitystä.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (2012, 6) -linjausta noudattaen lähteiden valinnassa oltiin kriittisiä. Jotta vain laadukas aineisto päätyi työhön, tietoa haettiin aiheesta monista eri lähteistä ja aihetta rajattiin ja analysoitiin eri näkökulmista. Eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa opinnäytetyötä lähdimme tavoittelemaan raportoimalla suunnittelu- ja tutkimusvaiheita. Lähdeviitteet tehtiin ohjeistusta noudattaen, jotta tutkijoita kunnioitettiin asianmukaisella tavalla. Luotettavuus kehittämistoiminnassa tarkoittaa aineiston käyttökelpoisuutta (Toikko & Rantanen 2009, 121), joten lähteissä pyrittiin käyttämään maksimissaan 10-vuotta vanhoja aineistoja. Joidenkin aineistojen kohdalla tehtiin poikkeus, jos uudempaa aineistoa ei ollut saatavilla. Työssä ei hyödynnetty aineistoa, josta alkuperää ei saatu selville, jotta opinnäytetyön sisällön luotettavuus säilyi. Kirjoittajien luotettavuus ilmeni, selvittämällä taustat ja aineiston sijainnin luotettavuus. Plagiointi ja anastaminen vältettiin referoimalla kirjoittajan teksti omin sanoin. Opinnäytetyön tekijät kommentoivat toistensa tekstejä ja lähteitä, jotta asialle saatiin monta näkemystä ja vakuututtiin alkuperäisen ajatuksen muuttumattomuudesta. Vieraskielisen aineiston kääntäminen omalle äidinkielelle oli yksi luotettavuuden perusteista. Kääntämisen apuna käytettiin sanakirjoja.

Opinnäytetyön luotettavuuden arviointiin osallistuivat kaikki opinnäytetyön tekijät. Latvala & Vanhanen-Nuutinen (2003, 36-37) sanoja mukaillen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tuloksen ja aineiston välillä pystytään osoittamaan yhteys. Opinnäytetyön toteutti kolme opiskelijaa, joiden kirjoitustyyli ja aineiston tulkinta oli erilaisia. Jotta työstä saatiin luotettava ja eettisesti oikeanlainen sekä yhteinen näkemys, jokainen opiskelija arvio toisiaan, lähteiden valintaa ja antoi korjausehdotuksia toisen tekstille.

Opaslehti jalostettiin opinnäytetyön teoriasta ja mukaan lainattiin netistä muutamia kuvia laillisesti, rikkomatta tekijänoikeuksia.

5.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tuotoksena syntyi opaslehti lapsettomuushoidoista. Jatkotutkimusehdotuksena on opaslehden hyötyjen selvitys, voidaan selvittää asiakkaan kannalta helppolukuisuutta, selkeyttä ja ennen kaikkea tarpeellisuutta sekä saivatko lapsesta haaveilevat pariskunnat opaslehdestä tarvitsemansa tiedon. Lapsesta haaveilevat pariskunnat soveltuvat tämän arviointiin parhaiten.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena esitetään kätilöiden, lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan mielipiteiden selvittämistä: onko opaslehdestä ollut apua tiedon jakamisessa asiakkaalle, onko opaslehti selkeä ja ymmärrettävä sekä onko se todettu tarpeelliseksi. Tämän lisäksi voisi tutkia opasmateriaalin mahdollista käyttöä perehdytystarkoituksessa esimerkiksi uudelle työntekijälle tai harjoitteluun tulevalle opiskelijalle, mahdollisen tutkimuksen myötä perehdytysohjeita voisi kehittää ja yhtenäistää yhdenmukaisiksi. Keski-Suomen keskussairaalan muut lapsettomia hoitavat yksiköt ja osastot voisivat hyödyntää samanlaista opaslehtimallia erilaisissa kehittämistöissään ja ohjaustilanteissa.

Lähteet

- Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. Duodecim, 124, 2438-2442. Viitattu 4.9.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97614.pdf>.
- Anttila, L. & Korkeila, J. 2012. Stressi ja lapsettomuus. Suomen lääkäri-lehti. Viitattu 7.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Suomen lääkäri-lehti.
- Apter, J. 2006. Alkoholit ja hedelmättömyys. Suomen lääkäri-lehti. Viitattu 26.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Suomen lääkäri-lehti.
- Berg, V. 2018. Hedelmällisyys laskee jo ennen 35. ikävuotta. Maalis 2018 Tietovuoto. Väestöliitto. Viitattu 26.11.2018. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tietovuodot/maalis-2018-tietovuoto/.
- Boivin, J., Griffiths, E. & Venetis, CA. 2011. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. The bmj. Viitattu 9.11.2018. <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d223>.
- Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Cacciatore, R., Hervonen, A., Kosunen, E. 2003. Seksuaalilääketiede. Seksuaalisuus elämäntapa- ja terveyskyselyssä. Viitattu 7.11.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo93407>.
- Cacciatore, R. & Ingman-Friberg, S. N.d. WHO:n standardit Euroopassa. Väestöliitto. Viitattu 3.10.2018. http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/pienien_lasten_vanhemmat/lapsijaseksuaalisuus/kokonaisvaltainen-seksuaalikasva/standardit/.
- Defining sexual health. 2006. WHO - world Health Organization. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. Viitattu 3.10.2018. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf.
- Edistä, ehkäise, vaikuta. 2016. Terveystieteen ja hyvinvoinninlaitos. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Viitattu 25.9.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- Elämän erilaiset kriisit. 2010. Psykkinen ensiapu. Duodecim. Terveystieteen ja hyvinvoinninlaitos. Julkaistu 26.3.2010. Viitattu 27.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00124.
- Eskelinen, S. 2016. Veren ainesosat. Duodecim. Terveystieteen ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 26.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk02011.
- Halmesmäki, E. 2011. Huumeet ja väärinkäytetyt lääkkeet ennen raskautta. Viitattu 8.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.

- Halmesmäki, E. & Kari, A. 1998. Huumeet ja raskaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 114, 20. Viitattu 14.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim.
- Hannuksela-Svahn, A. 2017. Ihon normaali mikrokasvusto ja mikrobiomi. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 21.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00814&p_hakusana=mikrobiomi.
- Heino, A. & Gissler, M. 2018. Hedelmöityshoidot 2016-2017. Tilastoraportti. Viitattu 5.9.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136391/Tr16_2018.pdf?sequence=7&isAllowed=y.
- Heino, A., Vuori, E., Kiuru, S. & Gissler, M. 2018. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. Tilastoraportti. Viitattu 19.11.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137072/Tr38_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2017a. Elämäntilanteeseen liittyvät reaktiiviset häiriöt. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 8.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00367&p_hakusana=kriisi.
- Huttunen, M. 2017b. Seksuaalinen haluttomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 8.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00493.
- Huttunen, M. 2017c. Naisen sukupuolinen kiihottumisvaikeus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 8.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00396.
- Huttunen, M. 2017d. Erektiohäiriö (impotenssi). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 8.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00391&p_hakusana=erektiohäiriö.
- Huttunen, M. 2017e. Emätinkouristus (vaginismus). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 8.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00368.
- Homeostaasi. 2018. Lääketieteen sanasto. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 10.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01170&p_hakusana=homeostaasi.
- Hovatta, O. 2013. Miehen hedelmättömyys. Viitattu 12.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.

- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunna ohje 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Toim. K. Varantola, V. Launis, M. Helin, S. K. Spoof & S. Jäppinen. Helsinki. Viitattu 25.9.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Hämäläinen, P. 2016. Anabolisten steroidien aiheuttama hypogonadismi. Viitattu 31.1.2019. <https://janet.finna.fi>, Suomen Lääkärilehti.
- Hämäläinen, P. N.d. Steroididopingin haitat. Sic!. Viitattu 31.1.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132042/1_2017_32-35_Steroididopingin%20haitat.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Härkki, P., Heikinheimo, O. & Tiitinen, A. 2015. Endometrioosi ei tarkoita lapsettomuutta. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 12.10.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/endometrioosi-ei-tarkoita-lapsettomuutta/>.
- Ilmonen, T. 2008. Plissit-malli. Julkaisussa seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Toim. M. Ritamo. Helsinki: Valopaino. Viitattu 12.10.2018. <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T26-2008-VERKKO.pdf>.
- Intrauterine insemination. 2018. American pregnancy association. Viitattu 11.10.2018. <http://americanpregnancy.org/infertility/intrauterine-insemination/>.
- Jokimaa, V. 2010. Munasarja ikäännty- mikä muuttuu. Viitattu 26.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Suomen lääkärilehti.
- Joutsenniemi, K. 2016. Positiivinen vuorovaikutus parisuhteessa. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01089&p_hakusana=parisuhde.
- Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. Viitattu 10.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Suomen lääkärilehti.
- Kervinen, K., Rantsi, T., Virtanen, S., Halttunen, M., Nieminen, P., Salonen, A. & Kalliala, I. 2017. Emättimen mikrobiomi terveyden edistäjänä. Viitattu 14.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Terveysportti.
- Ketonen, K. 2009. Lapsettomuus. Julkaisussa Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Toim. U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä. Helsinki: Edita.
- Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas. Helsinki: WSOY/Docendo.
- Klami, R. & Perheentupa, A. 2015. Miten tulkitseen siemennäytteen. Viitattu 10.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Terveysportti.
- Klamydia. 2018. Väestöliitto. Nuoret. Viitattu 8.11.2018. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/seksitaudit/klamydia/>.

- Kontula, O. 2013. Yhdessä vai erikseen. Väestöntutkimuslaitos. Väestöliitto. Viitattu 21.11.2018. http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/c43dd4ccaa9c9837bdcf996de348bd9b/1542792950/application/pdf/2979010/Perhebarometri2013_web_1.pdf.
- Kontula, O. 2016. Lemmen paula-seksuaalinen hyvinvointi parisuhdeonnan avaimena. Perhebarometri 2016. Väestöntutkimuslaitos. Väestöliitto. Helsinki: Väestöliitto.
- Kontula, O. 2018. Halun puute heijastuu parisuhteen hyvinvointiin. Väestöntutkimuslaitos. Väestöliitto. Viitattu 5.11.2018. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhhteesta/toimivasta_seksuaalisuudesta2/haluttomuus/.
- Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus- toiveena lapsi. Helsinki: Tammi.
- Kovac, J., Khanna, A., Lipshultz, L. 2015. The Effect of Cigarettes Smoking On Male fertility. NCBI. Viitattu 22.11.2018. <https://janet.finna.fi>, NCBI.
- Kumar, N., Singh, A. 2015. Trends of male factor infertility, an important cause of infertility: A review of literature. NCBI. Viitattu 19.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691969/>.
- Kuukautiset eivät tule. 2018. Väestöliitto. Nuoret. Viitattu 8.11.2018. <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/tyton-keho/kuukautiset/kuukautiset-eivat-tule/>.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- L 1237/2006. Laki hedelmöityshoidosta. Viitattu 10.9.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 3.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Lapset, nuoret ja perheet. 2017. Keskeiset käsitteet. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 29.10.2018. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/menetelmat/seksuaalisuus-puheeksi/keskeiset-kasitteet.
- Lapsettomuuden hoito. N.d. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 24.9.2018. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-alku-ja-raskausaika/lapsettomuuden-hoito/>.
- Lapsettomuus. N.d. Väestöliitto. Viitattu 19.11.2018. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/syntyvyys/lapsettomuus/.
- Lapsettomuus koskettaa aina. 2018. Väestöliitto. Viitattu 25.9.2018. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhhteesta/parisuhteen_kriisit/lapsettomuudesta/.
- Laru, S., Oulasmaa, M., Riihonen, R. 2018. Koskettaminen ja seksi. Väestöliitto. Viitattu 6.11.2018.

http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/parisuhteen-happy-hour/tietoa/koskettaminen-ja-seksi/.

Laru, S., Oulasmaa, M., Riihonen, R. 2018. Parisuhdeksi. Väestöliitto. Viitattu 26.11.2018.

http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/parisuhteen-happy-hour/tietoa/parisuhdeksi/.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Julkaisussa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. S. Janhonen & M. Nikkonen. 2. uud. p. Helsinki: WSOY.

Lohtaja, S. & Kaihovirta-Rapo, M. 2007. Tehoa työelämän viestintään. Helsinki: WSOY pro.

Luimio, J. 2018. Antibiootit. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 21.11.2018.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01177&p_hakusana=mikrobiomi.

Mattila, A. 2018. Stressi. Viitattu 26.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.

Miettinen, A. 2014. Ikä ja hedelmällisyys. Nuoret miehet tuntevat huonosti iän yhteyden naisen hedelmällisyyteen. Väestöliitto. Viitattu 4.9.2018.

<http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/perhehaaveet/tutkijalta/ika-ja-hedelmallisyys/>.

Miettinen, A. & Salo, J. 2018. Lapsettomuus. Väestöliitto. Viitattu 2.10.2018.

http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/syntyvyys/lapsettomuus/.

Mustajoki, P. 2017. Rintojen kasvu miehillä (gynekomastia). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 29.10.2018.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00718.

Mustajoki, P. 2018. Testosteroni ikääntyvillä miehillä. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 1.12.2018.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00046.

Mustajoki, P. 2018. Anaboliset steroidit ja terveys. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 25.1.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00005&p_hakusana=steroidit.

Noin 60 % hedelmöityshoidoista tehdään yksityisklinikoilla. N.d. Potilaan lääkarilehti. Viitattu 24.9.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/noin-60-hedelmoytyshoidoista-tehdaan-yksityisklinikoilla/>.

Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmän raportti. Viitattu 8.11.2018.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70281/ISBN_URN_978-952-00-3484-9.pdf.

Ovulation induction. N.d. NHS. University Hospitals Coventry and Warwickshire. Viitattu 11.10.2018. <https://www.uhcw.nhs.uk/ivf/treatments/oi/>.

- Paananen, U., Pietiläinen, S., & Raussi-Lehto, E. 2015. Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Helsinki: Edita.
- Paavonen, J. 2011. Klamydiatulehdus. Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Oppiportti. Viitattu 9.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.
- Pruuki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. 2015. Toisenlainen tie. Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Psyykkiset kriisit sekä trauma- ja stressireaktiot. 2015. Mielenterveys. Artikkeliterveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivuilla 9.7.2015. Viitattu 3.11.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/psyykkiset-kriisit-seka-trauma-ja-stressireaktiot>.
- Ranta, V., Leppä, S. & Mattson, J. Syöpäpotilaan hedelmällisyyden säilyttäminen. Lääkärilehti. Viitattu 29.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Lääkärilehti.
- Raskauden ehkäisy. 2017. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen asettama työryhmä. Viitattu 22.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi/KH2014-suositukset-portlet/Tulosta?id=hoi50104#K1>.
- Repo, J. 2018. Tahattoman lapsettomuuden kokeneet. Lasten neuvolakäsikirja. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 29.10.2018. <https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/tietopakettit/monimuotoiset-perheet/tahaton-lapsettomuus>.
- Ritamo, M. 2008. Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Stakes. Viitattu 19.10.2018. <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T26-2008-VERKKO.pdf>.
- Rotkirch, A., Tammisalo, K., Miettinen, A. & Berg, V. 2017. Perhebarometri 2017. Väestöliitto. Viitattu 19.11.2018. <https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/6d13f7232a2e45dd9b4e83f9e4712a64/1542610471/application/pdf/7659544/vanhemmuutta%20lykätään%20netti%20iso.pdf>.
- Rouvinen-Wilenius, P. 2007. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. ResearchGate. Viitattu 25.9.2018. https://www.researchgate.net/publication/232569631_Tavoitteena_hyva_ja_hyodyllinen_terveysaineisto.
- Rothman, K., Wise, L., Sorensen, H., Riis, A., Mikkelsen, E. & Hatch, E. 2014. Volitional Determinants and Age-related Decline in Fecundability: A General Population Prospective Cohort Study in Denmark. NCBI. Viitattu 19.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3672329/>.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Rönnemaa, T. 2016. Diabeteksen vaikutus miehen hedelmällisyyteen. Duodecim. Terveysportti. Viitattu 30.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Terveysportti.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Viitattu 2.10.2018. http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf.

- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Analyysin ja tulkitsemisen suhteesta. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 13.10.2018. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_1.html.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Analyysin äärellä. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 13.10.2018. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html.
- Salonen, A. Ihmisen mikrobiomit. Duodecim, 129, 2341-2348. Viitattu 31.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Terveysportti.
- Selin, H. 2014. Mitä suru on? Potilaan lääkirilehti. Viitattu 8.11.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/mita-suru-on/>.
- Sharma, R., Agarwal, A., Rohra, V., Assidi, M., Abu-Elmagd, M. & Turki, R. 2015. Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring. BMC. Viitattu 26.10.2018. <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12958-015-0028-x>.
- Sharma, R., Biedenharn, K., Fedor, J. & Agarwal, A. 2013. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. BioMed Central. Viitattu 6.11.2018. <https://rbej.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7827-11-66>.
- Schmid, T., Eskenazi, B., Maechetti, F., Young, S., Weldon, R., Baumgartner, A., Anderson, D. & Wyrobek, A. 2012. Micronutrients intake is associated with improved. American Society for Reproductive Medicine. Elsevier Inc. Viitattu 20.11.2018. [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(12\)01879-1/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(12)01879-1/pdf).
- Seksitaudit. 2018. Käypä hoito. Viitattu 10.10.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=622380CC42E270713DE31182582761EA?id=hoi50087>.
- Seppänen, A. 2012. Kuka voi saada hedelmöityshoitoja. Lääkirilehti. Viitattu 2.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Lääkirilehti.
- Silfvenberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita.
- Suokas, J., Gissler, M., Haukka, H., Linna, M., Raevuori, A. & Suvisaari, J. 2015. Erytishoidon yksikössä hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennuste. Duodecim. Terveysportti. Viitattu 10.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Terveysportti.
- Söderström-Anttila, V. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen infertiliteetti. Suomen lääkirilehti. Viitattu 4.12.2018. <http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/1340836/VSA,+Yli+40-vuotiaan+naisen+infertiliteetti,+SLL+2010.pdf>.
- Tapanainen, J & Välimäki, M. 2010. Miehen infertiliteetti. Endokrinologia. Viitattu 13.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.
- Tiitinen, A. 2010. Lapsettomuus. Viitattu 12.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.

- Tiitinen, A. 2015. Hedelmällisyshoidot ja niiden mahdollisuudet. Julkaisussa toisenlainen tie. Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Toim. H. Pruuki, R. Tiihonen & M. Tuominen. Helsinki: Kirjapaja.
- Tiitinen, A. 2017a. Lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 4.9.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2017b. Lapsettomuushoito. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 4.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00732.
- Tiitinen, A. 2017c. Miehen lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 4.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00734.
- Tiitinen, A. 2017d. Inseminaatio ("keinosiemennys"). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00872.
- Tiitinen, A. 2017e. Koeputkihedelmöitys. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00870&p_hakusana=ivf.
- Tiitinen, A. 2017g. Alkion pakastus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.9.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00868.
- Tiitinen, A. 2018a. Lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 10.10.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151.
- Tiitinen, A. 2018b. Vaihdevuodet. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 26.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00179.
- Tiitinen, A. 2018c. Naisen lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 29.10.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00737.
- Tiitinen, A. 2018d. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 30.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Lääkärin tietokannat.
- Tiitinen, A. 2018e. Sisäsynnytintulehdukset. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 8.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=&p_artikkeli=dlk00746.
- Tiitinen, A. 2018f. Miehen lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 26.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00734.
- Tiitinen, A. 2018g. Raskaus ja huumeet. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 25.1.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00944&p_hakusana=huumeet%20ja%20raskaus.
- Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2004. Lapsettomuus. Julkaisussa naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Tiitinen, A., Rissanen, A. & Mustajoki, P. 2000. Lihavuus ja naisen lisääntymisterveys. Duodecim. Viitattu 24.9.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim.
- Tiitinen, A. & Tuominen, M. 2017. Lapsettomuushoitojen komplikaatiot. Viitattu 2.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Lääkärilehti.
- Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011a. Lapsettomuuden syyt Julkaisussa naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.
- Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011b. Hedelmöityshoidot. Julkaisussa naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 30.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Duodecim, Oppiportti.
- Tinkanen, H. & Pellas, E. 2013. Keliakia ja lisääntymisterveys. Lääkärilehti, 68, 21, 1571-1575. Viitattu 10.10.2018. <https://janet.finna.fi>, Lääkärilehti.
- Tippuri. 2018. Väestöliitto. Nuoret. Viitattu 8.11.2018. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/seksitaudit/tippuri/>.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Viitattu 5.9.2018. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Tulppala, M. 2012. Lapsettomuus ja parisuhde. Suomen lääkäri-lehti, 67, 2081-2087. Viitattu 8.11.2018. http://www.parempiavioliitto.fi/artikkelit/LAPSETTOMUUS_SLL26_312012_2086.pdf.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Unkila-Kallio, L & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut - milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin. Suomen lääkäri-lehti, 67, 2059-2064. Viitattu 8.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Suomen lääkäri-lehti.
- Vaskivuo, T. 2002. Regulation of apoptosis in the female reproductive system. Oulu University Press. Viitattu 29.10.2018. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514266676.pdf>.
- Vinkkejä elävään ja hyvään parisuhteeseen. 2018. Artikkelit Väestöliiton sivuilta. Viitattu 5.11.2018. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhteen_lahtokohtia/hyvinvoiva_parisuhde/.
- Winkelman, W., Katz, P., Smith, J. & Rowen, T. 2016. The Sexual Impact of Infertility Among Women Seeking Fertility Care. Sexual medicine. Viitattu 26.11.2018. https://ac.els-cdn.com/S2050116116300228/1-s2.0-S2050116116300228-main.pdf?tid=bf28457d-c2c5-49de-a6bb-e039fe15e9c1&acdnat=1543227014_c98dbe63b20e7b8f5d6ca1c6d9a7ec17.
- Yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.10.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70296/URN_ISBN_978-952-00-3520-4.pdf.



HAAVEENA LAPSI

OPASLEHTI LAPSETTOMUUSHOIDOISTA

Lukijalle

Tämä opaslehti on tarkoitettu antamaan tietoa lapsesta haaveileville pareille hedelmällisyysterveyteen vaikuttavista tekijöistä, lapsettomuudesta sekä lapsettomuuden eri hoitomuodoista.

Tahatonta lapsettomuutta voidaan vähentää edistämällä terveitä elintapoja, lisäämällä tietoisuutta esimerkiksi iän ja seksitautien yhteydestä hedelmällisyyteen.

Suomessa joka neljäs pari on lapseton. Lapsettomuudesta puhutaan, kun raskaus ei ole alkanut vuoden sisällä säännöllisten yhdyntöjen aloittamisesta tai ehkäisyn lopettamisesta. Koska raskaus ei ala aina spontaanisti, tarvitaan avuksi lapsettomuushoitoja, kuten esimerkiksi munarakkulan kypsytyshoito sekä hedelmöityshoidot, joita ovat inseminaatio eli keinosiemennys, koeputkihedelmöityshoito, mikrohedelmöitys ja pakastetun alkion siirto.

Opaslehden lopusta löytyy yhteystietoja, joista saa tarvittaessa lisätietoa lapsettomuudesta, lapsettomuustutkimuksista ja lapsettomuushoidoista.



Sisältö

Lukijalle	1
Mistä lapsettomuus voi johtua?	3
Hedelmällisyyteen vaikuttavat tekijät	3
Lapsettomuustutkimukset.....	4
Lapsettomuushoidot	5
Ovulaation induktio	5
Inseminaatio	5
Koeputkihedelmöitys	6
Mikroinjektio	6
Hoidot pakastetuilla alkioilla	6
Mitä tunteita lapsettomuus voi herättää?	6
Poliklinikan yhteystiedot	8
Mistä löytyy tietoa lapsettomuudesta?	8
Lähdeluettelo	8

Mistä lapsettomuus voi johtua?

Suomessa joka viides pari kokee lapsettomuutta. Lapsettomuus määritellään primaariksi, kun raskaus ei ole koskaan alkanut ja sekundaariksi, kun synnytyksiä, keskenmenoja tai kohdunulkoisia raskauksia on takana ainakin yksi. Lapsettomuus jaetaan myös tahalliseen eli suunniteltuun lapsettomuuteen ja tahattomaan eli suunnittelemattomaan lapsettomuuteen.

Lapsettomuus koskettaa aina pariskuntaa, ja se kohdataan yhdessä huolimatta siitä, mikä lapsettomuuden syy on. On todettu, että lapsettomuus johtuu naisesta 25 %:ssa tapauksista ja miehestä 25 %:ssa tapauksista. Niin sanottua selittämätöntä lapsettomuutta on 25 %:ssa ja loput 25 % johtuu molemmista, niin miehestä kuin naisesta.



Naisesta johtuva lapsettomuus

Naisesta johtuvat lapsettomuuden syyt ovat mm. ovulaatioon liittyvät syyt. Muita hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä voivat olla munasarjojen heikentyminen, poikkeava munasolun laatu, heikentynyt toiminta munanjohtimissa tai endometrioosi, joka voi aiheuttaa lapsettomuutta.

Miehestä johtuva lapsettomuus

Siemennesteen laadun heikentyminen voi johtua hormonaalisista syistä tai kivesten ja siemenjohdinten toimintahäiriöstä, mutta jopa 40-60 %:ssa syytä heikolle siemennesteen laadulle ei saada selville. Muita lapsettomuuden syyt voivat olla seksuaaliongelmien esim. ejakulaatio- eli siemensyöksy- ja erektiohäiriö.

Selittämätön lapsettomuus

Selittämättömästä lapsettomuudesta puhutaan, mikäli nykyisillä tutkimusmenetelmillä ei löydetä selkeää hedelmättömyyden aiheuttajaa. Selittämätön lapsettomuus on hyvin tavallista, koska joka neljännen pariskunnan lapsettomuuden syytä ei saada selville.

Hedelmällisyyteen vaikuttavat tekijät

Terveelliset elämäntavat vaikuttavat positiivisesti raskauden alkamiseen, ennusteeseen ja hedelmöityshoitosten tuloksiin. Monipuolinen ruokavalio suojaa hedelmällisyyttä ja sen rinnalla, raskautta suunniteltaessa, on suositeltavaa käyttää foolihappovalmisteita.

Niin naisen kuin miehenkin tupakoimattomuus vaikuttaa myönteisesti hedelmällisyyteen ja hedelmöityshoitosten tuloksiin. Tupakoinnin lopettaminen voi parantaa naisen munasolujen laatua ja raskauden todennäköisyyttä. Myös miehen tupakoinnin lopettamisella on todettu olevan positiivista vaikutusta hedelmöityskykyyn.

Painonhallinta on tärkeää hedelmällisyysterveyden ylläpidossa. Sekä yli- että alipainolla on hedelmällisyyttä heikentäviä vaikutuksia. Naisella ylipainoisuuteen liittyy usein ovulaatiohäiriöitä, esimerkiksi kuukautiset voivat olla epäsäännölliset. Miehen ylipainolla on huomattu olevan yhteys testosteronitasoon eli sukupuolihormonin vähenemiseen, jonka seurauksena siittiöiden tuotanto heikkenee. Naisen alipaino ja

kehon liian vähäinen rasvan määrä voi johtaa munasarjojen toimintahäiriöihin ja hedelmättömyyteen, ja miehen alipaino voi vaikuttaa sperman koostumukseen.

Ennen raskauden suunnittelua naisen ja miehen on suositeltavaa rajoittaa alkoholin käyttöä. Naisen runsaan alkoholin käytön on huomattu aiheuttavan hedelmällisyyden heikkenemistä ja häiritsevän kuukautiskiertoa. Tutkimusten mukaan miehillä alkoholin pienikin käyttö vähentää siittiöiden määrää.

Naisen anabolisten steroidien käyttö vaikuttaa mieshormonin tavoin, se johtaa naisen kuukautishäiriöihin ja rintojen pienentymiseen. Miehen anabolisten steroidien käyttö vähentää yleensä huomattavasti siittiöiden määrää tai lopettaa siittiötuotannon kokonaan sekä aiheuttaa eturauhasen liikakasvua. Siittiötuotannon käynnistyminen anabolisten steroidien jälkeen saattaa viedä vuosia. Hedelmöityshoitolaian mukaan huumeiden käyttö tai alkoholin runsas käyttö voivat estää lapsettomuushoitojen antamisen.

Monet yleissairaudet voivat heikentää sekä naisen että miehen hedelmällisyyttä. Siksi on tärkeää, että lasta suunniteltaessa krooniset sairaudet ovat hoitotasapainossa.

Monet tulehdustaudit voivat vaurioittaa naisen ja miehen sukupuolielimiä ja sen myötä aiheuttaa hedelmällisyyden laskua molemmille osapuolille. Siksi tulehdustautien hoito on tärkeää. Hoitamattomat seksitaudit, esimerkiksi klamydia ja tippuri voivat aiheuttaa vaurioita naisen munanjohtimille. Miehellä hoitamattomat tulehdukset virtsaputkessa, kiveksissä ja lisäkiveksissä voivat aiheuttaa tukkeumia lisäkivestiehyessä ja häiritä siemenplasman syntyä rakkula- ja eturauhasissa.

Lääkkeiden käytöstä on syytä keskustella aina hoitavan lääkärin kanssa, koska lääkkeillä voi olla haittavaikutuksia niin naisen kuin miehenkin hedelmällisyyteen. Naisen on syytä välttää tulehduskipulääkkeitä ovulaation aikana ja kierron loppuvaiheessa, koska ne voivat heikentää ovulaatiota ja alkion kiinnittymistä.

Iän myötä naisen ja miehen hedelmällisyys luonnollisesti heikkenee. Hedelmällisyys on korkeimmillaan naisen ollessa 20-24 vuotias, mutta voi jatkua melko korkeana 30-vuotiaaksi asti. Jyrkempi lasku hedelmällisyydessä tapahtuu 35. ikävuoden jälkeen. Hedelmällisyyden lasku on kuitenkin hyvin yksilöllistä ja eri ihmisten välillä voi olla suuriakin vaihteluita. Miehen ollessa yli 40 vuotias raskauden alkaminen voi viivästyä. Tutkimusten mukaan miehen iällä on vaikutusta siemennesteen tilavuuteen, siittiöiden liikkuvuuteen ja rakenteeseen.

Lapsettomuustutkimukset

Pariskunnan molempien osapuolten tutkiminen on tärkeää, koska usein lapsettomuuden syy koostuu useista tekijöistä. Aluksi tutkimuksissa arvioidaan molempien ikä, lapsettomuuden kesto, sairaudet, lääkkeet sekä päihteiden käyttö.

Naisen esitiedoissa selvitetään kuukautisten säännöllisyys, ehkäisymenetelmä, yhdyntä- ja kuukautiskivut, vatsanalueen leikkaukset, kaavinnat, painon kehitys, akne sekä sairastetut sisäsynnytintulehdukset. Ultraäänitutkimus on tärkeä osa naisen tutkimista, koska sillä selvitetään kohdun ja munasarjojen rakenne. Naisesta kartoitetaan tarvittaessa verikokeilla prolaktiinipitoisuus ja kilpirauhasarvot. Epäsäännöllinen kierto edellyttää yleensä laajempia tutkimuksia.

Miehen tutkiminen alkaa siemennesteanalyysillä, joka voidaan tehdä jo perusterveydenhuollossa. Miehen muu tutkiminen tapahtuu erikoissairaanhoidon puolella. Siemennesteestä tutkitaan siittiöiden rakenne, määrä, liikkuvuus ja siittiövasta-aineiden esiintyminen. Siemennesteanalyysin ollessa poikkeava, miehelle



tehdään kliininen tutkimus. Kliiniseen tutkimiseen kuuluvat kivesten koon, tasaisuuden sekä laskimosuonten pullistumien tutkiminen.

Lapsettomuushoidot

Lapsettomuushoidot ovat lakisäädelyä toimintaa, ja lain tehtävä on turvata syntyvälle lapselle tasapainoinen elinympäristö. Hoitosuostumusten ensisijainen tehtävä on varmistaa pariskunnan molempien osapuolten oikeudellinen asema - hoidot toteutetaan yhteisymmärryksessä puolisoiden kanssa ja hoitava yksikkö toteuttaa vain niitä hoitoja, joihin pariskunta on antanut suostumuksensa. Hoitosuostumus takaa lisäksi sen, että mikäli toinen puolisoista peruuttaa suostumuksen, ei hoitoja enää jatketa.

Hedelmöityshoitolaikiin ei ole kirjattu virallisia ikärajoja hedelmöityshoidon antamiselle, mutta julkisella sektorilla naiselle asetettu ikäraja on noin 40 vuotta. Miehen iälle lapsettomuushoidoissa ei ole tiedossa olevaa ylärajaa. Julkisessa terveydenhuollossa hoidot eivät kata sterilisaation jälkeisiä hoitoja eikä hoitoja pareille, joilla on jo kaksi omaa yhteistä lasta. Julkisella sektorilla hoidetaan tällä hetkellä vain heteropariskuntia.

Lapsettomuushoidot räätälöidään aina lapsettomuuden syyn mukaan ja pyritään huomioimaan parien mahdolliset toiveet. Lapsettomuushoitoja on nykyisin tarjolla monenlaisia: munarakkulan kypsytyshoito sekä hedelmöityshoidot. Hedelmöityshoitoja ovat inseminaatio eli keinosiemennys, koeputkihedelmöityshoito, mikrohedelmöitys ja pakastetun alkion siirto.

Ovulaation induktio

Ovulaation induktio eli munarakkulan kypsytyshoito tarkoittaa munasolun kypsymistä ja irtoamista, joka on saatu aikaan hormonihoidolla. Hoito sopii mm. naisille, joilla munasolu irtoaa liian harvoin tai ei ollenkaan.

Tablettimuotoinen hormonihoito kestää yleensä viisi päivää. Hoito voidaan toteuttaa myös pistoksina ihon alle, jonka kesto määritetään tapauskohtaisesti. Hoidon aikana ultraäänitutkimuksen avulla seurataan naisen munarakkuloiden määrää, kypsymistä ja kohdun limakalvon paksuuntumista.



Inseminaatio

Inseminaatio eli keinosiemennys tarkoittaa, että tuoreita tai pakastettuja, pestyjä siittiöitä ruiskutetaan kohtuonteloon muovikatetrilla ovulaation ajankohtana. Inseminaatiota voidaan käyttää monesta eri syystä johtuvan lapsettomuuden hoitoon. Inseminaatio on myös mahdollinen, kun miehen siemennesteessä on hedelmällisyyttä alentavia muutoksia sekä silloin, kun lapsettomuuteen ei löydy selkeää syytä.

Hoito toteutetaan useimmiten luonnollisen kuukautiskierron tai hormoneilla stimuloituun kuukautiskiertoon. Naisella täytyy myös olla yksi terve munanjohdin, jotta hoito voi onnistua. Miehen spermassa tulee olla tarpeeksi liikkuvia siittiöitä hoidon onnistumiseksi.

Koeputkihedelmöitys

Koeputkihedelmöitys IVF (In Vitro Fertilization) tarkoittaa että, munarakkulan kasvua stimuloivan hormonin avulla munasarjoihin kasvatetaan useita munarakkuloita. Munasolut kerätään munarakkulapunktiossa ja hedelmöitetään puolison siittiöillä. IVF valitaan hoitomuodoksi, mikäli naisen munarjohtimet ovat tukossa tai mikäli muut hoitomuodot eivät ole tuottaneet tulosta tai kun koeputkihedelmöityshoito katsotaan kokonaisuuden kannalta ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Koeputkihedelmöityksessä yksi alkio siirretään naisen kohtuun ja loput alkioista voidaan pakastaa mahdollista myöhempää käyttöä varten.

Munasarjojen stimulaatio toteutetaan joko pitkällä hoitomuodolla (agonistihoido) tai lyhyemmällä hormonihoitolla (antagonistihoido). Munarakkulojen kehittymistä seurataan ultraäänitutkimuksella hoidon edetessä ja munasolujen keräys suoritetaan ultraääniohjatuksi. Munarakkulat tyhjennetään neulan avulla koeputkeen ja munasolut siirretään laboratorioon, missä ne hedelmöitetään siittiöillä. Hedelmöitetetyt munasolut siirretään naisen kohtuun punktion jälkeen yleensä 3-5 päivän kuluttua.

Mikroinjektio

Mikroinjektiohoidossa (ICSI - intracytoplasmic sperm injection) yksi siittiö ruiskutetaan suoraan kerätyn munasolun sisään. Mikroinjektiohoidon yhteydessä naisen hormonihoito, munasolujen keräys sekä siirto ovat täysin samat kuin tavallisessa koeputkihedelmöityksessä. Hoito valitaan, kun miehen siemennesteen laatu ei ole muihin hoitomuotoihin tarpeeksi riittävä tai jos IVF-hoidossa on todettu hedelmöitymisongelmia. Jos aiemmin ei ole saatu munasolua hedelmöittymään, käytetään usein mikrohedelmöityshoitoa.

Mikroinjektiohoidon tuloksiin vaikuttavat naisen ikä, aiempi mahdollinen hedelmällisyys, hoidon aihe ja hoitokertojen määrä.

IVF/ICSI-hoidon mahdollisia komplikaatioita ovat munasarjojen hyperstimulaatio, millä tarkoitetaan munasarjojen liiallista reagoitua stimulaatiohoidolle, sekä munasolukeräyksen jälkeinen infektio tai vuoto. Nämä hoitoon liittyvät komplikaatiot ovat harvinaisia.

Hoidot pakastetuilla alkiolla

Hoidot pakastetuilla alkiolla (Fet - frozen embryo transfer / Pas) tarkoittaa, että naisen kohtuun siirretään nestemäiseen tyypeen pakastettu alkio. Kohtuun siirretään ensisijaisesti vain yksi alkio, poikkeuksellisesti kaksi alkioita, joten loput alkioita voidaan pakastaa mahdollista myöhempää käyttöä varten. Pakastetut alkioit sulatetaan siirtoa varten. Pakastealkionsiirto voidaan tehdä hormonituettuun kuukautiskiertoon tai luonnolliseen kiertoon.

Mitä tunteita lapsettomuus voi herättää?

Usein ajatellaan, että lapsen hankinta on omassa hallinnassa. Kun näin ei yrittämisistä huolimatta käy, ollaan aivan odottamatta tilanteessa, jossa tulevaisuutta ei voi suunnitella. Lapsettomuus voi aiheuttaa epäuskoisia ajatuksia omia



elämänarvoja kohtaan ja muuttaa omia asenteita elämästä.

Ajatuksissa voi välillä olla suurta pettymystä ja taas toisaalta suurta toivoa. Masennus, ahdistus, univaikeudet ovat yleisiä. Kriisin keskellä olevan kannattaa muistaa, että erilaiset tunteet ovat hyvin normaaleja. Ajatuksia voi olla vaikeaa tai raskasta käsitellä ja ne voivat jopa pelottaa, joten niistä kannattaa keskustella esimerkiksi vastaanottokäynnillä. Ajatusten peittelemistä tai sivulle siirtämistä kannattaa välttää. Ajatusten turruttaminen päihteillä ei ole kannattavaa, koska päihteet yleensä vain pahentavat oireita.

Kumppanin tuki on ensisijaisen tärkeää. Pariskunta saattaa käsitellä asioita eri tahtiin, ja onkin tärkeää pyrkiä ymmärtämään toista ja kuunnella häntä. Tämä auttaa selviämään vaikeiden aikojen yli yhdessä. Vaikeita asioita yhdessä käsittelevät pariskunnat sopeutuvat tilanteeseen paremmin.

Oman hyvinvoinnin ylläpitäminen on tärkeää vaikeissa elämän vaiheissa. Hyvinvoinnin ylläpitämisen lisäksi on tärkeää, että molemmilla on tahtoa työskennellä parisuhteen eteen. Kaikista yrityksistä huolimatta joskus parisuhteessa voi tulla tilanteita, jossa pariskunta ei itse pääse vaikeissa asioissa eteenpäin. Tällöin on hyvä hankkia apua ajoissa. Avun hakeminen on tärkeää, mikäli toinen tai molemmat reagoivat ongelmiin psyykkisesti oireillen. Keskustelut ammattihenkilön kanssa auttavat myöntämään ja purkamaan itselleen hankalia ajatuksia. Myös vertaistuesta voi olla suurta apua. Esimerkiksi lapsettomien yhdistys Simpukka tarjoaa vertaistukea eri paikkakunnilla.

Mahdolliset kielteiset tunteet parisuhteessa ja elämässä voivat peilautua seksuaalisuuteen. Seksuaalisuus on herkkä osa-alue ihmisessä. Tilapäiset ongelmat seksielämässä ovat yleisiä lapsettomuuden keskellä. Erilaiset lapsettomuuteen liittyvät tunteet esimerkiksi masentuneisuus, mielialanvaihtelut ja suru voivat aiheuttaa molemmille seksuaalista haluttomuutta, suorituspainetta tai erektio-ongelmia. On mahdollista, että intohimo ja heittäytyminen saattavat jäädä vähemmälle. Erilaiset syyllisyyden tunteet voivat varjostaa seksielämää.



Tarvittaessa lääkäri voi kirjoittaa parille lähetteen KSSH:n seksuaalineuvojalle.

Poliklinikan yhteystiedot

Naistentautien poliklinikka toimii ajanvaraus-, päivystys- ja konsultaatiopoliklinikkana **maanantaista perjantaihin klo 8-14.30**. Muina aikoina päivystyspotilaiden vastaanotto toimii synnytysvastaanotolla.

Naistentautien poliklinikan lääkärin vastaanotolle tullaan joko terveyskeskus- tai yksityislääkärin läheteellä.

Keski-Suomen Keskussairaalan naistentautien poliklinikka
p. 014 269 1023



Seksuaalineuvojan vastaanotto

Sädesairaalan tiloissa, Seksuaaliterveyspoliklinikan ajanvaraus ma–pe klo 8–15

→ lääkäri kirjoittaa lähetteen pyydettyä seksuaalineuvojalle

Ovumia Fertinova, Jyväskylä

Väinönkatu 30

Ajanvaraus ma-pe 8.15-15.00

puh. 020 747 9313

Mistä löytyy tietoa lapsettomuudesta?

Lisää tietoa lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista sekä vertaistuesta löydät alla olevista linkeistä.

- www.terveyskylä.fi → Naistalo.fi → Lisääntymisterveys → Lapsettomuus
- Tietoa ja vertaistukea löydät myös Simpukka-yhdistyksen sivuilta.

Lähdeluettelo

- Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. Duodecim.
- Apter, J. 2006. Alkoholi ja hedelmättömyys. Suomen lääkärilehti.
- Berg, V. 2018. Hedelmällisyys laskee jo ennen 35. ikävuotta. Tietovuoto. Väestöliitto.
- Elämän erilaiset kriisit. 2010. Psykkinen ensiapu. Duodecimin. Terveyskirjasto.
- Halmesmäki, E. & Kari, A. 1998. Huumeet ja raskaus. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim.
- Heino, A. & Gissler, M. 2018. Hedelmöityshoidot 2016-2017. Tilastoraportti.
- Hovatta, O. 2013. Miehen hedelmättömyys. Duodecim, Oppiportti.
- Hämäläinen, P. 2016. Anabolisten steroidien aiheuttama hypogonadismi. Suomen Lääkärilehti.
- Hämäläinen, P. N.d. Steroididopingin haitat. Sic!.
- Härkki, P., Heikinheimo, O. & Tiitinen, A. 2015. Endometriosis ei tarkoita lapsettomuutta. Potilaan lääkärilehti.
- Jokimaa, V. 2010. Munasarja ikääntyy- mikä muuttuu. Suomen lääkärilehti.
- Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus.
- Ketonen, K. 2009. Lapsettomuus. Julkaisussa Kätilötyö: raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Toim. U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A-M. Äimälä. Helsinki: Edita.
- Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus- toiveena lapsi. Helsinki: Tammi.
- L 1237/2006. Laki hedelmöityshoidosta.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- Lapsettomuuden hoito. N.d. Suomen lääkäriliitto.
- Lapsettomuus. N.d. Väestöliitto.
- Miettinen, A. & Salo, J. 2018. Lapsettomuus. Väestöliitto.
- Mustajoki, P. 2018. Anaboliset steroidit ja terveys. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Ovulation induction. N.d. NHS. University Hospitals Coventry and Warwickshire.
- Pruuki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. 2015. Toisenlainen tie. Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Seksitaudit. 2018. Käypä hoito.
- Sharma, R., Biedenharn, K., Fedor, J. & Agarwal, A. 2013. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. BioMed Central.
- Tiitinen, A. 2010. Lapsettomuus. Viitattu 12.10.2018. Duodecim, Oppiportti.
- Tiitinen, A. 2015. Hedelmällisyshoidot ja niiden mahdollisuudet. Julkaisussa toisenlainen tie. Tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Toim. H. Pruuki, R. Tiihonen & M. Tuominen. Helsinki: Kirjapaja.
- Tiitinen, A. 2017a. Lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto. Duodecim, Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2017b. Lapsettomuushoito. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2017c. Miehen lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2017d. Inseminaatio ("keinosiemennys"). Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2017e. Koeputkihedelmöitys. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2017g. Alkion pakastus. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2018a. Lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2018c. Naisen lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2018b. Vaihdevuodet. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. 2018d. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat.
- Tiitinen, A. 2018f. Miehen lapsettomuus. Duodecim. Terveyskirjasto.
- Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2004. Lapsettomuus. Julkaisussa naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Tiitinen, A. & Tuominen, M. 2017. Lapsettomuushoitojen komplikaatiot. Lääkärilehti.
- Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011a. Lapsettomuuden syyt. Julkaisussa naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Duodecim, Oppiportti.
- Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011b. Hedelmöityshoidot. Julkaisussa naistentaudit ja synnytykset. Toim. O. Ylikorkala & A. Kauppila. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Duodecim, Oppiportti.
- Unkila-Kallio, L & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut - milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin. Suomen lääkärilehti, 67, 2059-2064. Suomen lääkärilehti.

Potilasohje

KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALA, Naistentautien poliklinikka

Tekijät:

Erika Turunen

Iida Piilonen

Matleena Hiltunen

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Helmikuu 2019

Hyväksynyt: Jaana Seikkula