

**TAHATTOMASTI LAPSETTOMIEN TYÖKYVYN KOKEMUKSIA
LAPSETTOMUUSHOITOJEN AIKANA**

Sanni Pykälämäki

Terveysten edistämisen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2024

TIIVISTELMÄ

Pykälämäki, S. 2024. Tahattomasti lapsettomien työkyvyn kokemuksia lapsettomuushoitosten aikana. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Terveyden edistämisen pro gradu -tutkielma, 64 s., 1 liite.

Lapsettomuushoidot koetaan fyysisesti ja psyykkisesti raskaiksi. Taustalla vaikuttaa myös kiipeä kokemus tahattomasta lapsettomuudesta. Suuri osa lapsettomuushoidoissa käyvistä on työelämässä ja viettää suuren osan ajastaan töissä. Työkyvyllä on yhteyksiä sairauspoissaoloihin, työurien pituuteen ja työuupumuksen ilmenemiseen. Työkykyyn vaikuttavat olennaisesti henkilökohtaisen elämän muutokset ja perhetilanne. Lapsettomuushoidoissa käyvien työkyvyn kokemuksia on tutkittu vähän. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella tahattomasti lapsettomien työkyvyn kokemuksia lapsettomuushoitosten aikana.

Aineistona käytettiin Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n vuonna 2021 keräämän kyselytutkimuksen avoimia vastauksia. Aineistoon rajattiin vastauksia 11 avoimesta kysymyksestä. Tutkimukseen osallistujat olivat tahattomasti lapsettomia (N=320). Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Analyysin tuloksena muodostui kaksi pääluokkaa, seitsemän yläluokkaa ja 17 alaluokkaa. Työkyvyn kokemukset liittyivät työssä suoriutumiseen ja työyhteisön merkitykseen liittyviin tekijöihin. Lapsettomuushoitosten aiheuttamien psyykkisten ja fyysisten oireiden koettiin vaikuttavan heikentävästi työssä jaksamiseen. Kokemuksissa esiintyi myös työuupumusta ja siihen liittyvää oireilua. Työssä suoriutumiseen vaikuttivat hoidoista aiheutuvat ennakoimattomat poissaolot, jotka lisäsivät vastuuta työn organisoinnista. Työyhteisön negatiivinen suhtautuminen ja huomioimatta jättäminen koettiin heikentävän työkykyä ja vaikuttavan ulkopuolisuuden kokemukseen. Työkykyä edisti joustava työ, hyvät vaikutusmahdollisuudet työssä ja työyhteisön tuki. Erityisesti työkavereiden apu ja positiiviset kokemukset hoidoista kertomisesta vaikuttivat edistävästi työkykyyn. Hoidoista kertomista kuitenkin vältettiin, mikäli luottamuksessa koettiin puutteita.

Tulosten perusteella lapsettomuushoidoissa käyvien voimavarojen heikentyminen vaatii työn vaatavuuden ja työpaikan käytänteiden tarkastelua. Työpaikoilla käsitykset perheen ja työn yhteensovittamisesta tulisi myös laajentaa käsittämään tahattomasti lapsettomat ja lapsettomuushoidoissa käyvät. Jatkossa työkyvyn kokemuksia tulisi tutkia myös lapsettomuushoidoissa käyvän kumppanin näkökulmasta sekä tarkastella millaisilla tukimalleilla lapsettomuushoidoissa käyvien työkykyä on tuettu ja mitä kokemuksia niistä on saatu.

Asiasanat: Tahaton lapsettomuus, lapsettomuushoidot, hedelmöityshoidot, työkyky, koettu työkyky

ABSTRACT

Pykälämäki, S. 2024. Experiences of Work Ability Among Involuntarily Childless Individuals During Infertility Treatments. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's Thesis in Health Promotion, 64 pages, 1 appendix.

Infertility treatments are physically and psychologically demanding. Often, they are compounded by the painful experience of involuntary childlessness. A significant portion of those undergoing infertility spend a considerable amount of their time at work. Personal life changes and family situations significantly affect work ability. Work ability is connected to burnout, sickness absences and the length of work careers. Experiences of work ability among those undergoing infertility treatments have been scarcely studied. The aim of this study was to examine the work ability experiences of involuntarily childless individuals during infertility treatments.

The data for this study were drawn from responses to a survey conducted by the Finnish Infertility Association Simpukka ry in 2021 (N=320). Responses were selected from 11 open-ended questions. The dataset was limited to text responses describing experiences during infertility treatments. The data were analyzed using inductive content analysis, which resulted in the formation of two main categories, seven subcategories, and 17 sub-subcategories. Experiences of work ability were related to factors concerning job performance and the significance of the work community. The psychological and physical symptoms caused by infertility treatments were perceived to negatively impact work endurance. The results also included experiences of burnout and related symptoms. Job performance was affected by the unpredictable absences caused by the treatments, which increased the responsibility of organizing work. Negative attitudes from the work community and being ignored were perceived to weaken work ability and contribute to feelings of exclusion. Flexible work arrangements, good influence opportunities at work, and support from the work community promoted work ability. Assistance from colleagues and positive experiences of disclosing treatments had a beneficial effect on work ability. However, disclosing treatments was avoided if there was a lack of trust.

Based on the results, the diminishing resources of those undergoing infertility treatments require a review of job demands and workplace practices. Workplace perceptions of balancing family and work should also expand to include involuntarily childless individuals and those undergoing infertility treatments. Future research should also examine the work ability experiences from the perspective of the partners of those undergoing infertility treatments and investigate the support models that have been implemented to aid their work ability and the experiences derived from them.

Keywords: Involuntary childlessness, infertility treatments, fertility treatments, work ability, perceived work ability

KÄYTETYT LYHENTEET

FET	frozen embryo transfer, pakastealkion siirto
ICSI	intracytoplasmic sperm injection, mikroinhedelmöitys
IVF	in vitro fertilization, koepuikihedelmöitys
MMR	mixed methods research
THL	Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	SYNTYVYYS JA LAPSETTOMUUS.....	3
2.1	Syntyvyys.....	3
2.2	Lapsitoiveet ja lapsilukuihanne.....	5
2.3.	Tahaton lapsettomuus.....	6
2.3.1.	Lapsettomuuskriisi.....	8
2.3.2.	Tahatonta lapsettomuutta selittävät tekijät.....	9
2.4	Lapsettomuushoidot	11
3	TYÖKYKY	16
3.1	Työkykyyn vaikuttavia tekijöitä	16
3.2	Työkyvyn arviointi.....	18
3.3	Työkyvyn edistäminen ja ylläpito	19
3.4	Työuupumus	19
3.5	Työkyvyn tilanne Suomessa	22
3.6	Lapsettomuushoitojen vaikutukset työkykyyn	23
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	27
5	AINEISTO JA MENETELMÄT.....	28
5.1	Aineisto.....	28
5.2	Induktiivinen sisällönanalyysi.....	30
5.3	Aineiston käsittely ja analyysin vaiheet	31
5.4	Tutkijan esiymmärrys.....	33
6	TULOKSET.....	35
6.1	Työssä suoriutuminen.....	36
6.2	Työyhteisön merkitys	44

7 POHDINTA.....	52
7.1 Tulosten tarkastelu	52
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	54
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	56
LÄHTEET	59

LIITTEET

Liite 1: Analyysikehys.

1 JOHDANTO

Lapsen saaminen nähdään usein luonnolliseksi osaksi aikuisuutta. Kaikilla toiveista ja yrityksestä huolimatta lapsen saaminen ei kuitenkaan toteudu. Lapsitoiveen toteutumattomuus eli tahaton lapsettomuus on usein kipeä kokemus, joka koskettaa arviolta noin joka viidettä suomalaista (Simpukka ry 2023a). Arviolta yli puolet tahattomasti lapsettomista hakeutuu lapsettomuustutkimuksiin, joista heidät ohjataan lapsettomuushoitoihin (Simpukka ry 2023b; Lehtoranta ym. 2024). Suomessa aloitetaan vuosittain noin 15 000 lapsettomuushoitoa (Heino & Gissler 2023).

Lapsettomuushoidot koetaan usein fyysisesti ja psyykkisesti raskaiksi, ja kokemus lapsitoiveen toteutumattomuudesta voi aiheuttaa surua sekä lapsettomuskriisiä (Collins 2019; Payne ym. 2019; Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Lapsettomuushoidot ovat myös huonosti ennakoitavissa, sillä niiden kestoa tai onnistumista ei voi ennalta määrittellä. Jokainen lapsettomuushoidoissa käyvä kokee ja käsittelee tilanteen aiheuttamia surun ja pettymyksen omalla tavallaan (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019).

Lapsettomuushoitoja on tutkittu paljon, mutta lapsettomuushoidoissa käyvän työkyvystä on verrattain vähän tutkimusta. Työssä jaksaminen ja hyvä työkyky ovat tärkeitä tavoitteita niin yksilön, työntäjän kuin koko yhteiskunnan tasolla. Hyvällä työkyvyllä on yhteyksiä muun muassa työuran pituuteen, sairaspöissaolujen määrään ja työuupumuksen ehkäisyyn (Ilmarinen 2006; Koponen ym. 2023; Shaufeli ym. 2020; Suutala ym. 2023; Uusitalo-Airola ym. 2022). Työkyky on myös jatkuvasti muuttuvaa ominaisuus ja siihen vaikuttavat työhön liittyvien tekijöiden lisäksi olennaisesti henkilökohtaisen elämän muutokset ja perhetilanne (Ilmarinen 2009; Työterveyslaitos 2024). Koettu työkykyä käytetään laajasti työkyvyn mittarina ja sen on todettu ennustavan hyvin työkyvyn heikentymisen ja työkyvyttömyyden riskejä sekä työterveyden kustannuksia (Hynninen ym. 2020; Kainulainen ym. 2023).

Erityisesti naisten työhyvinvointi ja työkyky on ollut laskussa ja työuupumusoireilu lisääntynyt viimeisten vuosien aikana (Koponen ym. 2023; Suutala ym. 2023). Suomessa väestön ikääntymisen ja laskussa olevan syntyvyyden myötä myös työikäisten määrä tulee vähenemään, jolloin jokaisen työssä käyvän työkykyyn ja työssä jaksamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomioita (Sorsa 2020, 13). Lapsettomuushoidoissa käyvien työkykyä on tutkittu vähän, joka perustelee tarvetta aiheen tutkimiselle.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen tahattomasti lapsettomien työkyvyn kokemuksia lapsettomuushoitojen aikana. Tutkimuksen aineistona käytetään Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n keväällä 2021 kerätyn kyselytutkimuksen avoimia vastauksia. Tutkimukseen osallistujat olivat kaikki tahattomasti lapsettomia. Aineistoon rajattiin vastauksia 11 avoimesta kysymyksestä. Kaikissa tutkimuksen aineistoon rajatuissa vastauksissa kuvattiin lapsettomuushoitojen aikaisista työkyvyn kokemuksista.

2 SYNTYVYYS JA LAPSETTOMUUS

2.1 Syntyvyys

Syntyvyys on yksi väestörakenteen ja väestönmuutoksen peruspilareista yhdessä kuolleisuuden ja muuttoliikkeen kanssa (Sorsa ym. 2023, 20–21). Yksinkertaistettuna väestö kasvaa syntyvyyden ja maahanmuuton seurauksena, ja vähenee kuolleisuuden ja maastamuuton myötä. Väestönkasvu on ollut Suomessa 2020-luvulla keskimäärin 0,3 prosenttia vuodessa, mutta vuodesta 2016 lähtien Suomessa on kuollut enemmän ihmisiä kuin syntynyt (Sorsa 2020, 9–11).

Suomessa syntyvyys on laskenut merkittävästi vuodesta 2011 lähtien (kuva 1) (Sorsa ym. 2023). Matala syntyvyys heijastaa usein väestön vaurautta, kehitystä ja koulutusta, mutta Suomessa syntyvyys on pudonnut niin alhaiseksi, että sillä on jo merkitystä ekologiseen-, sosiaalisiin- ja taloudelliseen kestävyteen. Tiedetään, että 2020-luvulla Suomen väestö kuuluu maailman ikääntyneimpiin väestöihin ja muutos on jatkumassa samansuuntaisesti. Lisäksi syntyvyyden laskun nähdään jatkuvan myös tulevaisuudessa, sillä arvio on, että hedelmällisessä iässä olevat suomalaiset tulevat saamaan aikaisempia sukupolvia vähemmän lapsia (Sorsa ym. 2023). Sorsan (2020, 11) mukaan kaikkien kestävyden osa-alueiden toteutumiseksi olisi suotavaa, että Suomessa kaikki toivotut lapset saataisiin. Näin ei kuitenkaan tällä hetkellä ole, sillä suomalaisten toivotun ja toteutuneen lapsiluvun välinen ero on keskimäärin -0,6 lasta (Sorsa ym. 2023, 35–46).

Väestön syntyvyyttä voidaan tarkastella esimerkiksi kokonaishedelmällisyysluvun (total fertility rate) avulla (Rotkirch 2020a, Rotkirch 2020b, Sorsa ym. 2023, 17–19). Kokonaishedelmällisyysluku kertoo keskimäärin, kuinka monta lasta nainen synnyttäisi elämänsä aikana, jos syntyvyys pysyisi laskenta-ajanjakson tasolla. Vuonna 2010 kokonaishedelmällisyysluku oli 1,87 ja 2019 luku oli laskenut jo 1,35 (kuva 1). Vuosina 2020 ja 2021 kokonaishedelmällisyysluvussa tapahtui taas nousua, mutta vuonna 2022 luku laski 1,32 ja jatkaa laskuaan. Vuoden 2022 kokonaishedelmällisyysluku on historiallisesti pienin vuonna 1776 alkaneessa mittaushistoriassa (Tilastokeskus 2023a; Tilastokeskus 2023b; Sorsa ym. 2023, 17–19). Joulukuussa 2023 julkaistujen ennakkotietojen mukaan vuonna 2023 syntyi 1 631 lasta vähemmän kuin vuonna 2022, ja vuoden kokonaishedelmällisyys on laskemassa 1,26:een (Tilastokeskus 2024). Tämä tarkoittaa sitä, että kokonaishedelmällisyysluku tulee laskemaan mittaushistoriassa jo toista

vuotta peräkkäin alhaisemmaksi. Väestötieteessä alle 1,3 kokonaishedelmällisyyslukua pidetään hyvin matalana syntyvyytenä (lowest low fertility) (Rotkirch 2020a).



KUVA 1: Kokonaishedelmällisyys ja syntyneiden määrät vuosina 2000–2022 Suomessa (Sorsa ym. 2023).

Kokonaisuushedelmällisyysluku ei kuitenkaan kerro kohorttihedelmällisyyttä (cohort fertility rate), eli kuinka monta lasta nyt hedelmällisessä iässä oleva sukupolvi loppujen lopuksi saa (Rotkirch 2020a). Kohorttihedelmällisyydellä voidaan kertoa keskimääräisen toteutuneen lapsiluvun tiettyinä vuosina syntyneille miehille tai naisille. Suomessa kohorttihedelmällisyys on useamman sukupolven ajan ollut 1,9, mutta sen on ennustettu laskevan 2020-luvulla. Erittäin pienenä kohorttihedelmällisyytenä pidetään lukua 1,75 (Rotkirch 2020a).

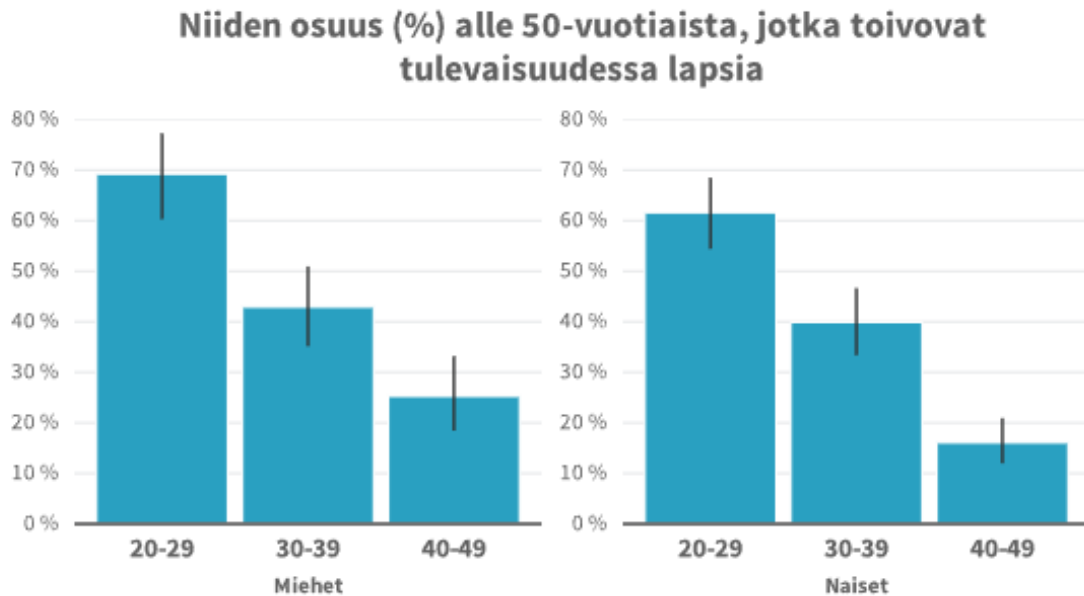
Suomessa syntyvyyden laskun kaikkia syitä ei tunneta täysin. Vuoden 2011 jälkeisen kokonaishedelmällisyysluvun laskun on ainakin osittain odotettu johtuvan siitä, että lastenhankinnan aloittamista on siirretty myöhemmäksi ja lapsilukuihanne on pienempi kuin aikaisemmin (Sorsa

ym. 2023, 18–21). Vanhemmaksituloian on todettu olevan yhteydessä lapsilukuun ja lapsettomuuden todennäköisyyteen, sillä mitä vanhempana ensimmäinen lapsi keskimäärin saadaan, sitä pienempi on yksilön keskimääräinen lapsiluku ja myös todennäköisyys lapsettomuuteen (Rotkirch 2020a). Tuoreimpien tutkimustulosten valossa vaikuttaa myös siltä, että lapsia syntyy suomalaisille aiempaa vähemmän koko elämän aikana (Sorsa ym. 2023, 35-46; Hellstrand 2023).

2.2 Lapsitoiveet ja lapsilukuihanne

Lapsen saaminen nähdään usein merkittäväksi, luonnolliseksi ja myös itsestään selväksi osaksi aikuisuutta (Simpukka ry. 2020; 2023a). Lasten saaminen on pitkään ollut normaalia, lapsettomuus taas outoa ja poikkeavaa (Sorsa ym. 2023, 47). Lapsitoiveisiin liittyy paljon ihanteita ja odotuksia, sekä myös paineita, joita kumpuaa niin ympäröivä yhteiskunnasta, lähiyhteisöltä kuin yksilöltä itseltään.

Lastensaannin ihanteissa on tapahtunut vuosien aikana muutosta. Keskimääräinen lastensaannin toive 2020-luvulla on suomalaisilla ollut kaksi lasta. Vuonna 2018 keskimääräinen lapsilukuihanne tippui 1,75 lapseen ja noin joka kahdeksas suomalainen aikuinen ei toivonut lasta (Berg 2018; Sorsa ym. 2023; Rotkirch 2020b). Väestöliiton vuoden 2022 Perhebarometrissa (Sorsa ym. 2023) keskimääräinen lapsilukuihanne on taas palautunut kahteen lapseen. Terve Suomi 2022–2023 -tutkimuksen mukaan lapsitoiveet ovat korkeammillaan alle 30-vuotiailla, mutta vähenevät iän myötä (Lehtoranta ym. 2024). Kuitenkin 40–49-vuotiaiden ikäryhmässä joka neljäs miehistä (25,3 %) ja noin joka kuudes (16,1 %) toivoi tulevaisuudessa lapsia (kuva 2).



KUVA 2: Niiden vastaajien osuus (%), jotka toivoivat tulevaisuudessa lapsia (Lehtoranta ym. 2024).

Rotkirch (2020a) on todennut, että “Lapsilukua koskevat ihanteet ovat sikäli tärkeä ja hankala mittari, että ne kielivät aikomuksista, mutta yläkanttiin”. Lapsilukua koskevien ihanteiden ja toteutuneen lapsiluvun välinen ero onkin tutkitusti Suomessa merkittävä; 34–45-vuotiaiden ikäryhmässä ero toivotun ja toteutuneen lapsiluvun välillä on 0,66 ja 45–54-ikäryhmässä 0,59 lasta. Yksin tai ilman parisuhdetta elävien joukossa ero toiveen ja toteutuneen lapsiluvun välillä on 1,28 (Sorsa ym. 2023, 46). Voidaan siis todeta, että suomalaiset toivovat enemmän lapsia kuin saavat.

2.3. Tahaton lapsettomuus

Lapsettomuus voi olla tahallista tai tahatonta. Tahallinen lapsettomuus on usein seurausta tietoisesta päätöksestä olla toivomatta omaa lasta (Kontula 2019). Tahallisesta lapsettomuudesta puhutaan myös vapaaehtoisena lapsettomuutena. Tahallisen lapsettomuuden ilmiö on tutkitusti yleisempää henkilöillä, jotka eivät elä parisuhteessa, ovat matalasti koulutettuja, asuvat kaupunkien keskusta-alueilla eivätkä koe olevansa uskonnollisia (Sorsa ym. 2022, 38).

Tahattomalla lapsettomuudella tarkoitetaan usein taas tilaa, jossa toivottu raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa raskautumisen yrittämisen aloituksesta, vaikka yhdyntöjä on ollut säännöllisi-

sesti (Tiitinen 2022a) tai alkanut raskaus keskeytyy toistuvasti (Simpukka ry 2023a). Tahattoman lapsettomuuden käsite ei ole kuitenkaan yksiselitteinen ja sen määrittely riippuu kontekstista (Lehto 2020). Tilaa kutsutaan myös infertiliteetiksi, eli osittaiseksi tai täydelliseksi lisääntymiskyvyttömyydeksi tai hedelmättömyydeksi (Duodecim 2016). Termi infertiliteetti kuitenkin sisältää oletuksen, että tahattomalle lapsettomuudelle on jokin hedelmättömyyttä aiheuttava syy. Käsite steriliteetti tarkoittaa taas pysyvää hedelmättömyyttä (Tiitinen 2022a) ja subfertiliteetti heikentynyttä lisääntymiskykyä (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019).

Lehto (2020) on väitöskirjassaan käsitellyt tahattoman lapsettomuuden käsitteen moninaisuutta. Lääketieteessä ja kansainvälisissä julkaisuissa käytetyn infertiliteetin eli hedelmättömyyden käsitteen sijaan tahaton lapsettomuus voidaan tunnistaa psykologisesti ja sosiaalisesti koettuna tilana, jota yhdistää kokemus lapsitoiveen toteutumattomuudesta (Lehto 2020). Sosiaalisesti määrittyvä kokemus liittyy myös oman tilanteen vertaamiseen, sekä ymmärryksen ja tuen tarpeeseen (Simpukka ry 2023a). On tärkeää todeta, että käsitteenä infertiliteetti sulkee ulkopuolelleen tahattomasti lapsettomat, joiden lapsettomuuden syynä ovat muut kuin hedelmättömyyteen liittyvät tekijät. Muun muassa lapsettomuushoitoihin yksin tai saman sukupuolen kumppanin kanssa hakeutuvat eivät välttämättä kärsi hedelmättömyydestä tai raskauden jatkumiseen liittyvistä vaikeuksista. Näiden edellä mainittujen syiden takia käytän tässä pro gradu -tutkielmassa käsitteenä tahatonta lapsettomuutta ja tunnistan ilmiön lapsitoiveen toteutumattomuuden kokemukseksi.

Rotkirch (2020a) haastaa myös perinteisiä käsityksiä lapsettomuudesta ja huomioi, että lapsettomuutta voidaan toisaalta ajatella jokaisen lähtökohtana. Tällöin vanhemmaksi tuleminen edellyttää lapsitoiveen ja päätöksen lisäksi monta onnistunutta elämäntapahtumaa, kuten puolison löytäminen, hedelmällisyys tai mahdollisuudet hyödyntää lapsettomuushoitoja. Lisäksi se edellyttää erilaisia sosiaalisia, taloudellisia ja lääketieteellisiä tekijöitä (Rotkirch 2020a). Mietinen (2011, 5) on puolestaan todennut, että: ”Valtaosalle nuoria aikuisia lapsettomuus on elämäntilanteen sanelemaa lastenhankinnan lykkäämistä ja sopivamman ajankohdan odottamista.” Lehto (2020) on väitöskirjassaan myös pohtinut tahatonta lapsettomuuden sen kautta, että se on koettu ongelmalliseksi ja lapsitoiveen vuoksi on hakeuduttu hedelmöityshoitoihin. Tällöin tahaton lapsettomuus voidaan siis nähdä tilan ongelmallisuuden kautta, ei itsessään lapsettomuuden kautta.

Tahattoman lapsettomuuden yleisyyttä ei ole yksinkertaista mitata. Arvio kuitenkin on, että maailmanlaajuisesti noin joka kuudes hedelmällisessä iässä oleva kokee tahatonta lapsettomuutta (WHO 2023; Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019) ja suomalaisista noin joka viides (Simpukka ry 2023a). Suomi vertautuu Euroopassa korkean lapsettomuuden maaksi niin miesten kuin naisten osalta (Miettinen ym. 2015). Tuoreen Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Terve Suomi 2022–2023 -tutkimuksen mukaan tahattoman lapsettomuuden kokemuksia oli 30–74-vuotiaiden naisten ryhmässä 16 prosentilla ja miehillä 11 prosentilla (Lehtoranta ym. 2024A). Vuoden 2022 Perhebarometrin mukaan 20–45-vuotiaista noin 85 prosenttia vastaajista toivoisi tai olisi toivonut itselleen lapsia ihanteellisessa versiossa elämässään (Sorsa ym. 2023, 9).

2.3.1. Lapsettomuuskriisi

Jokaisen tahatonta lapsettomuutta sekä lapsettomuushoitoja läpikäyvän henkilön kokemus on yksilöllinen. Väistämätöntä kuitenkin on, että tilanne ja kokemus herättää erilaisia tunteita (Collins 2019; Simpukka ry 2023a; Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Tahaton lapsettomuus voi aiheuttaa esimerkiksi surun, häpeän, ahdistuksen, vihan, arvottomuuden, heikentyneen itsetunnon ja syyllisyyden tunteita (Collins 2019; Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että noin puolet lisääntymiskyvyttömyyttä kokevista naisista on kuvannut lapsettomuutta elämänsä stressaavimpana kokemuksena ja lapsettomuuden on todettu aiheuttavan sekä fyysistä että psyykkistä kärsimystä tahattomasti lapsettomalle ja hänen puolisolleen (Collins 2019).

Lapsettomuutta kuvataan myös usein yksilön kokemana kriisinä. Käsite lapsettomuuskriisi esiintyy useissa julkaisuissa ja teksteissä. Lapsettomuuskriisi vertautuu usein siihenastisen elämän pahimmaksi vastoinkäymiseksi (Tulppala 2002) ja sen kuvataan vaikuttavan elämän kaikkiin osa-alueisiin. Simpukka ry (2023a) on kuvannut lapsettomuuskriisin ei vaiheita, joita ovat järkytys ja torjuminen, reagoiminen, kriisin käsittely ja sureminen sekä hyväksyminen ja uudelleen suuntaaminen. Alussa raskaaksi tulemisen epäonnistuneet yritykset tai lapsettomuustutkimuksista saatu tieto hedelmättömyyden hankaluuksista voi aiheuttaa järkytyksen tunnetta, sekä myös tilanteen kieltämistä. Reagointivaiheessa aletaan usein etsiä tietoa ja konkreettisia ratkaisuja tilanteen hyväksymiseen. Reagoimiseen voi liittyä myös eristäytymistä lapsettomuudesta muistuttavista asioista, kuten läheisistä lapsiperheistä tai raskaana olevista ystäväistä. Kriisin käsittelyyn liittyy tunteiden käsittelyn vaihe, johon apua on myös saatavilla. Hyväksyminen

ja uudelleen suuntaaminen voi liittyä tilanteen hyväksymiseen tai siihen, että lapsettomuuteen liittyvät ajatukset eivät enää hallitse elämää. Toisaalta jokainen käsittelee ja kokee lapsettomuuden eri tavoin, jolloin lapsettomuuskriisin vaiheet saattavat edetä hyvinkin eri tahtisesti. (Simpukka ry 2023a)

Tiitinen ja Savolainen-Peltonen (2019) toteavat, että vaikka lapsettomuutta kokeva kokee tilanteen omalla tavallaan, on jonkinlainen lapsettomuuskriisi usein välttämätön. Lapsettomuutta verrataan usein myös läheisen menettämisen suruun. Merkittävänä erona on kuitenkin se, että surutyö aloittaminen on usein hankalaa, koska konkreettinen lapsen menettäminen ei ole vielä tapahtunut (Simpukka ry 2023a). Usein lapsettomuutta kuvatessa käytetään myös kuvausta tyhjästä sylistä. Toteutumaton lapsitoive tuntuu tyhjänä sylinä, jota ei saada täytettyä.

2.3.2. Tahatonta lapsettomuutta selittävät tekijät

Hedelmöittymisen hankaluudet tai epäonnistuminen, sekä raskauden jatkumiseen liittyvät vaikeudet ovat merkittäviä tahatonta lapsettomuutta selittäviä tekijöitä (Kontula 2019; Sorsa ym. 2023, 9–15; Tiitinen 2022c). Nainen on hedelmällisillään 20–25 vuoden iässä. Hedelmällisyys lähtee keskimäärin laskuun 30-vuotiaana ja jyrkkenee merkittävästi 37 ikävuoden jälkeen (Tiitinen 2022c). Ehkäisyn poisjättämisen jälkeen 80–85 %:lla raskaus alkaa noin vuoden kuluessa, mikäli nainen on alle 38-vuotias (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Iän myötä naisen hedelmällisyyden normaalin heikkenemisen syynä on munasolujen heikentynyt laatu ja määrän väheneminen. Miehillä hedelmällinen ikä alkaa murrosiässä ja jatkuu elämän loppuun saakka, mutta ikääntyessä miehen siittiötuotanto vähenee ja siittiöiden laatu heikkenee (Tiitinen 2022d).

Naisilla ikä on yksi merkittävimmin hedelmällisyyteen vaikuttava tekijä. Muita tavallisimpia lapsettomuuden syitä ovat endometrioosi (10–20 %), munanjohdinvauriot (10–20 %) ja munarakkulan kypsyshäiriöt eli ovulaatiohäiriöt (30–40 %) (Tiitinen 2022c). Ovulaatioon liittyvät häiriöt ilmenevät usein epäsäännöllisenä kuukautiskiertona, ja häiriöitä voivat aiheuttaa myös krooniset sairaudet tai esimerkiksi syömishäiriö (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Harvinaisempia lapsettomuuden syitä ovat kohtuperäiset viat, kuten kohtuontelon sisälle kasvavat myoomat (Tiitinen 2022c).

Viime vuosikymmeninä miehistä johtuva lapsettomuus on yleistynyt (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Miehillä alentuneen hedelmällisyyden syyt liittyvät usein sperman laatuun, mikä todetaankin lapsettomuustutkimusten yhteydessä 30–50 % pariskunnista lapsettomuutta heikentäväksi tekijäksi (Tiitinen 2022c). Syitä sperman laadun heikentymiselle ei usein löydetä, mutta muutoksia voivat selittää muun muassa laskeutumattomat kivekset tai tulehdukset. Hormonaalisia syitä miesten hedelmällisyyden heikentymiselle on harvoin, mutta geneettisiä syitä tunnetaan nykyään useita. Miehen korkeamman iän on todettu myös nostavan riskiä raskauden keskenmenoille. Kuten naisilla, myös miehillä seksuaaliset vaikeudet, jotka vaikuttavat yhdyntöihin, voivat olla lapsettomuusongelmien taustalla (Tiitinen 2022c, Tiitinen 2022d).

Kuten aikaisemmin on jo mainittu, naisen ikä on yksi merkittävä lapsettomuutta aiheuttava tekijä. Tästä syystä lapsettomuutta selittää myös lastensaannin yrittämisen lykkääminen vanhemmalle iälle, jolloin raskaus ei välttämättä ole enää mahdollista (Lehtoranta ym. 2024). Vuonna 2022 ensisynnyttäjien ikä oli keskimäärin 29,6 vuotta ja kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 31,2 vuotta (Tilastokeskus 2023b). Ensisynnyttäjien ikä on ollut jo pidemmän aikaa nousussa ja sen ennustetaan jatkavan nousuaan. Tämä on huolestuttavaa, sillä varsinkin naisten hedelmällisyys liittyy vahvasti ikään.

On myös tunnistettu, että elämäntilanteeseen liittyvät tekijät, kuten sopivan kumppanin puute, matala koulutus tai asunnon pienuus vaikuttavat siihen, ettei lapsia toivota tai raskauden yrittäminen ei ole ajankohtaista (Kontula 2019; Sorsa ym. 2023, 9–15). Simpukka ry:n (2023a) mukaan tällöin puhutaan elämäntilannelapsettomuudesta. Taloudellinen epävarmuus ja tulevaisuuden näkymät vaikuttavat myös lastensaantiin aikaisempaa vahvemmin (Rotkirch 2020a) ja sopivan kumppanin puute voi lykätä tai vaikuttaa jopa merkittävästi siihen, että lasta ei yritetä toiveista huolimatta (Sorsa ym. 2023, 41). Erityisesti alle 30-vuotiailla halu perheellistymisen sijasta edetä ammatissaan tai urallaan verraten vanhempiin ikäryhmiin on suurempaa. Myös tyytyväisyys elämään edistää tutkitusti lastensaantia, ainakin yhteiskunnissa, joissa on matala syntyvyys (Mencarini ym. 2018). Näin ollen vastaavasti tyytymättömyys elämään vähentää todennäköisyyttä perheellistymiselle.

Väestöliiton tuoreimmassa perhebarometrissa (Sorsa ym. 2023, 9–15) on myös raportoitu muita syistä, jotka vaikuttavat merkittävästi siihen, ettei lasta toivota. Lasten saannin toiveeseen voi vaikuttaa ajatus siitä, että muut asiat, kuten muun muassa työ ja ura, ovat elämässä tärkeämpiä kuin lapsen saanti. Toiveeseen voi vaikuttaa myös näkemys siitä, että lapsen ei nähdä tuovan

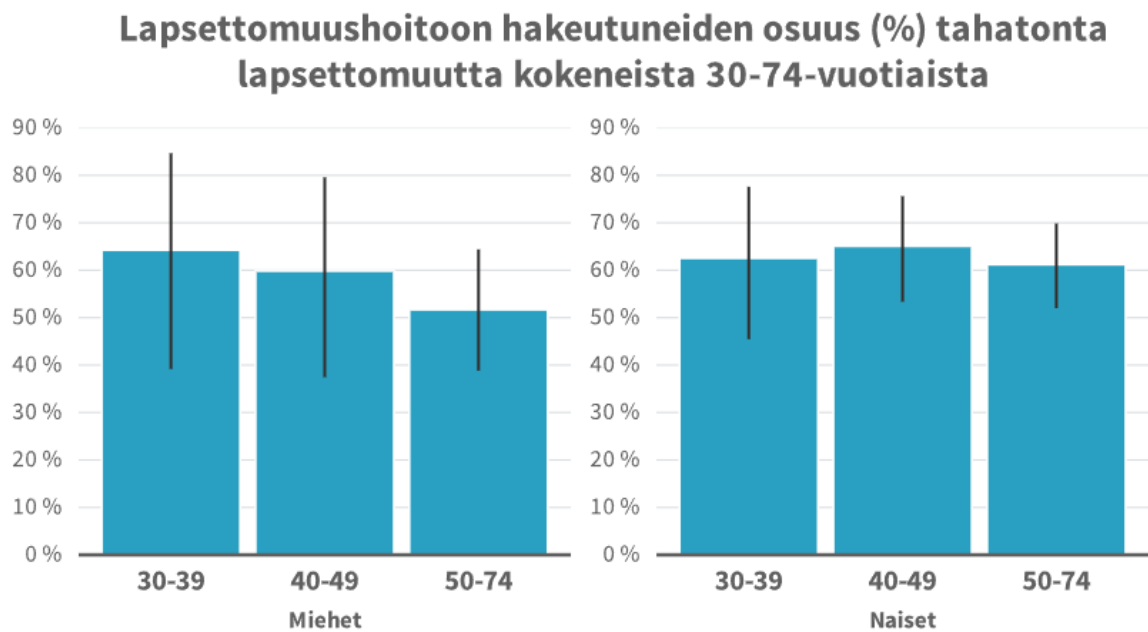
elämään merkittäviä hyviä puolia. Lisäksi huoli esimerkiksi ilmastonmuutoksesta, liikakansoituksesta tai talouskriisistä vaikuttavat merkittävästi siihen, ettei lasta toivota (Sorsa ym. 2023, 9–15). On kuitenkin tärkeää erottaa, että edellä mainitut toiveet tai kokemukset voivat liittyä niin tahalliseen kuin tahattomaan lapsettomuuteen. Myös ehkäisyvälineiden saatavuus ja laaja käyttö sekä seksuaalivalistus ja seksuaalioikeudet edistävät lapsettomana pysymistä (Rotkirch 2020a). Lisäksi noin 25 %:lla tahattomasti lapsettomista lapsettomuuden syy jää selittämättömäksi (Kontula 2019; Sorsa ym. 2023, 9–15; Tiitinen 2022a; Tiitinen 2022c; Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019).

2.4 Lapsettomuushoidot

Tämän luvun alkuun on hyvä tarkentaa käsitteiden käyttöä. Arkipuheessa lapsettomuus- ja hedelmöityshoito käsitteitä käytetään usein ristiin. Kansainvälisissä artikkeleissa yleisesti esiintyvä käsite “infertility treatment” (mm. Collins ym. 2019; Finamore ym. 2007; Ichikawa ym. 2020) suomentuu hedelmöityshoidoksi. Tässä luvussa ja koko pro gradu -tutkielmassa lapsettomuushoitoja käytetään kuitenkin ”kattokäsitteenä” kaikille hoidoille ja hedelmöityshoidot käsite rajautuu vain inseminatiohoitoon, mikrohedelmöitykseen, koeputkihedelmöitykseen ja pakastetun alkion siirtoon. Samaa jaottelua on käyttänyt muun muassa Tiitinen ja Savolainen-Peltonen (2019). Tutkielman muissa luvuissa käytetään ainoastaan lapsettomuushoito käsitettä, sillä samaa käsitettä on käytetty myös tutkimuksen aineistossa.

Tahatonta lapsettomuutta voidaan hoitaa. Hoito alkaa lapsettomuustutkimuksista, joissa lapsettomuuden syy pyritään tunnistamaan, jotta hoidot voidaan suunnitella ja kohdistaa oikein. Lapsettomuustutkimuksiin hakeutumista suositellaan vuoden tuloksettoman raskauden yrityksen jälkeen tai mikäli tiedossa on jokin hedelmällisyyttä, raskautta tai raskauden alkamista vaikeuttava tekijä (Tiitinen 2022a) kuten naisella yli 38-vuoden ikä tai epäsäännöllinen kuukautiskierto (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Tutkimuksiin voivat myös hakeutua naisparit, itsellistä vanhemmuutta tai kumppanuusvanhemmuutta suunnittelevat. Lapsettomuustutkimusten ensimmäinen vaihe on kliininen yleistutkimus, joka on mahdollista tehdä ensiksi terveyskeskuksessa tai gynekologin vastaanotolla. Tämän jälkeen jatkotutkimukset toteutetaan usein naisten tautien poliklinikalla tai lapsettomuusklinikalla. Lapsettomuustutkimusten pohjalta lapsettomuushoidot suunnitellaan yksilöllisesti parin tai yksilön toiveiden, sekä lapsettomuuden syyn- ja keston mukaan (Tiitinen 2022b).

Yli puolet tahattomasti lapsettomista hakeutuu lapsettomuustutkimuksiin ja ohjataan tutkimuksista lapsettomuushoitoihin (Simpukka ry 2023b; Lehtoranta ym. 2024). Juuri julkaistun Terve Suomi 2022–2023 -tutkimuksen mukaan tahatonta lapsettomuutta kokeneista miehistä lapsettomuushoitoihin ilmoitti hakeutuneensa eniten 30–39 vuoden ikäryhmässä (64,3 %) ja naisissa 40–49 vuoden ikäryhmässä (65,1 %) (kuva 3). Huomattavaa on, että miehillä hoitoihin hakeutuvien osuus laskee iän myötä, kun taas naisille korkein ikäryhmä on 40–49 vuotta.



KUVA 3: Lapsettomuushoitoihin hakeutuvien osuus (%) tahatonta lapsettomuutta kokevista, Terve Suomi 2022-2023 tutkimus (Lehtoranta ym. 2024).

Lapsettomuushoitojen suunnittelussa on tärkeää, että hoitojen onnistumisen mahdollisuuksista, esteistä ja riskeistä annetaan realistinen kuva, ja esimerkiksi iän, ali- tai ylipainon sekä päihteiden käytön merkitys hedelmällisyyteen ja raskaudenaikaisiin riskeihin, kuten keskenmenoihin, selvennetään ennen hoitojen aloittamista. Myös elämäntapojen muutostarpeisiin voidaan puuttua, sillä muun muassa painon normalisoinnilla, voidaan aluksi hoitaa ovulaatiohäiriöitä ennen lääkityksen aloittamista (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2019) on julkaissut Yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteet, joiden mukaan turhia ja toistuvia hoitoja ei tule antaa, vaan lähtökohtana on vaikuttavien hoitojen käyttö. Hoitojen on-

nistumisen todennäköisyys tulee myös arvioida. Esimerkiksi koeputkihedelmöityksessä todennäköisyys tulee olla vähintään 10 % yhtä hoitokiertoa kohden, kun taas hormonihoidoissa ja inseminaatioissa todennäköisyys voi olla alhaisempi (STM 2019).

Lapsettomuushoitoja tarjotaan Suomessa niin julkisen- kuin yksityisen terveydenhuollon piirissä. Hoitojen toteuttaminen on luvanvaraista ja niiden valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Suomessa hoitoja sekä alkioiden ja sulusolujen käyttöä ja säilytystä määrittävät hedelmöityshoitolaki (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006, 2006) sekä laki ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (Laki ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 101/2001, 2001). Hedelmöityshoitolaki (Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006, 2006) turvaa syntyvän lapsen, hedelmöityshoitoja saavan ja sulusoluja luovuttavan oikeuksia, terveyttä ja turvallisuutta. Lain mukaan tällä hetkellä heteropareilla, naispareilla sekä yksin lasta toivovilla naisilla on Suomessa oikeus hedelmöityshoitoihin. Sijaissynnytykset ovat Suomessa tänä päivänä laissa kiellettyjä (Tiitinen 2022b, Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006, 2006), vaikka ennen hedelmöityshoitolain voimaantuloa 1.9.2007 sijaissynnytykset olivat myös yksi lapsettomuushoitojen muoto (Silvola & Kaipomäki 2023). Ennen lapsettomuushoitojen aloittamista lääkärin on kerrottava hoitojen mahdollisista riskeistä ja onnistumisen mahdollisuuksista sekä isyyden vahvistamisesta, jonka jälkeen hoitoihin osallistuvien on kirjoitettava määräaikainen hoitosopimus (Tiitinen & Salonen-Peltonen 2019).

Lapsettomuushoitojen vaihtoehtoja ovat munarakkulan kypsytyshoito eli ovulaation induktio, hedelmöityshoidot ja kirurginen leikkaushoito. Ovulaation induktiossa munasolun kypsyminen ja irtoaminen pyritään saamaan aikaan lääkehoidon avulla. Hedelmöityshoidoissa sulusoluja, eli munasoluja tai siittiöitä, käsitellään elimistön ulkopuolella laboratoriossa (Tiitinen 2022b). Hedelmöityshoidoissa hoidot voidaan toteuttaa omilla- ja kumppanilta saaduilla- tai luovutetuilla sulusoluilla. Hedelmöityshoitolaki määrittää, että Suomessa voidaan käyttää vain rekisteröityjen sulusolujen luovuttajia (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019, Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006, 2006). Hedelmöityshoitojen vaihtoehtoja ovat inseminaatiohoito (IUI, intrauterine insemination), mikrohedelmöitys (ICSI, intracytoplasmic sperm injection) ja koeputkihedelmöitys (IVF, in vitro fertilisation). Lisäksi hoitomuotona on myös pakastetun alkion siirto (FET, frozen embryo transfer) (Heino & Gissler 2023). Inseminaatiohoidossa siittiöt ruis-

kutetaan naisen kohtuonteloon ja onnistumisen mahdollisuutta voidaan lisätä ovulaation induktiolla (Tiitinen 2022b). Mikrohedelmöityksessä siittiöt ruiskutetaan taas suoraan munasoluun, jonka jälkeen edetään samalla tavoin kuin koeputkihedelmöityksessä (Heino & Gissler 2023). Mikrohedelmöitystä käytetään usein niissä tapauksissa, jossa lapsettomuus on miehestä johtuvaa (Tiitinen 2022b). Koeputkihedelmöityksessä naiselta kerätään kypsyneet munasolut (punktio), jotka hedelmöitetään elimistön ulkopuolella. Tämän jälkeen niistä kasvatetaan alkioita, joista yksi tai kaksi hyvälaatuista siirretään kohtuun. Koeputkihedelmöityksessä kasvatetut alkiot voidaan myös pakastaa ja siirtää myöhemmin kohtuun, jolloin hoitomuotona on pakastetun alkion siirto (Heino & Gissler 2023).

Kirurgisella leikkaushoidolla voidaan hoitaa kohtalaista tai vaikeaa endometrioosia (Tiitinen 2022b). Endometrioosissa kohdun kaltaista limakalvoa esiintyy kohdun ulkopuolella ja tämä voi aiheuttaa lapsettomuutta (Tiitinen 2023). Mikäli endometrioosi on levinnyt laajalle, voi leikkaus olla tarpeellinen myös kipujen vähentämisen vuoksi (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Kirurgisen leikkaushoidon mahdollisuutena on myös endometrioosiin liittyvien kystien, myoomien tai polyyppien poistaminen, mutta leikkauksen riskinä on sen vaikutukset munasarjojen toimintaan, jonka takia toistuvia leikkauksia ei suositella (Tiitinen 2022b). Mikäli endometrioosi aiheuttaa lapsettomuutta, on ensisijainen hoito keinohedelmöitys (Tiitinen 2023).

Miehestä johtuvan lapsettomuuden hoitaminen ei ole niin yksinkertaista, koska kuten aikaisemmin on todettu, sperman heikentymiselle ei usein löydy syytä, jonka takia hoitoa voi olla haastava kohdistaa (Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019; Tiitinen 2022d). Miehen hedelmällisyyttä edistäviä tekijöitä on kuitenkin painonhallinta, päihteiden käytön lopettaminen ja perussairauksien hoitaminen. Myös ruokavaliolla, erityisesti tyydyttyneiden rasvojen vähentämisellä on nähty olevan merkitystä miehen siittiöntuotannolle (Tiitinen 2022d).

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos kerää vuosittain kokonaistilastoja Suomessa tehdyistä hedelmöityshoidoista (Heino & Gissler 2023). Hoitomenetelmien muutoksessa ja kehityksessä myös tilastot ovat muuttuneet ja laajentuneet, mutta lapsettomuushoitojen käsitteet ovat pysyneet samoina. Omilla sukusoluissa tehdyistä koeputkihedelmöityshoidoista on kerätty tietoja vuodesta 1992, luovutetuilla munasoluilla tehdyistä hoidoista vuodesta 1996, luovutetuilla siittiöillä ja alkioilla tehdyistä hoidoista vuodesta 2001, inseminaatiohoidoista vuodesta 2006 ja alkiodiagnostiikasta, munasolujen pakastukseen tähtäävästä ja sulatetuilla munasoluilla tehdyistä hoidoista vuodesta 2017 lähtien. Vuonna 2021 aloitettiin noin 15 300 hedelmöityshoitoa, mikä on

19,3 % suurempi määrä kuin vuonna 2020, jolloin hedelmöityshoitoja aloitettiin noin 12 800 (Heino & Gissler 2023; THL 2023). Nousua selittävinä tekijöinä on nähty muun muassa koronapandemian aiheuttama hoitovelan purku sekä julkisen sektorin yliopistosairaaloiden luovutetuilla sukusoluilla tehtyjen hoitojen aloitus vuonna 2020. Tätä edeltävien viimeisten vuosikymmenten aikana hoitojen määrät ovat olleet hyvin tasaisia (Heino & Gissler 2023).

Lapsettomuushoitojen tuloksia ei koskaan voida tietää ennalta (Collins 2019). Hoidon tuloksiin vaikuttavat muun muassa naisen ikä, hoidon syy, aiempi hedelmällisyys ja hoitokertojen määrä (Tiitinen 2022b). Hedelmöityshoitojen onnistumisprosentti laskee naisen iän noustessa. Vuonna 2021 hedelmöityshoitojen avulla alkoi noin 3 619 raskautta, joista syntyi noin 2 880 lasta, mikä on kaikista vuonna 2021 syntyneistä lapsista 6,2 % (Heino & Gissler 2023). Terve Suomi 2022–2023 -tutkimuksen mukaan noin puolet lapsettomuushoitoihin hakeutuneista on saanut lapsen hoitojen avulla (Lehtoranta ym. 2024A).

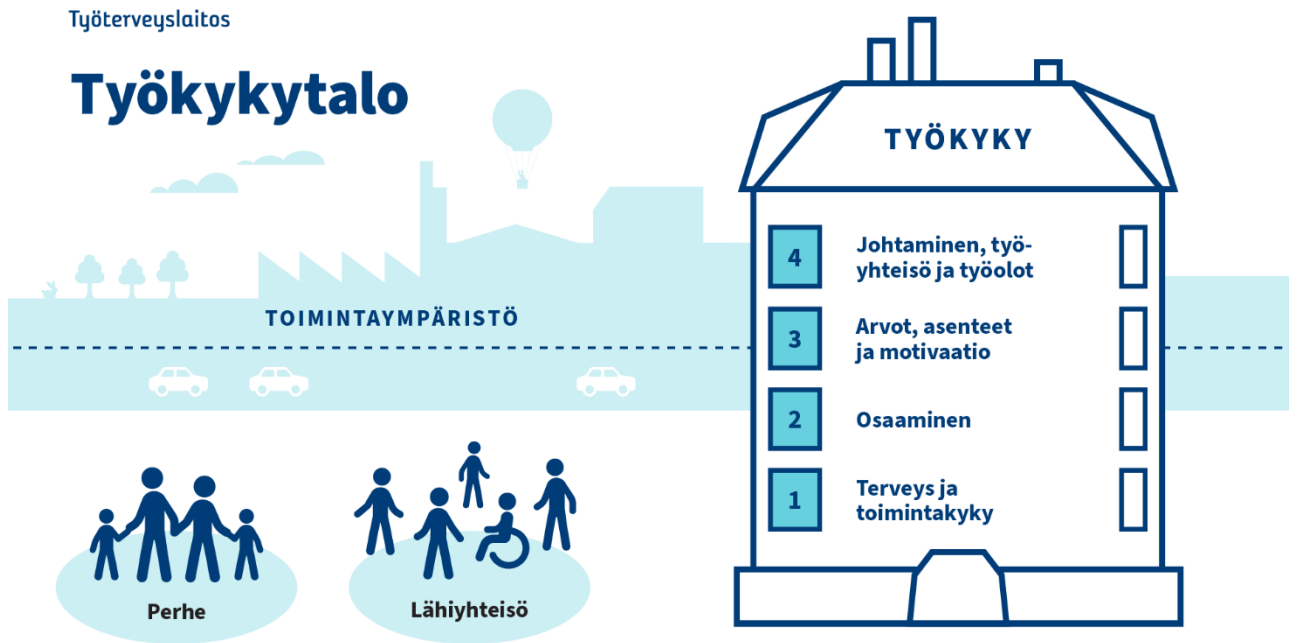
Lapsettomuushoidot ovat fyysisesti ja psyykkisesti haastavia (Payne ym. 2019; Tiitinen & Savolainen-Peltonen 2019). Hoitojen aikana toivon ja epäonnistumisen tunteet voivat vaihdella, ja hoitojen raskaus voi aiheuttaa ristiriitaisia tunteita lapsettomuuteen liittyen. Joillekin hedelmöityshoitojen aiheuttamat fyysiset oireet, kuten huonovointisuus ja kivut aiheuttavat haasteita arjessa, kun taas osa kamppailee ajanhallinnan ja tilanteen aiheuttamien psyykkisten oireiden, kuten masennuksen kanssa (Collins 2019).

3 TYÖKYKY

Työkyvystä ei löydy vain yhtä määritelmää ja arkikielessä käsitettä käytetään usein myös rinnakkain työhyvinvoinnin käsitteen kanssa. Käsitteistä työkyvystä on kehittynyt viimeisten vuosikymmenten aikana kokonaisvaltaisempaan ja monipuolisempaan suuntaan, jossa terveyteen perustuva työkyvyn määritelmä on laajentunut käsittämään myös työkykyä edistäviä ja heikentäviä tekijöitä (Ilmarinen 2009). Teglandin (2011) mukaan työkyky tarkoittaa ensisijaisesti yksilön riittävää ammatillista osaamista sekä pätevyyttä työn vaatimuksiin nähden, ja riittävää terveydentilaa työtehtävien suorittamiseen. Ilmarisen (2009) mukaan työkyky on ensisijaisesti työn ja henkilökohtaisten voimavarojen tasapainottelua. Henkilökohtaiset voimavarat koostuvat terveydestä, toimintakyvystä, koulutuksesta, osaamisesta, arvoista ja asenteista. Työ taas kattaa työympäristön ja työyhteisön, työn sisällön vaatimukset ja työn organisoimisen. Työterveyslaitos (2024) määrittelee työkyvyn yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten väliseksi suhteeksi, joka vaihtelee ajan kuluessa.

3.1 Työkykyyn vaikuttavia tekijöitä

Vaikka määritelmiä työkyvystä on useita, Ilmarinen ym. (2006, 19–21) toteavat, että erilaisissa määritelmissä yhtenäistä on, että työkykyä ei nähdä vain yksilön ominaisuutena. Yksilön työkykyyn vaikuttavat myös työn sekä ympäristön ominaisuudet. Työterveyslaitos (2024) hyödynittää työkyvyn kuvauksessa nelikerroksista taloa (kuva 4). Työkykytalo perustuu tutkimuksiin, joissa on tarkasteltu työkykyyn vaikuttavia tekijöitä. Työkykytalon kerroksia ovat 1) Terveys- ja toimintakyky 2) Osaaminen 3) Arvot, asenteet ja motivaatio sekä 4) Johtaminen, työyhteisö ja työolot.



KUVA 4: Työkykytalo (Työterveyslaitos 2024).

Yksilön omat voimavarat muodostat työkykytalon kolme alinta kerrosta (Työterveyslaitos 2024). Perustan talolle muodostavat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ja terveys. Tärkeää on kuitenkin erottaa, että toimintakyky ei ole yksinään sama asia kuin työkyky, vaan toimintakyvyn heikentyessä, sen vaikutukset työkykyyn riippuvat työtehtävistä ja yksilön elämäntilanteesta. Työterveyslaitos (2024) esittää, että kaikkien työkykytalon osa-alueiden jatkuva kehittäminen pitää työntekijän työkykyisenä.

Työkykyyn vaikuttavat myös lainsäädäntö, yhteiskunnan arvot ja asenteet, toimintaympäristö, perhe ja lähiyhteisö. Perhe ja lähiyhteisö voivat ylläpitää työkykyä, mutta työ voi oikein mitoitettuna myös kannatella tilanteessa, jossa oma elämäntilanne on muutoin kuormittava (Työterveyslaitos 2024). Myös Ilmarinen (2009) toteaa, että työkykyä ei voi erottaa työn ulkopuolella tapahtuvasta elämästä. Työn ja perheen yhteensovittaminen on tärkeä osa työkykyä, joka kytkeytyy myös lapsitoiveisiin ja perheen perustamisen suunnitelmiin.

Työkyky on myös jatkuvasti muuttuva ominaisuus, johon vaikuttavat merkittävästi työelämän ja henkilökohtaisen elämän muutokset. Ilmarinen (2009) toteaa, että ihmiset etsivät työn ja

henkilökohtaisten voimavarojen tasapainoa koko työelämän ajan, mutta tasapaino voi olla hyvinkin erilainen eri elämäntilanteissa ja työelämän vaiheissa. Henkilökohtaisiin voimavaroihin vaikuttavat esimerkiksi ikä ja perhetilanne, kun taas työelämää voivat muuttaa laajemmat työelämän ja yhteiskunnan muutokset, kuten digitalisaatio ja paikallisemmalla tasolla työssä tapahtuvat organisaatiomuutokset. Työkykyä ei siis tule ajatella pysyvä tilana, vaan erilaiset vaiheet tulisi nähdä osaksi muuttuvaa työkykyä (Ilmarinen 2009).

3.2 Työkyvyn arviointi

Työkyvyn arvioinnin tavoitteena on työurien pidentäminen, työkyvyttömyyden ehkäisy ja varhainen havaitseminen työkyvyn heikentymiseen (Ilmarinen ym. 2006). Yksilöiden työkykyä voidaan arvioida erilaisten mittareiden avulla, joista yleisimmin käytetty on työkykyindeksi (Gould & Hopsu 2024). Työkykyindeksi on otettu käyttöön Suomessa jo 1980-luvulla ja se kehitettiin alun perin työterveyshuollon työkyvyn arviointiin ja seurantaan (Gould & Hopsu 2024; Ilmarinen 2009). Työkykyindeksi sisältää seitsemän osa-aluetta, jotka liittyvät yksilön terveydentilaan ja voimavaroihin, sekä työn fyysisiin ja henkisiin vaatimuksiin. Indeksia on käytetty arvioimaan kaiken ikäisiä, mutta parhaiten viitearvot soveltuvat vanhempiin työntekijöihin. On huomattu, että indeksi ei välttämättä tunnista nuorten työntekijöiden työkyvyn ongelmia (Gould & Hopsu 2024). Työkykyindeksiä on myös kritisoitu sen monimutkaisuudesta, sekä haasteista käyttää sitä laajamittaisissa väestötutkimuksissa (Kainulainen ym. 2023).

Työkykyä voidaan myös arvioida yksilön oman kokemuksen kautta, jolloin työntekijä voi arvioida omia voimavarojaan suhteessa työn vaatimuksiin. Ilmarinen ym. (2006, 32) toteavatkin, että yksilöiden omaa arvioita voidaan pitää osuvana arvioina työkyvystä. Koettu työkyky ennustaa hyvin myös työntekijöiden työkyvyn heikentymistä ja työkyvyttömyyden riskejä, sillä koetulla työkyvyllä on todettu olevan yhteyksiä sairaspöissaoloihin ja työterveyden kustannuksiin (Hynninen ym. 2020), varhaiseen työkyvyttömyyseläkkeeseen (Kainulainen ym. 2023) sekä heikentyneeseen työn tuottavuuteen (Vänni ym. 2012). Hynninen ym. (2020) tutkimuksessa muun muassa todettiin, että koettu työkyky selvästi suurempi sairaspöissaoloja ja kustannuksia selittävä tekijä kuin työntekijän ikä.

Työkyvyn arvioinnissa voidaan tarkastella myös työnantajan vastuulla olevia tekijöitä. Työkyvyn tukemiseksi ja työuupumuksen ehkäisemiseksi on tärkeää huolehtia työolosuhteiden säännöllisestä arvioinnista ja kehittämisestä sekä tarkastella hälytysmerkkejä, kuten työtaturmia,

sairaspoissaoloja tai ylipitkiä työpäiviä. Edellä mainittuja tunnistettuaan työnantajan tulisi reagoida työkykytilanteen kartoittamiseen (Uusitalo-Airola ym. 2022).

3.3 Työkyvyn edistäminen ja ylläpito

Työkyvyn edistämisen ja ylläpitämisen ei tulisi kaatua yksilön harteille. Yksilön nähdään usein olevan päävastuussa omista voimavaroistaan ja ammatillisen osaamisen kehittämisestä (STM 2023), mutta esihenkilöllä ja työnantajalla on mahdollisuuksia tukea ja edistää työkyvyn ylläpitoa ja kehittämistä. Yksilöillä tunnistetaan olevan kuitenkin rajalliset mahdollisuudet oman työkyvyn hallitsemiseen, mikä nostaa vaatimuksia työyhteisöjen ja työterveyden varhaiseen puuttumiseen ja aktiiviseen tukeen (Ilmarinen ym. 2006). Johtaminen ja henkilöstöpolitiikka luovat puitteet työkyvyn edistämiseksi ja työnantajalla sekä esihenkilöllä on vastuu myös työoloista (Työterveyslaitos 2024). Työhyvinvointia lisäävät myös työyhteisön ilmapiiri ja tuki (Ilmarinen 2009), hyvä ja motivoiva johtaminen sekä työntekijöiden ammattitaito (STM 2023).

Työhyvinvointia ja työkykyä turvaa Suomessa Työterveyshuoltolaki (Työterveyshuoltolaki 1383/2001, 2001), jossa säädetään työnantajan velvollisuuksia järjestää työterveyshuolto sekä työterveyshuollon sisällöstä ja toteuttamisesta. Työterveyshuoltolaki edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa, sekä työyhteisöjen toimintaa. Työterveyshuoltolaissa (2001, 1383/2001) työkykyä ylläpitävä toiminnalla tarkoitetaan: ”yhteistyössä toteutettua työhön, työoloihin ja työntekijöihin kohdistuvaa suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jolla työterveyshuolto omalta osaltaan edistää ja tukee työelämässä mukana olevien työ- ja toimintakykyä”. Työnantajan tulee järjestää työntekijöilleen työterveyshuolto, jonka tulee noudattaa työterveyshuollon käytäntöjä. Näitä käytäntöjä ovat esimerkiksi työntekijöiden terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn selvittäminen, arviointi ja seuranta sekä toimenpide-ehdotusten tekeminen muun muassa työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi sekä toimenpide-ehdotusten toteutumisen seuranta (Työterveyshuoltolaki 1383/2001, 2001).

3.4 Työuupumus

Hyvä työkyky ehkäisee työuupumusta (burn-out) (Uusitalo-Airola ym. 2022). Työuupumusta on tutkittu yli 40 vuoden ajan eri tieteenaloilla ja ymmärrys sen syistä sekä seurauksista on

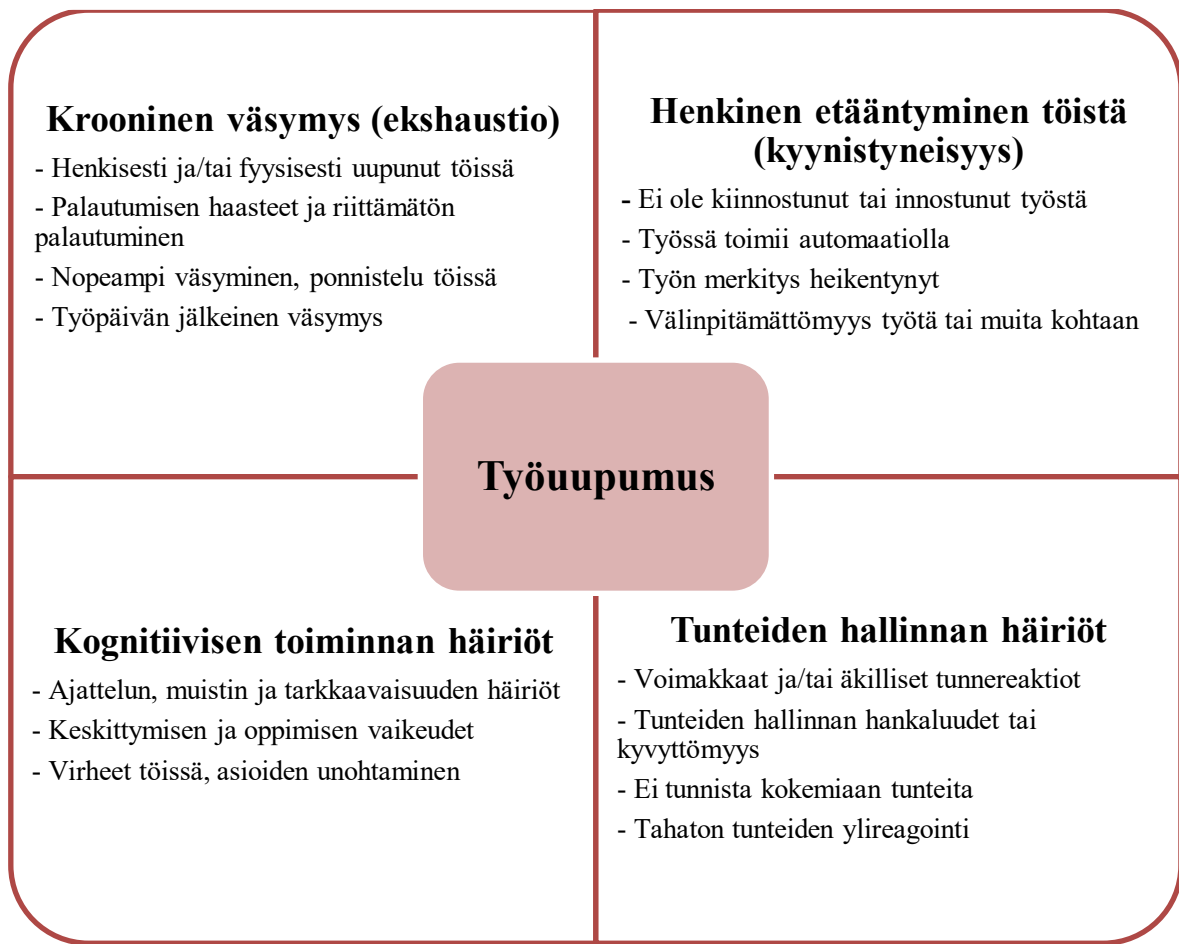
vahvistunut tutkimusten saatossa (Hakanen & Kaltiainen 2022, 9). Kuitenkin Hakanen ja Kaltiainen (2022, 10–11) nostavat esille, että työuupumuksen ilmiöstä on edelleen hyvin monenlaisia näkemyksiä ja määritelmiä, mikä vaikeuttaa niin ilmiöön puuttumista, sen ehkäisyä sekä ymmärrystä lisäävää keskustelua. Toinen määritelmään liittyvä haastavuus liittyy erilaisiin käsitteisiin siitä, tarkastellaanko työuupumusoireita tai todettua työuupumusta.

Mahdollisesti tunnetuin työuupumuksen määritelmä, jota Shaufeli ym. (2020) kutsuivat julkaisussaan 'the golden standard of burnout' (suom. työuupumuksen kultainen standardi) on Maslachin ja kumppaneiden vuonna 1996 kehittämä työuupumuksen malli, jonka mittariksi on luotu Maslach Burnout Inventory (MBI). Mallissa työuupumus tunnistetaan työperäisen ja pitkittyneen stressin aiheuttamaksi ja sitä kuvataan kolmen oireen kautta. Alkuperäisessä määritelmässä oireiksi oli määritelty emotionaalinen uupumus, depersonaalisuus ja heikentynyt ammatillinen itsetunto (Shaufeli ym. 1996). Depersonaalisuus tunnistetaan tunteettomana, etäisenä ja kylmänä suhtautumisena työn kohteena oleviin ihmisiin, kuten asiakkaisiin. Alkuperäinen määritelmä käsitti kuitenkin lähinnä vain työt, joissa olennaista on erilaiset ihmissuhteet ja kohteena oli esimerkiksi asiakas- tai potilas. Myöhemmässä vaiheessa määritelmää kehitettiin kattamaan kaikenlaiset työnkuvat ja tällöin oireiden kuvaukseksi muodostui uupumus (henkisten resurssien vähentyminen työssä), kyynisyys (etäinen asenne työhön) ja heikentynyt ammatillinen itsetunto. (Shaufeli ym. 2020).

WHO lisäsi työuupumuksen (burn-out) kansainväliseen tautiluokitukseen (ICD-11) vuonna 2019 (WHO 2019). Työuupumus on kuitenkin määritelty sairauden sijasta 'ammatilliseksi ilmiöksi' (eng. occupational phenomenon), jolla on vaikutusta terveydentilaan tai terveyspalveluiden käyttämiseen. Vaikka työuupumus ei ole sairaus, sen on todettu liittyvän riskiin sairastua muun muassa masennukseen sekä uni- ja päihdehäiriöihin (Uusitalo-Airola ym. 2022). WHO on mukaillut luokituksessaan Maslachin ja kumppaneiden määritelmää työuupumuksesta (Hakanen & Kaltiainen 2022, 10) ja oireiksi on määritelty: 1) energian loppuminen ja uupumus, 2) henkinen etäännyminen töistä tai työhön liittyvä negatiivisuus ja kyynisyys sekä 3) heikentynyt ammatillinen tehokkuus (WHO 2019). Tarkennuksena määrittelyssä on, että työuupumuksella (burn-out) tulee viitata työssä koettuihin ilmiöihin, eikä sitä tulisi käyttää muilla elämän osa-alueilla. Lisäksi tautiluokituksen lisäämisen jälkeen WHO on vuonna 2022 luonut näyttöön perustuvat suositukset työuupumuksen estämiselle ja mielenterveyden parantamiselle työpaikoilla (WHO 2022).

Työuupumukselle on kehitetty vuosien aikana erilaisia arvioinnin mittareita ja malleja. Viimeisimmän 20 vuoden aikana yleisin on ollut työn vaatimusten ja voimavarojen malli (Hakanen & Kaltiainen 2022, 17). Mallissa työn piirteitä jaotellaan työn voimavaroihin ja työn vaatimuksiin, joiden avulla on mahdollisuus kartoittaa työkykyä alentavia ja edistäviä tekijöitä sekä työuupumuksen riskiä lisääviä ja työuupumukselta suojaavia tekijöitä (Hakanen & Kaltiainen 2022, 17–18). Toinen malli on työkyvyn tasapainomalli, jonka avulla taas voidaan arvioida miten hyvin yksilön voimavarat vastaavat työn edellyttämiä vaatimuksia (Ilmarinen ym. 2006, 22; Järviskoski ym. 2018, 40–42). Tasapainon edellytyksiä ovat muun muassa terveys ja työkyky, kun taas tasapainoa horjuttavat työperäiset ja ylikuormitusoireet sekä sairaudet.

Uusi Burnout assessment tool (BAT) -menetelmä on Hollannissa ja Belgiassa kehitetty työuupumuksen itsearviointiin käytettävä kysely, jonka kehittämisen seurauksena työuupumus on määritelty MBI mallin (Maslach Burnout Inventory) kolmen oireen sijaan neljän ydinoireen kautta: krooninen väsymys (ekshaustio), henkinen etääntyminen työstä (kynnistyminen), kognitiivisen toiminnan häiriöt sekä tunteiden hallinnan häiriöt (Shaufeli ym. 2020, Hakanen & Kaltiainen 2022, 15). Uusi neljän oireen menetelmä on tärkeää esitellä, sillä muun muassa Työterveyslaitos on kuvannut uusimmissa materiaaleissaan työuupumusta näiden neljän oireen kautta. Alla olevassa kuvassa (kuva 5) on esitelty suomennoksena tehdyt oirekuvaukset, sekä väittämät, joita hyödynnetään arvioinnin mittauksessa.



KUVA 5: Työuupumuksen neljä ydinoiretta (mukaiillen Shaufeli ym. 2020; Hakanen & Kaltiainen 2022; Suutanen ym. 2023).

3.5 Työkyvyn tilanne Suomessa

Koronapandemia aiheutti maailmanlaajuisesti työhyvinvoinnin ja työkyvyn selkeää laskua. Suomalaisten työhyvinvointi ei ole palannut pandemian jälkeiselle tasolle vaan on heikentynyt lievästi viimeisten vuosien aikana. Työuupumuksen riski on myös kasvanut. Tuoreimman Työterveyslaitoksen toteuttaman ”Miten Suomi voi” seurantatutkimuksen mukaan jo noin joka neljäs työssäkäyvä kuuluu työuupumuksen riskiryhmään. (Suutala 2023).

Erityisesti naisten työhyvinvointi ja työkyky on laskussa ja työuupumusoireilu lisääntynyt (Koponen ym. 2023; Suutala ym. 2023). Työterveyslaitoksen seurantatutkimuksen mukaan naisten työuupumusoireilut ovat kasvaneet vuosien 2021 ja 2023 välillä erityisesti kyynistyneisyyden

ja kognitiivisten häiriöiden oireilun kohdalla (Suutala ym. 2023). Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen tuoreimmassa Terve Suomi 2022 -tutkimuksessa myös 20–64-vuotiaat naiset olivat ainoa ryhmä, joissa itsensä täysin tai osittain työkyvyttömäksi kokevien osuus kasvoi vuodesta 2017 vuoteen 2023. Kasvua tapahtui 17 prosentista 21 prosenttiin (Koponen ym. 2023).

Naisten riski työuupumukselle on myös kohonnut. Vuonna 2019 naisilla kohonnut työuupumuksen riski oli 16 % Miten Suomi voi -tutkimukseen osallistujista, mutta uusimman vuonna 2023 tehdyn seurantamittauksen mukaan tulos oli 19 % (Suutala ym. 2023). Todennäköisen työuupumuksen riski oli myös kasvanut naisilla vuosien 2019 ja 2023 välillä, kuitenkin vain yhden prosenttiyksikön verran. Mielenkiintoista tutkimustuloksissa on, että naiset raportoivat miehiä enemmän liiallista työmäärää, työskentelyä sairaana ja joutuvansa osoittamaan työssä tunteita, jotka eivät vastaa todellisia tunteita. Näiden todettiin selittävän osittain korkeampaa työuupumusoireilua (Suutala ym. 2023).

3.6 Lapsettomuushoitojen vaikutukset työkykyyn

Vaikka lapsettomuushoitoja on vuosien saatossa tutkittu paljon, lapsettomuushoitojen ja työn yhdistämisestä on tehty hyvin rajallisesti tutkimusta (Payne ym. 2019). Lapsettomuushoidoissa käyvistä suuri osa on työssäkäyviä ja viettää suuren osan ajastaan töissä. Lisäksi niissä kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa aihetta on tutkittu, on todettu, että lapsettomuushoitojen koetaan usein vaikuttavan hoidoissa käyvän työntekoon ja työkykyyn (Collins 2019; Finamore 2007; Gremillet ym. 2023; Durmazoglu & Tokat 2019; Payne ym 2019; Ichikawa ym. 2020). Simpukka ry:n tekemässä kyselytutkimuksessa, jonka aineistoa käytetään myös tämän pro gradu -tutkielman aineistona, osallistujista (N=320) 72,8 % oli kokenut tahattoman lapsettomuuden vaikuttaneen työkykyyn viimeisen viiden vuoden aikana (Simpukka ry 2021). Ichikawa ym. (2020) tutkimuksessa (N=835) noin 90 % tutkimukseen osallistujista totesi, että lapsettomuushoidot vaikeuttivat heidän työskentelyään.

Työkykyä haittaavana tekijänä on usein mainittu lapsettomuushoitoihin liittyvät poissaolot töistä. Poissaolot voivat liittyä hoidoissa käyntiin ja niistä seuranneeseen tilapäiseen työkyvyttömyyteen. Collinsin (2019) ja Gremillet ym. (2023) tutkimuksissa lapsettomuushoidot koettiin aikatauluttamisen vuoksi haastaviksi. Myös Miettisen (2011) tutkimuksessa 26,6 % tutkimukseen osallistuvista naisista oli huolissaan lapsettomuushoitoihin liittyvistä työpoissaoloista. Payne ym. (2018) tutkimuksessa tarkasteltiin lapsettomuushoitojen aiheuttamia keskimääräisiä

poissaoloja töistä. Poissaoloja kertyi keskimäärin 8,74 päivää jokaista hoitokierrosta kohti. Bouwmans ym. (2008) tutkimuksessa taas todettiin, että yhden 15 päivän hoitojakson aikana poissaoloja kertyi keskimäärin 23 h, mutta mikäli lapsettomuushoidot aiheuttivat fyysisiä ja psyykkisiä oireita nousi keskimääräinen poissaolojen määrä 41 h.

Työstä aiheutuvat poissaolot vaativat työhön liittyviä järjestelyjä. Ichikawan ym. (2020) tutkimuksessa noin 70 % osallistujista oli hakenut työpaikalla tukea lapsettomuushoitojen ja työn yhdistämiseen, kuten työajan joustoja tai lyhempiä työpäiviä. Myös Payne ym. (2018) tutkimuksessa todettiin, että tutkimukseen osallistujat olivat järjestelleet poissaoloja erilaisin tavoin, muun muassa vaihtamalla työvuoroja kollegan kanssa tai vähentämällä työtunteja.

Collinsin (2019) tutkimuksessa nousi myös esille kokemus siitä, että monet hoitoihin liittyvät asiat eivät ole omassa kontrollissa, mikä koettiin epämukavaksi. Huonot mahdollisuudet suorittaa työpaikalla lapsettomuushoitoihin kuuluvia ennakkoon aikataulutettuja injektiohoitoja on myös koettu kasvattavan työstressiä (Durmazoglu & Tokat 2019). Epäsäännöllisten ja ennalta-arvaamattomien hoitokäyntien koettiin vaikuttavan halukkuuteen tai mahdollisuuksiin ottaa vastaan vastuullisia työtehtäviä, mikä saattaa heijastua myös työuraan liittyviin suunnitelmiin tai aiheuttaa ongelmia töissä (Ichikawa ym. 2020).

Lapsettomuushoidot vaikeuttavat myös keskittymistä töissä. Collinsin (2019) tutkimuksessa tutkittavat raportoivat hedelmällisyyden haasteiden olevan jatkuvasti heidän mielessään. Myös Durmazoglu ja Tokatin (2019) tutkimuksessa havaittiin, että töihin keskittyminen on hankaloitunut lapsettomuushoitojen aikana. Hedelmällisyyden haasteisiin, lapsettomuushoitoihin ja tahattomasti lapsettomuuteen liittyviä ajatuksia kuvataan kuluttaviksi, jokapäiväiseen elämään tunkeviksi ja niiden on koettu vaikeuttavan keskittymistä muihin asioihin.

Hoidot aiheuttavat myös haasteita sosiaalisiin tilanteisiin osallistumiseen ja vaikuttavat sosiaaliseen eristäytymiseen (Collin 2019; Ichikawa ym. 2020). Töihin meneminen on koettu haastavaksi lapsettomuudesta johtuvan masennuksen tai ahdistuksen vuoksi. Lisäksi työ on koettu stressitekijäksi hedelmöityshoitojen aikana (Collins 2019). Payne ym. (2019) on todennut julkaisussaan, että aikaisemmissa tutkimuksissa naisten on koettu kokevan lapsettomuushoidoista enemmän ahdistusta kuin miesten. Tämä täsmentää sitä, että se, joihin lapsettomuushoidot tyypillisesti kohdentuvat, kokevat tilanteessa enemmän ahdistusta.

Lisääntymisen haasteista tai lapsettomuushoidoista puhuminen on koettu haastavaksi työyhteisöissä ja tämä on koettu työssä kuormitusta aiheuttavana tekijänä (Collins 2019; Durmazoglu & Tokat 2019; Finamore ym. 2007; Gramillet ym. 2022). Finamore ym. (2007) tutkimuksessa tutkittiin tekijöitä, jotka vaikuttivat siihen, kertoiko lapsettomuushoidoissa käyvä hoidosta työpaikalla. 43 % tutkimukseen osallistujista ei ollut kertonut lapsettomuushoidoista työpaikalla ja kertomisen selkeimmäksi esteeksi koettiin oman yksityisyyden suojeleminen. Kertomisen esteiksi koettiin myös muun muassa tarve suojella puolison yksityisyyttä, pelko omien ylenemismahdollisuuksien heikkenemisestä, aiheeseen liittyvä häpeän tunne sekä toive siitä, että ei halua erityiskohtelua, ohjeita tai sympatiaa työyhteisössä (Finamore ym. 2007). Kertomisen esteenä on myös nähty epävarmuus esihenkilöiden suhtautumisesta hedelmöityshoitoihin sekä hoidoista ja sen sivuvaikutuksista aiheutuviin poissaoloihin sekä huoli, ettei työpaikalla tuettaisi tai lapsettomuushoitoihin ei ole luotu käytäntöjä (Collins 2019; Finamore ym. 2007).

Mikäli lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista on valittu tai on ollut mahdollisuus puhua työyhteisössä, se on koettu helpottavan oloa ja parantaneen työnlaatua (Gramillet ym. 2022; Ichikawa ym. 2020). Ichikawa ym. (2020) tutkimukseen osallistujista 55 % oli kertonut työpaikallaan lapsettomuushoidoista ja heistä 70 % oli kokenut, että vastaanotto oli ollut ymmärtäväinen. Puhumisen mahdollisuutta edistävänä tekijänä on nähty vakaa ammatillinen asema, läheinen suhde esihenkilöön tai naiseshenkilö, jonka koettiin ymmärtävän paremmin tilannetta ja olevan empaattisempi kuuntelija (Finamore ym. 2007; Durmazoglu & Tokat 2019; Gramillet ym. 2022). Toisaalta kertominen nähtiin myös olevan edellytyksenä kesken työpäivien hoitokäynneille lähtemiselle (Finamore ym. 2007; Gramillet ym. 2022). Mitä enemmän hoidoissa käyvä oli poissa töistä, sitä todennäköisemmin hän halusi kertoa hoidoista työpaikalla. Kollegoille kertomisessa edistävänä tekijänä on nähty myös hyvä suhde kolleegaan, halu olla rehellinen ja ajatus siitä, että kollega saattaisi joka tapauksessa havaita lapsettomuushoidoissa käyvän muuttuvia tunnereaktioita (Finamore ym. 2007). Mielenkiintoista oli, että Finamoren ym. (2007) tutkimuksessa todettiin, että korkeammin koulutetut kertoivat harvemmin hoidoistaan. Tämä saattoi johtua siitä, että heillä oli enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa töihinsä ja joustavammat työaikataulut, mikä mahdollisti hoidoissa käymisen ilman kertomista.

Ichikawa ym. (2020) tutkimuksessa osallistujat raportoivat, että 87,5 % yrityksistä, joissa naiset työskentelivät, ei ollut mitään systeemiä tukea lapsettomuushoidoissa käyviä naisia. Paynen ym. (2018) tutkimuksessa 23 % osallistujista raportoi, että heidän työpaikallaan oli käytäntöjä lapsettomuushoitoihin liittyen. Käytännöt vaihtelivat kuitenkin paljon, ja osassa määriteltiin

vain, että lapsettomuushoidoissa käyminen on otettava palkattomana vapaana. Muun muassa Japanissa the Ministry of Health, Labor and Welfare on luonut vuonna 2020 myös ohjeistuksen työpaikoille, jonka avulla voi tukea lapsettomuushoidoissa käyvän työssä käymistä hoitojen aikana.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella tahattomasti lapsettomien työkyvyn kokemuksia lapsettomuushoitajien aikana. Tutkimus voi myös auttaa tunnistamaan tekijöitä, joilla voidaan tukea lapsettomuushoidoissa käyvien työkykyä työpaikoilla.

Tutkimuskysymys on: Millaisia työkyvyn kokemuksia tahattomasti lapsettomilla on lapsettomuushoitajien aikana?

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Aineisto

Tutkimuksen aineistona käytettiin Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n keräämän kyselytutkimuksen avoimia vastauksia. Kyselytutkimuksessa kerättiin tietoa tahattomasti lapsettomien työelämäkokemuksista ja työelämässä koetusta syrjinnästä viimeisen viiden vuoden ajalta. Rajasin aineiston tutkimukseen siten, että tekstimuotoiset vastaukset, joissa kuvattiin omakohtaisia lapsettomuushoitojen aikaisia työkyvyn kokemuksia, otettiin mukaan analyysiin. Jätin analyysin ulkopuolelle vastaukset, jotka eivät olleet relevantteja tutkimusongelman kannalta. Lisäksi rajasin käyttämästäni aineistosta pois lyhyet, yhden lauseen pituiset tai sitä lyhyemmät vastaukset.

Simpukka ry:n ennalta kerätty aineisto vastasi tutkimuksellisia intressejäni, jonka vuoksi päädyin valmiin aineiston käyttöön. Aineisto luovutettiin käyttööni syyskuussa 2023. Aineiston luovuttamista ennen allekirjoitin yhdistyksen yhteyshenkilön kanssa aineistonkäyttösopimuksen, jossa sovittiin aineiston hallintaan ja säilyttämiseen liittyvistä tekijöistä. Aineisto oli ennakoon pseudonymisoitu ja aineisto luovutettiin word- ja excel-tiedostoina.

Kyselytutkimuksen tiedonkeruu oli toteutettu surveypal-verkkokyselyllä 17.3.2021–11.4.2021 välisenä aikana. Tutkimusta oli mainostettu Simpukka ry:n verkkosivuilla ja sosiaalisen median kanavissa; Instagramissa, Facebookissa, Twitterissä ja LinkedInissä sekä yhdistyksen yksityisissä Facebook-ryhmissä. Kyselylomakkeen suunnittelussa hyödynnettiin testiryhmää, joka kommentoi ja arvioi kyselyn toimivuutta ennen sen käytäntöön ottamista. Hirsjärven ym. (2019, 195-204) mukaan kyselylomakkeen huolellinen suunnittelu ja sen kokeileminen edistävät sen toimivuutta sekä tutkimuksen luotettavuutta.

Simpukka ry:n kyselytutkimuksessa oli hyödynnetty niin sanottua mixed methods research -lähestymistapaa (MMR), jolla pyritään keräämään niin laadullista kuin määrällistä aineistoa. Kyselytutkimus sisälsi yhteensä 19 monivalinta- ja 15 avointa kysymystä. MMR-lähestymistapa mahdollistaa sellaisten tutkimusongelmien asettamisen, joihin yksinään laadullinen tai määrällinen tutkimus ei pysty vastaamaan (Doyle ym. 2009; Hafsa 2019; Tuomi & Sarajärvi 2018, 78–80). Lisäksi sen nähdään tuovan parempaa ymmärrystä tutkimusongelmasta, kuin jompikumpi lähestymistapa yksinään, ja myös paikkaamaan niitä heikkouksia, joita

laadullinen ja määrällinen tutkimus pitävät yksinään sisällään. Toisaalta MMR-lähestymistapa on saanut myös osakseen kritiikkiä muun muassa metodologisen johdonmukaisuuden puutteista (Hafsa 2019; Tuomi & Sarajärvi 2018, 78–78).

Kyselytutkimukseen osallistui yhteensä 320 henkilöä. Tutkimuksen sisäänottokriteerinä oli tahaton lapsettomuus, mikä määriteltiin tutkimuksessa elämäntilanteena. Monivalintakysymyksillä demografisista tekijöistä kysyttiin osallistujan sukupuolta, ikäryhmää ja asuinalueita (maakunta). Osallistujista selkeä enemmistö oli naisia (97,8 %), miehiä oli 1,9 % ja yksi osallistuja oli muun sukupuolinen (0,03 %). Sukupuolen kysymyksessä vastausvaihtoehtona oli lisäksi “en halua vastata” vaihtoehto. Osallistujien ikäryhmistä suurin oli 31–40-vuotiaat (61,9 %) ja toiseksi suurin oli alle 30-vuotiaat, joita oli noin joka viidennes tutkimukseen osallistujista (22,2 %). Osallistujista 41–50-vuotiaita oli 15,3 % ja 51–61-vuotiaita 0,06 % eli vain kaksi osallistujaa, joista molemmat olivat naisia. Yli 65 vuotta täyttäneitä osallistujia ei ollut yhtäkään. Osallistujia oli kaikista maakunnista. Suurin osa osallistujista oli Uudeltamaalta (36,9 %), toiseksi eniten Pirkanmaalta (14,1 %) ja kolmanneksi eniten Varsinais-suomessa (9 %). Ahvenanmaalta osallistujia oli vain yksi (0,3 %) ja toiseksi vähiten osallistujia oli Keskipohjanmaalta sekä Kymenlaaksosta, joista molemmista kolme osallistujaa (0,9 %). Kaksi osallistujaa ilmoitti asuvansa ulkomailla, mutta asuinmaata ei tarkennettu vastausvaihtoehdoissa.

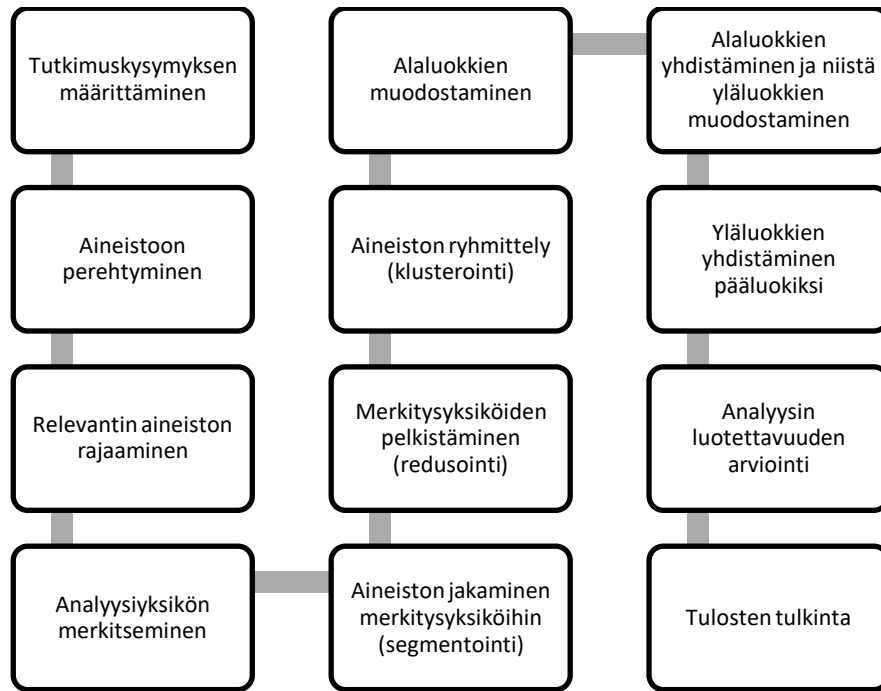
Työelämään ja koulutukseen liittyviä kysymyksiä kartoitettiin myös monivalintakysymyksillä. Ylimmäksi suoritetuksi koulutukseksi 42,8 % ilmoitti alemman korkeakoulututkinnon, 31,6 % vastaajista ylempään korkeakoulututkinnon, 19,1 % vastaajista toisen asteen tutkinnon, 3,1 % liseniaatin tai tohtorin tutkinnon ja 2,5 % opintoasteen tutkinnon. Vain yksi vastaaja vastasi koulutukseksi perusasteen tutkinnon ja kaksi ilmoitti koulutus vaihtoehdoksi “muu”. Enemmistö tutkimukseen osallistujista oli vakituisessa- (65,9 %) ja toiseksi suurin osuus määräaikaissa työsuhhteessa (14,1 % vastaajista). Perhevapaalla oli 9,4 % osallistujista, opiskelijana/opintovapaalla 3,1 %, työttömänä 2,5 % ja vuorottelu- tai sapattivapaalla 0,3 %. Loput 4,7 % osallistujista kertoi työsuhhteensa tilanteeksi “muu tilanne”, jota selvennettiin vapaavalintaisella avoimella kysymyksellä. Muun tilanteen vastaajista suurin osa oli yrittäjiä, mutta vastauksissa oli mainittu muun muassa työkyvyttömyyseläke, sairausloma tai opiskelut työn ohella. Ammattiryhmäksi yli puolet vastaajista ilmoitti olevansa työntekijöitä (56,9 %), toiseksi eniten vastaajista oli ylempiä toimihenkilöitä (18,8 %) ja kolmanneksi alempia toimihenkilöitä (13,1 %). Vastaajista suurin osa ilmoitti työnantajakseen kunnan tai kuntayhtymän (35,9 %) tai yksityisen yrityksen (35 %). Kaikki muut vastausvaihtoehdot, kuten valtio ja järjestö saivat alle 10

% (valtio 6,3 %, järjestö 6,3 %). Viimeisessä kysymyksessä kartoitettiin vuorotyötä, jota ilmoitti tekevänsä 24,4 % eli noin joka neljäs osallistuja. Vuorotyöksi määriteltiin, että työvuorot sijoittuvat myös iltoihin, öihin ja viikonloppuihin.

5.2 Induktiivinen sisällönanalyysi

Tutkimuksessa hyödynnetään analyysimenetelmänä induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on yksi yleisimmin sovelletuista laadullisen aineiston analyysimenetelmistä, sillä se soveltuu monenlaiseen laadulliseen tutkimukseen ja erilaisten aineistojen analyysiin (Puusa 2020, 148; Tuusa & Sarajärvi 2018, 117). Sisällönanalyysissa pyrkimyksenä on saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysia on kuitenkin myös kritisoitu muun muassa sen keskeneräisyydestä. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2018, 117) usein järjestetty aineisto esitellään tutkimuksen tuloksena, jolloin aineiston analysointi on jätetty keskeneräiseksi, eikä aineistosta ole tehty mielekkäitä tulkintoja ja johtopäätöksiä. Sisällönanalyysia voidaan kuvata myös väljänä metodisena viitekehyksenä, jolloin se ymmärretään yksittäisen menetelmän sijasta tarkoituksenmukaisena viitekehyksenä, minkä avulla voidaan tarkastella ilmiötä monipuolisesti.

Induktiivisen sisällönanalyysin tavoitteena on pyrkiä luomaan hajanaisesta aineistosta selkeä ja yhtenäinen kokonaisuus, kadottamatta kuitenkaan sen keskeistä sisältöä, ja mahdollistamaan lopulta johtopäätösten tekeminen (Puusa 2020, 148–149). Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet, joita on toteutettu tämän tutkimuksen analyysissa, on esitetty alla olevassa kuvassa (kuva 6) (Schreier 2012).



KUVA 6: Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet (Schreier 2012)

5.3 Aineiston käsittely ja analyysin vaiheet

Etenin analyysissäni Schreierin (2012, kuva 6) induktiivisen sisällönanalyysin vaiheiden mukaisesti. Tutkimuskysymyksen määrittämisen jälkeen perehdyin aineistoon ja luin sen kokonaisuudessaan läpi useamman kerran. Tämän jälkeen lähdin toteuttamaan relevantin aineiston rajausta. Aineistoon rajasin mukaan tekstimuotoiset vastaukset, joissa kuvattiin omakohtaisia lapsettomuushoitajien aikaisia työkyvyn kokemuksia. Huomioitavaa muun muassa on, että kyselytutkimuksen kaikki osallistujat ovat olleet tahattomasti lapsettomia, mutta lapsettomuushoitajien läpikäyminen ei ole ollut tutkimuksen sisäänottokriteerinä. Tästä syystä aineistoon on rajattu vastaukset, joissa on mainittu käynnissä olevat lapsettomuushoidot. Relevantista aineistosta poissulkukriteerinä oli myös liian lyhyet, yhden lauseen pituiset tai sitä lyhyemmät, vastaukset. Lopulliseen aineistoon rajautui yhteensä 170 vastausta 11 avoimen kysymyksen alta. Avoinet kysymykset esitetään alla.

1. Kerro omin sanoin, millaista syrjintää olet kokenut? (edeltävä kysymys: Oletko viimeisen vuoden aikana kokenut syrjintää työelämässä tahattomaan lapsettomuuteen liittyen?)

2. Jos vastasit kyllä, millä tavoin tahaton lapsettomuus on vaikuttanut työkykyysi? (edeltävä kysymys: Koetko tahattoman lapsettomuuden vaikuttaneen työkykyysi?)
3. Jos vastasit kyllä, millä tavalla tahaton lapsettomuus on vaikuttanut urasuunnitelmiisi tai -kehitykseen?
4. Oletko joutunut pitämään sairauslomaa tahattomaan lapsettomuuteen liittyvän psyykkisen kuormituksen vuoksi viimeisen viiden vuoden aikana? Voit täydentää vastaustasi tässä.
5. Millaisia ongelmia lapsettomuushoitojen ja työn yhteensovittamisessa olet kokenut omalla kohdallasi?
6. Millaisia hyviä käytäntöjä työyhteisössäsi on/on ollut työn ja lapsettomuushoitojen yhteensovittamiseen?
7. Mikä edistäisi tai olisi edistänyt työn ja lapsettomuushoitojen yhteensovittamista kohdallasi?
8. Kuinka tieto on otettu vastaan ja kuinka se on huomioitu? Voit tässä kertoa myös kokemuksistasi aiemmissa työpaikoissasi. (edeltävä kysymys: Oletko ottanut lapsettomuuden puheeksi työpaikallasi?)
9. Jos et ole puhunut lapsettomuudesta lainkaan työpaikallasi, miksi?
10. Kuinka toivoisit, että työpaikan johto (ml. HR), esihenkilö ja työyhteisö huomioisivat tahattomasti lapsettomat työpaikalla?
11. Haluaisitko vielä sanoa jotain?

Tämän jälkeen merkitsin jokaisen kysymyksen omaksi analyysiyksiköksi (1-11) ja lähdin segmentoimaan aineistoa eli jakamaan aineistoa merkitysyksiköiksi. Analyysi- ja merkitysyksiköiden numeroita on käytetty myös tunnistetietona suorissa lainauksissa. Tämän jälkeen redusoin eli pelkistin merkitysyksiköt. Pelkistämisen jälkeen etsin pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja muodostin alaluokat. Alaluokkia muodostui yhteensä 17. Alaluokat yhdistin seitsemäksi yläluokaksi, jotka jaoin kahteen pääluokkaan. Lopussa toteutin analyysin luotettavuuden arvioinnin ja tulosten tulkinnan ja raportoinnin. Tulosten raportointi vaiheessa poistin vielä kaikki tunnistetiedot sitaattilainauksista. Esimerkki analyysin teosta on esitetty alla olevassa kuvassa (taulukko 1).

TAULUKKO 1: Esimerkki sisällönanalyysistä.

Analyysiyksikkö ja kysymys	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
2. Jos vastasit kyllä, millä tavalla tahaton lapsettomuus on vaikuttanut työkykyysi?	[2.9] “Myös ehkäisyttä olo pahentaa huomattavasti kuukautiskipuja...”	Kuukautiskivut	Kipu ja muut fyysiset oireet	Haasteet jaksamisessa	Työssä suoriutuminen

5.4 Tutkijan esiymmärrys

Aineistolähtöisessä analyysitavassa tutkijan tulee pyrkiä lukemaan aineistoa mahdollisimman avoimesti ilman, että teoreettiset ennalta määritellyt näkökulmat tai tutkijan omat tiedot, havainnot tai kokemukset vaikuttaisivat aineiston lukemiseen ja siihen suhtautumiseen (Tuomi & Sarajärvi 2018, Puusa 2020, 149–152). Tästä huolimatta laadullisessa tutkimuksessa tunnustetaan, että tutkimusta on vaikeaa toteuttaa täysin objektiivisesti. Muun muassa tutkijan arvot, käytetyt käsitteet, tutkimusasetelma sekä -menetelmät vaikuttavat analyysin tekoon ja tutkimuksen tuloksiin (Hirsjärvi ym. 2010, 161; Tuomi ja Sarajärvi 2018, 109).

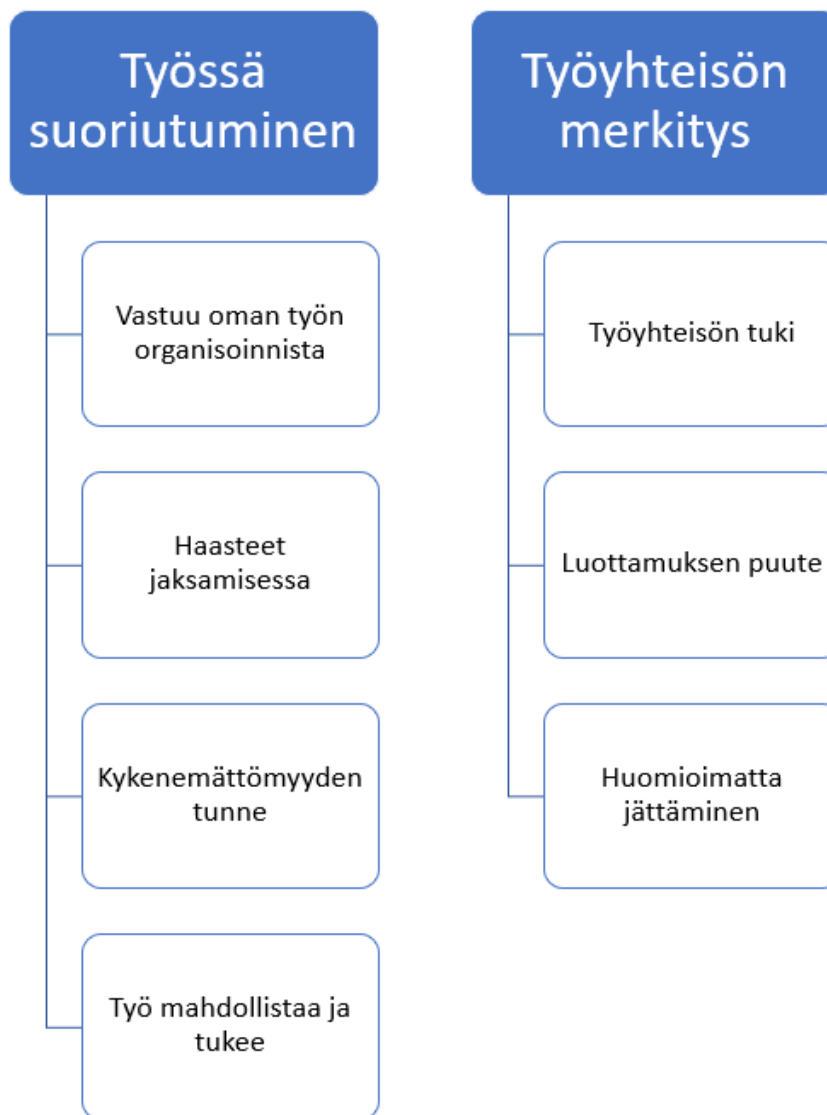
Ontologisella erittelyllä, eli tutkijan omien ennakkokäsitysten auki kirjoittamisella, sekä analyysin aikana ennakkokäsityksiin tiedostavalla suhtautumisella pyritään lisäämään tutkijan objektiivisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109). Kainulaisen ja Honkatakian (2021, 116) mukaan vastuullisen tutkijan tulee määrittellä myös näkökulma (standpoint), josta käsin tutkimusta tehdään. Näkökulman määrittäminen liittyy siihen, että tieto on sidoksissa aina tutkijan lähtökohtiin, kokemusmaailmaan ja tarkoituksiin. Näin ollen tietoa ei voi määrittellä koskaan täysin arvovapaaksi tai neutraaliksi (Kainulainen ja Honkatukia 2021, 116).

Tämän tutkimuksen kannalta on olennaista todeta, että pro gradu -tutkielman tekijä on lapseton, eikä ole kokenut tahatonta lapsettomuutta tai lapsettomuushoitoja. Näin ollen tutkielman tekijällä ei ole omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä, jotka voisivat vaikuttaa analyysin vaiheisiin, aineiston tulkintaa ja niistä tehtäviin päätelmiin. Analyysin teossa annan siis täyden arvostuksen ja kunnioituksen tutkimukseen osallistujien kokemuksille ja pyrin tuomaan niitä esille mahdollisimman autenttisesti tulosten raportoinnissa. Aiheen sensitiivisyyden vuoksi ajattelen myös, että omien kokemusten puuttuminen mahdollistaa aiheen tutkimisen. Kun tutkija ei jaa omaa kokemusta tutkittavien kanssa, on hänen helpompi suhtautua ilmiöön tutkimuksen teon vaatimalla tavalla ilman, että omat kokemukset ja tunteet vaikeuttavat merkittävästi analyysin tekoa. Tutkijalta vaaditaan sensitiivisten aiheiden tutkimisessa tunteiden hallintaa, mutta tutkijan täydellisesti etäännytetty tunteettomuus ei ole mahdollista tai edes tavoittelemisen arvoista (Kainulainen & Honkatukia 2021, 127).

Omakohaisten kokemusten puutteesta huolimatta, tunnistan omat tietoni ilmiöstä, sekä oman iän ja sukupuolen mahdollisen vaikutuksen aiheen käsittelyyn. Olen tutustunut laajasti ilmiöön liittyvään teoriaan ja tutkimustietoon, sekä lukenut uutisointia ja julkaisuja aiheesta. Näin ollen tutkija on muodostanut ennakkokäsityksiä siitä, millaisia kokemuksia lapsettomuushoidoissa käyvillä on lapsettomuushoitojen aikana.

6 TULOKSET

Induktiivisen sisällönanalyysin pohjalta muodostui kaksi pääluokkaa: 1) Työssä suoriutuminen ja 2) Työyhteisön merkitys. Pääluokkien alle muodostui yhteensä seitsemän yläluokkaa. Yläluokat jakaantuivat jokainen edelleen 2–4 alaluokkaan. Pääluokat ja yläluokat esitellään alla olevassa kuvassa (kuva 8) ja analyysikehys kokonaisuudessaan tutkielman liitteessä (liite 1).



KUVA 8: Induktiivisen sisällönanalyysin pohjalta muodostetut pää- ja yläluokat.

6.1 Työssä suoriutuminen

Ensimmäinen pääluokka sisälsi kokemuksia, joissa kuvattiin työssä suoriutumiseen liittyviä tekijöitä lapsettomuushoitajien aikana. Tämä pääluokka jakaantui neljään yläluokkaan, joita ovat 1) Vastuu oman työn organisoinnista, 2) Haasteet jaksamisessa, 3) Kykenemättömyyden tunne ja 4) Työ mahdollistaa ja tukee. Jokainen yläluokkaa jakautui myös alaluokkiin, jotka on avattu jokaisen yläluokan tulosten raportoinnin kohdalla.

Vastuu oman työn organisoinnista

Tämä yläluokka jakaantui kahteen alaluokkaan; vastuu oman työtehtävien ja aikataulujen organisoinnista ja epäreilu kohtelu työn organisoinnissa. Alla olen esitellyt tämän yläluokan tuloksia.

Lapsettomuushoitajiin liittyvät käynnit aiheuttivat poissaoloja töistä. Tutkimukseen osallistujat kuvasivat, että hoitokäynnit tulevat usein lyhyellä varoitusajalla ja käyntejä oli haastava ennakoida. Käyntiaikoihin ei useinkaan tarjottu vaihtoehtoja tai mahdollisuutta vaikuttaa. Ennakoimattomien poissaolojen seurauksena työntekijältä vaadittiin työtehtävien ja -aikataulujen uudelleenjärjestelyä. Uudelleenjärjestely saattoi tarkoittaa esimerkiksi asiakasaikojen siirtämistä tai osallistumisen estymistä tärkeisiin työtapaamisiin. Lisäksi käyntien ennakoimattomuuden kuvattiin haastavan sitoutumista työprojekteihin ja työaikataulujen suunnittelua eteenpäin. Suunnittelun hankaluudet ja ennakoimattomat poissaolot vaikuttivat oman työkalenterin lisäksi muun muassa kollegoiden, asiakkaiden tai esimerkiksi isojen verkostojen kalentereihin. Tämän kuvattiin aiheuttavan kuormitusta, lisäävän entisestään stressiä, viemän voimavaroja sekä pitkittävän työpäiviä.

[2.46] ”Työtä on ollut välillä vaikea sovittaa yhteen hoitojen kanssa ja se on myös aiheuttanut lisästressiä.”

[5.34] ”Lapsettomuushoidot eri paikkakunnalla kuin missä asun ja työpaikka vielä kolmannella paikkakunnalla. Todella paljon vaivaa ja stressiä aikatauluista. Usein lapsettomuuspolilta tarjottiin yhtä aikaa ja se oli poikkeuksetta keskellä päivää. Koskaan ei onnistunut aamulla tai iltapäivällä jolloin olisi ollut helpompaa esim. lähteä aiemmin töistä. Todella kuluttavaa ja töissä hankala sopia

palavereiden ym aikatauluja kun lapsettomuushoitoihin liittyvät ajat tulevat niin lyhyellä aikataululla.”

Käynnit lapsettomuushoidoissa määriteltiin useimmissa työpaikoissa palkattomiksi vapaiksi. Käynneistä aiheutuvat poissaolot tuli tästä syystä useimmiten korvata. Poissaolojen korvaaminen aiheutti ylitöitä, jonka kyselyyn vastaajat kokivat usein kuormittavaksi tekijäksi. Lisäksi työtuntien paikkaaminen oli voinut vaikuttaa myös hoidoissa käymisen mahdollisuuteen.

[1.31] ”Tilalleni ei palkattu sijaista, vaan järjestelin itse työt niin, että pääsin lähtemään käynneille ja tein käynneistä johtuvia poissaoloja ylitöinä takaisin. Osittain tästä yhdistelmästä johtuen pidinkin taukoa hoidoista välillä, että sain tunnit taas nollattua.”

[5.28] ”Ramppaaminen klinikalla tuotti työaikasaldoon miinusta. Oli työn ja tuskan takana jaksaa muina päivinä kuroa miinustunnit kiinni, koska olin henkisesti ja fyysisesti niin uupunut hormonien aiheuttamista sivuoireista.”

Lapsettomuushoidoissa kävijät kuvasivat omien työaikataulujen vaikutusmahdollisuuksien vähyyttä ja siihen liittyviä haasteita. Myöhemmin tuloksissa tulee ilmi, että vapaus järjestellä omia työaikatauluja koettiin työkykyä tukevana tekijänä, kun taas päinvastoin heikot vaikutusmahdollisuudet koettiin työkykyä heikentävänä tekijä.

[2.67] ”Myös IVF:n punktioiden ajoitus on ollut haasteellista kun viime hetkellä on töissä joutunut ilmoittamaan, että ei osallistukaan johonkin tärkeään tilaisuuteen, josta minun pitäisi vastata. Myös työmatkojen (ennen koronaa) ajoitus ollut haastavaa kun on pitänyt yrittää yhdistää punktiot, piikitysajat ja työmatkojen päivämäärät, joihin ei itse pysty vaikuttamaan. Olen esim. piikittänyt itseäni pahassa turbulenssissa lentokoneen vessassa - veri roiskui..”

Käynneistä aiheutuvien poissaolojen tai työtehtävien muutosten takia lapsettomuushoidosta oli pakko kertoa työpaikalla, vaikka hoidoista ei muutoin olisi halunnut kertoa. Poissaolojen selittämistä muulla tavoin on kuvattu haastavaksi. Pakon edessä hoidoista kertomista kuvattiin vaikeaksi ja harmittavaksi.

[5.3] ”Se kun ”joutuu” kertomaan että on lapsettomuushoidoissa. Kun joudun välttelemään tiettyjä työtehtäviä esim sikiövaarallisia kemikaaleja käsittely. Muut kyselee miksi vaihdan työpistettä ja koen että on pakko vastata.”

[5.9] ”...poissaolojen syy oli lopulta kerrottava, vaikka en olisi välttämättä halunnut.”

Aineistossa oli useita kuvauksia siitä, että lapsettomat sivuutettiin tai heitä kohdeltiin epäoikeudenmukaisesti työn järjestelyissä, kuten työvuorojen ja lomien sopimisessa. Tutkittavat nostavat esiin, että lomien järjestelyissä perheelliset olivat usein etusijalla ja tämä oli saatettu tuoda ilmi selkeästi myös esihenkilön tai työyhteisön keskusteluissa ja asenneilmapiirissä. Tämä koettiin usein epäoikeudenmukaisena ja sillä oli vaikutuksia työssä jaksamiseen ja työmotivaatioon. Myös työvuorojen sopimiseen liittyi aineiston perusteella eriarvoisuutta ja lapsettomilta odotettiin esimerkiksi joustavuutta muun muassa työvuorojen vaihdoissa.

[1.33] ”Työntekijät, joilla lapsia, perustelevat lomatarpeet lasten lomien mukaan ja nämä toiveet painavat enemmän esimiehillä päätösten teossa, kuin esimerkiksi se että lapseton haluaa loman samaan kohtaan. Voi olla, että loman saa lapsetonkin samalle ajanjaksolle, mutta tuodaan puheen tasolla ilmi, että perheellisten toiveet ovat ns. hyväksytympiä.”

[2.124] ”...lapsettomuudesta/lapsettomuushoidoista johtuva syrjintä työtehtävien jaossa on puolestaan vaikuttanut jaksamiseeni/motivaatiooni töissä ja täten myös työkykyyni.”

Oma työn organisointiin liittyen kokemuksissa kuvattiin myös, että esihenkilö ei ollut puuttunut tai huomionnut työhön liittyvissä järjestelyissä lapsettomuushoidoissa kävijää. Työtehtäviä ei myöskään järjestelty uudestaan, vaikka työntekijän jaksamisessa oli ollut haasteita. Vastuu työhön liittyvistä järjestelyistä oli tällöinkin työntekijällä.

[1.20] Työkaverini perusteli työtehtävien jakamista ja toimenkuvia sillä, että hänellä on perhe. Hän kertoi, ettei voi panostaa samalla tavalla työhön kuin minä. Minun piti siis hoitaa vaikeammat ja tylsemät työtehtävät. Hän perusteli työteh-

tävien jakoa myös synnytyksen jälkeisellä masennuksella vielä vuosia sairastumisen jälkeen. Esimies ei järjestellyt työtehtäviä uudelleen edes siinä vaiheessa, kun minulla oli työuupumusta.”

Kuitenkin aikaisemmista eriävänä tuloksena kokemuksissa kuvattiin myös sitä, että esihenkilö ei ole mahdollistanut vaativimpiin tehtäviin etenemistä tai uusia haasteita työssä vedoten työntekijän jaksamisen haasteisiin lapsettomuushoitoihin liittyen. Alla olevassa kuvauksessa käy ilmi, että tutkittava itse koki, että haasteet tukisivat hänen jaksamistaan töissä, mutta esihenkilön näkökanta asiaan on ollut päinvastainen. Tällöin vastuuta ei siis annettu työntekijälle tai työntekijään ei ole luotettu työtehtävien järjestelyssä.

[1.35] ”Työtehtävien vaihtaminen vaativimpiin ei ole onnistunut, vedotaan siihen kun jaksamisessa haasteita ja tuleeko rankkoja jaksoja olemaan hoitojen vuoksi. Toisaalta tottakin, mutta toisaalta uudet haasteet voisivat vain tukea työssä jaksamista.”

Haasteet jaksamisessa

Lapsettomuushoitoprosessin, hoidoista aiheutuvien oireiden sekä epäonnistuneiden hoitojen kuvattiin hankaloittavan työssä jaksamista. Tämä yläluokka jakaantui neljään alaluokkaan; kipu ja muut fyysiset oireet, voimavarojen vähyys, keskittymisen hankaluudet ja sairasloman tarve.

Lapsettomuushoidoissa käyvät kokivat paljon erilaisia fyysisiä oireita. Hormonihoitoihin liittyvän lääkityksen kuvattiin muun muassa väsyttävän ja aiheuttavan huonovointisuutta ja kuumetta. Ehkäisyyttä oleminen oli saattanut pahentaa kuukautiskipuja tai migreeniä. Keskenmenoihin liittyi verenvuotoa, mikä oli saattanut alkaa yllättäen työpäivän aikana.

[2.9] ”Myös ehkäisyyttä olo pahentaa huomattavasti kuukautiskipuja joiden takia joka kuukausi vähintään viikon poissaoloa.”

[2.29] ”Yksi pahimmista tilanteista on ollut huomata pilalle mennyt hoito vessassa 2min ennen koko päivän opetuksen alkua. En muista miten selvisin.”

Hoidoista aiheutui myös erilaisia kipuja ja turvotusta, ja erityisesti vatsan alueen kivut ja turvotus koettiin epämiellyttäväksi ja tukalaksi työpäivien aikana. Kuvauksissa ilmenee, että hoitoihin liittyviä kipuja aiheuttivat erityisesti munasolujen kasvatus ja punktiot eli munasolujen keräys. Kipurien koettiin myös vaikuttaneet työtehtävistä suoriutumiseen. Erityisesti fyysiset työtehtävät, kuten tavaroiden nostaminen, vaikeutuivat kipujen takia.

[5.38] ”...munasolukasvatuksen aikana ja punktioiden jälkeinen turvotus ja kipu vaikuttivat fyysisiin tehtäviin.”

Fyysisten oireiden lisäksi kokemuksissa kuvattiin erilaisia psyykkisiä oireita. Hoitojen vaikutuksia psyykkiseen jaksamiseen kuvattiin usein raskaimmaksi osaksi lapsettomuushoitoja. Tahatonta lapsettomuutta kuvattiin henkilökohtaiseksi kriisiksi ja siihen liittyvän surun ja huolen kuvattiin viemän henkisiä voimavaroja ja vaikuttavan tätä kautta työssä jaksamiseen. Voimavarojen vähyden vuoksi työstä suoriutumista kuvattiin haastavaksi. Työpäivistä ja työtehtävistä selviytyminen vaati erityisiä ponnisteluja.

[2.188] ”Voimavarat kuluvat nopeammin ja työpäivät voivat olla kuluttavia, kun joutuu ponnistelemaan jaksamisen eteen (esim. aamulla inseminaatio, jonka jälkeen iltavuoroon töihin tuntuu todella raskaalta ja kuluttavalta.”

[2.45] ”Vuosia jatkuneet hoidot ja keskenmenot ovat aiheuttaneet paljon huolta, stressiä ja surua, mikä on vaikeuttanut jaksamista kiireisessä työssä.”

Kokemuksissa kuvattiin myös lapsettomuushoitojen aikana koettua masennusta, ahdistusta, uupumusta sekä työuupumusta. Uupumuksen kuvauksissa lapsettomuushoitojen lisäksi selittävinä tekijöinä mainittiin kuormittava elämäntilanne sekä työpaineet. Uupumuksen kuvattiin usein johtuvan näiden kolmen yhdistelmästä. Työstä suoriutumista uupuneena tai masentuneena kuvattiin jokapäiväisenä sinnittelynä ja selviytymisenä.

[2.81] ”Lisäksi lapsettomuus oli jatkuvasti suurena suruna, pelkona ja masennuksena mielessä, minua väsyttämässä. Ilo ja tarmo olivat hoitojen ajaksi kadonneet elämästä...”

[2.116] ”Olen ollut todella uupunut. Lapsettomuushoidot ja lapsettomuuden aiheuttama kriisi näkyy jaksamisessa työssä.”

Lapsettomuushoitoihin liittyi aineiston perusteella myös sairaslomia. Osa lapsettomuushoitojen vaiheista, kuten munasolujen keräys eli punktio, aiheuttaa suoraan tai välillisesti tilapäistä työkyvyttömyyttä, jolloin lääkäri voi kirjoittaa sairauspoissaolotodistuksen työnantajalle. Kuvauksissa esiintyi myös muita sairasloman tarpeita. Epäonnistumiset hoidoissa, kuten raskaaksi tulemisen epäonnistumiset ja keskenmenot, johtivat tarpeeseen pitää sairaslomaan. Lisäksi aikaisemmin kuvatut uupumus ja masennusoireet johtivat pitkienkin sairaslomien tarpeeseen.

[2.25] ”Epäonnistuneen hoitokierroksen jälkeen tarvitsin muutaman päivän sairaslomaa.”

[2.75] ”Raskaat hoidot ja raskas elämäntilanne yhdistettynä työpaineisiin pakottivat pitkälle sairauslomalle viime vuonna. Syyksi kirjattiin masennus.”

Tutkittavat kokivat itsensä hoitojen aikana myös ärtyisemmiksi ja itkuherkemmiksi. Mielialojen koettiin olevan ailahtelevia. Itkuisuuden kuvattiin myös hallitsevan päiviä. Itkuisuus oli ennakoiomatonta ja kokemuksissa kuvattiin, että itku saattoi tulla hallitsemattomasti erilaisissa tilanteissa työpäivän aikana. Itkun hallitsemattomuuden kuvattiin aiheuttavan myös pelkoa ja jännitystä.

[2.109] ”On päiviä, jolloin olen etätyössä itkenyt tunteja koneen edessä kykenemättä tekemään oikein mitään. Tämä on kuitenkin kausittaista.”

[2.36] ”Hoitojen aikana pelkäsin myös välillä, että alkaisin itkemään töissä.”

Lapsettomuushoidoissa käyvät kuvasivat työpäivien aikana tapahtuvaa ajatusten harhailua ja keskittymisen haasteita. Keskittymisen haasteet liittyivät muun muassa hoitojen aiheuttamaan väsymykseen, tyytymättömyyteen hoitojen etenemisestä tai koettuihin epäonnistumisiin hoidoissa. Myös hoitojen jännittämisen, hoidon seuraavan vaiheen tai tiedon hoidon onnistumisesta odottamisen kuvattiin vaikuttavan töihin keskittymiseen heikentävästi.

[2.61] ”Olen todella väsynyt enkä pysty keskittymään niin hyvin kuin aiemmin.”

[2.63] ”Keskittyminen kärsii silti kun odottaa vastausta viesteihin ja jännittää ovatko alkiot selvinneet viljelystä.”

Kykenemättömyyden tunne

Tämä yläluokka jakaantui kolmeen alaluokkaan; riittämättömyyden tunne, oman tilanteen vertaaminen ja hankaluus tehdä muutoksia. Lapsettomuushoidoissa käyvät kokivat riittämättömyyden tunteita työssään. Kokemuksissa kuvattiin muun muassa ajatuksia, että lapsettomana pitäisi jaksaa töissä paremmin ja tehdä enemmän verrattuna niihin työntekijöihin, joilla on lapsia. Kokemuksissa nousi myös esille huoli siitä, että hoidot vaikuttavat ja näkyvät työn suorituksessa. Työn suoritukseen liittyen nostettiin negatiivisia kokemuksia oman työn tehokkuudesta ja tarkkuudesta sekä oman panoksen antamisesta. Kokemuksissa nousee esiin vertailua työntekijän aikaisempaan suoriutumiseen tai ajatuksiin työnteon standardista.

[2.66] ”Yleensä olen tehokas ja tarkka, mutta koen, että lapsettomuushoitajien aikana en ole pystynyt antamaan parastani...”

[8.20] ”...[esihenkilö] tsemppasi, että ei huomannut niiden [lapsettomuushoitajien] vaikuttavan minun suoriutumiseeni töistä, kun itse kriiseilin asiaa.”

Kokemuksissa nousi myös esille kyvyttömyys ymmärtää tai asettua työn kohteiden, kuten potilaiden tai asiakkaiden, asemaan. Kyvyttömyyteen liittyi oman lapsettomuushoidoissa käymisen kokemuksen vertaaminen muihin tai omasta tilanteesta muistuttavat asiat. Tämä esiintyi esimerkiksi vaikeutena kohdata raskaana olevia asiakkaita tai vaikeuksia ymmärtää vanhempia, joiden lapsi ei ollut toivottu. Myös lapsien kanssa työskentely koettiin kuormittavana ja hankalana.

[2.12] ”Työssäni on välillä vaikea asettua vanhempien asemaan, joille oma lapsi ei aina ole toivottu ja varsinkin jos se näkyy lapsen hoidossa.”

[2.37] ”Minun oli myös hankala kohdata raskaana olevia asiakkaita.”

Oma kuormittava elämäntilanne vaikutti myös siihen, että muiden ongelmat tuntuivat pieneltä oman elämäntilanteen rinnalla:

[5.40] ”Ja kun punktion jälkeen heti koitin puhua työpuhelua niin en oikein jaksanut kuunnella ihmisten pikku ongelmia.”

[10.11] ”Se ettei lapsista ja vanhemmuudesta valitettaisi ja voivoteltaisi yleisissä keskusteluissa. Ne ovat kaikkein vaikeimpia tilanteita, kun itse tekisi vain mieli huutaa että ottaisin todellakin ne kaikki tunnin pätkissä nukutut yöt ja oksennuksen hiuksissa riemusta kiljuen vastaan.”

Kyvyttömyys liittyi myös hankaluuteen tehdä uraan liittyviä suunnitelmia ja muutoksia. Tutkimukseen osallistujat kuvasivat, että lapsettomuushoidot vaikuttavat urasuunnitelmiin ja esimerkiksi työpaikan vaihtoon, vaikka oma työ tuntui kuormittavalta tai merkityksettömältä. Myös kansainvälisten tehtävien vastaanottaminen tai lisäkouluttautumisen aloittaminen oli estynyt lapsettomuushoitojen seurauksena. Lapsen saamisen kuvattiin olevan tärkein projekti, jolloin työ oli menettänyt merkitystään.

[3.23] ”Kun omassa elämässä on hankalaa, tuntuu töissä suurten askelten eteenpäin ottaminen tai vaativampiin tehtäviin tarttuminen liian kuormittavalta. Lapsettomuus vaikuttaa myös siihen, ettei työpaikkaa tule vaihdettua vaikka ehkä haluaisi. Uuden työn aloittaminen tuntuu myös liian kuormittavalta, ja koko ajan kuitenkin pitää yllä toivoa hoitojen onnistumisesta ja äitiyslomalle pääsystä.”

[3.39] ”Työ on myös alkanut tuntua merkityksettömältä, mutta ei ole voimavaroja lähteä opiskelemaan uutta ammattia tai keksiä missä omaa osaamista voisi hyödyntää.”

Työ mahdollistaa ja tukee

Tämä yläluokka jakaantui kahteen alaluokkaan; joustava työ ja työ tarjoaa muuta ajateltavaa. Joustavan työn ja työssä koetun autonomian kuvattiin tukevan lapsettomuushoidoissa käyvän työkykyä. Esimerkiksi työaikojen liukumat, mahdollisuus etätöihin ja vapaus järjestellä omat työaikataulut mahdollistivat työpäivien aikana lapsettomuushoidoissa sujuvan käymisen. Kokemuksissa kuvattiin, että työn joustavuus mahdollisti hoidoissa käymisen myös ilman erillistä ilmoitusta. Tämä mahdollisti myös sen, että lapsettomuushoidoissa käyvä saa itse valita haluaako kertoa työpaikalla lapsettomuushoidoista.

[6.24] ”Onneksi minulla on joustavat työajat niin pystyn paikkaamaan poissaoloja ilman, että joudun niistä muille kertomaan.”

[6.17] ”Joustava ja liukuva työaika on ollut pelastus, ja se ettei poissaolojen syytä ole useinkaan tarvinnut kertoa. Voin tehdä ne tunnit sisään, mitkä joudun esim. lääkärikäyntien takia olemaan pois.”

Joustava työ mahdollisti lisäksi poissaolojen minimoimisen. Lisäksi kokemuksissa kuvattiin, että etätyöt mahdollistivat työnteon myös silloin, kun hoidoista aiheutui esimerkiksi kipuja tai huonovointisuutta. Tällöin fyysisesti työpaikalle menemisen sijaan työt voitiin hoitaa etänä.

[6.38] ”Etätyö myös helpotti sitä, että en ottanut punktioista kuin yhden vapaapäivän, koska tiesin että voin tehdä kotoa käsin töitä vaikka sängyssä maaten jos vointini sitä vaatii.”

Työn koettiin tarjoavan lapsettomuushoidoissa käyvälle myös huomion kiinnittymistä muihin asioihin kuin lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin liittyviin ajatuksiin. Työn ja työtehtävien kuvattiin tarjoavan myös onnistumisen kokemuksia.

[2.89] ”...toisaalta työelämä on tarjonnut samalla pakopaikan näistä ajatuksista ja muuta ajateltavaa päiviin ja myös onnistumisen tuntemuksia työelämän kautta.”

6.2 Työyhteisön merkitys

Toinen pääluokka sisälsi työyhteisöön liittyviä kokemuksia. Pääluokka jakaantui kolmeen yläluokkaan, joita ovat 1) Työyhteisön tuki, 2) Luottamuksen puute ja 3) Huomioimatta jättäminen.

Työyhteisön tuki

Tämä yläluokka jakaantui edelleen kahteen alaluokkaan; työkavereiden apu ja tuki sekä positiivinen kokemus hoidoista kertomisesta. Työyhteisön koettiin olevan apuna työn ja hoitojen yhteensovittamisessa. Kollegat auttoivat tai hoitivat lapsettomuushoidoissa käyvän puolesta

raskaampia työtehtäviä. Työyhteisön jäsenet mahdollistivat hoidoissa käymisen myös vaihtamalla työvuoroja tai tarjoamalla esimerkiksi autoa lainaan, jolloin hoitoihin oli mahdollista lähteä kesken työpäivän. Näin oli toimittu myös tilanteissa, joissa esihenkilön ei koettu tarjoavan tukea työtehtävien uudelleenjärjestelyyn. Joissain kuvauksissa myös esihenkilö oli tuurannut työtehtävissä. Kuvauksissa mainittiin, että hoitoihin lähteminen ei olisi ollut mahdollista ajoittain ilman kollegoiden apua.

[5.30] ”Ajoittain hoitoihin pääseminen ei olisi mahdollista ilman työkavereiden apua ja tuuraamista.”

Kokemuksia yhdisti se, että kollegat ovat olleet tietoisia hoidoista. Joustamisen ja auttamisen ehtona nähtiin, että kollegat tiesivät mistä poissaolot johtuvat.

[6.3] ”Tiimikaverini ovat suhtautuneet asiaan ymmärtäväisesti ja pyrkivät auttamaan minua mahdollisuuksien mukaan, jotta pääsen irtautumaan työstä käyntejä varten. Jos en olisi kertonut lapsettomuushoidoista avoimesti, tuntuisi vaikeammalta järjestää poissaoloja, sillä mieltäisin vain että työkaverit pitävät jatkuvia poissaoloja heidän kiusaamisena. Kun he tietävät mistä on kyse, he ovat valmiita joustamaan ja auttamaan.”

Työyhteisöä oli kuvattu myös voimavarana lapsettomuushoitoprosessissa. Kollegat olivat tsempanneet, tukeneet ja huolehtineet lapsettomuushoidoissa käyvän jaksamisesta. Kokemuksissa nostettiin esille myös kollegoiden myötäelämistä.

[6.2] ”Edellisessä työpaikassa työkaverit olivat todella sydämellisiä. Löysin heidän kerran itkemästä vessasta minun keskenmeno. Eivät halunneet itkeä minun nähden, että jaksaisin selvitä päivästä.”

[8.12] ”Lisäksi kaksi työkaveria on tienneet jo hoitojen aikana, jännittäneet mukana ovulaatio ja raskaustestejä. Tsempanneet käynneille.”

Työkykyä tukevana tekijä koettiin hoidoista kertomista työyhteisössä. Kertomiseen oli usein liittynyt kokemus luottamuksesta kollegoiden tai esihenkilön välillä. Kokemuksissa kuvattiin

helpotuksen tunnetta, joka liittyi kertomisen jälkeisestä ymmärretyksi tulemisen tunteesta. Lisäksi kollegoiden tai esihenkilön empaattinen, välittävä ja kannustava suhtautuminen oli lisännyt tunnetta siitä, että henkinen kuorma oli vähentynyt ja omaa tilannetta ei tarvinnut selitellä, peitellä tai salailla.

[8.5] ”Ne joiden kanssa olen asiasta puhunut ovat kuunnelleet ja tukeneet. Minulle oli tärkeää että sain kertoa missä mennään, jotta huonoina päivinä ei tarvinnut selitellä asiaa enempää.”

[8.27] ”...oma henkinen kuorma keveni kun työyhteisössä saikin avoimesti puhua hoidoista.”

Kertomiseen oli myös liittynyt, että työyhteisöstä oli saatu vertaistukea. Vertaistuki oli liittynyt esihenkilön tai kollegan omiin kokemuksiin lapsettomuushoidoista, jotka oli tuotu ilmi keskustelussa. Vertaisten kanssa keskustelua oli kuvattu omaa oloa helpottavaksi ja vertaisen ajateltiin ymmärtävän työyhteisössä omaa tilannetta parhaiten.

[8.8] ”Esimies otti asian hyvin vastaan ja kertoi omasta kokemuksestaan lapsettomuushoidoista. Osasi ymmärtää myös henkisen jaksamisen merkityksen ja kertoa, että on aivan hyväksyttävää ottaa sairauslomaa ja keskittyä omaan hyvinvointiin. Tuli ymmärretty ja turvallinen olo ja helpotti omaa olo todella paljon.”

Luottamuksen puute

Tämä yläluokka jakaantui kahteen alaluokkaan; valintana hoidoista kertomatta jättäminen ja peittäminen. Lapsettomuushoidoista oli usein valittu myös jättää kertomatta esihenkilölle tai työyhteisölle. Syynä kertomatta jättämiselle oli ollut luottamuksen puute työyhteisössä tai kokemus siitä, että omaan esihenkilöön ei luotettu. Esihenkilön ymmärtämättömyyttä lapsettomuuteen ja lapsettomuushoitoihin tai huonoa suhtautumista oli myös epäilty ja tästä syystä kertomatta jättämisestä oli pidetty selkeänä valintana. Hoitopolun alkutaipaleen oli kuvattu myös vaikuttavan valintaan kertomatta jättämisestä. Hoidoista johtuvien poissaolojen syyn salaamista oli kuvattu rasittavaksi tekijäksi työssä.

[2.113] ”Erityisen vaikeaa kun en halunnut kertoa henkilökohtaisen elämän haasteita työnantajalle koska en voinut luottaa että esimies ei levittäisi tietoa. Tämä tuntui todella kuormittavalta kun lapsettomuushoidot kestivät meillä vuosia.”

Kertomatta jättämistä perusteltiin myös sillä, että ei toivottu erilaista suhtautumista tai kohtelua töissä. Kertomatta jättämistä kuvattiin myös selviytymiskeinoja, jotta hoidoissa käyvä pysyisi työkykyisenä. Alla olevassa kuvauksessa työhaarniska -metafora antaa ymmärtää, että töissä tulee suojata ja peittää omat todelliset tunteensa ja elämäntilanne, jotta pysyisi työ- ja toimintakykyisenä.

[9.1.] ”En halunnut ottaa riskiä siitä, että minuun suhtauduttaisiin eri tavalla. Toisaalta tämä oli myös itselleni selviytymiskeino. Töissä vedin työhaarniskan ylle, jotta en hajonnut pirstaleiksi.”

Kuvauksissa oli myös mainittu, että hoidoista oli valittu kertoa vain työyhteisön jäsenille, keiden on tiennyt suhtautuvat asiaan hyvin. Erityisesti hoitojen ollessa käynnissä, oli valikointia tehty enemmän, kun taas lapsettomuushoitojen jälkeen, aiheesta oli ollut helpompi puhua. Valikoinnilla oli pyritty varmistamaan ymmärretyksi tulemisen tunne, ja välttämään mahdollista huonoa tai epäempaattista suhtautumista. Valikointiin oli saattanut kehottaa myös toinen työyhteisön jäsen.

[8.1] ”Olen kertonut vain sellaisille henkilöille, joiden olen etukäteen tiennytkin suhtautuvan kannustavasti.”

[1.26] ”Toisessa työpaikassa esihenkilöni sanoi, että älä kerro lapsettomuushoidoista tai endometrioosista isolle pomolle, koska tämä ei ymmärrä niistä mitään ja suhtautuu todella huonosti.”

Lapsettomuushoidoissa käymistä, hoidoista aiheutuvia oireita, epäonnistumisia hoidoissa ja aiheeseen liittyvää pahaa mieltä oli myös peitelty töissä. Peittelyyn oli usein liittynyt se, että hoidoista ei halunnut kertoa. Kokemuksissa nostettiin myös esille ajatus, että esimerkiksi hoidoista aiheutuva stressi tai suru ei saisi näkyä työpaikalla.

[2.86] ” Koska en ole kertonut toiveestani saada lapsi ja lapsettomuushoidoista töissä, olen joutunut peittelemään pahaa mieltäni lapsikeskustelujen aikana ja muutenkin töissä silloin kun hoitojen aikana on tullut pettymyksiä. ”

[2.97] ”Stressi kaikesta lapsettomuushoitoihin liittyen, joka ei saisi näkyä töissä. ”

Peittelyyn oli liittynyt myös tietoista toiminnan muutosta. Esimerkiksi omaa toimintaa oli muutettu sen vuoksi, ettei työyhteisössä tehdä väärinymmärryksiä tai oletuksia:

[11.3] ”Lisäksi kaikki edustustilaisuudet ja firman bileet juomisineen olivat useamman vuoden ihan kamalia, kun piti ”näytellä” juovansa, ettei kukaan luule, että olet raskaana. Yhtenä vuonna ajattelin tipattoman tammikuun olevan hyvä teko-syy, mutta silloinkin kollegat naureskelivat illallispöydässä että jokos on vatsa pyörästynyt. ”

Huomioimatta jättäminen

Tämä yläluokka jakaantui kahteen alaluokkaan; ulkopuolisuuden tunne sekä negatiivinen suhtautuminen, utelu ja kommentointi. Kokemuksissa nousi esille, että lapsettomia ei huomioitu riittävästi työyhteisöissä. Huomioimatta jättäminen lisäsi ulkopuolisuuden tunnetta. Kun työyhteisössä puhuttiin lapsista, perhe-elämästä, raskaana olemisesta ja synnyttämisestä kokivat lapsettomuushoidossa käyvät ulkopuolisuuden tunnetta. Tämä oli johtanut muun muassa sosiaalisista tilanteista vetäytymiseen ja yksinäisyyden kokemukseen työyhteisössä. Myös lapsiin liittyvät tapahtumat oli koettu epämukaviksi ja niiden järjestäminen oli vahvistanut kokemusta siitä, että tahattomasti lapsettomia ei huomioida työyhteisössä.

[2.70] ”Olen vetäytynyt pois yhteisistä ex-tempore kahvitteluista omaan huoneeseen silloin kun pelkona on ollut, että keskustelu pyörii lapsiasioissa. En ole myöskään halunnut osallistua baby shower-kahvitteluihin. Pari vuotta sitten käynnistetty ”Tuo lapsi töihin”-tapahtuma on ollut erityisen tuskallinen ja osoittaa täyttä ymmärtämättömyyttä tahattomasti lapsettomia kohtaan. Olen aina tehnyt etätöitä tuona päivänä. ”

Kokemuksissa nousi myös esille, että huomioimattomuutta oli jatkettu, vaikka lapsettomuushoidoista oli kerrottu työyhteisössä. Työyhteisön sosiaalisissa tilanteissa keskustelut pyörivät silti perheasioissa ja alla olevassa kokemuksessa nousi esiin, että lapsettomuuden surua ei ollut sopivaa surra yhdessä, vaikka muita lapsiin liittyviä tapahtumia oli iloittu yhdessä.

[8.6] ”Tieto on otettu eri tavoin vastaan, mutta ei sitä ole mitenkään huomioitu. yhä edelleen lapsiasiat pyörii lounas yms. keskusteluissa. Etätyö aikaan lapset mukana myös teams, zoom kokouksissa. Ihmiset, joilla ei ole kokemusta lapsettomuudesta eivät tajua, että ei ole kiva puhua lapsijutuista kun lapseton paikalla. Työyhteisön raskauksia yms. iloitaan ja juhlietaan yhdessä, mutta lapsettomuutta ei kuitenkaan ole hyvä surra yhdessä. Aihe saa olla vain iloinen...surut on sitten parempi surra työpsykologilla tms”

Työyhteisöissä ilmeni myös negatiivista suhtautumista lapsettomuushoidoissa käymiseen. Negatiivinen suhtautuminen ilmeni esihenkilön tai muun työyhteisön jäsenen kyseenalaistamisena, kommentoinnilla, palautteena tai vähättelynä. Hoidoissa käyvää oli myös leimattu ”rasitteeksi työyhteisölle”. Lapsettomuushoidoista johtuvien poissaolojen koettiin myös aiheuttavan jännitettä työyhteisössä. Poissaoloista annettiin myös suoraa negatiivista palautetta.

[1.30] ”Lapsettomuushoidoissa käyminen oli hyvin haastavaa ja sain työkavereiltani negatiivista palautetta toistuvista käynneistä.”

[1.25] ”Erään yrityksen toimitusjohtaja ei halunnut töihin työntekijää, joka käy läpi lapsettomuushoitoja. Tämä henkilö sanoi: ”Niistä kertyy turhia poissaoloja, ja hoidoissa käyvä ihminen on rasite työyhteisölle”. Sen jälkeen en edes halunnut tuohon firmaan töihin.”

Työyhteisössä koettua vähättelyä oli liittynyt tahattoman lapsettomuuden kokemukseen ja valintaan mennä hoitoihin. Hoitoihin menoa oli vähätelty, sillä se on nähty omana valintana, ja tästä syystä hoitojen rankkuudesta ”ei olisi ollut oikeutta” valittaa. Lapsettomuushoitoja oli vähätelty sen verukkeella, että kyseessä ei ole sairaus. Lapsettoman jaksamista oli myös verrattu perheellisten jaksamiseen.

[1.27] ”Usein myös kuulin sanoja ”et tiedä arjesta mitään”, ”et voi olla väsynyt, koska sinulla ei ole lapsia”, ”oma vika kun menitte hoitoihin, turha valittaa töissä.”

[1.40] ”Esimies on kyseenalaistanut lapsettomuuslääkärille menon. Kysynyt kun en ole sairas, niin onko pakko mennä lääkäriin?”

Esihenkilö oli myös udellut tai kysynyt suoraan lapsettomuushoitojen tilannetta, mikä oli koettu ahdistavana ja epäasiallisena. Uteluun oli liittynyt, että tilanteesta oli joko kertonut tai jättänyt kertomatta. Ensimmäinen kuvaus on tilanteesta, jossa lapsettomuushoidoista oli kerrottu, toinen taas tilanteesta, jossa hoidoista ei oltu kerrottu.

[1.8] ”Esimieheni utelee jatkuvasti tilannettani ja ”onko asiat edenneet?”, mikä on hyvin ahdistavaa.”

[1.18] ”Esimieheni tuli kysymään suoraan lapsettomuudestani. Se tuntui yllättävältä ja epäasialliselta, koska en ollut itse ottanut asiaa puheeksi millään tavalla eivätkä välimme olleet muodostuneet luottamuksellisiksi.”

Osassa kuvauksista kuitenkin mainitaan, että työyhteisössä oli ymmärretty se, että utelu ei ole toivottavaa.

[1.37] ”... ainakin humanistisella alalla ihmiset ovat hyvin tietoisia siitä, että työkaverin perhe-elämän uteleminen voi olla satuttavaa ja tunkeilevaa. Lapsettomuuteen siis ei tavallaan kiinnitetä huomioita juurikaan.”

Työyhteisössä raskaaksi tulemiseen oli annettu myös neuvoja tai raskaana olemista oli spekuloitu. Nämä olivat tuntuneet lapsettomuushoidoissa käyvistä ikäviltä, turhauttavilta ja satuttavilta.

[10.9] ”...kerran vanhemmat työkaverit spekuloiivat koska mahdan jäädä äitiyslomalle. tällaisen käytöksen koen tarpeettomana, vaikken usko heidän tarkoittaneen paha.”

[1.19] ”Työkaverini pohti ääneen, että minä voisin olla se työyhteisön jäsen, joka on seuraavana raskaana.”

Useilla työpaikoilla ei ollut luotu lapsettomuushoitoihin ja työn yhdistämiseen liittyviä käytäntöjä tai tukimalleja. Tämä oli ristiriitaista, sillä muihin elämäntilanteeseen merkittävästi vaikuttaviin tapahtumiin, kuten läheisen menettämiseen, sellaisia oli saatettu luoda. Kokemuksissa nousee myös esiin, että perheelliset työntekijät saavat paljonkin tukea työpaikoilla, lapsettomat taas eivät.

[6.13] ”...asiasta [lapsettomuushoidoista ja työn yhdistämisestä] ei millään tavalla keskustella työyhteisössäni. Erilaisia tukimalleja kyllä on olemassa, mutta niissä tuetaan raskaana olevia, lapsen juuri saaneita/vanhempia, pitkällä sairauslomalla olevia, tai läheisten menettäneitä. Lapsettomuushoidossa olevia, tai lapsettomuuskriisiä potevia, ei mitenkään huomioida erikseen.”

7 POHDINTA

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkittiin tahattomasti lapsettomien työkyvyn kokemuksia lapsettomuushoitojen aikana. Analyysin perusteella voidaan todeta, että lapsettomuushoidoissa käyvien työntekijöiden tilapäisellä voimavarojen heikentymisellä on yhteyksiä erilaisiin työkyvyn haasteisiin. Tässä luvussa koostan yhteen tutkimuksen tulokset ja tarkastelen niitä suhteessa aikaisempaan tietoon. Lisäksi pohdin tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä tekijöitä ja mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

7.1 Tulosten tarkastelu

Lapsettomuushoidoissa käyvät kokivat työkykyä ylläpitävinä ja edistävinä tekijöinä joustavan työn sekä vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja työaikatauluihin. Työyhteisön tai esihenkilön tarjoama apu, kuten työvuorojen vaihtaminen tai raskaampien työtehtävien hoitaminen ylläpitivät hoidoissa käyvän työkykyä. Lapsettomuushoidot aiheuttavat psyykkisiä ja fyysisiä oireita, joiden koettiin vaikeuttavan työssä jaksamista ja työtehtävistä suoriutumista. Psyykkiset oireet kuvattiin usein raskaimpana osana lapsettomuushoitoja. Lisäksi psyykkisten oireiden selittävinä tekijöinä mainittiin usein kuormittava elämäntilanne ja työpaineet. Myös Collinsin (2019) tutkimuksessa lapsettomuushoidoissa käyvät kokivat psyykkistä oireilua, ja oireiden oli koettu vaikeuttavan erityisesti töihin menemistä.

Kokemuksissa esiintyi myös työuupumusta ja työuupumukseen liittyvää oireilua. Työuupumuksen oireiden kuvauksia vertasin analyysissä Maslach Burnout Inventory (MBI)- sekä Burnout assessment tool (BAT) (Shaufeli ym. 2020, Hakanen & Kaltiainen 2022, 15) malleissa määriteltyihin työuupumuksen oireisiin. Tuloksissa esiintyi kaikkia malleissa kuvattuja työuupumuksen oireita; kroonista väsymystä, uupumusta, kyynistymistä, heikentynyt ammatillista itsetuntoa, henkistä etäännyttämistä töistä sekä kognitiivisen toiminnan- ja tunteiden hallinnan häiriöitä.

Töissä koettiin keskittymisen haasteita ja ajatusten harhailua. Lapsettomuuteen tai hoitoprosessiin liittyvien ajatusten hallitsevuus tai kokonaisvaltaisuus koettiin kuormittavana ja vaikeuttavan huomion siirtämistä työasioihin. Myös Durmazoglu ja Tokatin (2019) sekä Collins (2019) tutkimuksissa kuvattiin, että keskittyminen töissä oli hankaloitunut lapsettomuushoitojen aikana. Lapsettomuushoitoihin tai hedelmättömyyden hankaluuksiin liittyviä ajatuksia kuvattiin

usein kuluttavaksi, elämään tunkeviksi ja hallitseviksi (Durmazoglu & Tokat 2019; Collins 2019).

Hoidoista aiheutuvat ennakoimattomat poissaolot vaikeuttivat suoriutumista työn aikatauluista ja lisäsivät vastuuta työhön liittyvien asioiden organisoinnista. Samoja kokemuksia esiintyi myös Collinsin (2019) tutkimuksessa, jossa työn suunnittelu ja sitoutuminen työtehtäviin koettiin haastavana ennakoimattomien poissaolojen vuoksi. Myös Gremilletin ym. (2023) ja Mietisen (2011) tutkimuksissa lapsettomuushoitosten poissaolot ja aikataulutuksen haasteet vaikeuttivat työntekoa.

Lapsettomuushoidoista kertominen koettiin helpottavaksi ja työkykyä tukeväksi tekijäksi. Samanlainen havainto on tehty myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Durmazoglu & Tokat 2019; Finamore ym. 2007; Gramillet ym. 2020; Ichikawa ym. 2020), joissa hoidoista kertomista edistävinä tekijöinä on kuvattu oma vakaa ammatillinen asema, läheinen suhde esihenkilöön tai naiseshenkilö, jota pidettiin ymmärtäväisenä ja empaattisena kuuntelijana. Myös tämän tutkimuksen tuloksissa luottamusta ja läheisyyttä pidettiin kertomista edistävinä tekijöinä, mutta esihenkilön sukupuolta ei mainittu kuvauksissa.

Lapsettomuushoidoista kertomatta jättäminen koettiin kuormitusta aiheuttavaksi tekijäksi. Hoidoista valittiin jättää kertomatta, mikäli riskinä nähtiin huono suhtautuminen lapsettomuushoitoihin tai niistä aiheutuviin poissaoloihin. Kertomisen esteenä perusteltiin myös sitä, että ei toivottu erilaista suhtautumista tai kohtelua työpaikalla. Kertomatta jättäminen liittyi myös usein tarpeeseen peitellä hoitoja tai niistä aiheutuvia oireita töissä. Kertominen taas koettiin pakollisena, mikäli poissaoloja töistä tai työtehtävien vaihdoksia oli muutoin haastava selittää. Esihenkilön huonoa suhtautumista tai erityiskohtelun välttämistä pidettiin myös Collinsin (2019) ja Finamoren ym. (2007) tutkimuksissa kertomisen esteenä. Lapsettomuushoidoista kertomisen esteet koettiin myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa kuormitusta aiheuttavaksi tekijäksi (mm. Collins 2019; Durmazoglu & Tokat 2019; Finamore ym. 2007; Gramillet ym. 2022).

Tuloksissa ilmeni myös kokemuksia huomiomatta jättämisestä työyhteisössä. Lapsettomuushoidoissa käyvät kokivat, että heitä ei huomioida sosiaalisissa tilanteissa, vaikka lapsettomuushoidoista olisi kertonut työyhteisössä. Huomiomatta jättäminen aiheutti sosiaalista eristäytymistä, jolla oli vaikutuksia yksinäisyyden ja ulkopuolisuuden tunteisiin. Myös Collins (2019) ja Ichikawa ym. (2020) tutkimuksissa raportoitiin hankaluuksista osallistua sosiaalisiin tilanteisiin työyhteisössä sekä lapsettomuushoitosten vaikutuksista sosiaaliseen eristäytymiseen.

Hoitojen koetut vaikutukset työkykyyn lisäsivät riittämättömyyden tunnetta työtehtävien suoriutumisessa ja työn tehokkuudessa. Työsuorituksia verrattiin usein siihen, miten on suoriutunut ennen lapsettomuushoitoja tai siihen, miten työtehtävistä pitäisi suoriutua. Tämän suuntaisia kokemuksia ei esiintynyt aikaisemmissa tutkimuksissa. Työsuorituksen vertailuun liittyi myös vertailua perheellisiin työntekijöihin. Günther ym. (2020) ovat tutkineet tahattoman lapsettomuuden kokemusta toiseudesta. Heidän tuloksissaan löytyy vertailukohteita tämän tutkimuksen tuloksissa, sillä Günther ym. (2020) raportoivat, että naiset kuvaavat tahatonta lapsettomuutta eriyttävänä kokemuksena, jossa tehdään eroja perheellisiin tai raskaana oleviin naisiin. Tahaton lapsettomuus on taas yhdistävä ja voimaannuttava tekijä niiden kanssa, joilla on lapsettomuuteen liittyviä toiseuden kokemuksia.

Riski työkyvyn haasteille oli suurempi, mikäli työpaikalla tai työyhteisössä ei ollut malleja tai käytänteitä lapsettomuushoidoissa käyvän tukemiseksi. Kokemuksissa todettiin, että käytänteitä tai malleja ei usein ole luotu. Myös Ichikawa ym. (2020) tutkimuksessa raportoitiin, että suurimassa osassa työpaikkoja ei tarjottu mitään systemaattista tukea lapsettomuushoidoissa käyville. Paynen ym. (2018) tutkimuksessa tutkittavista vain 23 % raportoi, että työpaikoilla oli kehitetty käytäntöjä lapsettomuushoidoissa käymiseen liittyen. Käytänteet kuitenkin vaihtelivat ja osa olemassa olevista käytänteistä tarkoitti ainoistaan toteamusta, että lapsettomuushoitoihin käytettävä työaika on palkatonta (Payne ym. 2018).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä on tärkeää tarkastella koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023) ja aineiston hallinnassa ja säilyttämisessä Jyväskylän yliopiston tietoturva- ja tietosuojaohjeistuksia (Jyväskylän yliopisto 2024). Viittaukset on tehty asianmukaisesti noudattaen Liikuntatieteellisen tiedekunnan kirjoitusohjeita (Tuula Tutkija 2021). Hyvän tieteelliseen käytännön peruseriaatteita, joita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023), on noudatettu tutkimuksen teon kaikissa vaiheissa.

Ennen tutkimusaineiston luovuttamista aineiston käytöstä on kirjoitettu aineistonkäyttösopimus, jonka allekirjoittivat pro gradu -tutkielman tekijä sekä aineiston luovuttavan yhdistyksen yhteyshenkilö. Aineistonkäyttösopimus toimitettiin myös pro gradu -tutkielman ohjaajalle. Ai-

neisto oli pseudonymisoitu ennen sen luovuttamista, jolloin siitä ei mahdollista tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Aineistoa on säilytetty ja käsitelty tietoturvallisesti ja aineistonkäyttösopimuksessa on sovittu, että tutkielman valmistuttua aineisto tulee hävittää asianmukaisesti.

Aineistonkeruussa tutkimukseen osallistuvilla on kerrottu, että kyselyn tuloksia hyödynnetään vaikuttamistyössä ja voidaan luovuttaa myös tutkimustarkoituksiin. Tutkimukseen osallistujille on myös kerrottu, että aineistoa käsitellään niin, etteivät osallistujat ole tunnistettavissa. Aineiston keruuta ennen ei ole toteutettu eettistä ennakoarviointia, sillä aineiston keränneen yhdistyksen mukaan tutkimusasetelma ei ole sitä edellyttänyt.

Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista ja osallistujat ovat täysi-ikäisiä. Kyselylomakkeella ei ole kysytty suoria henkilötietoja tai erityisiä henkilötietoryhmiä. Epäsuorista henkilötiedoista on kysytty sukupuolta, ikäryhmää, asuinalueita, korkeinta suoritettua koulutusta, työtilannetta, ammattiryhmää ja työnantajaa (esim. valtio, kunta tai järjestö). Sukupuolen kysymyksessä vastausvaihtoehtona on ollut ”en halua vastata”. Kyselylomakkeessa on kunnioitettu ja kohdeltu tutkittavia hyvin. Kyselylomakkeella ei ole epäsuorien henkilötietojen lisäksi pakollisia kysymyksiä, joten tutkittavat ovat itse saaneet valita, mihin kysymyksiin haluavat vastata. Avoimet kysymykset antavat tilaa tutkittavien omien kokemusten sanoittamiselle. Kyselylomakkeen täyttämässä ei ole ollut aikarajaa, joten vastauksia on voinut pohtia rauhassa.

Aineistonkeruumenetelmä aiheuttaa tiettyjä rajoitteita tutkimuksen luotettavuudelle. Kyselylomakkeen heikkoutena on, että tutkimukseen osallistujan tulee ymmärtää kysymykset, olla luku- ja kirjoitustaitoinen sekä kykenevä ilmaisemaan itseään tarkoittamallaan tavalla kirjallisesti (Hirsjärvi ym. 2010, 196–196; Tuomi & Sarajärvi 2018, 85). Lisäksi osallistujan tulee olla halukas vastaamaan kysymyksiin huolellisesti sekä rehellisesti. Kyselytutkimus ei ole myöskään joustava menetelmä. Tutkimushaastattelussa haastattelijalla on mahdollisuus esimerkiksi oikeista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa ja käydä keskustelu haastateltavan kanssa (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 85). Tällaista mahdollisuutta ei ole kyselytutkimuksessa.

Simpukka ry:n käyttämän kyselylomakkeen kysymysten ohjaavuus aiheuttaa myös tiettyjä rajoitteita tutkimuksen luotettavuudelle. Kysymyksissä on käytetty ohjaavia käsitteitä, jotka ovat saattaneet vaikuttaa tutkittavien vastauksiin. Muun muassa kyselytutkimuksessa käytetty kysymys: ”Millaisia ongelmia lapsettomuushoitosten ja työn yhteensovittamisessa olet kokenut omalla kohdallasi?” on selkeästi ohjaava kysymys, jossa oletuksena on, että lapsettomuushoidot

ja työn yhteensovittamisessa koetaan ongelmia. Tämä on saattanut vaikuttaa tutkittavien ajatuksiin aiheesta ja ohjata vastausta ongelmien tarkastelun näkökulmaan.

Tahaton lapsettomuus, lapsettomuushoidot ja työkyvyn kokemukset ovat sensitiivisiä aiheita, jotka liittyvät yksilöiden omiin henkilökohtaisiin kokemuksiin. Muun muassa tutkittavan ilmiön sensitiivisyyden vuoksi käsitteiden käyttöön on kiinnitettävä huomioita. Kainulaisen (2021, 117) mukaan reflektiivinen tutkija pohtii käsitteiden käyttöä eri näkökulmista tutkimusprosessin aikana ja sitä, mitä niillä tuodaan esiin, mitä ne eivät tavoita ja sisältävätkö ne leimavia merkityksiä. Käsitteiden käytössä olen pyrkinyt käyttämään harkintaa ja kysynyt näkemyksiä myös aineiston keränneeltä yhdistykseltä. Käsitteiden avaaminen ja johdonmukainen perusteleminen on myös ollut tärkeässä osassa tutkielman tekemistä, jotta lukija saa käsityksen siitä, mitä eri käsitteillä tarkoitetaan ja myös sen, mitä eri käsitteet sulkevat pois. Esimerkiksi lääketieteessä paljon käytettyä infertilitietin käsitettä ei olla käytetty tässä pro gradu -tutkielmassa kuvaamaan tahatonta lapsettomuutta, sillä se sulkee ulkopuolelle ne tahattomasti lapsettomat, joiden lapsettomuuden taustalla on jokin muu kuin hedelmällisyyden ongelma tai haaste.

Laadullisessa tutkimuksessa avoimen ja rehellisen tutkimuksen toteuttamisessa tutkijan tulee avata omaa asetelmaansa, lähtökohtiansa ja ajatuksistaan tutkimusilmiöön liittyen sekä pyrkiä kriittisesti arvioimaan näitä tulkintoja tehdessään. Tutkijan esiymmärrys on tunnistettu ja kirjoitettu auki ennen analyysin toteuttamista, ja sitä on arvioitu koko tutkimusprosessin ajan. Tutkijan asemoituminen tutkittavaan ilmiöön lisää aineiston analyysin luotettavuutta (Puusa 2020, 149). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta lisää mahdollisesti se, että tutkijalla ei ole omakohtaisia kokemuksia tahattomasta lapsettomuudesta tai lapsettomuushoidoista, jolloin tutkimukseen osallistuvien kokemukset on voitu esittää autenttisesti ilman, että tutkijan oma kokemus on voinut vaikuttaa analyysiin tai tulosten raportointiin.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että lapsettomuushoidoissa käyvien työntekijöiden tilapäinen voimavarojen heikentyminen vaatii erityistä huomiota työn vaativuuden ja työpaikan käytänteiden suhteen. Työn joustavuuden lisääminen, tukimallien kehittäminen ja avoimen sekä tukevan ilmapiirin luominen ovat keskeisiä keinoja, joilla voidaan tukea lapsettomuushoidoissa käyviä työntekijöitä ja edistää heidän työkykyään. Työpaikkojen ja työyhteisöjen panostukset näihin tekijöihin eivät ainoastaan paranna työkykyä, vaan voivat laajentaa myös

käsitystä työn ja perheen merkityksestä työkykyyn sekä parantaa lapsettomiin yhdenvertaisuuden kokemusta työyhteisössä.

Työterveyslaitoksen (2024) mukaan yksilön voimavarojen ja työn vaativuuden suhde määrittää työkykyä. Tähän perustaen lapsettomuushoidoissa käyvien voimavarojen heikentyminen korostaa tarvetta arvioida työn vaativuutta. Mahdollisuudet työtehtävien uudelleenjärjestelyyn, joustaviin työaikoihin ja mahdollisuuksien mukaan etätöihin voivat merkittävästi helpottaa työn ja lapsettomuushoitosten yhteensovittamista. Työtehtävien tilapäinen keventäminen voi myös olla tarpeen, jotta työntekijällä on mahdollisuus keskittyä hoitoihin ilman töistä aiheutuva liiallista stressiä ja kuormitusta. Tutkimuksen tulokset osoittavat myös, että työaika- ja joustavuus parantaa työntekijän mahdollisuuksia päättää itsenäisesti siitä, haluaako kertoa työpaikalla lapsettomuushoidoista.

Työnantajien tulisi olla myös tietoisia lapsettomuushoitosten yhteyksistä työkykyyn. Jotta työyhteisöissä pystyttäisiin huomioimaan paremmin erilaiset perhetilanteet sekä niiden vaikutukset yksilöiden työkykyyn, tarvitaan keskustelua ja toimeenpanoa uusien käytänteiden luomiseksi. Tärkeää olisi, että perheen ja työn yhteensovittamisen tarkastelussa käsitykset laajennettaisiin myös käsittämään vaihetta, jossa toiveena on perhe. Tällöin lapsettomia ja lapsettomuushoidoissa käyviä tarkasteltaisiin myös yhdenvertaisena työyhteisön jäsenenä.

Lisäksi työnantajien tulisi kouluttautua tunnistamaan ja tarjoamaan tarvittavaa tukea lapsettomuushoidoissa käyville työntekijöilleen. Työpaikoilla tulisi kehittää ja ottaa käyttöön tukimalleja, jotka auttavat työntekijöitä käsittelemään lapsettomuushoitosten aiheuttamia haasteita työkyvyssä. Esimerkiksi työterveyshuollon palveluiden hyödyntäminen, työnohjaus tai vertaistuki voivat tarjota kaivattua tukea ja lievittää työntekijöiden kuormitusta. Tahattoman lapsettomuuden ja lapsettomuushoidoissa käyvän huomioiminen voidaan myös kirjata työehtosopimukseen, josta esimerkkejä on Suomessa vasta muutamia (STT, 2023). Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia, miten lapsettomuushoidoissa käyvien työkykyä on tuettu työpaikoilla konkreettisilla tukimalleilla ja millaisia kokemuksia tästä on saatu.

Työpaikoilla tulisi kiinnittää huomiota työyhteisön ilmapiiriin ja pyrkiä luomaan avoin ja ymmärtäväinen työympäristö. Työpaikalla tulisi rohkaista avoimeen keskusteluun ja tarjota mahdollisuus ilmaista huolia ja tarpeita ilman pelkoa arvostelusta, syrjinnästä tai leimautumisesta. Avoimuus ja luottamus lisäävät työyhteisön yhteenkuuluvuuden tunnetta ja voivat auttaa työntekijöitä selviytymään paremmin vaikeista elämäntilanteista.

Lapsettomuushoitoja tarkastellaan tyypillisesti sen henkilön näkökulmasta, johon hoidot kohdistuvat. Jatkotutkimusaiheita ajatellen on hyvä huomioida, että lapsettomuushoidot voivat olla kuormittavia myös hoidoissa käyvän kumppanille. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia, millaisia työkyvyn kokemuksia lapsettomuushoidoissa käyvien kumppaneilla on lapsettomuushoitajien aikana. Laajentamalla tutkimusta myös heihin, joihin hoidot eivät kohdistu, voidaan saada kattavampi kuva siitä, millaisia työkyvyn kokemuksia lapsettomuushoitajien aikana esiintyy ja miten nämä tulisi huomioida työn vaatimuksissa ja käytänteissä.

Loppuun haluan todeta, että toivon tahattomasti lapsettomien ja lapsettomuushoitajien tutkimisen lisäävän ilmiön näkyvyyttä sekä hoidoissa käyvien kokemustensa validaatiota. Kokemukset tahattomasta lapsettomuudesta ovat vaikeita ja kipeitä, ja niihin liittyvä huoli sekä suru käsitteellään usein yksin, perheen- tai ystäväpiirin kesken. Työyhteisöissä tiedon ja tuen lisääminen voi merkittävästi parantaa tahattomasti lapsettomien ja lapsettomuushoidoissa käyvien näkyväksi tulemisen kokemusta sekä tarjota tilanteeseen kaivattua tukea ja ymmärrystä.

LÄHTEET

- Archibald, M. M., Radil, A. I., Zhang, X., & Hanson, W. E. (2015). Current mixed methods practices in qualitative research: A content analysis of leading journals. *International Journal of Qualitative Methods*, 14 (2), 5-33.
- Berg, V. (2018). Väestöliitto. Suomalaiset haluavat nykyään vähemmän lapsia kuin ennen. Viitattu 8.10.2023. <https://www.vaestoliitto.fi/artikkelit/suomalaiset-haluavat-nykyaan-vahemman-lapsia-kuin-ennen/>
- Bouwman, C. A., Lintsen, B. A., Al, M., Verhaak, C. M., Eijkemans, R. J., Habbema, J. D. F., Braat, D. M. & Hakkaart-Van Roijen, L. (2008). Absence from work and emotional stress in women undergoing IVF or ICSI: an analysis of IVF-related absence from work in women and the contribution of general and emotional factors. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 87 (11), 1169-1175.
- Collins, M. E. (2019). The impact of infertility on daily occupations and roles. *Journal of reproduction & infertility*, 20 (1), 24.
- Doyle L., Brady A-M. & Byrne G. (2009). An overview of mixed methods research. *Journal of Research in Nursing*. 14 (2):175-185. doi:10.1177/1744987108093962
- Duodecim. (2016). Infertilitteetti. Viitattu 10.12.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01338>.
- Durmazoglu, G. & Alus Tokat, M. (2021). Does experiencing fertility problems and having infertility treatment affect the women stress and working life? The Turkish experience. *Psychiatria Danubina*, 33 (suppl 13), 271-277.
- Finamore, P. S., Seifer, D. B., Ananth, C. V., & Leiblum, S. R. (2007). Social concerns of women undergoing infertility treatment. *Fertility and sterility*, 88 (4), 817-821.
- Gremillet, L., Netter, A., Sari-Minodier, I., Miquel, L., Lacan, A., & Courbiere, B. (2023). Endometriosis, infertility and occupational life: women's plea for recognition. *BMC Women's Health*, 23 (1), 29.
- Günther, K., Ekqvist, E., & Katajisto, J. (2020). Toiseus tahattomasti lapsettomien naisten kokemana. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 28 (3), 273-289.
- Gould, R. & Hopsu, L. (2024). Työkykyindeksi. Viitattu 17.4.2024. https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00099?toc=249507_bc
- Hafsa, N. E. (2019). Mixed methods research: An overview for beginner researchers. *Journal of Literature, Languages and Linguistics*, 58 (1), 45-48.

- Hakanen, J. & Kaltianen, J. (2022). Työuupumuksen arviointi Burnout Assessment Tool (BAT)-menetelmällä.
- Heino, A., & Gissler, M. (2023). Hedelmöityshoidot 2021–2022. Tilastoraportti 32/2023. Viitattu 20.3.2024. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/hedelmöityshoidot>
- Hellstrand, J. I. S. (2023). Drivers and future of the fertility decline in the 2010s: an analysis of Finland and other Nordic countries. University of Helsinki, Faculty of Social Sciences. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/6ad83de1-b1ad-4f1a-8f26-c85271ef1104/content>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2010). Tutki ja kirjoita. 15.-16. Painos. Helsinki: Tammi.
- Hynninen, Y., Voltti, S., Pohjonen, T., Tuovinen, E., & Leskelä, R. L. (2020). Työntekijän koettu työkyky ennustaa sairauspoissaoloja ja työterveyshuollon kustannuksia. *Lääkärilehti*, 75 (41), 2138–2143.
- Ichikawa, T., Ota, I., Kuwabara, Y., Tsushima, R., Hamatani, T., Hiraike, Toshiyuki, T. Yutaka, O. Akira, S. (2020). Infertility treatment hinders the careers of working women in Japan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46 (10), 1940-1950.
- Ilmarinen, J. Gould, R. Järvikoski, A. Järvisalo, J. (2006). Työkyvyn moninaisuus, julkaisussa *Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*. Gould, R., Ilmarinen, J. Järvisalo, J. & Koskinen, S. (toim.) Helsinki, Eläketurvakeskus, 17-34.
- Ilmarinen, J. (2009). Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal Work Environ Health* 35 (1), 1-5.
- Järvikoski A, Takala E-P, Juvonen-Posti P, Härkäpää K. (2018). Työkyvyn käsite ja työkykymallit kuntoutuksen tutkimuksessa ja käytännöissä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 13.
- Kainulainen, H M & Honkatukia, P. (2021). Tutkijan eettinen vastuu sensitiivisessä tutkimus-haastattelussa, julkaisussa K Nieminen & N Lähteenmäki (toim), *Empiirinen oikeustutkimus*, 6, Gaudeamus, Helsinki, 115-130.
- Kainulainen, S., Elovainio, M., Laaksonen, M., Jääskeläinen, T., Rissanen, H., & Koskinen, S. (2023). Self-rated work ability as a risk factor for disability retirement. *European Journal of Public Health*, 33(5), 828-833.
- Kontula, O. (2004). Perhepolitiikka käännekohdassa. *Perhebarometri 2004. Katsauksia E18/2004*. Väestötutkimuslaitos. Helsinki.

- Kontula, O. (2018). 2020-luvun perhepolitiikkaa. Perhebarometri 2018. Katsauksia 52/2018. Väestöntutkimuslaitos. Väestöliitto. Helsinki.
- Kontula, O. (2019). Mikä selittää lapsettomuutta? Tietovuoto-artikkeli 4/2019. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos. Viitattu 08.12.2023. <https://www.vaestoliitto.fi/artikkelit/mika-selittaa-lapsettomuutta/>
- Koponen, P., Koskinen, S., Sainio, P., Joensuu, M. & Puttonen, S. (2023). Työkyky. Terve Suomi tutkimuksen ilmiöraportti. Viitattu 13.4.2024. https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/tyokyky.html
- Laki hedelmöityshoidoista 2006/1237. (2006). Viitattu 15.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>
- Laki ihmisen elimien, kudosten ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 2001/101. (2001). Viitattu 20.3.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101>
- Lehto, S. (2020). Pitkä matka äidiksi–narratiivinen tutkimus äitiyden rakentumisesta tahattoman lapsettomuuden ja hedelmöityshoitojen jälkeen. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 2.3.2024. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8253-9>
- Lehtoranta, L., Majlander, S., Heino, A., Leinonen, M., Liitsola, K., Wedenoja, S., Gissler, M. & Klemetti, R. (2024). Lapsihaaveet ja lapsettomuus. Terve suomi –tutkimuksen ilmiöraportti. Viitattu 13.4.2024. https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/lapsihaaveet_ja_lapsettomuus.html
- Miettinen, A. (2011). Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E, 40, 2011.
- Miettinen, A., Rotkirch, A., Szalma, I., Donno, A. & Tanturri, M. L. (2015). Increasing childlessness in Europe: Time trends and country differences. Families and Societies. Working paper series, 3.
- Mencarini, L., Vignoli, D., Zeydanli, T., & Kim, J. (2018). Life satisfaction favors reproduction. The universal positive effect of life satisfaction on childbearing in contemporary low fertility countries. PloS one, 13 (12), e0206202.
- Payne, N., Seenan, S. & van den Akker, O. (2018). Experiences and psychological distress of fertility treatment and employment. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 40 (2), 156-165.
- Puusa, A. (2020). Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. 145–156. Teoksessa Puusa, A. Juuti, P. (2020). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus.

- Rotkirch, A. (2020a). Miten Suomesta tuli vähäisen syntyvyyden maa. *Lääkärilehti*, 42, 2220–2224.
- Rotkirch, A. (2020b). Syntyvyyden lasku ja muuttunut lastensaantimaisema. Teoksessa T. Sorsa (Toim.), *Kestävän väestönkehityksen Suomi. Väestöliiton väestöpoliittinen raportti 2020* (ss. 27–48). Väestöliitto
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C. & Jackson, S. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual. Evaluating Stress: A Book of Resources* (191–218). The Scarecrow Press.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Silvola, S., & Kaipomäki, M. (2023). Selvitys ei-kaupallisen sijaissynnytyjärjestelyn sallimista Suomessa. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-400-583-8>
- Simpukka ry. (2021). Raportti: Tahaton lapsettomuus vaikuttaa työkykyyn merkittävästi. https://simpukka.info/wp-content/uploads/2023/08/Raportti_tyokyky_ty-oelamakysely_julkinen.pdf
- Simpukka ry. (2023a). Mitä lapsettomuus on? Viitattu 15.9.2023. <https://simpukka.info/tieto/mita-lapsettomuus-on/>
- Simpukka ry. (2023b). Lapsettomuskriisi. Viitattu 6.10.2023. https://www.youtube.com/watch?v=dcZ0PA9LR_g&embeds_referring_euri=https%3A%2F%2Fsimpukka.info%2F&embeds_referring_origin=https%3A%2F%2Fsimpukka.info&source_ve_path=OTY3MTQ&feature=emb_imp_woyt
- Sorsa, T. (2020). *Kestävän väestönkehityksen Suomi. Väestöliiton väestöpoliittinen raportti 2020*. Helsinki: Väestöliitto.
- Sorsa, T. & Rotkirch, A. (2020). *Perhebarometri 2020: Työ ja perhe ne yhteen soppii. Vanhemmuuden ja työn yhteensovittaminen suomalaisissa lapsiperheissä*. Väestöntutkimuslaitos, *Katsauksia E*, 43.
- Sorsa, T., Lehtonen, N. & Rotkirch, A. (2023). *Perhebarometri 2022, Kuka haluaa lapsia 2020-luvulla? Väestöntutkimuslaitos, Katsauksia E57/2023*.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). *Työhyvinvointi*. Viitattu 10.12.2023. <https://stm.fi/tyohyvinvointi>.

- STT info. (2023). Viitattu 6.10.2023. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/70001817/sairausajan-palkka-lapsettomuushoitohen-ajalta-tyonantaja-viestii-tessissa-arvopoh-jaansa?publisherId=64150464>
- Suutala, S., Kaltiainen, J. & Hakanen, J. (2023). Miten Suomi voi -tutkimus: Työhyvinvoinnin kehittyminen loppuvuoden 2019 ja kesän 2023 välillä. Työterveyslaitos.
- Tengland, P.A. (2011). The Concept of Work Ability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21 (2), 275-285.
- THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). Hedelmöityshoidot 2021–2022. Viitattu 6.10.2023. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/hedelmoityshoidot>
- Tilastokeskus. (2023a). Syntyneitä ennätyskellisen vähän alkuvuodesta 2023. Viitattu 21.9.2023. <https://www.stat.fi/uutinen/syntyneita-ennatyskellisen-vahan->
- Tilastokeskus. (2023b). Äidit tilastoissa 2023. Viitattu 21.9. <https://www.stat.fi/tup/poimintoja-tilastovuodesta/aidit-tilastoissa.html>
- Tilastokeskus. (2024). Maahanmuuttojen määrä ennätysuuri Suomessa vuonna 2023. Viitattu 9.5.2024. <https://stat.fi/julkaisu/clmixlq2e5fnt0bw60d4l2t7g>
- Tiitinen, A. (2022a). Terveyskirjasto Duodecim. Lapsettomuus. Viitattu 15.9.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00151>
- Tiitinen, A. (2022b). Terveyskirjasto Duodecim. Lapsettomuushoito. Viitattu 16.10.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00732>
- Tiitinen, A. (2022c). Terveyskirjasto Duodecim. Naisen lapsettomuus. Viitattu 26.2.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00737>
- Tiitinen, A. (2022d). Terveyskirjasto Duodecim. Miehen lapsettomuus. Viitattu 26.2.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00734/miehen-lapsettomuus>
- Tiitinen, A. (2023). Terveyskirjasto Duodecim. Endometrioosi. Viitattu 5.3.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00119/endometrioosi>
- Tiitinen, A. & Savolainen-Peltonen, H. (2019). Lapsettomuus. Kirjassa: Tapanainen J, Heikinheimo O, Mäkikallio K (toim.). Naistentaudit ja synnytykset. Kustannus Oy Duodecim. 142-162.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Viitattu 12.5.2024. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- Tuomi, J. Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi: Uudistettu laitos. Tammi.

- Tuula Tutkija. (2021). Opinnäyte- ja seminaaritöiden muotoilu, Liikuntatieteellisen tiedekunnan kirjoitusohjeet. Viitattu 21.5.2024. https://www.jyu.fi/sites/default/files/2023-07/Tuula_Tutkija_22.12.2021.pdf
- Työterveyslaitos. (2024). Työkyky. Viitattu 28.4.2024. <https://www.ttl.fi/teemat/tyohyvinvointi-ja-tyokyky/tyokyky>
- Työterveyshuoltolaki 2001/1383. (2001). Viitattu 10.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383#L2P9>.
- Uusitalo-Arola, L., Tuisku, K. & Rossi, H. (2022) Työuupumus (burnout). Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00681>. Viitattu 10.12.2023.
- Vänni, K., Virtanen, P., Luukkala, T. & Nygård, C. H. (2012). Relationship between perceived work ability and productivity loss. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 18 (3), 299-309.
- WHO. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Viitattu 15.3.2024. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- WHO. (2022). WHO guidelines on mental health at work: executive summary. World Health Organization.
- WHO. (2023). Infertility. Viitattu 13.4.2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

LIITE 1: Analyysikehys.

