

[http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/ 207/](http://www.jyu.fi/library/tutkielmat/207/)

TAHATON LAPSETTOMUUS: NÄKYMÄTÖN MENETYS

Sanna Suomalainen
Jyväskylän yliopisto
yhteiskuntapolitiikan laitos
pro gradu
kevät 1997

TIIVISTELMÄ

TAHATON LAPSETTOMUUS: NÄKYMÄTÖN MENETYS

Sanna Suomalainen
Yhteiskuntapolitiikka
kevät 1997
Jyväskylän yliopisto
95 sivua + 2 liitettä

Tutkielman tarkoituksena oli löytää tahattomasti lapsettomien jokapäiväistä elämää eniten koskettavat aiheet. Pääosa aineistosta on aiemmin julkaistua tutkimustietoa aiheesta. Lisäksi kesällä 1994 kerättiin lehti-ilmoituksella tahattomasti lapsettomien omia kertomuksia siitä, mikä lapsettomuudessa eniten koskettaa jokapäiväistä elämää. Oletuksena oli, että lapsen hankkimiseen koetaan painetta ulkoapäin ja että tahattoman lapsettomuuden kokemus vaikuttaa ihmisen näkemykseen itsestään ja elämästään.

Tutkielman teoriataustana ovat elämänkaaripsykologiaan liittyvät käsitteet: elämänsuunnitelma ja sosiaalinen kello. Lisäksi käsitellään identiteettiin liittyviä kysymyksiä. Tutkielmassa käydään läpi lapsettomuuteen liittyvät tutkimukset ja hoitomenetelmät sekä niihin liittyvät ongelmat. Parisuhteen lisäksi paneudutaan mieheen ja naiseen yksilötasolla etsittäessä tahattoman lapsettomuuden vaikutuksia. Kirjeaineistoa on luettu peilaten sitä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

Tahaton lapsettomuus on siitä kärsiville iso ja kaikki elämäalueet läpäisevä ongelma. Naisille tahaton lapsettomuus vaikuttaa olevan isompi ongelma kuin miehille, riippumatta siitä, kumman lisääntymissysteemissä on vikaa. Naisten ja miesten tavat reagoida lapsettomuuteen ovat myös erilaiset. Lapsettomuudesta on vaikea puhua, koska se koskettaa kaikkein intiimeimpiä elämäalueitamme.

Avainsanat: tahaton lapsettomuus
infertiliteetti
sosiaalinen kello

SISÄLLYSLUETTELO

1. Aiheen valinnasta.....	1
2. Perhe ja sen merkitys	2
2.1 Miksi lapsia halutaan.....	4
2.2 Tuleeko lapsettomuutta hoitaa - ja kenen varoilla...	5
3. Tutkielman teoriataustaa: elämäkulusta identiteettiin..	8
3.1 Elämäkulku, sosiaalinen kello ja kriisit.....	8
3.2 Identiteetti.....	12
4. Käsitteitä: infertiliteetti ja steriliteetti.....	14
5. Kuka on tahattomasti lapseton?.....	14
6. Lapsettomuuden syiden selvittäminen.....	16
6.1 Miehellä tehtävät tutkimukset.....	18
6.2 Naisella tehtävät tutkimukset.....	19
6.3 Hedelmättömyyden syyt.....	20
7. Hoidot.....	21
7.1 Hormonihoidot.....	22
7.2 Keinosiemennys.....	23
7.3 IVF eli koeputkihedelmöitys.....	24
7.4 GIFT eli solumunien vieni munanjohtimeen.....	26
7.5 ZIFT eli hedelmöityneiden munasolujen vieni munanjohtimeen.....	26
7.6 Solumunien luovuttaminen.....	27
7.6.1 Munasolujen luovutus.....	27
7.6.2 Siittiösolujen luovutus.....	28
7.7 Mikroinjektio.....	29
7.8 Alkioiden pakastaminen.....	30
7.9 Sijaissynnyttäjä eli kohdunvuokraus.....	31
8. Uusiin hoitomuotoihin liittyvät ongelmat.....	32
8.1 Terveystieteelliset, taloudelliset ja tekniikkoihin liittyvät ongelmat	32
8.2 Eettiset, lainsäädännölliset ja muut ongelmat.....	33
9. Keskenmeno ja kohdun ulkopuolinen raskaus.....	38
10. Tutkittu, hoidettu - entä sitten?.....	39
10.1 Voiko tämä olla totta.....	39
10.2 Nyt riittää!.....	40
10.3 Adoptio	41
11. Sekundaarinen infertiliteetti.....	42
12. Lapsettoman arki - 12 tarinaa.....	43
12.1 "Miksi en minä".....	44
12.2 "Kun jaksaa uskoa ja toivoa jaksaa jatkaa!".....	46
12.3 "Mutta teillähän on jo yksi lapsi ennestään".....	47
12.4 "Eiköhän se lapsi sieltä kuitenkin joskus ponnahtaa"...	48
12.5 "Se on meidän taakkamme".....	49
12.6 "Tämä lapsiasia masentaa aina välillä".....	52
12.7 "Koskas se tuo Pete saa kaverin".....	56
12.8 "Mikset voi olla tyytyväinen tähän pieneen mieheen joka meillä jo on?".....	57
12.9 6½ vuoden odotus.....	59
12.10 "Ahdistus oli sanainkuvaatomatonta".....	61
12.11 "Ajattelimme, että olisi aika hankkia lapsi".....	63
12.12 Kaikki likoon vielä kerran.....	69
13. Lapsettomana elämän loppuun asti.....	70
13.1 Infertiili mies.....	71
13.2. Infertiili nainen.....	73
14. Lapsettomuuskriisi ja siihen liittyvä surutyö.....	76
15. Johtopäätökset ja pohdintaa.....	83

1. AIHEEN VALINNASTA

Lapsettomuudesta ongelmana on alettu keskustella julkisuudessa enemmän vasta 1990-luvun puoliväliä lähestyittäessä. Monien naisten ja miestenkin elämän on täyttänyt kysymys, kuinka ehkäistä parhaiten ei-toivotut raskaudet. Monille ajatus lapsettomaksi jäämisestä onkin vieras: puhutaanhan lasten tekemisestä ja yllätyks voi olla suuri, kun se ei heti onnistukaan.

Itse kiinnostuin aiheesta luettuani Pirre Saarion lapsettomuustilityksen Haikara lentää ohi (Kirjapaja, 1990), mutta varsinaisen syyksen aiheen valintaan sain omakohtaisten lapsettomuushoitokokemusten kautta. Sain huomata, että tiedon ja asiaa koskevan aineiston löytäminen ei ollut kaikkein helpoimpia tehtäviä; lähes kaikki materiaali keskittyy kuvaamaan lapsettomuuden fysiologista, medikalisoitua puolta: fyysiset syyt, lääketieteen keinot jne. Ennen 1980-lukua tehty tahattoman lapsettomuuden tutkimus keskittyi lähinnä siihen, että yritettiin löytää psykologiset syyt infertiliteetin taustalta. Myöhemmin tutkimus on siirtynyt enemmän kuvaamaan tahattoman lapsettomuuden vaikutuksia yksilölle ja pariskunnille. (Möller 1985, 7). Tahattoman lapsettomuuden erityispiirre onkin ongelman laaja-alaisuus: se on lääketieteellinen ja sosiaalinen, jopa elämäkatsomuksellinen kysymys. Kyse on kahden ihmisen yhteisestä ongelmasta, parisuhteesta, pettymyksien kohtaamisesta, pitkäjänteisyydestä, eettisistä kysymyksistä... Niin yksityinen alue muuttuu äärettömän julkiseksi.

Halusin selvittää, miten ja mihin elämänalueisiin tahaton lapsettomuus vaikuttaa. Alitajuisesti saatoinkin hakea vahvistusta omille kokemuksilleni jonkinlaisista ulkopuolisuuden, avuttomuuden ja kontrolloimattomuuden tunteista. Aiheeseen alkoi kietoutua muutenkin, mitä pidemmälle suunnitelma eteni. Mitä tapahtuu, kun asioita ei voikaan enää suunnitella ja hallita? Muuttaako se ihmistä ja miten? Miksi tahaton lapsettomuus on siitä kärsiville niin iso ongelma?

Pääosin tutkielma perustuu jo olemassa olevaan kirjalliseen aineistoon, joka käsittelee lapsettomuutta ja lisääntymisteknologiaa. Kirjeaineistoa on kerätty kesällä 1994 lapsiin keskittyvässä lehdessä olleella ilmoituksella, johon tuli vastauksena 10 naisten kirjoittamaa kokemusta lapsettomuudesta. Lisäksi yksi tarina oli jo julkaistu erään aikakauslehden kirjoituskilpailussa ja kirjoittaja otti puhelimitse yhteyttä, jolloin liitin senkin aineistoon. Ilmoitus poiki myös jonkin verran yleisempiä yhteydenottoja ja sain vielä myöhemmin yhden kertomuksen kirjoittajalta, joka otti alunperin yhteyttä pyytääkseen saada nähdä valmiin gradun. Tutkimuksia ja hoitoja halusin selvittää ja esitellä tarkasti, koska alati kehittyvä reproduktiotekniikka ja siihen liittyvät erilaiset ongelmat täyttävät yksilön kauhunsekaisella toivolla: oletan, että kun on perillä hoidoista, kokee myös jonkin verran hallitsevansa sitä mitä itselle tapahtuu ja pystyy tekemään hoitojakin koskevia päätöksiä. Lisäksi tutkimukset ja hoidot - silloin kun niitä on - määräävät hyvinkin tarkkaan jokapäiväistä elämää. Näin ollen tutkielmassa on siis tavallaan kahdenlainen aineisto: toisaalta tekniikkaa, lääketiedettä, käsitteitä - paljon sellaista, mitä ei oikein aina edes tahdo ymmärtää ja toisaalta taas naisten henkilökohtaisia kokemuksia.

2. PERHE JA SEN MERKITYS

YK:n ihmisoikeuksien julistuksessa sanotaan, että jokaisella naisella ja miehellä on oikeus perustaa perhe. Perheen perustaminen tiettyssä elämänvaiheessa on odotettua, hyväksyttyä ja normaalina pidettyä käyttäytymistä. Perhe onkin tärkeä yhteiskunnan toimintayksikkö, jossa hoidetaan sekä uusintamiseksi että sosiaalistamistehtäviä - ja näin se on myös yhteiskunnan erityisen mielenkiinnon kohde: perhepolitiikka on sosiaalipolitiikan pääaloja. Myös joukkotiedotusvälineet ja mainonta ylläpitävät käsityksiä "oikeista" perheistä.

Perheeseen liitetään paljon odotuksia ja toiveita niin yhteiskunnan kuin yksittäisen ihmisenkin tasolla. YK julisti

vuoden 1994 Perheen Vuodeksi. Tällaisen teemavuoden tarkoituksena on kiinnittää huomio johonkin tiettyyn ryhmään ja sen aseman edistäminen. Pohjoismaat vastustivat Perheen Vuoden julistamista, koska pelättiin YK:n määrittelevän "ihanneperheen", naisjärjestöt taas vastustivat sellaista perheen korostamista, joka johtaa naisten painostamiseen kotiin, perheen "huoltojoukoiksi". Pelättiin myös, että perheen tehtävien korostaminen merkitsisi yhteiskunnalle kuuluvien tehtävien siirtämistä enenevässä määrin perheen harteille; toisaalta jotkut esittivät sellaisenkin näkemyksen, että tällainen teemavuosi kannustaa perheitä lykkäämään yhä enemmän tehtävistään ja vastuustaan yhteiskunnan kannettavaksi. Kaksi ensimmäistä väitettä pyrittiin estämään kirjaamalla kaikkiin asiakirjoihin maininta perhekäsitteen monimuotoisuudesta ja naisten aseman parantamisesta. Voisiko lapsettomuus siis olla ongelma myös yksin elävälle naiselle tai miehelle - tai miehelle joka elää miehen kanssa ja naiselle joka elää naisen kanssa? Tahattomasta lapsettomuudesta puhuttaessa tulee pakostakin voimakkaana esiin käsitys ydinperheen tai ainakin heteroseksuaalisen parisuhteen paremmuudesta; oletetaanhan jo tutkimuksiin pääsyä edeltävän, että raskautta on yritetty pitkään saman partnerin kanssa. (Kuronen 1991, 224; Taskinen 1992, 32)

Perhemuodot vaihtelevat ajasta ja paikasta riippuen, mutta tällä hetkellä päärakenteina pidetään seuraavia kolmea: ydinperhe, laajennettu perhe ja uus(io)perhe. Näistä on edelleen erilaisia variaatioita. Lapsettomat avio- ja avoparit lasketaan länsimaissa ydinperheisiin. Erikseen ydinperheisiin kuuluvina mainitaan perheet, joissa on adoptoituja tai keinohedelmöityksellä aikaansaatuja lapsia. (Taskinen 1992, 32)

Lapsettomat pariskunnat voidaan jakaa karkeasti kahtia: niihin, jotka eivät ole saaneet halustaan huolimatta lapsia ja niihin, jotka eivät lapsia ole halunneetkaan. Hovatan (1987, 13) mukaan USA:ssa noin 5 % pariskunnista jättäytyy tahallaan lapsettomiksi. Yleisimmin perheen perustamatta jättämisestä on selitetty ihmisten haluilla ja pyrkimyksillä sekä minäkeskeisyydellä. (Tolkki-

Nikkonen 1990, 11)

Samalla kun avioerot ovat lisääntyneet on myös lisääntynyt uudelleen avioituminen sekä vain toisen vanhemman käsittävät perheet. Perheen ja parisuhteen merkitys on korostunut tänä muuten niin epävarmana aikana. Perhe on edelleen tärkeä osa sosiaalista elämää, ja siihen ja parisuhteeseen kohdistetut odotukset ovat kohonneet; parisuhteelta halutaan lasten lisäksi myös henkilökohtaista onnea. Syitä perhe-elämään kohdistuneisiin korkeisiin odotuksiin voivat olla mm. perhekoon pieneneminen ja perheen eristäytyminen omaksi yksikökseen. Perheen alue on "yksityinen maailma", jota koskevia suunnitelmia laaditaan ja jota voidaan kontrolloida ja muokata halutunlaiseksi - tai ainakin niin voidaan yrittää tehdä. (Matthews et. al 1986, 643). Toisaalta perhettä voi olla vaikea määritellä tänä päivänä tarkasti; keitä siihen kuuluu, saattaa vaihdella nopeassakin tahdissa. (Tolkki-Nikkonen 1990, 9-16)

2.1 Miksi lapsia halutaan?

Miksi lapsia sitten halutaan? Onko syynä biologinen vietti vai sosiaalinen paine? Aiemmin perhe ja suuri lapsiluku turvasivat yksilölle hoivaa ja huolenpitoa esim. vanhuuden varalle, mutta tänä päivänä lapsi saattaa olla lähinnä taloudellinen rasite. Hovatan (1987, 10) mukaan kyse on näiden kahden yhteisvaikutuksesta. Lapsi voidaan kokea oman minän jatkeena, rakkauden antajana ja saajana sekä jatkuvuuden, jopa kuolemattomuuden, turvaajana. Bühler (1973, 127-128) ilmaisee asian niin, että yksi ihmisen elämän peruspyrkimyksistä on luova laajentuminen, jonka yksi osa on ihmisen tarve varmistaa se, että hänen vaikutuksensa jatkuu vielä hänen elämänsä jälkeenkin. Psykoanalyttisen näkemyksen mukaan kysymys on naisen alitajuisesta tarpeesta luoda uutta. Sosiaalista painetta luo odotus siitä, että kaikilla pareilla pitäisi olla lapsi tai ainakin niitä tulisi haluta. (Möller 1985, 4)

Oman perheen perustaminen merkitsee myös irtaantumista lapsuuden kodista ja perheestä, mahdollisuutta jatkaa perinteitä tai katkoa niitä. Oma perhe "todistaa", että on aikuinen.

Harva ihminen pysähtyy miettimään motiivejaan perheen perustamiseen ja lapsen hankkimiseen - ne, joille raskaaksi tuleminen ei ole itsestään selvyys, joutuvat sen tekemään. Heidän on päätettävä, kuinka kovasti he loppujen lopuksi omaa biologista lasta haluavat ja kuinka pitkälle he ovat valmiita menemään lapsen saadakseen.

2.2 Tuleeko lapsettomuutta hoitaa - ja kenen varoilla?

Stakesin (1996, 40) raportissa arvioitiin, että yhden koeputkihedeelmäityksellä aikaan saadun raskauden terveydenhuoltokustannukset (raskauden alusta kunnes lapsi on viikon ikäinen) ovat muihin raskauksiin nähden viisinkertaiset. Kun julkisen terveydenhuollon kapasiteetti - kuten muidenkin julkisten palvelujen - on rajallinen, se pakottaa pohtimaan yhteisten varojen käyttöä. Lapsettomuuden hoitoa yhteiskunnan varoin on yleensä pyritty perustelemaan jo aiemmin mainitulla YK:n ihmisoikeuksien julistuksella. Karjalaisen (1992, 228-229) mukaan oikeudesta perustaa perhe ei voi kuitenkaan seurata loogisesti oikeutta saada lapsi. Ollakseen ihmisoikeus oikeuden tulisi olla yleinen ja yhtäläinen, mutta harva on valmis hyväksymään oikeuden lasten saamisesta koskemaan myös esim. homopareja tai 60-vuotiaina avioituvia. Toisaalta lapsettomuutta voitaisiin kyllä verrata sairauteen, jos kriteerinä käytetään Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmää terveydestä, joka sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Lisäksi WHO:lla on naisen ja miehen steriliteetti-diagnoosi mukana sairausluokituksissa. (Holfve 1992, 10)

Karjalainen esittää, että lapsettomuuden hoito voitaisiin lukea julkisen terveydenhuollon velvollisuuksiin, jos se käsitetään sairautena kuten esim. syöpä tai jos on olemassa muita syitä,

joiden takia lapsettomuuden hoito kuuluu julkiselle terveydenhuollolle - eihän esimerkiksi äitiyshuoltokaan ole sairauksien parantamista. Lisäksi sairautta muistuttavaa tilaa ei ole edes olemassa, jos raskautta ei yritetä eikä lapsettomuus siis tule ilmi. Usein lapsettomuuden syynä on tietenkin jokin sairaus, mutta kun lapsettomuutta hoidetaan ei enää hoideta itse sairautta vaan sen jälkiseurausta. Jos tällä perusteltaisiin lapsettomuushoitojen kuulumista yhteiskunnalle, hoitojen ulkopuolelle jäisivät ne pariskunnat, joiden lapsettomuuden syytä ei tunneta. Karjalainen määrittelee lapsettomuuden oireeksi, joka ilmenee tietyissä olosuhteissa. (Karjalainen 1992, 220-226)

Lapsettomuuden julkisin varoin tapahtuvaa hoitoa voidaan perustella sillä, että se on haitta, joka voi vakavasti häiritä yksilön elämää ja johtaa sairastumiseen ja että ihmisellä on oikeus saada hoitoa tällaiseen haittaan. Kuitenkin lapsettomuuden tulee olla jotenkin erityinen yhteiskunnan suojeluksessa oleva haitta (erilainen kuin esim. pelihimo) ja se on sellainen, jos a) lapsen hankkiminen on sosiaalinen välttämättömyys tai b) lapsen saaminen on oikeus, jota yhteiskunnan tulisi suojella. A-kohta ei toteutune. Oikeutta lasten saamiseen voidaan perustella YK:n ihmisoikeuksien julistuksen lisäksi luonnollisella lisääntymistarpeella ja/tai lasten saamisen olemisella yhteiskunnan erityisessä suojeluksessa. Jos lisääntymistarve on biologinen tarve, niin muiden(kin) biologisten tarpeiden (esim. sukupuolivietti) toteuttamiseen tulisi olla täydet oikeudet. Jäljelle jää vain viimeinen vaihtoehto, jota tukee se tosiasia, että äitiyshuolto ja synnytukset on meilläkin "yhteiskunnallistettu". (Karjalainen 1992, 226-231)

Voitaneen siis sanoa, että lapsettomuuden hoito kuuluu julkisen terveydenhuollon toimenkuvaan, mutta että tämä alue olisi toisarvoinen suhteessa terveydenhuollon välttämättömiin tehtäviin. (Karjalainen 1992, 233). Esimerkiksi Hollannissa on julkista terveydenhuoltoa esitetty priorisoitavaksi siten, että esimerkiksi urheiluvammojen hoito edelleen sisältyy ns. terveydenhuollon peruspakettiin, mutta aikuisten hammashuolto ja lapsettomuuden

hoito - lähinnä koeputkihedelmöitykset - jäisivät sen ulkopuolelle. Kun rahoitusmahdollisuudet ovat rajallisia, on tehtävä selvästi julkilausuttuja valintoja. Priorisoinnin perusteena käytettiin mm. hoidon tehokkuutta, käyttäjämääriä ja sitä, että hoitoa ei voisi jättää yksilön vastuulle. (Jämsen 1993, 40-44)

Suomessa terveydenhuollon priorisointia pohtineen työryhmän (Stakes 1994, 78) kanta oli se, että uutta lisääntymisteknologiaa ja sen rahoitusta julkisin varoin on syytä tarkastella erityisen kriittisesti. Monivuotisten ja usein turhien lapsettomuushoitosten sijasta olisi kehitettävä adoptiotoimintaa.

Edellä mainitussa raportissa esitellään myös Kuopiossa tehty kyselytutkimus, jossa terveyskeskuslääkärit, sosiaalityöntekijät, luottamushenkilöt ja väestö saivat asettaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja tärkeysjärjestykseen. Viimeisiksi jäivät lapsettomuuden hoito, lääketieteen ulkopuoliset hoidot ja kaudusleikkaukset. Esimerkiksi Etelä-Karjalan keskussairaalan liittohallitus teki jo 90-luvun alkupuolella päätöksen, että sairaalasta ei lähetetä potilaita koeputkihedelmöityksiin. (emt., 45-46)

Joskus puhutaan siitä, että tahaton lapsettomuus on valkoisen, länsimaisen teollistuneen yhteiskunnan ongelmia ja että lapsettomuuden syiden selvittämiseen ja hoitoon panostetaan liikaa samaan aikaan kun kehitysmaissa ja Kiinassa väestö kasvaa räjähdysmäistä vauhtia. Ns. väestöräjähdysmaissa korostuu reproduktiotekniikoiden toinen puoli: se, jonka avulla ei-toivottuja raskauksia ehkäistään. Tahattomasti lapsettomia ei kuitenkaan saisi syyllistää maailman hylättyjen lasten ongelmalla; asia pitäisi nähdä muunakin kuin itsekkäiden ihmisten toiveena saada lapsi aikaiseksi jo ennestään ylikansoitettuun maailmaan. Pari, joka lähtee lapsettomuushoitoihin tai jopa adoptiojonoon tekee sen yleensä itsensä takia, eivät ottaakseen kantaa maailman liikakansoitukseen. Kysymys on aina yksilön/parin ongelmasta ja myös esim. Kiinassa hoidetaan tahatonta lapsettomuutta. (Hovatta ym. 1987, 11)

3. TUTKIELMAN TEORIATAUSTAA: ELÄMÄNKULUSTA IDENTITEETTIIN

3.1 Elämäkulku, sosiaalinen kello ja kriisit

Ihmisillä on elämäänsä koskevia odotuksia ja toiveita. Bühlerin (1973) mukaan perustavanlaatuinen on odotus elämän jatkumisesta. Ihmiselle on luontaista se, että hän odottaa kohtaavansa sellaisen maailman, jossa hän saa tarvitsemansa ja myös sen, mitä haluaa. Odotukset muuttuvat toiveiksi, kun niiden täyttyminen vaikuttaa epävarmalta.

Bühler (1973, 39-45, 74-84) esittää, että jo nuorella iällä ihmiselle syntyy käsitys siitä, millaisen elämän hän haluaa. Alkaa suunnittelu, joka kattaa kokeilunomaisesti koko elämän ja tämä sisäinen suuntautuneisuus, jota Alfred Adler nimittää elämän suuntaviivaksi/elämäntyyliksi/elämänsuunnitelmaksi säätelee yksilön kehitystä. Monet eivät onnistu toteuttamaan hyvin suunnittelemaansa elämää yksilöllisten "kohtalon kolhaisujen" takia.

Elämäkulun käsitteen lähtökohtana on ajatus ihmisen elämästä toisiaan seuraavina vaiheina, jotka voidaan erottaa toisistaan niille tyypillisten kehitystehtävien perusteella. Elämäkulussa on kahdenlaisia muutoksia, biologisia ja omaelämäkerrallisia, ja näillä on erilainen kaari. Elämäkulun käsitteen "keksijänä" pidetään yleisesti Charlotte Bühleriä, mutta tunnetumpi elämäntaiteoreetikko on Erik H. Erikson, joka vaikutti siihen, että elämäkulku käsitetään toisiaan seuraavina vaiheina. Elämänvaiheet seuraavat toisiaan tietyssä järjestyksessä, mutta eri kulttuureissa toisiaan vastaavat elämänvaiheet voivat erota toisistaan jonkin verran sisällöllisesti, koska kehitys perustuu vuorovaikutukseen yksilön ja tämän elinympäristön välillä. Elämäkulku on jatkuvaa sopeutumista muutokseen. Elämäkulkuun liittyy kysymys mm. siitä, miten yksilön persoonallisuus muotoutuu uudelleen biologisten, yhteiskunnallisten ja historiallisten elämäntapahtumien sekä hänen yksilöllisten elämäntapahtumiensa yhteisvaikutuksena. (Karila 1989, 3-4)

Siirtymään elämänvaiheesta toiseen liittyy psykologisia muutoksia. Joistakin muutoksista ihminen on itse vastuussa, toisia taas ei voi kontrolloida. Siirtymä voi olla normatiivinen tai idiosynkraattinen. Normatiiviset siirtymät ovat odotettuja elämänmuutoksia, joihin johtavat biologiset ja sosiaaliset syyt. Sosiaaliset normit antavat ohjeita esim. siitä, milloin on sopiva aika perustaa perhe ja biologia puolestaan rajaa tätä aikaa naisten kohdalla. Koska normit ovat sosiaalistumisen tulosta, ne vaihtelevat yhteiskunnan muuttuessa, kulttuureittain ja yhteiskuntaluokittain. Idiosynkraattiset siirtymät puolestaan ovat odottamattomia elämänmuutoksia, jotka voivat vaikuttaa yksilön elämäntapahtumien ennalta arvaamattomasti (esim. tahaton lapsettomuus). (Karila 1989, 4; Tolkki-Nikkonen 1985, 4-7)

On olemassa ääneen lausumattomia, sisäistettyjä normeja ja odotuksia siitä, mikä missäkin iässä on sopivaa ja normaalia, milloin ja missä järjestyksessä eri elämäntapahtumien tulee edetä. Sosiaaliset odotukset ovat merkkejä, jotka opitaan kanssakäymisessä muiden kanssa. Nämä merkit ovat ennakkovihjeitä, joihin sisältyy sosiaalisten normien mukainen aikataulu, eräänlainen "sosiaalinen kello" (käsite Neugartenilta). Tämä kello voi olla ajassa tai edistää/jätättää eli asioita voidaan tehdä "juuri oikeaan aikaan", liian aikaisin tai liian myöhään. Tutkimuksissa on todettu, että sopivaan aikaan tapahtuneet elämänmuutokset olivat vähemmän stressaavia kuin sopimattomaan aikaan tapahtuneet. Suomalaisessa tutkimuksessa (Tolkki-Nikkonen 1985) huomattiin, että vaikka yksilöillä on joitain aikatauluja ja käsityksiä siitä, mikä on "normaali" ikä esim. avioitumiseen ja lasten hankkimiseen, useimmat ajattelivat toimineensa juuri itselle sopivimmalla tavalla. Suurin osa tapahtumista, joiden tutkittavat arvioivat muuttaneen elämää huonompaan suuntaan olivat sellaisia, joihin ei itse voi kovin paljon vaikuttaa. Eli aikatauluista ei juuri piitattu, kun itse voi vaikuttaa niihin. (Karila 1989, 5; Tolkki-Nikkonen 1985, 2-29)

Elämäntapahtumien käsitteeseen liittyy läheisesti kehitystehtävän käsite, joka syntyi 1940-luvulla tutkijoiden (mm. Havighurst,

Erikson) yhteisen pohdinnan tuloksena. Kehitystehtävä on Havighurstin mukaan psykologinen tehtävä, joka on suoritettava tiettyinä ajankohtana (eri ikävaiheissa) ja jonka onnistunut ratkaiseminen johtaa menestykseen myöhemmissä kehitystehtävissä. Kehitystehtävän käsite auttaa jäsentämään sitä, mitä yksilön yleensä oletetaan hallitsevan kussakin elämänkulun vaiheessa (fyysiset, emotionaaliset, älylliset ja sosiaaliset haasteet). Kehitystehtävän katsotaan myös motivoivan yksilöä sellaisten asioiden tekemiseen, joiden katsotaan kuuluvan juuri tietyn elämänkulun vaiheeseen. Psykososiaalisten kehitystehtävien toistuvuus johtaa ennustettavuuteen. Yksilöllisyys tulee esille puhuttaessa yksilön selviytymisstrategioista ja maailmankuvasta. Kehitystehtävä ei kuitenkaan kuvaa sitä, miten uuteen elämänkulun vaiheeseen liittyviä asioita ja toimintoja työstetään. Esimerkiksi varhaisen aikuisuuden jakson katsotaan sisältävän ikävuosiin 23-34 ja tämän jakson kehitystehtäviä on neljä: avio-
liitto, lapset, työ ja elämäntyyli. (Karila 1989, 7; Newman ym. 1984, 30-34)

Kehityskriisien katsotaan johtuvan siitä, että yksilön on päästävä eroon menneestä (esim. odotuksista) ja suuntauduttava elämässä uudelleen. Kehityskriisit ovat toisaalta yksilöllisiä, koska niissä heijastuvat yksilön omat erityiset ongelmat ja toisaalta ikävaiheittaisia, koska ne aktivoituvat luonnollisten kehityspainneiden kautta. (Turunen 1996, 160-161)

Stjernbergin (1987, 33) mukaan aikuisen kehitys ei seuraa joukosta kriisejä, vaan keskimäärin odotetun elämänkulun noudattamisesta. Tavanomaisuus ei aiheuta stressiä, epätavanomaisuus kyllä.

Levinsonin (1986) mukaan jokaisella ihmisen elämänvaiheella on sille ominainen elämänrakenne eli verkosto, joka koostuu yksilölle tärkeistä asioista ja rakentuu yksilön sosiaalisista suhteista. Siirryttäessä vaiheesta toiseen elämäntilanteen kokonaisrakenne muuttuu ja esim. tärkeysjärjestykset muuttuvat. Muutoksen on nähty määrittelevän uudelleen yksilön elämäntehtävän. Elämänstrategia saadaan näkyviin tutkimalla

elämänratkaisuja, joita yksilö on tehnyt tilanteissa, joissa ristiriita olemassa olevan elämäntoiminnan tason ja elinolosuhteiden vaatimusten välillä on kärjistynyt. Elämänstrategialla tarkoitetaan yksilön subjektiivista reaktiota tietyn elämänvaiheen yleisiin ristiriitoihin. (Tolkki-Nikkonen 1985, 88-89)

Osana elämänkaarta on siirtymiä elämänvaiheesta toiseen. Tahattomasti lapsettomiksi jäävät kokevat muiden siirtymien lisäksi siirtymän oletetusta ja toivotusta vanhemmuudesta "ei-vanhemmuuteen"; tilaan ja rooliin, jota ei ole odotettu eikä toivottu. (Matthews et al. 1986, 641)

Roolilla tarkoitetaan sitä käyttäytymistä, jota tietyssä sosiaalisessa asemassa olevalta odotetaan eli toisin sanoen rooli on tavallaan se kuva itsestä, jonka yksilö sosiaalisessa kanssakäymisessä itsestään antaa. Yhden päivän aikanakin yksilöllä on erilaisia rooleja: äiti, sosiaalityöntekijä, työtoveri, vaimo, ystävä yms - ja jokaiselta odotetaan tietynlaista käyttäytymistä. Rooliodotukset vaihtelevat myös ikäkausittain: tyttäreltä, äidiltä ja isoäidiltä - vaikka olisivatkin yksi ja sama henkilö - odotetaan erilaista käyttäytymistä. Normit määrittelevät odotettua, roolin mukaista käyttäytymistä. (Kimmel 1990, 70-71)

Pulkkisen (1988, 15-20) tutkimuksessa seurattiin 1959 syntyneitä koululuokkia. 17,6 % nuorista mainitsi elämän tarkoituksena suvun jatkamisen ja erityisesti naiset liittivät tähän myös uuden sukupolven kasvattamisen. Tulevaisuuden haastateltavat katsoivat riippuvan ennen muuta heistä itsestään. Elämän mielekkyyden lähteinä mainittiin puoliso, lapset ja työ. Naiset tukeutuivat lapsiin miehiä enemmän; miehet puolestaan pitivät työtä useammin elämän peruskivenä.

Useimmat pariskunnat (ainakin jossain suhteensa vaiheessa) asettavat tavoitteita uralla ja perhe-elämässä, unelmoiden ja suunnitellen tulevaa. Kun tieto mahdollisesta infertiiliydestä tulee, koetaan elämänsuunnitelman keskeytys tai häiriö, joka voi johtaa tunteeseen, että on ihmisenä epätäydellinen ja

täyttymätön. (Glazer 1988, 138)

Tahaton lapsettomuus ei ainoastaan aseta kyseenalaiseksi parisuhteen biologista tehtävää (lisääntyminen) vaan kyseenalaistaa myös perheen tehtävän toimia alueena, jota voi tuntea kontrolloivansa esimerkiksi päättämällä, montako lasta haluaa. (Matthews et al. 1986, 643)

Kriisiin liittyy aina muutos tai yllättävä tilanne. Mäkelän (1992) mukaan lapsettomuuteen suhtautuminen on nähty elämänkriisinä ja/tai kehityksellisenä kriisinä, joka etenee vaiheittain. Elämän päämäärä koetaan menetetyksi.

Kriisi tai muu iso ja merkittävä muutos voi aiheuttaa suuriakin muutoksia yksilön persoonallisuuteen ja minäkuvaan. Kriisi on tyytymättömyyttä oman minän ja toivottujen saavutusten välillä; jos tavoitteita ei saavuteta, se voi johtaa depression tai toivottomuuteen. Kriisin aiheuttaman stressitilanteen käsittelyyn vaikuttaa se, miten yksilö tilanteen kokee ja miten hän reagoi siihen. Tähän puolestaan vaikuttavat yksilölliset tekijät kuten elämänkatsomus ja minäkuva sekä tilannetekijät, joita on esim. se, kuinka ennustettava tilanne on ollut. (Stjernberg 1987, 14-21).

3.2 Identiteetti

Identiteetin yksinkertaisimmat määrittelyt vastaavat kysymyksiin "kuka minä olen", "kuka luulen olevani" ja "kenen muut luulevat minun olevan". Ihmisen identiteetti kehittyy kulttuurin ja yhteisön sisällä. Identiteetillä tarkoitetaan persoonallista jatkuvuutta ja samuutta, jonka itse ja muut havaitsevat. Emme pysty määrittelemään identiteettiämme itse, vaan se määräytyy sosiaalisissa suhteissa; olemme sitä, mitä muut meissä näkevät ja se vaikuttaa myös siihen, miten itse koemme itsemme. Identiteetti rakentuu saaduista (esim. ikä), hankituista (esim. ammatti) ja omaksutuista (sosiaaliset roolit) osista. Jokaisella on useita

sisäänrakennettuja identiteettejä, jotka liittyvät tiettyyn sosiaaliseen tilanteeseen: fyysinen identiteetti, sukupuoli-identiteetti, persoonallinen identiteetti, ammatti-identiteetti jne. Esimerkiksi sukupuoli-identiteetti sisältää mm. suhtautumisen omaan naiselliseen tai miehiseen ruumiiseen. Persoonalliselle identiteetille, joka kertoo yksilön psykologisista ominaisuuksista, olisi tärkeää, että kuva itsestä säilyy yhtenäisenä ja johdonmukaisen turvallisena. Vahva identiteetti puolestaan tarkoittaa mm. sitä, että ihminen uskoo ja luottaa itseensä. (Auvinen 1979, 152; Kalliopuska ym. 1988, 7-36; Lange et al. 1981, 180, 200-201)

Ne tahattomasti lapsettomat parit, joille sitoutuminen ajatukseen vanhemmuudesta on vahva, kokevat eniten identiteettinsä uhatuksi. Ja mitä suurempi sitoutuminen tiettyyn rooliin (esim. vanhemmuus), sitä suurempi vaikutus roolissa menestymisellä on henkilön itsetuntoon. (Matthews et al., 1986, 645-646)

Minäkuva muodostuu minän ja sosiaalisen ympäristön yhteisvaikutuksesta. Yleinen minäkuva tarkoittaa yksilön kokonaisvaltaista käsitystä itsestään, sosiaalinen minäkuva puolestaan kertoo siitä, millainen on yksilön näkemys itsestään sosiaalisissa yhteyksissä. Itsetunto toimii linkkinä minäkuvan ja toimintakyvyn välillä. Hyvä itsetunto pohjautuu siihen, että ihminen tuntee pystyvänsä vaikuttamaan omaan elämäänsä ja ympäristöönsä. (Lange et al. 1981, 182; Stjernberg 1987, 11-19)

Sukupuoli-identiteetti on osa minäkuvaa. Minäkuva, itsetunto ja itseluottamus riippuvat paitsi siitä, millaisia kokemuksia yksilöllä on, myös siitä miten nämä kokemukset koetaan ja selitetään itselle. Terveeseen minäkuvaan liittyy mm. se, että on tyytyväinen itseensä ja elämäänsä, hyväksyy itsensä ja arvostaa itseään. Tähän liittyy myös yksilön kokemus ruumiistaan ja sen toiminnoista. (Eliasson et al. 1993, 38; Kalliopuska ym. 1988, 148)

4. KÄSITTEITÄ: INFERTILITEETTI JA STERILITEETTI

Infertiliteetti eli hedelmättömyys on kyseessä silloin, kun säännöllisesti sukupuoliyhdynnässä ilman ehkäisyä olevalla parilla raskaus ei ala tai se ei johda elävän lapsen syntymään vähintään vuoden kestäneen yrittämisen aikana. Mikäli vika löytyy naisen lisääntymiskyvystä, puhutaan naisen infertiliteetistä ja päinvas-
taisessa tapauksessa miehen infertiliteetistä. Primaarinen infertiliteetti tarkoittaa, että nainen ei ole ollut aikaisemminkaan raskaana. Sekundaarinen infertiliteetti puolestaan on kyseessä silloin, kun naisen historiassa löytyy aiempi normaali synnytys, keskenmeno tai jokin raskauskomplikaatio. (Björö ym. 1986, 8-9)

Steriliteetti tarkoittaa, että jokin syy pysyvästi estää lisääntymiskyvyn (esim. käytetty sytostaatti- eli solumyrkkyhoito tai lisääntymiselimiin tehty leikkaus).

Useimmissa tapauksissa lapsettomuuden syy löydetään, mutta noin 10 % tapauksista luokitellaan ns. selittämättömiksi. Syy löytyy lähes yhtä usein naisesta kuin miehestä ja joissakin tapauksissa on kysymys kahden osatekijän summasta: jonkun toisen partnerin kanssa raskauden alkuunsaamisessa ei välttämättä olisi lainkaan ongelmia. Onkin sanottu, että suurin syy lapsettomuuteen on "väärän" partnerin valinta.

5. KUKA ON TAHATTOMASTI LAPSETON?

Tahaton lapsettomuus on jo pitkään ollut tunnettu ongelma. Vanhan Testamentin (1 Moos 1:28) alussa ihmisiä kehoitetaan olemaan hedelmällisiä, lisääntymään ja täyttämään maa. Raamatussa on naisia (esim. Saara ja Raakel), joille tämän tehtävän toteuttaminen on vaikeaa. Uskonnollisissa yhteyksissä lapsettomaan naiseen viitataan hedelmättömänä puuna tai maana eli tuottamattomana ja näin ollen arvottomana. Kansanperinne tuntee lukuisia sananparsia ja viisauksia hedelmättömyyteen liittyen. Osaksi vanhemmuuden korostamisen onkin nähty juontuvan juutalais-kristillisestä

traditiosta, jonka mukaan lapset ovat siunaus ja hedelmättömyys kirous tai rangaistus. Raamatun naiset - esimerkiksi Saara - tulivat raskaaksi, kun Jumala katsoi heidän ja heidän puolisoitensa sen ansainneen. Lapsettomuus oli kuitenkin tavallisesti hurskauden koettelemus, ei rangaistus aiemmista pahoista teoista. Kukaan Raamatussakaan ei tyytynyt passiivisesti kohtalonsa vaan pyrki muuttamaan tilannettaan mm. rukoilemalla ja käyttämällä sijaissyntyttäjä. Länsimaisessa kulttuurissa on myös painotettu äitiyden merkitystä naisen roolille. (Miall 1986, 270)

Yleisesti länsimaissa infertiliteettiä arvioidaan esiintyvän 10-15 %:lla väestöstä, tarkkoja tutkimuksia asiasta ei ole. Tahattomasti lapsettoman määrittelyssä ei ole olennaista niinkään heidän biologinen lisääntymiskykynsä vaan heidän halunsa lisääntyä ja kyvyttömyytensä toteuttaa tätä haluaan. (Miall 1986, 269). Suomessa tahattomasti lapsettomia pareja arvioidaan olevan noin 35 000 - 60 000 (noin joka kuudes pari) ja vuosittain pareja tulee 3000 lisää. Hedelmättömiä on ikäluokassa 20-25 -vuotiaat noin 3 % ja 35-39 -vuotiaiden ryhmässä noin 9 %. Vastaavasti arvellaan USA:ssa 1/6:n pareista olevan tahattomasti lapsettomia. IRIS (Intresseföreningen för ofrivilligt barnlösa) arvioi, että Ruotsissa on noin 250 000 paria, jotka halustaan huolimatta eivät saa lasta. (Holfve, 1992, 9; Hovatta ym. 1987,15; Stakes 1996,4)

Tahattomasti lapsettomien lukumäärä näyttäisi olevan nousussa teollistuneissa maissa. Yhtenä syynä tähän on naisten noussut koulutustaso; lapsia aletaan suunnitella myöhemmällä iällä kuin aikaisemmin ja iän myötä hedelmällisyys laskee. Iän myötä lisääntyvät myös gynekologiset, lapsettomuutta aiheuttavat sairaudet kuten endometrioosi ja kohdun lihaskasvaimet. Lisääntyneet sukupuolielinten sairaudet ja kohdun ulkopuoliset raskaudet aiheuttavat vaurioita munatorviin. Ympäristön saasteet, käytetyt kohdunsisäiset ehkäisyvälineet, elämäntavan muutokset ja stressi voivat myös aiheuttaa infertiliteettiä. Osaltaan kasvuluvut kertovat siitä, että asia koetaan nykyisin ongelmallisempana kuin ennen ja siihen etsitään ratkaisua tavalla tai toisella; aiemmin tilanteeseen alistuttiin helpommin. Lapsettomuus koettiin - ja

koetaan vielä usein nykyäänkin - onnettomuutena, jopa rangaistuksena. Ennen lasten merkitys perheille oli suuri tarpeellisena työvoimana ja vanhempiensa vanhuuden turvana. Tänä päivänä lasten taloudellinen merkitys perheille on päinvastainen: lapsi voi pahimmillaan olla taloudellinen rasitus, josta vanhemmat joutuvat huolehtimaan jopa kuolemaansa asti ja tukemaan tätä ja mahdollisesti tämän perhettä taloudellisesti. (Björö ym. 1986, 7; Hovatta 1987, 9).

On olemassa myös arvioita, joiden mukaan hedelmättömyyden laajuutta olisi liioiteltu. Saksalaistutkimuksen mukaan (Virtanen 1995) hedelmättömäksi diagnosoidaan liian nopeasti, koska joka viides raskaus käynnistyy vasta yli vuoden yrittämisen jälkeen.

6. LAPSETTOMUUDEN SYIDEN SELVITTÄMINEN

Kaikki lapsettomat parit eivät hakeudu tutkimuksiin tai aloita usein aikaavieviä, fyysisesti ja henkisesti raskaita lapsettomuushoitoja. Lapsettomuuden hoito perustuu sen aiheuttaneiden syiden selvittämiseen. Usein tämä alkaa naisen aloitteesta ja hänelle tehtävistä tutkimuksista, vaikka miehen tutkiminen olisi helpompaa ja myös halvempaa. Kun raskautta ei vuoden yrittämisen jälkeen ole alkanut, pari voi esim. hakeutua ensin yleislääkärin vastaanotolle ja tämän läheteellä edelleen erikoislääkärin luo. Lapsettomuustutkimuksia tehdään sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon piirissä. Suomessa on kaikissa yliopistollisissa keskussairaaloissa ja monissa keskussairaaloissa oma, hedelmättömyyden hoitoon erikoistunut poliklinikka. Näiden lisäksi tutkimuksia ja hoitoja tarjoavat Väestöliiton lapsettomuusklinikat sekä usea yksityinen lääkäriasema.

Molemmilta selvitetään aikaisempi hedelmällisyys (onko nainen joskus ollut raskaana /onko mies aikaansaanut raskauden) ja sairaushistoria (vatsan alueen leikkaukset, tulehdukset, sukupuolitaudit, syöpätaudit ja niiden hoidot sekä miehillä lisäksi siko-taudin ja sen jälkitautien sairastaminen). Sairauksien lisäksi

myös käytetyt lääkkeet voivat aiheuttaa hedelmättömyyttä, esim. e-pillerien käytön lopettamisen jälkeen voi mennä aikaa ennen kuin munasarjojen normaali toiminta palautuu. Parin sukupuolielämä eli yhdyntöjen tiheys ja sukupuolielämän mahdolliset ongelmat kartoitetaan. Lisäksi selvitetään myös nykyinen elämäntilanne, motiivit lastensaantiin sekä koulutus ja ammatti. Altistuminen liuottimille ja ympäristömyrkyille voi vaikuttaa hedelmällisyyteen. Lisäksi erään saksalaistutkimuksen mukaan erityisesti yli 30-vuotiaat, tupakoivat naiset joutuvat odottamaan muita kauemmin raskaaksi tuloa. Muita hedelmällisyyden esteitä olivat työhön liittyvä stressi ja kaupunkilainen elämäntapa. Suomalaistutkimuksissakin on todettu tupakoinnin heikentävän hedelmöittymisen mahdollisuuksia. (Hartikainen ym. 1995, 312; Hovatta ym. 1987, 45-47; Virtanen 1995).

Selittämätöntä lapsettomuutta on aiemmin selitetty sillä, että psykologiset syyt estävät hedelmöittymisen (esimerkiksi naisen alitajuinen pelko äitiyttä kohtaan). Tutkimustulokset eivät tue tätä vanhanaikaista näkemystä. On kyllä totta, että esimerkiksi masennus voi aiheuttaa muutoksia hormonitoimintaan ja näin vaikeuttaa hedelmöittymistä, mutta varsinaisena lapsettomuuden syynä sitä ei voi pitää. Myös itse hoidoista ja tutkimuksista aiheutuva stressi voi entisestään hankaloittaa raskaaksi tuloa. (Edelmann et al. 1986, 209-213)

Augerin tutkimuksen (Helfer 1995) mukaan sukukypsien miesten siittiöiden määrä on 20 vuoden aikana selvästi laskenut; samalla elinkelpoisten siittiöiden määrä on laskenut 10 % ja liikkuvuus 11 %. Syynä tähän pidetään ympäristökemikaaleja. Ympäristötekijät voivat vaikuttaa sikiön sukuelinten kehitykseen, siittiöiden tuotantoon murrosiässä, lisääntyneeseen määrään kivessyöpää sekä siihen, että sukuelimissä tavataan yhä enemmän epämuodostumia. Useilla kemikaaleilla on estrogeenin eli naissukuhormonin tuotantoa lisäävä vaikutus. Suomessa kivessyöpää on melko vähän ja siemennestekin on laadultaan Euroopan parhaita.

6.1 Miehelle tehtävät tutkimukset

Aluksi kiinnitetään huomio sekundaaristen sukupuoliominaisuuksien kehittymiseen, kivesten kokoon ja mahdollisiin kiveskohjuihin. Jos miestä ei ole steriloitu (= katkaistu siemenjohtimia) eikä hänellä ole todettu mitään hedelmällisyyteen vaikuttavaa fyysistä sairautta tai rakenteellista vikaa, hedelmättömyys johtuu siemennesteen ominaisuuksista. Miehen hedelmällisyys voidaan nopeasti ja melko helposti arvioida siemennestenäytteen perusteella. (Hartikainen ym. 1995, 312).

Siemennestenäyte annetaan yleensä kahdesti; tällä pyritään eliminoimaan tilapäisten tekijöiden kuten lääkkeiden tai stressin vaikutus. Näytettä varten miehen on pidättäydyttävä yhdynnästä 2-5 vrk ennen näytteenottoa. Koska näyte on säilytettävä lämpimässä ja tutkittava tunnin kuluessa, mies antaa näytteen itsetyydytyksellä yleensä sairaalan tai lääkäriaseman tiloissa. Siemennesteen laatu tutkitaan laboratoriossa. Miehen hedelmöittämiskyky on alentunut, jos siittiöiden liikkuvuus on hidastunut, niiden lukumäärä on normaalia pienempi tai ne ovat epämuodostuneita. Toisinaan ensimmäinen näyte vaikuttaa normaalilta, mutta toisessa näytteessä havaitaan sakkaantumista (agglutinaatio). Tällöin on mahdollista, että siemennesteessä on miehen omien siittiöiden vasta-aineita eikä hedelmöittäminen onnistu. Joissakin tapauksissa näytteistä ei löydy lainkaan siittiöitä (atsoospermia; 4-5 % hedelmättömistä miehistä) tai niitä on huomattavan vähän. Tämä voi johtua häiriöstä siittiöiden tuotannossa tai tukoksesta siittiöiden reitillä kiveksistä virtsaputkeen. Siittiöiden tuotantoa selvitetään tutkimalla verikokein säätelijähormonin pitoisuutta; lisäksi voidaan ottaa koepala kiveksestä. (Hartikainen ym. 1995, 314; Havia 1995, 5-6).

Jos miehelle on tehty sterilisaatio, voidaan siemenjohtimia korjata leikkauksella; tällöin hedelmällisyyden palautumiseen on 10-40 %:n mahdollisuus. Naisella vastaavan sterilisaationpurkuleikkauksen jälkeinen hedelmällisyyden palautumisen todennäköisyys on 20-30 %. (Havia 1995, 5, 8).

6.2 Naiselle tehtävät tutkimukset

Koska nainen on se, joka kantaa mahdollisesti syntyvän lapsen, yleensä juuri hän joutuu läpikäymään fyysisen kivun ja epämukavuuden niin tutkimus- kuin mahdollisessa hoitovaiheessakin. Yleensä ensimmäiseksi naiselle tehdään gynekologinen sisätutkimus ja tarvittaessa otetaan irtosolunäyte eli ns. PAPA-koe. Lisäksi emättimen kautta tehdään ultraäänilaitteella tutkimus kohdun ja munasarjojen tilan selvittämiseksi.

Jo ennen lääkärin vastaanotolle menoa naiselle on usein annettu tehtäväksi muutaman kuukauden ajan seurata omaa kuukautiskiertoaan. Tarkoituksena on saada viitteitä siitä, tapahtuuko ovulaatiota eli munasolun irtoamista. Naisia voidaan kehottaa mittaamaan kuukausien ajan aamu/peruslämpöään (BBT-käyrä), sillä ovulaation tapahduttua kehon lämpö nousee noin puoli astetta. Helpompi ja myös varmempi on hankkia apteekista ns. Lh-testi, jolla määritetään virtsasta ovulaatiota edeltävän luteinisoivan hormonin (LH) erityksen lisääntyminen. Toisinaan näistä rutinneista voi tulla pakkomielle, josta on vaikea päästä eroon tutkimusten päätyttyäkään. Ainakin joka-aamuinen lämmönmittaus toimii myös muistuttajana ongelmatilanteesta.

Toisinaan ylipainoisia naisia voidaan kehottaa laihduttamaan, koska ylipaino voi olla yksi syy munasolun irtoamishäiriöihin.

Ultraäänitutkimuksella voidaan seurata munasarjoissa munarakkulan (follikkelin) kehitystä ja kohdun sisälimakalvon paksuutta. Tarvittaessa limakalvo voidaan tutkia myös hysteroakopiolla eli tähystyksellä tai varjoainekuvauksella. Hysteroakopiolla tutkitaan kohtuontelon sisäpinta, koska muutokset siinä (esim. kiinnikkeet) voivat estää hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä. Varjoainekuvauksella voidaan varmistaa munaatorvien aukiolo. Kohdunkaulan liman määrää tutkitaan ns. postkoitaalitestillä (PCT-testi), jolla selvitetään siittiöiden liikkuvuus kohdunkaulan limassa yhdynnän jälkeen. Jos limaa on vähän ja siittiövasta-

aineita muodostuu, ne voivat estää siittiöiden liikkumista tai tappaa niitä. (Hartikainen ym. 1995, 312,; Havia 1995, 7-8).

Usein naiselle tehdään vatsaontelon tähystys eli laparoskopia. Se tehdään yleensä nukutuksessa ja sen avulla saadaan selville mm. munasarjojen ja munanjohtimien kunto sekä mahdollinen endometriooosi (kohdun limakalvon pesäkesirottumatauti). Samalla voidaan esim. poistaa munasarjakasvaimia ja endometrioomia. (Hartikainen 1995, 312).

Noin joka viidennellä hedelmällisessä iässä olevalla naisella on pieniä kystiä munasarjoissaan. Useimmille niistä ei ole mitään haittaa, mutta jos ne aiheuttavat ongelmia, puhutaan polykystisestä oireyhtymästä. Kystien syntymekanismi ei ole täysin selvä, mutta polykystisten munasarjojen uskotaan olevan yhteydessä munasarjojen kyvyttömyyteen tuottaa hormoneja oikeassa suhteessa. (Havia 1995, 12-13). Hormonaalisen säätelyn määrää ja riittävyyttä pyritään selvittämään useilla virtsa- ja verikokeilla, joita otetaan kuukautiskierron eri vaiheissa.

6.3 Hedelmättömyyden syyt

Ainakin osaksi infertiliteetin arvellaan johtuvan elämäntavoista; lapsen hankintaa siirretään ohi parhaan hedelmöittymisiän, seksuaalikumppanien määrä voi lisätä tulehdusriskiä ja lisäksi itse lääketiede voi ehkäisyn kautta vaikuttaa, sillä esimerkiksi kierukka voi aiheuttaa synnyttinellinten tulehduksia. (Malin ym 1989, 252)

Lähes 90 %:lla pareista löydetään jokin elimellinen syy lapsettomuuteen. Yleisin syy hedelmättömyyteen on naisilla munasolun irtoamishäiriöt ja miehillä siemennesteen heikko laatu. Miehillä ovat suhteellisen yleisiä kivistulehdukset, joita voidaan sairastaa esim. klamydian ja tippurin "jälkitauteina". Eräät lääkkeet (mm. anaboliset steroidit), kemikaalit ja sädehoito voivat vaikuttaa siittiöiden tuotantoon, samoin kuin tilapäisesti yleiskuntoa heikentävät sairaudet ja rasitustilat. Myös runsaalla

tupakoinnilla ja alkoholinkäytöllä on osuutta asiaan. Kivespussin suonikohjut, lisäkivesvaurio, pienet kivekset, piilokives, hormonihäiriöt, lisäsukupuolirauhasten viat, siittiövasta-aineet sekä erektio- ja ejakulaatiohäiriöt voidaan myös löytää miehestä johtuvan lapsettomuuden taustalta. Naisilla vastaavasti ongelmia aiheuttavat munatorvitukokset, hormonaaliset syyt, endometrioosi ja siittiövasta-aineet. Lisäksi munatorvissa, kohdussa tai emättimessä voi olla epämuodostumia, kasvaimia tai kiinnikkeitä. (Hovatta ym 1987, 15-43; Palo 1996, 13-14; Yli-Sirviö 1997, 53)

7. HOIDOT

Monia hedelmättömyyden syitä voidaan hoitaa. Usein ensimmäinen keino on munasolun irtoamisen tarkan ajankohdan selvittäminen ja yhdynnän ajoittaminen hedelmöitymiselle altteimpaan ajankohtaan.

Ehkä ainoa mahdollisuus monelle parille lapsen saamiseksi on alistua kaikkiin mahdollisiin tutkimuksiin ja hoitoihin. Lähes kaikki hoitomenetelmät puuttuvat tavalla tai toisella naisen ruumiiseen, mutta myös miehiä voidaan hoitaa. Siittiöiden sakkaantumista voidaan estää tai vähentää siittiöiden pesulla. Jos siemenestenäytteen mukaan siittiöitä ei ole tai niitä on vähän, ainoa vaihtoehto on ns. mikroinjektiotekniikka, jota käsitellään tarkemmin myöhemmin. Mikäli siittiöiden puuttuminen johtuu siemenjohtimien tukoksesta, on joissakin tapauksissa raskaus saatu aikaan käyttämällä siementiehyistä tai lisäkiveksistä imettyjä siittiösoluja. Miehen kiveskohjut voidaan hoitaa kirurgisesti. Miehillä voidaan myös joissakin tapauksissa käyttää hormonihoitoa. Naisen munatorvien tukkeumia voidaan yrittää avata mikrokirurgisella leikkauksella. Munasarjojen kystiä voidaan hoitaa polttamalla - sähköisesti tai laserilla - reikiä munasarjan pintaan. (Hartikainen ym. 1995, 314; Havia 1995, 6, 14).

Kun yhdynnöistä joutuu pitämään kirjaa, se tekee yksityisimmästä osasta elämää julkista tietoa. Parilla voi olla tunne, että lääkäri on aktin aikana makuuhuoneessa mukana tarkkailemassa

suoritusta. Glazerin (1988, 8) mukaan monet parit saattavatkin väärentää "yhdyntäpäiväkirjojaan", kun yhdyntä ei aina innosta mutta toisaalta on "velvollisuus" yrittää.

Lapsettomuushoidot eivät ole helppoja fyysisesti eivätkä henkisesti; sinällään terveestä ihmisestä tuleekin äkisti potilas, jota hoidetaan, mutta ilman onnistumisen takeita. Lisäksi hoidot voivat myös aiheuttaa taloudellisia ongelmia; ovathan ne tänä päivänä myös suurisuuntaista liiketoimintaa. Pitäisi muistaa myös se, että lapsettomuuden kohdalla ei hoideta vain lääketieteellistä lisääntymisongelmaa vaan myös yksilön minäkuvaa ja parisuhdetta.

Stakesin työryhmän (1996; 3) arvion mukaan Suomessa oli vuonna 1996 hedelmöityshoidoissa 3500 paria ja näiden hoitojen tuloksena näkee päivänvalon noin 1250 lasta.

7.1 Hormonihoidot

Lähes poikkeuksetta lapsettomuuden hoitoon liittyy naiselle annettava hormonihoito. Tavallisimmin hormonilääkityksen tarkoituksena on aikaansaada ovulaatio ja yleisimmin tähän käytetty lääke on klomifeeni, joka lisää aivolisäkkeen munasolun irtoamista edistävien hormonien toimintaa. Yhdyntä tulee ajoittaa munasolun irtoamisen ajankohtaan.

Jos nainen ei tuota munasoluja joka kuukautiskierrolla ei voi myöskään tapahtua ovulaatiota eikä klomifeeni auta. Usein syy hormonien puutteelliseen eritykseen jää hämäräksi; syynä voi olla esim. vaikea alipainoisuus. Näille naisille annetaan pistoksina gonadotropiinia (HCG), joka on raskaana olevien naisten virtsasta puhdistettu hormoni. Ovulaatio laukaistaan antamalla HMG-hormonia, jota puolestaan saadaan vaihdevuodet ohittaneiden naisten virtsasta puhdistamalla. Tämä lääkitys voi johtaa munasarjojen liikaärsytystilaan, hyperstimulaatioon, joka ääritapauksissa voi olla hengenvaarallinen. (Havia 1995, 11-12).

Superovulaatiohoitoa käytetään erityisesti selittämättömän lapsettomuuden ja inseminaatiohoitojen yhteydessä. Tarkoituksena on kypsyttää useita munasoluja samanaikaisesti. Kun hormonihoito on aloitettu, seurataan kiertoa jatkuvasti verikokein ja ultraäänitutkimuksin. Kuukautiskierron eri vaiheissa annetaan eri hormoneja, välillä tarkistetaan ultraäänikuvauksella munarakkuloitten määrä ja koko, ja hormonipistosten antamista jatketaan, kunnes munarakkula on riittävän iso. Tällöin ovulaatio laukaistaan HCG-pistoksella. Usein monisikiöraskauden takana on juuri superovulaatiohoito. (Havia 1995, 14).

7.2 Keinosiemennys eli inseminaatio

Inseminaatio on vanhin yhä käytössä oleva lapsettomuuden hoitomenetelmä; vanhimmat tapaukset on raportoitu 1700-luvun loppupuolelta. Keinosiemennyksessä pestyt siittiöt ruiskutetaan viljelynesteesä kohtuonteloon, kohdun kaulakanavaan, emättimen takapohjukan läpi vatsaonteloon tai muatorviin. Keinosiemennys tehdään joko naisen luonnollisella tai hormonistimuloidulla kierrolla. Hedelmöitys tapahtuu joko puolison siemennesteellä (AIH, Artificial Insemination by Husband) tai lahjoittajan sukusoluilla (AID, Artificial Insemination by Donor). (Björö ym. 1986, 98-100; Havia 1995, 15; Hovatta 1989, 16). Nytemmin voidaan puhua myös DI:sta, kun tarkoitetaan luovuttajan sukusoluilla tehtyä hedelmöitystä - aiemman lyhenteen katsottiin helposti johtavan ajatukset yhteen aikamme pelottavimpina pidetyistä taudeista, AIDS:iin.

Parhaat tulokset on saavutettu, kun keinosiemennykseen on yhdistetty hormonilääkitys. Usein käytetään superovulaatiota munasolujen kypsyttämiseen samoin kuin koeputkihedelmöityksissä. Tällöin hoitoa tulee seurata tarkasti, ettei monisikiöraskauden riski kasva. Seuranta käsittää vaginaalisen ultraääniseurannan 2-3 kertaa hoitajakson aikana ja/tai verestä tehtävät hormonimääritykset. Spermanäyte toimitetaan ovulaatiopäivän aamuna tai jos käytetään pakastettuja siittiöitä ne sulatetaan ennen käsittelyä, jossa ne pestään ja ruiskutetaan kohtuun samana päivänä. (Havia

1995, 15-16).

Kohdunsisäistä inseminaatiota käytetään, kun lapsettomuus johtuu kohdunkaulan limasta tai miehestä johtuvasta tekijästä, lievissä vasta-ainetapauksissa ja selittämättömässä lapsettomuudessa. Hedelmöitys tapahtuu luonnollisissa olosuhteissa eli munatorvessa, jolloin ainakin toisen munanjohtimen on oltava kunnossa. (Havia 1995, 18)

Onnistumisprosentti tässä hoidossa (inseminaatio + superovulaatio) on 10-20 % hoitokiertoa kohden. Hoitoja toistetaan 3-6 kertaa ja jos ne epäonnistuvat, siirrytään IVF-hoitoon. Keinosiemennystä tai lääkkeillä aikaan saatua ovulaatiota ei ilmoiteta syntymärekisteriin, joten siellä tilastoitavat keinoalkuiset raskaudet ovat pääosin koeputkihedelmöityksiä. (Havia 1995, 15; Gissler ym 1996, 40)

7.3 IVF eli koeputkihedelmöitys

Ensimmäinen koeputkihedelmöityksellä (In Vitro Fertilisation) alkunsa saanut lapsi syntyi jättikohun saattamana Englannissa 1978. Tänäpä koeputkihedelmöitys on maailman käytetyin keinoalkuinen hedelmöitysmenetelmä. Tiivistetysti kysymys on siitä, että munasarjasta otettu munasolu hedelmöitetään (fertilisoidaan) laboratoriomaljassa (in vitro) ja siirretään sitten naisen kohtuun muutaman tunnin kuluttua. (Björö ym. 1986, 89; Havia 1995, 17)

Jotta koeputkihedelmöitys onnistuisi on ovulaation aikana tuotettava useita kypsiä munasoluja. Tätä varten naiselle annetaan ihmisperäisiä hormoneja (HCG, HMG); tosin käyttöön on tulossa vastaavia, DNA-tekniikalla tuotettuja, ei-ihmisperäisiä hormoneja. Hormonihoito määräytyy yksilöllisesti. Pistoksia annetaan päivittäin 7-14 vrk:n ajan. Usein samanaikaisesti pyritään lääkkeillä vaimentamaan elimistön oma hormonitoiminta; lääkitys annetaan nenäsumutteena, pistoksina tai ihon alaisina kapseleina. Lääkityksellä pyritään aikaansaamaan paremman laatuista

munasoluja ja parantamaan hoidon ajoituksen onnistumista: kun kypsyy useampia munasoluja, on myös hedelmöittyminen todennäköisempää. Munasolut on kerättävä juuri hedelmöittymisen kannalta otollisimpaan aikaan. Ne kerätään ultraäänijohdetulla punktiolla, jossa neula viedään emättimen läpi munasarjojen munarakkuloihin. Toimenpide ei ole kivuton; naiselle annetaan yleensä laskimon-sisäinen rauhoittava- ja kipulääkitys, toisinaan käytetään puudutusta tai nukutusta. Keräämisen jälkeen munasolut etsitään sameasta rakkulanesteestä mikroskoopilla ja siirretään elatusmaljaan. Maljaa säilytetään viljelykaapissa olosuhteissa, jotka lämpötilaltaan ja happipitoisuudeltaan täysin vastaavat äidin elimistöä. (Havia 1995, 17-18)

Munasolujen ollessa lämpökaapissa miehen tuore tai sulatettu siemenneste tutkitaan. Vain kaikkein liikkuvimmat siittiöt valikoidaan nesteestä, jossa ne uivat (= siemennesteen pesu). Heti kun ne on siirretty toiseen elatusaineeseen, ne ovat valmiita hedelmöitystä varten. Siittiöt lisätään maljalle munasolujen joukkoon ja malja siirretään takaisin lämpökaappiin. Yksikin siittiö riittää hedelmöittämään yhden munasolun ja käynnistämään alkion kehityksen. Noin 70 % munasoluista hedelmöityy ja näistä suurin osa jakautuu alkioiksi. Kaksi näistä alkioista, harvemmin kolme, siirretään kohtuun katetrin eli siirtoletkun avulla. Katetri on mitoitettu naisen kohtuonteloon sopivaksi ja toimenpiteen pitäisi olla kivuton. Ylimääräiset alkiot pakastetaan myöhempää käyttöä varten. Kuten ns. luonnollisessakin hedelmöityksessä luonto päättää mikä kohtuun tuoduista alkioista alkaa kehittyä lapseksi. Raskausprosentti yhtä hoitokiertoa kohden on noin 25-30, ja ns. lapsi kotiin -prosentti on jonkin verran alhaisempi eli luvut eivät eroa paljoakaan normaalien parien vastaavista luvuista. Yli 35-vuotiailla naisilla raskausluvut putoavat nopeasti. Vuoden 1995 alussa Suomessa arvioitiin olevan n. 2000 koeputkihedelmöityksellä alkunsa saanutta lasta ja vuosina 1991-1994 syntyneistä lapsista vähintään 0,8 % oli "IVF-lapsia". (Havia 1995, 18-19, 29; Gissler ym 1996, 40)

Koeputkihedelmöityksestä syntyneiden lasten määrä kasvoi

valtavasti 90-luvulla; Suomessa syntyi vuonna 1994 165 % enemmän näitä lapsia kuin vuonna 1991. Hoitoja annettiin naisille, jotka muita useammin olivat yli 35-vuotiaita, naimisissa olevia ensisynnyttäjiä. Joka neljäs synnytykseen päättynyt raskaus oli monisikiöinen. (Gissler ym 1996, 40)

7.4 GIFT eli sukusolujen vienti munanjohtimeen

Kuten IVF myös GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer) pyrkii jäljittämään luontoa. GIFT:ssä kypsät munasolut kerätään ultraäänipunktion avulla ja 2-3 munasolua yhdessä pestyjen siittiöiden kanssa viedään siirtokanyylillä munanjohtimeen laparoskopian avulla tai joskus kohdunkaulan kautta. Itse hedelmöitys tapahtuu elimistössä (in vivo), ei sen ulkopuolella. Muuten - lääkinnällään ja seurannaltaan - menetelmä on IVF:n kaltainen. GIFT:iä käytetään tapauksissa, joissa munanjohtimissa voi olla vähäinen epämuodostuma, siittiöiden määrä on vähäinen tai niiden kulku naisen elimistössä on huonontunut, siemenneste reagoi omia siittiöitään vastaan ja tekee ne hedelmättömiksi, munarakkulan kehityksessä on vähäisiä häiriöitä tai lapsettomuudelle ei löydy selvää syytä. GIFT:n ongelmana ovat toistuvat, tuloksettomat hoidot: hedelmöityksen tapahtumista ei voida varmistaa mitenkään. Suomessa menetelmää onkin käytetty vain vähän; ulkomaisten tulosten mukaan raskausluvut ovat 20-35 %. (Havia 1995, 21-22)

7.5 ZIFT eli hedelmöityneiden munasolujen vienti munanjohtimeen

ZIFT:ssä (Zygote Intra Fallopian Transfer) hedelmöityneet munasolut viedään katetrilla emättimen kautta munatorveen, jossa ne alkavat jakautua ja vaeltavat kohtuun; toimenpide on hankalampi kuin alkion siirto kohtuonteloon. Hoito tapahtuu polikliinisesti. Lääkehoito ja seurantavaiheet samoin kuin hedelmöitymisprosessi ovat samoja kuin IVF:ssä. ZIFT:n etuna on tilaisuus varmistaa hedelmöityminen ja hedelmöityneen munasolun vienti luonnolliseen ympäristöönsä munanjohtimissa ennen niiden siirtymistä kohtuun

kehittyneenä alkiona. Hoito soveltuu tapauksiin, joissa on kyse selittämättömästä lapsettomuudesta, spermassa on vikaa tai naisella on vasta-aineita miehen siittiöille. Raskaustulokset ovat samaa luokkaa kuin IVF- ja GIFT-menetelmissä; tosin jotkut klinikat ovat raportoineet hyviä ZIFT-tuloksia yli 35-vuotiailla naisilla. Ensimmäinen onnistunut ZIFT-raskaus todettiin 1986 Belgiassa. (Havia 1995, 22; Salzer 1994, 296)

7.6 Sukusolujen luovuttaminen

Luovutettuja sukusoluja käytetään esim. silloin, kun jomman kumman puolelta voi olla riski perinnöllisten epämuodostumien tai sairauksien siirtymiseen. Sukusoluja saadaan vapaaehtoisilta luovuttajilta; munasoluja voivat luovuttaa myös sterilisoitavat naiset tai IVF-potilaat, jotka haluavat antaa ylimääräiset sukusolunsa toisten käyttöön. Luovutetut sukusolut tutkitaan aina tarkkaan. Lisäksi lahjoittajan ja saajan tulisi vastata toisiaan ulkoisilta ominaisuuksiltaan mahdollisimman paljon. (Havia 1995, 23; Hovatta 1989, 24)

7.6.1 Munasolujen luovutus

Noin 5 % naisista ei hyödy edellä mainituista hoitomuodoista. He eivät pysty tuottamaan munasoluja (munasarjat eivät toimi) tai munasolut ovat saavuttamattomissa tai ne eivät kypsy. (Havia 1995, 23)

Munasolun luovutus ei ole samalla tavalla yksinkertainen toimenpide kuin siemennesteen luovutus: munasolun luovuttaja käy läpi samat hormonihoidot ja toimenpiteet kuin nainen, jolle tehtäisiin koeputkihedelmöitys omalla munasolulla. Jotta menetelmä toimisi, luovuttajan ja vastaanottajan kuukautiskierron on oltava samassa vaiheessa (ellei aiota käyttää pakastettuja alkioita). Munasoluja ei voi pakastaa. Toisinaan vastaanottaja tarvitsee erikseen hormonihoitoa, jotta hänen synnyttimelimistönsä valmistautuu

vastaanottamaan alkion. (Havia 1995, 23)

Vapaaehtoiset munasolun luovuttajat ovat yleensä alle 35-vuotiaita naisia, joilla on jo omia lapsia ja jotka ovat valmiita tiettyihin "uhrauksiin", joita hoito vaatii. Kaikki mahdolliset luovuttajat seulotaan perinnöllisten sairauksien ja esim. tulehdustautien poissulkemiseksi. Munasolun luovuttajalle maksetaan noin 500 mk:n korvaus. (Havia 1995, 23; Palo 1996, 15)

Maailman ensimmäinen luovutetusta munasolusta alkunsa saanut raskaus todettiin Australiassa 1984, Suomessa se tapahtui 1991. (Ehrnrooth 1994,79)

Viime aikoina on käyty keskustelua tapauksista, joissa jo vaihdevuotensa ohittaneet naiset on saatu raskaiksi luovutetuilla munasoluilla. Suomessa useilla klinikoilla on yläikäraja keinoavusteisille hoidoille; yli 40-vuotiailla onnistumismahdollisuudet heikkenevät oleellisesti vaikka tärkeämpää onkin munasolun luovuttajan kuin vastaanottajan ikä. Esimerkiksi Väestöliitto tekee hedelmöityksiä lahjoitetuilla munasoluilla enintään 40-vuotiaille naisille. (Havia 1995, 23)

7.6.2 Siittiösolujen luovutus

Ennen sulusolupankkien ja reproduktiotekniikoiden aikaa moni nainen hankki lapsen miehensä tietämättä käyttämällä vieraan miehen apua; joissakin kulttuureissa joku miehen lähisukulainen saattoi naisen raskaaksi. Menettely voi olla rasitus parisuhteelle ja aiheuttaa tunneongelmia, toisaalta niin voi tehdä myös luovutettujen sulusolujenkin käyttö; erona tässähän on vain se, että nainen ei hankkiudu raskaaksi yhdynnässä toisen miehen kanssa vaan vieraan luovuttajan siemennesteen vie häneen valvotuissa olosuhteissa lääkäri. Ensimmäinen raportoitu lahjoitetun siemennesteen käyttö raskauden alkuunsaattamisessa on USA:sta viime vuosisadan loppupuolelta. Nykyisin siemenneste on useimmiten pakastettua. (Hovatta 1989, 23-24)

Siemennesteen luovuttajan on oltava terve 20-45 vuotias mies, jonka lähisuvussa ei esiinny perinnöllisiä sairauksia. Luovutus-kertoja voi olla enintään kymmenen, ja luovuttajalle maksetaan 200 mk:n kulukorvaus/luovutuskerta. Yhden luovuttajan sukusoluilla voidaan aikaansaada viisi raskautta. (Palo 1996, 14)

Suomalaisen tutkimuksen mukaan (Granlund ym 1987) 60 % kei-nosiemennyksen luovuttajan spermalla valinneista pareista sai lapsen, adoption valinneista 1/3.

Maailmalla on tutkittu lahjoitetun siemennesteen avulla syntyneitä lapsia ja havaittu, että näiden lasten sosiaalinen selviäminen oli vertailuryhmää parempi eikä lapsilla esiintynyt vertailuryhmää enempää tunne-elämän ongelmia. Pakastetuista siittiöistä syntyneillä lapsilla ei esiinny tavallista enempää epämuodostumia tai muita ongelmia. (Hovatta 1989, 25-26)

7.7 Mikroinjektio

Siittiöiden hedelmöittämiskykyä voidaan parantaa erilaisilla toimenpiteillä ja valitsemalla käyttöön parhaat siittiöt. Jos siittiöt ovat heikkolaatuisia ja niitä on vähän, tulokset ovat olleet huonoja ja usein ainoaksi vaihtoehdoksi on jäänyt luovutettujen siittiöiden käyttö. Mikroinjektio onkin ollut mullistava keksintö miehestä johtuvan lapsettomuuden hoidossa ja harvinaistanut luovutettujen siittiöiden käyttöä. (Havia 1995, 25)

Ensimmäisissä mikrohedelmöitystekniikoissa hedelmöitystä helpotettiin tekemällä reikiä munasolun ulkokerrokseen tai viemällä muutamia siittiöitä ulkokerroksen alle. Näistä kehitetty uusi menetelmä ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection) on osoittautunut tehokkaimmaksi ja on eniten käytetty nykyisin. Siinä yksi ainoa siittiö ruiskutetaan kymmenen kertaa ihmishiusta ohuemmalla siirtopipetillä suoraan munasolun sisään. Parhaimmillaan 70 % munasoluista on saatu hedelmöitymään aiemmin toivottomana pidetyllä spermalla. Jos siemennesteestä ei löydy yhtään siittiöitä,

on raskauksia saatu silti aikaan käyttämällä suoraan kiveksestä, lisäkiveksestä tai siemenjohtimista punktoituja siittiöitä. (Havia 1995, 25-26)

Belgiassa on tutkittu, liittyykö tähän erittäin tekniseen hoitomenetelmään lisääntynyttä epämuodostumariskiä - käytetäänhän yleensä heikkolaatuista spermaa. Belgialaisessa aineistossa äideille tehtiin lapsivesipunktio ja tarkka ultraääniseuranta, eikä voitu osoittaa riskien lisääntymistä. Myös kotimaiset havainnot tukevat näitä tuloksia. Joillakin klinikoilla lapsivesipunktiota suositellaan varmuuden vuoksi kaikille, joille on tehty mikrohedelmöitys. (Havia 1995, 26)

Mikroinjektioissa käytettävien menetelmien perustana on tavallinen koeputkihedelmöitys ja raskausluvut ovat vastaavia kuin normaali IVF:ssäkin. Mikrohedelmöitystä voidaan käyttää paitsi heikkolaatuisen siemennesteen takia myös tapauksissa, joissa munasolut eivät hedelmöity vaikka siittiöistä ei löydetäkään mitään vikaa. (Havia 1995, 26)

7.8 Alkioiden pakastaminen

Alkiolla tarkoitetaan siittiön hedelmöittämää munasolua. Koeputkihedelmöityksen yhteydessä saadaan usein ylimääräisiä alkioita, jotka voidaan joko hävittää tai pakastaa myöhempää käyttöä varten. Koeputkihedelmöityksessä alkioiden pakastusmahdollisuudesta on hyötyä: kerralla siirrettävien alkioiden määrää on voitu vähentää ja näin välttää monisikiöraskauksia. Alkionsiirtoa ei välttämättä tarvitse tehdä juuri sillä hoitokierrolla, jos se aiheuttaisi riskin (esim. hyperstimulaatio-oireyhtymä). Yhdet hoidot läpikäymällä voidaan päästä useampiin alkionsiirtokertoihin ja sitä kautta raskauksiin. Jos käytetään lahjoitettuja munasoluja, luovuttajan ja vastaanottajan kuukautiskiertoja ei tarvitse synkronoida alkionsiirtoa varten. Menetelmän suurin etu on siis siinä, että alkio voidaan sulattaa ja siirtää kohtuun kunkin yksilöllinen tilanne huomioiden joko luonnollisella tai

hormonihoitokierrolla. (Havia 1995, 26-27)

Alkio voidaan jäädyttää pitkäksikin aikaa -196 C:n lämpötilassa. Jäädyttäminen tapahtuu asteittain eikä käsittely vahingoita alkioita. Pakastetuista alkioista on syntynyt terveitä, normaaleja lapsia. Alkioiden pakastusta harjoittavat yksiköt ilmoittavat toimivansa yleisesti hyväksytyjen eettisten periaatteiden mukaisesti. Pakastetut alkiot ovat pariskunnan yhteistä omaisuutta ja alkioita säilytetään tehdyn sopimuksen mukaan, yleensä enintään 10 vuotta. Ensimmäinen tällä menetelmällä aikaansaatu lapsi syntyi USA:ssa 1986. (Havia 1995, 27; Salzer 1994, 296)

7.9 Sijaissyntyttäjä eli kohdunvuokraus

Yhtenä reproduktiotekniikan sovelluksena voidaan pitää myös tapauksia, jossa joku muu kuin "tuleva äiti" kantaa ja synnyttää lapsen. Kyse voi olla koeputkihedelmöityksestä, jossa on käytetty kohdun vuokranneen parin sukusoluja tai jomman kumman sukusolut on korvattu luovuttajan sukusoluilla. Hedelmöitys vieraan luovuttajan spermalla on verrattavissa sijaissyntyttäjän käyttämiseen: molemmissa tapauksissa lapsi on puoliksi biologisesti oma. Yleensä kohdunvuokraukseen liittyy jonkinlainen sopimus ja rahallinen korvaus "vuokranantajalle". Joskus esim. naisen sisar on toiminut sijaissyntyttäjänä. Maailman ensimmäisiä sijaissyntyttäjiä lienee ollut Raamatussa Saaran orjatar. Salzerin (1994, 306) mukaan virallisten sopimusten pohjalta arvioiden tällaisia lapsia on syntynyt noin 1500.

Vieraan luovuttajan spermalla aikaansaadun lapsen kohdalla naimisissa olevan naisen aviomiehen oletetaan itsestään selvästi olevan syntyvän lapsen (biologinen) isä; eihän raskauden alkuperää ole edes pakko paljastaa muille. Kohdunvuokratapaus on erilainen. Läheisille on alusta pitäen selvää, ettei nainen ole lapsen biologinen äiti ja näin ollen tilannetta voidaan verrata adoptioon. Pariskunnanhan onkin joka tapauksessa adoptoitava sijaissyntyttäjän synnyttämä lapsi tullakseen lain edessä lapsen vanhemmiksi.

8. UUSIIN HOITOMUOTOIHIN LIITTYVÄT ONGELMAT

8.1 Terveydelliset, taloudelliset ja tekniikoihin liittyvät ongelmat

Hoitojen pitkäaikaisia terveysvaikutuksia ei tunneta, mutta on arveltu esimerkiksi erilaisten synnytyselinten syöpien lisääntyvän. Munasolujen kerääminen ja alkion siirto kohtuun voivat aiheuttaa infektioita. (Malin ym 1989, 244)

Yksi hoitoihin selvästi liittyvä ongelma ovat monisikiöraskaudet, jolloin keskenmenoriski on suurempi ja lasten syntymäpaino usein pieni. Myös kohdun ulkopuolisia raskauksia on keinoalkuisten menetelmien yhteydessä jonkin verran normaalia enemmän. Raskausmyrkytykset ja maksahäiriöt mainitaan myös mahdollisina riskeinä. Menetelmien avulla aikaansaaduissa raskauksissa kaksosia syntyy n. 10 % ja kolmosia 1 %. Suomessa kolmosten lukumäärä nousi 1990-luvun alussa, koska koeputkihedelmöityksessä siirrettiin kolme alkiota kohtuun. Vuonna 1989 kolmosia syntyi 15, 1990 25 ja huippuvuonna 1992 36 kertaa. Näistä koeputkihedelmöityksestä johtuvia oli 27; muiden taustalla oli useimmiten hormonihoitoja, joilla autetaan munasolua irtoamaan. (Björö ym. 1986, 93; Havia 1995, 28; Spåre ym. 1995, 58).

Hormonihoidot voivat aiheuttaa kuukautishäiriöitä. Toisinaan hormonihoitot aiheuttavat jo aiemmin mainitun munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymäksi kutsutun tilan, jossa hormonihoito aiheuttaa munarakkuloiden kasvua vielä ovulaation ja munasolun irtoamisen jälkeenkin. Lievänä tämä tila on melko yleinen ja vaikeana sitä esiintyy alle 1 %:lla hoitokierroista. (Havia 1995, 28)

Hormonihoitoihin liittyvä riski on myös ns. rypäleraskaus. Siinä hedelmöitys ei ole normaali, alkio ja sikiö eivät kehity ja istukka muuttuu nesteen täyttämiksi rakkuloiksi. Täydellisessä rypäleraskaudessa hedelmöityksen tuote on kokonaan isäperäinen

kromosomistoltaan, epätäydellisissä rypäleraskauksissa suurin osa on kolminkertaisia kromosomistoltaan eli munasolu on hedelmöitynyt kahdella siittiöllä. Rypäleraskauden jälkeen tehdään imukaa- vinta ja joskus joudutaan jopa poistamaan kohtu. Osa rypäleras- kauksista voi olla pahanlaatuisia ja lähettää etäpesäkkeitä esim. keuhkoihin. Seuranta-aika on kaksi vuotta. (Hartikainen ym. 1995, 147-148)

Hoitomuodot ovat kalliita. Vaikka pari käyttäisikin julkisen ter- veydenhuollon palveluja mahdolliset matkakulut, lääkemenot ja työstä poissaolot voivat nostaa kustannukset huomattaviksikin. Esimerkiksi mikrohedelmöitystekniikka vaatii kalliita laitteita, äärimmäisen tarkkaa hienomekaniikkaa ja enemmän aikaa; Kelan kor- vauksen jälkeen omavastuu-osuus lääkkeineen on noin 10 000 mk/yrittäjä. Yleensä korvataan vain hoidot, joissa käytetään puo- lisoiden omia sukusoluja.

Hedelmättömyyshoidot maksavat myös yhteiskunnalle. IVF- ja vas- taavilla menetelmillä syntyy 8,5 kertaa enemmän ennenaikaisia lapsia ns. normaalimenetelmiin verrattuna. Samoin näillä menetel- millä syntyy enemmän pienipainoisia, erityishoitoa vaativia lap- sia. Myös perinataalikuolleisuus on hieman yleisempää, johtuen ilmeisesti juuri monisikiöraskauksista. (Gissler ym 1996, 44)

8.2 Eettiset, lainsäädännölliset ja muut ongelmat

Eettisiä kysymyksiä kehittyneeseen reproduktiotekniikkaan liittyy paljonkin. Toimintaa ohjaavia eettisiä ohjeita on annettukin ja joissakin maissa on jo olemassa asiaa koskevia lakejakin. Suomes- sakin tällainen laki on valmisteilla. Ongelmana on se, että lää- ketiede kehittyy nopeasti ja lainsäädännön valmistelu on hidasta. Esimerkiksi Norjassa on tiukka lainsäädäntö, joka tällä hetkellä kieltää mikrohedelmöityksen, munasolujen luovutuksen ja koeputki- hedelmöityksen luovutetuilla siittiöillä. Suomessa lain valmiste- lu kaatui aiemmin työryhmän sisäisiin erimielisyyksiin. Lain puuttuessa on ollut pakko luottaa lääkärin omiin eettisiin

periaatteisiin. Liian tiukkojen lakien on pelätty mm. vähentävän sukusolujen luovutusta. Suomalaista lakiesitystä valmistellut työryhmä esittääkin hedelmättömyyshoitoja koskevan lain säätämistä luonteeltaan puitelaiksi ja yksityiskohtaisempi ohjaus annettaisiin asetuksessa ja ohjeissa. Työryhmä perustelee kantaansa myös sillä, että laki ei saisi estää lääketieteellisesti perusteltua tutkimusta eikä hidastaa todettavasti tuloksellisten hoitomenetelmien käyttöönottoa. Nähtäväksi jää, kuinka paljon tiedettä voidaan kontrolloida. (Stakes 1996, 12)

Nykylain mukaan lapsi voi jäädä "isättömäksi", jos lapsen lahjoitettujen siittiöiden avulla halunnut mies kiistääkin isyytensä ja osoittaa, ettei ole lapsen biologinen isä. Avoparien kohdalla avomies tunnustaa aina - myös DI:n avulla hankitun - lapsen omakseen, mutta avioliitossa elävillä tällaista tunnustamista ei ole, aviomiehen oletetaan ilman muuta olevan aviovaimon synnyttämän lapsen biologinen isä. Suomessa isyyden kiistämistapauksia ei ole esiintynyt. Isyyslakia pitäisikin muuttaa, jotta lapsi saisi saman aseman kuin biologinenkin lapsi. Kaliforniassa on tehty 1968 ennakkopäätös, jonka mukaan DI:hen suostumuksensa antanut aviomies on elatusvelvollinen avioliiton hajotessa. Sen sijaan Suomessa on keväällä 1997 käyty oikeutta tapauksessa, jossa pariskunta oli saanut kaksoset koeputkihedelmöityksellä, jossa oli käytetty luovuttajan siittiöitä ja äiti avioeron jälkeen halusi, että ei-biologisen isän isyys kumotaan. Ainakaan alin oikeusaste ei aviomiehen isyyttä kumonnut. (Hovatta 1994, 123-126; Salzer 1994, 290)

Pitäisikö lapsen saada tietää siittiöiden tai munasolun luovuttaneen ihmisen henkilöllisyys? Nykyisin Suomessa lahjoittajalle ei paljasteta, syntykö hänen sukusoluistaan lapsia eikä lahjoittajan henkilöllisyyttä paljasteta. Lakiesitystä valmistelleen työryhmän kanta on se, että luovuttajalla on oltava mahdollisuus päättää henkilötietojensa antamisesta vastaanottajalle. Samoin hoitoon tulevan parin tulisi voida päättää, haluavatko he sukusoluja luovuttajalta, joka ei halua henkilöllisyyttään ilmoittaa vai luovuttajalta, josta tiedot on saatavilla. Se,

paljastetaanko lapselle hänen alkuperänsä ja luovuttajan henkilöllisyys olisi työryhmän mukaan perheen sisäinen asia. Työryhmä esittää kuitenkin, että täysi-ikäiseksi tultuaan lapsella olisi oikeus saada tietoonsa luovuttajan henkilöllisyys, jos se edistää lapsen terveyttä tai hyvinvointia eikä luovuttajan kannalta tiedon antamatta jättämiselle ole riittävää aihetta. (Stakes 1996, 15, 49)

Voidaanko näitä hoitoja tehdä yksinäisille naisille ja minkä ikäisille naisille ylipäänsä näitä hoitoja tehdään? Käytännössä Suomessa hoitoja tehdään vain pariskunnille ja naisen pitäisi olla sen ikäinen, että normaalistikin sen ikäinen nainen voisi vielä tulla raskaaksi. Lainsäädäntö ei estä myös yksinäistä naista hankkiutumasta tällä keinoin raskaaksi. Paljon kohua on herättänyt Italiassa jo vaihdevuotensa ohittaneille naisille tehdyt koeputkihedelmöitykset, joissa syntyvän lapsen ja äidin ikäeroa ei voida enää pitää luonnollisena. Tekniikalla on myös mahdollista lisääntyminen sukupolvien yli; tytär voi synnyttää vanhempiansa pakastaman alkion eli oman sisaruksensa. Enää ei entisessä mielessä voida olla varmoja edes syntyvän lapsen äidistä.

Montako lasta voi yhden lahjoittajan sukusoluista syntyä? Suomessa on rajana viisi lasta/lahjoittaja (lahjoittajan loppusperma voidaan myös varastoida mahdollisten sisarustoivomusten takia). Esim. USA:ssa on yksityisiä "spermapankkeja", joissa on varastossa eri alojen huippulahjakkuuksien siemennestettä - väistämättä sana rodunjalostus nousee tässä mieleen. Elimistön ulkopuolella tapahtuva hedelmöitys antaa myös aina mahdollisuuden valikointiin; lapsen sukupuoli voidaan valita (esim. tuhotaan kaikki pojiksi kehittyvät alkiot) ja selektiivinen abortti mahdollistuu (esim. tuhotaan vammaiset alkiot).

Lakia tarvitaan Hovatan (1994, 124) mielestä erityisesti säätelemään alkioiden asemaa ja niiden mahdollista käyttöä tutkimukseen. Entä jos pari, jonka alkioita on pakastettu eroaa tai toinen puolisoista kuolee - kuka omistaa alkiot ja saa päättää, mitä niille

tehdään. Lääkärien eettisten normien mukaan alkiot ja sukusolut tulee hävittää, jos se jolta ne on saatu, kuolee. Kauhukuvia on jo maalailtu tulevaisuudesta, missä eri tekniikoilla tuotettuja alkiota siirretään keinotekoisiiin kohtuihin kasvamaan. Suomessakin on ehdotettu lailla kiellettäväksi ihmisalkioiden monistaminen, ihmisten ja eläinten alkioiden yhdistäminen sekä eri yksilöiden solujen yhdistäminen. Stakesin työryhmän (1996, 13) kanta on se, että lapsen ominaisuuksiin vaikuttaminen olisi pääsääntöisesti kiellettyä; poikkeuksena tilanteet, joissa lapsella olisi huomattava riski saada jokin vakava tauti. Alkioiden ja sukusolujen säilytysaikaa ei esitetty laissa säädeltäväksi. Kuinka kauan niitä tulee säilyttää ja mitä niille tämän jälkeen tapahtuu? Toistaiseksi ainakaan ei tietääkseni mikään maa salli ihmisalkioiden tuottamista tutkimustyötä varten.

Geenitekniologia on mahdollistanut lampaan kloonauksen ja teknisesti myös ihmisten "monistaminen" olisi todennäköisesti pian mahdollista. Alkioilta ja sikiöiltä on jo siirretty soluja ja kudoksia sairauksien parantamiseksi; lapsettomuuden yhtenä hoitokeinona voitaisiin myös käyttää abortoitujen sikiöiden munasolujen siirtoa aikuisille naisille.

On myös esitetty, että lapsettomuuden hoidon virallistetut käytännöt säätelevät sitä, kuka voi hankkia lapsen kenenkin kanssa ylläpitäen samalla sukupuolimoraalia; Kuronen(1991, 226) nimittääkin lääketieteellistä kontrollia moderniksi siveysvyöksi. Toisaalta on pelätty miesten jättämistä syrjään jälkikasvun tuottamisesta ja "keinokohtujen" kehittämistä.

Lahjoittajan sukusoluilla aikaansaatu raskaus ei ole henkisesti ongelmaton, mutta yleensä ongelmana on tuotu esiin tapaukset, joissa naisen munasolu on hedelmöitetty vieraan luovuttajan siittiöillä; ei niinkään tapauksia, joissa on käytetty luovuttajan munasoluja. Itse toimenpide ei välttämättä onnistu, ei ainakaan heti. Ongelmia voi aiheuttaa vaadittu ajoituksen tarkkuus. Joskus pareille on ehdotettu rakastelua ennen tai jälkeen inseminaation, jolloin esimerkiksi selittämättömissä lapsettomuustapauksissa

voisi olla mahdollista, että juuri kumppani olisikin lapsen isä. Joissakin tapauksissa on myös voitu sekoittaa omaa ja luovuttajan spermaa ja tehdä inseminaatio tällä yhdistelmällä. (Glazer 1988, 110; Salzer 1994, 281-282)

Kohdunvuokraus eroaa ongelmiltaan muista keinoavusteisista lisääntymismenetelmistä. Kohdunvuokraustapauksissa on tuotu esiin se, että tässä synnyttäjälle maksetaan siitä, että hän ensin hedelmöityy, kantaa lapsen, synnyttää ja sitten luovuttaa lapsen pois; on puhuttu jopa "äitiysprostituutiosta". Tässä näkökulmassa keskitytään Glazerin (1988, 114) mukaan maksuun, ei siihen että nämä lapset on luotu rakkaudesta ja luovutettu ensisijaisesti idealistisista tai humanitaarisista syistä. Esim. USAssa menetelmän suurin kritiikki on kohdistunutkin surrogaattipalveluja välittäviin yrityksiin; on katsottu, että nämä edistävät kaksinkertaista riistoa - naisten ja köyhien (jotka käytännössä ovat yksi ja sama asia). Entäpä jos syntyvä lapsi onkin vammainen; mitä jos kukaan osapuoli ei häntä halua? (Holfve 1992, 62; Kuronen 1991, 222)

Paljon julkisuutta ovat saaneet tapaukset, joissa sijaissynnyttäjä ei olekaan loppujen lopuksi halunnut luopua kantamastaan lapsesta - kenellä silloin on oikeus lapseen? Ottolapsilain mukaan synnyttäneellä naisella on oikeus pitää lapsi eikä tätä oikeutta voida millään sopimuksilla ohittaa.

Uskonnollisista ja vakaumuksellisista syistä on myös vastustettu näitä uusia tekniikoita. Holfven (1992, 43) mukaan voidaan kuitenkin asettaa kysymys, voidaanko hyväksyä ihmisten elämän keinotekoinen jatkaminen sydämentahdistajan avulla jos ei hyväksytä toivotun lapsen syntymistä esimerkiksi koeputkihedelmöityksen avulla.

9. KESKENMENO JA KOHDUN ULKOPUOLINEN RASKAUS

Keskenmeno - eli raskauden keskeytyminen ennen kuin sikiö on elinkykyinen - on tavallinen tapahtuma, joka useimmiten tapahtuu niin aikaisin, ettei nainen edes tiedä olevansa raskaana. Keskenmenoja arvioidaan olevan noin 30 % kaikkien raskauksien kokonaismäärästä ja keskenmenoriski kasvaa äidin iän myötä. Noin 75 % keskenmenoista tapahtuu raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Syynä on useimmiten sikiön epänormaalius tai kiinnittymisongelmat. Muita syitä voivat olla rakenteelliset viat kohdussa, monisikiöraskaudet, jokin sairaus, altistuminen vaarallisille aineille tms. Yksi syy on myös mahdollinen tuulimunaraskaus, jossa istukka ja sikiökalvot kehittyvät, mutta sikiö ei. Toistuviin keskenmenoihin löytyy syy noin 60 %:ssa tapauksista. (Glazer 1988, 83; Hartikainen ym. 1995, 139; Salzer 1994, 251)

Glazerin (1988,85) mukaan pariskunnat harvemmin tuntevat olonsa helpottuneiksi keskenmenon jälkeen vaikka se säästäisikin esim. vammaiselta lapselta. Pari oli kuitenkin toivonut lasta, tervettä sellaista, ja tämän - jollain tapaa kuvitteellisenkin - lapsen menetystä surraan. Tilanteen ja elämän hallitsemattomuus tulee taas esiin. Toisinaan on helpompi syyttää itseään ja löytää jokin selitys (esim. liiallinen lenkkeily) kuin tuntea, ettei hallitse tilannetta. Syyllisyys, viha ja masennus ovat tunteita, jotka usein liittyvät keskenmenoon. Tilannetta ei paranna se, ettei ole olemassa muodollisia riittejä tai rituaaleja, joilla voisi hyvästellä menetetyn lapsen.

Keskenmenot ovat yleisiä tahattomasti lapsettomilla naisilla. Esimerkiksi IVF-hoitoja saaneilla synnyttäjillä oli muihin äiteihin verrattuna puolitoista kertaa useammin aikaisempia keskenmenoja. (Hartikainen ym. 1995, 146))

Keskenmenoa vaarallisempi on kohdunulkopuolinen raskaus, jossa alkio kiinnittyy jonnekin muualle mutta ei kohtuun. Useimmiten alkio kiinnittyy munatorveen ja jos se repeää, se ei ainoastaan vaikuta naisen tulevaan hedelmällisyyteen vaan voi johtaa

hengenvaaraan aiheuttamalla sisäisen verenvuodon. Esimerkiksi endometriooosi voi aiheuttaa kohdunulkoisen raskauden. Tutkimuksissa on myös havaittu enemmän kohdunulkopuolisia raskauksia naisilla, joiden ehkäisyä on kierukka tai sterilisaatio on pettänyt. Suomalaisissa tutkimuksissa on huomattu, että yli 80 % kohdun ulkopuolisen raskauden kokeneista naisista tulee uudelleen raskaaksi ja yli puolet heistä synnyttää. Tällaisen raskauden uusiintumisriski on noin 10 %. (Gissler ym 1996, 44; Glazer 1988, 83; Hartikainen ym. 1995, 143-145)

10. TUTKITTU, HOIDETTU - ENTÄ SITTEEN?

10.1 Voiko tämä olla totta...

Parit, joilla on takana usein pitkäkin lapsettomuuskokemus ja läpikäytynä kaikki mahdolliset hoidot, saattavat idealisoida raskautta. He kuvittelevat, että positiivinen raskaustesti johtaa 9 kk:n riemuun, joka huipentuu syntymän ihmeeseen. Raskaustestin osoittauduttua positiiviseksi jokin kuitenkin kaiheartaa: parit tietävät tasan tarkkaan sen, että lapsia ei ole helppo saada ja pelkäävät pahinta, esim. tarkistaen useita kertoja päivässä mahdollista verenvuotoa. Raskaudesta voi olla vaikea nauttia, kun jatkuva huoli painaa. Lisäksi raskaana oleva on siirtynyt uuteen maailmaan, pois lapsettomuuden kanssa kamppailevien joukosta. Samalla kun nainen voi tuntea olevansa kuin "muukalainen paratiisissa" hän saattaa myös siirtyä erikoishoitoa saavasta lapsettomasta tavallisten palvelujen käyttäjäksi. Pitkäkään lapsettomuus ei kuitenkaan suojele pareja keskenmenoilta, kohdun ulkopuolisilta raskauksilta tai kuolleena syntyviltä lapsilta. (Glazer 1988, 165-166)

Lapsen saatuaankin monet tuntevat itsensä edelleen lapsettomiksi ja toisinaan alkavat heti yrittää toista lasta, koska tietävät että voi taas mennä kauan ennen kuin "tärppää". Usein kyseessä ovat jo iäkkäämmät vanhemmat, mikä osaltaan myös aiheuttaa kiirettä. Lapsi on kallis lahja ja osalla vanhempia voi olla

vaikeuksia kurinpidossa tai lasten jättämisessä muiden hoitoon. Vanhemmilla voi myös olla painetta olla erityisen hyviä vanhempia, jollain tavoin osoittaakseen ansainneensa tämän onnen. (Glazer 1988, 215-216)

10.2 Nyt riittää!

Jossain vaiheessa parin on tehtävä päätös siitä, kuinka kauan he hoitoja jatkavat ja missä on yrittämisen raja. Lääketieteen ja uusien lisääntymistekniikoiden nopea kehittyminen tekee usein vaikeaksi myöntää itselleen tilanteen olevan toivoton ja luovuttaa.

Useimmat lähtevät hoitoihin toiveikkaina. Jokainen tulokseton hoitokerta tuo uuden surun, erityisesti koska useimmille on tarjolla hoitokertoja vain rajallinen määrä. Hynes et al. (1992) tutkivat epäonnistuneissa IVF-hoidoissa olleita naisia ja havaitsivat, että hoidon epäonnistuminen lisäsi masentuneisuutta ja madalsi itsetuntoa entisestään. Mitä pitempään infertiliteetti kesti, sitä suuremmaksi kasvoi myös sen aiheuttama psykologinen stressi. (Edelmann et al. 1986, 214)

Vaikeinta on, kun toinen puolisoista on jo valmis luovuttamaan ja toinen ei. Tai kun molemmat ovat kyllä valmiita luopumaan hoidoista, mutta ovat erimielisiä siitä, miten elämä tästä eteenpäin jatkuu. Toisaalta, kun hoidoista on päätetty luopua se ei tarkoita sitä, että ovi on suljettu lopullisesti; jos kehitetään uusi hoitomuoto tms on parilla mahdollisuus yrittää. Varmaan useimmilla, mihin ratkaisuun sitten päätyivätkään, on ainakin joskus katumuksen hetkiä. (Glazer 1988, 143-147)

Kun hoidoista luovutaan, se antaa tilaa elämän muille asioille. Esimerkiksi nainen voi edetä työelämässä ehkä paremmin, kun hänellä ei ole lapsia huolehdittavanaan. Harrastuksiin ja puolisoon voi syventyä uudella tavalla.

10.3 Adoptio

Usein ihmiset yhdistävät halun olla vanhempia haluun lisääntyä, ja harvat kuvittelevat mahdollisuutta olla vanhempana lapselle, joka on syntynyt jollekulle muulle. Useimmat parit suhtautuvatkin adoptioon aluksi varovaisesti ja epäilevästi. Se on aina "kakkosvaihtoehto" eikä se muuta hedelmättömyyttä miksikään - ihminen on edelleen infertiili - mutta poistaa kyllä lapsettomuuden. Adoptioäiti on äiti, joka ei ole synnyttänyt ja saattaa näin ollen kokea olevansa ei-täysivaltainen muiden äitien joukossa. Parilla ei edelleenkään ole yhteistä, biologista lasta.

Glazerin (1988, 177-185) mukaan adoptiota harkitsevien on vastattava kolmeen kysymykseen: voiko rakastaa lasta, joka ei ole "oma", onko adoptio mahdollinen sekä onko adoptoidulla lapsella joitakin ongelmia. Lisäksi jotkut saattavat pelätä, että aikuisuttuaan lapsi etsii biologiset vanhempansa ja "valitsee" nämä "oikeiksi" vanhemmiksi. On tärkeää tunnistaa halu jatkaa elämää omilla lapsillaan ja myös miettiä, miksi on halunnut vanhemmiksi alunperin; jotkut parit eivät juuri ajattele raskautta ja varhaislapsuutta pidemmälle. Raskaus kestää vain 9 kk, mutta vanhemuus on elinikäinen. (Salzer 1994, 343)

Ehkäisymenetelmien kehittyminen, mahdollisuus raskaudenkeskeytyksiin sekä yksinhuoltajuuden muuttuminen yhteiskunnallisesti hyväksytyimmäksi on radikaalisti vähentänyt saatavilla olevien valkoihoisten pikkulasten määrää. Frimanin (1997, 49) mukaan Suomessa adoptoidaan vuosittain n. 40-50 suomalaista lasta. Vuonna 1994 ottolapsen hakijoita oli Suomessa 1200, joista 200 toivoi kansainvälistä adoptiota. Odotusaika on 3-5 vuotta ja kansainvälisen adoption kustannukset voivat nousta aina 60 000 mk:aan asti.

Ennen adoptiota lasta haluavan perheen on osallistuttava ottolapsineuvontaan, jota antavat sosiaalityöntekijät. Parin yksityiselämään puututaan ja toisin kuin omia, biologisia jälkeläisiä hankkivilta heiltä selvitetään kyky olla "kunnon" vanhempia:

ulkoiset olosuhteet, henkilökohtaiset ominaisuudet jne.

Toisinaan kuulee kerrottavan perheistä, joihin adoptiolapsen tulopian tuo myös biologisen lapsen. Kyseinen myytti on suosittu, mutta tekee lapsen saamisesta helposti psykologisen ongelman joka ratkeaa, kunhan nainen vain rentoutuu ja rauhoittuu. Myöskään tutkimustulokset eivät tue tätä väitettä. (Edelmann et al. 1986, 214; Schraft 1988, 224-226)

11. SEKUNDAARINEN INFERTILITEETTI

Neljässä saamassani kirjeessä kerrottiin ongelmasta, jota ei yleensä ongelmaksi mielletäkään: sekundaarisesta infertiliteetistä. Perheessä on jo yksi lapsi, joka on samalla tie vanhemmuuteen. Sekundaarisen infertiliteetin suru ja tuska jääkin usein tunnistamatta ja parilla itselläänkin saattaa olla ongelmia sijoittaa itseään sen paremmin fertiiliin kuin infertiiliinkään maailmaan. (Glazer 1988, 137-139)

Amerikkalainen tutkimus esittää, että infertiileistä pareista 60 % kärsii sekundaarisesta infertiliteetistä. Jos ensimmäisen lapsen saaminen ei ole tuottanut hankaluuksia, yllätys sen suhteen ettei toisen lapsen "tekeminen" niin vain onnistukaan on usein isompi kuin niillä pareilla, joilla kyseessä on primaarinen infertiliteetti. Ulkopuolisten kysymykset siitä, milloin pari aikoo hankkia seuraa lapselleen ovat yhtä tuskallisia kuin primaaristi infertiileille esitetyt kysymykset ja sekundaarisesti infertiilit käyvät läpi samoja tunteita kuin ne, joilla ei ole yhtäkään lasta. Ruotsalaistutkimuksen mukaan voimakkaimmin reagoivia olivat naiset, jotka olivat sekundaarisesti infertiilejä primaaristi infertiileissä pariskunnissa (eli naisilla oli jo lapsi, mutta ei tämän partnerin kanssa). (Möller 1985, 196; Salzer 1994, 243-244)

12. LAPSETTOMAN ARKI - 12 TARINAA

Ilmoitus (liite 1), jolla pyysin kertomuksia tahattomasta lapsettomuudesta, oli osin tahattomasti ja osin tarkoituksella ympäröörä; osin tämä johtui puutteellisesta suunnittelusta ja osin siitä, että halusin nähdä, mitä ihmiset pitävät suurimpina asioina lapsettomuudessaan. Kirjeiden pyytämiseen päädyin siksi, että kirjoittaminen on itselleni luontevin tapa purkaa erilaisia asioita ja oletin, että tuntojen purkaminen paperille oman anonymiteetin säilyttäen voisi olla myös aineiston tuottajille helpointa. Monessa kirjeessä oli mukana kirjoittajan yhteystiedot, mutta en ottanut kehenkään erikseen yhteyttä; monet halusivat nähdä valmiin työn eikä sitä ole ollut esittää vaikka vuosia onkin jo kulunut. Aion kyllä laittaa sen lehden, jossa ilmoituskin oli, kautta terveisiä kaikille kirjoittajille ja mukaan uudet yhteystietoni.

Ilmoitus julkaistiin Kaks Plus -nimisessä lehdessä, koska kyseessä on lapsiin keskittyvä lehti, jota oman "näppituntumani" perusteella lukevat myös ne lapsista haaveilevat, joilla lapsia ei ole. Lisäksi lehdessä on silloin tällöin käsitelty tahatonta lapsettomuutta eri artikkeleissa. Lehden valinta vaikutti todennäköisesti kirjeiden määrään ja ainakin kirjoittajien yksipuoliseen sukupuolijakaumaan. Luultavasti kirjeitä olisi tullut enemmän, jos ilmoitus olisi julkaistu esim. Kodin Kuvalehdessä tai Lapsettomien Tuki ry:n kautta, mutta olin näinkin tyytyväinen kirjeiden määrään. Suuri toiveeni saada edes yksi miehen kirjoittama teksti aiheesta sen sijaan jäi toteutumatta.

Kirjoittajat olivat kaikki naisia. Kirjoittajista neljä kärsi sekundaarisesta infertiliteetistä, kolmella oli eri hoitojen seurauksena lapsia ja viisi kirjoittajaa oli primaaristi lapsettomia. Kaikki elivät parisuhteessa.

Kirjeissään naiset toivat ilmi sen, että tahaton lapsettomuus todellakin läpäisee kaikki elämänalueet työstä ihmissuhteisiin, arjen ajankäytöstä itsetuntoon. Kaikissa kirjeissä tulee myös

esiin se, että elämää on suunniteltu: ensin on opiskeltu, saatu parisuhde ja ulkoiset puitteet kuntoon, sitten vasta on alettu suunnitella lasta.

Elämä on epävarmuuden leimaamaa: vaikka tietty leikkaus tehtäisiin, lääkitys aloitettaisiin ja toimenpide suoritettaisiin, ei silti ole mitään takuita onnistumisesta. Elämän suunniteltavuuden illuusio häviää lapsettomuuskokemuksen mukana.

Tuntui persoonattomalta viitata kirjeiden kirjoittajiin koko ajan vain "kirjoittajina", joten päädyin antamaan heille kaikille nimet, joilla ei ole mitään tekemistä kirjoittajien oikeiden nimien kanssa.

12.1 "Miksi en minä"

Päivi on vuonna -69 syntynyt sosiaalikasvattaja Etelä-Pohjanmaalta. Hänelle on aina ollut itsestään selvää hankkia joskus lapsia. Toisaalta hän kyllä tiesi, ettei kaikki aina suju suunnitelmien mukaan; hänen omassa suvussa oli esiintynyt sekundaarista lapsettomuutta. Häitä suunnitellessa kirjoittaja jätti e-pillerit pois.

Käytimme edelleen kevään ajan ehkäisyä. Taisi olla hätävarjeluun liioittelua. Sorruimme siis kuvitelmaan, että 9 kk:n kuluttua häistä on synnytys. Vaan eipä ollut.

Päivi kertoo, kuinka jo häitä seuranneella elokuulla melkein vieraatkin ihmiset katsella merkittävästi hänen vyötärönseutuaan.

Aluksi se lähinnä huvitti mutta kun puoli vuotta oli kulunut eikä mitään tapahtunut, alkoivat nuo vihjailevat silmäykset tuntua painostavilta.

Oman mielenrauhansa takia pari päätti hakeutua tutkimukseen heti vuoden "määräajan" täytyttyä. Päivi myös uskoi olevansa vahvempi toisten uteluja vastaan, kun tietää syyn edes itse.

Eli itseasiassa ajatuskaavio meni näin: tiedän syyn -> pystyn paremmin keksimään vedenpitäviä selityksiä toisella naamalla kerrottuna.

Tutkimuksissa hahmottui diagnoosiksi endometrioosi, joka leikattiin laparoskopiassa. Leikkauksesta Päivi ei ollut kertonut edes perheelleen. Tutkimusten ja hoitojen ajan hän on ollut töissä osa-aikaisena kassana ja pystynyt joustavasti järjestelemään menonsa. Kurjaa tunnelmaa lisääkin aina ne ajat, jolloin ei ole töitä.

Lääkitys kesti puoli vuotta ja toi tullessaan vaihdevuodet. Toisaalta tämä aika on ollut helppoa, ei ole tarvinnut toivoa-pettyä-toivoa-pettyä... On ollut jotenkin vahva olo.

Lääkityksen loputtua epävarmuuskin palasi. Seuraavan kierron aikana oli tarkoitus aloittaa piikitykset ja tehdä inseminaatio.

En tiedä onko sitä liian herkkä ottamaan mietittäväkseen ihmisten kommentteja vai miksi sitä tuntuu, että lähes päivittäin joku tavalla tai toisella viittaa tähän lapsettomuuteen. Tuntuu siltä, että joidenkin ihmisten mielessä sitä on aivan yhteiskuntakelvoton olio, kun on jo 2 vuotta ollut naimisissa eikä vielä kään lasta. Sitä ei niinkuin saa koskaan olla tyytyväinen omaan elämäänsä, mukavaan mieheensä, onnelliseen avioliittoonsa tai jos sitä näyttää olevan onnellinen niin hyvin pian tulee joku ja pudottaa maanpinnalle tokaisulla, joka tarkoittaa että älä ollenkaan yritä esittää noin onnellista, onhan sinulla kauhea ongelma, sinulla ei ole lasta.

"Pahimpana vihollisenaan" Päivi pitää miehensä vanhimman sisaren miestä, jolla on "muutenkin tapana päästellä älyttömyyksiä suustaan". Vierailut tässä perheessä onkin supistettu minimiin.

Hän on ottanut meidät oikein lempiaiheekseen, eräätkin syntymäpäivät kului niin, että tämä E. hoki koko illan sanaparia "katkennut miekka", en tarvinnut paljoakaan mielikuvitusta kun tiesin mistä hän vihjailee.

Tunteiden ristiriitaisuus on Päivin mielestä yksi rasittava tekijä: toisaalta hän pystyy iloitsemaan toisten lapsista, toisaalta kokee katkeruutta - miksi en minä?

Mulla on mies, joka tukee eikä sanallakaan syytä mua. Siitä huolimatta ilmeisesti koen hieman syyllisyyttä hänen suhteenkin, koska eniten mun huumorintajua koettelee nuoret miehet hoivailemassa pikkuista, se sattuu tosi syvälle.

Päivi on saanut tukea ystäviltään, mutta on myös sitä mieltä, että ennenkuin todella asiaa pystyy ymmärtämään, täytyy olla jotakin omakohtaista kokemusta lapsettomuudesta. Neljä vuotta nuoremmalta sisareltaan Päivi toivoisi enemmän tukea.

Hän tuntuu pelkäävän aihetta. Ja minä tietysti pelkään hulluna sitä, että hän tulee raskaaksi...

12.2 "Kun jaksaa uskoa ja toivoa jaksaa jatkaa!"

Sari on 26-vuotias ja työskentelee lastenhoitoalalla. Lasta pariskunta, joka on ollut yhdessä 12 vuotta, on yrittänyt 8 vuotta. Vuodet ovat pitäneet sisällään paljon toiveita, unelmia ja pettymyksiä.

Paljon kyyneliä, kyyneliä kun jälleen kerran on joutunut pettymään. Elämä ja kuukaudet kuluvat vain päiviä laskien. Kuukaudesta toiseen. Välillä tuntuu, että elää kuukautiskierron mukaan. Ja niinhän se onkin.

Pari on käynyt läpi yhdeksän keinosiemennystä, jonka jälkeen he olivat varmoja, että koeputkihedelmöitys toisi heille oman vauvan. Raskautta ei kuitenkaan tälläkään kertaa saatu alkamaan.

IVF:ään liittyvä lääkitys, piikitykset, ultrat, punktio, alkioiden siirto, kaikki sujui hyvin. 12 päivää olin "raskaana" ja siinä ajassa ehti jo toivoa, että nyt varmasti oli tärpännyt, sitä jo kuvitteli kaikenlaisia raskauden oireita ja silitteli ja jutteli masulleen. Ei tahtonut edes vessaan uskaltaa mennä, ettei joutuisi kohtaamaan painajaisista pahinta. Yhtenä päivänä kuitenkin jälleen kerran oli kohdattava raaka totuus. Kuukautiset alkoivat ja kaikki toiveet oli murskautunut hetkessä. Voi sitä tuskaa!

Kaikesta huolimatta pari on yrittänyt ajatella positiivisesti eikä käpertyä suremaan jälleen kerran menetettyä lastaan. Ainakin

he nyt tiesivät, että sukusolujen yhteensopimattomuudesta ei ollut kysymys: kaikki punktoidut munasolut olivat hedelmöittyneet. Tarkkaa tietoa siitä, miksi yksikään kolmesta siirretystä alkios- ta ei kiinnittynyt, ei ole. Sarin toisessa munasarjassa on endo- metriooasia, jota hän itse epäilee syyksi. Kirjeen kirjoittamisen aikaan pari oli parin kuukauden sisälle menossa toiseen koeputki- hedelmöitykseen.

Luovuttaa emme aio, vaan yritämme niin kauan kuin saamme lapsen tai olemme sataprosenttisen varmoja ettemme koskaan saa biologista lasta. Joskushan me tulemme tämän tien päähän.

12.3 "Mutta teillähän on jo yksi lapsi ennestään"

Mervi on 20-vuotias suurtaloukokki Etelä-Suomesta, jolla on 1,5 -vuotias lapsi. Ensimmäinen raskaus alkoi nopeasti, toista lasta on yritetty kuukausia.

Tämä on turruttavaa ja itsetuntoa alentavaa! MIKSI JUURI MINÄ?

Mervi ei ole ollut vielä tutkimuksissa ja sanoo siksi olevansa pettynyt ja hieman peloissaan, kun ei tiedä, missä on vika. Hänellä epäillään - tulehduksen seurauksena - olevan tukok- sia munasarjoissa. Välillä Mervi vihaa itseään ja purkaa kiuk- kuaan ympäristöönsä. Kuukautisten alettua hän tuntee vaipuvansa maanrakoon.

Pahinta on oikeastaan kuukautisia edeltävä kipu, tiedän että en ole raskaana. Vähitellen mielialani laantuu on vaan alistuttava "luonnon asettamiin ehtoihin"!

Mervillä on kohtalotoveri, jonka kanssa he kirjoittelevat pitkiä kirjeitä eikä tällöin tarvitse lukea tuttua virttä: mutta teillä- hän on jo yksi lapsi.

12.4 "Eiköhän se lapsi sieltä kuitenkin joskus ponnahtaa"

Hanna on 26-vuotias ja asuu keskisuurella kaupungilla. Perheessä on jo yksi lapsi ja toista lasta on yritetty yli vuosi. Hanna kertoo kuukautistensa olleen aina hyvin säännölliset, joten kun ne olivat myöhässä hän meni raskaustestiin, joka osoittautui negatiiviseksi. Kuukautisten alettua hän itse päätteli kokeneensa tuulimunaraskauden. Lääkäri kehotti ottamaan uudelleen yhteyttä kolmen kuukauden kuluttua, jos raskautta ei kuulu.

Hanna tulikin raskaaksi ja tuleva isovelji oli innoissaan yhdessä muun perheen kanssa. Naapurista saatiin odotusvaatteita.

Kunnes eräänä aamuna tammikuussa olin wc:ssä ja totesin vuotavani. Lähdin samantien terveyskeskukseen. Lääkäri teki tutkimuksen. Ei katsonut minua päinkään eikä puhunut mitään. Antoi vain lähetteen naistentautien polille. Niin siinä sitten kävi, että minut kaavittiin vielä samana iltana.

Kaavinta toistettiin parin viikon kuluttua. Elämä tuntui romahtavan. Lapsi kyseli, että mihin se vauva laitettiin. Kyseessä oli tuulimunaraskaus.

Kaavinnan jälkeen mies yritti lohdutella vaimoaan, mutta sittemmin asiat muuttuivat.

Mieheni alkukantainen uskontonäkemykseni sai hänessä aikaan paniikkihäiriön laukeamisen. Hän nimittäin uskoo/uskoi vakaasti, että meidän yrityksemme saada toinen lapsi johtuvat siitä että hän on tehnyt jotain pahaa aiemmin... nuoruudessaan ja yrittää nyt parantaa tapojaan.

Hanna keskusteli asiat halki miehensä kanssa ja sanoo avioliiton ja rakkauselämän kukoistavan. Lääkäri on kehottanut hankkimaan ovulaatiotestin ja varaamaan vastaanottoajan.

Ystävät ja sukulaiset eivät painosta - anoppia lukuunottamatta - ja silläkin on nenä poskella kun seuraavan kerran ottaa asian puheeksi.

Hannalla on ystäväpariskunta, joka kärsii myös lapsettomuudesta. Aina kuukautisten alettua naiset soittelevat toisilleen ja pohtivat elämää. Hannalla on myös muita, tavalla tai toisella lapsettomuudesta kärsiviä ystäviä.

12.5 "Se on meidän taakkamme"

Riitta on pääkaupunkiseudulla asuva 31-vuotias ekonomi. Pari on yrittänyt lasta vuodesta 1987 alkaen. Tutkimuksista Riitalle tehtiin laparoskopia eikä elimellisiä vikoja löytynyt.

Sitten tulikin murskaava tieto, mieheni siemenneste oli huonolaatuista; siittiöitä vähän ja ne vielä liikkivatkin huonosti.

Pariskunta alkoi jonottaa Väestöliittoon tarkempiin tutkimuksiin, jonne he pääsivätkin tavallista nopeammin vaimon "keplottelun" ansiosta. Kuvitelma siitä, että kun pääsee hoitoihin niin kaikki järjestyy romahti pikkuhiljaa.

Ainoa selvä vika löytyi miehen siittiöistä. Ensin kokeiltiin inseminaatiota ja Riitta aloitti Clomifen-hormonit, joiden aikana olo oli kuin "perseeseen ammutulla karhulla". Aika oli rankkaa molemmille.

Kun munasolu oli testin mukaan irtoamassa, ei muuta kuin mies antamaan "näytettä". Ajoituksethan eivät välttämättä osuneet kohdalleen; testi ilmoitti munasolun irtoavan viikonloppuna, jolloin koko homma oli turhaa sinä kuukautena. Miehellä vaikutus oli siinä, että siemenneste huonontui entisestään.

Keinosiemennyksiä jatkettiin talven yli ja tällöin alettiin puhua koeputkihedelmöityksestä vieraan luovuttajan spermalla.

Ajatus vieraan lapsesta kauhistutti ja aluksi suhtautumisemme oli jyrkän negatiivinen. Rupesimme ottamaan selvää myös adoptiosta.

Koeputkihedelmöityksessä, jota jouduttiin siirtämään kuukautisten

aikataulun petettyä, pari myöntyi siihen, että osa munasoluista hedelmöitettiin vieraan luovuttajan spermalla; Riitan mukaan he halusivat lähinnä nähdä hedelmöittyisivätkö munasolut lainkaan. Koeputkihedelmöitys ei sujunut ongelmitta.

Oma hormonitoiminta pysähtyi kuten oli tarkoitus, mutta munasolut eivät kasvaneet odotetulla tavalla normaali-piikityksellä ja annosta täytyi lisätä. Olo oli sen mukainen, vatsa paisuksissa ja olo muuten kaamea.

Punktiossa saatiin seitsemän munasolua, joista neljä kunnollista. Näistä neljä hedelmöitettiin omalla ja kolme vieraalla siemennesteellä. "Omat" eivät lähteneet lainkaan kehittymään ja "vierais-takin" vain yksi, joka sitten siirrettiin.

Pettymys oli hirvittävä. Sillä hetkellä toivoimme ettei vieraan spermalla hedelmöitetty vaan kiinnittyisi. Emme olleet valmiita siihen. Näin myös kävi; kuukautiset alkoivat ja kaikki oli mustaa.

Kuullessaan työtoverinsa vahinkoraskaudesta Riitta tunsi itsensä hölmöksi ja nöyryytetyksi ja elämän epäoikeudenmukaiseksi.

Myönsin miehelleni suoraan että olin jopa miettinyt avioeroakin. Ei mitenkään vakavasti, mutta olihan se mielessä käynyt. Täyttäisinhän kohta 30 ja mittarini raksutti.

Riitan mies oli hämmästynyt, koska hän ei pitänyt lapsettomuutta niin isona ongelmana. Pariskunta keskusteli tuttaviensa kanssa vieraan sperman käytöstä ja positiivisten kannanottojen jälkeen päätti yrittää lasta tätä kautta. Adoptiovaihtoehto tuli myös esiin.

Meitä kauhistutti että joku sossutäti tulee tutkimaan kotimme ja tapamme. Se tuntui kauhean vastenmieliseltä!

Syksyllä aloitimme inseminaatiot vieraan spermalla. Kuvittelin tulevani heti raskaaksi, mutta yllätykseksi niin ei käynytäkään.

Tässä vaiheessa pari päätti mennä adoptiojonoon odottamaan lasta ulkomailta. He kuitenkin jatkoivat vielä myös inseminaatioita,

mutta asettivat näille jo takarajan.

Hermot alkoivat olla jo riekaleina; elämä kulki kuukauden jaksoissa; kuukautisten alettua hormonien syöntiä, puolivälissä pissatestaukset ja niiden sovittaminen niin, että oli mahdollista mennä inseminaatioon, josta yleensä tiesi vasta ko. päivänä ja loppukuukausi odottelua ja kuukautisten alettua epäonnistumisen tunne.

Huhtikuussa -93 Riitta kuitenkin riemukseen huomasi olevansa raskaana. Tarkoituksena oli kertoa vanhemmille ja sisaruksille, miten raskaus oli saanut alkunsa. Kuitenkin kertoessaan raskaudesta pariskunta koki sukulaisten ilon niin liikuttavaksi, etteivät halunneet pilata sitä kertomalla, että vauva ei ole miehen biologinen lapsi. Vain Riitta, hänen miehensä ja lääkärit tietävät totuuden. Lapsellekaan he eivät aio kertoa, jollei ole aivan pakko.

Miksi kertoa, hänhän on minun ja mieheni poika?!
Lisäksi olen sitä mieltä että se on meidän taakkamme ja me kannamme sen enkä halua siirtää sitä pojallemme kannettavaksi.

Riitan mielestä lapsettomuus on naiselle raskaampaa kuin miehelle; ei vain siksi, että äitiys on yliarvostettua vaan lähinnä siksi, että muistutus lapsettomuudesta tulee joka kuukausi kuukautisten muodossa. Asia ei pääse koskaan unohtumaan. Riitan mukaan lapsi on muuttanut häntä ihmisenä mm. suvaitsevaisemmaksi.

Pariskunta ei joutunut kokemaan painostusta lapsettomuutensa takia, koska he kertoivat avoimesti ongelmistaan. Toki epämiellyttäviäkin tilanteita tuli usein tyyliin "tekin vain teette uraa ettekä hanki lapsia" - tähän pari vastasi etteivät saa lapsia.

Vaikka Riitalla on lapsi, hän tuntee itsensä edelleen lapsettomaksi. Syyksi hän arvelee jo läpikäymäänsä lapsettomuuden ja luopumisen suruprosessia.

Tulevaisuus on avoin. Toista lasta hän ei halua samalla tavalla hankkia. Tekniikka on nyttemmin kehittynyt niin paljon, että on

mahdollista kokeilla koeputkihedelmöitystä huonoillakin siittiöillä.

12.6 "tämä lapsiasia masentaa aina välillä"

Elina, 30-vuotias osastosihteeri Hämeestä, oli liittännyt mukaan katkelmia päiväkirjastaan, ja ne kattavat ajanjakson lokakuusta -93 toukokuuhun -94. Hän lopetti e-pillarit elokuussa -93 ja tämän jälkeen laihdutti osittain miehensä toivomuksesta 20 kg.

Lokakuussa Elina mietti elämän epäreiluutta ja sitä, miksi ne, jotka todella lapsia haluavat eivät niitä saa ja ne, jotka eivät välttämättä edes haluaisi lapsia, saavat niitä helposti.

Onko se luonnon oma valinta, jotkut sopi(si)vat vanhemmiksi, toiset eivät. Onko tässä nyt vain odotettava vuosi, itkuisena rupinaamana ja saatava sitten tutkittua itsensä ja todettua, ettei voi saada lapsia. Vai steriloiiko itsensä heti ja luopuu turhista luuloista. (22.10.93)

Hän pohti sitäkin, että voiko e-pillereiden käyttö viedä hedelmällisyyden.

Ja millä poistat nämä itkut, kun juuri nyt haluaa uskoa siihen, että tulee raskaaksi milloin tahansa ja itketää vaan. Elämä on epäreilua. (22.10.93)

Tämän jälkeen kuukautisia kesti vielä 3 viikkoa (15.10.-15.11. kaiken kaikkiaan). Hormonit eivät lopettaneet ylimääräistä vuotoa. Raskaustesti osoittautui kahdesti positiiviseksi vuodon aikana; epäiltiin kohdun ulkopuolista tai tuulimunaraskautta. Elinalle tehtiin kaavinta ja vuoto loppui.

Tulevaisuutta ei ole.

En koskaan luullut että lasten saaminen voisi olla näin suuri asia, mutta kun se mahdollisuus melkein riistetään, niin ei tunne itseään edes naiseksi. (19.11.93)

Elina ei haluaisi olla vain tilastomerkinä monennenko keskenmenon jälkeen vielä voi saada lapsen. Epätoivo on syvää.

Hormoneja en halua, haluan sterilisaation ja kohdunpoiston, turha jättää ilman virkaa ja vain odottamaan syöpää 50-vuotiaana. (19.11.93)

Joulukuussa -93 hänestä tuntui, että laihduttaminen on ainoa syy jatkaa päivästä toiseen. Välillä Elina toivoi raskautta, välillä ei. Katkeruutta lisäsi perheystävien (x on Elinan aviomiehen lapsuuden ystävä) tuleva perheenlisäys; Elinasta tuntui, että uutisen mukana riistettiin heiltä lapsionni. Hän suunnitteli seuraavaa vuotta; lähinnä sitä miten parhaiten välttyisi tapaamasta tätä lisääntyvää perhettä.

En halua nähdä tai kuulla koko lapsesta mitään, en halua, en... pysty (27.12.93)

Ennen vuoden vaihtumista Elina listaa vielä niitä monia syitä, joilla hän perustelee sitä, että on parempikin jos heille ei tule lapsia: ei ole varaa, pitkät työpäivät, vaunujen työntely lumituiskussa tai kaatosateessa kun on ensin odotellut turhaan busseja.

Ei tarvitse muuttaa eikä muuttua, eikä esittää itselleen uusia vaatimuksia tai super-rooleja. Saa jatkaa samaa "helppoa ja ylellistä" elämää hautaan asti eikä tarvitse uhrautua. Miksi sitten aina itken kun saan ajatukseni paperille. (29.12.93)

Hän myös antoi itselleen 10 kuukautta aikaa muuttaa mieltään ennen kuin sterilisoin itseni ja silppuan kaikki hankkimani lastenvaatteet lumpuksi (29.12.93)

Tammikuussa Elina listaa suunnitelmaa tulevaisuutta varten: veneen myynti, tontin osto, rakentaminen, purjeveneiden hankinta. Lapset puuttuvat suunnitelmista. Marraskuisen raskauden hän kokee olleen vahingossa tullut sattumaosuma ja ettei heillä voi koskaan olla lapsia. Kuukautiskierto on epäsäännöllinen eikä munasolu aina irtoa.

Eipä tarvitse ajatella ehkäisyä, kun luonto pitää omistaan huolen. (27.1.94)

Maaliskuussa pariskunta on suunnittelee ostavansa ison rivitalo-asunnon.

Kummallekin oma kerros ja saa huudella toiselle että asiat tulee selviksi. Siellä sitten oltaisiin isossa huoneistossa kaksistaan. (1.3.94)

Maaliskuun lopulla tapahtuu: ystäväperheeseen syntyy poika. Elinasta tuntuu uskomattoman pahalta. Mies loukkaantui, kun Elina ei halunnut lähteä vähään aikaan perheeseen kyläilemään eikä mies tuntunut ymmärtävän, miksi tämä on vaimolle niin vaikeaa.

Tuntuu kuin mua olisi petetty ja hyväksikäytetty.
(30.3.94)

Elinasta tuntui, ettei mies edes halunnut lapsia ja mietti, että on jo liian vanha aloittamaan omaa elämää alusta.

Keinot ovat vähissä. Lopetan syömisen, tuleepa muuta murehdittavaa ja huomaavat muutkin, että jotain on pielessä. En osaa hakea apua, kun ongelman tosi ydin on epäselvä. (30.3.94)

Ongelmallisimpana hän piti tässä vaiheessa miehensä suhtautumista.

Mutta kun oma aviomies, 2 vuoden naimisissaolon ja 6 vuoden seurustelun jälkeen sanoo, että ollaan me sitä X:n kanssa puhuttu, että olisi kivaa jos molemmilla olisi suunnilleen samanikäiset lapset. MIKSI SIITÄ EI PUHUTTU SILLE, JONKA KANSSA NE LAPSET OLI TARKOITUS TEHDÄ, TAI EHKÄ OLIKIN PUHUTTU, SE EN SIIS OLLUT MINÄ.
(30.3.94)

Huhtikuussa tilanne näyttää tasaantuvan. Tällöin Elina aloitti myös Clomifen-hormonilääkityksen. TV:stä tullut ohjelma lapsettomista teki olon "haljummaksi"; hän koki, ettei pystyisi suunnittelemaan ja kokeilemaan kaikkia mahdollisia apukeinoja lapsen saamiseksi.

Toukokuussa uuden rivitaloasunnon laittaminen vie aikaa ja ajatuksia.

Muuten sitten taas on tullut itkettyä. Oikeastaan joka päivä siitä lähtien kun (mieheni) ehdotti että mentäis ristiäisiin, ja suostuin kun ensin vähän emmin. En tiedä mikä on parasta tai onko sellaista olemassakaan, ehkä ei. (14.5.)

Toisaalta ystäväperheen kohtaaminen voisi Elinan mukaan olla hyväksi, jotta voisi sitten olla loppukesän rauhassa, ei tarvitsisi tavata. Muutto ja remontti ovat hänen mukaansa hyviä tekosyitä. Ristiäiset olivat vaikeat.

Enpä olisi uskonut että "ystävä sä lapsien" laulaminen tekee niin tiukkaa. Muuten meni kai jotenkuten, en kylläkään puhunut kummankaan vanhemman kanssa mitään lapsesta, enkä katsonut lasta kuin kerran. Haluan unohtaa koko asian, mutta se ei ole helppoa. (16.5.94)

Hän miettii jälleen, miksi toiset saavat lapsia ja toiset eivät.

Kesäkuun alussa, reilu viikko ennen kuukautisten oletettua alkamispäivää, Elinalle tuli kova vatsakipu ja alkoi vuoto - keskenmeno.

Viimeksi (keskenmeno) se osui talvilomalle, nyt kesäloman alkuun. Lomat on siis jatkuvasti pilalla, kun pelottaa koko ajan.

Masentavaksi Elina kokee sen, kun mies tahtoo välttämättä heidän menevän vieraisille jo aiemmin mainitun lapsuuden parhaan ystävänsä perheeseen, jossa on vauva.

Miehillä on vielä oppimista vaimoistaan, ei tämä nainen lopeta itkuaan nappia painamalla.

Toisaalta hän myös toteaa, että ilman miehensä jatkuvaa tukea hän todennäköisesti olisi mielisairaalan suljetulla osastolla.

12.7 "Koskas se tuo Pete saa kaverin"

Kun lääkäri ensimmäisen kerran alkoi puhua lapsettomuuden hoidosta, reaktioni oli: enhän minä ole lapseton, minullahan on harvinaisen eläväinen poika, josta hoitotätikin sanoi, että kyllä Pete kahta vastaa. Pikkuhiljaa oivalsin, että lapsettomuushan se tämän vaivan nimi oikeasti on.

Näin kirjoittaa Terhi, pienellä paikkakunnalla asuva 29-vuotias erityisopettaja, jolla on jo yksi lapsi. Lapsen syntymän jälkeen Terhi laihdutti ja hänen hormonitoimintansa meni sekaisin aiheuttaen varhaiset vaihdevuodet. Hormonilääkityksellä yritettiin tuloksetta käynnistää omaa hormonituotantoa.

Ainoa, mitä (hormoni)hoidosta voitiin varmuudella luvata oli rahan menetys. Meillä oli taloudellisesti tiukkaa muutenkin, emme voineet ajatellakaan hoitoa. Luukadon ja syövän pelossa liimailin sitten estrogeenilaastareita ja söin väliin keltarauhasta purkista. Olin katkera. Tunsin itseni syylliseksi tilanteeseeni, vaikka fiksu mieheni ei kertaakaan syyttänyt minua eikä turhamaista ja kunnianhimoista laihduttamistani.

Terhistä tuntui, että vauvauutisia tulvi joka puolelta.

Joka ikisen kerran, kun joku ystävätär ilmoitti iloisena vauvauutistaan esitin iloista ja onnittelin. Päästyäni kotiin ja mieheni kainaloon itkin ja huusin ja kiukuttelin. Miksi!?

Ihmiset olivat tietoisia tilanteesta; Terhin oli helpompi kertoa itse ensin kuin vastata kyselyihin toisesta lapsesta. Hänen piti puhua asiasta paljon; tuntui, ettei osaa elää asian kanssa yksin. Terhi myös kokee käyneensä läpi kaikki kriisin vaiheet torjunnasta alkaen. Vuosien mittaan pariskunta yritti sopeutua ajatukseen yksilapsisuudesta ja hävittivät kaiken vauvoista muistuttavan.

Elämäntilanne muuttui; muutto toiselle paikkakunnalle, uusi työpaikka.

Päätin katsoa, kumpiko ensin tulee, syöpä vai luukato. Jätin laastarit pois ja unohdin koko asian. Uskon vakaasti, että naisihmisellä kaikki vaikuttaa kaikkeen.

Tulikin kuukautiset - ensimmäiset omat (ilman lääkitystä siis) VUOSIIN.

Pitkät 6 kk kuluivat ja kaivattu vauva ilmoitti tulostaan; lapsen odotusaika Terhin mukaan oli siis noin neljä vuotta.

12.8 "Mikset voi olla tyytyväinen tähän pieneen mieheen, joka meillä jo on?"

Tunsin itseni täydelliseksi. Olinhan tullut raskaaksi heti ehkäisyn jätettyämme, kuherruskuukauden aikana. Se oli itsestään selvää. Sehän kuului suunnitelmiimme.

Helena on 27-vuotias lastenhoitaja, jolla on 1992 syntynyt poika. Raskausaika oli vaikea. Perhe suunnitteli sisarusten ikäeroksi n. 1,5 vuotta ja lapsen ollessa 10 kk:n ikäinen ehkäisy jätettiin pois.

Rakastelu ei välttämättä maistunut, mutta täytyihän sitä toinen lapsi tehdä.

Helena oli hoitovapaalla ja kävi usein työpaikallaan "rehentelemässä" olevansa kotona monta vuotta lapsiaan hoidellen.

Rupesin kiukuttelemaan miehelleni, lapselleni, koko elämälle. Kiukutteluni oli helppo kuitata hormoonitoimintojeni sekavuudeksi. Mikään ei maistunut, ei rakastelu, ei rakastelemattomuus. Odotinko neitseellistä sikiämistä, niin ainakin mieheni väitti.

Syksyllä 1993 Helena alkoi jo ennen gynekologisiin yhteydenottoa mitata aamulämpöään.

Tänään lämpö on kohonnut, tänään täytyy rakastella. Mutta ei maistu. Jompikumpi katsoo TV:tä, että toinen varmasti nukkuu.

Hän alkoi elää allakkaa varten merkitten ylös, mikä vaihe kuusta on milloinkin tulossa ja menossa.

Elin kuukauden kerrallaan, kuukautisia odottaen ja peläten.

Gynekologi määräsi hormonikuurin, jonka aloitettuaan Helena tunsi olevansa "pilvissä" ja lähentyi taas miestänsä. Alkupalvella 1994 hormoniannosta lisättiin.

Laskin tarkkaan milloin syödä mitäkin. Tiesin tarkalleen elimistöni.

Joinakin kuukausina kuukautiset olivat myöhässä ja hän luuli olevansa raskaana - aina pettymys. Helenasta alkoi tuntua, että elämä oli pelkkää "p:tä". Hän syytti miestänsä ja itseään tilanteesta. Helmikuussa hoitovapaa päättyi.

Elämäni oli yhtä kriisiä. Miksi minä? Miksi me?
Miksei meille suoda toista lasta, miksi veljelleni on tulossa kolmas ja vielä puhdas vahinko...

Työhönpaluu kuitenkin jollain tavalla eheytti Helenaa. Suhdetta mieheen hän kuvaa "loistavaksi". Hän myös lopetti hormonit kesken aloitettuaan työt olettaen luonnon hoitavan asian, jos on hoidaakseen. Tuntui, että tilanteen pystyi hyväksymään; saattoihan nyt istuskella terasseilla oluella ja polttaa tupakkaa.

Helena kertoo olleensa avoin ja kertoneensa tilanteen kaikille.

Ei mene päivää, ettei joku kysy: "Joko on tärpännyt? On se kumma, kun ei tärppää, kun ensimmäinenkin..."
Hymyilen, heitän litaniat kesästä, onhan meillä jo yksi
Mutta sisimmässäni, sydämessäni repeää taas yksi kohta.

Kesäkuussa -94 Helena kuvaakin tilannettaan näin:

Olen murtumaisillani. Vai liioittelenko? Olen epätoivoinen, paniikissa, aina itku kurkussa.

Helena oli siirtymässä uuden gynekologin potilaaksi tutkimuksia varten.

12.9 6½ vuoden odotus

Mirja on 34-vuotias lääkintävoimistelija länsirannikolta. Hän jätti e-pillerit pois 1½ vuoden kuluttua häistä.

Sitä ennen jo sukulaiset kyselivät, että koskas sitä sitten niitä perillisiä...

Samoihin aikoihin Mirjan identtinen kaksoissisar alkoi odottaa lasta ja Mirja riemuitsi mukana tämän ilossa. Puolentoista vuoden kuluttua Mirjan oma raskaus päättyi keskenmenoon.

Se oli järkytys, mutta antoi toivoa uudesta raskaudesta.

Kului toiset puolitoista vuotta eikä raskautta alkanut. Heti tutkimusten alussa tuli shokki: miehen siemenneste oli niin heikkolaatuista ettei sillä olisi pitänyt alkaa ainuttakaan raskautta. Kuitenkin myös Mirja joutui käymään läpi kaikki tutkimukset eikä mitään vikaa löytynyt. Tutkimusaika oli henkisesti kuluttavaa, pelottavaa ja ahdistavaa.

Siinä vaiheessa mieheni ehdotti avioeroa, jotta voisin hakea itselleni uuden miehen, sellaisen, joka pystyy lapsia tekemään. Hän oli aivan vakavissaan, mutta minä en sitä edes harkinnut.

Mirjan mukaan heidän rakkautensa on vain kasvanut kaikkien koetelemusten jälkeen. Samalla he kuitenkin etääntyivät ystävistään, jotka olivat myös hankkimassa - ja saamassakin lapsia.

Aina kun kuulimme toisten iloisista perhetapahtumista, onnittelimme fiksuina - ja itkimme katkerasti kotona.

Hän kertoo, etteivät he yksinkertaisesti pystyneet kestämään ystäviensä onnea; kyse oli kateutta enemmän suuresta ahdistuksesta. Mirjan omien yritysten vuosina hänen kaksoissisarensa sai kaikkiaan kolme lasta.

Toisen vielä kestin, kolmatta raskautta itkin niin hysteerisesti, että uskoin pian sekoavani.

Ristiäiset olivat raskaita ja jos olisivat kehdanneet, pari olisi jättänyt niihin menemättä.

Toisten ihmisten utelu, kyselyt vauvasta tuntuivat pahoilta. Mirjan mies ei halunnut, että ongelmasta kerrotaan. Pari vastasikin useimmiten uteluihin, että ehtiihän tuota. Monesti Mirjalle myös mainittiin vanhasta uskomuksesta, jonka mukaan toinen kaksosista saa lapsia, toinen ei.

En voi ymmärtää, kuinka julmia ihmiset osaavat ajattelelemattomuudessaan olla. Niin kuin eräs sukulaistätikin, joka kaksoissisareni raskaudesta kuullessaan sanoi, että niin sitä pitää, ei hän ollenkaan ymmärrä nykyajan pareja jotka EIVÄT HANKI LAPSIA HETI NAIMISIINMENTYÄÄN. Minä istuin vieressä hiljaa - ja kotona itkettiin taas.

Myös mies sai osansa.

Samoin miehelleni moni mies sanoi leikillään että "kyllähän minä voin tulla vähän jelppaamaan, kun ei näy noita perillisiä tulevan." Eivät tienneet, kuinka oikeaan osuivat asiassa, mutta mieheni itki, itki lapsettomuutta, itki sitä, ettei saanut itselleen lasta, mutta myös sitä, ettei pystynyt antamaan sitä minulle. Itkimme yhdessä, väliin taas salassa toisillemme, ettemme lisäisi toisen taakkaa.

Pienellä paikkakunnalla asuvana pari jopa välillä tosissaan suunnitteli muuttoa ulkomaille, pakoon tuttuun kyselyiltä.

Sukupuolielämämme oli lapsenyritysvaiheessa raivosuttavaa. Mieheni halusi aina vähemmän ja vähemmän, minä paniikissa laskin oikeaa aikaa - kumpikaan ei nauttinut.

Aviomiehelle aloitettiin hormonilääkitys ja parille tehtiin useita keinosiemennyksiä, kunnes elokuussa -89 vaimo tuli raskaaksi. Raskausaika oli sekä synkkää ikävää (Mirjan isä kuoli) että pakahduttavaa onnea. Kahden päivän ikäisenä lapselle nousi korkea kuume ja hänet jouduttiin siirtämään teho-osastolle. Mirja kertoo tapahtuman olleen hirveä järkytys, mutta ajatelleensa, kuinka ihanaa oli olla äiti ainakin kahden päivän ajan. Lapsi selvisi,

ja ennen kuin kaksi vuotta oli kulunut syntyi perheeseen vielä toinen lapsi, joka saatiin aikaan ilman lääkärin apua, ihan omin neuvoin.

Meille molemmille lapsettomuus oli painajainen enkä todellakaan tiedä, kuinka siitä olisi selvinnyt, jos lopputulos olisi ollut toinen kuin nyt.

12.10 "Ahdistus oli sanainkuvaamatonta"

Outi on 25-vuotias opiskelija Itä-Suomesta. Lasta on toivottu jo monta vuotta. Kun ehkäisystä luovuttiin, ei kummankaan mieleen tullut ajatus, ettei lasta alkaisikaan kuulua.

Ensimmäisen kuukauden yrittämisen jälkeen kuukautiseni olivatkin myöhässä, olin aivan varma, että olen raskaana. Iloisena tein raskaustestin, enkä voinut millään käsittää tulosta: negatiivinen, ei raskaana. Tein testin uudestaan ja uudestaan, mutta en vain saanut sinistä viivaa ilmestymään suurempaan näyttöruutuun.

Outin mukaan tämä oli heidän lapsettomuskriisinsä pahin isku, jolloin ymmärrettiin, että lapset eivät tulekaan tilaustyönä.

Jos vain olisin tiennyt tuolloin kuinka monta kertaa vielä tulen tuijottamaan testipuikkoa odottaen turhaan raskautta ilmaisevan viivan ilmestymistä, olisin kai tullut hulluksi.

Molemmat tunsivat häpeää naiviudestaan ja lapsettomuus oli niin kipeä asia, etteivät puoliset pystyneet edes keskenään puhumaan asiasta.

Käperryimme sisäänpäin, emme puhuneet toisillemme emmekä kenellekään muulle. Ystävyysuhteemme ja ennen niin vilkas seuraelämämme hiipui sen myötä, että emme kestäneet katsella tuttaviemme pömpöttäviä vatsoja ja kysymyksiä omasta perheenisäyksestä.

Outi oli avioitunut samaan aikaan hyvän ystävänsä kanssa ja he olivat yhdessä puhuneet, kuinka alkavat yrittää lasta heti häiden jälkeen.

Kun sitten sain kuulla, että hän odottaa vauvaa, se oli kuin isku puukolla sydämeen. Tuntui ettei mitään kiipeämpää enää voisi tapahtua. Sain soperrettua onnitte-
lut, mutta itku ja puristava tunne rinnassa laantuivat vasta monen päivän päästä.

Ystävättären odotuksessa myötäeläminen olikin paha koetinkivi. Outi tunsu katkeruutta ja kyseli itseltään, eikö soisi ystävä-
leen onnea.

Tunsin itseni huonoksi ihmiseksi, täydelliseksi epäon-
nistujaksi joka asiassa. Kun sitten ystäväni sai kes-
kenmenon, en lakannut syyttämästä itseäni.

Samaan aika vuosi oli kulunut ja miehelleen mitään puhumatta Outi hakeutui lääkäriin - mies sai tietää asiasta vasta, kun oli aika toimittaa siemennestenäyte. Tutkimusten aloittaminen pakotti pa-
rin puhumaan keskenään ja lääkärin kanssa, ja ahdistus alkoi helpottaa. Kun Outin ystävätär tuli uudelleen raskaaksi, hän pys-
tyi nyt vilpittömästi iloitsemaan asiasta ja kertomaan ystävä-
leen omista lastensaantivaikeuksistaan.

Enää ei tuntunut pahalta katsella odottavia äitejä tai pieniä vauvoja, mutta silti pidimme kiinni enää vain niistä ystävyysuhteista, joihin ei tullut kaupanpäälle vaippavuorta ja tuttipulloja. Katsoimme tämän itse-
kyytemme oikeutetuksi, niin vähän ymmärtämystä saimme ulkomaailmalta ongelmaamme.

Elämä jatkui, ja lapsettomuushoidot olivat vain yksi osa sitä. Asian oli oltava taka-alalla, koska kumpikaan ei halunnut joutua uudelleen toivon ja epätoivon kierteeseen. Kysyjille pariskunta kertoi, ettei erityisemmin pidä lapsista eivätkä välttämättä aio ollenkaan niitä hankkia.

Uusi hormonihoito toi kuitenkin toivoa ja Outi joutui taas pit-
kästä aikaa tekemään raskaustestin.

Tällä kertaa testitikku vääjäämättä osoitti, että olen raskaana, ajattelin tämän olevan pahaa unta, josta kohta heräisin itkemään.

Hän sai kuitenkin varhaisen keskenmenon, joka antoi toivoa:

olihan hän nyt tullut raskaaksi.

Jos se onnistui kerran, kyllä se onnistuisi vielä uudestaan.

Keskenmeno raskaammalta on tuntunut vuodesta toiseen tapahtuva odotus ja toivominen; kuvitella olevansa raskaana ja pettyä taas. Outin mielestä lapsettomuuden suru on sellainen, ettei sen suuruutta pysty käsittämään kukaan muu kuin se joka itse joutuu käymään sen läpi. Hän myös miettii usein, miksi heidän on käytävä tämä läpi, miksi he eivät voi saada lasta heti, niinkuin "kaikki muutkin". Toisaalta aika on kasvattanut heitä molempia ihmisinä; he suhtautuvat kaikkeen nöyrästi ja ovat kiitollisia pienistäkin ilonaiheista.

Uskon, että jokaiselle on määrätty tietty määrä kärsimystä ja murhetta, ja vaikka aina näyttää että toisella on asiat paremmin, ei koskaan voi tietää mikä suru toisella on.

12.11 "Ajattelimme, että olisi aika hankkia lapsi"

Kirjoittaja on Tuula, vuonna 1958 syntynyt ylempi toimihenkilö Kaakkois-Suomesta. Keväällä 1990 pariskunta alkoi suunnitella lapsen hankkimista. Kierukka poistettiin ja raskaus alkoi heti ensimmäisellä yrittämällä. Raskaustestiä juhlittiin samppanjalla ja ihmeteltiin hedelmällisyyttä.

Raskauden kestänyt 2,5 kuukautta Tuula sai keskenmenon kesämökillä.

Käydessäni puuseessä huomasin vuotavani verta ja tajusin heti mistä oli kysymys.

Sairaalassa todettiin sikiön olleen kuolleena jo pari viikkoa ja tehtiin kaavinta.

Syksyllä Tuulan työpaikalla alkoi olla paineita.

Seksi ei maistunut minulle. Marmatin illat kotona ja haukuin organisaatiouudistajat.

Seuraavat pari vuotta Tuula teki paljon ilta- ja viikonlopputöitä laatien perusteluja estääkseen mielestään järjettömän organisaatiouudistuksen. Keväällä 1991 stressi huipentui pohjukaissuolihaavaan. Työ alkoi maistua puulta eikä suhde mieheenkään ollut entisenlainen. Pariskunta alkoi myös ihmetellä, kun uutta raskautta ei tullut.

Ryhdyimme ajoittamaan harvat yhdyntämme ovulaation aikoihin. Hämmästyin ja petyin joka kerran, kun kuukautiset alkoivat. Jos ne olivat päivän tai pari myöhässä, tein toiveikkaana raskaustestin. Pelkästään kotitesteihin on mennyt tuhansia markkoja.

Syksyllä 1992 Tuula sai lähetteen hormonimäärityksiin sekä keuhoksen seurata ruumiinlämpöään parin kuukauden ajan, mies puolestaan sai lähetteen siemennesteanalyysiin. Mitään vikaa ei löytynyt. Gynekologin suosituksesta pariskunta siirtyi helsinkiläisen yksityisen lapsettomuusklinikan asiakkaiksi.

Edelleenkään selitystä lapsettomuudelle ei löytynyt. Harkinnan jälkeen pari päätyi yrittämään koeputkihedelmöitystä. Kun maailmassa tehtiin ensimmäinen onnistunut koeputkihedelmöitys, muistaa Tuula pitäneensä sitä järkyttävänä ihmisten peukalointina ja ajatelleensa, että jos joku ei kykene lisääntymään luonnollisesti, olkoon lisääntymättä.

Muutenkin Tuula pohti eettisiä kysymyksiä. Erityisesti häntä huolesti mahdollisten ylimääräisten alkioiden kohtalo.

Munasolujen kypsyttämiseksi alkoi rankka hormonihoito. Aluksi Tuula otti hormonia nenäsumutteena parin viikon ajan tarkoituksena oman hormonituotannon minimointi. Suihke oli otettava kuuden tunnin välein, joten yölläkin oli herättävä "sumuttelemaan". Hormoni aiheutti keinotekoiset vaihdevuodet oireineen; Tuula sai hikoilupuuskia ja oli tavallistakin ärtyisämpi. Noin viikko ennen punktiota munasoluja aletaan kypsyttää hormoniruiskeilla.

Koska asumme pienellä paikkakunnalla ja haluamme pitää asian salassa, joutui mieheni opettelemaan pistoksen antamisen. Joka aamu ennen töihin lähtöämme hän pisti minua takapuoleen. Koska pelkään ilmakuplan joutumista kohtalokkain seurauksin verenkiertoon, tarkistin aina huolella ruiskeen ennen pistämistä ja syytin miestäni murhayrityksestä joskus kuplan havaittuani.

Munasoluja kypsyttettäessä Tuulan piti käydä kolmesti ultraääni-tutkimuksessa toimenpideaajankohdan määrittelyä.

Koska asun parin sadan kilometrin päässä Helsingistä, meni varttitunnin lääkärisäkäyntiin aina melkein yksi työpäivä ja noin tuhat markkaa rahaa.

Yksi hoitajakso maksoi Tuulan mukaan alkion siirtoineen noin 16 000 mk, josta Kela korvasi noin kolmasosan. Lisäksi tulivat yhden hoitajakson hormonilääkkeet, noin 3000 mk. Julkisen terveydenhuollon puolelle pari ei halunnut lähteä tietäessään siellä vallitsevat jonot. Lisäksi ikä alkoi tulla vastaan (nainen 35 v, mies 38 v).

Ensimmäisellä yrityksellä saatiin viisi alkiota, jotka kahtena eri kertana siirrettiin kohtuun. Kummallakin kerralla tuli pettymys kuukautisten alkaessa. Seuraava hoitajakso aloitettiin saman tien ja jälleen edessä oli epäonnistuminen. Pari päätti jatkaa yrityksiä keskusteltuaan lääkäriänsä kanssa. Tuulaa kuitenkin huolestuttivat ylisuuret hormoniannokset mahdollisine pitkäaikaisvaikutuksineen; hoitoja on tehty vasta reilut 10 vuotta eikä tietoja mahdollisista haitoista ole.

Lisäksi minua huolestuttivat ihmisistä eristettyjen hormonivalmisteiden mahdollinen HIV-riski.

Hän ottikin yhteyttä lääkkeen maahantuojaan, mutta ei lupauksista huolimatta saanut tutkimuselosteita siitä, miten hormonierät testataan HIV:n varalta.

Jouluna 1993 Tuulalta poistettiin kaksi pientä myoomaa kohtuontelosta hysteroskopiassa. Kolmas koeputkihedelmoitusjakso alkoi helmikuussa 1994; kolme alkiota siirrettiin kohtuun ja loput

kuusi pakastettiin. Kolmen viikon kuluttua raskaustesti oli positiivinen.

Emme kuitenkaan kertoneet asiasta edes sukulaisillemme, koska vielä voisi tulla takaisku.

Tuula päätti myös salata raskautensa työpaikalla niin pitkälle kuin mahdollista; menossa oli jälleen organisaatiouudistus eikä hän halunnut huonontaa mahdollisuuksiaan.

Toisen raskauskuukauden loppupuolella lomamatkalla Portugalissa Tuula huomasi pikkuhousuissaan vähän verta. Järkyttyneinä pari otti yhteyttä lääkäriinsä, joka kehotti lepäämään ja seuraamaan tilannetta. Kolme viikkoa myöhemmin Suomessa verta tuli taas. Ultraäänessä sikiö vaikutti olevan kunnossa.

Koska Tuula ei halunnut paljastaa raskauttaan kotipaikkakunnallaan, myös tavanomaiset neuvolanäytteet otettiin klinikalla. Samalla tehtiin myös verikokeesta tehtävä riskiraskaustutkimus. Neljännellä raskauskuukaudella tulevasta lapsesta kerrottiin Tuulan vanhemmille ja parille ystävälle.

Eräänä maanantaiaamuna kello 7 soi puhelin. Lääkärimme kertoi verikokeessani olleesta liian korkeasta HCG-hormonitasosta ja pyysi minua tulemaan lapsivesipunktion jo samana päivänä. Sikiön kromosomihäiriön riskiluvuksi todettiin verinäytteen perusteella 9/10.

Lapsivesianalyysin valmistuminen vei viikon. Sinä aikana paris-kunta varautui pahimpaan: kaivattu lapsi olisi todennäköisesti vaikeasti vammaisen. Diagnoosiksi varmistui Downin syndrooma.

Juhannus kesämökillä kului tuskaisten pohdintojen merkeissä. Synnyttääkö ainakin henkisesti jälkeenjäänyt lapsi vai keskeyttää raskaus?

Asiaa vaikeutti huomattavasti se, että olen aina pitänyt aborttia murhana. Nuoresta pitäen olen hämmästellyt naisia, jotka tekevät abortin sosiaalisin perustein, kun he voisivat kantaa lapsensa ja antaa sen adoptoitavaksi lasta epätoivoisesti haluaville pariskunnille.

Pariskunta keskusteli lääkärin kanssa ja kävi ultraäänikuvauksissa.

Toivoin, että sikiöstä löytyisi jokin vakava fyysinen vika, jotta voisin perustella keskeytystä lapsen kärsimyksen estämisellä.

Ainakaan ultraäänessä ei mitään vikaa näkynyt. Tuula muutti mieltään useaan kertaan ja toivoi saavansa keskenmenon, joka ratkaisisi asian hänen puolestaan. Mies oli raskauden keskeyttämisen kannalla. Lopulta Tuula teki keskeyttämisspäätöksen lääkärin pyydettyä heitä miettimään, millaista lapsen elämä olisi sitten, kun vanhemmat eivät enää jaksaa hänestä huolehtia.

Tuulalla oli ollut työpaikallaan raskaana oleva kesäharjoittelija ja päivää ennen sairaalaan menoa äitiyslomalla oleva työtoveri tuli ylpeänä esittelemään lastaan. Tuula mietti, että mitä hän on tehnyt joutuessaan kokemaan tämän kaiken.

Viimeisenä iltana vuoteessamme silitin vatsaani ja sanoin lapsellemme: "Vie isoisälle terveisiä". Myös mieheni silitti vatsaani ja sanoi: "Kyllä isi rakastaa sinua kaikesta huolimatta", ja purskahti itkuun. Itkimme molemmat.

Koska raskaus oli jo pitkällä, Tuula joutui synnyttämään sikiön. Mies oli mukana synnytyksessä; molemmat tahtoivat nähdä ehkä ainoaksi jäävän lapsensa. Ainakaan päällisin puolin lapsessa ei näkynyt mitään vikaa. Kirjettä kirjoitettaessa ruumiinavauspöytäkirjat eivät olleet vielä valmistuneet.

Kauhulla ajattelen, oliko lapsivesipunktion tulos varmasti oikea? Jos vaikka näyteputki oli päässyt vaihtumaan jonkun muun näytteen kanssa.

Pariskunta aikoo yrittää vielä uudelleen raskautta syväjäädetyillä alkioilla ja mahdollisesti vielä uudella koeputkihedelmöityksellä.

Tuula on huomannut, että useimmille ihmisille ei edes tule

mieleen, että he ovat tahtomattaan lapsettomia. Tuulan mukaan monet kadehtivat heitä, koska he voivat matkustella, käydä ravintolassa tai elokuvissa milloin vain.

Lisäksi monet lapsiperhetuttavamme ovat katkeria, kun meillä on käytettävissä kahden ihmisen palkka. Tietäisivätpä vain, että puolet viime vuoden nettopalkastani meni lapsettomuuden hoitoon (ja loput opinto- ja asuntovelkoihin).

Tuttavien ja sukulaisten suhtautumisessa on toivomisen varaa.

Monet mieheni tuttavat, joilla on lapsia, ovat tarjoutuneet tulemaan meille "talkoisiin", jotta saamme samanlaisia kullamuruja kuin heillä on.

Mies ei ole halunnut kertoa ongelmasta iäkkäille vanhemmilleen ja Tuulan mukaan nämä jatkuvasti loukkaavat heitä.

Kerran anoppini sanoi minulle, että tekisitte nyt lapsia, Pentti haluaisi niin kovasti lisää lapsenlapsia. Appiukkonni möläyttelee jatkuvasti tyyliin: "Teillähän pitäisi olla heteka eikä vesisänky; hetekalla minäkin olen aikaansaanut neljä lasta". Tai: "Kun te täytätte 70 vuotta, kuka viettää juhlia kanssanne?"

Tuula kokee, että appivanhemmat pitävät häntä kovana naisena, jota kiinnostaa vain oma ura ja uudet haasteet.

Tosiasiassa olisin valmis luopumaan kaikesta muusta jos vain joskus saisin oman terveen lapsen. Niin voimakas on ihmisen lisääntymisvietti, halu jättää jotain jälkeensä.

Nykyään hän vältteleekin appivanhempiensä tapaamista, koska ei halua jatkuvasti pahoittaa mieltään.

Lopuksi Tuula sanoo, ettei voi käsittää kuinka monet vanhemmat ovat töykeitä ja välinpitämättömiä lapsiaan kohtaan.

Tuntuu katkeralta ajatella, että sellaiset ihmiset, jotka eivät edes välitä lapsista, saavat niitä niin helposti.

12.12 Kaikki likoon vielä kerran

Tämä kirjoitus on julkaistu Me Naiset -lehden numerossa 27-28/1994. Kirjoittajan puhelinsoiton perusteella osasin ottaa tämänkin tekstin mukaan. Kirjoittaja on Kirsti, joka asuu Pohjanmaalla.

Kirsti jätti e-pillerit pois kuukautta ennen häitä, elokuussa 1986. Kun raskautta ei kuulunut, pari lähti tutkimuksiin 1988. Alkoi "kuumemittarishow", joka aamuinen ruumiinlämmön mittaus. Myös kuukautiskierron pituutta tarkkailtiin.

Ystävämme ja sukulaisemme eivät enää mielellään kertooneet omista ihanista perheenlisäysuutisistaan. Pelkäsivät kai, että saimme raivo- tai itkukohtauksen. Totta kai iloitsimme tekoreippaasti heidän tuuristaan, mutta täytyy myöntää että kävimme vieläkin syvemmillä itsesäälissämme juuri vauvautisten jälkeen.

Miehen siemennestenäyte tutkittiin kuudesti ja Kirsti kävi laparokopiassa. Tutkimuksia varten pari joutui ajamaan monen tunnin matkan suurempaan kaupunkiin. Kirsti hankki ajokortinkin juuri tätä tarkoitusta varten. Kului paitsi aikaa, myös rahaa.

Lähdimme liikkeelle aamuvarhaisella, päiväohjelma oli tosi kiireinen, ja takaisin kotona olimme iltamyöhällä. Heti nukkumaan, ja taas töihin seuraavana aamuna.

Kesken kaiken hän sai ystävältään kuulla, että tutkimuksia sitenkin tehdään myös lähempänä ja varasi ajan erikoislääkärille.

Kahdesti inseminaatio epäonnistui. Kolmaskaan kerta ei sanonut totta.

Mutta niin kävi, että kyläreissulla anoppilassa veri alkoi juosta tuttuun tapaansa ja kyyneleet tulivat solkenaan.

Tämän jälkeen Kirsti päätti, että kokeillaan vielä kerran inseminaatiota. Pariskunta oli puhunut myös adoptiosta, mutta siihen

liittyvä paperisota pelotti.

Alkoi voimallinen hormonihoito, joka huipentui munasolujen avautumista auttavaan hormonipistokseen ja tästä 24 tunnin kuluessa piti tehdä inseminaatio. Lääkärin vastaanotolle pääsy viivästyí, mutta Kirstiä rauhoiteltiin, ettei maagisen 24 tunnin vähäinen ylittyminen vaikuttanut asiaan. Toimenpidehuoneeseen mennessä Kirstistä tuntui, että kaikki muut asiakkaat tiesivät, mitä hänelle tehtäisiin.

15 minuuttia tuntui pitkältä ajalta. Sen jälkeen minua oksetti ja pyöräytti. Maksoin kassalle huimia summia. Ajattelin, että nopeastipa nämä aamupahoinvoinnit alkavat.

Kolmen viikon kuluttua raskaustesti oli positiivinen. Viikon päästä lääkärikäynnillä ultraäänikuvauksessa näkyi neljä ruskuaisspussia. Pari oli jo etukäteen selvillä monisikiöraskauden mahdollisuudesta, joten asia ei tullut heille yllätyksenä. Neljäs ruskuaisspussi osoittautui varjokuvaksi ja Kirstillä on nyt kolmoset, tyttö ja kaksi poikaa.

Äitini sanoi hiljan, että Jumalalla on huumorintajua. Ensiksi hän ei suonut lapsia, ja kun aikamme marisimme, hän antoi kolmoset, jotta olisimme edes hetken hiljaa. Mutta ei Hän meitä hiljaiseksi saanut. Nyt kiitetään ja riemuitaan.

13. LAPSETTOMANA ELÄMÄN LOPPUUN ASTI

Kaikesta vaivannäöstä ja koetusta epämukavuudesta huolimatta hoidot eivät aina tuota toivottua tulosta. Vaikka raskauden ja lapsen syntymisen todennäköisyys kasvaa uusien hoitajaksojen myötä, saa hoidettava pari varautua pettymään useammin kuin kerran. Osa pareista ei koskaan saa yhteistä, omaa biologista lasta.

Toisinaan pari jatkaa tuloksettomasta hoidosta toiseen - uuden tekniikan kehittyminen antaa aina vain uutta toivoa eikä "haavelapsesta" pystytä luopumaan. Vaikeita ongelmia parisuhteelle aiheutuu, jos toinen puolisoista olisi jo valmis luovuttamaan ja

harkitsemaan muita vaihtoehtoja (lapsettomana eläminen, adoptio yms.) kun taas toinen haluaisi yrittää "vielä kerran", katsoa hoitojen tien loppuun asti. Eräässä tutkimuksessa (Bell 1981, 1-3) haastateltiin yhteensä 20 primaaristi lapsetonta paria, jotka olivat hakeutuneet lapsettomuusklinalle. Näistä pareista lähes puolet valitti häiriöistä tunne-elämässä ja osoitti sosiaalisen sopeutumisen häiriöitä. Lisäksi raportoitiin seksuaalinelämän häiriöistä ja vieraantumisesta puolisoista.

Myös muut tutkimukset päätyvät samantyyppisiin lopputuloksiin. Abbey ym (1991) tutkivat sukupuolten välisiä eroja suhtautumisessa omakohtaiseen lapsettomuuteen. Tulosten mukaan naiset halusivat lasta enemmän, kokivat enemmän stressiä ja suhtautuivat tilanteeseen muutenkin ongelma- ja tunnekeskeisemmin sekä pitivät lapsettomuutta keskeisempänä elämässään kuin miehet. On kuitenkin muistettava - kuten muissakin amerikkalaisissa tutkimuksissa - yhteiskuntien ero; USA:ssa äidin rooli ja yleensäkin naisen asema on erilainen. Tutkimus päätyikin tulokseen, että kyse on enemmänkin yleisistä stressinkäsittelytavoista kuin juuri lapsettomuusongelmasta kärsivien miesten ja naisten eroista. Salzer (1994, 110) sanookin, että usein ongelmat parisuhteessa syntyvät siitä, että odotamme ja haluamme toisen reagoivan yhtä voimakkaasti tai avoimesti tai kipeästi kuin itsekin teemme.

13.1 Infertiili mies

Jos ennen vanhaan ei avioparille tullut lapsia, pidettiin sitä miehen vikana. Sitä arveltiin silloin, että mies on riisipussi, piatturi eli yksimunainen taikka muuten vikaperä eikä siksi saa lasta toimeksi. (Kiikala 1971; Paasio 1985)

Lapsettomuudesta puhuttaessa puhutaan yhä usein naisen osuudesta, naisen tunteista, äitiyden merkityksestä. Nopolan (1991, 7) mukaan isyyden historia onkin alkanut vasta nyt, tähän asti se on ollut sivullisuuden historiaa.

Tuhkamunaksi kutsutaan miestä, joka on siitoskyvytön. "Se on sellainen tuhkamuna, ettei se saa lasta toimeksi", sanotaan. (Padasjoki 1971; Paasio 1985)

Siihen mennessä, kun naiset tulevat äitiysikään, he ovat jo tottuneet ruumiinsa tuottamiin vaikeuksiin ja ovat esim. kestäneet gynekologisia sisätutkimuksia. Miehet ovat vähemmän tottuneita lisääntymisjärjestelmänsä ongelmiin. Miehet kasvavat olettaen, että onnistunut seksuaalinen suoritus on merkki siitä, että kaikki elimet toimivat normaalisti. Hedelmällisyys, maskuliinisuus ja potenssi sekoitetaan usein toisiinsa ja jopa joillakin infertileillä miehillä on sellainen käsitys, että jos he olisivat todella sukupuolisesti kykeneviä, he pystyisivät saattamaan naisensa raskaaksi. Voima ja potenssi yhdistetään usein sukuelinten kokoon ja toimintaan, mikä puolestaan vaikuttaa minäkuvaan. Miehen hedelmättömyys asettaa miehen ja koko parisuhteen koetukselle. Noin 30-40 %:lla lapsettomista hedelmättömyyden syy löytyy miehestä. Miehestä johtuvaa lapsettomuutta on ollut vaikea hoitaa. Lasta on pidetty osoituksena mieskunnosta ja lisäksi lapsi on antanut miehelle mahdollisuuden isä-lapsi -suhteen kokemiseen. Hedelmättömyys on miehille usein vaikea pala ja he saattavat kokea, etteivät täytä yhteiskunnan ja perheittensä odotuksia. (Gla-zer ym. 1988, 35, 104; Tarmi-Mattson 1993, 3593)

Hedelmättömyyden kuvataan usein johtavan elämänkriisiin, koska miehinen itsetunto on yhteydessä kykyyn tuottaa lapsia. Elämänkriisi on Bühlerin(1973, 137) mukaan tunne siitä, että olemassaolo on uhattuna. Hedelmättömyyteen liittyy myös identiteettikriisi ja tunne psykososiaalisesta tyhjiöstä. (Tarmi-Mattson 1993, 3594)

Kedem et al. (1990) tutkimuksen mukaan miehillä, joita epäiltiin infertileiksi, oli alhaisempi itsetunto, enemmän ahdistuneisuutta ja enemmän somaattisia oireita kuin fertiileillä miehillä. Myös seksuaalisista ongelmista raportoitiin. Suomalaistutkimuksessa havaittiin miehestä aiheutuvan hedelmättömyyden kohdalla naisilla aggressiivisia unia ja kuvitelmia, miehillä väliaikaista impotenssia. (Tarmi-Mattson 1993, 3594)

Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa tutkittiin v. 1977-1983 välisenä aikana absoluuttisesti steriileiksi todettujen miesten

parisuhteen jatkuvuutta ja lapsettomuusongelman ratkaisemista kyselylomakkeen avulla. Otoskoko oli 59 miestä, joiden keski-ikä oli 28 vuotta ja joista 53 eli avio-, ja 6 avoliitossa ja joilla ei ollut lainkaan siittiöitä vähintään kahdessa spermanäytteessä. Kyselyyn vastasi 41 miestä. Seuranta-aikana (6,4 vuotta) parisuhde katkesi vain 8,5 %:lla ja viiden miehen parisuhde muuttui. Tieto, ettei pari voi saada yhteistä biologista lasta, ei näyttänyt vaikuttavan negatiivisesti parisuhteeseen. Lapsettomuusongelman ratkaiseminen oli seuraavan taulukon mukaista:

	pareja yht.	%	lapsia yht.	%
DI	15	26	9	60
Adoptio				
- ei lainkaan harkittu	10	17		
- ei vielä toimenpit.	8			
- adoptiojonossa	5			
- saatu ottolapsi	6	32	6	32
Muut (sis. ei vastanneet, yksinelävät jne.)	15	25		

(Granlund ym 1987)

Viidelletoista parille tehtiin siis keinosiemennys luovuttajan siittiöillä. Pitkäaikaisia seurantatutkimuksia DI:n mahdollisista vaikutuksista parisuhteeseen ei ole. Tämän menetelmän avulla aikaansaatu raskaus tyydyttää naisella sekä psyykkisen toiveen että fyysisen tarpeen saada lapsi, miehellä täyttyy vain psyykkinen toive lapsen saamisesta. Usein luovuttajan siittiöitä käyttäneet parit salaavat kokemuksen. (Tarmi-Mattson 1993, 3597)

13.2 Infertiili nainen

Hedelmättömiä naisia sanotaan yleisesti "maailman hävittäjiksi". Hedelmättömyys johtui muun muassa monien miesten kanssa olostsa, sillä "ei se pelto kasva, jota koko maailma tallaa". (Korpilahti 1933; Paasio 1985)

Pienistä tytöistä lähtien naissukupuolen edustajat tiedostavat erityisluonteensa ja tehtävänsä: lasten kantamisen ja heistä huolehtimisen. Vain nainen voi kokea kuukautiset, raskauden ja imetyksen. Kun nainen tekee päätöksen hankkia lapsen, mutta huomaakin päätöksen toteuttamisen olevan mahdotonta, hänen

käsityksensä itsestään ja monilla tavoin myös itsetuntonsa järkkyy. Itsetuntoon vaikuttavat paitsi ulkoiset ja sosiaaliset syyt myös sisäiset, omasta ruumiista saatavat palautteet. Terve ja hyvin toimiva ruumis vahvistaa minäkuva. Lapsettomuuden vaikutus itsetuntoon riippuu suuresti siitä, kuinka vahvasti minäkuva on sidottu kykyyn tuottaa lapsia. (Glazer ym. 1988, 33)

Moni kokee jäävänsä syrjään naisten/miesten maailmasta raskauden kokemuksen puuttuessa. Omaa ruumista voi olla vaikea hyväksyä, kun se pettää eikä toimikaan niin kuin pitäisi: kuukautisten tulo on jatkuva muistutus lapsettomalle naiselle tästä. (Mäkelä 1990, 140). Oman ruumiin toimimattomuus on ongelma minäkuvalle: ruumistaan ei voi vaihtaa. Naiselle on melko mahdotonta erottaa seksuaalisuutensa ja reproduktiokykynsä; heteroseksuaalisessa suhteessa on tehtävä päätös raskauden ehkäisystä tai alkuunsaattamisesta. Miehet eivät ole samalla tavoin kiinteässä yhteydessä ruumiiseensa kuin naiset, joilla on sisäänrakennettu kalenteri, jossa fyysiset ja psyykkiset olotilan muutokset vaihtelevat noin 28 vrk:n jaksoissa. miehille ei kerrota, että heidän ruumiissaan kerran kuukaudessa tapahtuvat muutokset valmistavat heitä raskauteen. Miesten identiteetti on vahvasti sidoksissa työhön, ei vanhemmuuteen. (Glazer ym. 1988, 34) Mies ei välttämättä kykene eläytymään naisen kuukautiskiertoa koskeviin tunteisiin. Toisaalta miehen voi olla vaikea kertoa peloistaan, jotka nousevat esim. siitä, että hänen on pakko masturboida siemennestenäyte, joka lasketaan ja pisteytetään siemenanalyysissä. (Tarmi-Mattson 1993, 3594)

Vaikka lapsettomuuden syy olisikin miehessä, ympäristö yleensä säälii häntä siksi, ettei hänen puolisonsa pysty antamaan hänelle lasta. Jos parilla ei ole lasta, naista pidetään yhä syypäänä asiantilaan. Miestä ei pidetä arvottomana, vaikkei hän voi saada lapsia. Sen sijaan naisia, jotka vapaaehtoisesti jättäytyvät lapsettomiksi pidetään epäluonnollisina ja steriili nainen ei ole mikään oikea nainen, koska hän ei voi saada lapsia. (Holfve 1992, 119)

Miall (1986) havaitsi tutkimuksessaan, että lähes kaikki vastanneet luokittelivat infertiliteetin negatiiviseksi ominaisuudeksi; jonkinlaiseksi epäonnistumiseksi tai toimintahäiriöksi.

Useita huolestutti myös se, että kun tieto heidän hedelmöitymisongelmistaan leviää, tämä tieto saa muut ihmiset näkemään heidät aiempaa huonommassa valossa. Ongelmien myöntäminen merkitsi samalla epäonnistumisen myöntämistä. Erityisesti naisilla, joiden miehet olivat infertiilejä, oli vaikeuksia kertoa perheelle ja ystäville ongelmasta ja he antoivat usein epämääräisiä vastauksia heille esitettyihin kysymyksiin. Toisaalta nämä naiset eivät tunteneet leimautuneensa niin pahoin lapsettomiksi kuin naiset, joilla itsellään oli infertiliteettiongelma. Miehestä johtuvaa lapsettomuutta pidettiin negatiivisempänä, koska vastaajien mukaan miehen infertiliteetti oli häiritsevempi maskuliinisuudelle kuin naisen feminiinisyydelle. Miehen infertiliteetti myös yhdistettiin impotenssiin ja viriiliyden puutteeseen. Naiset kokivat usein tehtäväkseen suojella miehiään tältä leimaamiselta. Naiset, joiden puoliso oli infertiili, identifioituivat heikommin muihin lapsettomiin.

Äitiys on naisen elämän tärkeimpiä kysymyksiä, johon naisen on määriteltävä suhteensa. Suhtautuminen äitiyteen heijastaa aikansa yhteiskuntaa, ja naisen ja äidin määrittelevät paljolti muut kuin he itse. Nainen ei ole oikea nainen, ellei hän ole äiti - toisaalta nainen ei ole ollut täysiarvoinen työntekijä, jos hän on ollut liikaa äiti (synnyttänyt liian usein). Ei-äidille ei ole omaa nimeä; hänen asemansa ilmaistaan puutteen kautta: lapseton. (Nopola 1991, 8)

Eliassonin et al. (1993, 105) mukaan hedelmättömät naiset kokevat usein epäonnistuneensa naisina; he ovat huolestuneita sukupuolista viehätysvoimastaan eikä heidän ole mahdollista saada raskauden ja synnytyksen kautta vahvistusta naiseudelleen. Lapsettomuusklinikan asiakkaina olleita 24-35 -vuotiaita naisia tutkittaessa havaittiin, että heillä ei ollut kontrolliryhmään verrattuna suuria eroja naisen rooliin asettautumisessa. Sen sijaan heillä oli enemmän rajoittavia seksuaaliasenteita ja enemmän

syllisyyden tunteita kuin vertailuryhmällä. Tämä saattoi johtua tietenkin siitä, että epäonnistunut - ainakin lisääntymistehtävän osalta - seksuaalielämä johti syllisyyden tunteisiinkin. (Slade 1981).

On myös sanottu, että biologista sukupuolta ratkaisevampaa suh-
tautumisessa lapsettomuuteen on se, kuinka samastuneita miehiseen
tai naiselliseen sukupuolirooliin ollaan. Naiset kokivat inferti-
liteetin epäonnistumisena naisen roolissa ja naisellisuuttaan
vähentävänä, kun taas miehet eivät kokeneet tässä tutkimuksessa
maskuliinisuutensa vähenevän diagnoosin myötä. Sillä, kummalla
puolisosta lisääntymistä vaikeuttava vika on, ei ollut vaikutus-
ta. Naiset pitivät kaiken kaikkiaan lapsettomuutta suurempana
ongelmana kuin miehet. (Berg et al 1991, 1071-1080)

Suomalaisessa tutkimuksessa (Mäkelä 1992) todettiin, että pitkä
lapsettomuus aika lisää naisten masentuneisuutta. Lapsettomuushoi-
toja saavien on lisäksi vaikeaa käsitellä aggressiivisia ja surun
tunteitaan. Aggressioiden käsittelyä vaikeutti se, jos lapsetto-
muuden syy oli puoliossa; tällöin naiset myös kokivat parisuh-
teensa huonommaksi kuin jos heissä itsessään olisi ollut edes osa
syytä.

14. LAPSETTOMUUSKRIISI JA SIIHEN LIITTYVÄ SURUTYÖ

Ihmisen yhtenä luonnollisena elämänvaiheena pidetään parisuhteen
muodostumista ja perheen perustamista. Kyseessä on yhtälö, jossa
rakkaus + avioliitto johtavat lapseen. Lapsen myötä kotileikistä
tulee totta: meistä tulee Oikea Perhe, meistä kehittyy kypsiä
aikuisia, vastuunkantajia. Tahaton lapsettomuus rikkoo kuvan hal-
litusta elämäkulusta ja on usein vaikeasti hyväksyttävä kokemus.
Omat suunnitelmat siitä, millaista elämää haluaa, eivät toteudu-
kaan. Menetyks on moninkertainen: menetetään lapset, geneettinen
jatkuvuus, hedelmällisyys ja kaikki se, mitä se merkitsee
seksuaalisuudelle. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivän parin
vanhemmat kokevat tuskaa paitsi oman lapsen tuntemasta tuskasta

myös siitä, että menettävät näin oman lapsenlapsensa. Pari ei koe itseään vain pettyneiksi vaan myös petetyiksi ja pettäjiksi.

(Edelmann et al 1986, 216; Mäkelä 1990, 139; Saario 1992; Salzer 1994, 89).

Hoidot saattavat vain vahvistaa tunnetta kontrollin menettämistä. Pitkät hoidot aiheuttavat stressiä - fyysistä ja psyykkistä - naiselle ja parisuhteelle; toivottu lapsi on psykologisesti läsnä, mutta fyysisesti poissa. (Malinen 1994, 20)

Lapsettomuus on järkytys ja aiheuttaa surutyön, jota voidaan verrata omaisen menettämiseen. Lapsettomuus on sekoitus traumaattista kriisiä ja kehityskriisiä. Surutyön tekemistä hankaloittaa kuitenkin se, että usein on vaikea päättää, milloin menetys on todellisuutta - milloin luopua viimeisestäkin toivosta oman lapsen saamisesta. Menetykseen ei voi sopeutua, ennen kuin menetys on todellisuutta ja varmaa: kaikki mahdollinen on tehty. Surutyö on usein pitkäaikaista ja vaikeasti käsiteltävää, koska menetys koskee mahdollisuutta tai mielikuvaa, ei mitään todellista objektiä. Lapsettomuus kriisissä voidaan huomata samoja piirteitä kuin Elisabeth Kübler-Rossin (1984) esittämässä kuoleman aiheuttaman surutyön vaiheteoriassa. Ajatus lapsettomaksi jäämisestä vastoin tahtoa aiheuttaa tosiasioiden kieltämistä, vihaa, kaupankäyntiä (jos saan lapsen, mikään muu ei merkitse mitään), masennusta ja lopulta asian hyväksymisen. Puolisot käyvät näitä vaiheita läpi usein eriaikaisesti, lisäksi kaikki eivät edes koe jokaista vaihetta tai ne voivat esiintyä eri järjestyksessä. Näkymättömän menetyksen sureminen on vaikeaa ja lapseton hautaakin - toisinaan joka kuukausi - mielikuvituslapsia. Lapsettomuus on uhka omille haaveille, suunnitelmille, itsetunnolle ja seksuaalisuudelle. Omaan avuttomuuteen voidaan reagoida kiukulla, joka nostaa pintaan kaikki parisuhteen entisetkin kriisinaiheet. Lisää surunaihetta tulee siitä, että lapseton tarvitsee tähän niin luonnolliseen yritykseen saada lapsi mukaan muita ihmisiä ja erilaisia teknisiä toimenpiteitä. (Mäkelä 1990, 141)

Higgins (1990, 81) raportoi lapsettomuus kriisillä olevan pareihin sekä fyysisiä että psyykkisiä vaikutuksia. Seksuaalinen mielihyvä

väheni (liittyen seksin "tehtäväsuuntautuneisuuteen") ja yleisesti koettiin suru-, viha- ja syyllisyysreaktioita. Myös sosiaalisesti saattoi tapahtua muutoksia parin muuttaessa elinpiiriään sellaiseksi, että se ei jatkuvasti muistuta lapsettomuudesta.

Luopuminen tekee vihaiseksi ja negatiivisia tunteita on yleensä vaikea sallia itselleen tai läheisilleen. Voi olla vaikea myöntää tuntevansa kateutta tai jopa vihaa lapsen saaneita kohtaan. Kyseessä on kuin kilpailu, jossa häviäjä, lapseton, vertaa itseään voittajaan (jolla on lapsi) eikä voi välttyä huonommuuden tunteelta. Lapsettomaksi jäämistä on vaikea hyväksyä. Masennus ja suru voivat johtaa eristäytymiseen, jopa omasta puolisosta. Tavallista on yliherkkyys kaikelle, mikä liittyy lapsiin tai raskauteen. Sureminen voi tuntua suoranaishina fyysisinä oireina ja myös sukupuolielämä voi joutua vaikeuksiin. (Mäkelä 1990, 141)

Kriisi syntyy, kun vaikeaa tilannetta ei pystytäkään ratkaisemaan totutulla tavalla. Elämänhallinta tuntuu luisuvan käsistä, tunteet saavat vallan. Lapsettomuus on sarja kriisejä. Kehityskriisinä lapsettomuutta voidaan pitää, koska se voi vaikuttaa yksilön kykyyn selviytyä ikävaiheen kasvuvaatimuksista. (Salzer 29-31, 168)

Lapsettomuuden käsittelyä vaikeuttaa erityisesti, jos lapsettomuuteen ei löydetä mitään selvää syytä. Matthews et al. (1986) mukaan voimakkaimmat sosiaaliset ja sosiaalipsykologiset reaktiot lapsettomuuteen oli niillä, jotka oli todettu steriileiksi ja niillä, joiden infertiliteetin syytä ei saatu selville. Pettymys liittyy vahvasti kokemukseen omasta ruumiista. Erityisesti "viallinen" osapuoli joutuu pohtimaan suhdetta omaan ruumiiseensa, joka ei toimi niin kuin pitäisi. Lapsettomuus pitäisikin pyrkiä erottamaan seksuaalisuuden, itsetunnon ja ruumiinkuvan kokemisesta.

Jos tahattomaan lapsettomuuteen löydetään tietty, fyysinen syy, kokee "viallinen" partneri usein suunnatonta syyllisyyttä ja joskus jopa häpeää. Hän saattaa pelätä joutuvansa toisen

hylkäämäksi. "Terve" partneri puolestaan saattaa kokea vihaa toista kohtaan. Usein suru, viha ja pelko sekoittuvat. Syyllisyyden tunteet saavat puoliset uudelleen ja uudelleen käymään läpi menneisyyttään saadakseen selville, mistä heitä rangaistaan. Esiaviolliset suhteet, ehkäisy, abortti, sukupuolitauti, avioliiton ulkopuoliset suhteet, masturbointi, homoseksuaaliset ajatukset, seksuaalisen mielihyvän kokeminen - kaikista näistä erityisesti heikkoitsetuntoinen ihminen löytää syytä kokea syyllisyyttä. (Glazer ym. 1988, 35; Tarmi-Mattson 1993, 3594)

1980-luvun puolivälissä USA:ssa tehtiin tutkimus, johon osallistui 22 avioparia, jotka olivat joko primaaristi tai sekundaaristi infertiilejä. Tutkimustuloksena esitettiin, että naiset ja miehet kokevat lapsettomuuden eri tavalla ja reagoivat siihen eri tavoin. Kaikissa tapauksissa nainen oli ensimmäisenä tuonut esiin lapsettomuusepäilyn ja 21 tapauksessa myös lähtenyt etsimään lääkärin apua. Miehet luopuivat hoidoista helpommin kuin naiset. Infertiliteetillä oli useammin negatiivisia psykologisia vaikutuksia vaimoihin kuin miehiin: lähes kaikki haastatellut naiset, mutta alle puolet miehistä oli sitä mieltä, että lapsettomuus on vaikuttanut heihin henkilökohtaisesti paljon. Naiset kokivat suurimman epäonnistumisen omissa rooleissaan ja tulkitsivat lapsettomuuden haasteeksi naiseudelleen. Usein heistä tuntui, että he olivat menettäneet kyvyn kontrolloida elämäänsä. Useimmat miehet puolestaan pitivät lapsettomuutta pettymyksenä, mutta ei katastrofina. Yhtenä selityksenä esitettiin sitä, että miehen identiteetille ei odotus isäksi tulemisesta ole niin tärkeä kuin naisen identiteetille on äitiys. Niinpä monet miehet eivät olleetkaan järkyttyneitä itse lapsettomuudesta vaan sen vaikutuksesta vaimoihin ja puolisoitten välisiin suhteisiin. Vaimot näyttivät tutkimuksen valossa lisäksi pitävän lapsettomuutta omana ongelmanaan vaikka mies olisikin lisääntymiskyvytön osapuoli. Vaikka parisuhteessa koettiin turhautumista ja kommunikaatiovaikeuksia, yleisin kokemus oli kuitenkin tunne yhteenkuuluvuuden kasvamisesta. (Greil ym. 1988)

Vastaanvanlasiin tuloksiin päätyi myös Berg et al (1991, 1071-

1080). Naiset ja miehet reagoivat tahattomaan lapsettomuuteen eri tavoin ja naisille biologisen lapsen saaminen oli tärkeämpää kuin miehille. Tässä tutkimuksessa myös tuli esiin, että osalla miehistä lapsettomuushoitoihin hakeutumisen syynä oli ei niinkään oma halu saada lapsi vaan halu tyydyttää vaimonsa lapsensaanti-tarve. Yksikään nainen ei puolestaan esittänyt syyksi lapsen hankkimiselle miehensä toiveita vaan naisten syyt keskittyivät heihin itseensä ja lapseen. Naiset kokivat miehiä epämiellyttävämpänä tilaisuuksia, joissa sai muistutuksia toisten hedelmällisyydestä (esim. ristiäiset) ja naiset myös ottivat infertiliteetistä enemmän henkilökohtaista vastuuta. Parisuhde oli avainasemassa kummankin sukupuolen sopeutumisprosessissa.

Möllerin (1985, 102-113) tutkimuksen mukaan lapsettomuus merkitsi naisille miehiä useammin uhkaa sukupuoli-identiteetille ja epäonnistumisen sekä riittämättömyyden tunteita. Molemmat sukupuolet kokivat tyhjyyden tunteita, surua, tuskaa ja epätoivoa. Toisaalta miehet myös vastasivat lapsettomuuden merkitystä koskevaan kysymykseen naisia huomattavasti useammin, ettei lapsettomuus merkinnyt mitään erityistä. Naiset vaikuttivat reagoivan miehiä voimakkaammin lapsettomuuteen.

Itsetunto on riekaleina ja elämän tarkoitus tuntuu olevan hukassa. Epäonnistuminen ihmisen perustehtävässä (siinä, mikä toisilta onnistuu tuosta vaan) täyttää mielen kolkolla varmuudella: elämässä ei tapahdu enää mitään, ei ole mitään odotettavaa. Vain lapsi voisi meidät pelastaa. Kuitenkin vähitellen parisuhteen merkitys paljastuu: suhteesta tulee luja ja antoisa. Syntyy varmuus: me riitämme toisillemme. Emme ole vajavaisia miehenä, naisena tai avioparina. (Saario 1992)

Ihmisellä on tarve luoda positiivinen minäkuva, tuntea olevansa arvokas ja riittävä. Ihminen myös pyrkii löytämään vastauksen kysymykseen miksi juuri minä olen lapseton. Useimmat uskonevat syyn ja seurauksen lakiin. Lapsettomilla epäonnistumisen kokemukset olivat tavallisia; ei "pärsjätty" edes lääkärin avustuksella. (Möller 1985, 128-129)

Yhteiskunnassamme on edelleen hyväksytympää naisille kuin miehille näyttää tunteensa avoimesti; miehet oppivat, että on epä-

miehekästä ilmaista surua tai haavoittuvuutta. Usein mies pyrkii olemaan "se vahvempi astia" eikä näytä tunteitaan avoimesti - miehinen lähestymistapa on ehkä ennen muuta looginen ja rationaalinen. Miehet tuntevat olevansa avuttomia ja kykenemättömiä auttamaan puolisoitaan tässä kriisissä. He tuntevat voimattomuutta, kyvyttömyyttä lohduttaa ja muuttaa tilannetta. Malisen (1994, 23) mukaan sukupuolten väliset kokemuserot johtuvat mm. siitä, että naisen itsetunnolle lapsi on tärkeämpi (miehelle työ, ura) ja siitä, että naisen stressiä puhuminen vähentää, miehet taas saattavat kokea juuri puhumisen stressaavana. Miesten voi olla vaikeaa ilmaista itseään emotionaalisesti ja verbaalisesti tai jakaa tuskaa, koska he haluavat suojella partneriaan. Toiset miehet voivat vetäytyä vuorovaikutuksesta, koska haluavat välttää avuttomuuden tunteita, jotka nousevat siitä, etteivät he voi poistaa lapsettomuutta eivätkä sen tuskaa. Naiset voivat tulkita tämän kieltämiseksi tai mielenkiinnottomuudeksi, vaikka kysymyksessä onkin lähinnä miesten selviytymisstrategia. Miehet saattavat valittaa, että puoliso suhtautuu asiaan liian tunneperäisesti. Koska mies ja nainen lähestyvät lapsettomuutta eri tavalla, parisuhteessa saattaa ilmetä kommunikaatiovaikeuksia. (Glazer ym. 1988, 35)

Me vietimme eilen hautajaisia - kaikkien tulevien lastemme hautajaisia. Se oli hiljainen tilaisuus; läsnä ei ollut muita kuin lääkäri, Arto ja minä. Eilinen on painajainen, joka ei väistynyt aamulla herätessäni. Me olemme kolmenkymmenen vuoden kuluttua yhtä lapsettomia kuin tänäänkin.

Tuntui kummallisen hyvältä itkeä yhdessä. Kuka voi väittää, että vain lapsi voi liittää puoliset lujasti yhteen?

Niin uskomattomalta kun se tuntuukin, olen suorastaan helpottunut, kun meiltä vietiin toivo kertahetimit. Meille on avattu vain yksi ovi: sopeutuminen tosiasioihin. Tunnen syvää myötätuntoa ajatellessani niitä pareja, jotka vuodesta toiseen toivovat ja pettyvät, saavat hoitoa hoidon perään ja kuluttavat kaiken energiansa lapsen yrittämiseen. Meidän osaksemme tuli toiveiden keskenmeno.

Millaista minun elämäni on 85-vuotiaana? Lapseton leski. Lastenlapseton. Meiltä on riistetty jatkuvuuden tunne.

Kyllä ihminen voi sitten olla epälooginen! Sain itseni tänään kiinni kuvittelemasta, miten tarinoin joskus lastenlapsilleni - lapsettomuudestani...
(Saario 1990)

Myös McEwan et al. tutkimuksessa (1987) päädyttiin tuloksiin, että naiset sopeutuivat lapsettomuuteen miehiä huonommin. Osaksi tämän nähtiin johtuvan sukupuolten välisistä reagointieroista, osaksi siitä, että lisääntyminen on keskeisempi osa naisen kuin miehen identiteettiä. Parhaiten sopeutuvilla naisilla oli luottamuksellinen suhde puolisoonsa.

On koko ajan pidettävä mielessä se tosiasia, että lapsettomat parit ja yksilöt ovat kaikki erilaisia ja erilaisissa elämäntilanteissa. Niinpä myös reaktiot tahattomaan lapsettomuuteen suhtautumisessa voivat olla erilaisia. Esimerkiksi toisella puolisosta saattaa jo olla lapsi edellisestä parisuhteesta, jolloin hänen voi olla vaikeaa ymmärtää lapsettomuuden merkitystä puolisolle tai toisen surun syvyyttä.

Möllerin (1985, 171-177) mukaan parisuhteeseen vaikutti negatiivisimmin se, että energiaa ei jäänyt lapsettomuuden "yli" -energiaa ei ollut muille ajatuksille, tunteille tai harrastuksille. Tutkimukset ja hoidot myös veivät paljon aikaa, samoin niiden psyykkinen käsittely. Usein toistuvat pettymykset saattoivat purkautua partneriin ja esiin tuli "ei-toivottuja" tai hävettäviä ajatuksia: mitä jos olisin valinnut jonkun toisen, mitä jos hän onkin uskoton, haluaisin olla uskoton, vihaan kaikkia joilla on lapsia, jne. Naiset myös kokivat eniten vaikutuksia parisuhteessa. Noin kolmasosa kertoi huonontuneesta sukupuolielämästä. Samanaikaisesti yksilöt saivat kuitenkin voimaa parisuhteestaan.

Möllerin (1985, 185) tutkimuksessa tuli esiin myös se, että lapsettomilla oli vaikeuksia ilmaista epäröintiä ja epävarmuutta esim. suhteessa raskauteen, koska olivat jo aloittaneet vaativan tutkimuskierteen.

15. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA

Lapsettomuustarinoita on niin monta kuin on kertojaakin ja siksi halusin ottaa jokaisen aineistoni kirjoittajan tarinan työhön mukaan. Ei ole olemassa vain yhtä tapaa kokea ja reagoida, vaikkakin tiettyjä yhtäläisyyksiäkin on löydettävissä.

Parisuhteen luonnollisena jatkeena nähdään lasten hankkiminen; lapsihan kuuluu normaalin, tavallisen perheen ja elämän luomiseen. Kirjeaineistossa lapsen hankkimiseen viitattiin itsestään selvyytensä eikä lapsen merkitystä itselle tai parisuhteelle pohdittu sen kummemmin. Hedelmöittyminen on itse asiassa hyvinkin vaativa ja monimutkainen tapahtuma. Kuten muissakin monimutkaisissa prosesseissa, mikä tahansa voi myös mennä pieleen. Tahattomasti lapsettomilla itsestään selvyudet karsiutuvat nopeasti pois sanavarastosta.

Kun lasta ei ala kuulua, alkaa epävarmuus. Ennen tutkimuksia ja niiden aikana koetaan huolta, epätietoisuutta, odotusta ja pelkoja. Diagnoosin varmistuttua voi alkaa eristäytyminen. On epävarmaa, onnistutaanko koskaan. Syyllistetään itseä ja muita. Tutkimus- ja hoitokierre alkaa. Toiveet ovat korkealla, jännittää ja ollaan innostuneita. Elämä kulkee kuukautisten ehdoilla. Josain vaiheessa voi tulla kyllästymisen, väsymyksen, pettymyksen ja masennuksen. Ensin on kestettävä epävarmuutta, sitten on kestettävä diagnoosin tuoma tieto.

Aineistossa esiintulleita, diagnosoituja lapsettomuuden syitä olivat endometrioosi, siemennesteen ominaisuudet, hormonitoiminnan häiriöt sekä mahdollisen tulehduksen aiheuttamat tukokset munatorvissa. Kaikissa tapauksissa syytä ei löydetty. Kirjoittajista yksi ei ollut vielä käynyt tutkimuksissa. Viiden kirjeen kirjoittajat olivat kokeneet keskenmenoja tai tuulimuna- tai kohdun ulkopuolisia raskauksia. Kaksi kirjoittajaa piti keskenmenoa kuitenkin toivoa antavana; merkkinä siitä, että raskaus ylipäänsä on mahdollinen.

Hoidoista yleisimmät olivat tässä aineistossa aamuläm-
mön/ovulaation mittaus ja yhdynnän ajoittaminen otollisimpaan
aikaan sekä hormonihoito, jota yhtä tapausta lukuunottamatta an-
nettiin vain naisille. Inseminaatiota ja koeputkihedelmöitystä
käytettiin lähes yhtä paljon, ja näissä yhtä tapausta lukuunotta-
matta ne tehtiin puolison siemennesteellä.

Yhdessä kirjeessä kerrottiin luovuttajan siemennesteellä tehdystä
inseminaatiosta, joka johti myös lapsen syntymään. Luovuttajan
siemennestettä käytettäessä itse toimenpide on helpompi kuin sitä
koskevan päätöksen tekeminen. Parin ratkaisu olla kertomatta asi-
asta ei ole harvinainen. Neljässä Euroopan maassa tehdyssä tutki-
muksessa kävi ilmi, että yksikään lahjoitetuilla siittiöillä he-
delmötettyjen lasten vanhemmista ei kertonut lapselle tämän
geneettistä alkuperää. (Hämeen Sanomat 19.4.1997)

Lähes kaikissa vaiheissa nainen on se, jolle tehdään jotakin -
mies on läsnä lähinnä siemennesteensä kautta. Lasta yrittää saada
pari, ei nainen ja lääkäri, vaikka näiden keskeinen asema voikin
tuntua syrjäyttävän miehen. Erilaisista naisen ruumiiseen kohdis-
tuvista toimenpiteistä tulee lähes rutiinia. Vaikka naiset ovat-
kin elämänsä aikana tottuneet gynekologin kautta ruumiiseensa
kohdistuvaan "tökkimiseen" ja "tyrkkimiseen", tuttuus ei todella-
kaan tarkoita miellyttävyyttä. Tutkimus- ja hoitoprosessin aika-
na nainen on se, joka uhraa yksityisyytensä ja arvokkuutensa
tutkimuspöydälle. Monet tutkimukset ja hoidot ovat vähintään
epämukavia, toisinaan myös kivuliaita. Ajoitus on usein hedelmät-
tömyyshoitojen a ja o; tämä puolestaan vaatii välillä akrobaat-
tista taiteilua aikojen järjestämiseksi siten, että ne mahdolli-
simman vähän haittaisivat esimerkiksi työntekoa.

Tahattomasti lapsettomia on yleensä tutkittu hoitoon hakeutunei-
den keskuudessa. Tämä ei anna koko kuvaa näiden lapsettomien
elämästä, sillä kuten Mäkeläkin (1992) on todennut, ne, jotka
eniten kärsivät lapsettomuudesta, myös yrittävät tehdä jotakin
lapsen saadakseen. Lapsettomuus ja ainakin lapsettomuushoito
aiheuttavat painetta, stressiä ja tunne-elämän ongelmia.

Kirjeissä tulee ilmi se, minkä Nätkinkin (1995, 75) toteaa eli reproduktiivisia prosesseja ei voida hallita loppuun saakka. Silloinkin, kun naiset ovat päättävinään lastensa lukumäärästä tai ajoituksesta, he itse asiassa ovat "luonnon armoilla". Oma päätös perustaa perhe ei paljon paina. Olemme ehkä ajatelleet, että kun lisääntymisteknologia on antanut mahdollisuuden kontrolloida ruumistamme niin, että lapsia ei tule (ehkäisy), voisimme tehdä sen myös toisin päin: lapsia tulee, kun vain haluan niin.

On turhauttavaa, ettei tilanteeseen voi juuri vaikuttaa. Tahaton lapsettomuus rikkoo harhan siitä, että juuri meille ei voi tapahtua mitään odottamatonta ja pahaa.

Lapsettomuuden on katsottu uhkaavan ennen kaikkea naisen identiteettiä. Ruumis on osa identiteettiä ja myös hedelmättömyydestä tulee helposti osa sitä: muut näkevät lapsettomuuden ja itsekin voi nähdä itsensä ensisijaisesti sellaisena. Ruumiin toimimattomuus ja "tottelemattomuus" on uhka identiteetille. Toisinaan kuulee sanottavan, että vasta äitiys tekee tytöistä naisia. Identiteettiään on vaikea tietoisesti muuttaa, niinpä moni jo lapsenkin saanut, hedelmättömyydestä kärsinyt, voi tuntea itsensä edelleen lapsettomaksi. Kirjeaineistossa tällaisia mainintoja oli yksi.

Aineiston perusteella tulee toteennäytetyksi myös Matthews et al. (1986, 646) väite siitä, että mitä suurempaa on sitoutuminen biologiseen vanhemmuuteen sitä suurempi on "identiteettishokki", joka seuraa tahattomasta lapsettomuudesta, ja sitä negatiivisempi vaikutus lapsettomuudella on itsetuntoon. Ehkä kyse on siitä, että vain ne kirjoittivat, joille ongelma on/on ollut kaikkein vaikein. Vai onko kysymys mistään muusta kuin osaksi identiteettiä omaksutun kaikkivoipaisuuskuvitelman romuttumisesta kertaheittolla?

Useammastakin kirjeestä on luettavissa, että lapsettomuuskokemus muuttaa ihmistä ja käsitystä itsestä. Minä itse, minäkuva joutuu suurennuslasin alle. Kaksi kirjoittajaa mainitsi kokemuksen

kasvattaneen ihmisinä, muuttaneen suvaitsevaisemmiksi ja nöyremmiksi. Onko kokemuksesta helpompi oppia, jos lopputulos on kaiken jälkeen "ansaittu" - keskellä kriisiä voi olla vaikea ajatella kaikkea tapahtunutta kasvattavana ja jalostavana kokemuksena.

Osa kirjoittajista oli kokenut ympäristön taholta tavalla tai toisella tulleita vihjailuja tai viittauksia lapsettomuuteensa. Avoimesti ongelmastaan puhuvat parit eivät kokeneet niin paljon painostusta ulkopuolelta kuin ne, jotka halusivat pitää asian salassa. Lähes kaikilla tapahtui muutoksia sosiaalisissa suhteissa lapsettomuuden myötä. Pikkulapsiperheitä saatettiin ruveta välttelemään, koska näiden katsottiin muistuttavan liikaa olemassa olevasta ongelmasta. Samoin rajoitettiin kanssakäymistä niiden tuttavien ja sukulaisten kanssa, joiden kysymykset ja vihjailut koettiin ahdistavina. Ehkä tänä päivänä ei voida puhua suoranaisesti ulkoapäin tulevasta painostuksesta, vaan ennemminkin kysymys on epäsuorista, piilotetuista viesteistä, joita saamme esimerkiksi mainonnan kautta. Tietyt ikään liittyvät aikataulut (esim. milloin tulee opiskella) ovat menettämässä merkitystään. Ennen muuta kysymys on itsellemme sisään rakennetuista ajatusmalleista siitä, miten pitää ja miten haluaa elää. Lapseton on kuin kahden tulen välissä: paineita tulee ulkoa ja omista toiveista.

Useammassa tutkimuksessa (esim. Greil et al. 1988, 186)

huomattiin, että naiset välttivät miehiä enemmän lapsikeskeisiä tapahtumia ja naiset myös tunsivat, että lapsettomuus on jotakin, josta ei ole pakotietä - se on mukana joka päivä elämän eri askareissa. Jatkuvasti tunnutaan törmäävän asioihin, jotka muistuttavat lapsettomuudesta; jos ei muuten niin ainakin nähdään perheitä, joilla on lapsia.

Muutamassa kirjeessä tuli esiin, että läheisen ystävättären tai sisaren raskaus on usein suuri koetinkivi lapsettomalle naiselle; Salzerin (1994, 87) mukaan lapsettomuudesta kärsivän masentavimpia kokemuksia on sisaren tai källyn raskaaksi tulo. Erityisen vaikealta voi tuntua nuoremman sisaren raskaus, koska tällöin saattaa tuntua siltä, että ikäjärjestykseen perustuva

"luonnollinen järjestys" rikkoontuu.

Kirjeissä kerrottiin kuitenkin myös siitä, että tukea kriisissä on saatu ystäviltä; erityisesti sellaisilta, jotka ovat samassa tilanteessa. Pariin otteeseen kirjoittajat tuovat esiin näkemyksen, jonka mukaan lapsettomuuden tuskaa ei voi oikeastaan ymmärtää sellainen, jolla ei ole asiasta omakohtaista kokemusta.

Monet kirjoittajista osoittavat, kuinka kuukautiskierto hallitsee elämää. Naisella on sisäänrakennettu "kalenteri", jonka mukaan fyysinen ja psyykinen olotila saattaa vaihdella kuukauden aikana. Miehillä ei samanlaista suhdetta omaan ruumiiseensa ole. Elämä sujuu kuukautiskierrosta toiseen, hoidot ajoitetaan kuukautiskierron mukaan ja kuukausittain tulee vääjäämätön muistutus lapsettomuudesta: siinä kun kuukautiset aiemmin kertoivat toimivasta ruumiista ja saattoivatpa olla jopa helpotus, nyt veri on taakka ja merkinä epäonnistumisesta.

Salzerin (1994, 76) mukaan on yleistä, että varsinkin naisilla lapsettomuudesta ja raskauden toiveesta tulee suorainen pakkomielte. Tähän voi vaikuttaa muiden syiden lisäksi myös se, että naisella ikäkin säätelee lisääntymistä eri tavalla kuin miehellä. Esimerkiksi Suomessa ei julkisella sektorilla hedelmättömyyshoitoihin oteta yli 38-vuotiaita naisia, koska heidän kohdallaan hoitotulokset ovat huonoja.

Tämän tutkielman kirjeaineistossa työhönsä viittasi vain muutama kirjoittaja; yhdelle työ oli erittäin tärkeä osa elämää ja muille se lähinnä tasapainotti elämää. Glazerin (1988, 63-65) mukaan lapsettomuus voi tuoda naisille tunteen, että he ovat joutuneet "tuplapetetyiksi": ei ole lasta eikä tyydyttävää uraa. Aiemmat uraratkaisut voidaan kyseenalaistaa eikä tulevaisuutta voi juuri suunnitella; raskaushan voi alkaa milloin hyvänsä... Säännölliset lääkärikäynnit tarkkoine ajoituksineen vaikeuttavat työntekoa, erityisesti jos työ vaatisi esimerkiksi matkustelua. Toisaalta työ voi myös olla ainoa lohtu.

Eräänlaiset tunnollisuus ja kuuliaisuus liittyvät tahattomaan lapsettomuuteen. Perhettä aletaan perustaa tämän(kin) aineiston mukaan vasta, kun on olemassa tietyt olot: koti, vakaa parisuhde jne. Perheen perustamista saatetaan lykätä ja iän myötä hedelmällisyys laskee. Toisaalta lapseton yrittäessään saada lasta käyttää tunnollisesti ja kuuliaisesti kuumemittaria, kelloa ja kalenteria, tekee kaiken niin kuin lääkäri kehottaa ja käy läpi kaikenlaisia tutkimuksia ja hoitoja. Ongelman korjaaminen (esim. leikkaus) ei kuitenkaan välttämättä tarkoita onnistunutta raskautta. Ja aina onnistunutkaan hoito ei johda lapsen syntymään. Yksi kirjeistä kertoi tapauksesta, jossa syntyvä lapsi olisi todennäköisesti ollut vammaisen ja vanhemmat päätyivät tuskallisten pohdintojen jälkeen aborttiin.

Kirjeaineistossa mainittiin seksuaalielämän muutoksista. Seksielämästä tulee helposti mekaanista ja päämäärätietoista; yritykset ja tarve hedelmöittyä pilaavat fyysistä mielihyvää. Seksiä ei enää säätele intohimo vaan almanakka tai kuumemittarin lukema. Seksin ainoaksi tarkoitukseksi saattaa nousta suvunjatkaminen. Rutiininomainen seksi ja joka kuukausi toistuva pettymys vähentävät seksuaalista halukkuutta. Miehellä erityisiä paineita luo se, että vaikka naisella olisi seksuaalisia vaikeuksia (esim. haluttomuutta, orgasmin puute) yhdyntä ja hedelmöittyminen ovat mahdollisia; sen sijaan miehen ongelmat (erityisesti impotenssi tai ennenaikainen siemensyöksy) voivat estää hedelmöittymisen. Ja kun infertiliteettidiagnoosi on varmistunut, saattaa seksi tuntua vältettävältä, koska se muistuttaa epäonnistumisesta. (Salzer 1994, 141-153)

Infertiiliys pysäyttää pariskunnan sekä yksilöinä että parina. Jos toisesta löytyy selkeä, lisääntymistä haittaava vika, on kummankin kuitenkin hyväksyttävä tilanne - molemmat ovat ihan yhtä lapsettomia. Harva on valinnut puolisoaan alunperin tämän lisääntymiskyvyn takia. Fertiili puoliso voi kokea toista kohtaan pettymystä ja miettiä, haluaako enemmän biologista lasta vai suhdetta juuri tämän partnerin kanssa. Ajatus avio/avoerosta tulee helposti mieleen. Kirjeaineistossa avioeroon viitattiin kahdesti

ja molemmissa tapauksissa oli kyse miehestä johtuvasta lapsettomuudesta. Toisessa avioeroa tarjosi mies ja toisessa siitä puhui nainen. Kahdessa kirjeessä - toisessa todella voimakkaasti - tuotiin esiin se, että naisista tuntui välillä, ettei mies voi ymmärtää kaikkia niitä tunteita, joita heillä oli. Kaikenkaikkiaan kirjeistä heijastuu kuitenkin parisuhteen tiivistyminen; ikään kuin "tiivistettäisiin rivejä" hedelmällistä ulkomaailmaa vastaan.

Lapsettomuudesta on vaikeaa puhua, koska se koskettaa kaikkein henkilökohtaisinta elämänaluetta: sukupuolielämää ja parisuhdetta, omia kykyjä ja identiteettiä. Koska kyseessä on usein arka asia, puhumista voidaan vältellä myös oman itsehillinnän säilyttämiseksi. Lisäksi jos toinen puolisoista ei tahdo asiasta kerrottavan, ei toinenkaan sitä silloin tee.

Lapsettomuuteen liittyy paljon erilaisia tunteita ja niistä valtaosa on niitä, joita yleisesti luokitellaan negatiivisiksi: katkeruus, syyllisyys, ahdistus, pettymys, viha, epäonnistuminen, epätoivo ja epävarmuus toistuvat kirjoittajien teksteissäkin. Tunteet ovat usein ristiriitaisia ja niiden voimakkuus voi yllättää; välillä tuntuu, että on vain kaksi ääripäätä - äärimmäinen epätoivo tai hurja riemu. Useat kirjoittajat myös mainitsivat elämän epäoikeudenmukaisuuden - "miksi juuri minä". Erityisesti pohdittiin, miksi toisille tulee "vahinkoja" kun itse ei saa yhtäkään lasta; lasta, jonka todella haluaisi.

Syyllisyys on yksi kirjoittajien useimmin mainitsemia tuntemuksia. Syyllisyyttä koettiin erilaisista asioista: ei pysty iloittamaan toisten raskauksista, on laihdutettu turhamaisesti ja itse aiheutettu tämä tilanne. Erityisesti sekundaarisessa infertiliiteetissä syyllisyys voi olla kovaa; mitä nyt on tehty väärin, kun hedelmöittäminen ei enää onnistukaan? Monet uskovat syyn ja seurauksen lakiin: kun olen suurinpiirtein hyvä ihminen, saan palkinnon - sen, mitä haluan. Salzerin (1994, 193) mukaan haluamme uskoa, että maailmassa vallitsee jokin järjestys ja että elämällä on tarkoitus. Syyllistämistä on sekin, että endometrioosia on

joskus nimitetty "uranaisen taudiksi", koska myöhäinen synnytysikä saattaa olla yhteydessä sen esiintymiseen. Kuitenkin endometrioosi kehittyy yleensä jo nuoruusiässä, mutta jää oireettomana diagnosoimatta. (emt., 23). Yhdessä tapauksessa kirjoittajan miehen uskontonäkemykseen syyllisyyskysymyksiin sai mieheensä aikaan paniikkihäiriön puhkeamisen.

Tahaton lapsettomuus ja sen kokeminen on samanaikaisesti valtaisa elämäntapahtuma ja jokapäiväisen elämän eli arjen huolenaiheita. Kokemus voi muuttaa kuvaa itsestä ja suhtautumista elämään yleensä. Arjessa kokemus voi näkyä erilaisina, ailahtelevinakin tunnetiloina ja konkreettisimmillaan esimerkiksi päivittäisen aikataulun organisointina tutkimus- ja/tai hoitovaiheessa. Lapsettomuuden kokemus ei ole pysähtynyt tila, vaan jatkuva prosessi, jonka aikana yksilön on tehtävä erilaisia päätöksiä: lope- tanko tutkimukset, kerronko tilanteestani kaikille, aloitanko uudelleen...

Surutyötä voi käydä läpi muistelemalla raskauden, keskenmenon tai tahattoman lapsettomuuden yksityiskohtia. Monelle kirjoittajalle saattoi olla tärkeää päästä vielä kerran käymään läpi omia tunteita ja kokemuksia matkan varrelta. Itselleni oli aluksi vaikeaa edes ajatella, miten näitä kirjeitä voisi käyttää aineistona; tuntui, että olin saanut ne ystäviltä eivätkä ne kuulu muille. Aiheen omakohtaisuus ja liiallinenkin läheisyys myös viivästytti työn tekemistä, koska kirjeitä ja muutakin aineistoa läpikäydessä omat, käsittelemättä jääneet tunteet alkoivat vaatia käsittelyä enkä suoraan sanoen olisi halunnut enää niihin palata.

Joidenkin osana on jäädä lapsettomaksi. Lapsettomaksi jäämisellä on myös hyviä puolia. Lapsettoman parin taloudellinen tilanne voi olla huomattavasti parempi kuin niiden, joilla on lapsia. Lisäksi heillä on enemmän henkilökohtaista vapautta ja oletettavasti tasa-arvoisempi suhde; kumpikaan ei joudu luopumaan esimerkiksi urakehityksestään lasten takia eikä kantamaan suurempaa vastuuta. Lapset eivät häiritse seksielämää. Pariskunta on samassa tilanteessa kuin aloittaessaan yhteiselämää: lapseton, mutta pari. Tieto omasta kestokyvystä voi antaa uutta itseluottamusta. Onko

elämässä toisaalta mahdollistakaan saada kaikkea? On eletävä elämää sellaisena kuin se on, ei sellaisena kuin sen haluaisi tai toivoisi olevan.

LÄHTEET

Abbey Antonia & Andrews Frank M. & Halman L. Jill: Gender's Role In Responses To Infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 15/1991, 295-316

Arvoista valintoihin. Terveysthuollon priorisointityöryhmän raportti. *Stakes, raportteja 161*. 1994

Auvinen Riitta: Naisena ja tiedenäisenä. *Weilin+Göös*. Espoo 1979

Bell J. Stephen: Psychological problems among patients attending an infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 1/1981, 1-3

Berg Barbara J. & Wilson John F. & Weingartner Paul J.: Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Social Science and Medicine*, 33, 9, 1991, 1071-1080

Björö Knut & Björö Kristian: Lapsettomuus. Syyt ja hoitomahdollisuudet. *Kirjayhtymä*. Vaasa 1986

Bühler Charlotte: Miten elämä onnistuu. *WSOY*. Porvoo 1973

Edelmann Robert J. & Connolly Kevin J.: Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology* 59, 3/1986, 209-219

Ehrnrooth Lotta: Elämän mittainen lahja. *KaksPlus nro 6-7*, 1994

Eliasson Mona & Carlsson Marianne: Naisen psykologia. *Lademann*. Glostrup 1993

Friman Terhi: Adoptioprosessin pituus voi käantya voitoksikin. *Lapsen Maailma* 2/1997, 48-50

Gissler Mika & Malin Silverio Maili & Hemminki Elina: Koeputkihedelmöityksestä syntyneet lapset Suomessa 1991-1994. *Stakesin työryhmän ehdotuksessa hedelmättömyyshoitoja koskevien lakiesitysten valmistelun kiirehtimiseksi*. *Stakes Helsinki* 1996

Glazer Ellen S. & Cooper Susan L.: *Without child*. *Macmillan*. New York 1988

Granlund Annica & Rönberg Lars: Miehen steriiliyden vaikutus parisuhteeseen ja lapsettomuusongelman ratkaisemiseen. *Suomen Lääkärilehti* 10/1987, 955-956

Greil Arthur L. & Leitko Thomas A. & Porter Karen L.: Infertility: His and Hers. *Gender and Society* 1988, 2, 2, 172-199

- Hartikainen Anna-Liisa & Tuomivaara Leena & Puistola Ulla & Lang Leena: KokoNainen. WSOY. Porvoo 1995
- Havia Jarmo: Keinoalkuinen lisääntyminen. Oy Organon Ab, Helsinki 1995
- Stakesin työryhmän ehdotus 14/1996 Hedelmättömyyshoitoja koskevien lakiesitysten valmistelun kiirehtimiseksi. Stakes Helsinki 1996
- Helfer Marc: Pariisilaismiesten siemennesteen laatu selvästi heikentynyt. Helsingin Sanomat 16.9.1995
- Higgins Barbara S.: Couple Infertility: From the Perspective of the Close-Relationship Model. Family Relations, 1990, 39, 81-86
- Holfve Lena: Är barn allt? Prisma. Borås 1992
- Hovatta Outi: Lapsettomuuden uudet ratkaisutavat. Kirjassa Heta Häyry & Matti Häyry (toim.): Luonnotonta lastensaantia? Gaudeamus. Helsinki 1989
- Hovatta Outi: Tarvitaanko lapsettomuuden hoidossa lainsäädäntöä? Duodecim, 110, 2/1994, 123-126
- Hovatta Outi & Niemi Mikko: Saisimmepa lapsen. Weilin & Göös. Espoo 1987
- Hynes Gloria J. & Callan Victor J. & Terry Deborah J. & Gallois Cynthia: The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: The effects of coping. British Journal of Medical Psychology 65, 3/1992, 269-278
- Hämeen Sanomat 19.4.1997: Lapsettomuuden hoitoon uusi gonadotropiini.
- Jämsen Raimo: Valinnat ovat välttämättömiä terveydenhuollossa. Sosiaalinen aikakauskirja 1/1993, 40-44
- Kalliopuska Mirja & Karjalainen Sirkka: Perheen elämänkaari. Yliopistopaino. Helsinki 1988
- Karila Irma: Siirtymä vanhemmuuteen. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 304. 1989
- Karjalainen Sakari: Jokaisella miehellä ja naisella on oikeus perheen perustamiseen - entä lapsettomuuden hoitoon? Kirjassa Heta Häyry & Matti Häyry (toim.): Luonnotonta lastensaantia? Painokaari Oy. Helsinki 1989, 220-240
- Kedem Peri & Mikulincer Mario & Nathanson Yvonne E. & Bartoov Benjamin: Psychological aspects of male infertility. British Journal of Medical Psychology 63, 1/1990, 73-80

- Kimmel Douglas C.: Adulthood and Aging. John Wiley & Sons. New York 1990
- Kuronen Marjo: Äitiyttä kaikille? Kirjassa Nopola Sinikka (toim.): Äiti tuu ikkunaan. WSOY. Juva 1991
- Kübler-Ross Elisabeth: Raportti kuolemisenesta. Otava. Keuruu 1984
- Lange Anders & Westin Charles: Etnisk diskriminering och social identitet. Publica. Helsingborg 1981
- Malin Maili & Hemminki Elina: Lapsi hinnalla millä hyvänsä. Kirjassa Häyry Heta & Häyry Matti (toim.): Luonnotonta lastensaantia? Painokaari Oy. Helsinki 1989, 241-254
- Malinen Vuokko: Tahaton lapsettomuus psykososiaalisena ilmiönä ja kriisinä. Perheterapia 1/1994, 20-24
- Matthews Ralph & Martin Matthews Anne: Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood. Journal of Marriage and the Family 48, 3/1986, 641-649
- McEwan K.L. & Costello C.G. & Taylor P.J.: Adjustment to Infertility. Journal of Abnormal Psychology 96, 2/1987, 108-116
- Miall Charlene E.: The stigma of involuntary childlessness. Social Problems, 33, 4, 1986, 268-282
- Mäkelä Maija: Lapsettomuuden surutyö. Kirjassa Saario Pirre: Haikara lentää ohi. Kirjapaja. Jyväskylä 1990
- Mäkelä Maija: Keskusteluryhmän merkitys inseminaatiohoidossa olevien naisten lapsettomuskriisissä. Licensiaattityö, Turun yliopisto 1992
- Möller Anders: Psykologiska aspekter på infertilitet. Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet 1985
- Newman Barbara M. & Newman Philip R.: Development Through Life. The Dorsey Press. Homewood 1984
- Nopola Sinikka (toim.): Äiti tuu ikkunaan. WSOY. Juva 1991
- Nätkin Ritva: Maternaalisuuden kertomukset. Kirjassa Eräsaari Leena & Julkunen Raija & Silius Harriet: Naiset yksityisen ja julkisen rajalla. Vastapaino. Tampere. 1995
- Paasio Marja: Pilvihin on piian nännit. Otava. Keuruu 1985
- Palo Jorma: Sängyssä vai kylppärissä. WSOY. Juva 1996
- Pulkkinen Lea: Nuoren aikuisen elämänrakenne. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 293. 1988
- Saario Pirre: Haikara lentää ohi. Kirjapaja. Jyväskylä 1990

Saario Pirre: Tyhjä syli. Askel 7.5.1992

Salzer Linda P.: Lapsettomuus kriisinä. Otava. Keuruu 1994

Schraft Carol: Looking Back. Kirjassa Glazer Ellen S. & Cooper Susan L.: Without Child. Macmillan. New York 1988

Slade Pauline: Sexual Attitudes and Social Role Orientations in Infertile Women. Journal of Psychosomatic Research, 3/1981, 183-186

Stjernberg Ilse: Eri ikäisten naisten minäkuva ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Helsingin yliopisto, kasvatustieteen laitos tutkimuksia nro 113, 1987

Spåre Päivi & Särkkä Tutta: Meille syntyi kolmoset. KaksPlus 5/1995, s. 56-61

Tarmi-Mattson Minna: Mies, hedelmättömyys ja keinohedelmöitys. Suomen Lääkärilehti, 48, 36/1993, 3593-3597

Taskinen Sirpa: Tarvitaanko perheen vuotta? Dialogi 7, 1992, 32-35

Tolkki-Nikkonen Mirja: Kun ei odota ei kärsi, kun ei vaadi ei paljon pety. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 191, 1985

Tolkki-Nikkonen Mirja: Parisuhde, perhesuhde, olosuhde. Gaudeamus. Helsinki 1990

Turunen Kari E.: Elämänkaari ja kriisit. Gummerus. Jyväskylä 1996

Virtanen Matti: Saksalaisraportti: Hedelmättömyyden laajuutta liioiteltu. Helsingin Sanomat 20.7.1995

Yli-Sirniö Marja-Terttu: Sydämeen kätkeytyy toive. KaksPlus 2/1997, 49-53

Teen yhteiskuntapolitiikan pro gradua Jyväskylän yliopistoon aiheesta "Tahaton lapsettomuus". Materiaaliksi tarvitsisin kirjoituksia, joissa kerrotaan lapsettomuuden ja lapsen haluamisen vaikutuksista joka päiväiseen elämään. Kirjoituksen muoto ja pituus on vapaasti päätettävissäsi; se voi olla myös esim. runo tai päiväkirjamerkinnoistä koostuva kertomus. Voit kirjoittaa yksin tai yhdessä puolisoasi kanssa; toivon erityisesti, että miehetkin kirjoittaisivat. Voit kirjoittaa nimettömänä, mutta mainitse ainakin seuraavat seikat: ikäsi, sukupuolesi, ammattisi ja asuinpaikkasi koko. Kaikki aineisto on luottamuksellista. Toivon saavani nämä "lapsettomuustarinat" heinäkuun loppuun mennessä.

Kertomukset voi lähettää ja lisätietoja kysellä osoitteella
Sanna Suomalainen
Maistraatinkatu 7 H 52
00240 HELSINKI
puh. (90) 278 6548

LIITE 2

KIRJEAINIESTON KIRJOITTAJAT:

1. "Päivi", s-69, sosiaalikasvattaja, Alavus
2. "Sari" , 26 v, Pori
3. "Mervi", 20 v, suurtaloukokki, Hämeenlinna
4. "Hanna", 26 v
5. "Riitta", 31 v, ekonomi, Helsingin seutu
6. "Elina", 30 v, osastosihteeri, Kangasala
7. "Terhi", 29 v, erityisopettaja, Skinnarby
8. "Helena", 27 v, lastenhoitaja, Tampere
9. "Mirja" , 34 v, yrittäjä
10. "Outi" , 25 v, opiskelija, Joensuu
11. "Tuula", s-58, ylempi toimihenkilö, Kaakkois-Suomi
12. "Kirsti", Seinäjoki