

# SEKSOLOGINEN AIKAKAUSKIRJA

3(1), 2018



JULKAISIJA:

Suomen Seksologinen Seura ry  
Helsinki

Toimittajat:

J. Tuomas Harviainen  
Hanna Vilkkä  
Osmo Kontula

ISSN 2342-723X

## Katsaus: Seksuaalisuus lapsettomuuskokemuksen kourissa

Janne Sihvonen, *PsL, johtava erikoispsykologi, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä*

### Tiivistelmä

Lapsettomuuden vaikutuksista seksuaalisuuteen löytyy tutkimustietoa, jonka perusteella seksuaalivaikutukset voivat olla moninaisia. Tyytymättömyys seksielämään on hyvin yleistä lapsettomuuden aikana. Seksuaalisuus kapeutuu usein lisääntymiseen tähtääviksi yrityksiksi, seksuaalinen halukkuus vähenee ja toiminnallisia seksuaalihäiriöitä voi ilmetä. Suurimmaksi osaksi tutkimusten tulokset kertovat seksuaalivaikutusten olemassaolosta, mutta osassa tutkimuksia ei ole tullut ilmi eroja lapsettomuutta kokevien ja lapsia saaneiden seksityytyväisyydessä. Tutkimustarvetta siis on edelleen sen määrittämiseksi, mitkä tekijät säätelevät seksuaalivaikutuksia ja mistä tapauskohtaiset erot johtuvat. Psykososiaalinen tuki on tärkeää lapsettomuutta kokeville sopeutumisprosessin helpottamiseksi ja tulevaisuusorientaation tukemiseksi. Toiset pystyvät sopeutumaan tyydyttävästi, mutta haasteena on tunnistaa ne, jotka tarvitsevat erityistä terapeuttista tukea. Seksuaaliterapeuttisessa hoidossa voidaan yhdistää menetelmiä psykososiaalisesta ohjauksesta, seksuaalineuvonnan keinoista, psykoedukaatiosta sen eri tasoilla, seksologisesta intensiivisestä terapiasta ja psykoterapiasta terapeutin oman orientaation mukaisesti. Terapiatuen tarjoaminen lapsettomille pareille on tärkeää seksuaaliongelmien ehkäisemiseksi tai hoitamiseksi ja siten psyykkisen hyvinvoinnin kohentamiseksi. Koska parisuhde voi olla kuormittunut, seksuaaliterapiassa on tärkeää huomioida myös parisuhdenäkökulma. Jatkossa seksuaaliterapeuttista osaamista aihepiiristä on tärkeää kehittää edelleen.

### Johdanto

Tässä katsauksessa käsitellään tahattoman lapsettomuuden vaikutuksia seksuaalisuuteen sekä näiden vaikutusten hoitoa seksuaaliterapeuttisessa kontekstissa. Lapsettomuutta kokevien psykososiaalinen tuki on terapeuttisen työn alue, jossa integroidaan tuntemusta parisuhteen

dynamiikasta, intiimiydestä, seksuaalisuudesta ja surutyöstä sekä tietoja tahattomasta lapsettomuudesta ja lapsettomuuskriisistä (Tulppala 2002). WHO:n määritelmän perusteella tahatonta lapsettomuutta esiintyy, kun seksielämä on ollut säännöllistä ja raskauden alkamista on vuoden ajan toivottu tuloksetta (Zegers-Hochschild ym. 2009). Tahaton lapsettomuus voi olla primaaria tai sekundaaria. Primaari lapsettomuus tarkoittaa, että parilla ei ole lapsia ja sekundaari lapsettomuus sitä, että parilla on jo lapsi tai lapsia, mutta uusi raskaus ei ala toiveista huolimatta. Noin 20 % suomalaisista 30-44 -vuotiaista naisista ja 9 % miehistä on kokenut tahatonta lapsettomuutta väestötasoisena satunnaistetun otannan (n=2291) perusteella. Heistä noin puolet oli hakeutunut lääketieteellisen avun piiriin. (Klemetti ym. 2010). Lapsettomana eläminen on tilastotietojen perusteella yleistynyt viime vuosina myös Suomessa, kuten monissa muissakin teollistuneissa yhteiskunnissa (Rotkirch ja Miettinen 2017). Lapsettomuustutkimuksiin hakeutuu eri syistä johtuen enenevässä määrin pareja. Syitä voivat olla mm. tietoisuuden lisääntyminen kehittyneistä hoitomahdollisuuksista ja raskauden yrittäminen korkeammalla iällä. (Balasch ja Gratacós 2012; Schmidt ym. 2012). Hedelmöityshoitoja aloitetaan Suomessa vuosittain noin 14000. Yhdellä naisella voi vuoden aikana olla useampi aloitettu hoito, jotka kaikki tilastoidaan omiksi hoidoikseen. Koeputkihedelmöityshoitojen lukumäärä on hieman noussut ja inseminatiohoitojen määrä hieman laskenut aiemmasta. (THL 2017). Tahattomasti lapsettomien suhteellinen määrä on pysynyt maailmanlaajuisesti jokseenkin samalla tasolla viimeisen 20 vuoden ajan, kun vertailtavana on ollut 277 eri demografista ja lisääntymisterveyteen liittyvää tutkimusta (Mascarenhas ym. 2012). Ei ole kovin yksiselitteistä määrittellä sitä, onko väestön hedelmällisyys muuttumassa vai ei. Se vaatisi huolellisesti suunniteltuja pitkittäistutkimuksia, joissa mitattaisiin samaa asiaa samalla tavalla eri aikoina.

Lapsettomuuskokemus merkitsee katkosta, muutosta tai käännekohtaa elämänkaareissa. Tahaton lapsettomuus muuttaa odotettua elämänkulkua, mikäli lasten hankkiminen on kuulunut suunnitelmiin (Jaffe 2017; Loftus ja Andriot 2012). Myös vanhemmuuteen lapsettomuusvaiheen jälkeen voi liittyä monenlaista painolastia. Täyttymättömiä tai särön saaneita odotuksia tahattomasti lapsettomilla naisilla ovat itsestään selvä biologinen äitiys, raskaaksi tulon helppous, raskausajan onnellisuus, rakkauten syttyminen lapseen heti synnytyksen jälkeen sekä hyvä tai täydellinen äitiys (Lehto 2017). Erilaiset epämiellyttävät tuntemukset ja ahdistavat ajatukset ovat

usein voimakkaasti esillä etenkin lapsettomuuskriisin alkuvaiheessa, mutta eivät rajoitu yksinomaan siihen vaan voivat olla pitkäkestoisia (Watkins ja Baldo 2004; Jaffe 2017). Joillekin kokemus on jopa traumaattinen ja voi aiheuttaa post-traumaattisen stressihäiriön. Siihen voi sisältyä mieleen tunkeutuvia ajatuksia, painajaisia, takauksia, ylivirittyneisyyttä ja univaikeuksia. Post-traumaattisen stressihäiriön vaikutuksia seksuaalisuuteen ei ole vielä laajalti dokumentoitu, mutta se vaikuttaa intiimeihin suhteisiin ja seksuaaliterveyteen. Vaikutuksia voivat olla mm. seksuaalisen halun väheneminen ja miehillä erektiohäiriöt. (Gabrielson, Liu ja Sikka 2018; Bradow 2011).

Lapsettomuuden hoitomuodot ovat kehittyneet merkittävästi, mutta ne ovat usein pitkään kestäviä ja sekä fyysisesti että psyykkisesti kuormittavia. Kuivasaari-Pirisen (2013) väitöstutkimuksen mukaan noin kolmasosa tutkimukseen osallistuneista naisista (n=987), jotka aloittivat hedelmöityshoidot, keskeytti ne psyykkisen kuormittavuuden vuoksi yhden tai kahden hoidon jälkeen. Gameiron, Boivin, Peronac ja Verhaak (2012) kokoaman katsaustiedon mukaan noin 9 % pareista keskeyttää hoidot parisuhdeongelmien vuoksi.

Tahattoman lapsettomuuden vaikutuksista seksuaalisuuteen on nykyisin löydettävissä tietoa. Olisi tärkeää, että tätä tietoa hyödynnettäisiin tuettaessa lapsettomuutta kokevia tyydyttävämpään seksielämään seksuaaliterapian keinoin. Katsauksen fokus on seksuaalisuusvaikutuksissa ja tavoitteena on tuoda esille, millaista tietoa tahattoman lapsettomuuden vaikutuksista seksuaalisuuteen on raportoitu. Olemassa olevan tiedon pohjalta hahmotellaan seksuaaliterapeuttisen työskentelyn teemoja ja tuodaan esille menetelmiä ja lähestymistapoja, joita voidaan seksuaaliterapeuttisessa työskentelyssä hyödyntää. Vapaamuotoisen tiedonhaun lisäksi tätä katsausta varten tehtiin hakuja useilla eri hakutermeillä suomen ja englannin kielellä (mm. infertility, sexuality, involuntary childlessness, psychosocial support, counselling, sex therapy, psychotherapy) seuraavista tietokannoista: PsycINFO, Medline ja Google Scholar. Tiedonhaussa huomioitiin vuoden 2000 jälkeen julkaistut lähteet.

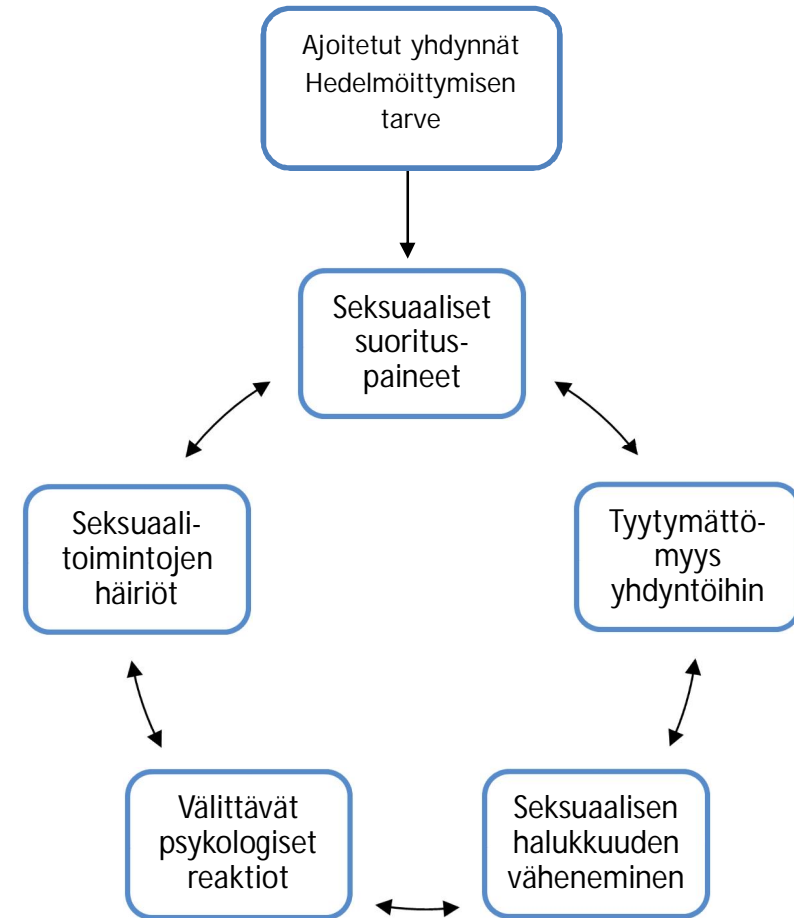
### Seksuaalisuus ja lapsettomuuskokemus

Seksuaalisuus on olennainen osa parisuhdetta ja se tuo jaettua mielihyvää. Se tarjoaa keinoja vahvistaa intiimiyttä ja toimii jännitysten ja stressin helpottajana. Seksuaalisuus energisoi parisuhdetta ja helpottaa suhteeseen liittyviä tuntemuksia, kuten stressiä ja väsymystä. Toisaalta suhteen elinvoima ja intiimiyks kärsivät, mikäli seksuaalisuudessa on häiriöitä tai parisuhteessa ei ole seksiä ollenkaan. (Kumpula 2007). Seksuaalisuus on ihmissuhteen intiimeintä aluetta. Seksuaalisessa suhteessa peilautuu syvä tunneyhteys ja kohtaaminen tai toisaalta niiden puuttuminen. Tyydyttävä seksuaalisuus ankkuroituu tunnesuhteeseen. (Tuhkasaari 2007). Tahattoman lapsettomuuden vaikutukset seksuaalisuuteen ovat moninaisia. Seksuaalisuus usein kapeutuu lisääntymisyriyksi, jolloin seksuaalielämään kuuluvat seikat, kuten läheisyys, läsnäolo, halu, nautinto ja hekuma laimentuvat tai pahimmillaan häviävät. Seksuaaliset tuntemukset, seksuaalinen virittyneisyys, hellyys ja intohimo jäävät vähemmälle ja seksin tavoitteeksi tulee raskauden aikaansaaminen. (Wischmann 2010; Lara 2017; Nelson ym. 2008; Toivanen, Viiska ja Tulppala 2004). Lapsettomuuskokemuksen seksuaalivaikutukset liittyvät usein seksuaaliseen minäkuvaan ja käsitykseen omasta pystyvyydestä. Kokemukset seksuaalisesta epäonnistumisesta voivat johtaa seksuaalisuuden mitätöintiin. (Nelson ym. 2008; Tao ym. 2011; Monga ym. 2004; Tulppala 2012). Seksi voi toimia muistutuksena omasta koetusta kyvyttömyydestä.

Lapsettomuushoitojen pitkittyminen alentaa parin molempien osapuolten seksuaalista tyytyväisyyttä. Epäonnistuneet hoidot voivat aiheuttaa vihaa, paniikkia ja epätoivoa, ja näillä tekijöillä on vaikutusta seksuaaliseen aktiivisuuteen. Negatiiviset vaikutukset voivat Danilukin (2001) tahattomasti lapsettomia pareja (n=37) koskevan laadullisen seurantatutkimuksen mukaan olla osalla pareista pitkäkestoisia, mutta osa sopeutuu tilanteeseen ajan mittaan. (Shoji ym. 2014) raportoivat satunnaisesti valittujen lapsettomien parien (n=170) tutkimuksen perusteella, että parien aistillisuuden ja kommunikaation väheneminen vaikutti seksuaaliseen halukkuuteen ja seksuaaliseen toimintakykyyn. Parit olivat hakeutuneet lapsettomuuslinikalle hoitoon ja heitä verrattiin lapsen saaneisiin pareihin. Hoitojen aloittaminen näkyi tutkimuksessa siten, että tyytyväisyys seksuaalielämään heikentyi. Ero vertailuryhmään oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Winkelmannin, Katzin, Smithin ja Rowenin

(2016) tutkimusaineistossa (n=382) ne naiset, joiden lapsettomuuden syy oli heissä oleva tekijä, kokivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän seksuaalivaikutuksia kuin ne, joiden lapsettomuus johtui miehestä. Lisäksi seksuaalivaikutuksia oli enemmän naisilla, jotka kokivat primaaria lapsettomuutta eikä sekundaaria lapsettomuutta. Alle 40-vuotiailla naisilla oli seksuaalivaikutuksia tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin yli 40-vuotiailla. Czyżkowskan, Awrukkin ja Janowskin (2016) tutkimuksessa lapsettomuutta kokevia ja hoitoa saavia naisia (n=50) verrattiin samansuuruisen lapsen saaneiden naisten ryhmään. Tulosten mukaan jopa 90 % lapsettomuushoitoa saavista naisista ja 26 % vertailuryhmästä raportoi seksuaalisen reaktiivisuuden häiriöitä. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Samaten seksuaalisuuden fyysinen ja emotionaalinen tyydyttävyyden sekä tyytyväisyys koettuun seksuaaliseen hallintaan olivat lapsettomuutta kokevilla tilastollisesti erittäin merkitsevästi alhaisempia kuin muilla naisilla.

Lapsettomuuskokemus ja lapsettomuuden hoidot aiheuttavat paineita seksiin molemmille osapuolille (Watkins ja Baldo 2004; Ansamaa 2006). Ajoitetut yhdynnät johtavat suorituskeskeisyyteen. Seksuaalisuuden merkitys alkaa valitettavalla tavalla muuttua, koska seksistä häviää mielihyvän tavoittelu. Seksuaalinen halu haihtuu ja tilalle astuu pakkoseksi. Petersonin ja Budayn (2018) tutkimukseen osallistui 105 lapsettomuutta kokevaa paria ja tulosten mukaan 36 % miehistä ja 12 % naisista oli kokenut verbaalista painostusta seksiin kumppanin taholta. Tulos voi heijastella sitä, että naiset ottavat enemmän vastuuta ajoitettujen yhdyntöjen toteutumisesta. Kuvioon 1 on laadittu kehämalli siitä, miten ajoitetut yhdynnät ja hedelmöitymisen tarve johtavat seksuaalisiin suorituspaineesiin, vähentyneeseen yhdyntätyytyväisyyteen ja vähentyneeseen seksuaaliseen haluun. Tämä heijastuu psykologisiin tekijöihin, kuten seksuaaliseen minäkuvaan ja itsetuntoon ja johtaa erilaisiin seksuaalitoimintojen häiriöihin. Nämä puolestaan lisäävät seksiin liittyviä paineita entisestään ja syventävät ongelmia.



Kuvio 1. Kehämalli seksuaalisten suorituspaineeiden vaikutuksista.

Seksuaalitoimintojen häiriöt lapsettomuuskokemuksen yhteydessä voivat koskea mitä tahansa seksuaalisen syklin vaihetta. Seksuaalinen toimintahäiriö on harvoin vain yhden syytekijän aiheuttama ja useimmiten siihen sekoittuu psykologisia tekijöitä tavalla tai toisella (Reddy ym. 2017). Näiden tekijöiden arviointi on tärkeää. Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat joko tilapäisiä tai pidempiaikaisia. Lapsettomuuskriisin pitkittyessä ne voivat tulla pysyvämmiksiin. Joillakin on ollut seksuaalisia toimintahäiriöitä jo ennen lapsettomuuden ilmenemistä, mutta toisille ne ja seksuaalielämän ongelmat ylipäättään ovat uusi ilmiö. (Ferraresi ym. 2013; Tulppala 2012; Darwish 2002) Yeohin ja muiden (2014) tutkimuksessa, johon osallistui 150 lapsettomuutta kokevaa naista ja 119 miestä, todettiin että naisten matala seksuaalinen kiihottuneisuus ja matala seksuaalittyytyväisyys korreloivat miesten matalaan yhdyntätyytyväisyyteen.

Marcin ja muiden (2012) tutkimukseen osallistui 60 tahattomasti lapsetonta paria ja 52 lapsen saanutta paria. Osa lapsettomista pareista oli hiljattain diagnosoituja ja osa oli edennyt lapsettomuushoitoihin. Lapsettomuutta kokevilla naisilla oli tulosten mukaan enemmän kostumisen ongelmia, alhaisempi seksuaalinen tyytyväisyys, enemmän kiihottumisen ongelmia ja vähemmän orgasmeja kuin lapsen saaneilla naisilla. Ero kostumisessa ja tyytyväisyydessä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ja kiihottumisessa ja orgasmeissa tilastollisesti merkitsevä. Tuloksissa ei ollut eroja sen suhteen olivatko hoidot alkaneet vai eivät. Lapsettomuutta kokevilla miehillä negatiiviset seksuaalivaikutukset ilmentyivät erektion saamisessa, orgasmin saamisessa, seksuaalisessa halukkuudessa ja seksuaalisessa tyytyväisyydessä, jos lapsettomuus oli hiljattain diagnosoitu eikä hoitoja ollut aloitettu. Ero erektioissa ja seksuaalisessa halukkuudessa oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ja orgasmeissa ja seksuaalisessa tyytyväisyydessä tilastollisesti merkitsevä verrattuna lapsen saaneisiin miehiin. Hoitojen alettua oli tilastollisesti merkitsevä ero seksuaalisen halukkuuden ja seksuaalisen tyytyväisyyden osalta.

Davari Tanha, Mohseni ja Ghajarzadeh (2014) tutkivat primaaria tai sekundaaria lapsettomuutta kokevien naisten seksuaalitoimintoja Female Sexual Function Index (FSFI) –kyselyllä. Primaaria lapsettomuutta (n=191) ja sekundaaria lapsettomuutta (n=129) kokevia verrattiin keskenään sekä vertailuryhmään (n=87). Tulosten mukaan seksuaalitoimintojen vaikeuksia esiintyi molemmissa lapsettomissa ryhmissä tilastollisesti erittäin merkittävästi enemmän kuin vertailuryhmässä. Kyselyn kysymykset

jakaantuvat kuuteen eri osioon, jotka ovat halukkuus, kiihottuminen, kostuminen, orgasmi, tyytyväisyys ja kivun kokeminen. Lapsettomat naiset raportoivat kaikilta osin enemmän seksuaaliongelmia. Sekundaaria lapsettomuutta kokevilla halukkuus oli tilastollisesti merkitsevästi alhaisempaa kuin primaaria lapsettomuutta kokevilla. Muita eroja seksuaalitoiminnoissa ei lapsettomien ryhmien välillä tässä tutkimuksessa todettu. Keskin ja muut (2011) totesivat myös samanlaisen tilastollisesti merkitsevän eron primaaria ja sekundaaria lapsettomuutta kokevien naisten seksuaalisessa halukkuudessa. Tämän lisäksi tilastollisesti merkitsevä ero oli siinä, että sekundaaristi lapsettomilla oli enemmän orgasmivaikeuksia. Tähän tutkimukseen osallistui 122 primaaristi lapsetonta ja 51 sekundaaristi lapsetonta naista ja tutkimusväline oli sama FSFI-kysely. Gabrin ym. (2017) tutkimuksessa, johon osallistui 200 lapsettomuutta kokevaa naista kumppaneineen sekä 200 vertailuryhmän naista, tahattomasti lapsettomat naiset raportoivat FSFI-kyselyllä tilastollisesti merkitsevästi enemmän seksuaalivaikeuksia orgasmin, tyytyväisyyden ja kivun kokemisen osalta.

Toive raskauden alkamisesta voi johtaa roolien yksipuolistumiseen tai suoranaiseen vaihtumiseen aiemmasta ajatellen aloitteentekoa yhdyntöihin. Seksuaalisen halun väheneminen on Laran (2017) kokoaman katsauksen mukaan tyypillinen ongelma naisilla lapsettomuuden aikana. Seksiin liittyvä tarkka aikataulutus ja siihen liittyvä seuraaminen lisäävät naisen stressiä ja vähentävät seksuaalista halukkuutta. Lapsettomuushoidoissa käytettävät hormonihoidot vaikuttavat myös potentiaalisesti naisen mielialaan ja voivat näin välillisesti heikentää seksuaalista halukkuutta. Seksuaalisen halun vähenemisen myötä naisilla voi esiintyä kiihottumisen ja kostumisen ongelmien sekä orgasmin saannin vaikeuksien lisäksi dyspareuniaa ja vaginismia (Tayebi ja Ardakani 2009). Tulos perustuu lapsettomuushoitoon hakeutuvien naisten (n=300) kyselytutkimukseen. Tutkimuksessa ei raportoitu endometriosisin yleisyyttä otoksessa. Toisinaan seksuaalista halukkuutta yritetään säästellä ovulaatioaikaan pidättäytymällä seksistä muulloin. (Ferraresi ym. 2013). Tämäkin tuo seksiin ulkoapäin tulevaa säätelyä ja pakon tunnetta. Seksi ja koko seksuaalisuuden alue voivat monin tavoin yksipuolistua ja kapeutua lapsettomuuden kokemuksen paineissa. Seksuaalisuuteen liittyvät ilo ja aistillisuus häviävät. Taulukkoon 1 on koottu lapsettomuutta kokevilla naisilla esiintyviä seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.

Seksuaalihäiriö	Lähde
Matala seksuaalinen halukkuus	Davari Tanha ym. 2014; Piva ym. 2014; Suna ym. 2016
Kiihottumisen ongelmat	Davari Tanha ym. 2014; Wischmann 2010
Kostumisen ongelmat	de Mendonça ym. 2017
Orgasmivaikeudet	de Mendonça ym. 2017; Suna ym. 2016; Gabr ym. 2017
Kivut, dyspareunia	Tayebi ja Ardakani 2009; Gabr ym. 2017; Davari Tanha ym. 2014
Vaginismi	Tayebi ja Ardakani 2009
Yhdyntäkeskeisyys, yhdyntästressi	Peterson ym. 2007; Quattrini ym. 2010
Vähentynyt tyytyväisyys	Razali ym. 2014; Gremigni ym. 2018; de Mendonça ym. 2017; Wirtberg ym. 2007; Suna ym. 2016; Winkelman ym. 2016

*Taulukko 1. Lapsettomuutta kokevien naisten seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.*

Lapsettomuutta kokevat miehet saattavat herkästi kokea olevansa miehinä vähempiarvoisia, koska he ajattelevat lisääntymisfunktion olevan osa maskuliinisuutta (Bechoua, Hamamah ja Scalici 2016). Kokemus vähemmästä miehisyydestä voi liittyä lisääntymisvaikeuteen sinänsä, mutta myös tästä seuraavaan kyvyttömyyteen täyttää sosiaaliset odotukset (Dolan ym. 2017). Seksuaalielämän yleisimpiä ongelmia lapsettomuutta kokevilla miehillä ovat halukkuuden väheneminen, erektiovaikeudet ja ejakulaation häiriöt. Ajoitetut yhdyntät ja koetut suorituspainet voivat heikentää halukkuutta yhdyntään ja saada miehen tietoisesti tai tiedostamattaan välttelemään yhdyntöjä. Mies voi myös pyrkiä säästelemään seksiä, koska siittiöitä ei ns. haluta tuhjata. (Davari Tanha ym. 2014). Riittävän kovan erektion saamisessa tai ylläpidossa voi ilmetä ongelmia. Ejakulaatio saattaa olla varhainen, viivästynyt tai kokonaan estynyt. Lapsettomuutta kokevat miehet arvioivat ejakulaatio-ongelmat

vaikeammiksi kuin heidän kumppaninsa. Miehet myös yliarvioivat ejakulaatio-ongelmien negatiivista vaikutusta kumppaninsa seksityytyväisyyteen. (Gabr ym. 2017; Shindel ym. 2008). Erityisen kuormittava tilanne miehille on lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin liittyvä spermanluovutus. (Ansamaa 2006; Shindel ym. 2008). Erektiohäiriön ja masennuksen samanaikainen esiintyminen on erityisen haitallista lapsettomuutta kokevan miehen seksuaalielämälle (Ferraresi ym. 2013). Parin keskinäiset erimielisyydet, jotka liittyvät hoitoihin tai itse parisuhteen dynamiikkaan, voivat pahentaa erektiohäiriötä. Kumppanin suhtautuminen ja reaktiot vaikuttavat myös kyseiseen häiriöön. (Perelman ja Grill 2013).

Lapsettomuushoitojen kesto lisää miesten seksuaalihäiriöitä. Bayarin ja muiden (2014) tutkimukseen osallistui 50 lapsettomuutta kokevaa miestä ja tulosten mukaan lapsettomuushoitojen alkaessa havaittiin kolmanneksella miehistä seksuaalinen toimintahäiriö ja lapsettomuushoitojen kestänyt kolme kuukautta oli jo lähes puolella jokin seksuaalinen toimintahäiriö. Tiedetään, että lapsettomuuden hoitoihin liittyvät tutkimukset, kokemukset itsensä alttiiksi laittamisesta, jatkuvat hoidot ja jo pelkkä kokemus avun pyytämisestä näin intiimissä asiassa aiheuttavat osalle miehistä psyykkisiä paineita (Süli ym. 2017). Sahinin Urkmezin Veritin Yukselin ja Veritin (2017) tutkimukseen osallistui 39 primaaria ja 31 sekundaaria lapsettomuutta kokevaa miestä. Tulosten mukaan erektiohäiriöt ja seksuaalitoimintojen ongelmat ovat tavanomaista yleisempiä sekä primaaria että sekundaaria lapsettomuutta kokevilla miehillä International Index of Erectile Function –kyselyllä (IIEF) mitattuna. Lisäksi todettiin, että sekundaaria lapsettomuutta kokevilla oli erektiohäiriöitä tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin primaaristi lapsettomilla. Myös IIEF:n lyhennysversiolla mitattuna on raportoitu samansuuntaisia tuloksia. Gabrin ja muiden (2017) tutkimuksessa lyhennysversiolla tarkasteltuna määriteltiin 52 %:lla lapsettomista miehistä (n=200) erektiohäiriö ja vertailuryhmän miehistä (n=200) 19 %:lla. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Taulukkoon 2 on koottu lapsettomuutta kokevilla miehillä esiintyviä seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.

Seksuaalihäiriö	Lähde
Matala seksuaalinen halukkuus Kiihottumisen ongelmat	Ramezanzadeh ym. 2006 Bayar ym. 2014; Wischmann 2010
Erektiohäiriö	Sahin ym. 2017; Ferraresi ym. 2013; Wincze 2015; Gabr ym. 2017; Soni ym. 2017
Orgasmivaikeudet	Bayar ym. 2014; Zare ym. 2017
Ejakulaation ongelmat	Bayar ym. 2014; Shindel ym. 2008; Wischmann 2010; Wincze 2015; Zare ym. 2017; Soni ym. 2017
Yhdyntäkeskeisyys, yhdyntästressi Vähentynyt tyytyväisyys	Peterson ym. 2007; Quattrini 2010; Song ym. 2015 Yeoh ym. 2014; Ramezanzadeh ym. 2006; Wincze 2015; Song ym. 2015; Zare ym. 2017

*Taulukko 2. Lapsettomuutta kokevien miesten seksuaalitoimintojen ja seksuaalielämän ongelmia.*

Lapsettomuutta kokevan parin seksuaalisuudet kietoutuvat toisiinsa ja kommunikoivat keskenään vastavuoroisessa prosessissa. Naisen seksuaalinen halu ja tyytyväisyys vaikuttavat miehen hyvään seksuaaliseen toimintakykyyn (Yeoh ym. 2014). Vastavuoroisesti miehen erektiokyky on vahvasti yhteydessä naisen seksuaaliseen toimintakykyyn. Naisen seksuaalisuuteen vaikuttavat huomattavasti myös miehen tyytyväisyys ja sen myötä emotionaalinen läheisyys. (Nelson ym. 2008). Seksuaalinen suhde on monisyinen vuorovaikutteinen prosessi, jossa parisuhteen toisen osapuolen positiiviset ja negatiiviset kokemukset heijastuvat toiseen. Voidaan ajatella, että jos toisella osapuolella todetaan seksuaalisen toimintakyvyn ongelmia, on myös kumppani ilman muuta syytä ottaa mukaan ongelman selvittelyyn ja hoitoon. Seksuaalinen toimintakyky voidaan ajatella peilinä, jolla toinen osapuoli heijastelee kokemusta omasta seksuaalisesta toimintakyvystään.

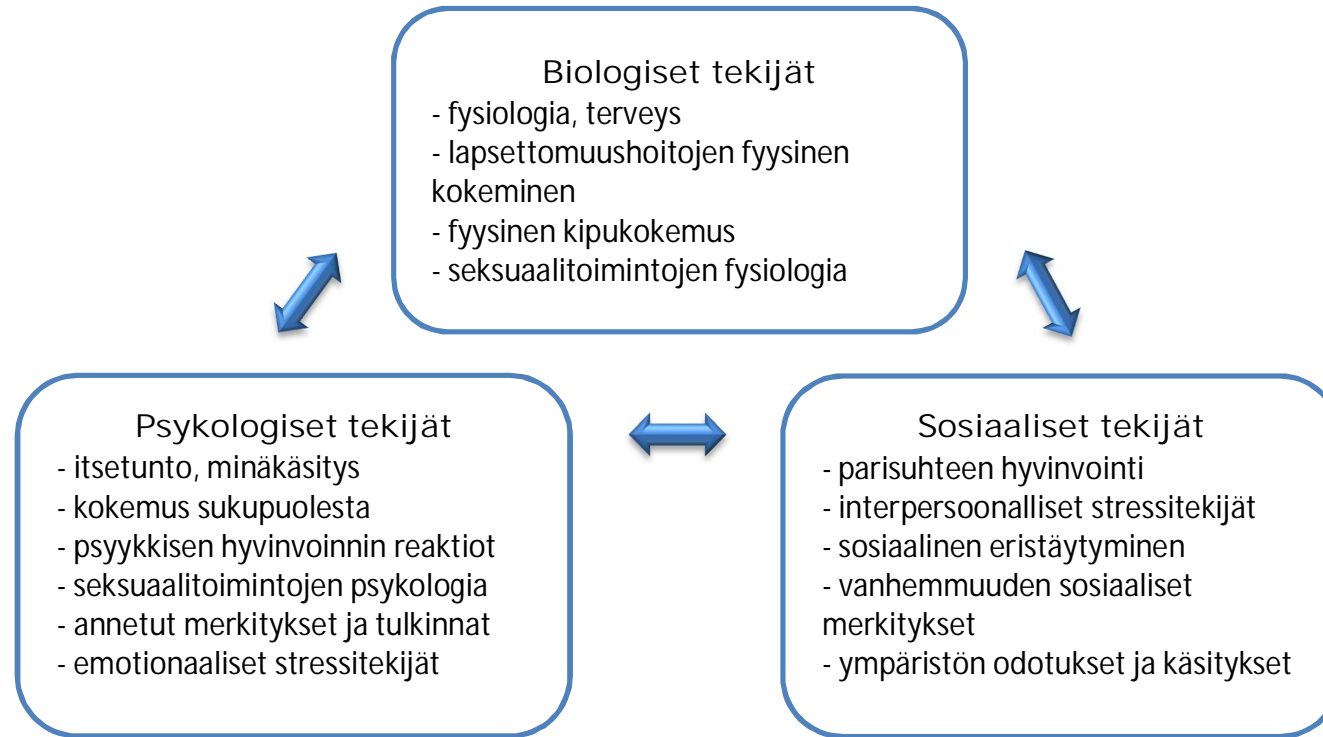
Sekselämän toimimattomuus vaikuttaa ajatteluun tehden siitä negatiivista ja pessimismin sävyttämää. Tällainen ajattelu altistaa masentumiselle tai voi olla jo merkki siitä. (Lara 2017). Seksuaalielämän ongelmiin liittyy usein hämmennyksen ja häpeän tunteita. Tahattomasti lapsettomista nämä uudet ongelmat voivat tuntua erityisen häpeällisiltä, koska tilanne on jo muutoinkin vaikeita tunteita herättävä (Tulppala 2012). Heidän seksuaalisuuttaan voivat varjostaa myös tunteet syyllisyydestä ja tulkinnat rankaisusta liittyen aiempiin seksikokemuksiin, masturbointiin, seksuaalisiin fantasioihin, esiaviollisen seksiin, seksitauteihin, ehkäisyn käyttöön tai abortteihin. Myös aiemmat seksuaaliset traumat, esimerkiksi hyväksikäytön kokemukset voivat voimistaa itsesyytöksiä. (Piva ym. 2014; Jaffe 2017; Ansamaa 2006).

Toisaalta on hyvä tiedostaa, että monet lapsettomuutta kokevat voivat kuitenkin käsitellä onnistuneesti seksuaalisuuteen liittyviä muutoksia lapsettomuuden aikana ja tilanne voi normalistua. Osassa tutkimuksissa ei ole todettu tilastollisesti merkitsevää eroa lapsettomuutta kokevien seksityytyväisyydessä muihin verrattuna (Emec, Apay ja Ozorhan 2017; Galhardo, Cunha ja Pinto-Gouveia 2011; Amiri ym. 2016). Emecin ja muiden (2017) tutkimukseen osallistui 137 lapsettomuutta kokevaa ja 142 muuta naista. Aineiston pohjalta todettiin, että jostain syystä molemmissa ryhmissä esiintyi seksuaalitoimintojen häiriöitä, eikä tilastollisesti merkitsevää eroa siis ollut. Galhardon ja muiden (2011) tutkimuksessa todettiin hoitoja läpikäyvillä lapsettomilla pareilla (n=80) tiivis keskinäinen intiimiyys eikä seksuaalivaikutuksia tullut ilmi. Amirin ja muiden (2016) tutkimukseen osallistui 511 lapsettomuutta kokevaa ja 1071 muuta naista. Eroja seksuaalityytyväisyydessä ei havaittu ja se oli jokseenkin keskimääräistä molemmissa ryhmissä. Tässä tutkimuksessa ei myöskään todettu eroja primaaristi tai sekundaaristi lapsettomien kesken. Tutkimustieto on siis osin ristiriitaista ja tarvitaan tarkentavaa tutkimusta aihepiiristä.

Myös metodologian kehitys olisi tärkeää. On tärkeää, miten sekä lapsettomuutta kokevien ryhmä että myös vertailuryhmä kerätään. Tutkimusaineistojen ja -menetelmien heterogeenisuus vaikeuttaa osaltaan kokoavien johtopäätösten tekoa. Voidaan spekuloida sillä, että koska lapsettomuus voi myös lähentää pariskuntaa toisiinsa, tämä voi joidenkin parien kohdalla minimoida haitallisia seksuaalivaikutuksia. On kuitenkin tärkeää tiedostaa, että osa pareista tarvitsee apua seksuaaliongelmia.

Erilaisissa muutosvaiheissa energia ja huomio menevät muihin asioihin, jolloin seksuaalisuus jää taka-alalle. Seksuaalisuus voi olla parisuhteessa voimavara, joka ylläpitää ja lujittaa suhdetta tai se voi olla suhdetta kuormittava ja ongelmia aiheuttava (Kumpula 2007).

Lapsettomuuskokemuksen seksuaalisuusvaikutusten taustatekijöitä voidaan sijoittaa biopsykososiaaliseen malliin. Biopsykososiaalinen malli toimii usein hyvin seksuaaliterapian orientoivana teoreettisena jäsennyksenä. Kuviossa 2 esitetään lapsettomuuskokemuksen rakentumisen biopsykososiaalinen malli.



Kuvio 2. Lapsettomuuskokemuksen rakentumisen biopsykososiaalinen malli.

### Lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttinen hoito

Seksuaaliterapeuttisessa hoidossa voidaan hyvin yhdistää menetelmiä psykososiaalisesta ohjauksesta, seksuaalineuvonnasta, psykoedukaatiosta eri tasoilla, seksologisesta intensiivisestä terapiasta ja

psykoterapiasta. Tästä syystä tässä tuodaan lapsettomuuskokemuksen hoidon näkökohtia esille laajalti ja kokoavana käsitteenä toimii seksuaaliterapia. Tukea tarvitaan myös raskauden alkaessa lapsettomuuden hoitojen jälkeen, sillä raskauteen liittyvät menettämisen pelot ja vanhemmuuteen liittyvät paineet voivat olla erityisen suuret, jos raskautta on toivottu jo vuosia. (Moura-Ramos ym. 2016). Lapsettomuuden hoitotiimeihin suositellaan psykoterapeutteja tai seksuaaliterapeutteja



psykoseksuaalisten kuormittuneisuusilmiöiden vuoksi (mm. Ghavi ym. 2016; Lara 2017). Terapeutin on tärkeää validoida hoitojen seksuaalielämää kuormittavat kokemukset (Gerrity 2001).

Seksuaaliterapia on luonteeltaan integratiivista, joten monia eri terapeutisia viitekehyksiä voidaan hyödyntää myös tahattomasti lapsettomien psykososiaalisessa tuessa. Näitä ovat esimerkiksi kognitiivinen, psykodynaaminen ja ratkaisukeskeinen psykoterapia, hyväksymis- ja omistautumisterapia, myötätuntokeskeinen terapia sekä kriisi-interventiot ja traumaterapia (Applegarth 2006; Luk ja Loke 2016; Raque-Bogdan ja Hoffman 2015). Kognitiivinen terapia lapsettomuutta kokeville sisältää usein ajatusten kanssa työskentelyä, erilaista mielikuvatyöskentelyä, rentoutumisen ohjaamista ja kosketusharjoituksia kotitehtävinä (Hammer Burns 2006; Esseltsrom 2014). Voidaan ajatella, että kognitiivisessa seksuaaliterapiassa pyritään tunnistamaan ja tarkastelemaan omaa ajattelua erityisesti seksuaalisuuden alueen osalta. Näin pyritään kumoamaan vääristyneitä uskomuksia ja tulkintoja sekä löytämään toimivia tapoja nauttia seksuaalisuudesta.

Seksuaaliterapiassa on tärkeää kartoittaa lapsettomuutta kokevien hyvinvointia, parisuhdetta, seksuaalielämää ja sen laatua (Peterson ym. 2012; Daniluk, Koert ja Breckon 2014). Tähän voidaan käyttää joitakin kyselylomakemuotoisia mittareita, vaikkakin niitä olisi tarpeen kehittää lisää tähän nimenomaiseen käyttöön (Shoji ym. 2014; Ferraresi ym. 2013). European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) sekä American Society of Reproductive Medicine (ASRM) ovat kehittäneet lapsettomuutta kokeville suunnatun elämänlaatukyselyn nimeltään FertiQoL. Se antaa tietoa elämänlaadusta neljältä osa-alueelta, jotka ovat tunteet, mieli ja keho, parisuhde sekä sosiaalinen tilanne. Kyseinen kysely on todettu validiksi menetelmäksi, jonka reliabiliteetti on hyvä (Boivin, Takefman ja Braverman 2011; Kitchen ym. 2017). Menetelmä on käännetty useille kielille, myös suomeksi ja on saatavissa ilmaiseksi osoitteesta <http://sites.cardiff.ac.uk/fertiqol/download/>. Sen tai jonkin muun kartoittavan menetelmän käyttö voi olla hyödyksi terapian suunnittelussa ja toteutuksessa mm. tuomalla ilmi teemoja, joihin voidaan keskittyä (Mousavi ym. 2013). Lapsettomuuskokemuksen aiheuttamaa stressiä voidaan tarkastella Fertility Problem Inventory -kyselyllä tai Infertility-Related Stress Scale -kyselyllä (Gourounti, Anagnostopoulos ja Vaslamatzis 2011; Casu ja Gremigni 2016). Koska

lapsettomuuskokemukseen liittyvä stressi on laaja-alainen ja kirjallisuudessa vielä puutteellisesti määritelty käsite, kyselyjä tulee käyttää orientoivina menetelminä (Born ja Preston 2016).

Seksuaalielämää voidaan spesifimmin kartoittaa GRISS-, SSS-, ISS-, IIEF-, MSHQ-, PEP- ja FSFI- kyselyjen avulla (Shoji ym. 2014; Czyżkowska ym. 2016; Gremigni ym. 2018; Giuliano 2013). Näitä ei ole yleisesti saatavilla suomenkielisinä valideina laitoksina, mutta niitä lienee jossain määrin paikallisesti käännetty klinisen toiminnan apuvälineiksi. VAS-jana on nopea ja yksinkertainen mittari erilaisten subjektiivisten kokemusten voimakkuuden arviointiin (Song ym. 2015). Kyselymenetelmien käyttö ei toki aina ole välttämätöntä tilanteen kartoittamiseksi ja eri terapeutit työskentelevät eri tavoin. Terapeutti voi myös puolistrukturoidun haastattelun tavoin käydä kyselyn kohtia läpi. Tulee myös arvioida, missä vaiheessa kyselyjä käytetään. Keskustellen voidaan myös asioita selvittää ja terapeutti voi kysymyksiin ohjata yhteistä työskentelyä. Haastattelu ja anamneesin ottaminen toimivat perustavana tiedonlähteenä. Tärkeää on kartoittaa myös yksilön ja parin voimavarat (Santalampi ja Lehtonen 2016). Taulukkoon 3 on koottu arviointimenetelmiä, joita voidaan hyödyntää lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttisessa hoidossa.

Lyhenne	Menetelmän nimi	Arvioinnin kohde
SSS	Sexual Satisfaction Scale	Tyytyväisyys seksuaalielämään
GRISS	Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction	Tyytyväisyys seksuaalielämään
ISS	Index of Sexual Satisfaction	Tyytyväisyys seksuaalielämään
FSFI	Female Sexual Function Index	Naisen seksuaalitoiminnot
MHSQ	Male Health Sexual Questionnaire	Miehen seksuaalitoiminnot
IIEF	International Index of Erectile Function	Erektion ominaisuudet
PEP	Premature Ejaculation Profile	Ejakulaation ominaisuudet
FertiQoL	Fertility Quality of Life	Elämänlaatu
FPI	Fertility Problem Inventory	Lapsettomuusstressi

IRSS	Infertility-Related Stress Scale	Lapsettomuus-stressi
VAS	Visual Analogue Scale	Erilaiset subjektiiviset arviot

*Taulukko 3. Lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttisessa hoidossa käytettäviä arviointimenetelmiä.*

Lapsettomien terapioiden syytä välttää liikaa yleistämistä tieteellisen tutkimustiedon pohjalta, koska tutkimuksiin on yleensä valikoitu hyvin tarkkaan tietynlainen otos (Gerrit 2001). Tästä syystä on tärkeää kartoittaa parin tilannetta riittävästi ja tutustua siihen monista näkökulmista ilman ennako-oletuksia. Mikäli parin jommallakummalla osapuolella ilmenee vaikeaa henkilökohtaista psykopatologiaa, on syytä harkita ohjaamista omaan psyykkiseen hoitoon (Klock 2006).

Seksuaaliterapeuttisessa lapsettomien parien hoidossa on etenkin alkuvaiheessa tärkeää keskustelu seksuaalielämästä ja terapeutin antama edukaatio (Daniluk, Koert ja Breckon 2014). Vääriä käsityksiä tai suoranaista tietämättömyyttä seksuaalielämän alueesta voidaan tarvittaessa oikaista ja antaa kohdennettua tietoa. Seksuaalielämän häiriötiloja voidaan ennaltaehkäistä ja psyykkistä paineisuutta lievittää jo sillä, että annetaan tietoa lapsettomuuden yleisistä vaikutuksista seksuaalisuuteen. Keskeistä on normalisoida tunteita, ajatuksia ja kokemuksia liittämällä ne ymmärrettäväksi osaksi lapsettomuusprosessia eli joksikin sellaiseksi, jota muutkin ovat kokeneet. Kannattaa tuoda esille, että lapsettomuus kriisin aiheuttamat seksielämän ongelmat voivat myöhemmin väistyä. (Darwish 2002; Applegarth 2006; Santalahti ja Lehtonen 2016). Seksuaalisten yllykkeiden väheneminen voidaan normalisoida kertomalla, että se on tyypillistä lapsettomuuskokemuksessa. Samoin spontaanisuuden ja intohimon hälveneminen voidaan normalisoida. Seksuaaliterapiassa normalisointi ylipäättään on tärkeää. (Santalahti ja Lehtonen 2016). Toivon ja muutoksen mahdollisuuden tarjoamiselle on tahattomasti lapsettomien terapiassa sijansa. Tämä muutosmahdollisuus koskee etenkin psyykkistä hyvinvointia, parisuhteen tilaa ja seksuaalielämän ongelmia.

Akuutti kriisi ja lapsettomuuden hoidot vaativat paljon psyykkisiä voimavaroja. Intensiivinen seksuaaliterapiaprosessi vaatii osallistujien

sitoutumista ja halua tehdä seksuaaliongelmille jotain. Tämän vuoksi tulee pohtia, missä määrin intensiivinen terapia on kulloisessakin vaiheessa ja olosuhteissa mahdollista, jotta työskentely olisi tuloksellista. Ammatillaisen ohjaamaa keskustelua suositellaan joka tapauksessa kaikille pareille jo mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, koska sillä on tärkeä ongelmia tai niiden vaikeutumista ehkäisevä vaikutus. (Ansamaa, 2006; Newton, 2006). Voidaan ajatella, että seksuaaliterapeuttinen tuki voidaan aloittaa nimenomaan kriisin tarkasteluna. Samalla hyväksytään se, että on paljon hämmentäviä ja keskeneräisiä asioita, joiden lopputulema ei ole vielä tiedossa. Tätä voidaan kuvata kannatteluna, joka voi olla yksi terapian funktio.

Seksuaaliterapia on tavoitteellista toimintaa ja terapian tavoitteet pitkälti myös määrittävät, missä vaiheessa ja millainen työskentely on mahdollista. Kriisi-interventio lapsettomuuskokemuksen hoidossa voi olla lyhytterapeuttinen, mutta usein pidempikestoisen terapian tarpeen (Peterson ym. 2012; Esselstrom 2014). Terapeutti voi täsmentää, että on annettava riittävästi aikaa käsitellä lapsettomuuden kokemusta. Terapeutin on hyvä tutustua osapuolten yksin ja yhdessä käyttämiin selviytymiskeinoihin (Gerrity 2001). Jokaisella parilla on yksilölliset selviytymisen strategiansa, joiden tunnistamisessa terapeutti voi auttaa. On hyvä virittää keskustelua tarpeista ja odotuksista. Terapiassa tuetaan hallinnan kokemusta siltä osin kuin se on mahdollista eli niissä kysymyksissä, joihin osapuolet voivat itse vaikuttaa. Toisaalta tuetaan otteen hellittämistä ja uuden näkökulman syntymistä niissä kysymyksissä, joihin osapuolilla ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa.

Koska suru on olennainen seikka lapsettomuutta kokevien elämässä, terapiassa tarvitaan surun kanssa työskentelyä (Jaffe 2017; Jacobs ja O'Donohue 2007). Tässä voidaan erilaista tunnetyöskentelyä hyödyntää terapeutin orientaation mukaisesti. Aikuisuuteen kuuluu kyky luopua ja surra menetettyä. Lapsettomuuden aiheuttama kriisi aiheuttaa kuitenkin haasteita sopeutumiselle. Seksuaaliterapiassa oleva lapsettomuutta kokeva asiakas saattaa käsitellä tilannetta pakonomaisella suorittamisella tai tukeutua pinnalliseen ja nopeaan tarpeiden tyydytykseen, jotta sietäisi vaikean tilanteen herättämää surua ja muita vaikeita tunteita (Santalahti ja Lehtonen 2016). Suorittaminen voi olla keino ahdistuksen säätelyyn ja joskus suorittamisella voi olla myös se merkitys, että lapseton asiakas haluaa pönkittää käsitystä itsestään uuden luomiseen kykeneväisenä

ihmisenä (Jaffe 2017). Surun läpikäynti voi lapsettomille olla vaikeaa, koska mitään konkreettista ei menetetä. Kuitenkin vain suremalla voidaan jäähyväiset jättää ja siihen on monia tapoja, joita voidaan esimerkinomaisesti tarjota. Osa jättää syntymättömälle lapselle hyvästit kuvan tai tekstin muodossa. Joitakin voi lohduttaa muistokynttilän sytyttäminen tai syntymättömien lasten hautamuistomerkillä käyminen (Tulppala 2002). Surun ilmaisuun tarjoaa mahdollisuuden myös äitiensä edeltävä lapsettomiensa lauantai. Toisille tyhjän sylin messut tarjoavat helpotusta. Ihmiset voivat yksilöllisesti valita itselleen sopivan tavan.

Surun lisäksi myös muille tunteille, kuten vihalle on seksuaaliterapiassa kohdistettava huomiota. Vihan tunteet ja epäoikeudenmukaisuuden kokemukset ovat tavallisia lapsettomuutta kokevilla (Jacobs ja O'Donohue 2007). Vihaa voidaan vaihtelevasti tuntea itseä, kumppania, syntymätöntä lasta, hoitavia tahoja tai yleisesti elämää kohtaan (Jaffe 2017). Näiden ajatusten ja tunteiden tunnistaminen ja validointi ovat terapeuttisesti tärkeitä. Tunteet tehdään ymmärrettäviksi ja niitä voidaan käsitellä paitsi sanoilla kuvaten, myös kortteja ja kuvia apuna käyttäen. Santalahden ja Lehtosen (2016) mukaan tunnetyöskentely lapsettomuutta kokevien asiakkaiden kanssa helpottaa tunteiden sietämistä ja auttaa kohtaamaan kipeää kokemusta ja omaa itseä syvällisesti. Tunnetyöskentely liittyy usein parisuhteen seksuaalisten voimavarojen löytymiseen. Joskus on tarpeen varata aikaa myös yksilökäynneille, jolloin asiakas saa rauhassa työstää minäkuvaansa ja sen muutoksia.

Tahattoman lapsettomuuden herättämät tunteet ovat riippuvaisia henkilö- ja elämänselityksestä ja mahdollisista aiemmin koetuista kriiseistä ja niistä selviämisestä (Santalahti ja Lehtonen 2016). Tunnetyöskentelylle on lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapiassa annettava riittävästi tilaa. Onnistuneen terapian tuloksena kipeät tunteet voivat vielä nousta pintaan, mutta ne eivät enää hallitse elämää. Ajan kulumisen merkityksestä kertoo mm. Kuivasaari-Pirisen (2013) tutkimus, jossa naisten todettiin olevan epäonnistuneiden hoitojen jälkeen 1-3 vuoden ajan tyytymättömpiä elämäänsä verrattuna hoidoissa onnistuneisiin, mutta 6-9 vuoden kuluttua tällaista eroa ei enää havaittu. Tämä kertoo tapahtuneesta sopeutumisesta lapsettomuuteen ajan mittaan, vaikka tilanne on aluksi ollut raskas. Hadleyn ja Hanleyn (2011) tutkimuksen mukaan myös miehet sopeutuvat elämänselityksen mittaan lapsettomuuteen ja löytävät vahvistusta käsityksilleen

itsestään. Sopeutumista voidaan terapian avulla edesauttaa optimaalisen lopputuloksen saavuttamiseksi. Terapiassa voidaan arvioida, miten koetun avuttomuuden kokemukset ja hyväksynnän prosessi muotoutuvat ja tasapainottuvat (Verhaak ja Hammer Burns 2006). Asiakkaita on terapiassa hyvä valmistella siihen, että tunteiden aaltoilua voi esiintyä vielä myöhemmin uudelleen, koska jotkin elämässä eteen tulevat sinänsä tavalliset tilanteet voivat herkistää (Santalahti ja Lehtonen 2016). Valmiudet kohdata niitä voivat kuitenkin lisääntyä ja tunteiden kanssa voi tulla paremmin toimeen.

Seksuaaliterapiassa voidaan lapsettomuutta kokeville tarjota erityisiä neuvoja ja toimintaohjeita ilmenneiden seksuaaliongelmien hoitoon (Newton 2006; Applegarth 2006). Yhdyntäkeskeisyyden ja sen aiheuttaman matalan halukkuuden korjaaminen voidaan aloittaa kiinnittämällä aiempaa enemmän huomiota muihin seksuaalisuuden osa-alueisiin, kuten fyysiseen läheisyyteen, hellyyteen, hyväilyihin ja kaikkeen esileikkiin, josta parit ovat nauttineet ennen lapsettomuusongelmaa. Jos seksielämä on aina ollut yhdyntäkeskeistä, lapsettomuuskriisi on tilaisuus laajentaa näkemyksiä seksistä ja seksuaalisuudesta. Fyysinen yhdessäolo ilman yhdyntää ja erilaiset hellyysharjoitukset voivat olla avuksi lapsettomiensa seksuaalisen halun vähenemisen hoidossa (Daniluk, Koert ja Breckon 2014). Yhdyntästä pidättäytymistä perustellaan sillä, että jatkuvat seksuaalisen suoriutumisen paineet lisäävät stressiä, tekevät yhdynnöistä vähemmän kiinnostavia ja vähentävät seksin määrää. (Hammer Burns 2006). Yhdyntäkeskeisyyden purkamisella on oma merkityksensä seksuaalisen mielihyvän ja nautinnon ylläpidon kannalta.

Seksin ahdistavuutta voidaan vähentää myös erilaisin mielikuva- ja rentoutusharjoituksin sekä tietoisien läsnäolon avulla. Näin voidaan hyödyntää kehon ja mielen yhtenäisyyttä. Pari voi yhdessä lähteä tutkimaan, miten oppia rentoutumaan, rauhoittumaan ja lisäämään hyväksyvää yhteistä läsnäoloa (Kocsis ja Newbury-Helps 2016). Pidemmällä tähtäimellä syvällisen rentoutumisen kautta voidaan hakea pohjaa myöhemmälle seksuaaliselle kiihottumiselle (Reddy ym. 2017). Galhardo, Cunha ja Pinto-Gouveia (2013) ovat raportoineet hyviä tuloksia strukturoidulla mindfulness-perusteisella terapiaohjelmalla, jolla pyritään vähentämään lapsettomuuskokemukseen liittyvää ahdistuneisuutta, häpeän ja alemmuuden tunnetta sekä masennusta naisilla. Terapia (MBPI, Mindfulness-Based Program for Infertility) tapahtuu ryhmämuotoisesti

kymmenen viikon aikana. Tutkimukseen osallistui lapsettomuutta kokevia naisia, joista 55 sai MBPI-ryhmähoitoa ja 39 osallistui kontrolliryhmään, joka ei saanut hoitoa. Jatkoanalyysissä todettiin pystyvyyden kokemuksen lisääntymisen olevan oleellinen vaikuttava seikka tässä terapiassa (Galhardo ym. 2017). Samansuuntaisia tuloksia tietoisien läsnäolon harjaannuttamisen hyödyllisyydestä lapsettomuutta kokevien parien hyvinvoinnille ja selviytyvyydelle ovat raportoineet myös Javedani, Aerabsheybani, Ramezani ja Aerabsheybani (2017). On selvää, että käytännössä terapeutit ovat erilaisin painotuksin perehtyneet kehoa hyödyntäviin työskentelymuotoihin. Kehoa voidaan huomioida myös mielen kautta eli ottamalla keho ja sen erilaiset tuntemukset kognitiiviseen tarkasteluun ja sanallistaa näitä havaintoja ja niiden synnyttämiä tulkintoja. Seksiin voidaan mielikuvatyöskentelyllä liittää positiivisia mielikuvia painostavien ja pakonomaisten tilalle. Onnistunut ja nautinnollinen seksikokemus voidaan ohjatulla mielikuvatyöskentelyllä käydä vaihe vaiheelta kuvitellen mielessä läpi (Reddy ym. 2017). Myötätuntoisen ja itseä kohtaan armollisen suhtautumisen merkitystä voidaan asiakkaille myös tuoda ilmi.

Lapsettomuutta kokevien seksuaaliterapiassa on hyvä tarkastella, onko seksissä riittävästi hellyyttä ja läsnäoloa. Jos seksuaalisuus on kuihtunut vain yhdyntäkeskeiseksi toiminnaksi, on tarpeen herätellä muita seksuaalisen olemisen muotoja. Asiakkaita voidaan kannustaa pohtimaan sitä, millaista seksielämä oli ennen lapsettomuuskriisiä. Pyrkimyksenä on seksuaalisuuden eri puolien elvyttäminen lapsettomuuden aiheuttamista paineista huolimatta. Erilaiset hellyysharjoitukset voivat tuoda takaisin hiipunutta läheisyyden kokemusta. Ne myös vahvistavat kehotuntemusta ja lisäävät hyväksyvää suhdetta omaan kehoon. Seksuaaliterapeutti voi myös ohjata paria kokeilemaan erilaisia kosketuksia, opetella erottelemaan niitä ja kokemaan niistä välittyvä toisen läsnäolo.

Seksuaaliterapiassa on tarpeellista kartoittaa lapsettomuuteen liittyvää ajattelua ja lapsettomuudelle annettuja merkityksiä. Joistakin lapsettomuutta kokevista ihmisistä seksuaaliongelmien ilmentyminen tuntuu muistutukselta siitä, että omaan elämään ja sen kulkuun ei voi vaikuttaa (Jacobs ja O'Donohue 2007). Tällaisenkin kokemuksen ilmaisu on tärkeää ja näin voidaan päästä käsittelemään ajattelun, tunteiden, tuntemusten ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä. Terapiassa voidaan myös pitää esillä vanhemmuuden merkityksen pohdintaa ja ajatusta siitä, mitä

vanhemmuudesta luopuminen tarkoittaisi. Ihmiset antavat asioille erilaisia merkityksiä ja näiden annettujen merkitysten tarkastelu on osa terapeutista prosessia. Lisäksi tarkastelun kohteena ovat asioille annetut tulkinnat.

Lapsettomuuskokemuksen seksuaaliterapeuttisessa hoidossa on toisinaan tarpeen ottaa esille parin eriäviä näkemyksiä tilanteesta tai ratkaisuista, joita väistämättä tulee tehtäväksi, etenkin jos lapsettomuushoidot ovat alkamassa tai meneillään (Peterson ym. 2012). Näitä voidaan käsitellä, kun niitä ilmaistaan kommunikaatiossa. Ei ole tarpeen kiistää eroavaisuuksia, mutta niitä voidaan tehdä ymmärrettäviksi ja taustoittaa. Voidaan rakentaa kuvaa siitä, miten kunkin osapuolen näkemykset ovat ajan mittaan rakentuneet, mitä merkityksiä niihin liittyy ja millaisen tiedon varassa ne ovat muodostuneet. Ajattelun konstruointi ja ajattelutavoissa olevien sukupuolierojen toteaminen voivat olla mieltä huojentavaa. Santalahden ja Lehtosen (2016) mukaan lapsettomien seksuaaliterapiassa on hyvä käydä läpi myös avoimuuteen liittyviä kysymyksiä. Parin kannattaa sopia kenelle ja millä tavalla asioista kerrotaan. Riitelyn ja siihen liittyvien taitojen käsittely terapiassa on usein myös esillä. Seksuaaliterapeutti joutuu usein riitojen osalta rajaamaan tilannetta ja tukemaan fokusta. Fokus on hyvä palauttaa riitojen alkuperäiseen aiheeseen. Koska keskinäinen syyttely ei vie eteenpäin, seksuaaliterapeutin on hyvä ohjata keskustelua minä-viestintään ja minusta tuntuu-viesteihin.

Seksielämän kehittämisestä on olemassa paljon kirjallisuutta, jota voidaan tarvittaessa käyttää terapiatyöskentelyssä apuna. Seksuaalisuutta koskevaa kirjallisuutta tai elokuvia voidaan antaa vinkeiksi kotiin. Nämä toimivat myös seksuaalisuuden kanavan avaajina, keskustelun aiheina ja ajatusten virittäjinä. Halukkuutta voidaan myös pyrkiä näin herättelemään. Jos seksielämä on kapeutunut lapsettomuuskokemuksen vuoksi, terapiaohjauksessa on hyvä antaa osapuolille nimenomainen lupa kaikenlaiseen seksiin, myös sellaiseen joka ei tähtää lisääntymiseen. Masturbointia voidaan harrastaa yksin tai yhdessä. Jos käsi-, oraali- tai anaaliseksi on ollut aiemmin mieluisaa, paria voidaan kannustaa niiden uudelleenviirtelyyn.

Toiminnallisten seksuaalihäiriöiden osalta voidaan herkän ejakulaation hoitoon opastaa esimerkiksi start-stop –menetelmä tai peniksen puristustekniikka, jota molemmat osapuolet voivat toteuttaa. Myös

ejakulaatiota viivästyttävää lääkehoitoa käytetään toisinaan ja tältä osin mies voidaan ohjata keskustelemaan asiaan perehtyneen lääkärin kanssa. Naisen yhdyntäkipuja voidaan lievittää mm. lantionpohjan ja vaginan lihasten harjoitteilla ja rentouttamisella tai tarvittaessa vaginan progressiivisilla dilataatioharjoituksilla. Naisille suositellaan emättimen kostumisvaikeuksiin liukuvoiteiden käyttöä sekä runsasta panostamista esileikkiin. Pareille voidaan myös suositella erilaisten apuvälineiden käyttöä, esimerkiksi miehelle penisrengasta erektion tukemiseen tai naiselle vibraattoria kiihottumisen lisäämiseen. (Reddy ym. 2017; Hammer Burns 2006). Seksuaaliterapeutti voi antaa ohjeita näiden hankkimiseen. Jos seksuaalisen halun vähenemisen taustalla on masennus, sitä voidaan hoitaa lääkkeillä ja psykoterapialla. Masennuksen läkehoidossa on kuitenkin huomioitava lääkityksen mahdolliset haitat seksuaalitoimintoihin, myös seksuaaliseen haluun (Montejo, Montejon ja Baldwinin 2018). Jos mies kokee lapsettomuuden hoitoihin liittyvän spermanäytteen antamisen hankalaksi, siitä on hyvä keskustella. On hyvä normalisoida todeta, että joillekin miehille tämä voi todellakin olla vaikeaa. Miehelle voidaan myös selkeästi antaa lupa seksuaaliseen fantasiointiin ja materiaalien käyttöön tässä yhteydessä.

### Pohdinta

Tahaton lapsettomuus aiheuttaa monilla ongelmia seksuaalinelämän alueella. On ilmeistä, että näiden vaikutusten vuoksi seksuaalisuuden kysymykset huomioivaa psykososiaalista tukea tai terapiaa tulisi olla tarjolla lapsettomuutta kokeville. Lisäksi on tärkeää tiedostaa, että samaa tukea tulisi olla tarjolla myös niille, jotka eivät halua lääketieteellisiä hoitoja. Seksuaalivaikutukset yksilöön ja pariin kietoutuvat toisiinsa. Seksuaalisuuden alueen tuen tarjoamisesta, lähestymistavoista ja menetelmistä on olemassa tietoa. Seksuaaliterapeuttisessa työskentelyssä voidaan integratiivisesti hyödyntää erilaisia terapeuttisia viitekehyksiä. Mikäli seksuaaliterapiaa toteuttaa psykoterapeutti, on hänelle eduksi seksologinen perehtyneisyys ja tietämys. Seksuaaliterapeuteille on eduksi psykoterapiaprosessien ymmärrys ja perehtyneisyys työskentelyyn parien kanssa. Seksuaalisuuden ongelmat voivat olla moninaisia ja terapiatyö on siten haastavaa. Tiedetään, että tukea tarvitaan myös raskauden alkaessa lapsettomuuden hoitojen jälkeen. Raskauteen liittyvät pelot ja vanhemmuuden paineet voivat olla erityisen suuret, kun raskautta on toivottu jo pitkään (Klock ja Greenfeld 2000; Lehto 2017).

Lapsettomuushoidot ovat nykyisin tehokkaita, mutta raskaita ja aiheuttavat lisästressiä lapsettomuuden kokemuksen lisäksi (Greil ym. 2011). Hoitojen pitkeydessä erityisesti naiselle tehdään monenlaisia toimenpiteitä. Sekä lapsettomuushoitojen aikana että niiden jälkeen parin osapuolet voivat kuitenkin parhaimmillaan auttaa toisiaan toipumisen prosessissa. (Tulppala 2012; Esselstrom 2014). Yhteinen vaikeus voi joko lujittaa suhdetta tai etäännyttää osapuolia toisistaan.

Seksuaaliterapeutin on hyvä ymmärtää, että lapsettomat asiakkaat ovat joutuneet avaamaan intiimejä asioitaan jo eri tilanteissa ja vastaamaan kysymyksiin yhdynnöstään (Santalahti ja Lehtonen 2016). Terapeutin onkin seksuaaliterapiaprosessissa erityisesti panostettava luottamuksellisen suhteen syntyyn. Tiedon jakaminen ja keskustelu seksuaalisuudesta eivät ole vain ongelmalähtöistä, vaan tietoa annetaan myös ennaltaehkäisevästi. Vaikka tutkimustieto lapsettomuuskokemuksen seksuaalivaikutuksista ei ole täysin ristiriidatonta, voidaan kokonaisuutena todeta että kertyneen moninaisen tutkimustiedon ja raportoitujen kokemusten valossa on perusteltua esittää, että terapiatuen tarjoaminen lapsettomille pareille on tärkeää seksuaaliongelmien ehkäisemiseksi tai hoitamiseksi ja sitä kautta psyykkisen hyvinvoinnin kohentamiseksi. On tärkeää myös tiedostaa, että seksuaalivaikutukset eivät välttämättä häviä vaikka hoidot päättyisivät tai vanhemmuus saavutetaan (Grill ym. 2016). Tällöin lapsettomuuden kokemus ei ikään kuin poistu mielestä raskauden alkaessa tai lapsen synnyttyä vaan syntyneet vaikeudet seksuaalisuuteen voivat olla pidempiaikaisia. On tärkeää tiedostaa, että seksuaaliongelmien hoitamattomuus kroonistuu. Asianmukainen ohjanta seksuaaliterapiaan on paikallaan, jos tarve todetaan. Olisi eduksi, että psyykkisen hyvinvoinnin palveluja tarjoavat tahot tiedostaisivat lapsettomuuskokemuksen mahdolliset seksuaalivaikutukset.

Vertaistuella on lapsettomuuskokemuksen hoidon kokonaisuudessa monille tärkeä merkitys (Hinton, Kurinczuk ja Ziebland 2010; Lundin ja Elmerstig 2014; Esselstrom 2014). Tärkeitä vertaisuuden teemoja ovat mm. kannustus, rohkaiseminen, myötätunnon osoittaminen, saman tilanteen ja kokemuksen jakaminen, toivo, yhteinen suru ja pettymys (Räisänen 2007). Simpukka-yhdistyksen jäsenille yhteistä on vaikeutunut lapsen saaminen. Yhdistys järjestää erilaista toimintaa. Vertaiskokemusta ja sen tuomaa mielenhuojennusta voi saada myös lukemalla

omakohtaisista kokemuksista kirjoitettuja kirjoja. Internetin keskusteluryhmät, blogit ja aiheesta luodut sivustot tarjoavat mahdollisuuden saada tietää muiden kokemuksista (Richard, Badillo-Amberg ja Zekowitz 2017; Räisänen 2007; Hinton, Kurinczuk ja Ziebland 2010; Lundin ja Elmerstig 2014). Tämä tukee oman reagoinnin normalisointia. Suuri osa vertaistuesta saadaan nykyisin internetin kautta. Internet toimii tuen kanavana myös niillä pareilla, jotka ovat sosiaalisesti eristäytyneitä. Olisi tarpeen kehittää sellaisia vertais- tai oma-apuvustoja lapsettomuuskokemuksessa selviytymiseen, jotka huomioisivat erilaisissa vaiheissa olevat parit (Malik ja Coulson 2010). Näin vertaisuus kohdentuisi vielä paremmin parin omaan tilanteeseen.

Tahattoman lapsettomuuden aiheuttamista ongelmista keskusteleminen, tiedon saaminen, asioiden jakaminen, ohjeiden saaminen ja tuettu terapeutin käsittely ovat avuksi niille, jotka ongelmista kärsivät. Lapsettomuuskokemuksen läpikäyminen edellyttää kykyä surra, prosessoida menetyksiä, sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen ja arvioida uudelleen tavoitteita ja toiveita (Jaffe 2017; Greil ym. 2011; Esselstrom 2014; Kraaij, Garnefski ja Schroevers 2009; Salmela-Aro ja Suikkari 2008). Asioista avautuminen ja tapahtuva muutos suhtautumisessa ongelmien vyyhteen voi vähentää psyykkistä paineisuutta. Tilanne on voinut tuntua lapsettomasta toivottomalta, mutta muuttunut asenne tulevaisuuden suhteen on tärkeä ja avaa voimia mielessä tapahtuvan ratkaisun löytymiseen. Asennoituminen tulevaisuuteen voi muuttua. Mikäli lapsettomuus jää pysyväksi tilaksi, tulevaisuutta varten rakennetut suunnitelmat on arvioitava uudelleen. Luopuminen tärkeästä asiasta on ymmärrettävä suuri suru. Terapeutin tehtävänä on auttaa surussa. Lapsettomuuden herättämää menetystä voidaan käsitellä ja näin selviydytään elämässä eteenpäin. Terapeutti voi auttaa löytämään elämään uusia sisältöjä, sen jälkeen kun mieleen on syntynyt tilaa. Itselle on annettava aikaa surra lapsettomuutta. On eduksi osata olla myös lempeä itseään kohtaan, vaikka mieli herkästi askaroikin erilaisten huonommuuden ja syyllisyyden tunteiden parissa. Lohdullinen näkökulma on myös sekin, että loppujen lopuksi jokainen ihminen on jäänyt jostain paitsi, ei saanut sitä mitä kovasti halusi ja toiveet eivät täyttyneet. Elämä tarjoaa kuitenkin paljon merkityksellisiä asioita.

## Lähteet

- Amiri, M., Khosravi, A., Chaman, R., Vahedi, H. ja Sadeqi, Z. (2016) Sexual satisfaction and influencing factors in women with fertility problems. *Sexuality and Disability* 34, 341-348.
- Ansamaa, O. (2006) Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. ja Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus* (s. 184-190). Helsinki: Duodecim.
- Applegarth, L. D. (2006) Individual counseling and psychotherapy. Teoksessa Covington, S. N. ja Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 129-142). Cambridge: Cambridge University Press.
- Balasz, J. ja Gratacós, E. (2012) Delayed childbearing: Effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 24, 187-93.
- Bayar, U., Basaran, M., Atasoy, N., Kokturk, F., Arkan, I. I., Barut, A., Harma, M. ja Harma, M. (2014) Sexual dysfunction in infertile couples: Evaluation and treatment of infertility. *Journal of Pakistan Medical Association* 64, 138-145.
- Bechoua, S. Hamamah, S. ja Scalici, E. (2016) Male infertility: An obstacle to sexuality? *Andrology* 4, 395-403.
- Boivin, J., Takefman, J. ja Braverman, A. (2011) The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility* 96, 409-415.
- Born, S. L. ja Preston, J. J. (2016) The Fertility Problem Inventory and infertility-related stress: A case study. *The Qualitative Report* 21, 497-520.
- Bradow, A. (2011) *Primary and secondary infertility and post traumatic stress disorder: Experiential differences between type of infertility and symptom characteristics*. Väitöskirja, the Faculty of the School of Psychology, Spalding University. Spalding: ProQuest Dissertations Publishing.

Casu, G. ja Gremigni, P. (2016) Screening for infertility-related stress at the time of initial infertility consultation: Psychometric properties of a brief measure. *Journal of Advanced Nursing* 72, 693-706.

Czyżkowska, A., Awruk, K. ja Janowski, K. (2016) Sexual satisfaction and sexual reactivity in infertile women: The contribution of the dyadic functioning and clinical variables. *International Journal of Fertility and Sterility* 9, 465-476.

Daniluk, J. C. (2001) Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of Counseling & Development* 79, 439-449.

Daniluk, J. C., Koert, E. ja Breckon, E. (2014) Sexuality and infertility. Teoksessa Binik, Y. M. & Hall, K. S. K. (toim.) *Principles and practice of sex therapy* (s. 419-435). New York: Guilford Press.

Darwish, J. (2002) Sexuality. Teoksessa Boivin, J. & Kantenich, H. (toim.) *Guidelines for counselling in infertility* (27-28). ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) Monographs, Special Interest Group on Psychology and Counselling. Oxford: Oxford University Press.

Davari Tanha, F., Mohseni, M. ja Ghajarzadeh, M. (2014) Sexual function in women with primary and secondary infertility in comparison with controls. *International Journal of Impotence Research* 26, 132-134.

Dolan, A., Lomas, T., Ghobara, T. ja Hartshorne, G. (2017) 'It's like taking a bit of masculinity away from you': Towards a theoretical understanding of men's experiences of infertility. *Sociology of Health & Illness* 39, 878-892.

Emec, Z. A. Apay, S. E. ja Ozorhan, E. F. (2017) Determination and comparison of sexual dysfunctions of women with and without infertility problems. *Sexuality and Disability* 35, 59-72.

Esselstrom, L. (2014) *A guide for the psychosocial treatment of infertility*. Loma Linda University Theses 5/2104, Dissertations & Projects, 304.

Ferraresi, S. R., Lara, L. A. S., de Sá, M. F. S., Reis, R. M. ja Rosa e Silva, A. C. J. S. (2013) Current research on how infertility affects the sexuality of

men and women. *Recent Patents on Endocrine, Metabolic & Immune Drug Discovery* 7, 198-202.

Gabr, A. A., Omran E. F., Abdallah, A. A., Kotb, M. M., Farid, E. Z., Dieb, A. S. ja Belal, D. S. (2017) Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 217, 38-43.

Gabrielson, A. T., Liu, J. L. ja Sikka, S. C. (2018) Posttraumatic stress disorder and its effects on men's sexual and reproductive health. Teoksessa Sikka, S. C. & Helstrom, W. J. G. (toim.) *Bioenvironmental issues affecting men's reproductive and sexual health* (s. 541-556). London: Academic Press.

Galhardo, A., Cunha, M. ja Pinto-Gouveia, J. (2011) Psychological aspects in couples with infertility. *Sexologies* 20, 224-228.

Galhardo, A., Cunha, M. ja Pinto-Gouveia, J. (2013) Mindfulness-based program for infertility: Efficacy study. *Fertility and Sterility* 100, 1059-1067.

Galhardo, A., Moura-Ramos, M., Cunha, M. ja Pinto-Gouveia, J. (2017) How does the mindfulness-based program for infertility (MBPI) work in reducing depressive symptoms? *Mindfulness*, 2017 (epub ahead of print). DOI: 10.1007/s12671-017-0805-z

Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L. ja Verhaak, C. M. (2012) Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update* 18, 652-669.

Gerrity, D. A. (2001) A biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 9, 151-158

Ghavi, F., Jamale, S., Mosalanejad, L. ja Mosallanezhad, Z. (2016) A study of couple burnout in infertile couples. *Global Journal of Health Science* 8, 158-165.

Giuliano, F. (2013) Questionnaires in sexual medicine. *Progrès en Urologie* 23, 811-812. English abstract.

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F. ja Vaslamatzis, G. (2011) Assessing infertility stress: Re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction* 27, 496-505.

Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M ja Shreffler, K. M. (2011) Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. *Social Science & Medicine* 73, 87-94.

Greil, A. L., Shreffler, K. M., Schmidt, L. ja McQuillan, J. (2011) Variation in distress among women with infertility: Evidence from a population-based sample. *Human Reproduction* 26, 2101-2112.

Gremigni, P., Casu, G., Zaia, V. M., Heleno, M. G. V., Conversano, C. ja Barbosa, C. P. (2018) Sexual satisfaction among involuntarily childless women: A cross-cultural study in Italy and Brazil. *Women & Health* 58, 1-15.

Grill, E., Khavari, R., Zurawin, R., Flores Gonzalez, J. R. ja Pastuszak, A. W. (2016) Infertility and sexual dysfunction (SD) in the couple. Teoksessa Lipshultz, L., Pastuszak, A., Goldstein, A., Giraldi, A. ja Perelman, M. (toim.) *Management of sexual dysfunction in men and women: An interdisciplinary approach* (s. 357-364). New York: Springer.

Hadley, R. ja Hanley, T. (2011) Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 29, 56-68.

Hammer Burns, L. (2006) Sexual counseling and infertility. Teoksessa Covington, S. N. & Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 212-235). Cambridge: Cambridge University Press.

Hinton, L., Kurinczuk, J. J. ja Ziebland, S. (2010) Infertility; isolation and the internet: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling* 81, 433-441.

Jacobs, N. N. ja O'Donohue, W. T. (2007) *Coping with infertility: Clinically proven ways of managing the emotional roller coaster*. New York: Routledge.

Jaffe, J. (2017) Reproductive trauma: Psychotherapy for pregnancy loss and infertility clients from a reproductive story perspective. *Psychotherapy* 54, 380-385.

Javedani, M., Aerabsheybani, H., Ramezani, N. ja Aerabsheybani, K. (2017) The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in increasing infertile couples' resilience and reducing anxiety, stress, and depression. *NeuroQuantology* 15, 94-100.

Keskin, U., Coksuer, H., Gungor, S., Ercan, C. M., Karasahin, K. E. ja Baser, I. (2011) Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertility and Sterility* 96, 1213-1217.

Kitchen, H., Aldhouse, N., Trigg, A., Palencia, R. ja Mitchell, S. (2017) A review of patient-reported outcome measures to assess female infertility-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 15:86. DOI: 10.1186/s12955-017-0666-0

Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S. ja Koponen, P. (2010) Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 89, 677-682.

Klock, S. C. ja Greenfeld, D. A. (2000) Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: A longitudinal study. *Fertility and Sterility* 73, 1159-1164.

Klock, S. C. (2006) Psychosocial evaluation of the infertile patient. Teoksessa Covington, S. N. & Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 83-96). Cambridge: Cambridge University Press.

Kocsis, A. ja Newbury-Helps, J. (2016) Mindfulness in sex therapy and intimate relationships (MSIR): Clinical protocol and theory development. *Mindfulness* 7, 690-699.

Kraaij, V., Garnefski, N. ja Schroevers, M. J. (2009) Coping, goal adjustment, and positive and negative affect in definitive infertility. *Journal of Health Psychology* 14, 18-26.



Kuivasaari-Pirinen, P. (2013) *The pathway from infertility to motherhood through assisted reproductive technology (ART)*. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences.

Kumpula, S. (2007) Intiimiys ja seksuaalisuus parisuhteessa. Teoksessa Malinen, V. & Alkio, P. (toim.) *Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus* (s. 84-92). Väestöliitto. Helsinki: VL-Markkinointi Oy.

Lara, L. A. S. (2017) Sexuality in couples with reproductive difficulties. Teoksessa Costantini, E., Villari, D. ja Filocamo, M. T. (toim.) *Female sexual function and dysfunction* (s. 107-122). Cham: Springer International Publishing.

Lehto, S. (2017) Äidiksi tulon kulttuurisen mallitarinan rikkoutuminen tahattoman lapsettomuuden läpikäyneiden naisten kertomuksissa. *Psykologia* 52, 391-406.

Loftus, L. ja Andriot, A. L. (2012) "That's what makes a woman": Infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum* 32, 226-243.

Luk, B. H. ja Loke, A. Y. (2016) A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *Journal of Sex & Marital Therapy* 42, 515-533.

Lundin, U. ja Elmerstig, E. (2014) "Desire? Who needs desire? Let's just do it!" – a qualitative study concerning sexuality and infertility at an internet support group. *Sexual and Relationship Therapy* 30, 433-447.

Malik, S. H. ja Coulson, N. S. (2010) Coping with infertility online: An examination of self-help mechanisms in an online infertility support group. *Patient Education and Counseling* 81, 315-318.

Marci, R., Graziano, A., Piva, I., Lo Monte, G., Soave, I., Giugliano, E., Mazzoni, S., Capucci, R., Carbonara, M., Caracciolo, S. ja Patella, A. (2012) Procreative sex in infertile couples: The decay of pleasure? *Health and Quality of Life Outcomes* 10, 140. DOI: 10.1186/1477-7525-10-140

Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S. ja Stevens, G. A. (2012) National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine* 9(12). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001356

Mendonça de, C. R., Arruda, J. T., Noll, M., de O. Campoli, P. M. ja do Amaral, W. N. (2017) Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 215, 153-163.

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S., Stain, M. ja Ganiats, T. (2004) Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Adult Urology* 63, 126-130.

Montejo, A. L., Montejó, L. ja Baldwin, D. S. (2018) The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry* 17, 3-11.

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I. ja Almeida-Santos, T. (2016) Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of parenthood. *British Journal of Health Psychology* 21, 302-317.

Mousavi, S. A., Masoumi, S. Z., Keramat, A., Pooralajal, J. ja Shobeiri, F. (2013) Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: A systematic review. *Journal of Reproduction and Infertility* 14, 110-119.

Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M. ja Mulhall, J. P. (2008) Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of Sexual Medicine* 5, 1907-1914.

Newton, C. R. (2006) Counseling the infertile couple. Teoksessa Covington, S. N. ja Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 143-155). Cambridge: Cambridge University Press.

Perelman, M. A. ja Grill, E. A. (2013) The role of sex therapy for male infertility. Teoksessa Goldstein, M. ja Schlegel, P. N. (toim.) *Surgical and medical management of male infertility* (s. 204-218). Cambridge: Cambridge University Press.

Peterson, B. D., Newton, C. R. ja Feingold, T. (2007) Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility* 88, 911-914.

Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P. ja Wischmann, T. (2012) An introduction to infertility counseling: A guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 29, 243-248.

Peterson, Z. D. ja Buday, S. K. (2018) Sexual coercion in couples with infertility: Prevalence, gender differences, and associations with psychological outcomes. *Sexual and Relationship Therapy*, 2018 (epub ahead of print) DOI: 10.1080/14681994.2018.1435863

Piva, I., Lo Monte, G., Graziano, A. ja Marci, M. (2014) A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: Does fun end with baby making? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 19, 231-237.

Quattrini, F., Ciccarone, M., Tatoni, F. ja Vittori, G. (2010) Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *Sexologies* 19, 15-19.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Jafarabadi, M. ja Zayeri, F. (2006) Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility and Sterility* 85, 139-143.

Raque-Bogdan, T. L. ja Hoffman, M. A. (2015) The relationship among infertility, selfcompassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychology of Women Quarterly* 39, 484-496.

Reddy, N., Swamy, V., Pandiyan, N. ja Dupesh, S. (2017) Sexual dysfunction and infertility. Teoksessa Gunasekaran, K. ja Pandiyan, N. (toim.) *Male infertility: A clinical approach* (s. 231-242). New Delhi: Springer.

Richard, J., Badillo-Amberg, I. ja Zekowitz, P. (2017) "So much of this story could be me": Men's use of support in online infertility discussion boards. *American Journal of Men's Health* 11, 663-673.

Rotkirch, A. ja Miettinen, A. (2017) Childlessness in Finland. Teoksessa Kreyenfeld, M. ja Konietzka, D. (toim.) *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences. Demographic research monographs* (s. 139-158). Cham: Springer.

Räisänen, R. (2007) *Lapsettomuuden kokemus ja vertaistuki internetin keskusteluryhmissä*. Hoitotieteen pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.

Sahin, A., Urkmez, A., Verit, A., Yuksel, O. H. ja Verit, F. F. (2017) Psychologic and sexual dysfunction in primary and secondary infertile male patients. *Archives of Italian Urology and Andrology* 89, 120-124.

Salmela-Aro, K. ja Suikkari, A-M. (2008) Letting go of your dreams - Adjustment of child-related goal appraisals and depressive symptoms during infertility treatment. *Journal of Research in Personality* 42, 988-1003.

Santalahti, T. ja Lehtonen, M. (2016) Lapsettomuuden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa Santalahti, T. ja Lehtonen, M., *Seksuaaliterapia* (s. 162-165). Jyväskylä: PS-kustannus.

Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G. ja Nyboe Andersen, A. (2012) Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update* 18, 29-43.

Shahnaz, A. ja Ayesha, A. (2016) Infertility: A review on causes, treatment and management. *Women's Health & Gynecology* 2(6), 040.

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M. ja Mulhall, J. P. (2008) Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. *Journal of Urology* 179, 1056-1059.

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K. ja Mulhall, J. P. (2008) Premature ejaculation in infertile couples: Prevalence and correlates. *Journal of Sexual Medicine* 5, 485-491.

Shoji, M., Hamatani, T., Ishikawa, S., Kuji, N., Ohta, H., Matsui, H. ja Yoshimura, Y. (2014) Sexual satisfaction of infertile couples assessed using the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). *Scientific Reports* 4, article no 5203. DOI: 10.1038/srep05203

Song, S-H., Kim, D. S., Yoon, T. K., Hong, J. Y. ja Shim, S. H. (2015) Sexual function and stress level of male partners of infertile couples during the fertile period. *BJU International* 117, 173-176.

Soni, V., Pastuszak, A. W. ja Khera, M. (2017) Erectile dysfunction and infertility. Teoksessa Minhas, S. ja Mulhall, J. (toim.) *Male sexual dysfunction: A clinical guide* (s. 152-171). West Sussex: John Wiley & Sons.

Suna, K. K., Ilay, G., Aysenur, A., Han, G. K., Ulku, U. E., Pasa, U. ja Fatma, C. (2016) Effects of infertility etiology and depression on female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 42, 27-35.

Süli, A., Kopa, Z., Benyó, M. ja Vereczkey, A. (2017) Factors affecting sexuality in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine* 14, Supplement 4, e260. Abstracts of 23rd Congress of World Association for Sexual Health.

Tao, P., Coates, R. ja Maycock, B. (2011) The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australasian Medical Journal* 4, 620-627.

Tayebi, N. ja Ardakani, S. M. Y. (2009) Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *European Journal of General Medicine* 6, 74-77.

THL (2017) *Hedelmöityshoidot 2015-2016*. Tilastoraportti 9/2017.

Toivanen, R., Vilska, S. ja Tulppala, M. (2004) Sylillinen surua – lapsettomuuden kokemus. *Suomen lääkärilehti* 43, 4115-4120.

Tuhkasaari, P. (2007) Seksuaalisuudesta parisuhteessa. Teoksessa Malinen, V. ja Alkio, P. (toim.) *Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus* (s. 66-83). Väestöliitto. Helsinki: VL-Markkinointi Oy.

Tulppala, M. (2002) Lapsettomuuden tuska. *Duodecim* 118, 531-536.

Tulppala, M. (2012) Lapsettomuus ja parisuhde. *Suomen Lääkärilehti* 67, 2081-2086.

Verhaak, C. ja Hammer Burns, L. (2006) Behavioral medicine approaches to infertility counseling. Teoksessa Covington, S. N. ja Hammer Burns, L. (toim.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (s. 169-195). Cambridge: Cambridge University Press.

Watkins, K. J. ja Baldo, T. D. (2004) The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling & Development* 82, 394-402.

Winkelman, W., Katz, P., Smith, J. ja Rowen, T. (2016) The sexual impact of infertility among women seeking fertility care. *Sexual Medicine* 4, e190-e197.

Wincze, J. P. (2015) Psychosocial aspects of ejaculatory dysfunction and male reproduction. *Fertility and Sterility* 104, 1089-1094.

Wirtberg I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S-E. ja Lalos, A. (2007) Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction* 22, 598-604.

Wischmann, T. H. (2010) Sexual disorders in infertile couples. *Journal of Sexual Medicine* 7, 1868-1876.

Yeoh, S. H., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z. R. M., Midin, M., Jaafar, N. R. N. ja Das, S. (2014) The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: A pair of perfect gloves. *Comprehensive Psychiatry* 55, Supplement, S1-S6.

Zare, Z., Golmakani, N. ja Amirian, M. (2017) Comparison of sexual problems in fertile and infertile couples. *Journal of Caring Sciences* 6, 269-279.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. ja Vanderpoel, S. (2009) International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility* 92, 1520-1524.