

Anneli Miettinen

Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla



Väestöntutkimuslaitos • Katsauksia E 40/ 2011

© 2011 Anneli Miettinen ja Väestöliitto

Väestöliitto
Väestöntutkimuslaitos

Kalevankatu 16 B, 1. krs.

PL 849 00101 Helsinki

(09) 228 050

www.vaestoliitto.fi

Kannen kuva: 4-soluinen alkio. Väestöliiton klinikat Oy

ISBN 978-952-226-074-1 (nid.)

ISBN 978-952-226-075-8 (PDF)

ISSN 1455-2191

Helsinki 2011

Sisällysluettelo

1 JOHDANTOA	5
1.1 Tutkimuksen tarkoitus	9
1.2 Tutkimusraportin sisältö	10
1.3 Tutkimuksen toteuttaminen	11
1.4 Tutkimuksen aineisto	12
1.5 Hedelmöityshoitopotilaiden demografinen ja sosioekonominen tausta	12
2 TULOKSET	19
2.1 Hakeutuminen tutkimukseen lapsettomuuden vuoksi	19
2.1.1 Raskaaksitulon vaikeuksien ennakointi	19
2.1.2 Lapsettomuustutkimusten ajoittaminen	20
2.1.3 Aikaisemmat tutkimukset ja hoidot	24
2.1.4 Tutkimukseen tai hoitoon hakeutumiseen vaikuttaneet tekijät	26
2.1.5 Puolison merkitys päätöksenteossa	29
2.1.6 Valmius eri hoitoihin	32
2.2 Hedelmöityshoitoihin liittyvät huolenaiheet, valmius kertoa hoidoista sekä tuen tarve	34
2.2.1 Hedelmöityshoitoihin liittyvät pelot ja epäilyt	34
2.2.2 Puoliso ja hedelmöityshoitoihin liittyvät huolenaiheet	39
2.2.3 Lapsettomuudesta puhuminen ja asian kertominen syntyvälle lapselle	40
2.2.4 Tiedonsaanti ja ammattilaisten ja läheisten tuki hedelmöityshoidoissa	44
2.2.5 Tuen saaminen ammattilaisilta ja läheisiltä	46
2.2.6 Adoptio ja sijaisvanhemmuus vaihtoehtona	48
2.3 Vanhemmuuteen ja lastenhankintaan liittyvät käsitykset ja odotukset	49
2.3.1 Tyytyväisyys eri elämäalueisiin	50
2.3.2 Lastenhankintaa koskevat ihanteet ja toiveet	51
2.3.3 Vanhemmuutta koskevat odotukset ja motiivit	53
3 YHTEENVETOA	59
LÄHTEET	66

Alkusanat

Lapsettomuus tai vaikeudet hankkia toivottua määrää lapsia koskettaa suurta osaa suomalaisista perheistä. Tahattomasta lapsettomuudesta kärsivistä naisista ja miehistä ja heidän näkemyksistään ja toiveistaan on tiedetty toistaiseksi melko vähän. Anneli Miettisen tutkimusraportti tarjoaa nyt tätä kovasti kaivattua tietoa.

Tutkimus kartoittaa muun muassa lapsettomuustutkimusten ajoittumista eri ikävaiheisiin ja tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumiseen vaikuttaneita tekijöitä. Hedelmöityshoitoihin liittyy tavallisesti erilaisia huolenaiheita ja sosiaalisen tuen tarvetta. Yksi tutkimuksen tärkeistä kysymyksistä on se missä määrin eri klinikoiden hoitohenkilökunta on pystynyt vastaamaan asiakkaidensa huoliin ja pystynyt tarjoamaan heille kaivattua tukea.

Kiinnostava kysymys on se millaisia näkemyksiä ja odotuksia hedelmöityshoitoihin hakeutuneilla naisilla ja miehillä on lastenhankinnasta ja vanhemmuudesta verrattuna muihin vanhempiin. Mielenkiintoista on myös se aikovatko hedelmöityshoidolla lapsen hankkineet vanhemmat kertoa lapsilleen näistä hoidoista sitten kun lapsi on kasvanut isommaksi. Näistä ja monista muista asioista Anneli Miettisen tutkimus tarjoaa kiinnostavaa ja yllättävääkin tietoa.

Miltei puolet tahattomasta lapsettomuudesta kärsivistä pareista ei hakeudu lapsettomuustutkimuksiin tai -hoitoihin. Joillakin tämän taustalla ovat taloudelliset syyt, mutta myös tiedon puute nostaa monilla rimaa tutkimuksiin hakeutumiseen. Tämä raportti tarjoaa epävarmoille tietoa siitä millaiset parit ovat hakeutuneet näihin tutkimuksiin ja hoitoihin, kuinka hyvin ne ovat onnistuneet, ja kuinka he ovat nämä hoidot kokeneet. Tutkimuksen erityinen uusi aluevaltaus on se, että nyt myös miesten kokemukset ja huolenaiheet hedelmöityshoidoista on kunnolla kartoitettu.

Kiitän lämpimästi Anneli Miettistä tästä urauurtavasta tutkimustyöstä hedelmöityshoitoon hakeutuvista pareista. Kiitokset myös tutkija Pirjo Paajaselle, jonka panos hankkeen käynnistämässä ja suunnittelussa oli keskeinen. Stina Fågel on tehnyt tekstin kielenhuollon ja Mika Takoja on taittanut tekstin sekä huolehtinut raportin painatukseen liittyvistä järjestelyistä. Kiitokset heille molemmille.

Helsinki 5.1.2011

Osmo Kontula
vt. johtaja
Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos

1 Johdantoa

Lapsettomuus koskettaa tänä päivänä monia ihmisiä. Valtaosalle nuoria aikuisia lapsettomuus on elämäntilanteen sanelemaa lastenhankinnan lykkäämistä ja sopivamman ajankohdan odottamista. Osa kuitenkin kärsii tahattomasta lapsettomuudesta, kun toivottua lasta ei yrityksistä huolimatta kuulu. Tahaton lapsettomuus aiheuttaa monille suurta surua, eikä siitä aina haluta puhua edes läheisempien kanssa. Hedelmöityshoitojen kehittyminen on kuitenkin tuonut mahdollisuuden auttaa tahattomasta lapsettomuudesta kärsiviä pariskuntia. Niiden avulla myös yksinäisten naisten tai naisparien on ollut mahdollista saada toivomansa lapsi.

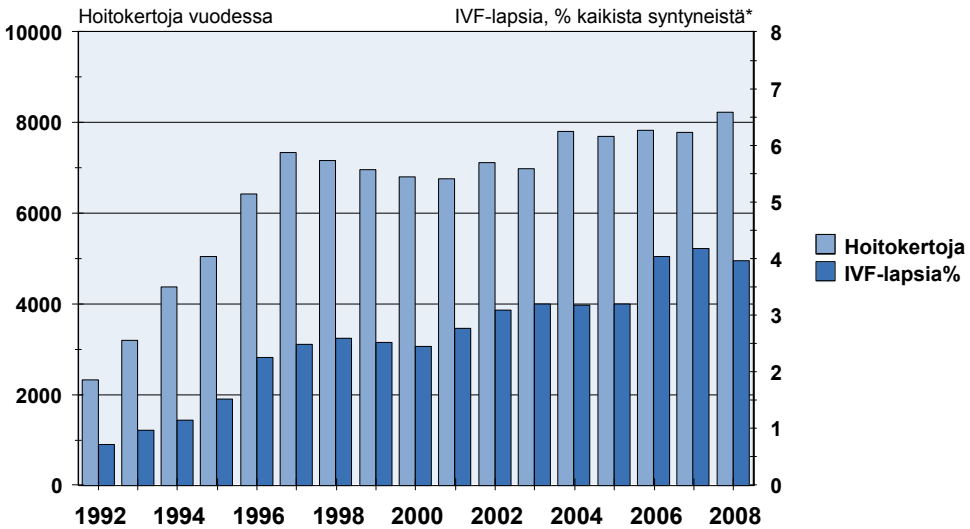
Hedelmöityshoitoja on Suomessa ollut saatavilla jo runsaan parin vuosikymmenen ajan. Tuona aikana lisääntymisen fysiologiaa ja lapsettomuuden syitä koskeva tutkimustieto on kasvanut huomattavasti ja uusien hoitomenetelmien kehittäminen on edennyt nopeaa vauhtia. Lisääntyneen tiedon ja kehittyneempien menetelmien myötä myös hoitojen tulokset ovat parantuneet. Suurta osaa lapsettomuushoitoihin hakeutuvista pareista voidaan nykyään auttaa ja on arvioitu, että lopulta jopa noin kolme neljästä hoitoihin hakeutuneesta saa toivomansa lapsen (Suikkari 2004).

Suomessa annetaan Tanskan jälkeen eniten hedelmöityshoitoja Pohjoismaissa (Nyboe Andersen 2008). Vuonna 2008 hoitokertoja oli Suomessa 7.0 tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohden. Koeputki- ja mikrohedelmöityshoitokertojen määrä on vaihdellut vuosittain 7 000–8 000 hoitokerran välillä. Vuonna 2008 hoitokertojen määrä kasvoi hieman edellisvuodesta. Hedelmöityshoitoja (IVF, ICSI) annettiin lähes 8 200 kertaa ja inseminatiohoitoja runsaat 4 400 kertaa. Vuonna 2009 hoitokertojen määrän on arvioitu kohoavan edelleen vuodesta 2008. Elävän lapsen syntymään etenee noin viidennes kaikista aloitetuista hoidoista. Hedelmöityshoitojen (IVF, ICSI, PAS) ja inseminatiohoitojen avulla syntyi vuonna 2008 lähes 2 300 lasta, mikä on noin neljä prosenttia kaikista syntyneistä. (THL 2010; Gissler ja Tiitinen 2001) (Kuvio 1).

Hedelmöityshoitoja tarjotaan sekä yksityisillä klinikoilla että julkisen terveydenhuollon piirissä. Vuonna 2009 hedelmöityshoitoja (koeputkihedelmöityshoitoja sekä inseminatiohoitoja) oli mahdollista saada 15 yksityisellä klinikalla eri puolilla Suomea sekä 12 yliopisto- tai keskussairaalaklinikalla. Koeputkihedelmöityshoitoja oli tarjolla 19 klinikalla (THL 2010). Loppuvuodesta 2007 voimaan tullut hedelmöityshoitolaki ei määrää yläikärajaa hoidoille, mutta valtaosa klinikoista (75%) on määritellyt hoitojen yläikärajaksi naiselle noin 40 vuotta, miehen iälle ei yleensä ole asetettu ylärajaa (THL 2010). Osalla klinikoista on käytössä myös muita rajoituksia, kuten hoitojen kohdistaminen vain heteropareille. Vaikka laissa ei ole asetettu ylärajaa hoi-

tokertojen määrälle, julkisella sektorilla hoitokertojen määrä on rajattu 3–4 hoitokertaan (THL 2010). Julkisella sektorilla asiakkaat maksavat pienehkön korvauksen klinikkakäynneistä, yksityisen sektorin palvelumaksut vaihtelevat klinikoittain. Osa hoitokustannuksista kuuluu KELA-korvauksen piiriin. KELA-korvauksesta huolimatta hoitojen kustannukset yksityisen sektorin klinikoilla ovat usein moninkertaiset julkisen sektorin palvelumaksuihin verrattuna.

Kuvio 1. IVF-hoitokertojen määrä sekä IVF-hoitokertojen avulla syntyneiden lasten osuus kaikista elävänä syntyneistä 1992–2008.



* sisältää myös inseminaatiohoidoilla syntyneet lapset vuodesta 2006

Lähde: THL 2010.

On arvioitu, että hedelmöityshoitokertojen tarve kasvaa tulevaisuudessa entisestään tahattoman lapsettomuuden yleistyessä. Vuonna 2000 kerätyn koko väestön käsittävän Terveys 2000-tutkimusten perusteella arvioitiin, että tahattomasta lapsettomuudesta oli kärsinyt jossain vaiheessa elämänsä noin 15–16 prosenttia naisista (Klemetti ym. 2004a). Yhtenä syynä tahattoman lapsettomuuden lisääntymiseen on pidetty lastenhankinnan siirtymistä yhä myöhempään ikävaiheeseen. Tällä hetkellä ensisynnyttäjät ovat 28-vuotiaita, kun muutama vuosikymmen sitten naiset saivat ensimmäisen lapsensa keskimäärin 23-vuotiaana (Miettinen & Rotkirch 2008).

Raskaaksitulovaikeudet yleistyvät naisen iän myötä (te Velde & Pearson 2002; Notkola 1995) ja vaikka miesten kohdalla iän yhteys hedelmällisyyteen ei ole yhtä selvä kuin naisten, ikä vaikuttaa hedelmällisyyttä heikentävästi myös miehillä (te Velde & Pearson 2002; Kidd ym. 2001). Ikä vaikuttaa myös välillisesti. Lastenhankinnan siirtyessä myöhemmäksi monet ehtivät altistua

erilaisille hedelmällisyyttä alentaville tekijöille. On esimerkiksi arvioitu, että nuorten aikuisten keskuudessa yleistynyt klamydia tai muut sukupuolielinten tulehdustaudit ovat yhteydessä raskaaksitulovaikeuksien yleistymiseen (Pellati ym. 2008; Anttila 2002). Myös erilaisilla elämäntapatekijöillä (tupakointi, alkoholin ja muiden päihteiden käyttö, ylipaino) näyttää olevan yhä suurempi merkitys tahattoman lapsettomuuden taustalla (Anttila 2008; Hassan & Killick 2004; Tiitinen 2002).

Annettujen hedelmöityshoitojen määrän tasainen kasvu voi kertoa paitsi tahattoman lapsettomuuden lisääntymisestä myös hoitomenetelmien kehittymisestä. Parit osaavat nykyisin myös hakeutua hoitoon jo varhaisessa vaiheessa. Terveys 2000-tutkimuksessa lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin hakeutuneiden osuus kaikista raskaaksitulovaikeuksia kokeneista naisista oli 55 prosenttia (Klemetti ym. 2004a, 47). Tutkimuksiin tai hoitoihin hakeutuneista kaksi kolmasosaa (62 %) oli saanut jotain hedelmöityshoitoa (emt., 48). FINSEX 2007-tutkimuksessa hoitoon hakeutuneiden osuudet olivat samansuuntaisia, 57 prosenttia 30–54-vuotiaista raskaaksitulovaikeuksia kokeneista naisista oli hakeutunut tutkimuksiin tai hoitoon lapsettomuuden vuoksi (Miettinen 2008). Nykyään lapsettomuudesta uskalletaan puhua vapaammin ja hoidon arkipäiväistyminen on ehkä saanut useammat parit harkitsemaan hoitoon hakeutumista (Klemetti 2006). Lapsettomuushoitoja koskeva julkisuus sekä internetin kautta tarjolla oleva tieto ja vertaistuki ovat myös osaltaan lieventäneet kynnystä hakeutua hoitoon.

Vaikka lapsettomuushoidoilla on Suomessa jo verraten pitkä perinne, on niitä koskevaa muuta kuin lääketieteellistä tutkimusta vielä varsin vähän tarjolla. Avustetusti tapahtuvaan lastenhankintaan ja vanhemmaksi tulemiseen liittyy monia erityiskysymyksiä, joita parit joutuvat kohtaamaan pohtiessaan hedelmöityshoitojen aloittamista. Hoitojen kustannukset ja niiden kesto, psyykkinen valmistautuminen pettymyksiin tai hoitojen rankkuuteen, pelko ystävien tai sukulaisten suhtautumisesta tai biologisen vanhemmuuden merkitys mietityttävät todennäköisesti monia avustetusti lasta suunnittelevia. Suomessa ei juuri ole tietoa siitä, millaisina vanhemmuuteen liittyvät tekijät tulevat esiin niiden kohdalla, jotka eivät ole toiveistaan huolimatta onnistuneet saamaan lasta mutta suunnittelevat lapsen hankintaa avustetusti.

Hedelmöityshoidot ovat verraten kalliita, joten hoitojen tarpeen arvioinnilla, niiden oikea-aikaisella ajoittamisella ja oikeudenmukaisella kohdentamisella on myös yhteiskunnallista merkitystä. Vaikka lapsettomuustutkimuksiin tai hoitoon hakeutuminen on yleistä, lähes 40 prosenttia naisista ei syystä tai toisesta hae apua raskaaksitulovaikeuksiin. Hedelmöityshoitojen tasapuolisen tarjonnan sekä hoitojen onnistumisen kannalta on tärkeää tietää, missä vaiheessa parit ryhtyvät harkitsemaan hoitoon hakeutumista sekä mitkä tekijät muodostuvat hoitojen aloittamisen tai niiden jatkamisen kynnyksiksi.

Hoidon viivästymisen tai niistä paitsi jäämisen rinnalla on oltu huolestuneita myös hedelmöityshoitojen aloittamisesta liian varhaisessa vaiheessa

(Brosens ym. 2004). Luotettavien ehkäisyvälineiden myötä ja lastenhankinnan suunnitelmallisuuden lisääntyessä pareilla on ehkä liiankin suuret odotukset raskauden alkamisesta silloin, kun sitä toivotaan. On esitetty epäilyjä, että hoitoon saatetaan hakeutua 'liian varhain', kun raskaaksitulo ei onnistukaan heti kun sitä on alettu yrittää (te Velde & Cohlen 1999; Léridon 1992). Nykyisin suositellaan, että raskautta yritetään vähintään vuoden ajan ennen hakeutumista tutkimuksiin tai hoitoihin.

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että hedelmöityshoitoon hakeutuneista korkeasti koulutetut ja ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ovat olleet yliedustettuina (Klemetti 2006; Klemetti ym. 2004b; Malin & Hemminki 1996). Tämä voi johtua siitä, että heillä on muita enemmän tietoa ja taloudellisia resursseja hakeutua hoitoon. Varsinkin yksityisellä sektorilla hoitojen kustannukset voivat olla monelle este hakeutua hoitoihin. Julkisella sektorilla taas hoitojonotilanne voi vaikuttaa ratkaisuihin, ja saada varsinkin iäkkäämmät parit hakeutumaan suoraan yksityiselle klinikalle.

Hoidon kustannukset eivät ole kuitenkaan ainoa syy epäröintiin silloin, kun päätetään hoitoon hakeutumisesta tai siitä, jatketaanko lapsettomuushoitoja vai ei (Rajkhowa ym. 2006; Olivius ym. 2004; Domar 2004). Muilla tekijöillä kuten tiedon puutteella tai lapsettomuushoitojen kokemisella psyykkisesti raskaaksi voi myös olla vaikutusta päätökseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa havaitut koulutus- ja sosioekonomiset erot hoitoon hakeutumisessa voivat heijastaa myös eroja, joita on hedelmöityshoitomahdollisuuksia koskevissa tiedoissa ja käsityksissä tai ylipäätään suhtautumisessa lapsettomuuteen ja sen hoitamiseen.

Oman erityispiirteensä hedelmöityshoitoihin tuo se, että puolison rooli on keskeinen selvitettyessä lapsettomuuden syitä ja suunniteltaessa hoitoa. Lapsettomuuteen liittyvät tutkimukset ja toisinaan myös hoitosuosituksukset kohdistuvat kumpaankin puolisoon. Puolison kielteinen tai epäröivä kanta voi olla este tutkimusten ja hoitojen aloittamiselle tai ainakin viivästyttää hoitoon hakeutumista. Puolison tuki on tärkeää myös hoitojen edetessä ja osaltaan se vaikuttaa siihen, missä määrin pari on valmis jatkamaan hoitoja (Johnson & Johnson 2009). Tutkimustietoa puolisoitten näkemysten vaikutuksesta on kuitenkin toistaiseksi vain vähän tarjolla. Myös miesten kokemuksia tai lapsettomuuteen tai hedelmöityshoitoihin liittyviä näkemyksiä on tutkittu verraten vähän.

Hedelmöityshoitoihin voi liittyä monenlaisia pelkoja ja epäilyjä. Monia saattaa huolettaa hoitojen fyysinen ja psyykinen raskaus, osa saattaa epäröidä tutkimuksiin hakeutumista pelätessään että syy lapsettomuuteen löytyy itsestä. Hedelmöityshoitoon ohjaamista samoin kuin hoitomuotoja kehitettäessä on avuksi, kun tiedetään minkälaisia odotuksia ja pelkoja lapsettomuushoitoihin liitetään. On myös tutkimusviitteitä siitä, että hedelmöityshoitoihin liittyvät huolet tai ahdistus voivat vaikuttaa hoitojen lopputulokseen. Lapsettomuuteen tai hedelmöityshoitoihin liittyvän stressin on havaittu osaltaan heikentävän

hoitojen onnistumista ja vähentävän raskaaksitulon mahdollisuuksia (Boivin & Schmidt 2005; Klonoff-Cohen & Natarajan 2004; Klonoff-Cohen ym. 2001). Tieto hoitoihin liittyvistä odotuksista ja peloista sekä tuen tarpeesta hoidon eri vaiheissa auttaa kehittämään lapsettomuuden hoitoa niin että yhä useampien lapsettomuudesta kärsivien on mahdollista saada apua.

1.1 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hedelmöityshoitoon hakeutuvien miesten ja naisten sosiodemografista taustaa sekä selvittää heidän odotuksiaan ja mielipiteitään vanhemmaksi tulosta. Tutkimuksessa selvitetään lapsettomuustutkimuksiin ja hedelmöityshoitoon hakeutumisen päätöksentekoa sekä hedelmöityshoitoihin liittyviä odotuksia, epäilyjä ja pelkoja. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena on selvittää koulutus- ja sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja hedelmöityshoitoon hakeutumista koskevissa kysymyksissä sekä hoitoihin liittyvissä odotuksissa ja epäilyissä. Tämän ohella kiinnitetään erityistä huomiota puolison rooliin päätöksenteossa. Hedelmöityshoitoihin liittyviä asioita on usein tiedusteltu vain naisilta. Tämä tutkimus tuottaa tietoa myös hedelmöityshoitoon hakeutuneista miehistä ja heidän näkemyksistään. Hedelmöityshoitoon hakeutuneiden parien näkemyksiä lastenhankinnasta ja vanhemmuudesta verrataan samanikäisiin raskautta suunnittelevien naisten ja miesten näkemyksiin.

Tutkimuksessa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Missä vaiheessa parit harkitsevat hakeutumista tutkimuksiin ja hoitoon lapsettomuuden vuoksi? Kuinka yleistä on hyvin varhainen hoitoon hakeutuminen? Entä mitkä tekijät puolestaan siirtävät päätöksentekoa?
- Minkälaisia epäilyjä tai pelkoja hedelmöityshoitoihin liittyy? Kokevatko potilaat saaneensa riittävästi tietoa ja tukea päätöksensä taustalle? Minkälaisista asioista haluttaisiin lisää tietoa, entä keneltä toivottaisiin lisää tukea?
- Ovatko hedelmöityshoitoon hakeutuneet valmiita kertomaan lapsettomuudesta tai hoidoista läheisilleen tai tuttavilleen? Entä aikovatko parit kertoa hoidoista mahdollisesti syntyvälle lapselleen?
- Mikä on puolison rooli: missä määrin puolisoiden näkemyserot heijastuvat hoitoon hakeutumiseen? Onko näkemyseroilla tai parisuhteeseen liittyvillä muilla tekijöillä yhteyttä hoitoon hakeutumisen ajoittamiseen, hoitoja koskeviin huolenaiheisiin tai tuen tarpeeseen?
- Minkälaisia odotuksia ja näkemyksiä hedelmöityshoitoon hakeutuneilla miehillä ja naisilla on vanhemmuudesta tai lastenhankinnasta?
- Missä määrin hedelmöityshoitopotilaat eroavat sosiodemografiselta taustaltaan tai näkemyksiltään muista samanikäisistä raskautta suunnittelevista naisista tai miehistä?

Kyselytutkimuksen kohteena ovat Väestöliiton klinikoille vuosina 2006–2008 sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Naistenklinikan hormonipoliklinikalle ja Oulun Yliopistollisen sairaalan (OYS) Synnytys- ja naistentautien klinikalle kevään 2009 aikana hakeutuneet asiakasparit. Tutkimus jatkuu myöhemmin seurantatutkimuksena, jossa suostumuksen antaneiden potilaiden vastaukset yhdistetään hoitojen etenemistä koskeviin potilastietoihin. Tässä raportissa tarkastellaan vain kyselytutkimuksella kerättyjä tietoja. Hedelmöityshoitopotilaita ja muita samanikäisiä suomalaisia koskevaa vertailua varten hyödynnettiin Väestöliiton Väestöntutkimuslaitoksella vuonna 2008 kerättyä *Ihmissuhteet ja hyvinvointi* -kyselyä (ks. Miettinen & Rotkirch 2008).

1.2 Tutkimusraportin sisältö

Luvuissa 1.3–1.5 kuvataan tutkimuksen toteuttaminen ja kerätty aineisto sekä arvioidaan, missä määrin kyselytutkimukseen vastanneet hedelmöityshoitopotilaat eroavat muista samanikäisistä suomalaismiehistä ja -naisista sosiodemografisten taustatekijöiden perusteella. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että hoitoon hakeutuminen on yleisempää korkeammin koulutettujen ja ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien keskuudessa. Hedelmöityshoitoon hakeutuneiden miesten ja naisten koulutustasoa sekä sosioekonomista asemaa verrataan ensiksi samanikäiseen väestöön sekä tämän jälkeen iän, lapsiluvun, parisuhteen sekä alueellisen jakauman mukaan samankaltaistettuun väestöön.

Varsinaisen tulososan aloittaa luku 2.1, jossa tarkastellaan, missä määrin hedelmöityshoitopotilaat olivat jo osanneet ennakoita raskaaksitulon vaikeuksia sekä selvitetään hoitoon hakeutumisen ajankohtaa eli raskauden yrityksen kestoja ennen kuin pari päätti hakeutua tutkimuksiin tai hoitoon lapsettomuuden vuoksi. Luvussa arvioidaan, kuinka yleistä on hyvin varhaisessa vaiheessa tapahtuva tutkimuksiin hakeutuminen sekä sitä, mitkä tekijät ovat tähän yhteydessä. Tämän ohella tarkastellaan myös niitä pareja, jotka ovat hakeutuneet tutkimuksiin vasta melko pitkän ajan jälkeen, yritettyään raskautta vähintään kolme vuotta. Luvussa tarkastellaan myös sitä, kuinka suurella osalla hedelmöityshoitopotilaista on jo kokemusta aikaisemmista hoidoista.

Tämän jälkeen tarkastellaan hedelmöityshoitoon hakeutumiseen liittyntä päätöksentekoa ja tähän vaikuttaneita tekijöitä. Luvussa 2.2 selvitetään mm. missä määrin taloudelliset tekijät, oma epävarmuus tai puolisoiden erilaiset näkemykset heijastuivat päätökseen hakeutua tutkimuksiin tai hoitoon. Luvussa arvioidaan myös puolisoiden näkemyserojen vaikutusta lapsettomuustutkimusten ajoittamiseen. Tämän lisäksi selvitetään, missä määrin hedelmöityshoitopotilaat ovat valmiita kokeilemaan eri hoitovaihtoehtoja sekä pohtimaan vieraiden sukusolujen käyttöä.

Luvussa 2.2 tarkastellaan hedelmöityshoitopotilaiden hoitoihin liittämiä

epäilyjä, huolenaiheita ja pelkoja. Hoitojen kustannusten lisäksi tarkastellaan, missä määrin mm. hoitotoimenpiteet, odotettavissa olevat pettymykset, vieraiden sukusolujen käyttö tai ansiotyöstä poissaolo herättävät huolta hoitoon hakeutuneiden parien keskuudessa. Tässä yhteydessä arvioidaan myös puolison merkitystä hoitoihin liittyvien huolenaiheiden ja tuen tarpeen kannalta. Luvussa tarkastellaan hedelmöityshoitopotilaiden valmiutta kertoa lapsettomuudesta tai hoidoista läheisilleen tai mahdollisesti syntyvälle lapselleen. Tämän lisäksi selvitetään potilaiden kokemuksia tiedon ja tuen saamisesta sekä näihin liittyviä toiveita.

Lopuksi luvussa 2.3 tarkastellaan hedelmöityshoitoon hakeutuneiden potilaiden näkemyksiä ja odotuksia elämäntilanteestaan, vanhemmuudesta sekä lastenhankinnasta. Hedelmöityshoitopotilaiden näkemyksiä verrataan samanikäisten raskautta suunnittelevien suomalaisnaisten ja miesten mieltäpitäisiin. Luvussa arvioidaan mm. sitä, heijastuuko lapsettomuus tai hedelmöityshoitoihin hakeutuminen muita elämänalueita ja erityisesti parisuhdetta koskevaan tyytyväisyyteen. Samoin selvitetään, eroavatko lasta avustetusti suunnittelevien vanhemmaksi tuloon tai lastenhankintaan liittyvät toiveet ja motiivit merkittävästi muiden parien toiveista. Suhtautuvatko hedelmöityshoitoon hakeutuneet esimerkiksi muita myönteisemmin vanhemmuuteen? Entä näkyvätkö raskaaksitulovaikeudet hoitoon hakeutuneiden parien lapsilukutoiveissa: alentaako tieto raskaaksitulon vaikeuksista parien lapsimäärää koskevia odotuksia vai odottavatko avustetusti lasta suunnittelevat parit saavansa yhtä paljon lapsia kuin samanikäiset suomalaiset keskimäärin?

1.3 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimushanke aloitettiin Väestöliiton klinikoilla vuoden 2006 lopulla, laajemmin vuoden 2007 alusta. Väestöliiton klinikat vastaavat noin viidesosasta kaikesta yksityisen sektorin palvelutarjonnasta (Suikkari 2008; julkaisemattomia tietoja Väestöliiton klinikoiden suorittamien IVF-hoitojen määrästä), koko yksityisen sektorin vastatessa noin 60–70 prosentista hoidoista (Suikkari 2010; Klemetti 2006). Väestöliitolla oli kyselyn toteuttamisajankohtana klinikoita neljällä paikkakunnalla: Helsingissä, Turussa, Oulussa ja vuoteen 2010 asti Tampereella. Yksityisen sektorin lisäksi kysely haluttiin toteuttaa myös julkisella sektorilla. Keväällä 2009 aineistonkeruu toteutettiin kahdella julkisen sektorin klinikalla (HUS ja OYS). Tutkimuksen kohteena olivat klinikoille lapsettomuustutkimuksiin ja hedelmöityshoitoihin hakeutuvat asiakasparit.

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake laadittiin yhteistyössä Väestöliiton klinikoiden kanssa. Lomakkeen suunnittelussa hyödynnettiin aikaisempien vastaavanlaisten tutkimusten käyttämiä kyselyitä. Tutkimuksen kohteeksi rajattiin ensin ensimmäistä lastaan (naiselle ensimmäistä) suunnittelevat parit, mutta rajauksesta luovuttiin ensimmäisten kuukausien jälkeen. Tutkimus sovittiin rajattavaksi heteropareihin, vaikka tämän toteutumista on vaikea arvioida. On kuitenkin todennäköistä, että samaa sukupuolta olevia pareja

on aineistossa korkeintaan muutamia, vaikka mm. Väestöliiton klinikoilla hoitoja ei ole rajattu vain heteropareille. Hankkeen alkuvaiheessa haastateltiin Väestöliiton klinikoiden hoitohenkilökuntaa, joiden näkemyksen mukaan naisparien tai yksinäisten naisten osuus potilaista on hyvin pieni.

Aineiston keruuta jatkettiin Väestöliiton klinikoilla 31.5.2008 asti. Vuoden 2009 alusta tutkimushanke laajeni julkisen sektorin klinikoille. Hankkeeseen osallistuvivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Naistenklinikka sekä Oulun Yliopistollisen sairaalan (OYS) Synnytys- ja naistentautien klinikka. Tiedonkeruu HUSissa ja OYSissa tapahtui ajanjaksona 1.1.–31.5.2009. Mm. tiedonkulkuongelmien vuoksi aineiston keruu OYSissä ei kuitenkaan onnistunut toivotulla tavalla ja vastauksia kertyi vain muutamia.

Kyselylomakkeen täyttämisen lisäksi vastaajia pyydettiin antamaan suostumuksensa siihen, että heidän potilas- ja väestörekisteritietojaan yhdistetään kyselylomakkeen tietoihin myöhemmässä vaiheessa. Suostumus tuli antaa erillisellä lomakkeella, joka pyydettiin palauttamaan yhdessä vastauslomakkeen kanssa. Kieltäytyminen tietojen yhdistämisestä ei estänyt kyselyyn osallistumista.

Väestöliiton klinikoilla kyselylomakkeen jakamisesta huolehtivat lääkärit. HUSissa ja OYSissa kyselylomakkeiden jakamisesta huolehtiminen sovittiin vastaavan hoitajan tehtäväksi. Lomakkeen jakamisen yhteydessä lääkäreitä/hoitajia pyydettiin kertomaan hankkeesta lyhyesti sekä muistuttamaan suostumusasiakirjasta ja sen palauttamisesta kyselyn yhteydessä. Vastaanotolle saapuvalla parille annettiin kaksi erillistä kyselylomaketta, sillä kummankin puolison toivottiin vastaavan kyselyyn erikseen. Puolisoiden vastauksia ei voida kuitenkaan yhdistää toisiinsa. Suomenkielisen lomakkeen lisäksi tarjolla oli ruotsinkielinen lomake. Kyselylomakkeen mukana annettiin vastauskuori, jossa vastaukset palautettiin suoraan Väestöliittoon.

Tutkimuslomake pyrittiin jakamaan pareille klinikkakäyntien alkuvaiheessa eli silloin, kun pari on vasta aloittamassa lapsettomuustutkimukset. Julkisella sektorilla potilaiden kohdalla käyntikertoja on kuitenkin voinut olla jo useampia ennen lomakkeen jakamista, koska potilaat ovat usein aloittaneet lapsettomuuden selvittämisen jo alueellisilla terveysasemilla.

1.4 Tutkimuksen aineisto

Aineiston keruutavasta johtuen on vaikea antaa tarkkoja tietoja vastausprosentista. Oheisessa taulukossa on kuitenkin kuvattu klinikoille toimitettujen lomakkeiden määrä ja ko. klinikoilla käyneiden lomakkeen palauttaneiden potilaiden määrä sekä tietojen yhdistämiseen suostumuksensa antaneiden potilaiden määrä (Taulukko 1). Luvut on ilmoitettu erikseen naisille ja miehille, koska miesten vastaamisalttius jäi huomattavasti heikommaksi kuin naisten.

Taulukko 1. Klinikoiden toimitettujen kyselylomakkeiden määrä, jaettujen lomakkeiden määrä, sekä lomakkeen palauttaneiden määrä ja rekisteritietojen ja lomaketietojen yhdistämiseen luvan antaneiden vastaajien osuus.

	Lomakkeita toimitettu	Lomakkeita jaettu	Palautuneita vastauksia		Yhteensä	Suostumus lomake- ja rekisteritietojen yhdistämiseen		Aineiston keruuvuodet
			Naiset	Miehet		Naiset	Miehet	
Yksityinen	1400	1150	257	129	386	87.5%	83.7%	2006:8% 2007:61% 2008:30%
Julkinen	300	210	40	28	68	82.5%	85.7%	2009:100%
Kaikki	1700	1360	297	157	454	86.9%	84.1%	2006:7% 2007:53% 2008:25% 2009:15%

Lomakkeita palautui kaiken kaikkiaan 454 kappaletta, joista 386 kappaletta tuli Väestöliiton klinikoiden potilailta ja 68 kappaletta HUSin ja OYSin potilailta. Koska lomakkeiden jakamista ei voitu täysin kontrolloida, vastausprosentin arviointi on suuntaa-antava. Vastaaminen jäi kuitenkin melko alhaiseksi, hieman yli 30 prosenttiin. Naisten osuus vastanneista oli 65 prosenttia, miesten 35 prosenttia. Klinikoiden välillä oli hieman eroja sukupuolten vastaamisalttiuden välillä. Heikoimmaksi miesten osallistuminen jäi Väestöliiton Tampereen klinikalla (vastaajista vain 10 % miehiä), ja parhaimmaksi se osoittautui OYSin Synnytys- ja naistentautien klinikalla (miesten osuus vastanneista 50 %).

Väestöliiton klinikoiden potilaista osa tuli klinikalle hoidettavaksi maksusitoumuksella eli he olivat ensin asioineet julkisen sektorin klinikalla ja saaneet sieltä lähetteen yksityiselle klinikalle. Näiden potilaiden osuus kyselyyn vastanneista potilaista oli kuitenkin vähäinen, alle neljä prosenttia.

1.5 Hedelmöityshoitopotilaiden demografinen ja sosio-ekonominen tausta

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että ylempiin yhteiskuntaluokkiin kuuluvat ja korkeamman koulutuksen saaneet hakeutuvat muita useammin hedelmöityshoitoihin kohdattuaan vaikeuksia raskaaksitulon kanssa (Klemetti 2006; Klemetti ym. 2004b; Malin & Hemminki 1996). Iällä ja lapsiluvulla on myös todettu olevan vaikutusta: nuoret hakeutuvat hoitoon herkemmin kuin vanhemmat ja lapsettomat parit useammin kuin ne, joilla jo on lapsia (Klemetti 2006). Tähän tutkimukseen osallistuneiden hedelmöityshoitoklinikoiden potilaiden tietoja verrattiin samanikäisen väestön tietoihin niiltä osin kuin vastaavia tietoja oli saatavilla sen selvittämiseksi, missä määrin he erosivat sosiodemografisilta tekijöiltään muusta väestöstä. Tämän lisäksi hedelmöityshoitoon hakeutuneita miehiä ja naisia verrattiin iän, lapsiluvun, siviilisäädyn sekä asuinalueen perusteella samankaltaistettuun Väestöliitossa kerättyyn *Ihmisuhteet ja hyvinvointi 2008* -tutkimuksesta peräisin olevaan aikuisväestöön.

Hedelmöityshoitotutkimus rajattiin aluksi koskemaan vain lapsettomia potilaita. Vuoden 2007 alusta tutkimus laajennettiin kaikkiin vastaanotolle hakeutuviin pareihin näiden lapsiluvusta riippumatta. Tästä huolimatta valtaosa vastaajista oli lapsettomia (Taulukko 2). Alle kymmenellä prosentilla oli yksi (biologinen) lapsi. Kaksi tai useampia (biologisia) lapsia oli vain kahdella prosentilla vastanneista.

Vaikka vastaajalla ei ollut omia lapsia, hänen taloudessaan saattoi asua puolison lapsia. Kun nämä otettiin huomioon, niin niiden vastaajien osuus, joiden taloudessa ei asunut lainkaan lapsia (ei omia eikä puolison) oli noin 85 prosenttia ja yksilapsisten osuus oli 11 prosenttia. Noin viidellä prosentilla vastaajista asui taloudessa kaksi tai useampia lapsia. Samanikäisistä (25–49-v.) avo- tai avioliitossa elävistä suomalaisista sen sijaan runsaat 70 prosenttia asuu taloudessa, joissa on lapsia (Tilastokeskus Perheet 2009).

Hedelmöityshoittoon hakeutuneet naiset olivat iältään keskimäärin 32-vuotiaita, miehet 34-vuotiaita. Naisten (tai naispuolison) ikä vaihteli 20 ja 44 vuoden välillä, miesten (tai miespuolison) 22 ja 50 vuoden välillä. Neljä prosenttia naisista oli täyttänyt 40 vuotta. Klinikoiden käyttämät ikäraja-ukset heijastuvat todennäköisesti siihen, että iältään vanhempia (45 vuotta täyttäneitä tai tätä vanhempia) hedelmöityshoitopotilaita on vähän; tähän kyselyyn vastanneista naisista yksikään ei ollut täyttänyt 45 vuotta. 45 vuotta täyttäneitä IVF-äitejä on vuosittain ollut muutamia (Gissler, THL julkaisemattomia tilastotietoja). Tähän kyselyyn vastanneet hedelmöityshoitopotilaat näyttivät olevan iältään hieman nuorempia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu (Klemetti 2006; Klemetti ym. 2004b). Ero oli suuri varsinkin yksityisen klinikan asiakkaiden välillä (Klemetti 2006, 50: yksityisen sektorin naispotilaiden keski-ikä oli 34 vuotta, tässä tutkimuksessa 32 vuotta).

Hedelmöityshoittoon hakeutuneiden koulutustaso oli selvästi korkeampi kuin samanikäisen väestön keskimäärin (Taulukko 2). 25–49-vuotiaista suomalaisnaisista 45 prosentilla on korkea-asteen tutkinto, miehistä noin 30 prosentilla. Joka viidennellä tämänikäisistä suomalaismiehistä ei ole perusasteen jälkeistä tutkintoa, naisista vastaava osuus on 12 prosenttia (Tilastokeskus, tietoja väestön koulutusrakenteesta 2006). Hedelmöityshoittoon hakeutuneiden keskuudessa korkea-asteen tutkinnon suorittaneita (ammattikorkeakoulu tai yliopistotutkinto) oli selvästi enemmän kuin 25–49-vuotiaiden keskuudessa keskimäärin (naisista 70 prosentilla, miehistä 60 prosentilla oli tutkinto korkea-asteen opinnoista). Perusasteen tutkinnon suorittaneiden osuus jäi alle kuuden prosentin, eli selvästi vähäisemmäksi kuin muulla samanikäisellä väestöllä.

Hedelmöityshoitopotilaista valtaosa, 95 prosenttia, kävi töissä. Osuus on selvästi suurempi kuin muun samanikäisen (25–49-vuotiaat) väestön kohdalla, joista 80 prosenttia kävi töissä (Tilastokeskus 2010).

Ruotsinkielisiä vastaajia oli koko aineistossa kolme prosenttia, ja muuta kieltä kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvia vastaajia oli yksi prosentti.

Taulukko 2. Vastaajien taustatietoja sukupuolen ja hoitotahon mukaan, n ja %

		Naiset N	%	Miehet N	%	Yksityinen sektori N	%	Julkinen sektori N	%
Sukupuoli	Kaikki	297	65	157	35	386	100	68	100
	Naisia	-		-		257	67	40	59
	Miehiä	-		-		129	33	28	41
Keski-ikä (vuotta)	Naiset(puoliso)	32.0		(31.8)		31.9		32.6	
	Miehet(puoliso)	(33.9)		34.1		34.0		34.5	
Ikäryhmä	20–29	95	32	29	18	113	29	11	16
	30–35	135	45	77	49	176	46	36	53
	36–40	59	20	30	19	70	18	19	28
	41+	8	3	21	13	27	7	2	3
Lapsiluku (biol.)*	0	265	89	138	88	231	90	34	85
	1	24	8	16	10	18	7	6	15
	2+	8	3	3	2	8	3	0	0
Siviilisäätö*	Avopari	97	33	43	27	90	35	7	18
	Aviopari	200	67	114	73	167	65	33	83
Alue*	Etelä-Suomen lääni	149	51	79	50	117	46	32	80
	Länsi-Suomen lääni	80	27	38	24	80	31	0	0
	Oulun lääni	53	18	31	20	45	17	8	20
	Lapin lääni	13	4	9	6	13	5	0	0
Koulutus	Korkeintaan ammattikoulu	43	14	44	28	73	19	14	21
	Opisto tai ammat- tikorkeakoulu	125	43	55	35	152	40	28	42
	Yliopisto	126	43	58	37	159	41	25	37
Sosioeko- nominen asema	Ylempi toimihenkilö	125	42	85	54	181	47	29	43
	Alempi toimihenkilö	63	21	27	17	73	19	17	25
	Työntekijä	95	32	42	27	117	30	20	29
	Muu	14	5	3	2	15	4	2	3
Toiminta	Työssä	280	94	151	96	366	95	65	96
	Ei työssä	17	6	6	4	20	5	3	4
Tuloryhmä* (keskiarvo- tulo ko. ryhmässä)	Alin neljännes (2423 e/kk)	62	23	34	23	53	23	9	24
	II neljännes (3502 e/kk)	81	31	40	27	71	31	10	26
	III neljännes (4229 e/kk)	69	26	45	20	59	26	10	26
	Ylin neljännes (5777 e/kk)	53	20	28	19	44	19	9	24
Tulot (ka)	Talouden tulot	3904 e/kk		3890 e/kk		3901 e/kk		3930 e/kk	

* Lapsiluku-, siviilisäätö-, alue- ja tuloryhmätiedot sekä keskiarvotulo on taulukossa ilmoitettu hoitotahoja koskeissa jakaumissa vain naisvastaajien tietojen perusteella. On todennäköistä, että mies- ja naisvastaajista suuri osa oli pariskuntia, ja ottamalla huomioon sekä miesten että naisten vastaukset kyseisen talouden tieto (esim. tulotiedot) olisi painottunut liikaa aineistossa.

Sosioekonominen asema: yrittäjät (N=23) yhdistetty ylempiin toimihenkilöihin, maatalousyrittäjät (N=7) työntekijöihin. Ryhmä muut: opiskelijat, eläkeläiset, kotona olevat, tuntematon. Tieto sosioekonomisesta asemasta perustuu vastaajan omaan ilmoitukseen.

Tuloryhmä: parien yhteenlasketut tulot, aineisto jaettu tulojen perusteella neljään yhtä suureen ryhmään.

On huomattava, että tähän kyselyyn vastanneet hedelmöityshoitopotilaat tulevat muita useammin suuremmista kaupungeista, elävät avo- tai avioliitossa ja ovat lapsettomia. Siten koulutustausta- ja työssäkäyntierot hedelmöityshoitoon hakeutuneiden ja muun väestön välillä olisivat todennäköisesti olleet jonkin verran kapeammat, mikäli vastaavia väestötietoja olisi ollut käytettävissä. Kyselyn vastausprosentti jäi myös suhteellisen alhaiseksi. Tästä syystä ei voida varmuudella arvioida, missä määrin kyselyyn vastanneiden potilaiden sosiodemografiset tiedot kuvaavat edustavasti tutkimukseen osallistuneille klinikoille hakeutuneita potilaita tai kaikkia lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin hakeutuneita pareja.

Koko väestöä koskevan suuntaa antavan vertailun lisäksi potilaiden vastauksia verrattiin Väestöliitossa vuonna 2008 toteutettuun laajaan kyselytutkimukseen *Ihmissuhteet ja hyvinvointi 2008* vastanneiden 25–44-vuotiaiden lapsettomien miesten ja naisten sekä yhden lapsen vanhempien vastauksiin. Vertailuaineiston kokoamisessa otettiin huomioon hedelmöityshoitopotilaiden ikä-, lapsiluku-, siviilisääty- sekä alueellinen jakauma. Kaikkia samanikäisiä koskevan vertailun lisäksi hedelmöityshoitopotilaiden vastauksia verrattiin lasta lähitulevaisuudessa (seuraavan kahden vuoden aikana) suunnittelevien parien vastauksiin. Vertailua varten 25–44-vuotiaiden kyselyaineistoon laadittiin painokertoimet, joita käytetään aineistojen vertailuissa. Painokertoimen avulla *Ihmissuhteet ja hyvinvointi*-kyselyn vastaajajoukkoa muokattiin vastaamaan hedelmöityshoitoon hakeutuneita iän, lapsiluvun, siviilisäädyn ja alueellisen jakauman mukaisesti. Seuraavassa tästä painotetusta aineistosta käytetään lyhennettä IHS-kysely.

Aluksi tarkastellaan hedelmöityshoitopotilaiden koulutus- ja tulotasoja sekä sosioekonomista asemaa vertaamalla heitä IHS-kyselyn 25–44-vuotiaisiin suomalaisiin (Taulukko 3).

Taulukko 3. Hedelmöityshoitoon hakeutuneet (HH) sekä *Ihmissuhteet ja hyvinvointi*-kyselyyn (IHS) vastanneet suomalaiset sosioekonomisen aseman sekä perhetilanteen mukaan (%).

	Naiset			Miehet		
	HH	IHS	IHS lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevat	HH	IHS	IHS lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevat
<i>Koulutus, sosioekonominen asema ja tulotaso</i>						
Korkeintaan amm. koulu	15	20	21	28	40	26
Amm.opisto, amk	43	41	32	35	30	33
Yliopisto	43	39	48	37	30	40
Ylemmät toimihenkilöt	39	21	29	46	30	34
Alemmat toimihenkilöt	21	15	13	17	17	32
Työntekijät	31	43	38	25	39	25
Yrittäjät, mv	5	5	2	10	7	6
Muut	4	16	18	2	7	2
Omat tulot (ka) €/kk	1745	1714	1618	2148	1735	1859
Työssä	94	87	83	96	93	98
Ei työssä	6	13	17	4	7	2
<i>Perhetilanne</i>						
Aikaisempia avo- tai avioliittoja	40	44	35	37	48	43
Parisuhteen kesto (keskim., vuotta)	7.0	6.8	5.7	7.1	6.6	5.0
Puolisolla lapsia aikaisemmista liitoista (ei-yhteisiä)	3	12	3	3	11	3
N	294	878	136	157	747	99

Hedelmöityshoitokyselyyn vastanneilla potilailla oli IHS-kyselyyn vastanneisiin 25–44-vuotiaisiin verrattuna hieman useammin akateeminen tutkinto ja selvästi harvemmin ammattikoulututkinto (Taulukko 3). Erot eivät kuitenkaan ole yhtä suuria kuin silloin kun hedelmöityshoitopotilaita verrataan kaikkiin samanikäisiin suomalaisiin. Hedelmöityshoitoon hakeutuneista jopa hieman harvemmalla oli yliopistotutkinto, kun heitä verrattiin muihin samanikäisiin, lasta lähitulevaisuudessa suunnitteleviin aikuisiin. Yliopistokoulutuksen saaneita on ylipäänsä runsaasti niiden vielä lapsettomien aikuisten keskuudessa, jotka suunnittelevat lasta lähitulevaisuudessa. Tämä johtuu pitkälti siitä, että korkeammin koulutetut siirtävät lastenhankintaa, joten korkeasti koulutettujen osuus kaikista lapsettomista on suuri kussakin nuorten aikuisten ikäryhmässä.

Hedelmöityshoitoon hakeutuneet lukeutuvat muita useammin toimihenkilöihin ja ovat tulotasoltaan hivenen suurempituloisia kuin IHS-kyselyn aikuisväestö. Muihin ryhmiin (lähinnä opiskelijoihin) kuuluvia oli selvästi vähemmän hedelmöityshoitoon hakeutuneiden naisten keskuudessa muihin samanikäisiin naisiin verrattuna. Hedelmöityshoitoon hakeutuneet naiset kävivät työssä jonkin verran useammin kuin muut samanikäiset naiset, miesten kohdalla eroja ei juuri ollut.

Entä eroavatko hedelmöityshoitoon hakeutuneet miehet ja naiset sitten perhetilanteeltaan merkittävästi muista samanikäisistä tai lasta suunnittelevista aikuisista? Hedelmöityshoitoon hakeutuneilla oli takanaan aikaisempia parisuhteita harvemmin kuin muilla samanikäisillä. Sen sijaan naisilla, jotka suunnittelivat lasta lähitulevaisuudessa oli harvemmin kokemusta aikaisemmista liitoista kuin hedelmöityshoitoon hakeutuneilla naisilla. Hoitoon hakeutuneet parit olivat eläneet nykyisessä liitossaan hieman kauemmin kuin samanikäiset suomalaiset keskimäärin. Hoitoon hakeutuneet elivät myös muita samanikäisiä miehiä ja naisia harvemmin sellaisessa uusperheessä, johon kuului puolison mukanaan tuomia lapsia. Onkin mahdollista, että vaikka pari ei pystyisikään saamaan yhteistä lasta, halu hakeutua hedelmöityshoitoon on vähäisempää silloin, kun perheessä asuu ei-yhteisiä lapsia. Myös lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevien keskuudessa oli muihin samanikäisiin verrattuna vähemmän niitä, joiden taloudessa asui ei-yhteisiä lapsia.

Hedelmöityshoitoon hakeutuminen näyttää siis myös tämän vertailun perusteella painottuvan ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin, vaikka iän, siviilisäädyn, lapsiluvun tai asuinalueiden vaikutus olisikin otettu huomioon. Varsinkin ylempiin toimihenkilöihin ja talouden yhteenlaskettujen tulojen perusteella suurempituloisiin kuuluvat ovat yliedustettuina hedelmöityshoitoon hakeutuneiden keskuudessa. Kun hedelmöityshoitoon hakeutuneita verrataan samanikäisiin lapsettomiin, raskautta suunnitteleviin aikuisiin, koulutusryhmittäiset erot kuitenkin kapenevat. Hedelmöityshoitoon hakeutuneissa on tällöin korkeasti koulutettuja lähes yhtä runsaasti kuin samanikäisessä väestössä keskimäärin.

2 Tulokset

2.1 Hakeutuminen tutkimuksiin lapsettomuuden vuoksi

2.1.1 Raskaaksitulon vaikeuksien ennakointi

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selvittää hedelmöityshoitoon hakeutumiseen vaikuttaneita tekijöitä ja tutkimusten aloittamisen ajankohtaa. Erityisenä kiinnostuksen kohteena oli selvittää hyvin varhaista tai vastaavasti verraten myöhäistä tutkimusten ajoittamista. Kyselyssä selvitettiin missä määrin vastaajat olivat osanneet jo etukäteen epäillä ongelmia raskauden alkamisessa. Lastenhankinnan siirtyessä yhä myöhemmäksi on esitetty, etteivät nuoret aikuiset ehkä osaa arvioida iän vaikutusta lastensaannin mahdollisuuksiin. Vaikka tässä tutkimuksessa ei vastaajilta tiedusteltu erikseen heidän käsityksiään iän tai muiden tekijöiden yhteydestä hedelmöittymisen mahdollisuuteen, jonkinlaista osviittaa tästä saadaan arvioimalla, miten vastaajien ikä heijastui raskaaksitulovaikeuksien ennakointiin. Raskausvaikeuksien ennakoinnin lisääntyminen iän myötä osoittaa sitä, että ainakin osa tiedostaa iän vaikutuksen hedelmöittymiskykyyn.

Yli puolet vastaajista ei ollut osannut ennakoida vaikeuksia raskaaksitulon kanssa. Naiset tosin olivat miehiä useammin osanneet epäillä ongelmia jo etukäteen (Taulukko 4). Raskaaksitulon ongelmia on voitu epäillä etukäteen esimerkiksi epäsäännöllisten kuukautisten, muiden terveydellisten tai gynekologisten vaivojen tai aikaisempien tuloksettomien yritysten tai keskenmenojen perusteella. Ongelmia ennakoineiden osuus kasvoi iän myötä sekä naisilla että miehillä. Onkin luonnollista, että nuoremmat vastaajat ovat harvemmin osanneet epäillä raskaaksitulon vaikeuksia. 70 prosenttia 35 vuotta täyttäneistä naisista sen sijaan oli osannut epäillä ongelmia (55 %) tai tiesi ongelmista etukäteen (15 %). Noin kolmasosalle tämänikäisistä naisista ongelma oli tullut täytenä yllätyksenä.

Ongelmien ennakointi näytti olevan yhteydessä myös koulutustasoon sekä sosioekonomiseen asemaan. Raskaaksitulon vaikeudet olivat tulleet yllätyksenä useimmin vähiten koulutetuille, tai alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluville. Koulutustason ja sosioekonomisen aseman yhteys vaikeuksien ennakointiin oli samanlainen sekä nuorempien että vanhempien vastaajien keskuudessa. On mahdollista, että korkeammin koulutettujen ja ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien muita useammin esittämä epäily ongelmista liittyy ylipäätään parempaan tietämykseen erilaisista hedelmättömyyden riskitekijöistä. Julkiselle sektorille hakeutuneista vastaajista suurempi osa oli tiennyt, että raskaaksituloon saattoi liittyä ongelmia. Toisaalta heidän joukossaan oli yksityiseen sektoriin verrattuna enemmän myös niitä, joille ongelmat olivat tulleet yllätyksenä.

Taulukko 4. Raskaaksitulon vaikeuksien ennakointi sukupuolen, lapsiluvun, iän, koulutustason ja hoitotahon mukaan, %

	Tiesin ongelmista jo pitkään	Tiesin ongelmia saattavan tulla	Epäilin, että ongelmia saattaisi tulla	Ongelma tuli täytenä yllätyksenä	N
Naiset	7	4	36	53	294
Miehet	7	5	26	62	154
0 lasta	6	2	35	57	399
1+ lasta	18	22	10	49	49
18–35-v.	6	4	28	63	333
36+ v.	10	6	46	37	115
Amm.koulu/kurssi	9	6	23	62	86
Opisto-amk	9	6	29	57	176
Yliopisto-kk	5	2	41	52	183
Ylempi th	6	3	38	53	207
Alempi th	9	6	27	58	89
Työntekijä	6	5	30	59	136
Muu	19	6	13	63	16
Yksityinen	7	4	35	54	381
Julkinen	9	6	18	67	67
Kaikki	7	4	33	56	448

Enemmistölle raskaaksitulovaikeudet olivat siis tulleet yllätyksenä, jolloin niihin sopeutuminen ja vaihtoehtojen pohtiminen voi olla haastavampaa. Tutkimuksiin hakeutuvat potilaat ovatkin siten keskenään eri asemassa siinä, missä määrin lapsettomuutta, sen merkitystä omassa elämässä tai parisuhteessa tai hedelmöityshoitoihin hakeutumista on ehditty pohtia etukäteen. Tämä asettaa omat haasteensa hoitovaihtoehtojen pohdinnalle sekä tuen tarpeen arvioinnille. Ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien tai korkeammin koulutettujen muita useammin esittämä epäily vaikeuksista kertonee näiden ryhmien paremmista tiedoista raskaaksituloon mahdollisesti liittyvistä ongelmista. Tämä voi osaltaan vaikuttaa siihen, että korkeammin koulutetut hakeutuvat hedelmöityshoitoon muita herkemmin.

2.1.2 Lapsettomuustutkimusten ajoittaminen

Nykyisinsuosittelaa, että lapsettomuuden tutkimukset aloitetaan siinä vaiheessa, kun pari on yrittänyt raskautta tuloksetta vähintään vuoden eli 12 kuukauden ajan. Kahdentoista kuukauden rajaa on käytetty lapsettomuuden määritelmänä myös raskaaksitulon vaikeuksien yleisyyttä selvittäneissä tutkimuksissa (ks. Klemetti ym. 2004a; Malin 2006). WHO on päätenyt lapsettomuuden määrittelyssä 24 kuukauden rajaan. Tällöin parin katsotaan kärsivän lapsettomuudesta, mikäli raskautta on yritetty tuloksetta vähintään kaksi vuotta (WHO 2001). Tutkimukset voidaan kuitenkin aloittaa jo aikaisemmin, jos on syytä epäillä, että raskauden alkamisen mahdollisuudet ovat heikentyneet. Näin voi olla esimerkiksi terveydellisistä syistä kuten synnytyselinten tulehdusten tai kuukautiskierron epäsäännöllisyyden vuoksi tai mikäli nainen on iältään jo yli 37-vuotias.

Kun lapsettomuudesta nykyään puhutaan paljon julkisuudessa, on esitetty oletuksia, että tutkimuksiin ja hoitoon hakeudutaan jo melko pian sen jälkeen kun raskautta on alettu yrittää (te Velde & Cohlen 1999; Léridon 1992). Liian aikaisin aloitetut hoidot voivat johtaa ylihoitamiseen ja kustannusten kasvuun, kun myös niitä pareja hoidetaan, jotka todennäköisesti tulisivat raskaaksi spontaanisti ilman raskaita ja kalliita hoitoja. Liian varhaisessa vaiheessa aloitettujen hoitojen ohella ongelmallista on kuitenkin myös se, jos tutkimuksiin ja hoitoihin hakeudutaan kovin myöhään. Tämän on ongelma varsinkin silloin mikäli raskautta on alettu yrittää vasta siinä vaiheessa, kun nainen on jo iäkkäämpi.

Raskaaksituloyrityksen kestoa selvitettiin kysymällä kuinka kauan pari oli yrittänyt (nykyistä) raskauttaan. Vastaajat ilmoittivat itse raskauden yrityksen keston kuukausina. Alle vuoden raskautta yrittäneiden osuus oli noin neljäsosa, 24 prosenttia (Taulukko 5, tarkastelu kohdistettu tässä vain naisvastaajiin). Yli kolme vuotta raskautta yrittäneitä oli 17 prosenttia kaikista hoitoon hakeutuneista. Vastaajat olivat yrittäneet raskautta keskimäärin 25 kuukautta ennen nykyistä hakeutumistaan tutkimuksiin tai hoitoon.

Varhaisessa vaiheessa hoitoon hakeutuneita (raskautta yritetty korkeintaan 12 kk) oli hivenen runsaammin nuorimmassa ikäryhmässä ja harvemmin 36 vuotta täyttäneiden naisten ryhmässä. Tutkimuksiin ja hoitoon hakeutuminen oli nopeampaa yksityiselle klinikalle hakeutuneiden potilaiden keskuudessa verrattuna julkiselle sektorille hakeutuneisiin (Taulukko 5). Tätä selittää kuitenkin suurelta osin se, että HUSin tai OYSin klinikoille hakeutuneet potilaat ovat usein ensin käyneet oman terveyskeskuslääkäriinsä luona ja saaneet sieltä lähetteen tutkimuksiin, jonka jälkeen varsinaisiin tutkimuksiin pääsy on vielä vienyt oman aikansa. On myös todennäköistä, että vasta vähän aikaa raskautta yrittäneet parit karsiutuvat lähetemenettelyn vuoksi pois jo terveyskeskuskäynnin jälkeen, mikäli lääkäri on kannustanut pareja vielä odottamaan ja yrittämään spontaania raskautta.

Taulukko 5. Tutkimuksiin hakeutuneet naiset raskauden keston mukaan naisen iän ja hoitotahon mukaan sekä raskauden yrityksen keskimääräinen kesto (kuukautta), %

Raskautta yritetty	Kaikki	18–29-v.	30–35-v.	36–40-v.	41+ -v.	Yksityinen	Julkinen	N (100%)
0–6 kk	3.4	6.4	1.5	3.5	0	4.0	0	10
7–12 kk	19.9	19.1	22.7	15.8	12.5	22.1	5.3	58
13–24 kk	44.7	44.7	47.7	38.6	37.5	48.2	21.1	130
25–36 kk	14.8	11.7	15.2	17.5	25.0	11.5	36.8	43
37–48 kk	10.0	11.7	6.1	17.5	0	7.9	23.7	29
49+ kk	7.2	6.4	6.8	7.0	25.0	6.3	13.2	21
Keskiarvo	25.2 kk	23.6 kk	24.3 kk	28.0 kk	38.1 kk	23.6 kk	35.4 kk	
N	291 (100)	94 (100)	132 (100)	57 (100)	8 (100)	253	38	291

Huom. Taulukon tiedot vain naisten vastauksista.

Taulukko 6. Lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin hakeutuneet naiset eri taustatekijöiden ja raskauden yrityksen keston mukaan

	Raskauden yrityksen kesto ennen nykyistä hakeutumista tutkimuksiin/hoitoihin			
	0–12 kk	13–36 kk	37+ kk	Kaikki
Naisen ikä (ka)	31.7 vuotta	31.9 vuotta	32.5 vuotta	31.9 vuotta
Puolison ikä (ka)	33.3 vuotta	33.8 vuotta	34.8 vuotta	33.8 vuotta
Nainen 36+ v., %	18	21	32	22
Omia lapsia 0, %	85	91	92	90
Omia lapsia 1+, %	15	9	8	10
Korkeintaan ammattikoulu, %	13	13	22	15
Amm.opisto, amk, %	44	40	47	42
Yliopisto, %	43	47	31	43
Ylempi th, %	35	46	36	42
Alempi th, %	24	21	20	21
Työntekijä, %	34	29	40	32
Muu, %	7	4	4	5
Talouden tulot, e/kk (ka)	4060	3982	3409	3903
Ei aikaisempaa ehkäisyä, %	15	11	31	15
Tiesi/epäili vahvasti ongelmia, %	19	9	6	11
Ongelma tuli täytenä yllätyksenä, %	31	55	76	53
Aikaisemmin tutkimuksissa, %	29	33	74	39
Aikaisempia hed.hoitoja, %	15	13	52	20
N	68	173	50	291

Huom. Taulukon tiedot vain naisten vastauksista.

Ikäryhmien välisten erojen lisäksi hoitoon hakeutumisen ajoittamisessa oli eroja myös koulutusryhmien välillä. Korkeintaan ammattikoulun käyneet vastaajat olivat hakeutuneet lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin hitaammin kuin opisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneet naiset (Taulukko 6). Vaikka sosioekonomisen aseman mukaiset erot eivät olleet yhtä selkeitä, työntekijöihin kuuluvat näyttivät hakeutuneen hoitoon muita hitaammin. Hoitoon hakeutumisen ajoittaminen näytti sen sijaan olevan yhteydessä tulotasoon: pienituloisimmat olivat odottaneet pisimpään. Koulutusryhmien väliset erot olivat merkittäviä varsinkin yksityisen klinikan potilaiden keskuudessa. Julkiselle sektorille hakeutuneiden keskuudessa koulutusryhmien välillä ei ollut eroja sen suhteen, kuinka kauan raskautta oli yritetty ennen tutkimusten aloittamista.

Edellä havaittiin, että osa tutkimuksiin hakeutuneista potilaista on jo etukäteen epäillyt tai tiennyt raskaaksitulon ongelmista. Vaikeuksien ennakointi voi puolestaan madaltaa kynnystä hakeutua tutkimuksiin jo melko varhaisessa vaiheessa. Korkeintaan vuoden ajan raskautta yrittäneiden joukossa oli muihin verrattuna jonkin verran enemmän niitä, jotka olivat jo epäilleet tai tienneet raskauteen liittyvistä vaikeuksista (19%) (Taulukko 6). Epäily

ongelmista ei kuitenkaan selittänyt varhaista tutkimukseen hakeutumista kuin osalla. Aikaisemmin havaittu vaikeus tulla raskaaksi tai tieto ongelmista näytti olleen syynä varhaiseen hakeutumiseen vain joka viidennellä. Valtaosalla melko varhaisessa vaiheessa hoitoon hakeutuneista syy nopeaan hakeutumiseen ei näyttännyt liittyvän tiedossa oleviin raskaaksitulon ongelmiin.

Ne vastaajat, joilla jo oli lapsia, olivat hakeutuneet hieman lapsettomia nopeammin tutkimukseen. Yhtenä syynä tähän saattoi olla se, että ongelmia oli jo osattu epäillä aikaisempien raskauksien perusteella. Lähes kaksi viidestä äideistä ilmoittikin epäilleensä tai tienneensä ongelmista, kun lapsettomien kohdalla ongelmia oli ennakoitunut harvempi kuin joka kymmenes. Väestöliitossa tehdyssä 0- ja 1-lapsisiin suomalaisiin kohdistetussa tutkimuksessa (IHS) yhden lapsen vanhemmista lähes joka viidennellä oli ollut vaikeuksia raskauden alkamisessa ensimmäisen lapsen kohdalla, ja heistä lähes kaksi kolmesta oli hakeutunut hoitoon ongelmien takia (Miettinen & Rotkirch 2008, 79).

Nopeampi avun hakeminen silloin, kun on jo aikaisempia lapsia, voi toisaalta liittyä myös siihen, että toisen lapsen hankinta on ehkä suunnitelmampaa kuin ensimmäisen. Raskautta yritetään tietoisemmin, jolloin siihen liittyviin ongelmiin reagoidaan ehkä herkemmin.

Pitkä odotusaika voi liittyä myös siihen, että nykyinen hoitokäynti on järjestyksessä jo toinen tai tätä seuraava yritys saada lapsi. Yksityisen klinikan potilaista lähes kaksi viidestä oli ollut jo aikaisemmin tutkimuksissa tai saanut hedelmöityshoitoja jo ennen nykyistä käyntiä, julkiselle sektorille hakeutuneista kolmasosalla oli takanaan nykyistä käyntiä edeltäviä tutkimuksia tai hoitoja (ks. seuraava luku). Pitempään raskautta yrittäneiden keskuudessa lähes kolme neljästä oli käynyt jo aikaisemmin tutkimuksissa lapsettomuuden vuoksi. Yli puolella oli kokemusta aikaisemmista (tuloksettomista) hoidoista. Aiemmin muualla tutkimuksissa tai hoidossa käyneiden osuus oli suuri varsinkin yksityiselle klinikalle hakeutuneiden korkeintaan ammattikoulun käyneiden vastaajien keskuudessa. Siten tämän ryhmän muihin ryhmiin verrattuna pidempi raskaudenyritys saattoi johtua siitä, että yksityiselle klinikalle oli hakeuduttu vasta sen jälkeen kun hoidot julkisella sektorilla eivät olleet tuottaneet toivottua lopputulosta. Lähes puolella pitkään raskautta yrittäneistä ei kuitenkaan ollut takanaan aikaisempia hoitoyrityksiä, vaan pari suunnitteli ensimmäistä kertaa hoitojen aloittamista.

Kyselyyn vastanneista lähes joka neljäs pari oli yrittänyt raskautta korkeintaan vuoden ennen hakeutumista tutkimukseen. Nykyisten suositusten mukaan raskautta tulisi yrittää vähintään vuosi ennen kuin tutkimukset aloitetaan. WHO:n antaman suosituksen mukaan parin tulisi odottaa vähintään kaksi vuotta ennen hoitoon hakeutumista (WHO 2001). On arvioitu, että lähes 84–90 prosentilla pareista spontaani raskaus saa alkunsa vuoden kuluessa, ja lopuistakin vielä puolet tulee raskaaksi seuraavan vuoden aikana (Habbema ym. 2004; te Velde ym. 2000).

Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että osa pareista hakeutuu hoitoon hieman liian varhaisessa vaiheessa ja hoidon suunnittelu aloitetaan, vaikka spontaanin raskauden mahdollisuus olisi vielä suhteellisen suuri. Toisaalta, mikäli raskautta on alettu yrittää vasta melko myöhäisellä iällä, tutkimusten ja hoitojen aloittamista ei välttämättä ole syytä lykätä. Tieto raskaaksituloon liittyvistä ongelmista tai naisen korkea ikä selittivät kuitenkin vain osittain nopeaa hakeutumista hoitoon: valtaosa alle vuoden yrittämisen jälkeen hoitoon hakeutuneista naisista oli iältään alle 35-vuotiaita, eikä ollut nähnyt syytä epäillä raskaaksitulon vaikeuksia. Parien neuvonta sekä lapsettomuutta ja hedelmöityshoitoja käsittelevän tiedon tarjonta voi osaltaan vähentää liian varhain tapahtuvaa hoitoon hakeutumista.

2.1.3 Aikaisemmat tutkimukset ja hoidot

Tähän tutkimukseen vastanneista valtaosa oli lapsettomia, ja sen mukaisesti hoitoprosessin alkuvaiheessa. Osa pareista on kuitenkin voinut käydä tutkimuksissa jo aikaisemmin ja saada hedelmöityshoitoja jo ennen nykyistä hoitokäyntiä. Kyselyssä tiedusteltiin tämän vuoksi pareilta aikaisemmista tutkimuksista ja hoidoista. Valtaosa (62 %) kyselyyn vastanneista potilaista oli tutkimuksissa tai hedelmöityshoidossa ensimmäistä kertaa (Taulukko 7). On kuitenkin hieman epävarmaa, miten vastaajat ovat tulkinneet 'aikaisemmat tutkimukset tai hoidot'. Osa vastaajista on saattanut hakeutua nykyisten raskaaksitulovaikeuksien vuoksi ensin omalle gynekologilleen tai terveyskeskukseen selvittämään asiaa ja tulkitsee tämän erilliseksi avunhakemiseksi, vaikka kysymyslomakkeella haettiin tietoa siitä, oliko vastaajalla tutkimus- tai hoitokokemuksia aikaisemmista raskausyrityksistä. Viidesosalla oli kuitenkin kokemusta myös aikaisemmista hoitokerroista. Selvästi yleisempää tämä oli niillä, joilla jo oli lapsia. Onkin todennäköistä, että suuri osa niistä potilaista, joilla jo on lapsia, on turvautunut hedelmöityshoitoihin jo aikaisempien raskauksien kohdalla. Samaa raskausyritystä koskevat hedelmöityshoidot voivat kestää pitkään myös siitä syystä, että osa pareista voi pitää pitkäänkin taukoa hoitokertojen välillä.

Hieman yllättävästi nuorempien vastaajien joukossa oli enemmän niitä, joilla oli jo kokemusta aikaisemmista tutkimuksista tai jopa hedelmöityshoidoista. Yksityisen klinikan potilaista hivenen suuremmalla osalla oli kokemusta jo aikaisemmista tutkimuksista, sen sijaan julkisen puolen potilaista hieman suurempi osa oli saanut aikaisemmin hedelmöityshoitoa. Hoitotahojen väliset erot olivat kuitenkin verraten pieniä.

Taulukko 7. Aikaisemmat tutkimukset/hoidot (vain naisvastaajat), %

	Aikaisemmin tutkimuksiin ja/tai hoitoon hakeutuneiden osuus kaikista naisvastaajista			N (100%)	Aikaisemmin hedelmöityshoitoja saaneet naiset, % kaikista naisvastaajista
	Terveyskeskus, gynekologi, muu	Sairaala, yksityinen lapsettomuus-klinikka	Ei aikaisempia tutkimuksia tai hoitoja		
Kaikki naiset	22	16	62	297	20
18–35-v.	23	16	61	230	21
36+ v.	19	15	66	67	16
0 lasta	22	13	65	265	17
1+ lasta	26	36	39	31	47
Amm.koulu tai kurssi	26	26	49	43	35
Opisto-amk	20	14	66	125	18
Yliopisto-kk	23	13	64	126	18
Ylempi th	24	15	60	125	19
Alempi th	17	14	68	63	19
Työntekijä	22	15	63	95	20
Muu	29	29	43	14	36
Yksityinen	23	16	62	257	20
Julkinen	18	15	67	39	23
N	66	46	184	296	60

Edellä havaittiin, että melko myöhään hoitoon hakeutuneista lähes kolme neljästä oli käynyt jo aikaisemmin tutkimuksissa ja hieman yli puolella oli kokemusta aikaisemmista hedelmöityshoidoista. Myöhäinen hakeutuminen klinikalle, jossa tätä kyselytutkimusta tehtiin, ei siten useinkaan tarkoittanut sitä, että pari olisi odottanut jopa useampia vuosia ennen tutkimuksiin hakeutumista. Valtaosalla kyseessä oli ilmeisesti tutkimusten tai hoitojen aloittaminen toisella klinikalla kun käynnit edeltävällä klinikalla eivät olleet tuottaneet tyydyttävää lopputulosta.

Korkeintaan ammattikoulun käyneiden vastaajien joukossa oli muita enemmän niitä, joilla oli kokemusta aikaisemmista hoidoista. Todennäköisesti tätä selittää se, että vähemmän koulutetut hakeutuvat muita useammin hoitoon ensin julkiselle sektorille. Tämän jälkeen osa haluaa vielä jatkaa hoitoa yksityisellä klinikalla, mikäli hoidot julkisella klinikalla eivät ole tuottaneet toivottua tulosta. Korkeammin koulutetuista taas suurempi osa hakeutunee hoitoon suoraan yksityiselle palveluntarjoajalle. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että yksityisellä klinikalla potilaana olevista naisista korkeintaan ammatillisen koulutuksen saaneista 40 prosentilla oli kokemusta aikaisemmista hedelmöityshoidoista, korkeammin koulutetuista naisista aikaisempia hoitokokemuksia oli 17 prosentilla. Myös tulo-ryhmien väliset erot osoittivat samaa: pienituloisemmista oli suuremmalla osalla takanaan aikaisempia tutkimuksia tai hoitoja, suurempituloisista taas harvempi oli aikaisemmin käynyt tutkimuksissa tai saanut hedelmöityshoitoa.

Julkisella sektorilla käytössä oleva hoitokertojen rajaaminen 3–4 kertaan sekä pitkät hoitojonot merkitsevät sitä, että osa potilaista – todennäköisesti suurempituloiset – hakeutuu yksityiselle sektorille jatkotoimenpiteisiin. Kun kyselyssä tiedusteltiin yksityisen klinikan potilailta syitä yksityisen klinikan valintaan, nopea hoitoon pääsy nousi tärkeimmäksi yksittäiseksi syyksi valintaan. Lähes 70 prosenttia piti nopeaa pääsyä hoitoon tärkeänä tai erittäin tärkeänä tekijänä. Vähiten koulutetuista tai aikaisemmin tutkimuksissa tai hoidoissa käyneistä tätä mieltä oli runsaat 80 prosenttia.

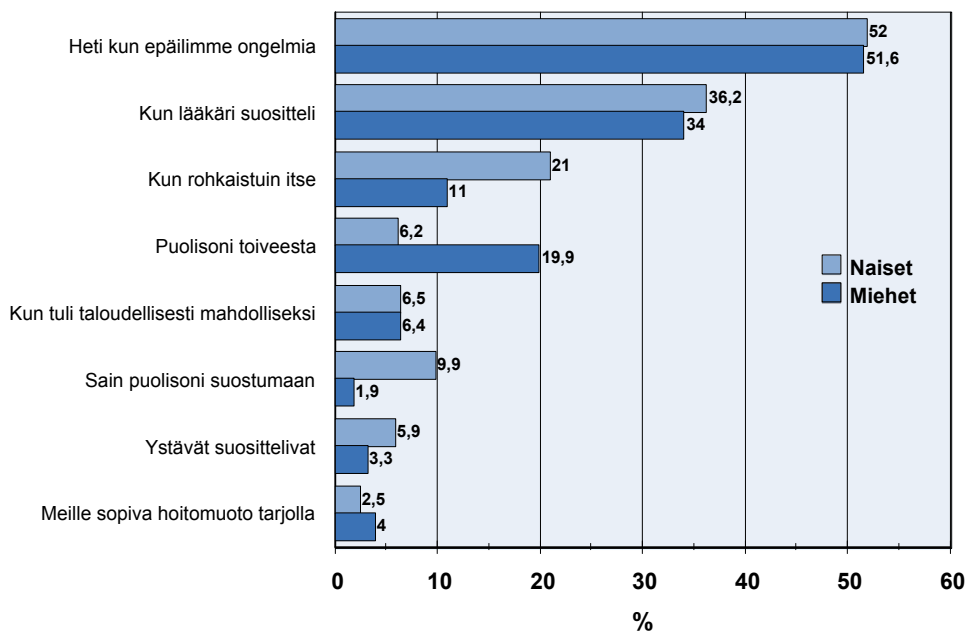
2.1.4 Tutkimuksiin tai hoitoon hakeutumiseen vaikuttaneet tekijät

Tähän kyselyyn vastanneet olivat jo hakeutuneet tutkimuksiin ja ainakin pohtivat hedelmöityshoitojen aloittamista. Kyselytutkimus ei siis anna tietoa päätökseen vaikuttaneista tekijöistä niiden lapsettomuudesta kärsivien naisten ja miesten kohdalla, jotka eivät ole hakeutuneet tutkimuksiin. Jonkinlaista osviittaa päätöksenteon taustalla olevista tekijöistä saadaan kuitenkin tutkimalla hedelmöityshoitoon hakeutuneita pareja ja heidän ratkaisujaan.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, missä määrin eri tekijöillä oli ollut vaikutusta heidän harkitessaan tutkimusten aloittamista. Vastaajat arvioivat kunkin yksittäisen väitteen sopivuutta omalla kohdallaan. Koska tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää koulutus- ja sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja hedelmöityshoitoon hakeutumisessa, tarkastellaan seuraavassa erityisesti taloudellisten tekijöiden sekä hedelmöityshoitoihin liittyvien pelkojen tai epäilysten merkitystä hoitoon hakeutumisen taustalla sekä näiden yhteyttä sosioekonomisiin tekijöihin.

Tutkimuksiin tai hedelmöityshoitoon hakeudutaan usein alueellisen terveysaseman gynekologin tai muun lääkärin suosituksesta kun raskaaksitulo ei yrityksistä huolimatta ole onnistunut. Myös tässä tutkimuksessa yli puolet vastaajista ilmoitti hakeutuneensa tutkimuksiin heti kun alkoi epäillä ongelmia (Kuvio 2). Runsas kolmasosa oli hakeutunut tutkimuksiin lääkärin suosituksen perusteella. Hedelmöityshoitoihin liittyvillä peloilla tai epäilyillä oli kuitenkin myös vaikutusta. Noin joka viides nainen (21 %) katsoi, että päätös lapsettomuuden selvittämisestä kypsyi, kun vastaaja itse rohkaistui hakeutumaan tutkimuksiin. Joka viides mies (20 %) oli puolestaan sitä mieltä, että puolison toive oli tärkeä syy aloittaa tutkimukset tai hoito. Vastaavasti noin kymmenen prosenttia naisista ilmoitti puolison suostumisen tärkeäksi syyksi tutkimusten tai hoidon aloittamisen taustalla. Vain kuusi prosenttia vastaajista katsoi, että tutkimusten tai hoidon aloittamisen edellytyksenä oli ollut taloudellisen tilanteen kohentuminen.

Kuvio 2. Missä määrin seuraavat tekijät kuvaavat teidän päätöstänne hakeutua lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin ja hoitoon? (1=ei kuvaa lainkaan, 5=kuvaa täysin). Väitteen kanssa samaa tai täysin samaa mieltä olleet, %



Taloudellisen tilanteen vaikutus tuntui luonnollisesti suurimmalta vastaajajoukon pienituloisimpien ryhmässä (Taulukko 8). Heistä lähes joka kahdeksas (12,5 %) oli pohtinut taloudellisia tekijöitä suunnitellessaan tutkimuksiin tai hedelmöityshoitoon hakeutumista. Taloudellisilla tekijöillä ei kuitenkaan ollut merkitystä hakeuduttaessa hoitoon julkiselle sektorille, jossa tutkimusten ja hoitojen kustannukset potilaille ovat huomattavasti pienemmät kuin yksityisellä sektorilla.

Tutkimuksiin tai hedelmöityshoitoon liittyvä epärointi vaikutti joka viidennen naisen päätöksessä (Taulukko 8). Eniten epäroivia oli opisto- tai ammattikorkeakoulututkinon suorittaneiden naisten keskuudessa sekä pienituloisten ryhmässä. Miehistä selvästi harvempi, joka kymmenes, ilmoitti että rohkaistuminen hakeutumaan tutkimuksiin oli ollut päätöksen edellytyksenä. Miehistä hoitoon epäroiden suhtautuvia oli eniten korkeintaan ammattikoulun suorittaneiden, työntekijäryhmiin kuuluvien sekä pienituloisten keskuudessa. Epärointi oli yleisempää myös julkiselle sektorille tutkimuksiin ja/tai hoitoon hakeutuneiden keskuudessa.

Taulukko 8. Taloudellisen tilanteen ja oman epäröinnin vaikutus tutkimuksiin hakeutumiseen. Merkitystä tärkeänä pitäneiden naisten ja miesten osuus iän, koulutuksen, tulotason ja hoitotahon mukaan (%)

	Kun hoidot tulivat meille taloudellisesti mahdolliseksi		Kun rohkaistuin itse mukaan tutkimukseen / hoitoihin	
	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet
Kaikki	7	6	21	11
18–35-v.	6	4	21	13
36+ -v.	8	12	21	8
Amm.koulu/kurssi	16	14	21	16
Opisto-amk	8	7	25	6
Yliopisto-kk	2	0	17	12
Ylempi th	2	5	21	9
Alempi th	11	0	23	11
Työntekijä	11	12	20	14
Muu	0	33	14	0
Pienituloisin neljännes	13	12	25	18
2. tuloryhmä	9	10	19	15
3. tuloryhmä	0	0	21	11
Suurituloisin neljännes	4	4	15	0
Yksityinen	8	8	20	12
Julkinen	0	0	28	7

Vastaajille annettiin myös mahdollisuus kertoa avovaihtoehdolla, mikäli jokin muu kuin listassa mainittu tekijä oli vaikuttanut päätökseen hakeutua tutkimuksiin lapsettomuuden vuoksi. Avovastauksia antoi hieman useampi kuin joka kymmenes vastaaja, useammin nainen kuin mies. Osan avovastauksista katsottiin kuitenkin tarkoittavan samaa tai lähes samaa kuin jo valmis vastausvaihtoehto, joten näitä ei tarkasteltu erikseen.

Avovastausten perusteella tärkeäksi päätökseen vaikuttaneeksi tekijäksi nousivat terveydelliset syyt tai ikä. Viidesosa avovastauksia antaneista ilmoitti, että aikaisemmat keskenmenot tai tiedossa olevat terveydelliset syyt vaikuttivat siihen, että lapsettomuutta haluttiin lähteä selvittämään. Toinen usein avovastauksissa mainittu tekijä oli vastaajan tai puolison ikä. Vastaajat katsoivat, että koska ikää oli jo suhteellisen paljon, turhaa odottelua ja yrittämistä ei haluttu pitkittää vaan haluttiin selvittää, onko lapsettomuudella lääketieteellisiä syitä ja/tai oliko parilla mahdollisuutta hedelmöityshoitoihin. Yksittäisiä mainintoja päätöksentekoon vaikuttaneista tekijöistä saivat elämäntilanteen tai työtilanteen sopivuus, sopiva vaihe parisuhteessa tai sukupuolielämän ongelmat. Vastauksissa ei kuitenkaan kuvattu tarkemmin näitä tekijöitä.

Avovastausten perusteella näyttää siltä, että osa lapsettomuuden vuoksi tutkimuksiin hakeutuvista ei välttämättä suunnittele lasta tai hedelmöityshoitojen aloittamista, vaan haluaa ehkä vain selvittää, löytyykö

raskaaksitulovaikeuksille jokin lääketieteellinen syy. Siten tutkimuksiin saatetaan hakeutua myös siitä syystä, että halutaan vielä kuulla asiantuntijan arvio raskauden mahdollisuudesta, vaikka pari olisi jo sopeutunut ajatukseen elämästä lapsettomana.

2.1.5 Puolison merkitys päätöksenteossa

Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selvittää miesten näkemyksiä hedelmöityshoitoihin liittyvistä kysymyksistä. Lapsettomuus koskettaa kumpaakin puolisoa, mutta se, millä tavoin raskaaksitulon ongelmiin suhtaudutaan tai niihin haetaan ratkaisua, voi erota suurestikin puolisoiden välillä. Puolisoiden näkemykset vanhemmaksi tulosta, halu saada oma biologinen lapsi tai suhtautuminen lapsettomuuteen voivat olla erilaisia. Myöskään mielipiteet lääketieteellisen hoidon mahdollisuuksista tai niiden tarpeesta eivät aina käy yksiin.

Puolisolta ja perheeltä saadun tuen on havaittu vaikuttavan merkittävästi terveyspalvelujen käyttöön tai hoitoon hakeutumiseen (mm. Andersen 1995). Lapsettomuuden kohdalla puolison rooli on jopa tärkeämpi kuin monien muiden terveysongelmien tapauksessa. Kun lapsettomuuden syitä selvitetään, kumpikin puoliso joutuu osallistumaan tutkimuksiin. Hoitotoimenpiteiden ohella ohjeet ja suositukset kohdistuvat usein kummankin käyttäytymiseen ja hoidon lopputulos – lapsen syntyminen tai lapsettomuus – koskettaa kumpaankin puolisoa (Johnson & Johnson 2009). Amerikkalaisissa tutkimuksissa on havaittu ensisijaisesti naisten päättävän siitä, ryhdytäänkö lapsettomuuteen ylipäätään hakemaan apua. Puolison merkitys päätöksenteossa kasvaa siinä vaiheessa, kun pari päättää hoitojen aloittamisesta (Johnsons & Johnson 2009).

Puolisoiden suhtautuminen lapsettomuuteen ja sen hoitoon vaikuttaa siten merkittävästi siihen, hakeutuuko pari tutkimuksiin ja hoitoihin. Näkemuserot voivat olla syynä siihen, että tutkimuksiin hakeutumista siirretään tai niitä ei haluta aloittaa lainkaan, samoin kuin siihen, minkälaiseen hoitoratkaisuun lopulta päädytään tai kuinka pitkään hoitoja halutaan jatkaa. Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista selvittää, missä määrin puolison kielteinen kanta oli esteenä tutkimuksiin tai hoitoon hakeutumiselle. Viitteitä puolison osuudesta päätöksenteossa saadaan kuitenkin tarkastelemalla vastaajien käsityksiä siitä, missä määrin puolison suostuminen tutkimuksiin tai oma myöntymisen puolison toiveeseen oli ollut ratkaisevaa päätöksenteossa.

Kyselyssä selvitettiin, kumpi puolisoista oli ollut aloitteentekijänä tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumisessa sekä sitä, missä määrin tutkimuksiin tulo oli edellyttänyt puolison suostuttelua. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että aloite tutkimuksiin lähtemisestä oli tullut naiselta, naiset tosin olivat tätä mieltä hieman useammin kuin miehet (Taulukko 9). Runsas kolmasosa katsoi, että aloite oli ollut yhteinen, ja vain viiden prosentin mielestä aloite oli ollut miehen käsissä. Jos tutkimuksiin lähteminen tapahtuikin useimmiten naisen aloitteesta, oli aloite hoitojen aloittamisessa kuitenkin usein yhteinen. Miehet

olivat harvoin aloitteentekijöinä tutkimuksiin tai hoitoihin hakeutumisessa. Taulukko 9. Aloitteenteko tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumisessa, %

	Tutkimuksiin hakeutuminen				Hoitoon hakeutuminen			
	Aluksi nainen	Aluksi mies	Yhdessä	N (100%)	Aluksi nainen	Aluksi mies	Yhdessä	N (100%)
Naiset	60	6	34	297	30	2	68	289
Miehet	53	4	43	157	30	3	67	153
18–35-v.	61	6	33	332	31	3	66	325
36+ v.	50	3	47	117	28	2	70	117
Yksityinen	59	5	35	382	32	3	65	375
Julkinen	49	5	46	67	21	2	78	67
Kaikki	58	5	37	449	30	3	67	442
N	260	23	166	449	133	12	297	442

Hoitoon hakeutumista koskevista väitteistä (ks. edellinen luku) muodostettiin uusi muuttuja sen mukaan, missä määrin vastaajat olivat kokeneet, että tutkimusten aloittaminen oli vaatinut puolison suostuttelua tai vastaaja oli itse lähtenyt mukaan puolison toiveesta. Lapsettomuustutkimuksiin oli lähdetty naisen toiveesta, mikäli vastaaja katsoi, että naisen toiveella oli ollut suurempi merkitys päätöksessä. Vastaavasti tutkimuksiin oli lähdetty miehen toiveesta, mikäli miehen esittämää toivetta oli pidetty tärkeämpänä päätökseen vaikuttavana tekijänä. Vastaajien katsottiin lähteneen tutkimuksiin yhteisestä toiveesta, mikäli kummankaan puolison esittämää toivetta ei pantu etusijalle.

Hieman yli puolet vastaajista katsoi, että aloite lähteä tutkimuksiin oli ollut puolisojen yhteinen (Taulukko 10). Useampi kuin joka neljäs (28 %) naisvastaaja ilmoitti, että puolison (miehen) suostuttelu mukaan tutkimuksiin tai hoitoon oli ainakin jossain määrin vaikuttanut päätökseen lähteä selvittämään lapsettomuutta. Vastaavasti miehistä 46 prosenttia katsoi, että naisen toive oli vaikuttanut ainakin jossain määrin tutkimusten aloittamisen taustalla. Tutkimukset aloitettiin harvemmin miehen toiveesta. Viisi prosenttia miehistä ilmoitti suostutelleensa puolisoaan, vastaavasti naisista 16 prosenttia katsoi, että oli lähtenyt selvittämään lapsettomuutta puolisonsa toiveesta.

Varsinkin nuoremmat vastaajat katsoivat, että tutkimuksiin oli lähdetty naisen toiveesta. Tutkimusten aloittaminen miehen toiveesta oli myös hieman yleisempää nuoremmilla vastaajilla vanhempiin verrattuna.

Myös koulutusryhmien välillä oli eroja. Kaikissa koulutusryhmissä noin puolet tai tätä useampi vastaaja oli sitä mieltä, että aloite tutkimuksiin lähtemisestä oli ollut yhteinen. Matalimmin koulutetuista naisista kuitenkin joka kolmas katsoi, että tutkimuksiin lähteminen oli vaatinut puolison suostuttelua, korkeammin koulutetuista naisista tätä mieltä oli joka neljäs. Tutkimuksiin lähteminen miehen aloitteesta oli sen sijaan hieman yleisempää korkeammin koulutetuilla naisilla (19%). Miehen koulutustausta vaikutti samansuuntaisesti

vaikka erot olivat vähäisempiä.

Taulukko 10. Tutkimuksiin tai hoitoon hakeutuneet vastaajat sen mukaan, oliko päätös syntynyt enemmän naisen tai miehen toiveesta vai puolisoiden yhteisestä toiveesta, %

	Naisen toiveesta	Miehen toiveesta	Yhdessä	N
Nainen	28	16	55	289
Mies	46	5	50	155
18–35-v.	36	14	51	327
36+ v.	30	9	62	117
Amm.koulu/kurssi	41	7	52	84
Opisto-amk	35	11	53	175
Yliopisto-kk	31	14	55	182
Ylempi th	36	13	52	208
Alempi th	36	16	48	88
Työntekijä	32	9	59	132
Muu	31	13	56	16
Alin tuloluokka	46	7	48	92
2. tuloluokka	33	12	55	119
3. tuloluokka	32	15	52	111
Ylin tuloluokka	25	19	57	81
Yksityinen	36	12	52	377
Julkinen	25	13	61	67
Kaikki	35	12	53	444

Yhteinen aloite oli yleisin kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Tutkimuksiin lähteminen joko naisen aloitteesta tai miehen aloitteesta oli sen sijaan toimihenkilöillä hieman yleisempää kuin työntekijöillä. Tulojen yhteys puolisoitten rooliin tutkimuksiin tai hoitoon hakeutumisessa oli samansuuntainen kuin koulutuksen: alemmissä tuloryhmissä naisen rooli oli ollut keskeisempi, vaikka myös tässä ryhmässä puolisoitten yhteinen aloite oli yleisin. Miesten tekemä aloite yleistyi talouden tulotason kohotessa. Myös hoitotahojen välillä oli eroja: yksityiselle klinikalle hoitoon hakeutuneiden parien kohdalla puolisoitten näkemykset olivat eronneet useammin ja naiset olivat joutuneet suostuttelemaan puolisoaan useammin kuin julkiselle sektorille hakeutuneiden keskuudessa. On mahdollista, että osaltaan tätä selittävät hoitokustannusten erot. Yksityisen sektorin hoitojen kustannukset ovat KELA-korvausta huolimatta selvästi korkeammat kuin julkisella sektorilla. Puolisoaan suostuttelemaan joutuneet (naiset) olivatkin muita huolestuneempia hoitojen kustannuksista.

Missä määrin puolison vaikutus heijastuu siihen, milloin hakeudutaan tutkimuksiin tai hoitoihin? Olivatko eri mieltä olleet parit hakeutuneet tutkimuksiin hitaammin kuin ne, joiden kohdalla päätös on syntynyt yhteisestä aloitteesta? Tulosten perusteella näyttää siltä, että tutkimuksiin hakeutuminen oli ollut hieman hitaampaa silloin, kun aloite siihen oli ollut enemmän jomankumman puolison varassa, ja erityisesti silloin, kun aloite oli tullut mie-

heltä. (Taulukko 11). Erot olivat kuitenkin verraten pieniä eikä tilastollisesti merkitseviä eroja löytynyt. Vanhemmassa ikäryhmässä, jossa miehen aloitteesta mukaan lähteneiden osuus oli ylipäätään pienempi kuin nuorempien kohdalla, oli raskautta yritetty selvästi pidemmän aikaa ennen tutkimuksiin tai hoitoihin hakeutumista silloin, kun mies oli ollut aktiivisempi osapuoli.

Taulukko 11. Lapsettomuustutkimusten ajoittaminen sen mukaan, oliko päätös tutkimusten aloittamisesta syntynyt enemmän jommankumman puolison toiveesta vai puolisoitten yhteisestä toiveesta. Raskauden yrityksen keskimääräinen kesto (kk) ennen nykyistä tutkimuksiin/hoitoon hakeutumista.

	Naisen toiveesta	Miehen toiveesta	Yhdessä	N
Nainen	25.6	28.9	23.5	284
Mies	24.6	29.2	27.2	151
18–35-v.	25.7	25.9	21.7	321
36+ v.	23.5	43.4	31.8	114
Kaikki	25.2	28.9	24.7	435

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että kaikki raskaaksitulovaikeuksia kokeneet eivät hakeudu hedelmöityshoitoihin (mm. Klemetti ym. 2004b). Puolisoiden erilaiset näkemykset hoitoon hakeutumisesta voivat osaltaan selittää tätä. Osa pareista on yhtä mieltä siitä, että lapsettomuuden syytä ei ryhdytä selvittämään eikä hoitoja aloiteta. Hedelmöityshoitoihin ei myöskään ole tarvetta niillä pareilla, jotka onnistuvat tulemaan spontaanisti raskaaksi aikaisemmista vaikeuksista huolimatta. Joillakin pareilla puolisoitten näkemykset hoidon tarpeesta voivat kuitenkin erota suuresti, minkä seurauksena tutkimuksiin ja hoitoon hakeutuminen viivästyy tai siitä luovutaan kokonaan. Tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että kynnyks hakeutua tutkimuksiin tai hedelmöityshoitoihin on miehille jossain määrin korkeampi kuin naisille. Ilman tarkempia väestötasoisia tutkimuksia parien ratkaisusta ja niihin vaikuttaneista tekijöistä on kuitenkin vaikeaa arvioida, kuinka yleisiä näkemyserot ovat, tai mikä on niiden merkitys hoitoon hakeutumisessa.

2.1.6 Valmius eri hoitoihin

Suurin osa kyselyyn vastanneista hedelmöityshoitopotilaista oli ensimmäistä kertaa tutkimuksissa tai harkitsi hedelmöityshoitojen aloittamista. Monet ovat vasta lapsettomuustutkimusten alkuvaiheessa, eikä kaikista hoitovaihtoehtoista tai niihin liittyvistä seikoista ole ehkä vielä tarkkaa kuvaa. Käsitukset eri hoitovaihtoehtoista ja suhtautuminen niihin voivat muuttua tutkimusten edetessä tai siinä vaiheessa, kun hoitovaihtoehtoja ja raskaaksitulon mahdollisuuksia arvioidaan omalla kohdalla.

Kun kyselylomakkeella tiedusteltiin valmiutta erilaisiin hoitoratkaisuihin, yli puolet ei ollut valmis tai ei vielä tässä vaiheessa osannut sanoa, oliko

valmis kokeilemaan kaikkia lääketieteellisiä hoitokeinoja hedelmöittymisen aikaansaamiseksi (Taulukko 12). Vain muutama vastaaja ei ollut halukas minkäänlaisiin hedelmöityshoitoihin, ja viisi prosenttia ei vielä osannut sanoa kantaansa.

Taulukko 12. Missä määrin tutkimuksiin hakeutuneet vastaajat olivat valmiita harkitsemaan hedelmöityshoitoja, %

Olen valmis kaikkiin lääketieteellisiin hoitoihin	Samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Eri mieltä	N
Naiset	41	22	37	100
Miehet	45	19	37	100
Amm.koulu/kurssi	54	17	29	86
Opisto-amk	39	20	40	178
Yliopisto-kk	38	24	38	183
Yksityinen	39	22	39	100
Julkinen	58	16	25	100
Kaikki	42	21	37	450
En ole valmis mihinkään lääketieteelliseen hoitoon	Samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Eri mieltä	N
Naiset	1	5	95	100
Miehet	0	7	93	100
Amm.koulu/kurssi	0	7	94	77
Opisto-amk	0	5	95	175
Yliopisto-kk	1	5	94	174
Yksityinen	1	6	93	100
Julkinen	0	2	98	100
Kaikki	1	5	94	428

Vastaajilta tiedusteltiin myös heidän suhtautumistaan vieraiden sukusolujen ja koeputkihedelmöityksen käyttöön. Kysymyksenasettelun monitulkintaisuudesta johtuen on vaikea tarkasti arvioida sitä, kuinka suuri osa vastaajista epäröi yksinomaan vieraiden sukusolujen tai koeputkihedelmöityksen käyttöä. Näytti kuitenkin siltä, että lähes puolet vastaajista (48 %) suhtautui ainakin tutkimusten tai hoitojen alkuvaiheessa kielteisesti vieraiden sukusolujen käyttöön hedelmöityshoidoissa omalla kohdallaan (Taulukko 13). Miehistä hieman suurempi osa kuin naisista epäröi vieraita sukusoluja, mutta sukupuolten välinen ero oli varsin vähäinen. Vähiten koulutetut (sekä naiset että miehet) olivat epävarmempia vieraiden sukusolujen käyttöä kohtaan.

Koeputkihedelmöitykseen suhtautuminen oli myönteisempää. Vain noin seitsemän prosenttia vastaajista katsoi, ettei ainakaan tässä vaiheessa ollut

valmis koeputkihedelmöityksen käyttöön.

Taulukko 13. Suhtautuminen vieraiden sukusolujen ja koeputkihedelmöityksen käyttöön, %

Olen valmis muihin lääketieteellisiin hoitoihin lukuun ottamatta vieraiden sukusolujen käyttöä	Samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Eri mieltä	N
Naiset	47	28	25	100
Miehet	50	26	23	100
Amm.koulu/kurssi	54	29	18	80
Opisto-amk	53	25	22	180
Yliopisto-kk	41	30	28	181
Yksityinen	50	27	24	100
Julkinen	41	32	27	100
Kaikki	48	28	24	444
Olen valmis muihin lääketieteellisiin hoitoihin lukuun ottamatta koeputkihedelmöitystä	Samaa mieltä	Ei osaa sanoa	Eri mieltä	N
Naiset	6	19	75	100
Miehet	9	17	74	100
Amm.koulu/kurssi	6	14	80	80
Opisto-amk	6	19	75	176
Yliopisto-kk	7	20	72	177
Yksityinen	7	20	73	100
Julkinen	9	8	83	100
Kaikki	8	18	75	436

2.2 Hedelmöityshoitoihin liittyvät huolenaiheet, valmius kertoa hoidoista sekä tuen tarve

2.2.1 Hedelmöityshoitoihin liittyvät pelot ja epäilyt

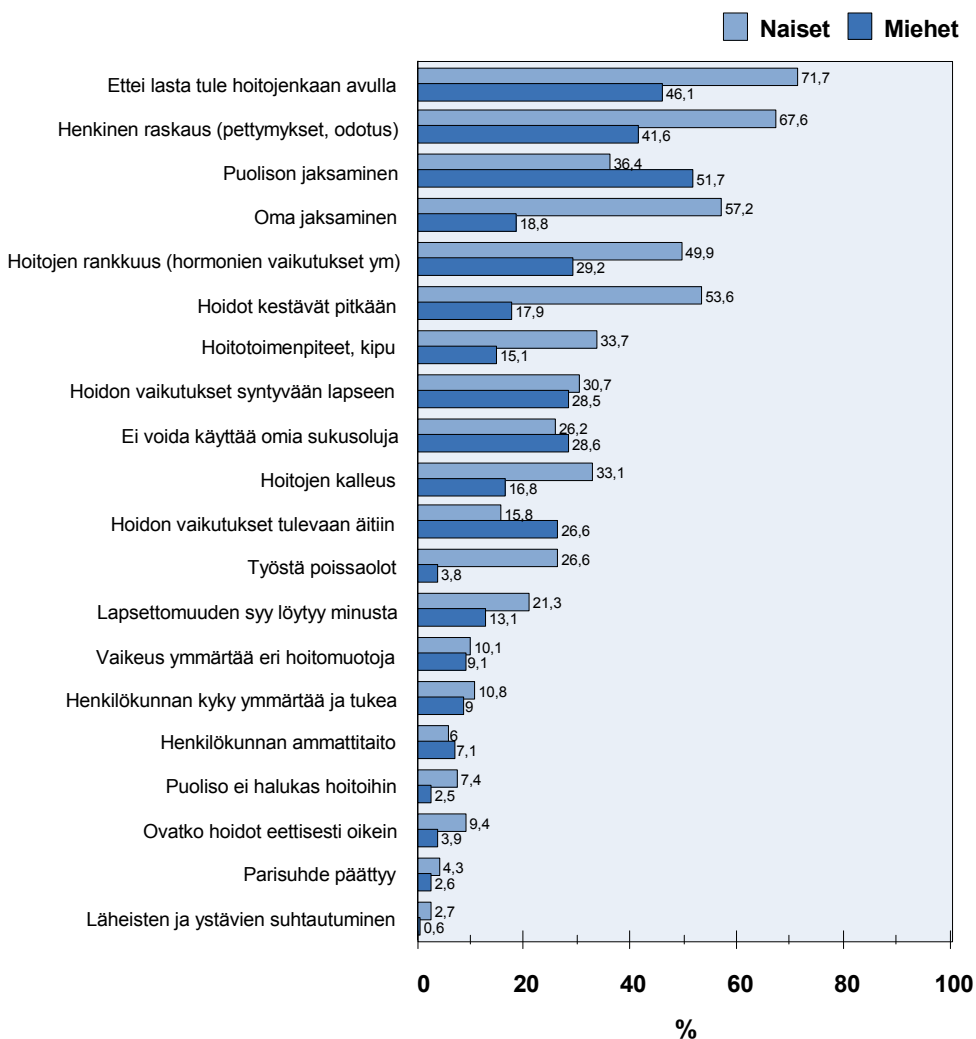
Tutkimuksissa on alettu viime vuosina kiinnittää yhä enemmän huomiota myös psyykkisten tekijöiden merkitykseen hedelmöityshoitojen onnistumisen taustalla. Toistaiseksi tutkimustulokset masentuneisuuden, stressin tai ahdistuneisuuden yhteydestä lapsettomuuteen tai hedelmöityshoitojen onnistumiseen eivät ole antaneet yksiselitteisiä tuloksia. Muutamissa tutkimuksissa hedelmöityshoitoihin liittyvän ahdistuneisuuden ja huolen on havaittu olevan yhteydessä huonompiin hoitotuloksiin (mm. Klonoff-Cohen ym. 2001; Czemiczky ym. 2000), toisissa tutkimuksissa tällaista yhteyttä ei ole havaittu (Campagne 2006). Ahdistuneisuus tai stressi voivat kuitenkin vaikuttaa hedelmöityshoitojen onnistumiseen myös alentamalla kynnystä lopettaa hoidot melko varhaisessa vaiheessa (Johnson & Johnson 2009; Olivius ym. 2004). Hedelmöityshoitojen tai niihin liittyvien toimenpiteiden samoin kuin pettymysten herättämä psyykinen stressi voi vähentää parien halukkuutta useampiin hoitokertoihin tuloksettomien hoitojen jälkeen.

Tässä kyselyssä haluttiin selvittää, minkälaisia huolia tai epäilyjä hedel-

möityshoitoihin liitettiin. Hoitoja koskevien huolenaiheiden tiedustelu ei varsinaisesti mittaa lapsettomuuden tai hedelmöityshoitojen aiheuttamaa ahdistusta tai stressiä. Se antaa kuitenkin osviittaa siitä, minkälaisiin kysymyksiin huolestuneisuus liittyy, jolloin huolta aiheuttavista asioista voidaan helpommin keskustella parien kanssa hoitosuunnitelmaa tehtäessä.

Kysymyslomakkeen huolenaiheet-osioon otettiin mukaan 20 eri tekijää, joiden avulla pyrittiin selvittämään hoitotoimenpiteisiin, hoitojen lopputulokseen ja niiden vaikutuksiin sekä työhön, omaan tai puolison jaksamiseen sekä parisuhteeseen liittyviä huolenaiheita. Lähtökohtana käytettiin Klonoff-Cohen & Natarajanin (2004) esittämää luetteloa eri huolenaiheista, joita täydennettiin lisäosioilla. Mittarin aihepiirejä pohdittiin etukäteen myös yhdessä Väestöliiton klinikoiden hoitohenkilökunnan kanssa.

Kuvio 3. Hedelmöityshoitoihin liittyvät pelot ja epäilykset. Huolta tai epäilyjä tun-



teneiden (täysin/aika paljon huolta tai epäilyjä) osuus, miehet ja naiset (%)

Vastaajien suurimmat huolenaiheet liittyivät siihen, ettei lasta saada hoidelmöityshoidoista huolimatta sekä hoitojen henkiseen ja fyysiseen raskauteen (Kuvio 3). Runsaat 70 prosenttia naisista ja lähes puolet miehistä tunsivat suurta huolta siitä, etteivät hoidot lopulta johtaisikaan lapsen syntymään. Kaksi kolmesta naisista oli huolestunut hoitojen henkisestä raskaudesta ja lähes 60 prosenttia omasta jaksamisestaan. Puolison jaksaminen ja hoitojen henkinen raskaus huolestutti myös lähes puolta miehistä.

Hoitojen rankkuus ja niiden kestäminen pitkään huolestutti puolta naisista. Kolmasosa naisista oli huolissaan hoitotoimenpiteistä ja niihin mahdollisesti liittyvästä kivusta. Sekä miehistä että naisista lähes joka neljäs oli huolissaan siitä, ettei hoidoissa voitaisikaan käyttää omia sukusoluja. Alle kolmasosa oli huolissaan hoitojen vaikutuksista syntyvään lapseen ja noin joka viides hoitojen vaikutuksesta naiseen. Miehet kantoivat tästä selvästi useammin huolta naisiin verrattuna. Naiset olivat puolestaan miehiä useammin huolissaan siitä, että syy lapsettomuuteen löytyy itsestä. Miehistä vain joka kahdeksas oli tästä huolissaan. Naiset olivat myös miehiä huolestuneempia hoitojen taloudellisista vaikutuksista: hoitojen kalleus huolestutti neljäsosaa kaikista vastaajista, naisia selvästi useammin kuin miehiä, ja hoitojen vuoksi aiheutuvat poissaolot ansiotyöstä huolestuttivat lähes joka neljättä naista.

Harvempi kuin joka kymmenes oli huolissaan siitä, ettei täysin ymmärtänyt eri hoitovaihtoehtoja. Hoitohenkilökunnan ammattitaito tai kyky ymmärtää samoin kuin hoitoihin liittyvät eettiset kysymykset huolestuttivat samoin hieman harvempaa kuin joka kymmenettä vastaajaa. Hoitoon haikutuneiden parien kohdalla ei juuri ilmennyt huolestuneisuutta puolison suhtautumista kohtaan. Puolison kielteistä suhtautumista tai parisuhteen purkautumista pelkäsi vain muutama prosentti vastaajista, naiset hieman miehiä useammin.

Naiset olivat huolissaan erilaisista hoitoihin liittyvistä seikoista useammin kuin miehet. Tämä on osin itsestään selvää, koska hoitotoimenpiteet kohdistuvat pääasiassa naiseen. Sukupuolten välillä oli kuitenkin eroja myös sellaisissa huolenaiheissa, jotka eivät suoranaisesti liittyneet hoitotoimenpiteisiin tai niiden välittömiin seurauksiin. Naisista selvästi useampi kuin miehistä oli huolissaan siitä, ettei hoitojen avulla lopulta saadakaan lasta tai että hoidot kestävät pitkään. Kuten jo edellä todettiin, hoitojen kustannukset samoin kuin syyn löytäminen itsestä huolestutti myös naisia useammin kuin miehiä.

Faktorianalyysin avulla eri vaihtoehtoja ryhmiteltiin suuremmiksi kokonaisuuksiksi eri taustamuuttujien ja huolenaiheiden yhteyden selvittämiseksi (Taulukko 14). Hoitojen henkiseen raskauteen ja pettymiseen liittyvät pelot muodostivat yhden summamuuttujan (Cronbachin alfa: .81), hoitotoimenpiteiden lääketieteellisiin vaikutuksiin tai seurauksiin liittyvät pelot toisen (Cronbachin alfa: .74). Hoitohenkilökunnan ammattiosaamiseen liittyvä faktori muodostettiin kahdesta eri muuttujasta (Cronbachin alfa: .77) ja

työhön liittyvät huolet myös kahdesta eri muuttujasta (Cronbachin alfa: .70). Puolison suhtautumiseen ja parisuhteeseen liittyvistä huolenaiheista muodostettiin myös summamuuttuja, vaikka sen luotettavuus ei ollut yhtä hyvä kuin muiden (Cronbachin alfa: .57). Kokonaan faktoreiden ulkopuolelle jäivät hoitojen kalleuteen, läheisten suhtautumiseen, lapsettomuuden syihin ja hoitojen eettisyyteen liittyvät huolenaiheet.¹

Taulukko 14. Hedelmöityshoitoihin liittyvien epäilyjen ja pelkojen esiintymisen sukupuolen, iän, koulutuksen ja hoitotahon mukaan. Epäilyjä tai huolta vähintään jossain määrin tunteneiden osuus, %

	Henkinen raskaus	Lääketeelliset vaikutukset	Hoitohenkilökunnan ammattiosaaminen	Ansiotyöhön liittyvät huolet	Parisuhteeseen liittyvät huolet	Hoitojen kalleus
Naiset	57	29	14	43	7	33
Miehet	28	29	13	10	5	17
p	.000	.539	.367	.000	.337	.000
18–35-v.	49	30	14	36	6	30
36+ v.	40	26	14	19	7	22
p	.051	.240	.568	.001	.446	.051
Korkeintaan amk	52	35	17	21	5	37
Amm.opisto, amk	47	31	13	34	7	35
Yliopisto	44	24	14	35	7	16
p	.517	.158	.656	.087	.807	.000
Ylempi th	38	26	15	28	7	16
Alempi th	50	30	11	38	6	32
Työntekijä	54	35	13	36	6	40
Muu	76	24	25	24	6	59
p	.002	.360	.501	.205	.979	.000
Pienituloisimmat 1-2	51	30	16	32	6	41
Suurituloisimmat 3-4	43	28	11	30	6	16
p	.090	.736	.177	.674	.954	.000
Yksityinen	46	27	12	32	6	30
Julkinen	53	41	23	33	6	15
p	.175	.019	.023	.494	.582	.004
Kaikki	47	29	14	32	6	28

Ikä lievensi varsinkin naisten kohdalla erilaisia huolenaiheita. Iältään vanhemmat vastaajat olivat nuorempia harvemmin huolissaan erilaisista hedelmöityshoitoihin liittyvistä kysymyksistä. Varsinkin nuoremmat naiset

¹ Hoitojen henkistä raskautta mittaava faktori muodostettiin neljästä eri muuttujasta (pelko hoitojen henkisestä raskaudesta, omasta jaksamisesta, puolison jaksamisesta sekä pelko siitä, ettei lasta saada hoitojenkaan avulla), lääketieteellisiä vaikutuksia koskevat pelot kuudesta muuttujasta (vaikeus ymmärtää eri hoitomuotoja, hedelmöityshoitojen rankkuus (hormonit ym.), hoitotoimenpiteet (pistot, kipu ym.), hoitojen vaikutus äitiin, hoitojen vaikutus syntyvään lapseen sekä pelko siitä, ettei voida käyttää omia sukusoluja), hoitohenkilökunnan ammattiosaaminen kahdesta (hoitohenkilökunnan ammattitaito, hoitohenkilökunnan kyky ymmärtää ja tukea), ansiotyöhön liittyvät huolet kahdesta (hoidosta aiheutuvat työstä poissaolot, pelko siitä, että hoidot kestävät pitkään), sekä parisuhteeseen liittyvät huolet samoin kahdesta muuttujasta (pelko siitä, ettei puoliso ole halukas hoitoihin, pelko parisuhteen päättymisestä).

suhtautuivat muita huolestuneemmin hoitojen henkiseen raskauteen, ansiotyöhön liittyviin kysymyksiin sekä hoitojen kustannuksiin. Miesten kohdalla ikä ei juuri vaikuttanut huolenaiheisiin.

Vastaajien koulutus yleensä vähensi hedelmöityshoitoihin liittyviä huolenaiheita, mutta koulutusryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä vain suhtautumisessa hoitojen kustannuksiin. Koulutuksen vaikutus oli kuitenkin muutamissa tapauksissa hieman erisuuntainen miesten ja naisten välillä. Ansiotyöhön liittyvät kysymykset huolettivat koulutettuja naisia selvästi useammin kuin vähemmän koulutettuja naisia. Miesten kohdalla ei tässä suhteessa ollut eroja koulutusryhmien kesken.

Hoitojen henkinen raskaus huolestutti enemmän alempiin toimihenkilöihin tai työntekijöihin kuuluvia kuin ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvia. He olivat samoin muita enemmän huolissaan hoitojen kustannuksista. Kustannukset huolestuttivat luonnollisesti myös enemmän pienituloisia kuin suurituloisia vastaajia. Naisen sosioekonominen asema ei vaikuttanut ansiotyöhön kytkeytyviin huolenaiheisiin vaan näitä huolenaiheita ilmaistiin tasapuolisesti eri ryhmissä. Sen sijaan työntekijämiehet olivat muita miehiä enemmän huolissaan hoitojen vaikutuksista naisen ansiotyöhön.

Julkisen sektorin potilaat suhtautuivat muita epäilevämmiin erilaisiin hedelmöityshoitoihin liittyviin kysymyksiin. Erityisesti hoitojen lääketieteelliset vaikutukset tai hoitohenkilökunnan ammattitaito epäilytti useammin julkisen sektorin kuin yksityisen sektorin potilaita. Yksityisen sektorin potilaat olivat puolestaan selvästi huolestuneempia hoitojen kustannuksista kuin julkisen sektorin potilaat.

Vaikka hedelmöityshoidoista on paljon tietoa tarjolla ja niistä on tullut tavanomainen keino auttaa lapsettomuudesta kärsiviä pareja, voi hoitoihin liittyä erilaisia pelon ja huolen aiheita. Lapsettomuuden aiheuttaman stressin lisäksi hoitotoimenpiteiden fyysiseen rankkuuteen ja hoitojen seurauksiin liittyvät kysymykset huolestuttivat monia. Vastaajat olivat kuitenkin ennen muuta huolissaan hoitojen henkisestä raskaudesta. Monet epäilivät hoitojen kestävän pitkään ja pelkäsivät pettymyksiä sekä olivat huolissaan omasta tai puolison jaksamisesta.

Tämän tutkimuksen perusteella naiset olivat selvästi enemmän huolissaan erilaisista hedelmöityshoitoon liittyvistä kysymyksistä. Tämä oli odotettavaa, koska hoitotoimenpiteet kohdistuvat pääasiassa naisiin. Naiset olivat toisaalta selvästi miehiä useammin huolissaan myös muista kuin varsinaisiin hoitotoimenpiteisiin liittyvistä kysymyksistä, varsinkin hoitojen henkisestä raskaudesta ja hoitojen kestämisestä pitkään. Huolestuneisuus hoitojen henkisestä rankkuudesta saattaa kuitenkin myös osaltaan valmentaa naisia kohtaamaan pettymyksiä, mikäli hoitojen tuloksena ei saadakaan lasta tai raskaus onnistuu vasta monen hoitokerran jälkeen.

Hedelmöityshoitoihin liittyvät kysymykset näyttivät myös herättävän enemmän huolta ja pelkoja alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien sekä

vähiten koulutettujen keskuudessa. Hoitojen kustannusten lisäksi hoitojen henkinen raskaus, hoitotoimenpiteet sekä lääketieteelliset vaikutukset samoin kuin hoitojen vaikutus työssäkäyntiin huolestutti selvästi muita enemmän alempiin toimihenkilöihin tai työntekijöihin kuuluvia tai vähemmän koulutettuja. Ainoastaan poissaolo ansiotyöstä huolestutti korkeammin koulutettuja naisia useammin kuin vähemmän koulutettuja.

2.2.2 Puoliso ja hedelmöityshoitoihin liittyvät huolenaiheet

Edellä havaittiin vastaajien välillä eroja sen mukaan, oliko tutkimuksiin tai hoitoihin lähdetty yhteisestä aloitteesta vai jommankumman puolison suostuttelemana. Naiset kokivat joutuneensa suostuttelemaan puolisoaan mukaan tutkimuksiin selvästi useammin kuin miehet. Tutkimuksessa haluttiin selvittää, heijastuuko puolisoiden erilainen näkemys hoitoon hakeutumisesta hoitoja koskeviin epäilyihin tai pelkoihin? Entä lisäävätkö erilaiset mielipiteet hoitoon hakeutumisesta myös hoitoihin liittyvää huolta ja stressiä?

Puolisoaan suostuttelemaan joutuneet naiset (’naisen toiveesta hedelmöityshoitoon hakeutuneet’) osoittivat suurempaa huolestuneisuutta lähes kaikkien huolenaiheiden kohdalla. Tilastollisesti merkitseviksi eroiksi osoitettiin kuitenkin vain huoli hoitojen kustannuksista ja lapsettomuuden ja hedelmöityshoitojen vaikutuksesta parisuhteeseen sekä huoli siitä, että lapsettomuuden syy löytyy itsestä. Naisen toiveesta mukaan lähteneet miehet olivat sen sijaan muita miehiä useammin huolissaan ainoastaan hoitojen mahdollisista lääketieteellisistä vaikutuksista – erityisesti siitä, ettei hoidoissa voitaisi käyttää omia sukusoluja tai hoitojen mahdollisista terveysriskeistä naisen kannalta. He olivat sen sijaan muita harvemmin huolissaan hoitohenkilökunnan ammatillisesta osaamisesta tai hoitojen kustannuksista.

Ne muutamat miehet, jotka kokivat joutuneensa suostuttelemaan puolisoaan tutkimuksiin, olivat muita epävarmempia eri hoitomuodoista samoin kuin hoitojen mahdollisista vaikutuksesta lapseen. Muilta osin he olivat jopa muita harvemmin huolissaan hoitoihin liittyvistä lääketieteellisistä kysymyksistä. Lapsettomuuden ja hedelmöityshoitojen vaikutus parisuhteeseen samoin kuin hoitojen vaikutus (puolison) ansiotyöhön huolestutti heitä myös enemmän kuin muita miehiä. Hoitojen kustannukset eivät sen sijaan huolestuttaneet heitä lainkaan. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei kuitenkaan tullut esiin. Puolisonsa suostuttelemina mukaan lähteneet naiset olivat puolestaan muita naisia huolestuneempia ainoastaan siitä, että syy lapsettomuuteen löytyisi heistä itsestään.

Taulukko 15. Puolisoiden kanta tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumisesta ja hoitoihin liittyvät huolenaiheet. Vähintään jonkin verran huolta tunteneiden osuus puolisoiden suhtautumisen mukaan, %.

		Henkinen raskaus	Lääketeelliset vaikutukset	Hoitohenkilökunnan ammattiosaaminen	Ansio-työhön liittyvät huolet	Parisuhteeseen liittyvät huolet	Syy löytyy itsestä	Hoitojen kalleus
Naiset	Yhdessä	52	29	14	42	3	17	28
	Naisen toiveesta	61	29	19	46	17	23	43
	Miehen toiveesta	60	26	9	39	0	32	30
	p	.340	.897	.277	.675	.000	.089	.057
Miehet	Yhdessä	30	22	19	12	6	12	23
	Naisen toiveesta	25	38	6	8	3	13	12
	Miehen toiveesta	29	14	14	14	14	14	0
	p	.790	.100	.066	.729	.336	.974	.111

Puolisoiden eriävät näkemykset eivät näytä ainakaan hedelmöityshoitojen alkuvaiheessa olevan vielä merkittävästi yhteydessä suurempaan huolestuneisuuteen tai hoitoihin liittyviin pelkoihin. Eniten huolta aiheuttavat kysymykset – hoitojen kesto, pettymysten ennakointi ja hoitojen henkinen raskaus samoin kuin hoitotoimenpiteisiin liittyvät huolet – koskettavat kaikkia pareja riippumatta siitä, oliko tutkimuksiin ja hoitoon hakeutuminen tapahtunut enemmän jommankumman puolison kuin yhteisestä aloitteesta. Erilainen näkemys hoitoon hakeutumisesta ei kuitenkaan kerro siitä, millä tavoin puolisot suhtautuvat hedelmöityshoitoon prosessin edetessä. Tiedon ja kokemusten lisääntyessä puolisoiden kannat voivat muuttua samankaltaisemmiksi, mutta on myös yhtä mahdollista, että näkemyserot kasvavat.

2.2.3 Lapsettomuudesta puhuminen ja asian kertominen syntylapselle

Lapsettomuus on syvästi henkilökohtainen asia, jota kaikki eivät halua jakaa edes lähimpiensä kanssa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että naiset ovat miehiä valmiimpia kertomaan lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista ystävilleen ja tuttavilleen (Schmidt ym. 2005; Abbey 1995 ja 1991). Lapsettomuudesta tai hoidosta puhuminen on havaittu lieventävän lapsettomuuden aiheuttamaa ahdistuneisuutta ja tuskaa ja vaikuttavan myönteisesti lapsettoman parin keskinäiseen suhteeseen (Schmidt ym. 2005; Van Balen & Trimbos-Kemper 1994). Lähiympäristöltä saatu tuki voi myös olla yhteydessä siihen, kuinka motivoituneita parit ovat lähtemään hedelmöityshoitoihin sekä siihen, kuinka kauan hoitoja ollaan valmiita jatkamaan pettymyksistä huolimatta.

Vaikka lapsettomuudesta puhutaan nykyään paljon, harva siitä kärsinyt

haluaa silti puhua avoimesti lapsettomuudesta tai hakeutumisesta hedelmöityshoitoihin. Tähän kyselyyn vastanneista harva oli puhunut lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista avoimesti kaikille tuttavilleen tai lähimmilleen (Taulukko 16). Noin viisi prosenttia naisista ja kolme prosenttia miehistä ilmoitti kertoneensa lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista avoimesti kaikille. Valtaosa vastaajista, lähes 80 prosenttia naisista ja noin 60 prosenttia miehistä oli puhunut asiasta muutamien, yleensä lähimpien ystävien tai sukulaisten kanssa. Miehistä lähes kaksi viidestä ei ollut puhunut asiasta kenellekään, naisista joka seitsemäs.

Taulukko 16. Oletteko kertonut vaikeudestanne saada lasta tai hedelmöityshoidoista muille ihmisille? (%)

	Olen puhunut avoimesti kaikille	Olen puhunut lähimmille ihmisille	Olen puhunut vain muutamalle	En ole kertonut kenellekään	N
Naiset	5	30	53	13	297
Miehet	3	17	40	39	155
18–35-v.	4	25	51	20	335
36+ v.	5	27	39	28	117
Korkeintaan amm.k	8	32	37	24	85
Amm.opisto, amk	3	27	50	20	180
Yliopisto	3	21	52	24	184
Ylempi th	4	19	51	26	209
Alempi th	3	34	44	18	90
Työntekijä	5	28	46	21	136
Muu	6	41	47	6	17
Yksityinen	4	22	50	23	384
Julkinen	6	43	37	15	68
Kaikki	4	25	48	22	452

Lapsettomuudesta avoimesti kertoneiden osuus kasvoi hieman iän myötä. Toisaalta myös niiden osuus, jotka eivät olleet kertoneet asiasta kenellekään, oli suurempi vanhempien kuin nuorten vastaajien keskuudessa. Lapsettomuudesta puhuminen oli harvinaisempaa korkeamman koulutuksen saaneiden naisten keskuudessa. Korkeintaan ammattikoulun käyneet naiset olivat sen sijaan puhuneet lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista avoimemmin. Miesten kohdalla lapsettomuudesta puhuminen oli harvinaisinta yliopistotutkinnon suorittaneiden keskuudessa (heistä 47 % ei ollut kertonut kenellekään lapsettomuudesta). Sosioekonomisen aseman mukaiset erot olivat samansuuntaisia: ylempiin toimihenkilöihin lukeutuvat olivat halunneet kertoa hoidoista muita harvemmin. Yksityisen klinikan potilaista suurempi osa ei myöskään ollut kertonut asiasta kenellekään julkisen sektorin potilaisiin verrattuna.

Lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista puhuminen ei kuitenkaan heijastunut hedelmöityshoitoja koskeviin huolenaiheisiin (taulukkoa ei esitetä). Ne miehet tai naiset, jotka eivät nähneet tarpeelliseksi kertoa asiasta kenellekään, eivät osoittaneet muita suurempaa huolestuneisuutta hoitoihin

liittyviin lääketieteellisiin tai muihin kysymyksiin. Avoimuus omista lapsettomuuskokemuksista tai hedelmöityshoidoista ei siis ainakaan tämän tutkimuksen perusteella näytä merkittävästi olevan yhteydessä hoitoihin liittyvään stressiin tai huolestuneisuuteen.

Puolisoiden näkemyserot hoitoon hakeutumisessa heijastuivat jossain määrin siihen, kuinka avoimesti vastaajat olivat valmiita kertomaan lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista (Taulukko 17). Yhteisestä aloitteesta tutkimuksiin hakeutuneet parit olivat selvästi valmiimpia kertomaan lapsettomuudesta ja hoidoista läheisilleen tai muille ihmisille kuin ne parit, joilla tutkimuksiin lähteminen oli edellyttänyt jommankumman puolison suostuttelua.

Taulukko 17. Puolisoiden rooli hoitoon hakeutumisessa ja halukkuus kertoa lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista muille ihmisille, %

		Olen puhunut avoimesti kaikille	Olen puhunut lähimmille ihmisille	Olen puhunut vain muutamalle	En ole kertonut kenellekään	N
Naiset	Yhdessä	6	33	49	12	160
	Naisen toiveesta	5	23	56	16	82
	Miehen toiveesta	2	28	57	13	47
Miehet	Yhdessä	5	21	40	34	76
	Naisen toiveesta	1	14	40	44	70
	Miehen toiveesta	0	14	29	57	7

Tutkimuksessa selvitettiin myös sitä, missä määrin hedelmöityshoitoon hakeutuneet parit ovat halukkaita kertomaan hoidoista mahdollisesti syntyvälle lapselle. Loppuvuodesta 2007 alkaen hedelmöityshoitoa tarjoavat klinikat ovat toimittaneet sukusoluja tai alkioita luovuttaneen henkilön nimen ja henkilötunnuksen sekä ns. luovuttajatunnuksen VALVIRALLE, joka pitää yllä luovuttajarekisteriä. Luovutetusta sukusolusta syntyvät lapset voivat halutessaan täysi-ikäisinä selvittää biologisen vanhempansa luovuttajarekisteriviranomaiselta luovuttajatunnuksen avulla. Hoitoja tarjoavat klinikat tai rekisteriviranomainen eivät kuitenkaan voi taata, että syntyvä lapsi saa aikanaan tietää alkuperänsä. Lapsen mahdollisuus selvittää biologisen vanhempansa tietoja riippuu nimittäin siitä, ovatko luovutettuja sukusoluja käyttäneet ja hedelmöityshoitojen avulla lapsen saaneet vanhemmat halukkaita kertomaan lapselle tämän alkuperästä.

Kyselyssä selvitettiin hoitoihin hakeutuvilta pareilta näiden valmiutta kertoa mahdollisesti syntyvälle lapselleen hedelmöityshoidoista ja lapsen alkuperästä. Vaikka tämä tutkimus ei annakaan tietoa niiden parien ratkaisuisista, jotka ovat saaneet lapsen hedelmöityshoitojen avulla, antaa se kuitenkin viitteitä vanhempien aikeista ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Tässä tutkimuksessa ei myöskään voitu tarkastella sitä, miten luovutettuja sukusoluja

käyttämään päätyneet parit suhtautuvat asiasta kertomiseen lapselle. Osviittaa tästä saadaan kuitenkin tarkastelemalla sitä, miten suhtautuminen vieraiden sukusolujen käyttöön heijastuu aikeeseen kertoa lapselle tämän alkuperästä. Aiemmin tehdyn tutkimuksen perusteella suuri osa vieraita sukusoluja käyttäneistä vanhemmista ainakin suunnittelee kertovansa lapselle tämän alkuperästä (Söderström-Anttila, julkaisematon esitys Väestöliitossa 2009).

Noin kuusi prosenttia vastaajista uskoi hoitojen alkuvaiheessa, ettei aio kertoa mahdollisesti syntyvälle lapselle hedelmöityshoidoista (Taulukko 18). Naisten ja miesten tai ikäryhmien välillä ei ollut tässä suhteessa juuri eroa. Sen sijaan koulutustason kohoaminen oli yhteydessä siihen, aikoiko vastaaja kertoa asiasta lapselleen. Korkeammin koulutetuista suurempi osa ei aikonut tai oli vähintäänkin epävarma aikeestaan kertoa lapselle hoidoista. Varsinkin koulutetummat naiset olivat epävarmempia, miesten välillä koulutusryhmittäiset erot olivat kapeampia. Sosioekonomisen aseman mukaiset erot olivat samansuuntaisia. Yksityisen sektorin potilaat olivat myös varauksellisempia kuin julkiselle sektorille hakeutuneet. Heistä suurempi osa epäröi tai ei ollut varma, kertoisiko lapselle tämän alkuperästä.

Taulukko 18. Aiotteko kertoa mahdollisesti syntyvälle lapsellenne joskus miten hän on saanut alkunsa? (%)

	Aion kertoa hoidosta	En osaa vielä sanoa	En usko, että kerron hoidosta	N
Naiset	60	34	5	295
Miehet	54	41	6	153
18–35-v.	57	38	6	331
36+ v.	62	33	5	117
Korkeintaan amm.k	64	34	2	85
Amm.opisto, amk	58	37	5	179
Yliopisto	55	37	8	181
Ylempi th	52	39	9	206
Alempi th	68	28	4	90
Työntekijä	59	39	2	135
Muu	71	29	0	17
Yksityinen	57	37	6	380
Julkinen	66	31	3	68
Kaikki	58	36	6	452

Yli puolet vastaajista suunnitteli kertovansa hedelmöityshoidoista mahdollisesti syntyvälle lapselleen, vain muutama prosentti uskoi ettei kertoisi lapselle tämän alkuperästä. Epäily siitä, että hoidoissa joudutaan mahdollisesti käyttämään vieraita sukusoluja lisäsi vastaajien epävarmuutta asiasta kertomista kohtaan. Vieraiden sukusolujen käyttöön kielteisesti suhtautuvat tai niiden käyttöä eniten epäilevät vastaajat olivat muita epävarmempia siitä, aikoivatko kertoa lapselle tämän alkuperästä. Vaikka tässä tutkimuksessa ei pystytty selvittämään sitä, miten luovutettujen sukusolujen käyttö vaikuttaa

aikkeeseen kertoa lapselle tämän alkuperästä, näyttää siltä, että vieraiden sukusolujen käyttö voi nostaa kynnyistä kertoa hedelmöityshoidoista lapselle. Vanhempien aikeiden selvittäminen on kuitenkin tärkeää siitä syystä, että vieraista sukusoluista alkunsa saaneen lapsen mahdollisuus selvittää biologinen vanhempansa riippuu yksinomaan hedelmöityshoitoja saaneen parin halusta kertoa asiasta lapselle.

2.2.4 Tiedonsaanti ja ammattilaisten ja läheisten tuki hedelmöityshoidoissa

Hedelmöityshoitoihin liittyvien epäilyjen ja pelkojen kannalta on olennaista, tuntevatko potilaat saavansa riittävästi tietoa tutkimusten etenemisestä ja hoitomahdollisuuksista. Samoin ammattilaisten ja läheisten tuki on tärkeää lapsettomuuden kokemisen ja vaihtoehtojen pohtimisen kannalta.

Kyselytutkimuksessa selvitettiin, kokivatko potilaat saaneensa riittävästi tietoa lapsettomuudesta ja sen eri hoitovaihtoehtoista. Sen lisäksi tiedusteltiin, kokivatko he saaneensa tukea läheisiltään tai ammattilaisten taholta elämäntilanteessaan. Niiltä, jotka eivät mielestään olleet saaneet riittävästi tietoa tai tukea, tiedusteltiin lisäksi, mistä asioista he olisivat halunneet saada lisää tietoa tai miltä taholta tukea olisi toivottu lisää.

Sekä naisista että miehistä 11 prosenttia katsoi, ettei ollut saanut riittävästi tietoa hoitopäätöksen tekemistä varten (Taulukko 19). Osuus oli hieman suurempi julkisen (13 %) kuin yksityisen (10 %) sektorin potilailla. Koulutustason kohoaminen vähensi miesten tietotarvetta mutta kasvatti naisten. Eniten lisätietoa kaipasivat ammatillisen opiston tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet naiset (heistä 15 % olisi kaivannut lisää tietoa) ja vähiten korkeintaan ammattikoulun suorittaneet naiset, joista lähes 98 prosenttia oli tyytyväinen saamaansa tiedon määrään. Korkeintaan ammattikoulun suorittaneet miehet olivat puolestaan tyytymättömiä saamaansa tiedon määrään, heistä 17 prosenttia olisi kaivannut lisää tietoa. Sosioekonomisten ryhmien tulokset olivat samansuuntaisia, eniten lisätietoa olisivat kaivanneet alempiin toimihenkilöihin kuuluvat naiset (14 %) ja työntekijöihin kuuluvat miehet (15 %).

Vastaajia pyydettiin kertomaan avovastauksella, mistä asioista he olisivat halunneet lisää tietoa. Lähes jokainen lisätietoja kaivanneista ilmoitti, mistä asioista olisi halunnut saada lisää tietoa tai mitä oli pitänyt epäselvänä (Taulukko 20). Avovastaukset luokiteltiin jälkikäteen.

Taulukko 19. Oletteko saanut ennen hoitopäätöstä mielestänne riittävästi tietoa eri hoitomuodoista ja hoidon etenemisestä? (%)

	Kyllä	En	N
Naiset	90	11	296
Miehet	89	11	152
18–35-v.	90	11	332
36+ v.	89	11	116
Korkeintaan amm.k	91	9	85
Amm.opisto, amk	86	14	177
Yliopisto	91	9	183
Ylempi th	90	10	208
Alempi th	88	12	90
Työntekijä	89	11	133
Muu	88	12	17
Yksityinen	90	10	380
Julkinen	87	13	68
Kaikki	89	11	448

Taulukko 20. Mistä asioista olisi halunnut saada lisää tietoa? Avovastauksissa mainittuja vaihtoehtoja, mainintojen lukumäärä

Hoitovaihtoehtoista, lapsettomuuden syistä, muista lääketieteellisistä seikoista	Mainintoja, lkm
Mikä on meille paras hoitovaihtoehto, hoitomuodon tarkasta sisällöstä, eri toimenpiteistä, eri hoitopaikoista	20
Kaikesta, mieluiten paperilla, kirjallisesti tietoa	10
Voiko elämäntavoilla vaikuttaa mitenkään raskauden mahdollisuuteen, 'luonnolliset menetelmät'	1
Endometrioosista	1
Hoitoihin liittyvistä riskeistä, ongelmista	
Epäonnistumisen syistä	2
Onnistumistodennäköisyyksistä	1
Alkioiden siirtomäärä ja siihen liittyvät riskit	1
Lapselle ja vanhemmalle mahdollisesti aiheutuvista haitoista ja riskeistä	1
Kustannuksista	
Hinnoista, tukimahdollisuuksista	1
Erilaisista tukimuodoista, myös KELAn tuesta	1
Aikatauluista, hoitojen kestosta	
Miten edetään ensikäynnin jälkeen, voisi perehtyä etukäteen	2
Aikatauluista, hoitojen kokonaiskestosta, syistä miksi hoidot voivat kestää pitkään	7
Hoitojen ja työn yhteensovittaminen vaikeaa, kun hoitoaikataulut epävarmoja	1
Hoidosta mahdollisesti aiheutuvat työstä poissaolot	1
Tuen saamisesta	
Mistä apua henkiseen jaksamiseen, uupumiseen	2
Tyytymättömyys asiointiin	
Epävarmuus siitä, kuka päättää hoitoratkaisun: me vai lääkäri	1
Hoitohenkilökunnan asenne ja ylimielisyys: ei uskalla tai viitsi kysyä mitään ylimääräistä	1
Meille ehkä tehty turhia hoitoja	1

Avovastausten perusteella monien tietotarve tutkimusten ja hoitojen alkuvaiheessa koskee kaikkea mahdollista hoitomenetelmistä ja niiden vaikutuksista aina hoitojen etenemisaikatauluihin tai tarjolla oleviin tukimuotoihin (Taulukko 20). Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että hoitojen alkuvaiheessa epätietoisuus vaihtoehtoista on vielä suuri ja tietoa halutaan kaikesta mahdollisesta hoitoihin liittyvästä. Muutama vastaaja oli myös tyytymätön lääkäreiden tai muun hoitohenkilökunnan toimintaan. Klinikan henkilökunnan toimintaan tyytymättömiä löytyi sekä julkisen että yksityisen sektorin klinikoiden potilaista.

Potilailta tiedusteltiin, mistä he olivat hakeneet tietoa lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista sekä hoitoa tarjoavista klinikoista. Internetistä saatavien tietojen merkitys tietolähteenä nousi esiin ylivoimaisesti. Lähes 70 prosenttia vastaajista oli hakenut tietoa lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista sekä hoitoa tarjoavista klinikoista etukäteen internetin kautta. Internetin merkitys tietolähteenä korostuu todennäköisesti osittain myös siitä syystä, että sitä kautta on mahdollista päästä nopeasti käsiksi hyvin erityyppiseen tietomateriaaliin: tutkimustietoon, ammattilaisten tuottamaan tietomateriaaliin, hoitoa tarjoavien tahojen esittelytietoihin sekä esimerkiksi keskustelupalstojen kokemuseräiseen tietoon lapsettomuudesta ja sen hoitoratkaisuista. Internetin rinnalla muun median merkitys tietolähteenä jäi selvästi vähäisemmäksi (noin joka kymmenes mainitsi tv:n, lehdet tai kirjallisuuden tietolähteenään). Terveydenhoitoalan ammattilaiset ja varsinkin terveysasemien tai työterveysasemien lääkärit ovat myös tärkeä tietolähde. Gynekologin merkitys tietolähteenä oli suuri, runsas kolmasosa vastaajista oli saanut tietoa gynekologiltaan tai kumppaninsa gynekologilta. Terveydenhoitoalan henkilökunnan merkitys tietolähteenä korostunee siinä vaiheessa, kun pari on jo päättänyt lähteä tutkimaan lapsettomuutta. Kolmas tärkeä tietolähde olivat ystävät ja tuttavat, lähes kolmasosa vastaajista mainitsi nämä tietolähteenään.

2.2.5 Tuen saaminen ammattilaisilta ja läheisiltä

Missä määrin vastaajat kokivat, etteivät olleet saaneet riittävästi tukea ammattilaisilta tai läheisiltään? Lähes joka neljäs nainen ja joka kahdeksas mies olisi kaivannut lisää tukea (Taulukko 21). Iän mukaan eroja ei juuri ollut, sen sijaan koulutustaso heijastui mielipiteeseen samalla tavalla kuin tietotarpeen kohdalla. Korkeamman koulutuksen saaneet naiset olivat tyytymättömimpiä saamaansa tukeen, miehistä sen sijaan koulutetummat olivat muita tyytyväisempiä tukeen. Vastaavasti toimihenkilöihin kuuluvat naiset olivat tyytymättömimpiä saamaansa tukeen, miehistä työntekijöihin kuuluvat. Julkisen sektorin puolelle hedelmöityshoitoon hakeutuneet potilaat olivat selvästi tyytymättömämpiä saamaansa tukeen kuin yksityisen puolen potilaat.

Taulukko 21. Oletteko mielestänne saanut riittävästi tukea ammattilaisilta tai läheisiltänne tässä haasteellisessa elämäntilanteessanne, %?

	Kyllä	En	N
Naiset	75	25	295
Miehet	87	13	154
18–35-v.	79	21	332
36+ v.	80	20	117
Korkeintaan amm.k	84	17	85
Amm.opisto, amk	77	23	179
Yliopisto	80	20	182
Ylempi th	80	20	207
Alempi th	72	28	90
Työntekijä	84	16	135
Muu	76	24	17
Yksityinen	81	19	381
Julkinen	71	29	68
Kaikki	79	21	449

Vastaajia pyydettiin merkitsemään, keneltä tai miltä taholta he olisivat toivoneet saavansa lisää tukea. Vaihtoehdot annettiin lomakkeella valmiina. Lähes kaikki niistä, jotka ilmoittivat, etteivät olleet saaneet mielestään riittävästi tukea, olivat maininneet vähintään yhden tahon, jolta olisivat kaivanneet lisätukea. Eniten tukea kaivattiin lähipiiriltä, omilta tai puolison vanhemmilta sekä ystäviltä ja tuttavilta (Taulukko 22). Myös hedelmöitysklinikan henkilökunnalta toivottiin lisää tukea. Useampi kuin joka kolmas lisätukea kaivaneista oli tyytymätön näiltä tahoilta saamaansa tukeen. Lisää tukea klinikan hoitoammattilaisilta olivat toivoneet sekä yksityisen että julkisen sektorin potilaat, julkisen sektorin potilaat tosin hieman useammin kuin yksityisen. Joka neljäs tukea kaivannut vastaaja olisi kaivannut sitä lisää puolisoaltaan sekä omilta tai puolisonsa sisaruksilta. Samoin joka neljäs oli tyytymätön muualta kuin hedelmöityshoitoklinikan henkilökunnalta saamaansa terveydenhuoltoammattilaisten tukeen.

Taulukko 22. Keneltä olisi toivonut lisää tukea?

	n	Osuus kaikista vastaajista	Osuus lisää tukea kaivaneista
Ystäviltä/tuttavilta	36	8	39
Vanhemmilta/puolison vanhemmilta	33	7	36
Hedelmöityshoitoklinikan henkilökunnalta	33	7	36
Puolisolta	29	6	31
Sisaruksilta/puolison sisaruksilta	24	5	26
Muilta terveydenhuollon ammattilaisilta	24	5	26
Työkavereilta/työyhteisöltä	10	2	11

2.2.6 Adoptio ja sijaisvanhemmuus vaihtoehtona

Lapsen adoptointi tai sijaisvanhempana toimiminen voivat tarjota vaihtoehdon saada 'oma' lapsi, kun biologinen vanhemmuus ei ole mahdollista. Kotimaisia adoptioita (pl. perheen sisäisiä) tehdään nykyään verraten vähän, noin 30–50 lasta vuodessa (Pelastakaa lapset ry 2010). Ulkomaisten adoptioiden määrä on sekin ollut viime vuosina laskussa. Vuonna 2008 Suomeen adoptoitiin hieman alle 200 ulkomailla syntyneitä lasta (Tilastokeskus 2009). Adoptiosta kiinnostuneiden määrä ei kuitenkaan ole vähentynyt vaan Suomeen saapuvien lasten määrän lasku johtuu siitä, että luovuttajamaissa oma kansallinen adoptio on lisääntynyt ja yhä vähemmän lapsia riittää kansainväliseen adoptioon (Virkki 2008). Tämän vuoksi adoptioprosessi on venynyt Suomessa jopa yli viiteen vuoteen, jolloin kaikki adoptiota harkitsevat eivät halua lähteä pitkään (ja uuvuttavaan) prosessiin ja luopuvat vapaaehtoisesti adoptiohaaveestaan tai odottavat prosessin mahdollista nopeutumista. Sijaisperheenä toimivien perheiden määrästä ei ole olemassa tarkkaa tietoa, mutta vuonna 2009 lähes 5500 lasta ja nuorta oli sijoitettuna perhehoitoon (Lastensuojelu 2009).

Nykykäytännön mukaan adoptioprosessiin mukaan lähtevät vanhemmat eivät saisi olla hedelmöityshoidossa samaan aikaan. Monien suomalaisparien kohdalla tämä on kuitenkin sikäli ongelmallista, että lasta aletaan usein yrittää melko myöhäisellä iällä. Mikäli lapsettomuudesta kärsivät parit haluavat yrittää lasta hedelmöityshoitojen avulla, adoptioprosessi on mahdollista käynnistää vasta siinä vaiheessa, kun hedelmöityshoidoista luovutaan.

Kyselyssä haluttiin selvittää, missä määrin hedelmöityshoitoon osallistuvat potilaat olivat pohtineet muita vaihtoehtoja biologisen vanhemmuuden sijasta. Potilailta tiedusteltiin, missä määrin he olivat harkinneet adoptiota tai sijaisvanhemmuutta hedelmöityshoitojen ohella. Naisista hieman alle puolet (45 %) ja miehistä yksi kolmasosa (33 %) oli pohtinut muita vaihtoehtoja (Taulukko 23). Iältään vanhemmista vastaajista selvästi harvempi, lähes 30 prosenttia, ei ollut harkinnut hedelmöityshoitojen ohella muita vaihtoehtoja. Vaihtoehtoja adoptio oli selvästi suosituimpi, 36 prosenttia naisista ja 29 prosenttia miehistä oli pohtinut adoptiota, noin seitsemän prosenttia adoptiota sekä sijaisvanhemmuutta, ja vain prosentti ainoastaan sijaisvanhemmuutta vaihtoehtona hedelmöityshoidoille.

Taulukko 23. Oletteko harkinnut muita vaihtoehtoja hedelmöityshoitojen ohella kuten esimerkiksi adoptiota tai sijaisvanhemmuutta? Vaihtoehtoja koskeva näkemys eri taustamuuttujien mukaan, %

	En ole harkinnut muita vaihtoehtoja	Kyllä, adoptiota	Kyllä, sijaisvanhemmuutta	Kyllä, sekä adoptiota että sijaisvanhemmuutta	N
Naiset	55	36	1	8	396
Miehet	66	29	0	4	50
18–35-v.	55	36	1	7	332
36+ v.	68	25	0	7	114
0 lasta	55	37	1	8	396
1+ lasta	88	6	2	4	50
Korkeintaan amm.k	79	16	0	6	84
Amm.opisto, amk	61	30	1	8	178
Yliopisto	48	44	2	7	181
Yksityinen	58	35	1	6	380
Julkinen	59	23	3	15	66
Kaikki	59	33	1	7	446

2.3 Vanhemmuuteen ja lastenhankintaan liittyvät käsitykset ja odotukset

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli selvittää hedelmöityshoitoihin hakeutuneiden naisten ja miesten käsityksiä vanhemmuudesta samoin kuin lastenhankintaan liittyviä toiveita ja odotuksia sekä verrata näitä muiden samanikäisten suomalaisten käsityksiin. Eroavatko lasta hedelmöityshoitojen avulla suunnittelevien parien vanhemmuutta ja lastenhankintaa koskevat odotukset merkittävästi muiden suomalaisparien käsityksistä? Ovatko hedelmöityshoitopotilaiden odotukset epärealistisempia kuin niiden, jotka eivät ehkä suunnittele tai pohdi vanhemmaksi tuloon liittyviä kysymyksiä yhtä perusteellisesti kuin hedelmöityshoitoon hakeutuvat naiset ja miehet? Vanhemmuuteen liittyvien näkemysten lisäksi selvitettiin hedelmöityshoitoon hakeutuneiden parien tyytyväisyyttä eri elämänalueisiin. Missä määrin lapsettomuuteen ja hedelmöityshoitoihin mahdollisesti liittyvä psyykinen kuormitus heijastuu muille elämänalueille? Ovatko hoitoon hakeutuneet parit muita tyytymättömämpiä eri asioihin elämässään?

Hedelmöityshoitoklinikoiden potilaiden vastauksia verrattiin samanikäisen väestön mielipiteisiin niiltä osin, kun vastaavia tietoja oli saatavilla. Väestöliitossa toteutettiin vuonna 2008 laaja kyselytutkimus *Ihmissuhteet ja hyvinvointi 2008* (IHS) 25–44-vuotiaiden lapsettomien miesten ja naisten sekä yhden lapsen vanhempien keskuudessa. Vertailuaineisto on peräisin tästä tutkimuksesta. Vertailuaineiston kokoamisessa otettiin huomioon hedelmöityshoitopotilaiden ikä-, lapsiluku-, siviilisääty- sekä alueellinen jakauma. Vertailua varten 25–44-vuotiaiden kyselyaineistoa varten laadittiin painokertoimet, joita

käytetään seuraavissa aineistojen vertailuissa. Koska hedelmöityshoitopotilaista valtaosa oli lapsettomia, painotettiin vertailuaineistossa myös lapsettomien osuutta. Tämän mukaisesti vertailuaineisto painottuu lapsettomiin avo- tai avioliitossa eläviin 25–44-vuotiaisiin miehiin ja naisiin, ts. se ei siis edusta kaikkia 25–44-vuotiaita suomalaisia. Seuraavassa vertailuaineistoon viitataan puhumalla heistä 'lapsettomina 25–44-vuotiaina', vaikka osalla olikin yksi lapsi, tai perheessä asui puolison lapsia. Koko vertailuaineiston lisäksi hedelmöityshoitopotilaita verrattiin lasta lähitulevaisuudessa (seuraavan kahden vuoden aikana) suunnitteleviin lapsettomiin pareihin.

2.3.1 Tyytyväisyys eri elämänalueisiin

Hedelmöityshoitopotilailta tiedusteltiin, missä määrin he olivat tyytyväisiä eri asioihin elämässään. Hedelmöityshoitoihin hakeutuneiden tyytyväisyyden kokemuksia verrattiin samanikäisiin lapsettomiin aikuisiin sekä niihin, jotka suunnittelivat lasta lähitulevaisuudessa.

Tämän tutkimuksen perusteella hedelmöityshoitoon hakeutuneet naiset ja miehet olivat verraten tyytyväisiä elämäänsä kokonaisuudessaan samoin kuin moniin sen osa-alueisiin (Taulukko 24). Työhön liittyviin asioihin sekä fyysiseen kuntoon oltiin vähiten tyytyväisiä. Hedelmöityshoitopotilaat eivät tässä juuri eronneet muista samanikäisistä lapsettomista suomalaisista. Hedelmöityshoitopotilaista naiset olivat jopa hivenen tyytyväisempiä moniin asioihin elämässään verrattuna muihin samanikäisiin lapsettomiin naisiin. Hedelmöityshoitoon hakeutuneet naiset olivat esimerkiksi tyytyväisempiä parisuhteeseensa tai seksielämäänsä muihin naisiin verrattuna. Miesten kohdalla eroja ei juuri tullut esiin. Hedelmöityshoitoon hakeutuneet miehet olivat muita tyytymättömämpiä ainoastaan terveydentilaansa, sen sijaan esimerkiksi seksielämään oltiin tyytyväisempiä kuin samanikäiset muut miehet keskimäärin.

Taulukko 24. Tyytyväisyys eri elämänalueisiin. Hedelmöityshoitopotilaat (HH) sekä *Ihmisuhteet ja hyvinvointi*-kyselyyn vastanneet 25–44-vuotiaat miehet ja naiset (IHS).

1=erittäin tyytymätön, 5=erittäin tyytyväinen (keskiarvo)

	Naiset			Miehet		
	HH	IHS	IHS, lasta suunnittelevat	HH	IHS	IHS, lasta suunnittelevat
Elämään kokonaisuudessaan	4.0	4.0	4.0	4.1	4.1	4.2
Parisuhteeseen	4.4	4.2***	4.2***	4.4	4.4	4.5
Seksielämään	3.9	3.6***	3.8	3.9	3.7*	3.9
Fyysiseen kuntoon	3.4	3.4	3.4	3.4	3.3	3.3
Terveyteen	3.9	3.8*	3.9	3.9	3.9	4.1*
Palkkaan	3.2	3.0**	3.1+	3.5	3.3**	3.6
Työhön ^a	3.3	3.5	3.5	3.5	3.7	3.8
Ystävyssuhteisiin ^a	3.7	4.0	4.0	3.5	3.8	4.0

Tilastollinen merkitsevyys: * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$.

Tilastollista merkitsevyyttä on arvioitu vertaamalla toisiinsa hedelmöityshoitopotilaita (HH) ja kaikkia 25–44-vuotiaita miehiä ja naisia (IHS) samoin kuin hedelmöityshoitopotilaita ja lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevia 25–44-vuotiaita (IHS lasta suunnittelevat).

^aTyötä koskeva kysymys oli muotoiltu 'Päivittäin työhönne kuluvaan aikaan' hedelmöityshoitopotilaiden lomakkeella ja 'Työhöni, ammatilliseen toimintaan' *Ihmissuhteet ja hyvinvointi 2008* -kyselyssä. Myös ystäviä koskeva osio erosi jossain määrin. Hedelmöityshoitopotilaita pyydettiin ilmoittamaan tyytyväisyytensä 'Mahdollisuuksiin tavata omia ystäviä' ja 25–44-vuotiaiden kyselytutkimuksessa 'Ystävyysuhteisiin'.

Lapsettomuuteen tai hedelmöityshoitoihin mahdollisesti liittyvä stressi tai ahdistuneisuus ei ainakaan tämän kyselytutkimuksen perusteella näytä heijastuvan hedelmöityshoitopotilaiden tyytyväisyyteen muilla elämänalueilla. Monet tähän tutkimukseen vastanneet potilaat ovat kuitenkin vasta hoitoprosessin alkuvaiheessa, joten hoitoihin ja elämään ylipäättään suhtaudutaan ehkä toiveikkaammin kuin siinä vaiheessa, kun takana on useampia yrityksiä ja pettymyksiä. Toisaalta lapsettomuuskokemus sinällään ei ainakaan tässä aineistossa näytä liittyvän suurempaan omaa elämää kohtaan koettuun tyytymättömyyteen.

Vaikka lapsettomuus ja sen syiden pohtiminen voi rasittaa parisuhdetta, hoitoon hakeutuneet (nais)potilaat olivat tyytyväisempiä parisuhteeseensa kuin muut samanikäiset lapsettomat suomalaisnaiset. On mahdollista, että hoitoon hakeutuvat ensisijaisesti ne parit, jotka ovat pystyneet selvittämään lapsettomuuden aiheuttamia ristiriitaisia tunteita ja paineita parisuhteessaan paremmin kuin muut. Vastaavasti ne lapsettomuudesta kärsivät parit, jotka ovat tyytymättömiä parisuhteeseensa, eivät ehkä hakeudu hedelmöityshoitoihin, eivätkä siten näy klinikoiden potilaita koskevissa tutkimusaineistoissa.

2.3.2 Lastenhankintaa koskevat ihanteet ja toiveet

Hedelmöityshoitoon hakeutuneilta naisilta ja miehiltä haluttiin selvittää myös lastenhankintaan liittyviä näkemyksiä ja toiveita. Missä määrin avustetusti lastenhankintaa suunnittelevien parien toiveet ja käsitykset eroavat muiden näkemyksistä? Alentavatko raskaaksitulovaikeudet parien lapsilukutoiveita vai odottavatko hedelmöityshoitopotilaat saavansa enemmän lapsia kuin samanikäiset lapsettomat suomalaiset keskimäärin? Entä suhtautuvatko hedelmöityshoitopotilaat muita optimistisemmin vanhemmuuteen tai lapsen

tuomiin muutoksiin omassa elämässään?

Taulukko 25. Ihanteellinen ja odotettu oma lapsiluku sekä ihanteellinen ikä tulla äidiksi tai isäksi. Hedelmöityshoitopotilaat (HH), kaikki 25–44-vuotiaat (IHS) sekä lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevat 25–44-vuotiaat miehet ja naiset (IHS lasta suunnittelevat).

	Naiset			Miehet		
	HH	IHS	IHS, lasta suunnittelevat	HH	IHS	IHS, lasta suunnittelevat
Ihanteellinen oma lapsiluku (keskiarvo)	2.5	2.1	2.5	2.3	2.0	2.3
Odotettu oma lapsiluku (keskiarvo)	2.0	1.8	2.5	2.1	1.7	2.3
0 lasta ihanteena (%)	0%	5.6%	0%	0%	6.0%	0%
3+ lasta ihanteena (%)	48.1%	31.5%	52.6%	38.6%	23.6%	28.4%
Ihanteellinen ikä naiselle (keskiarvo)	26.9	26.7	26.7	26.5	26.3	25.1
Ihanteellinen ikä miehelle (keskiarvo)	28.6	28.7	29.0	28.4	28.2	26.9

Hedelmöityshoitopotilaiden näkemys perheensä ihanteellisesta lapsiluvusta oli jonkin verran korkeampi kuin muilla samanikäisillä lapsettomilla suomalaisilla keskimäärin (Taulukko 25). Kun hedelmöityshoitopotilaiden lapsilukuihanteita verrataan koko väestöön (jolloin mukana myös lapsia jo hankkineet), ihanteet ovat varsin samansuuntaisia sillä valtaosa suomalaisista toivoisi saavansa 2–3 lasta (Miettinen & Rotkirch 2008). IHS-aineistossakin lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevien toiveet olivat samansuuntaisia kuin hedelmöityshoitoon hakeutuneiden miesten ja naisten toiveet. Hedelmöityshoitopotilaiden keskuudessa oli selvästi enemmän niitä, jotka pitivät suhteellisen suurta perhettä (vähintään 3 lasta) ihanteenaan kuin samanikäisen lapsettoman aikuisväestön keskuudessa. Ihanteellista vanhemmaksi tulon ikää koskevat näkemykset eivät sen sijaan juuri eronneet hedelmöityshoitopotilaiden tai muiden välillä.

Käsitykset toteutuvasta lapsiluvusta olivat realistisempia. Hedelmöityshoitoon hakeutuneilta tiedusteltiin, kuinka monta lasta he olettivat lopulta saavansa (Taulukko 25 ja 26). Sekä naiset että miehet olettivat päätyvänsä keskimäärin kahteen lapseen (keskimääräinen odotettu lapsiluku 2.0 naiset, 2.1 miehet). Tämä on hieman enemmän kuin samanikäisillä lapsettomilla suomalaisilla keskimäärin, mutta vähemmän kuin samanikäisillä raskautta suunnittelevilla, joiden käsitykset toteutuvasta lapsiluvusta vastasivat heidän ihanteitaan. Naisista, jotka suunnittelivat lasta avustetusti, oletti runsas prosentti jäävänsä lapsettomaksi ja yhteen lapseen uskoi päätyvänsä noin viidesosa. Miehistä yksikään ei uskonut jäävänsä lapsettomaksi ja noin 17 prosenttia oletti saavansa korkeintaan yhden lapsen.

Sekä naisista että miehistä noin joka viides uskoi päätyvänsä keskimääräistä suurempaan perhekokoon eli vähintään kolmeen lapseen. Kun otetaan

huomioon parilla jo olevat lapset, kaksi kolmasosaa hedelmöityshoitoihin hakeutuneista naisista ja miehistä uskoi saavansa vielä ainakin kaksi lasta. Vähintään kolme (lisä)lasta oletti saavansa 21 prosenttia naisista ja 23 prosenttia miehistä. Nuoremmat vastaajat odottivat saavansa enemmän lapsia kuin vanhemmat vastaajat, mutta 36 vuotta täyttäneistä naisista lähes puolet ja miehistä 60 prosenttia uskoi saavansa vielä ainakin kaksi lasta. Ne, jotka olivat jo tienneet tai epäilleet kohtaavansa ongelmia raskaaksitulon kanssa, olettivat muita useammin saavansa vielä korkeintaan yhden lapsen. Toive vähintään kolmesta (lisä)lapsesta oli puolestaan yleisempi niillä, joille raskaaksitulon ongelmat olivat tulleet täytenä yllätyksenä. Useampia lisälapsia odottaneista myös hieman suurempi osa katsoi saaneensa liian vähän tietoa hedelmöityshoidoista. Niistä, jotka odottivat saavansa vielä yhden lapsen, olisi seitsemän prosenttia halunnut saada vielä lisää tietoa hedelmöityshoidoista. Vähintään kahta lisälasta toivoneista tätä mieltä oli 13 prosenttia.

Taulukko 26. Näkemys lopullisesta omasta lapsiluvusta, hedelmöityshoito-
potilaat (%)

	0 lasta	1 lapsi	2 lasta	3+ lasta	Keskimääräinen lapsimäärä, jon- ka vastaajat olettivat vielä saa- vansa (nykyisten lasten lisäksi)	N
Naiset	1	20	52	26	1.9	280
Miehet	0	17	57	26	1.9	146
18–35-v.	1	14	55	30	2.0	315
36+ v.	0	34	50	16	1.6	111
Korkeintaan amk	1	19	46	34	2.0	83
Amm.opisto, amk	1	18	55	26	1.9	167
Yliopisto	1	20	56	23	1.9	173
Kaikki	1	19	54	26	1.9	426

Vaikka hoitojen avulla pystytäänkin nykyään auttamaan monia pareja, ovat niiden mahdollisuudet rajalliset. Mitä vanhempana hoidot aloitetaan, sitä epätodennäköisempää on, että parit pystyvät vielä hankkimaan useampia lapsia. Hedelmöityshoitojen kehittyminen ja niitä koskeva julkisuus ovat ehkä vaikuttaneet siihen, että pareilla voi olla hieman epärealistisia odotuksia hedelmöityshoitojen mahdollisuuksista auttaa perheitä hankkimaan toivomansa lapsimäärä. Toisaalta toive saada vähintään kaksi lasta on samansuuntainen kuin useimmilla suomalaisilla. Yhtä lasta ei pidetä toivotuimpana vaihtoehtona, koska monet katsovat että lapsella olisi hyvä olla sisaruksia (Miettinen & Rotkirch 2008).

2.3.3 Vanhemmuutta koskevat odotukset ja motiivit

Hedelmöityshoitoon hakeutuneilla on hivenen korkeampia lapsilukutoiveita kuin muilla samanikäisillä lapsettomilla suomalaisilla keskimäärin. Entä miten hedelmöityshoitoon hakeutuneet suhtautuivat muuten vanhemmuuteen? Minkälaisia muutoksia vanhemmaksi tulon odotettiin tuovan elämässä,

erosivatko odotukset merkittävästi muiden samanikäisten käsityksistä?

Seuraavaksi tarkastellaan hedelmöityshoitopotilaiden käsityksiä lapsen mukanaan tuomista muutoksista omassa elämässä, parisuhteessa tai työssä sekä lapsenhankintaan liittyviä motiiveja. Vanhemmaksi tuloa koskevia odotuksia ja motiiveja verrataan sen jälkeen soveltuvin osin 25–44-vuotiaille kohdistettuun kyselytutkimukseen (IHS) vastanneiden kanssa.

Taulukko 27. Lapsen syntymän vaikutus parisuhteeseen, työhön tai muuhun elämään. Hedelmöityshoitoon hakeutuneet miehet ja naiset, samaa tai eri mieltä olleiden osuus, %

	Naiset		Miehet	
	Samaa mieltä	Eri mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä
PARISUHDE				
Vanhemmuus lähentää puolisoita toisiinsa	86	2	76	4
Lapsen syntymä parantaa puolisoiden seksielämää	6	49	10	37
Lapsen syntymä lisää ristiriitoja puolisoiden välillä	18	41	17	47
Lapsen syntymä vähentää puolisoiden kahdenkeskistä aikaa	73	13	55	25
Lapsen syntymä ei muuta puolisoiden välistä suhdetta mitenkään	9	78	15	67
TYÖ, OPISKELU				
Lapsi tuo lisää mielekkyyttä työntekoon ja opiskeluun	39	25	42	23
Lapsi estää minua etenemästä työssäni/urallani	8	72	4	84
Lapsi vähentää arvostustani työelämää kohtaan	24	51	13	59
Lapsen hoito on vaikeaa sovittaa yhteen työn tai opiskelun kanssa	21	55	9	57
Lapsi antaa elämäni uutta sisältöä ja siten vähentää työhuoliani/liiallista työn miettimistä	77	7	69	6
Lapsen tulo lisää taloudellisia huolia	26	36	23	48
Lapsi lisää paineita opiskella nopeammin/tehdä enemmän töitä	5	75	9	67
MUU ELÄMÄ				
Lapsi vahvistaa kuvaani naisena/miehenä	62	17	46	22
Lapsi lisää itseluottamustani	38	32	38	25
Lapsen hoito opettaa organisointikykyä	66	15	55	16
Lapsen myötä löydän itsestäni uusia puolia ihmisenä	91	2	80	5
Lapsen syntymä tuo paljon lisää velvollisuuksia	95	2	97	0
Lapsi vähentää huomattavasti vapauttani/sitoo enemmän kotiin	72	15	59	14
Kun tulee isäksi tai äidiksi, joutuu luopumaan harrastuksistaan ja ystävien tapaamisesta	9	71	18	61

Samaa mieltä= samaa tai täysin samaa mieltä olleet; Eri mieltä=eri mieltä tai täysin eri mieltä olleet. Vaihtoehtoa 'en osaa sanoa' ei esitetä taulukossa

Hedelmöityshoitoon hakeutuneet odottivat lapsen vaikuttavan myönteisesti parisuhteeseensa: valtaosa vastaajista odotti lapsen lähentävän puolisoita toisiinsa ja harvempi kuin joka viides uskoi lapsen lisäävän ristiriitoja puolisoiden välillä vaikka kahdenkeskiseen aikaan ei enää olisikaan samanlaisia mahdollisuuksia (Taulukko 27). Lapsen odotettiin myös antavan uutta sisältöä elämään

ja vähentävän työhön uppoutumista. Suurin osa hedelmöityshoitoon hakeutuneista naisista katsoi, ettei lapsen tulo estä työuralla tai ammatissa etenemistä eikä pelännyt työn ja perheen yhteensovittamisen haasteita. Lapsen odotettiin tuovan lisää velvollisuuksia ja sitovan enemmän kotiin, mutta samanaikaisesti vanhemmuuden nähtiin tuovan paljon myönteistä kehittymistä itsessä.

Avustetusti lasta suunnittelevat miehet ja naiset kokivat lapsen tulon vaikutuksen parisuhteensa tai muun elämän kannalta selvästi myönteisempänä kuin muut samanikäiset lasta suunnittelevat suomalaiset (Taulukko 28). Ainoastaan taloudellisten huolien lisääntymistä koskevat odotukset olivat miehillä samansuuntaisia hedelmöityshoitoon hakeutuneiden ja muiden miesten kesken. Lapsen tulon vaikutus työelämään osallistumisen kannalta huolestutti selvästi useammin muita kuin avustetusti lasta suunnittelevia naisia. Samanikäisistä suomalaisnaisista varsinkin korkeasti koulutetut olivat huolissaan lapsen vaikutuksesta työssäkäyntiin. Lähes joka kolmas akateemisen koulutuksen saanut nainen katsoi, että lapsen tulo voi estää työssä etenemisen. Hedelmöityshoitoon hakeutuneiden naisten kohdalla koulutusryhmien väliset erot olivat sen sijaan selvästi kapeampia, ja korkeammin koulutetuista naisistakin vain noin joka kymmenes oli huolissaan lapsen vaikutuksesta työssä etenemiseen. Hedelmöityshoitopotilaat eivät myöskään pelänneet ystävien kanssa vietetyn tai oman ajan vähenemistä samassa määrin kuin muut lasta suunnittelevat suomalaisaikuiset. Samoin he odottivat lapsen tulon vaikuttavan myönteisesti parisuhteeseen selvästi useammin kuin muut samanikäiset.

Taulukko 28. Hedelmöityshoitoon hakeutuneiden (HH) ja 25–44-vuotiaiden lasta seuraavan kahden vuoden kuluessa suunnittelevien (IHS) miesten ja naisten näkemys lapsen vaikutuksesta eri elämänalueisiin, väitteen kanssa samaa tai eri mieltä olleet, %

	Naiset		Miehet	
	Samaa mieltä	Eri mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä
PARISUHDE: Vanhemmuus lähentää puolisoita toisiinsa / Suhde puolisoon paranee				
HH	86	2	76	4
IHS	34	28	39	25
IHS lasta suunnittelevat	30	20	38	14
TYÖ: Lapsi estää minua etenemästä työssäni/urallani				
HH	8	72	4	84
IHS	26	51	4	89
IHS lasta suunnittelevat	28	45	0	95
TALOUS: Lapsen tulo lisää taloudellisia huolia				
HH	26	36	23	48
IHS	31	37	27	50
IHS lasta suunnittelevat	49	24	24	54
MUU ELÄMÄ: Kun tulee isäksi tai äidiksi, joutuu luopumaan harrastuksistaan ja ystävien tapaamisesta				
HH	9	71	18	61
IHS	33	39	33	45
IHS lasta suunnittelevat	32	34	28	50

Samaa mieltä= samaa tai täysin samaa mieltä olleet; Eri mieltä=eri mieltä tai täysin eri mieltä olleet.

Vaihtoehtoa 'en osaa sanoa' ei näytetä taulukossa

Hedelmöityshoitoon hakeutuneiden odotukset vanhemmuutta ja lapsen mukanaan tuomia muutoksia kohtaan näyttivät olevan myönteisempiä kuin muilla lasta suunnittelevilla lapsettomilla aikuisilla. Todennäköisesti onkin niin, että hoitoon hakeutuvat ne parit, joiden motiivi tulla vanhemmaksi on voimakas. Entä missä määrin lastenhankintaan liittyvät muut motiivit eroavat hedelmöityshoitosten avulla lasta toivovien ja muiden suomalaisten välillä? Painottuvatko esimerkiksi henkilökohtaiseen mielihyvään ja läheisyyden kaipuuseen liittyvät motiivit vanhemmaksi tulon taustalla hedelmöityshoitopotilailla enemmän kuin muilla lapsettomilla? Entä eroavatko lastenhankintaan liittyvät motiivit merkittävästi lasta avustetusti suunnittelevien tai muiden lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevien välillä? Lastenhankintaan liittyviä motiiveja verrataan seuraavaksi hedelmöityshoitoon hakeutuneiden, samanikäisten lapsettomien suomalaisten sekä lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevien välillä.

Monet lastenhankintaan liittyvät motiivit nousivat korostuneemmin esiin raskautta ylipäättään lähitulevaisuudessa suunnittelevilla kuin muilla samanikäisillä lapsettomilla (Taulukko 29). Hedelmöityshoitopotilaiden tai muiden raskautta suunnittelevien välillä ei eroja juuri ollut. Suurimmat erot liittyivät kokemukseen lapsen merkityksestä naiseuden tai miehisyyden vahvistumisen kannalta tai lapsen sukupuolta koskeviin toiveisiin. Kokemus lapsen merkityksestä naiseuden tai miehisyyden vahvistajana oli tärkeämpi lasta avustetusti suunnitteleville kuin muille lastenhankintaa suunnitteleville lapsettomille miehille tai naisille. Naiseuden tai miehisyyden vahvistumista koskevat odotukset voivat liittyä siihen, että lapsettomuudesta kärsivillä henkilöillä kyky biologiseen lisääntymiseen kytkeytyy sukupuoli-identiteettiin. Oman biologisen lapsen saaminen täydentää lapsettomuuden vuoksi vajaaksi koettua kuvaa itsestä naisena tai miehenä.

Raskautta ylipäättään suunnitteleville lapsen merkitys perheen muodostajana ja läheisimpänä ihmissuhteena oli tärkeämpi motiivi kuin niille samanikäisille lapsettomille, jotka siirsivät tai epäröivät lasten hankintaa. Avustetusti lasta suunnittelevat naiset nostivat näitä motiiveja myös hieman enemmän esiin kuin muut raskautta suunnittelevat naiset, miesten kohdalla eroja ei juuri esiintynyt.

Äitiyden tai isyyden kokeminen, halu hoivata lasta ja seurata tämän kasvua olivat tärkeitä motiiveja kaikille vastaajille. Hedelmöityshoitoon hakeutuneet miehet korostivat näitä motiiveja kuitenkin muita lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevia miehiä harvemmin. Myöskään omien vanhempien toive lapsenlapsista tai suvun/nimen jatkaminen ei ollut yhtä tärkeää avustetusti lasta suunnitteleville miehille kuin muille miehille. Sen sijaan he nostivat muita miehiä hieman useammin esiin lapsen hankinnan velvollisuutena yhteiskuntaa kohtaan.

Taulukko 29. Lastenhankintaan liittyvät toiveet ja motiivit. Hedelmöityshoitopotilaat (HH) ja kaikki 25–44-vuotiaat naiset ja miehet (IHS) sekä lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevat 25–44-vuotiaat (IHS lasta suunnittelevat)

1=ei lainkaan tärkeä, 5=erittäin tärkeä (keskiarvo)

	Naiset			Miehet		
	HH	IHS	IHS, lasta suunnittelevat	HH	IHS	IHS, lasta suunnittelevat
Lapsi toisi elämään tarkoituksen	3.5	3.3	3.5	3.3	3.3	3.5+
Lapsi vahvistaisi naiseuttani/miehisyttäni	3.1	2.6***	2.6***	2.7	2.4**	2.3**
Haluan lapsia, jotta en jää vanhana ihan yksin	2.9	2.9	2.9	2.8	2.7	2.8
Suvun jatkaminen/nimen säilyminen	2.7	2.7	2.8	2.9	3.1*	3.0
Vanhemmat odottavat lastenlapsia	2.5	2.4	2.7+	2.4	2.7+	2.5
Minua arvostettaisiin enemmän, jos minulla olisi lapsia	1.9	1.8	2.0	1.9	1.8	1.7
Haluan lapsen nykyisen puolisoni kanssa	4.6	4.4*	4.4+	4.6	4.4***	4.6
Haluan iloita lapsen kasvun ja kehityksen seuraamisesta	4.6	4.5*	4.6	4.4	4.4	4.6+
Haluan kokea äitiyden/isyden	4.6	4.4***	4.6	4.2	4.2	4.5*
Haluan hoivata ja rakastaa lasta	4.5	4.5	4.6*	4.1	4.3***	4.3+
Vasta lapsi tekee parisuhteesta perheen	2.9	2.3***	2.6*	3.0	2.7**	3.2
Suhde lapseen on ihmisen läheisin ihmissuhde	3.9	3.3***	3.4***	3.7	3.1***	3.7
Lasten hankinta on ihmisen velvollisuus yhteiskuntaa kohtaan	1.5	1.4**	1.6	2.0	1.6***	1.9
Haluaisin tytön	2.1	2.8***	3.2***	2.4	2.7*	2.6
Haluaisin pojan	2.0	2.7***	2.9***	2.4	2.8**	2.8+

Tilastollinen merkitsevyys: + = $p < 0.1$; * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$.

Eron tilastollista merkitsevyyttä on arvioitu vertaamalla toisiinsa hedelmöityshoitopotilaita ja kaikkia IHS-aineiston 25–44-vuotiaita miehiä ja naisia samoin kuin hedelmöityshoitopotilaita ja lasta lähitulevaisuudessa suunnittelevia 25–44-vuotiaita.

Hedelmöityshoitoon hakeutuneet naiset ja miehet esittivät muita harvemmin toiveita lapsen sukupuolesta. Miesten ja naisten välillä ei myöskään esiintynyt samanlaisia mieltymyseroja syntyvän lapsen sukupuolesta kuin muilla raskautta suunnittelevilla: tyttö- tai poikalasta pidettiin yhtä toivottuna.

Hedelmöityshoitoon hakeutuvilla pareilla on jonkin verran muita korkeampia lapsilukuhaaveita, kun heitä verrattiin samanikäiseen lapsettomaan väestöön. Suuri osa hedelmöityshoitopotilaista oletti saavansa vielä vähintään kaksi lasta, ja joka viides pari uskoi saavansa vielä kolme lasta. On mahdollista, että osalla pareista on hieman epärealistisiä odotuksia hoitojen mahdollisuuksista auttaa perhettä saamaan toivottu lapsimäärä. On kuitenkin

kin muistettava, että valtaosa pareista oli vasta hoitoprosessin alkuvaiheessa, ja hedelmöityshoitoja koskevat käsitykset ja odotukset voivat vielä muuttua moneen otteeseen. Epärealistiset hoito-odotukset voivat liittyä myös siihen, että parit ovat epävarmoja monista lapsettomuuteen ja hedelmöityshoitoihin liittyvistä kysymyksistä ja kokevat saaneensa liian vähän tietoa. Riittävän ja todenmukaisen tiedon välittäminen hedelmöityshoidoista ja hoitoprosessista on ensiarvoisen tärkeää jotta parit voivat muodostaa ratkaisunsa hoitojen aloittamisesta ja niiden jatkamisesta omien tarpeidensa mukaisesti.

Vahva motivaatio tulla vanhemmaksi heijastuu myös vanhemmuutta koskeviin odotuksiin. Avustetusti lasta suunnittelevilla oli selvästi myönteisempiä odotuksia vanhemmuudesta ja lapsen mukanaan tuomista muutoksista kuin muilla raskautta suunnittelevilla. Sekä hedelmöityshoitoon hakeutuneilla että muilla samanikäisillä lasta suunnittelevilla korostuivat kuitenkin hyvin samankaltaiset motivaatiotekijät vanhemmuuden taustalla. Lapsen liitettiin erityisen voimakkaasti henkilökohtaiseen mielihyvään, lapsen hoivaamiseen ja kasvun seuraamiseen sekä läheisyyden tarpeeseen liittyviä motiiveja. Sosiaalisen aseman, yhteiskunnan tai suvun taholta tulevien odotusten tai toisaalta vanhuuden turvan merkitystä lastenhankinnan taustalla pidettiin selvästi vähemmän tärkeänä, eivätkä avustetusti lasta suunnittelevat eronneet tässä suhteessa merkittävästi muista samanikäisistä raskautta suunnittelevista suomalaisista.

3 Yhteenvetoa

Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla -tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hedelmöityshoitoon hakeutuneiden naisten ja miesten käsityksiä vanhemmuudesta ja lapsen mukanaan tuomista muutoksista parisuhteen ja työelämän kannalta samoin kuin hedelmöityshoitoihin liittyviä pelkoja ja tuen tarvetta. Kyselyssä selvitettiin hedelmöityshoitoon hakeutuneiden halukkuutta kertoa lapsettomuudesta tai hoidoista läheisille tai mahdollisesti syntyvälle lapselle. Tämän lisäksi kartoitettiin lapsettomuustutkimusten ajoittamiseen ja hoitoon hakeutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä: erityisenä kiinnostuksen kohteena oli arvioida liian varhain tapahtuvaa hoitoon hakeutumista ja tähän yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli tuottaa tietoa myös miesten näkemyksistä hedelmöityshoitoon liittyvissä kysymyksissä sekä tarkastella ylipäätään puolison merkitystä hoitoon hakeutumisessa.

Lapsettomuutta ja hedelmöityshoitoja koskevan tutkimustiedon ja julkisuuden lisääntyminen on osaltaan heijastunut siihen, että tutkimuksiin ja hoitoon hakeutuminen on nykyään jo runsasta. Terveys 2000-tutkimuksen mukaan 55–60 prosenttia kaikista lapsettomuutta kohdanneista pareista hakeutuu tutkimuksiin tai hoitoihin (Klemetti ym. 2004a). Kaikki eivät kuitenkaan halua mennä tutkimuksiin tai aloittaa hedelmöityshoitoja. Lähes 40 prosenttia raskaaksitulon vaikeuksia kokeneista ei syystä tai toisesta hakeudu tutkimuksiin. Hoitoon hakeutumisen esteet voivat olla erilaisia: aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että ylemmät sosioekonomiset ryhmät ja suurempituloiset hakeutuvat muita useammin tutkimuksiin ja hoitoihin (Klemetti 2006; Klemetti ym. 2004b). Hoitojen kustannukset voivat olla este hoitoon hakeutumiselle varsinkin yksityisellä sektorilla. Julkisella sektorilla taas hoitojonotilanne voi vaikuttaa parien halukkuuteen hakeutua sinne hoitoon. Kustannusten ohella myös muut tekijät voivat vaikuttaa siihen, haluavatko parit aloittaa tutkimukset ja hoidot. Lapsettomuuteen suhtautuminen samoin kuin hedelmöityshoitoja koskevat näkemykset sekä tiedot erilaisista hoitomahdollisuuksista voivat vaihdella koulutus- ja sosioekonomisten ryhmien välillä ja osaltaan synnyttää eroja hoitoon hakeutumisessa.

Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla-kyselytutkimukseen vastasi runsaat 450 naista ja miestä, jotka olivat aloittamassa hedelmöityshoitoja joko Väestöliiton klinikoilla tai HUSin tai OYSin hedelmöityshoitoja tekevillä klinikoilla vuosina 2007–2009.

Lapsettomuustutkimusten ja hoidon ajoittaminen

Hedelmöityshoitojen yleistyminen on saanut tutkijat pohtimaan, hakeutuvatko parit nykyään tutkimuksiin jo liian varhain. Aloitetaanko hoitojen suunnittelu, vaikka parin mahdollisuus tulla spontaanisti raskaaksi olisi vielä kohtuullisen korkea? Nykyisten suositusten mukaan parin tulisi odottaa

vähintään vuosi ennen hakeutumista tutkimuksiin lapsettomuuden vuoksi. Tutkimusten aloittamista ei ole kuitenkaan syytä lykätä, mikäli on syytä epäillä raskaaksitulon vaikeuksia esimerkiksi aikaisempien raskauksien tai sairauksien vuoksi, tai mikäli nainen on iältään jo vanhempi. Tutkimusten ja hoidon aloittaminen ”liian varhain” voi olla merkki myös kaupallistumisesta ja kilpailun kiristymisestä; yksityiset klinikat vastaavat Suomessa merkittävästä osasta hedelmöityshoitojen tarjontaa.

Tähän kyselyyn vastanneista pareista lähes joka neljäs oli hakeutunut tutkimuksiin lapsettomuuden vuoksi yritettyään raskautta tuloksetta korkeintaan yhden vuoden ajan. Valtaosa oli hakeutunut lapsettomuustutkimuksiin siinä vaiheessa, kun raskautta oli ensin yritetty yli vuoden ajan. Keskimääräinen odotusaika ennen tutkimuksiin lähtemistä oli noin kaksi vuotta. Korkeintaan vuoden ajan raskautta yrittäneitä oli vain yksityisen klinikan potilaiden keskuudessa. Todennäköisesti hakeutuminen ensin terveysasemalle ja lähtemenettely karsivat liian varhaisessa vaiheessa hoitoa hakevat parit jonosta julkisen sektorin puolella.

Ikä tai tiedossa oleva lapsettomuuden syy selittivät vain noin kolmasosalla pareista nopeaa hakeutumista tutkimuksiin. Onkin mahdollista, että osa pareista ei ole malttanut yrittää raskautta kovin pitkään vaan on hakeutunut tutkimuksiin ”varmuuden vuoksi”. Toisaalta nopeasti tutkimuksiin hakeutuneilla oli hieman muita useammin ennestään jo lapsia, joten kokemukset aikaisemmista vaikeuksista ehkä selittävät osaltaan lyhyttä odotusaikaa. Osa alle 36-vuotiaista raskautta korkeintaan vuoden ajan yrittäneistä naisista oli tiennyt jo etukäteen raskaaksitulon ongelmista omalla kohdallaan. Jos heidät rajataan pois, noin joka kahdeksas (13 %) hedelmöityshoitoihin hakeutunut pari olisi tämän tutkimuksen perusteella hakeutunut tutkimuksiin suhteellisen varhain, yritettyään raskautta korkeintaan vuoden ajan. Korkeintaan vuoden odottaneet parit olivat iältään hieman nuorempia sekä keskimäärin koulutetumpia ja suurempituloisia kuin lapsettomuustutkimusten aloittamista pidempään odottaneet parit. Ilman tarkempaa tietoa kunkin parin lapsettomuuden taustalla vaikuttavista syistä on kuitenkin vaikea arvioida, kuinka merkittävää liian nopea hakeutuminen tutkimuksiin on todellisuudessa.

Liian varhain hoitoon hakeutumisen rinnalla ongelmallista on myös se, että tutkimuksiin ja hoitoon hakeudutaan kovin myöhään. Lastenhankinnan aloittamisen siirtyminen yhä myöhemmäksi merkitsee sitä, että monet parit alkavat suunnitella ensimmäistä lasta vasta siinä vaiheessa kun nainen on jo täyttänyt kolmekymmentä vuotta. Mikäli ongelmia raskaaksitulon kanssa ilmenee, tutkimuksiin hakeutuminen ja hedelmöityshoitojen aloittaminen vie oman aikansa. Hedelmöityshoitojen aloittaminen verraten myöhäisellä iällä heikentää onnistumisen todennäköisyyttä ja edellyttää usein useampia hoitokertoja.

Tähän tutkimukseen vastanneista pareista hieman harvempi kuin joka viides oli yrittänyt raskautta vähintään kolme vuotta tai jopa pidempään ennen nykyistä hoitokäyntiä. Nykyinen käynti oli kuitenkin osalle pareista

jatkoa aikaisempiin tutkimuksiin tai jopa hedelmöityshoitoihin. Pitkään odottaneista pareista noin puolella oli kokemusta aikaisemmista tuloksettomista hedelmöityshoidoista eli parit olivat aloittaneet tutkimukset jo ennen tätä hoitokäyntiä. Tämän mukaisesti sellaisia pareja, jotka olivat odottaneet pitkään (yli kolme vuotta) ennen lapsettomuustutkimuksiin hakeutumista oli todellisuudessa vain noin 5–10 prosenttia kaikista kyselyyn vastanneista pareista. Pitkään odottaneissa pareissa oli muita runsaammin vähemmän koulutettuja tai pienituloisia pareja.

Hedelmöityshoitoihin liittyvät pelot ja huolenaiheet

Tämän tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli selvittää hoitoon hakeutuvien naisten ja miesten näkemyksiä hedelmöityshoidoista sekä hoitoihin liittyviä pelkoja ja huolenaiheita. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että hoitojen kustannukset ovat vain yksi hoitoihin liittyvä huolenaihe, kun pari päättää hoitojen aloittamisesta tai niiden jatkamisesta. Myös esimerkiksi hoitotoimenpiteet, niiden vaikutukset tai hoitojen pitkittyminen ja odotetavissa olevat pettymykset voivat mietityttää monia.

Hedelmöityshoidot herättävät paljon tunteita ja ajatuksia lapsettomuudesta kärsivissä. Hoitojen alkuvaiheessa monet potilaista ovat epävarmoja siitä, mitä kaikkea hedelmöityshoitoihin liittyy, kuinka hoitoprosessi etenee ja mihin asti pari on valmis jatkamaan yrityksiä. Tähän kyselyyn vastanneista kolme viidestä oli epävarma siitä, oliko valmis kaikkiin lääketieteellisiin hoitoihin ja puolet suhtautui ainakin hoitojen alkuvaiheessa melko epäillen vieraiden sukusolujen käyttöön omalla kohdallaan. Naisten ja miesten näkemykset olivat samansuuntaisia.

Valtaosa potilaista on ennen kaikkea huolissaan hoitojen psyykkisestä raskaudesta, pettymyksistä ja hoitojen kestämisestä pitkään sekä omasta tai puolison jaksamisesta. Lääketieteelliset toimenpiteet ja hedelmöityshoitojen terveysvaikutukset huolestuttavat vähemmän kuin hoitojen psyykkinen raskaus. Puolet naisista oli ainakin jossain määrin huolissaan hoitojen rankkuudesta ja hormonien vaikutuksesta, kolmasosa hoitotoimenpiteistä ja niihin mahdollisesti liittyvästä kivusta. Noin kolmasosa vastaajista oli huolissaan hedelmöityshoitojen avulla mahdollisesti syntyvän lapsen terveysriskeistä. Miehet tunsivat huolta samoista asioista kuin naiset, vaikkakin selvästi harvemmin. Osin tämä on luonnollista, sillä valtaosa toimenpiteistä kohdistuu naisiin. Miehet olivat kuitenkin myös huomattavasti harvemmin kuin naiset huolissaan mm. hoitojen kustannuksista tai siitä, että hoidot kestävät pitkään. Eniten miehiä huolestutti puolison jaksaminen.

Sosioekonomisten tai koulutusryhmien välillä oli jonkin verran eroa hedelmöityshoitoihin liittyvien huolenaiheiden suhteen. Työntekijöihin tai alempiin toimihenkilöihin kuuluvat sekä vähemmän koulutetut tunsivat muita useammin huolta paitsi kustannuksista myös hoitojen henkisestä raskaudesta ja niiden kestosta sekä hoitojen lääketieteellisistä vaikutuksista.

Puolisolla tärkeä rooli

Lapsettomuus koskettaa kumpaakin puolisoa ja hedelmöityshoitojen aloittaminen edellyttää kummankin halukkuutta osallistua tutkimuksiin. Vaikka myös yksinäisten naisten on mahdollista saada hedelmöityshoitoa, valtaosa hoitoa hakevista elää parisuhteessa. Jotkut klinikat ovat lisäksi rajoittaneet hedelmöityshoidot koskemaan vain heterosuhteessa eläviä avo- tai aviopareja.

Tämän tutkimuksen perusteella ei voida arvioida sitä, missä määrin puolisoiden erilainen suhtautuminen lapsettomuuteen tai hedelmöityshoitoihin on esteenä hoitoon hakeutumiselle. Valtaosalla kyselyyn vastanneista pareista oli aloite tutkimuksiin hakeutumisesta tullut naiselta. Hoitojen aloittamista koskeva päätös oli sen sijaan useammin ollut yhteinen. Miehet ovat harvoin aloitteen tekijöitä tutkimusten tai hoidon aloittamisessa. Tutkimusten aloittaminen naisen aloitteesta oli yleisempää vähiten koulutetuilla. Miehen tekemä aloite yleistyi jossain määrin koulutustason kohotessa. Amerikkalaisia pareja koskevissa tutkimuksissa on samoin havaittu naisen aloitteellisempi rooli parin pohiessa avun hakemista ylipäätään. Puolison merkitys korostuu siinä vaiheessa, kun pari harkitsee hoitojen aloittamista (Johnson & Johnson 2009). On mahdollista, että sosioekonomisten ryhmien välillä on eroja myös sukupuolten suhtautumisessa hedelmöityshoitoon hakeutumiseen: tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että vähemmän koulutettujen keskuudessa miesten kynnys hakeutua tutkimuksiin ja hoitoihin olisi korkeampi kuin korkeamman koulutuksen saaneilla.

Puolison tuki on tärkeää myös hoitojen myöhemmässä vaiheessa. Vaikka hedelmöityshoidot aloittaneet parit olivat eläneet muita samanikäisiä kauemmin parisuhteessaan ja parisuhteeseen oltiin tyytyväisiä, epävarmuus puolison suhtautumisesta lisäsi jossain määrin hedelmöityshoitoja koskevaa huolta. Puolisoaan suostuttelemaan joutuneet olivat muita huolestuneempia siitä, ettei puoliso olisi halukas jatkamaan hoitoja tuloksettoman yrityksen jälkeen. He olivat myös huolestuneempia lapsettomuuden ja hedelmöityshoitojen vaikutuksesta parisuhteeseen. Myös hoitojen kustannukset huolestuttivat selvästi enemmän niitä naisia, jotka olivat olleet aloitteentekijöitä tutkimuksiin lähtemisessä.

Tukea ja tietoa tarvitaan vielä lisää

Vaikka valtaosa tähän tutkimukseen vastanneista katsoi saaneensa riittävästi tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä tukea elämäntilanteessaan, noin joka kymmenes olisi vielä kaivannut lisää tietoa eri vaihtoehdoista. Epävarmuus saattoi johtua myös siitä, että valtaosa pareista oli vasta hoitoprosessin alkuvaiheessa, eikä vielä ollut varma omasta ratkaisustaan. Vastaajat eivät osanneet aina kuvata konkreettisesti, mistä asioista olisi kaivattu lisää tietoa vaan tarve oli epämääräistä – tai kuten eräs avovaihtoehtoon vastannut

potilas ilmoitti 'tarvitsevansa lisää tietoa kaikesta mahdollisesta'. Moni hakee tietoa lapsettomuudesta ja sen syistä, hoitovaihtoehdoista ja niihin liittyvistä lääketieteellisistä kysymyksistä. Tietoa kaivattiin myös hoitojen aikatauluista ja kestosta, sekä niiden vaikutuksista ansiotyössäkäyntiin ja muuhun elämään.

Internetin tarjoamat mahdollisuudet korostuvat sekä tutkimus- että kokemusperäisen tiedon kanavana: lähes 70 prosenttia vastaajista oli hakenut tietoa lapsettomuudesta ja sen hoitomahdollisuuksista internetistä. Muutamisissa amerikkalaisissa tutkimuksissa on kokeiltu internetin käyttöä hedelmöityshoitoon hakeutuneiden potilaiden opastamisessa hoitopäätöstä tehtäessä sekä tiedon välittämisessä hoitoprosessista ja sen etenemisestä (Cousienau ym. 2008; Weissman ym. 2000). Vaikka kokeilut ovat kohdistuneet jo hoitoon hakeutuneisiin pareihin, on internetin kautta mahdollista tavoittaa myös niitä pareja, jotka eivät syystä tai toisesta halua hakea apua lapsettomuuteen. Lapsettomuuteen ja hedelmöityshoitoihin liittyvät kysymykset ehkä myös mielletään herkästi naisten asioiksi, jolloin internetin tarjoama anonyymi ja asiakkaan omia tarpeita palveleva tiedon ja opastuksen välitysmuoto voi tavoittaa paremmin myös miehiä.

Hedelmöityshoidot ovat monella tavoin raskas prosessi potilaille. Joka viides olisi kaivannut lisää tukea elämäntilanteessaan. Tukea kaivattiin varsinkin läheisiltä: omilta tai puolison vanhemmilta, ystäviltä ja sisaruksilta sekä puolisolta. Lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidoista ei kuitenkaan haluta puhua avoimesti aina edes läheistenkään tuttavien tai ystävien kanssa. Vain harva oli kertonut avoimesti lapsettomuudesta muille ihmisille, valtaosa oli kertonut asiasta vain muutamille läheisille sukulaisilleen tai ystävilleen. Joka kymmenes nainen ja jopa 40 prosenttia miehistä ei ollut halunnut kertoa asiasta kenellekään. Vaikka muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että tunteiden ja kokemusten jakaminen muiden kanssa lieventää lapsettomuuteen ja hoitoihin liittyvää stressiä, eri maista saadut tulokset eivät aina ole yleistettävissä kulttuurista toiseen. Avoimuus tai sen puute ei tämän tutkimuksen perusteella näyttäneen olevan yhteydessä hoitoihin liittyvään huolestuneisuuteen. On myös todennäköistä, että naiset ja miehet käsittelevät lapsettomuutta ja sen herättämiä tunteita hyvin eri tavalla.

Loppuvuodesta 2007 alkaen hedelmöityshoitoklinikat ovat keränneet sukusolujen luovuttajilta henkilötiedot sitä varten, että vieraista sukusoluista alkunsa saaneet lapset voivat myöhemmin halutessaan selvittää biologisen vanhempansa. Henkilötietoja säilytetään VALVIRAssa (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, VALVIRA - tutkimuskeskus). Lapsen mahdollisuus selvittää oma alkuperänsä riippuu kuitenkin siitä, ovatko hedelmöityshoitojen avulla lapsen saaneet vanhemmat halukkaita kertomaan tälle hoidoista ja lapsen alkuperästä. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kaikilta hoitoon hakeutuneilta potilailta valmiutta kertoa hedelmöityshoidoista mahdollisesti syntyvälle lapselleen. Kohteena eivät siis olleet pelkästään ne potilaat, joiden kohdalla joudutaan pohtimaan vieraiden sukusolujen käyttöä.

Yli puolet vastaajista aikoi kertoa hoidoista lapselle, runsas kolmasosa oli epävarma ja muutama prosentti uskoi, ettei kertoisi lapselle hedelmöityshoidoista. Naiset olivat hieman miehiä valmiimpia kertomaan hoidoista. Korkeimmin koulutetut olivat vähiten halukkaita kertomaan lapselle tämän alkuperästä.

Sosioekonomiset tekijät tutkimuksiin hakeutumisen taustalla: raha, tieto, asenne?

Vaikka hedelmöityshoidot ovat yleistyneet ja yhä useamman saatavilla, kaikki raskaaksitulon vaikeuksia kohdanneet eivät kuitenkaan hakeudu hoitoon. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat hakeutuvat hedelmöityshoitoihin muita ryhmiä enemmän, vaikka raskaaksitulovaikeudet ovat lähes yhtä yleisiä kaikissa ryhmissä (Klemetti 2006; Klemetti ym. 2004b). Myös tähän tutkimukseen vastanneet hedelmöityshoitopotilaat olivat muita useammin korkeasti koulutettuja, kuuluivat ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin tai olivat suurempituloisia kuin samanikäiset suomalaiset keskimäärin.

Suurituloisten ja ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien parien yliedustus johtuu osin siitä, että suuri osa hedelmöityshoidoista tehdään yksityisillä klinikoilla, joissa hoitojen kustannukset tulevat huomattavasti korkeammiksi kuin julkisella sektorilla. Pelko hoitojen kustannuksista estää todennäköisesti monia pienituloisia tai alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvia hakeutumasta hoitoon yksityiselle palveluntarjoajalle.

Kustannukset eivät välttämättä kuitenkaan ole ainoa syy epäröidä hoitoon hakeutumista tai niiden jatkamista. Tämän tutkimuksen perusteella näytti siltä, että kynnys hakeutua tutkimuksiin ja hoitoon on korkeampi vähemmän koulutetuilla miehillä: tutkimuksiin tai hoitoon oli hakeuduttu muita useammin naisen aloitteesta. Ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ja koulutetummat olivat myös osanneet ennakoita raskaaksitulon vaikeuksia muita useammin. On mahdollista, että heillä on myös muita paremmat tiedot erilaisista raskaaksitulon mahdollisuutta alentavista tekijöistä. Koulutus oli myös yhteydessä nopeampaan hakeutumiseen hoitoon.

Vähiten koulutetut tai alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat olivat sen sijaan muita valmiimpia kokeilemaan erilaisia lääketieteellisiä hoitokeinoja hedelmöityshoidoissa. Ainoastaan vieraiden sukusolujen käyttö herätti heissä epäluuloa muita useammin. Vaikka hedelmöityshoitojen mahdollisuuksiin uskottiinkin, vähemmän koulutetut olivat jossain määrin muita huolestuneempia hoitojen psyykkisestä raskaudesta, pettymyksistä sekä omasta tai puolison jaksamisesta. Myös hoitojen lääketieteelliset kysymykset kuten hormonien vaikutus, hoitojen vaikutus syntyvään lapseen tai naiseen herättivät enemmän huolta alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvien tai vähemmän koulutettujen keskuudessa muihin verrattuna.

Hedelmöityshoitoon hakeutuneilla vahva motivaatio vanhemmuuteen

Hedelmöityshoitoon hakeutuneet naiset ja miehet ovat monelta osin tyytyväisiä elämäänsä. Kun heidän näkemyksiään ja odotuksiaan vanhemmaksi tulosta sekä suhtautumistaan omaan elämäntilanteeseensa verrattiin muiden samanikäisten mielipiteisiin, osoittautui, että hedelmöityshoitoon hakeutuneet olivat vähintään yhtä tyytyväisiä tai jopa tyytyväisempiä kuin muut moniin eri asioihin elämässään. Heillä oli myös selvästi myönteisempiä odotuksia vanhemmaksi tulosta muihin raskautta suunnitteleviin aikuisikäisiin verrattuna.

Hedelmöityshoitoon hakeutuneet miehet ja naiset toivoivat myös suurempaa lapsimäärää kuin samanikäiset suomalaiset keskimäärin. Suurin osa hoitoon hakeutuneista oli lapsettomia. Valtaosa hedelmöityshoitopotilaista odotti saavansa vielä ainakin kaksi lasta. Iän myötä odotukset hieman alenivat, mutta yli 35-vuotiaistakin vastaajista yli puolet oletti saavansa vielä ainakin kaksi lasta. Tieto tai epäily raskaasitulon ongelmista alensi toiveita, ja monet niistä, jotka olivat jo osanneet ennakoida raskaasitulon vaikeuksia omalla kohdallaan, ollettivat saavansa korkeintaan yhden lapsen. Hedelmöityshoitojen yleistyminen on ehkä vaikuttanut siihen, että osalla hedelmöityshoitoon hakeutuvista pareista voi olla hieman epärealistisiä käsityksiä hoitojen mahdollisuuksista auttaa perhettä saamaan toivomansa lapsimäärä. Oikeasuuntaisen ja realistisen tiedon välittäminen pareille hoitoprosessin eri vaiheissa onkin tärkeää. On myös tärkeää havaita, että osa pareista saattaa hakeutua tutkimuksiin vaikka olisi jo hyväksynyt ajatuksen lapsettomana elämisestä – tutkimusten avulla halutaan ehkä saada vain vahvistus omalle päätökselle.

Lähteet

- Abbey, Antonia & Andrews, Frank M. & Halman, Jill. 1995. Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couple. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995(68):455-469.
- Abbey, Antonia & Andrews, Frank M. & Halman, Jill. 1991. The importance of social relationships for infertile couples' well-being. Teoksessa: Stanton AL, Dunkel-Schetter C (toim.), *Infertility. Perspectives from stress and coping research*, ss. 61-86. Plenum Press, New York.
- Andersen, Ronald M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995(36):1-10.
- Anttila, Leena. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. *Duodecim* 2008(124):2438-2442.
- Anttila, Leena. 2002. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. *Duodecim* 2002(118):527-530.
- Boivin, Jacky & Schmidt, Lone. 2005 Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later. *Fertility & Sterility* 2005(83):1745-1752.
- Brosens, Ivo & Gordts, Sylvie & Valkenburg, Marion & Puttemans, Patrick & Campo, Rudi & Gordts, Stephan. 2004. Investigation of the infertile couple: when is the appropriate time to explore female infertility? *Human Reproduction* 2004(19):1689-1692.
- Campagne, Daniel M. 2006. Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction* 2006(21):1651-1658.
- Cousineau, Tara & Green, Traci & Corsini, Evelyn & Seibring, A. & Showstack, Marianne & Applegarth, Linda & Davidson, Marie & Perloe, Mark. 2008. Online psychoeducational support for infertile women: A randomized controlled trial. *Human Reproduction* 2008(23):554-566.
- Czemiczky, György & Landgren, Britt-Marie & Collins, Aila. 2000. The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetricia & Gynecologica Scandinavica* 2000(79):113-118.
- Domar, Alice. 2004. Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility & Sterility* 2004(81):271-273.
- Gissler Mika & Tiitinen, Aila. 2001. Hedelmöityshoidot Suomessa 1990-luvulla tilastojen valossa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2001(38):296-304.
- Gissler, Mika. Julkaisemattomia tilastotietoja IVF-synnyttäjistä. THL, Helsinki.

- Habbema, D. & Collins, J. & Leridon, H. & Evers, J.L.H. & Lunenfeld, B. & te Velde, E.R. 2004. Towards less confusing terminology in reproductive medicine. *Human Reproduction* 2004(19):1497-1501.
- Hassan, Mohamed & Killick, Stephen. 2004. Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility & Sterility* 2004(81):384-392.
- Johnson, Katherine & Johnson, David. 2009. Partnered decisions? U.S. couples and medical help-seeking for infertility. *Family Relations* 2009(58):431-444.
- Kidd, Sharon & Eskenazi, Brenda & Wyrobek, Andrew. 2001. Effects of male age on semen quality and fertility: a review of the literature. *Fertility & Sterility* 2001(75):237-248.
- Klemetti, Reija. 2006. The use of assisted fertilization in Finland – Health effects and equity. Research report 158. STAKES, Helsinki.
- Klemetti, Reija & Sihvo, Sinikka & Koponen, Päivikki. 2004a. Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. Teoksessa: Koponen, Päivikki & Luoto, Riitta (toim.), Lisäntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus, ss. 45-53. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Klemetti, Reija & Gissler, Mika & Hemminki, Elina. 2004b. Equity in the use of IVF in Finland in the late 1990s. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004(32):203-209.
- Klonoff-Cohen, Hillary & Natarajan, Loki. 2004. The concerns during assisted reproductive technologies (CART) scale and pregnancy outcomes. *Fertility & Sterility* 2004(81):982–988.
- Klonoff-Cohen, Hillary & Chu, Elaine & Natarajan, Loki & Sieber, William. 2001. A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility & Sterility* 2001(76):675–687.
- Lastensuojelu 2009. 2010. Tilastoraportti 29/2010. THL, Helsinki.
- Leridon, Henri. 1992. Sterility and subfecundity: From silence to impatience? *Population, An English Selection* 1992(4):35-54.
- Malin, Maili. 2006. Biovalta, toiseus ja naisten toimijuus hedelmöityshoidoissa. Tutkimuksia 156. STAKES, Helsinki.
- Malin, Maili Silverio & Hemminki, Elina. 1996. Practice of in-vitro fertilization: A case study from Finland. *Social Science & Medicine* 1996(42):975-983.
- Miettinen, Anneli. 2008. Sosiodemografiset tekijät, lapsettomuuskokemukset ja -hoidot Suomessa. Esitelmä Terveyserojen kaventaminen neuvolatyössä -seminaarissa Tampereella 6.2.2008.
- Miettinen, Anneli & Rotkirch, Anna. 2008. Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet. Katsauksia E 34. Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos, Helsinki.

- Notkola, Irma-Leena. 1995. Uutta tietoa hedelmättömyyden yleisyydestä. *Suomen Lääkärilehti* 1995(59):865-870.
- Nyboe Andersen, A & Goossens, V. & Ferraretti, A.P. & Bhattacharya, S., Felberbaum, R. & de Mouzon, J. & Nygren, K.G. & ESHRE. 2008. Assisted reproductive technology in Europe, 2004: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction* 2008(23):756-771.
- Olivius, Catharina & Friden, Barbro & Borg, Gunilla & Bergh, Christina. 2004. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertility & Sterility* 2004(81):258-261.
- Pelastakaa Lapset ry. 2010. Arvioita kotimaisten adoptioiden määristä. Saattavana: <http://www.pelastakaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyto/adoptiot/kotimaiset-adoptiot/> (luettu elokuu 2010).
- Pellati, Donatella & Mylonakis, Ioannis & Bertoloni, Giulio & Fiore, Cristina & Andrisani, Alessandra & Ambrosini, Guido & Armanini, Decio. 2008. Genital tract infections and infertility. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2008(140):3-11.
- Rajkhowa, M. & Mcconnell, A. & Thomas, G.E. 2006. Reasons for discontinuation of IVF treatment: a questionnaire study. *Human Reproduction* 2006(21):358-363.
- Schmidt, Lone & Holstein, Bjorn & Christensen, Ulla & Boivin, Jacky. 2005. Does infertility cause marital benefit?: An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling* 2005:244-251.
- Suikkari, Anne-Maria. 2010. Julkaisematon esitelmä Väestöliitossa.
- Suikkari, Anne-Maria. 2008. Julkaisemattomia tietoja Väestöliiton sisäisessä koulutustilaisuudessa.
- Suikkari, Anne-Maria. 2004. Tahattoman lapsettomuuden hoito. *Terveydenhoitaja* 3:28-29.
- Söderström-Anttila, Viveca. 2009. Julkaisematon esitys Väestöliiton koulutustilaisuudessa 2009.
- te Velde, Egbert & Cohlen, Benard. 1999. The management of infertility. *The New England Journal of Medicine* 1999(340):224-226.
- te Velde, Egbert & Pearson, Peter L. 2002. The variability of female reproductive ageing. *Human Reproduction Update* 2002(8):141-154.
- te Velde, E.R. & Eijkemans, R. & Habbema, H.D.F. 2000. Variation in couple fecundity and time to pregnancy, an essential concept in human reproduction. *Commentary. The Lancet* 2000(355):1928-1929.
- Tiitinen, Aila. 2002. Lapsettomuus – laajeneva ongelma? *Duodecim* 2002(118):493-494.
- Van Balen, F. & Trimbos-Kemper, T.C.M. 1994. Factors influencing the well-being of long-term infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1994(15):157-164.

- Virkki, Heidi. 2008. The identities of young adoptees in Finland. *Finnish Yearbook of Population Research* 2007-2008:131-146.
- Weissman, Ariel & Gotlieb, Lynda & Ward, Susan & Greenblatt, Ellen & Casper, Robert F. 2000. Use of the Internet by infertile couples. *Fertility & Sterility* 2000(73):1179-1182.
- WHO 2001. Reproductive health indicators for global monitoring: Report of the second interagency meeting, 2001. World Health Organization, Geneva.
- THL 2010. Tilastoja lisääntymisestä. Saatavana: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tilastot (luettu elokuu 2010).
- Tilastokeskus Perheet 2008. 2009. Väestö. Tilastokeskus, Helsinki.
- Tilastokeskus 2009. Tilastotietoja adoptioista. Saatavana: http://www.stat.fi/til/adopt/2009/adopt_2009_2010-05-20_tie_001_fi.html (luettu elokuu 2010).
- Tilastokeskus 2010. Tietoja väestön työmarkkina-asemasta 2009. Saatavana: <http://www.stat.fi/til/tyti/tau.html> (Aikasarjataulukot) (luettu elokuu 2010).
- Tilastokeskus tietoja väestön koulutusrakenteesta 2006. Julkaisemattomia tilastotietoja väestön koulutusrakenteesta iän ja sukupuolen mukaan 2006.