



**"PSÜHHOLOOGILISE NÕUSTAMISE
TÄHTSUS VILJATUSRAVI VAJAVATE
PATSIENTIDE SEAS"**

Projekti aruanne/ Uurimuse analüüs

Projekti läbiviia: OÜ Spiritologos

Projektijuht: Virzinja Kotkas

Tallinn 2005

Sisukord

Sissejuhatus	3
1. Viljatusalase psühholoogilise nõustamise eesmärgist ja selle vajalikkusest viljatusravi perioodil	7
1.1. Informatsiooni kogumine, analüüs ja implikatsioonid ning otsuste tegemise nõustamine	7
1.2. Toetav nõustamine	8
1.3. Terapeutiline nõustamine	9
2. Viljatuse all kannatavate patsientide psühholoogiline eripära	12
3. Viljatuse psühhosotsiaalsed tagajärjed	14
4. Uurimuslik osa	17
4.1. Uurimuse eesmärk, ülesanded ja hüpoteesid	17
4.2. Valim ja meetodid	17
4.3. Uurimuse tulemused ja analüüs	18
4.4. Uurimuse tulemused tunnuste jaotuse järgi	21
Kokkuvõte	33
Kasutatud kirjandus	34
Lisad	37

SISSEJUHATUS

Viljatusravi on viimastel aastakümnetel oluliselt edasi arenenud, haarates endasse ka psühhoterapeutilisi võtteid. Nüüdisaegsed ravimeetodid võimaldavad paljudel juhtudel ravida nii naise- kui ka mehepoolset viljatust. Viljatusravi võib olla aga küllaltki pikk, kesta kuid ja isegi aastaid. Alustades ravi, on paarid enamasti optimistlikud, kuid ajapikku võib lootus hakata hääbuma ja tekib hirm lastetuse ees. Iga ebaõnnestumine toob peresse muret ja kui see kestab kuust kuusse ning koguni aastast aastasse, võib sellest areneda depressioon.

Samal ajal suureneb tahtlik lastetus, eriti kuni 30-aastaste ja vanemate karjäärinaiste seas. Pärast viimati mainitud tendentsi vähenevad nende võimalused rasedaks jääda kiiresti. Tähelepanuväärsed avastused viljatusravimeetoditest on tekitanud kahtlusi selles, mida varem peeti viljakuse vältimatuks looduslikuks piiriks. Seega arvatakse sageli, et paarid, kel pole lapsi, on teadlikult niiviisi otsustanud ning kahtlustatakse, et nad on seda teinud „isekusest“, hoolimata nende tegelikest motiividest.

Viimastel aastatel on suurenenud vajadus kaasata viljatusravisse psühholoogilist nõustamist, kuna paranenud viljatusravi võimalused annavad sageli viljatutele paaridele liiga suuri lootusi saada bioloogilist last. Lisaks on meditsiiniline ravi tihtipeale aeganõudev ja võib tekitada ettenägematut stressi paljudes ravi saavates paarides.

Käesoleval ajal ei huvitu psühholoogilised uuringud enam eriti sellest, kuidas viljakushäired võiksid olla põhjuslikult seotud isiksuse eripäradega. L. H. Burns ja S. N. Covington (1999) on seisukohal, et kõige rohkem saab psühholoogia abistada pingete määramise ja võimalike psühholoogiliste väljapääsude kättejhatamisega. Vähe on ära tehtud uuringute alal, mis vaatleksid tahtmatult viljatute paaride psühholoogilise toetamise efektiivsust. Veel vähem on tehtud uurimusi, mis näitaksid paariteraapia rolli selles.

Psühholoogiline nõustamine on muutunud viljatusravi oluliseks komponendiks. Seoses protseduuride ja probleemi teadvustamisega võivad kliendid tunda stressi, ärevust, ängistust, lootusetust, üksindust, unehäired ja abieluprobleeme. On teada, et stress vähendab munaraku

vastupidavust – takistab eostatud munaraku kinnistumist ning alandab loote kasvuks vajalike hormoonide taset. Mõnikord võivad tahtmatult lastetute naiste emotsioonid kasvada nii suureks, et ilma kõrvalise abita hakkama ei saa.

Ravi kestel kogetud stress võib rikkuda ka paarisuhet, kuna mehed ja naised reageerivad sellele probleemile erinevalt. Samuti ei reageeri naised ja mehed viljatusega seotud situatsioonile üheaegselt. Viljatusravi võib põhjustada paari rahulolematust seksuaalsuhtega, kuna täpne ajastamine vähendab selle spontaansust.

Kannatada võivad ka tahtmatult viljatute paaride suhted sõprade ja perekonnaga ning paljud naised väldivad seltskonna üritusi, kuna ei suuda suhelda rasedate või lastega naistega. Siinkohal võib mõne naise jaoks olla abi tugirühmast.

Uuringute põhjal võib väita, et naised peavad viljatust psüühilisi kannatusi tekitavaks, millega on raske leppida. Samuti on täheldatud, et viljatute naiste ängistuse tase on võrdne vähki või südamehaigusi põdevate inimeste omaga.

Teaduses on kindlaks tehtud, et mõtted määravad emotsionaalse seisundi, mis omakorda peegeldub füüsilises tervises. Naised, kel ei õnnestu rasestuda, mõtlevad oma probleemile pidevalt murega. Seetõttu on äärmiselt vajalik õppida halbu mõtteid blokeerima ning neist tasapisi vabanema.

Käesoleva uurimuse põhiprobleemiks on tahtmatult viljatute ja/või viljakushäiretega inimeste/paride psühholoogiliste probleemide esinemise ning sellest tekkinud kriisiga toimetulemise uurimine psühholoogilises nõustamises.

Uurimuse eesmärk oli läbi töötada viljatuseprobleemi käsitlev kirjandus ning välja selgitada kõigi eespool nimetatud psühholoogiliste probleemide, k.a diagnoosi, valu, sotsiaalse surve, häbi, süütunde, seksuaalsuse ja abieluprobleemide, esinemist tahtmatult viljatute seas. Autor (edaspidi Virzinja Kotkas) tundis huvi tulemuste sarnasuse/erinevuse vastu võrreldes maailma praktika andmetega tahtmatult viljatute psühholoogiliste toimetulekuviiside ja raskuste kohta.

Selleks, et täita uurimuse eesmärk ning leida kinnitus esitatud hüpoteesidele, määras Virzinja Kotkas järgmised ülesanded:

- 1) selgitada välja viljakushäiretega inimeste enesehinnangu ning psühholoogilise nõustamise vajalikkuse vahelised seosed;
- 2) samuti selgitada välja soo ja psühholoogilise nõustamise vajalikkuse vahelised seosed tahtmatult viljatute seas;
- 3) uurida viljakushäirete all kannatavate patsientide tajutava sotsiaalse surve ning häbi vahelisi korrelatsioone;
- 4) leida seos seksuaalsuhete probleemide ning viljatuse diagnoosi vahelistes korrelatsioonides jne.

Et analoogsed uurimused Eestis puuduvad, siis on võimalik uurimusega teada saada subgrupi demograafilised andmed, kindlaks teha psühholoogilise abi kasutamise vajadus ja tähtsus viljakushäirete all kannatavate patsientide hulgas, vajadused paremaks vaimseks toimetulekuks jne. Saadud tulemused aitavad selgitada esinevaid probleeme ning võimaldavad välja töötada patsiendile/parile parima lahendus- ja abinõukeskse lähenemise, et tulla toime emotsionaalsetest tagajärgedest tuleneva kriisiga.

Uurimus on valminud koostöös Rahvastikuministri bürooga ja annab oma panuse "Rahvastikupoliitika aluste elluviimise strateegia 2005 – 2008 – Meede 3: Viljatusravi toetamine" rakendamisele.

Antud teema on oluline, kuna erinevate hinnangute põhjal ulatub viljatute perekondade arv ühiskonnas 15 – 20%-ni. Meedikute andmetel on Eestis seega ligikaudu 20 000 viljatut perekonda. Et käsitletavas valdkonnas puuduvad põhjalikud uuringud, on see arv ebatäpne, kuid võib oletada viljatuse veelgi suuremat ulatust, kuna Eesti eripäraks on väga suur abortide arv.

Nimetatud probleemidele püüdis projektijuht Virzinja Kotkas leida vastuseid uurimusega, kus kasutati kvantitatiivset meetodit ja mis viidi läbi kõigis Eesti viljatusravi teenust pakkuvates kliinikutes:

- 1) Nova Vita Kliinik, Kaluri tee 5a, Haabneeme alev, Viimsi, 74001 Harjumaa;
- 2) Ida - Tallinna Keskhaigla Naistekliinik, Ravi 18, 10138 Tallinn;
- 3) TÜ Naistekliinik, Lossi 36, Toomemäe, Tartu;
- 4) Elite Kliinik, Sangla 63, 50407 Tartu.

Küsitlus korraldati ajavahemikul 14. märts kuni 31. oktoober 2005. Virzinja Kotkas püstitas uurimuses järgmised hüpoteesid:

- 1) mida madalam on patsiendi enesehinnang, seda rohkem vajab ta psühholoogilist nõustamist viljatusravi perioodil;
- 2) partneri ettepanek viljatusravi alustamiseks tekitab teises partneris süütunnet.

Uurimisvahendina kasutati küsimustikku (lisa 1), mis on üles ehitatud nõnda, et oleks võimalik vastata nii teenuse tarbijal kui ka inimesel, kel puudub varasem kokkupuude psühholoogilise nõustamisega ning, M. Rosenbergi enesehinnanguskaalat (lisa 2). Valimit uuriti järgmiste tunnuste osas: sugu, vanust, rahvust, haridust ja perekonnaseis. Kokku on uuritud 173 inimest vanuserühmades: (kuni 24; 25 – 30; 31 – 34; 35 – 40; 41 – 44; 45 – 50).

1. Viljatusalase psühholoogilise nõustamise eesmärgist ja selle vajalikkusest viljatusravi perioodil

Psühholoogilise nõustamise eesmärgid on mõista, toetada ja aidata lahendada viljatusest tulenevaid probleeme ning välja selgitada, kuidas nendega tulemuslikumalt toime tulla / tegeleda. Nõustamise ajal peab arvestama patsiendi ning mis tahes isiku vajadusi, keda menetlusprotsess võib mõjutada, ning otsuseid, mida tuleb teha. Psühholoogilise nõustamise funktsioonid ja/või eesmärgid võivad olla erinevad, olenevalt patsiendi elusituatsioonist (nt abielus, vallaline või lesbiline naine) ning soovitud ravimenetlusest (nt lootedoonorus, surrogaatema jne). Patsiendid võivad soovida psühholoogilist nõustamist ka eesmärgil, et saada abi ravi kestvuse või viibimise üle otsustamisel. Ent psühholoogilise nõustamise vältel puututakse sageli kokku ka raviprotsessiväliste teemadega. Seda võib rakendada selleks, et arutleda lapsevanemaks olemise alternatiive (nt adopteerimine) ja/või välja selgitada lastetu, kuid siiski mõtestatud ja nauditava elu elamise mooduseid. Viljatusravi meditsiiniliste protseduuride kontekstis eristatakse üldiselt järgmisi psühholoogilise nõustamise ülesandeid:

- 1) informatsiooni kogumine ja analüüs;
- 2) otsuste tegemise nõustamine;
- 3) toetav nõustamine ning
- 4) terapeutiline nõustamine.

Praktikas need ülesanded tihtipeale segunevad ja kattuvad (Strauss, Boivin 2001).

1.1. Informatsiooni kogumine, analüüs ja implikatsioonid ning otsuste tegemise nõustamine

B. Strauss ja J. Boivin (2001) arutlevad pikale praktikale toetudes selle üle, et ravimenetluse meditsiinilisi aspekte käsitleva vajaliku info tagamine on peamiselt arsti kohustus. Ent patsiendid konsulteerivad ka psühholoogiliste nõustajatega (iseseisvalt või kohustusliku konsultatsiooniprogrammi raames), et saada võimalikult palju infot viljatusraviga kaasnevate sotsiaalsete ja emotsionaalsete mõjude/probleemide kohta. Sageli on just psühholoogilise

nõustaja ülesandeks aidata patsiendil orienteeruda kogu vajalikus teabes, et teha ravi või lapsevanema rolli puudutav otsus. Kaasmõjudealase psühholoogilise nõustamise eesmärk on aidata asjaga seotud inimestel mõista neile pakutud tegevusplaaniga kaasnevaid asjaolusid ja võimalikke tagajärgi nii neile endile, nende perekondadele kui ka ravi tulemusena sündivaile lastele. Ehkki meditsiinilise teabe jagamine on eelkõige arsti ülesanne, peavad ka vaimse tervise spetsialistid orienteeruma protsessiga seotud meditsiinilistes küsimustes.

Infole ja kaasmõjudele keskenduv psühholoogiline nõustamine peab aitama patsiendil otsustada, milline tegevusplaan on tema puhul kõige sobivam ja tõhusam. Kõrvalmõjusid käsitlev psühholoogiline nõustamine peab keskenduma isikule vajaliku info spetsiifilistele tähendustele; samuti esile tooma ravimenetlusega seotud otsuste võimalikud tagajärjed, sh ravi edasilükkamise. Kõrvalmõjusid käsitlev psühholoogiline nõustamine võib osutada iseäranis oluliseks sperma- ja munarakudoonorluse ning nn surrogaatema kontekstis, ent see peaks olema ka mis tahes teistlaadi viljatusalase nõustamise osa.

1.2. Toetav nõustamine

Toetava psühholoogilise nõustamise eesmärk on pakkuda emotsionaalset abi stressi all kannatavatele patsientidele. Stress võib olla põhjustatud lapsesaamise soovist tulenevast frustratsioonist, sotsiaalsest ja perekondlikust survest, viljakustehnoloogia olemusest ja selle õnnestumise piiratud võimalustest. Niisugune stress motiveerib vajadust emotsionaalse toetuse järele paljudest allikatest (perekonnaliikmed, partner, tugirühmad). Ka raviprotsess võib esile kutsuda teatud stressi ja masenduse perioode, mis võivad tugevdada vajadust toetava nõustamise järele (Strauss, Boivin 2001), näiteks intensiivse analüüsi, ooteperioodide ja nurjunud rasestumiskatsete või ravimenetluse edasilükkamisega seotud vastuoluliste otsuste tegemise ajal, ravi lõppfaasis jne. Kui emotsionaalse abi tagamine peab olema mis tahes patsiendikeskse toetuse ja ravi osa, siis toetav psühholoogiline nõustamine peab keskenduma iseäranis neile probleemidele, millega patsiendid ise emotsionaalse (ja füüsilise) stressiga kokku puutudes võitlevad, ning uute toimetulekustrateegiate väljatöötamisele, mis aitaksid patsiendil stressirohke situatsiooniga toime tulla. Sageli vajavad patsiendid abi ka pärast ravi lõppemist, st siis, kui paar pole enam viljatusravi kliiniku patsiendid. Raviasutuste psühholoogiline nõustamisteenus peab seega olema välja töötatud sel moel, et paaridel oleks tagatud professionaalne abi võimalike kerkivate ja/või jätkuvate probleemide lahendamiseks ka pärast ravi lõppu.

1.3. Terapeutiline nõustamine

Viljatusealane psühholoogiline nõustamine võib sageli täheldada toetava psühholoogilise nõustamise sujuvat üleminekut terapeutiliseks nõustamiseks. Viimaste aastate jooksul on välja arendatud mitmeid terapeutilise nõustamise mudeleid (Burns, Covington 1999; Strauss, Boivin 2001), mis pakuvad suurt valikut nõustamismooduseid (nt individuaalne, paari- või grupinõustamine) ning abistamisstrateegiaid.

Terapeutiline nõustamine võib keskenduda:

- 1) üksikute probleemide ja (pere) mineviku arutlusele;
- 2) olukorraga kohanemisele;
- 3) viljatuse tähendusele ja mõjule, sh kurbuse leevendamisele;
- 4) alternatiivsete elulaadi puudutavate ja enesekesksete sihtide väljatöötamisele tuleviku tarbeks;
- 5) toimetulekustrateegiatega ja stressi maandavate strateegiatega väljaarendamisele;
- 6) probleemide ja vastuolude lahendamisele ja/või
- 7) spetsiifilistele teemadele, nagu seksuaalsed, abielulised jm inimestevahelised suhted.

Üldisem terapeutiline nõustamine võib ühendada toetavaid, toimetulekule orienteeritud ja probleeme lahendavaid strateegiaid (Strauss, Boivin 2001). Erialases kirjanduses kirjeldatud nõustamismudelite teoreetilised raamistikud varieeruvad, hõlmates psühhodünaamilist psühhoteraapiat, kriisiabi ja protsessist tuleneva stressi alast nõustamist (Applegarth 1999). Neil mudelitel põhinevat toetust võib välja töötada ja rakendada olenevalt olukorrast, kas enne ravi, selle jooksul või pärast selle lõpetamist.

J. Boivin, L. Scanlan ja S. M. Walker (1999) on seisukohal, et iga patsient võib kasutada psühholoogilist nõustamist viljatusravi perioodil ning kõiki patsiente tuleb toetada neile vajaliku abi leidmisel. Ent erialakirjanduses eristatakse mitmeid patsientide rühmi, kes vajavad spetsiaalselt kohandatud psühhosotsiaalset tuge. Nende hulka kuuluvad:

1. Patsiendid, kes kasutavad lapsevanemaks saamiseks doonorrakke, surrogaatema ja/või lapsendamist. Niinimetatud kolmanda osalise kaasamine kutsub esile psühholoogilisi reaktsioone ja teemasid, mida on psühholoogilise nõustamise ajal võimalik põhjalikumalt arutleda ja/või läbi töötada.
2. Tugeva stressi all olevad patsiendid. Stress väljendub harilikult depressiooni või ärevusena, ent võib avalduda ka mis tahes negatiivse emotsionaalse reaktsioonina. Patsiendid pöörduvad sageli psühholoogilise nõustaja poole siis, kui stress jõuab sellisele tasemele, et hakkab segama igapäevast elukorraldust. Umbes 15 – 20% viljatutest patsientidest kogeb sellisel tasemel stressi oma viljatuskogemuse teatud perioodil (Boivin jt 1999).
3. Patsiendid, kes arvatakse riskirühma nende psühholoogilise mineviku või käesoleva seisundi tõttu. S. R. Leiblum ja E. William (1993) leidsid, et enamik kliinikuid keeldus tegelemast ja/või pakkumast vajalikku psühholoogilist eelnõustamist patsientidele, kes tarvitasid mõnuaineid, kellel oli psühhiaatiline minevik (nt skisofreenia) või kognitiivne puue (nt sügav vaimne kahjustus); kelle abielu oli tõsiselt probleemne või kui ravis osalejate vahel valitses lahendamatu vastuolu. Patsientidele, kellel avastati kalduvusi lapsi väärkohelda, keelduti ravi osutamisest.
4. Patsiendid, kes vajavad viljatusravis mingit laadi geneetilist nõustamist (nt viljastamisele eelnevat geneetilist diagnoosi). Niisuguse patsiendi sooviks võib olla vältida geneetilise häire edasiandmist järeltulijale, teha doonorloote uuringuid ja/ning saada teavet tulevase lapse kohta (nt soo selekteerimine). Kõigi nende protseduuridega võivad kaasned psühholoogilised probleemid, mis võivad vajada põhjalikumaid uuringuid kui need, mis on kättesaadavad kliiniku tavapärasel psühhosotsiaalses toetuses (Burns, Covington 1999).

Tugeva stressi all kannatavate patsientide psühholoogilise nõustamise eesmärk määratakse osaliselt kindlaks psühholoogilise nõustaja kasutatava teoreetilise raamistiku alusel. Psühhodünaamilised käsitlused võivad tegeleda uuringutega, mil moel viljatuse poolt esile kutsutud lüüasaamis- ja tühjustunne äratav ellu mineviku nurjumisi, samas kui kognitiivne-käitumuslik vaatenurk võib keskenduda mõttemallide kohandamisele kujunenud olukorraga. Hoolimata teoreetilistest ja meetodilistest erinevustest on enamik psühholoogilisi nõustajaid

ühel meelel selles, et psühholoogilise nõustamise põhieesmärk on aidata patsiendil saavutada parem elukvaliteet (Boivin jt 1999). Patsientidele pakutava psühholoogilise nõustamise tüüp (nt individuaalne, paari- või rühmaviisiline) sõltub patsiendist, tema stressi põhjustaja(te)st ning viljatusravi kliiniku pakutavatest võimalustest/vahenditest.

Tugeva stressi all kannatavate patsientide psühholoogilise nõustamise sihid on:

- 1) võimaldada neil väljendada oma emotsioone;
- 2) kindlaks määrata stressi põhjustaja(d) ning
- 3) pakkuda psühholoogilisi sekkumisi stressi maandamiseks ning aidata patsientidel stressiga tõhusamalt toime tulla.

Sõltuvalt teoreetilisest raamistikust kasutatakse sihtide saavutamiseks erinevaid meetodeid, mille tulemusena peab patsient tunnetama, et teda mõistetakse, ning olema võimeline tõhusamalt vastu astuma väljakutsetele, mida viljatus ja selle ravimine esitavad (*ibid*).

2. Viljatuse all kannatavate patsientide psühholoogiline eripära

Sotsialiseerumise või mingi sisemise instinkti ajal püüab sugu jätkata umbes 90 – 95% naistest ja meestest, et mingil hetkel nooremas või keskmises täiskasvanueas lapsi saada (Ireland 1993). Kuigi enamik saavutab püüetes rasestuda edu esimese 12 kuu jooksul, on umbes 17% katsetest eostuda edutud, vastates seega meditsiinilisele terminile "viljatu" (Mosher 1987; Mosher, Pratt 1991; Ulbrich, Coyle, Llabre 1990). Viljatutel paaridel tuleb valida põhimõtteliselt kolme valikuvariandi vahel. Nad võivad lõpetada püüdmise last saada ja jääda lastetuks, võivad minna alternatiivse lapsevanemakssaamise teed, nagu näiteks saada kasuvanemateks või adopteerida, või püüavad leida meditsiinilist lahendust. Pole sugugi üllatav, et paljud neist, kes võivad endale lubada ravi maksumust, pöörduvad arstide poole, et lahendada oma viljakusprobleemi.

Lapsevanemaks saamise tee on aga täis väljakutseid. Meditsiinilised testid ja sekkumine on sageli aeganõudvad, kulukad ja valulikud (Corson 1999). Hormonaalravimid, mida tavaliselt kirjutatakse välja selleks, et stimuleerida ovulatsiooni või sperma tootmist, toovad endaga sageli kaasa kas lühi- või pikaajalisi kõrvalnähte (Daniluk, Fluker, 1995; Marrs, Hartz 1993). Toetudes erinevatele uurimustele, võib väita, et umbes 50% nendest, kes asuvad ravile, realiseerivad oma unistuse saada laps (McShane 1997; Mosher, Pratt 1991).

Sõltumata ravi tulemustest, võib olemasoleva kirjanduse põhjal oletada, et meditsiiniliste lahenduste otsimine on pikk ning pingestab partnerite omavahelist suhtlust. Harilikult kulutatakse mitmeid aastaid ja märkimisväärne osa oma sissetulekutest püüetele saada last. Viljatust käsitlev kirjandus on täis tõendeid märgatava pinge ja sissetungi kohta, mida kogevad inimesed ja paarid viljatusravi ajal (Greil 1991; Burns, Covington 1999). Viljatus ja selle meditsiiniline ravi mõjutavad negatiivselt enesehinnangut, psühholoogilist toimimist, abielulist ja seksuaalset rahulolu ning inimestevahelisi suhteid (Berg, Wilson 1991; Daniluk 1988; Menning 1988; Morrow, Thoreson, Penny 1995; Nachtigall, Becker Wozny 1992; Stanton, Dunkel-Schetter 1991; Wright, Allard, Lecours, Sabourin 1989; Wright jt 1991).

Psühholoogilised häired on eriti tavalised partneril, kes leitakse olevat paari probleemi allikas, ning paaridel, kelle viljatus jääb seletuseta (Abbey, Andrews, Halman 1991; Daniluk 1988). Samuti näitavad paljud tõendid, et naiste arvates on eriti häiriv viljatusproovide ja ravi sissetung nende ellu (Abbey jt 1991; Daniluk 1988; Nachtigall jt 1992; Ulbrich jt 1990; Wright jt 1989; Zucker 1999).

3. Viljatuse psühhosotsiaalsed tagajärjed

N. Schlossbergi, E. B. Watersi ja J. Goodmani (1995) järgi esitavad paljudest üleminekutest, mida mehed ja naised täiskasvanuea jooksul kogevad, kõige suuremat väljakutset tagasilöögid ning pettumust valmistavad olukorrad. Viljatus on just seesugune keeruline ja valulik olukord, mis paiskab mõned viljakushäiretega/viljatud inimesed ränka isiklikku ja eksistentsiaalsesse kriisi (Menning 1998). Iseäranis viljatuse raviga seotud aeganõudvad meditsiinilised uuringud ja protseduurid esitavad paari psühholoogilisele ja emotsionaalsele leidlikkusele abinõude rakendamisel ja heaolu tagamisel suuri nõudmisi, pöördides mõningate jaoks häiritud seksuaalse funktsioneerimise ja rahuldamatusega, abielulise suhtlemise ja kohandumise probleemidega, isikutevahelise suhte keerukusega ning emotsionaalse ja psühholoogilise masendusega (Abbey, Andrews, Halman 1991, 1994; Berg, Wilson 1991; Daniluk 1988; Koropatnick, Daniluk, Pattinson 1993; McEwan, Costello, Taylor 1987; Wright jt 1989, 1991).

Meditsiinilised raviprotseduurid on sageli seotud viha, reedetuse, jõetuse, isoleerituse, masenduse, vaenulikkuse ja alandatud eneseväärikuse tundega, kuna viljatud paarid püüavad toime tulla teadmise, et miski, mille teised – bioloogilised vanemad – saavutavad suhteliselt kergesti, võib neile eluks ajaks kättesaamatuks jääda (Abbey, Andrews, Halman 1991; Link, Darling 1986; Nachtigall, Becker, Wozny 1992; Ulbrich, Tremagliocoyle, Llabre 1990).

Viljatu eksistents esitab tõsise väljakutse indiviidi põhilistele seisukohtadele, mis on seotud õigluse, aususe ja elu mõttega (Daniluk 1991, 1997; Greil 1991; Mahlstedt 1985; Menning 1988). Mõned kogevad viljatust kui solvangut mitte ainult nende füüsilisele, vaid ka enesetunnetusele ning enamik seisab ravikatsete nurjumise puhul silmitsi keerulise identiteedi rekonstrueerimise ülesandega, mis ei sisalda bioloogiliseks vanemaks saamist (Berg, Wilson, Weingartner 1991; Daniluk 1997; Menning 1988). Paljud kogevad teravat kaotusevalu ja nukrust, kuna nad ei suuda ellu viia oma lootusi ega unistusi saada last, kes oleks nendevahelise armastuse tulemus (Mahlstedt 1985; Menning 1988).

Uuringud ja kliiniline kirjandus rõhutavad, et iseäranis naised näivad kogevat tugevat psühhosotsiaalset stressi, somaatilisi raskusi, alanenud eneseväärikust ja inimestevaheliste suhete tundlikkust viljatuse probleemiga kokku puutudes, sõltumata paari viljakusprobleemi allikast (Abbey, Andrews, Halman 1991, 1994; Andrews, Arbor 1991; Berg, Wilson 1990, 1991; Bernstein, Potts, Mattox 1985; Draye, Woods, Mitchell 1988; Greil 1991; Koropatnick, Daniluk, Pattinson 1993; Link, Darling 1986; McEwan, Costello, Taylor 1987; Nachtigall, Becker, Wozny 1992; Ulbrich, Tremagliocoyle, Llabre 1990), mis viib paratamatult oletusteni, et naised on lapsevanemaks saamise rohkem panustanud ning on seetõttu enam häiritud ravi tulemusest (McGrade, Tolor 1981). A. L. Greil (1991) on öelnud, et kahtlemata on naine see, kellel ei õnnestu rasedaks jääda ja kellel tuleb elada igakuise meeldetuletusega oma ebaõnnestumisest, mis end tema kehas ilmutab. Ning just viljatul naisel tuleb läbida enamik paari viljatuse tehnoloogilistest uuringutest ja raviprotseduuridest (nt mitmesugused genitaalsed uuringud, veretestid, basaaltemperatuuri mõõtmised, laparoskoopia, hüsteroskoopia, endomeetiline biopsia, ovulatsiooni uuringud jne).

Sotsiaalne kontekst ja ootused on samuti olulised, sest "avaldab [ju] iga emakssaamise katse nurjumine negatiivset mõju, kuna bioloogilise paljunemise ebaõnnestumine on kui soorolli täitmata jätmine" (Nachtigall, Becker, Wozny 1992: 119).

Paljud viljatuse psühhosotsiaalseid tagajärgi lahkavad kvantitatiivsed uuringud on võimaldanud paljudel meedikutel oletada, et isadus mängib meeste elus vähemtähtsat rolli, mistõttu mehed on viljatuse uuringuis ja ravis väiksemal määral tegevad. Ometi on tõstatatud küsimusi standardiseeritud vahendite kohta, mida üldiselt kasutatakse meeste ja naiste viljatusega seotud reageeringute uurimisel. Need vahendid võivad olla tundlikumad naiste reageeringutele ja väljendustele viljatuse suhtes (Abbey, Andrews, Halman 1991; Berg, Wilson, Weingartner 1991; Daniluk 1997; Nachtigall, Becker, Wozny 1992; Newton, Houle 1993). B. J. Bergi jt (1991: 1078) andmeil "on meeste ja naiste viljatusega kaasnev stress erinevat laadi". Paljude kättesaadavate uuringute tulemused, mis toetavad naiste suurema üldise stressi teooriat, võivad peegeldada erinevusi moodustes, kuidas mehed ja naised on kohandunud negatiivse mõjuga toimetulekuga" (Abbey jt 1991: 298).

Vaid üksikuid uuringuid on tehtud eesmärgiga uurida meeste reageeringuid viljatusele (Berger 1980; Feuer 1983; Kedem jt 1990; MacNab 1986), mille tulemuste põhjal võib öelda, et viljatuse kogemus võib tõepoolest paljudele meestele keerulise väljakutse esitada – eriti

neile, kellel on diagnoositud sigimatus (Mason 1993; Nachtigall, Becker, Wozny 1992). 36 viljatu paariga tehtud mitmetahuliste küsitluste põhjaliku analüüsi alusel väidavad R. D. Nachtigall, G. Becker ja M. Wozny (1992: 116), et "sigimatusfaktoriga mehed kogesid viljatusega seoses negatiivsemat emotsionaalset reaktsiooni kui sigimisvõimelised mehed. Valdavad tunded on häbi, ebaõnnestumine ja eneseväarikuse langus." Paraku pole senini avaldatud ühtegi uurimust, mis käsitleks põhjalikult meeste kogemusi nende paaride puhul, kus viljatuse ainupõhjustajaks on mehe sigimatus. Arvestades meheliku faktoriga seonduvate probleemide sagedat esinemist ja suhteliselt nappi teavet selle kohta, kuidas mehed oma diagnoosiga toime tulevad ja lepivad, on sellealase põhjaliku ja kvalitatiivse uuringu korraldamine igati õigustatud.

4. Uurimuslik osa

Käesolevas peatükis käsitletakse empiirilise uurimuse tulemusi, uurimus korraldati koostöös Rahvastikuminiistri bürooga kõigis Eesti viljatusraviteenust pakkuvates kliinikutes.

4.1. Uurimuse eesmärk, ülesanded ja hüpoteesid

Toetudes positivistlikule paradigmale oli empiirilise uurimuse eesmärk kvantitatiivse meetodi abil välja selgitada viljakushäirete all kannatavate patsientide demograafilised andmed, psühholoogilise abi kasutamise vajadus ja tähtsus, vajadused paremaks vaimseks toimetulekuks. Antud projekti raames püüti vastust leida kõigile eespool nimetatud psühholoogilistele probleemidele tahtmatult viljatute seas k.a diagnoosi, valu, sotsiaalse surve, häbi, süütunde, seksuaalsuse ja abielu probleemide esinemist.

Uurimuse läbiviia Virzinja Kotkas püstitas järgmised hüpoteesid:

- 1) mida madalam on patsiendi enesehinnang, seda rohkem vajab ta psühholoogilist nõustamist viljatusravi perioodil;
- 2) partneri ettepanek viljatusravi alustamiseks tekitab teises partneris süütunnet.

Et saada vastused esitatud küsimustele koostas Virzinja Kotkas küsimustiku, mis koosnes 24 küsimusest (lisa 1). Vastata oli võimalik nii teenuse tarbijatel kui ka nendel, kel puudus varasem kokkupuude nimetatud valdkonnaga. Küsimustikule oli lisatud M. Rosenbergi enesehinnanguskaala, mida kasutati esimese hüpoteesi kontrollimiseks (lisa 2).

4.2. Valim ja meetodid

Kõigis Eesti viljatusraviteenust pakkuvates kliinikutes paluti arsti vastuvõtule tulnud patsiendil ja nende partneritel täita küsimustik.

Need kliinikud olid:

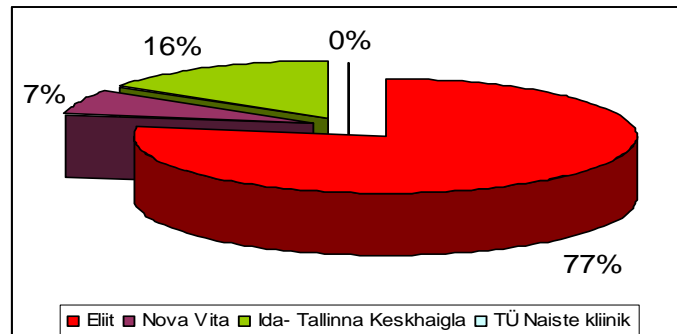
- 1) Nova Vita Kliinik, Kaluri tee 5a, Haabneeme alev, Viimsi, 74001 Harjumaa;
- 2) Ida - Tallinna Kesksaigla Naistekliinik, Ravi 18, 10138 Tallinn;
- 3) TÜ Naistekliinik, Lossi 36, Toomemäe, Tartu;
- 4) Elite Kliinik, Sangla 63, 50407 Tartu.

Küsitlus korraldati ajavahemikul 14. märts kuni 31. oktoober 2005. Valimit uuriti järgmiste tunnuste osas:

- 1) sugu;
- 2) rahvus;
- 3) vanus, mis oli jaotatud kuueks vanuserühmaks (kuni 24; 25 – 30; 31 – 34; 35 – 40; 41 – 44; 45 – 50);
- 4) haridus;
- 5) perekonna seis.

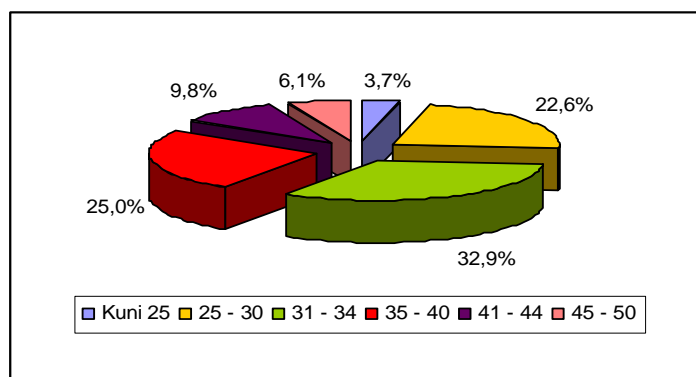
4.3. Uurimuse tulemused ja analüüs

Kokku oli vastanuid 173, kes jaotusid kliinikute lõikes järgnevalt (joonis 1). Kahjuks ei õnnestunud TÜ Naistekliinikust tagasi saada ühtki ankeeti.



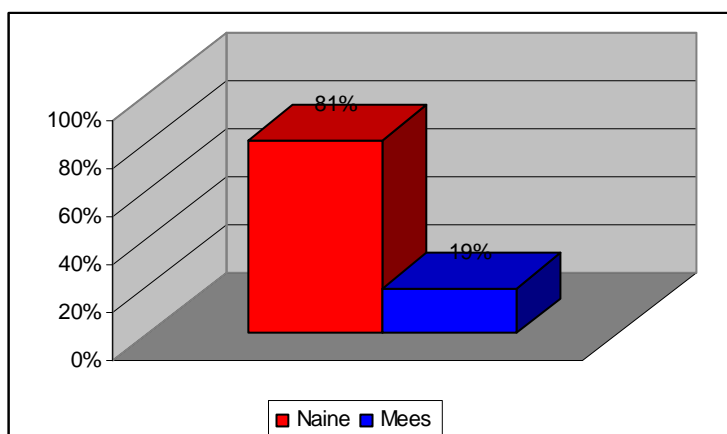
Joonis 1. Vastanute jaotuvus kliinikute lõikes.

Arvestades üldist viljatusravi vajavate inimeste arvu Eestis on tegemist esindusliku valimiga. Vastajate keskmine vanus on 31-34 aastat ja nad jaotuvad vanusgrupiti järgmiselt (joonis 2):



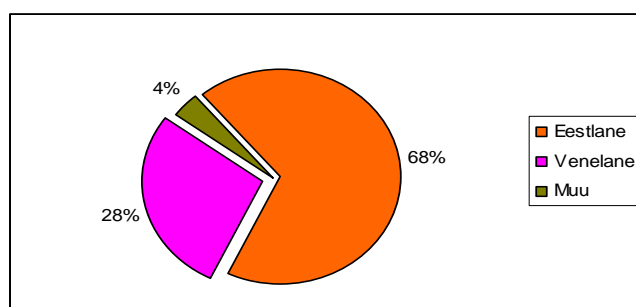
Joonis 2. Vastanute vanuseline jaotus (n = 173).

81% vastanutest olid naised ja 19% mehed (joonis 3). Naiste ülekaal vastanute seas viitab sellele, et mehed pöörduvad harvemini viljakuskliinikusse kui naised. Samas võib antud tulemus tuleneda sellest, et enamused protseduure, mis tuleb viljatusravi vältel läbi teha on enamasti suunatud naistele.



Joonis 3. Sooline jaotuvus.

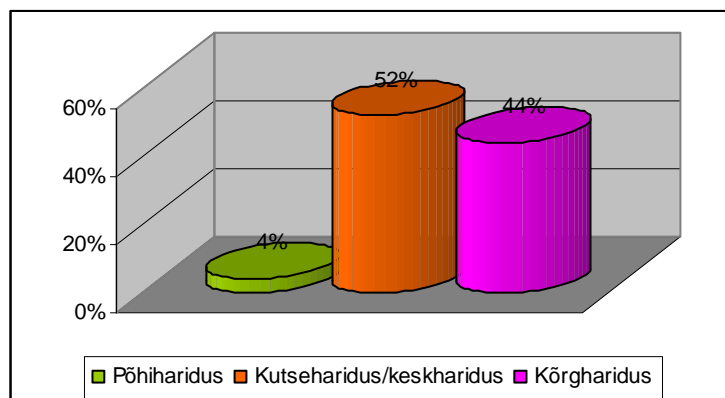
Rahvuse lõikes jaotusid vastanud järgmiselt: 68% eestlased, 28% venelased. Vastanute sekka sattusid ka 2 lätlast, üks sakslane ja 3 leedulast, kes kõik külastasid kliinikut Eliit, mis viitab sellele tuntusele ka väljaspool Eestit.



Joonis 4. Rahvuslik jaotuvus vastanute seas.

97% vastanutest on kas abielus (51%) või vabaabielus (46%), mis viitab sellele, et neil on olemas kindel kooseluvorm, mis on üheks aluseks korraliku perekonna kujunemisele. Seega võib nende andmete järgi oletada, et eduka viljatusravi ja lapse sünni korral on talle olemas ka korralik kodu ja perekond. Vastanute tausta arvesse võttes, oleks riigil rahaliselt mõttekas viljatusravi toetada. Kui aga viljatusravi teatud tingimustel tasuta pakkuda, võib vastanute kontingent muutuda. Märkimisväärne siinkohal on aga see, et põhi- (67%) ja kõrgharidusega (56%) vastanute seas on rohkem abielus elavaid paare kui kesk- ja kutseharidusega (47%) vastanute seas.

Haridustaseme lõikes jagunesid vastanud järgmiselt: 52% kutse- või keskhariidusega, 44% kõrgharidusega ja 4% põhiharidusega (joonis 5). See, miks põhiharidusega viljatusravil käijaid vähe on, võib tuleneda sellest, et põhiharidusega inimesed on väiksema ostujõuga ja ei leia võimalust viljatusravi eest tasumiseks või ei soovi majanduslikel põhjustel lapsi kasvatada. Samas võib mängida siinkohal rolli ka põhiharidusega inimeste vähene teadlikkuse viljatusravi võimalustest. Et viimasel ajal on valitsuste prioriteediks sündimuse suurendamine, siis tasuks mõelda viljatusravi kompenseerimisele suuremas osas või teatud tingimustel kulude täielikule hüvitamisele (nt vähese sissetuleku korral). Et viljatusravi puhul on psühholoogiline nõustamine teatud tingimustel rasestumiseks määrava tähtsusega, siis tähendaks abita jäämine järjekordset sündimata last.



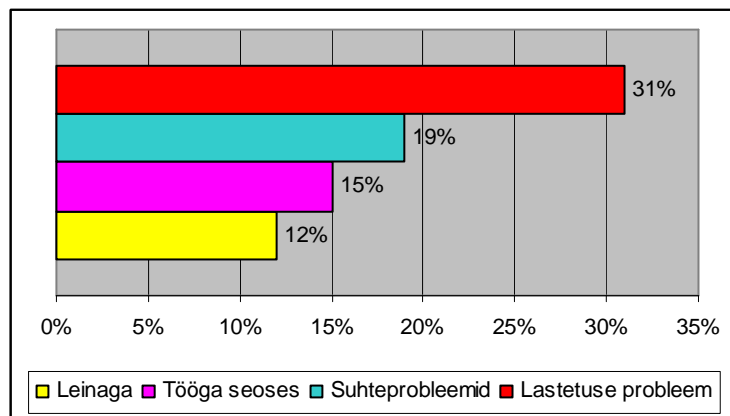
Joonis 5. Hariduslik jaotuvus.

Viljatusravi ja sellega seonduvate psühholoogilise nõustamise kulude riigipoolset katmist on soovitanud mitmed patsiendid. Omaette küsimus on, kas põhiharidusega ema või isa suudab tagada piisava pere sissetuleku, et oma palgaga tublid ühiskonnaliikmed üles kasvatada, kes hakkavad samuti tööl käima ja riigile makse maksma.

4.4. Uurimuse tulemused tunnuste jaotuse järgi

Varasem psühholoogi juurde pöördumise kogemus

Varem on psühholoogi juurde pöördunud 13% vastanutest. Pöördumise põhjustena on mainitud nii lastetuse probleemi (31%) kui ka suhteprobleemide puhul lähedaste ning tuttavatega (19%), tööga (15%) ja leinaga (12%) (joonis 6). Praktiliselt kõik psühholoogi juurde pöördujad on seda teinud üksi, välja arvatud üks perenõustamist saanud vastaja. Sealjuures on ootuspärane tulemus, et naiste seas (15%) on rohkem psühholoogi poole pöördujaid, kui meeste seas (3%), sest selline tendents on kogu Eesti elanikkonnas.

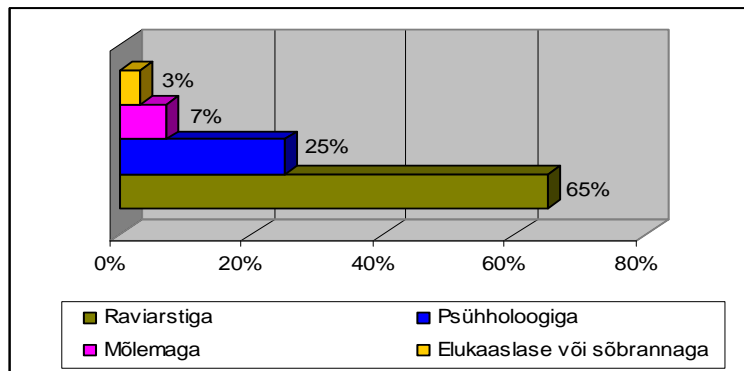


Joonis 6. Psühholoogi vastuvõtule pöördumise põhjused.

51%le vastajatest on selgitatud enne viljatusravi alustamist võimalikke psühholoogilisi raskusi ja takistusi, mis võivad ravi ajal esile kerkida. Sealjuures on Nova Vita kliinikus ja ITKs vastava selgituse osakaal 58% ja Eliit kliinikus 49%. Mõnedele vastanutele on selgitusi jagatud kirjalikult. Ülejäänud 49%, kellele pole võimalikke psühholoogilisi raskusi selgitatud aga viitavad puudujäägile raviarstide töös.

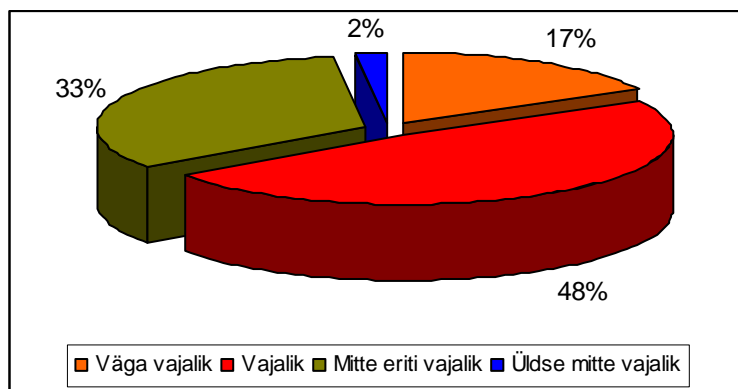
65% vastanutest eelistab tekkivaid psühholoogilisi probleeme arutada raviarstiga. 25% psühholoogiga, 7% mõlemaga ja 3% elukaaslase või sõbrannaga (joonis 7). Üks vastanu eelistab psühholoogilisi probleeme arutada varem viljatusravi saanud inimesega, kuid tõenäoselt oleks sellise eelistuse tegijaid rohkem, kui see oleks ankeedis eraldi vastusevariandina välja pakutud. Võrreldes psühholoogilise nõustamise eelistajate osakaalu varem psühholoogi juures käinud vastanute osakaaluga võib teha järelduse, et viljatusprobleemidega inimeste seas on vajadus psühholoogilise abi järele suurem (25%) kui kogu elanikkonnas (13% vastanutest). Edukalt toimivad anonüümsete alkohoolikute grupid,

mida juhvivad endised alkohoolikud, samamoodi suitsetamisest loobuda soovijate grupid jt. Seega võivad ka viljatusravi saajate grupid sarnasel kujul toimida.



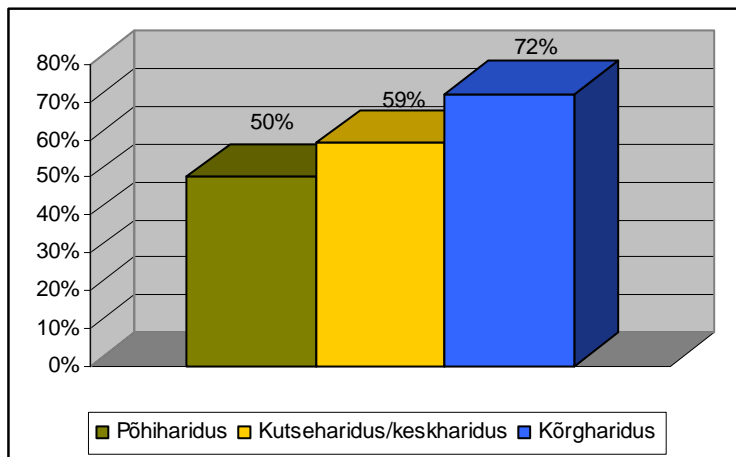
Joonis 7. Kellega eelistaksite tekkivaid psühholoogilisi probleeme arutada.

65% vastanutest leiab, et psühholoogiline nõustamine on vajalik (48%) või väga vajalik (17%). Vaid 35% leiavad, et nõustamine pole eriti vajalik (33%) või üldse mitte vajalik (2%) (joonis 8). Ka viimased eelistavad tekkinud probleeme arutada pigem raviarsti kui psühholoogiga, sest arst on see kes saab füüsiliste komplikatsioonide puhul abistada, küll aga leiab enamus, et hingeline abi on siiski vajalik. Küsimuseks on siinkohal missugusel kujul see kõige efektiivsem on: individuaalne nõustamine, pereteraapia, grupiteraapia vormis.



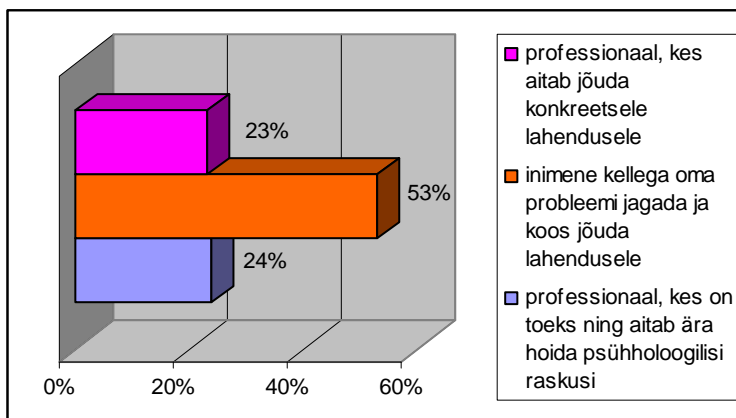
Joonis 8. Kas psühholoogiline nõustamine on Teie meelest.

Huvitav on, et nooremate (25-30-aastased) vastanute seas on rohkem neid, kes leiavad, et psühholoogiline nõustamine on vajalik (70%) kui 31-34 aastaste seas (55%). Võimalik, et nooremad usuvad rohkem psühholoogilise abi võimalikusesse. Märkimisväärne on erinevus suhtumises psühholoogilise nõustamise vajalikkusse ka hariduse lõikes (joonis 9): põhiharidus (50%), kesk- või kutseharidus (59%), kõrgharidus (72%). Sealjuures on abielus olevate vastanute seas rohkem (33%) neid, kes eelistavad probleeme arutada psühholoogiga mitte raviarstiga, kui vabaabielus elavate vastanute seas (15%).



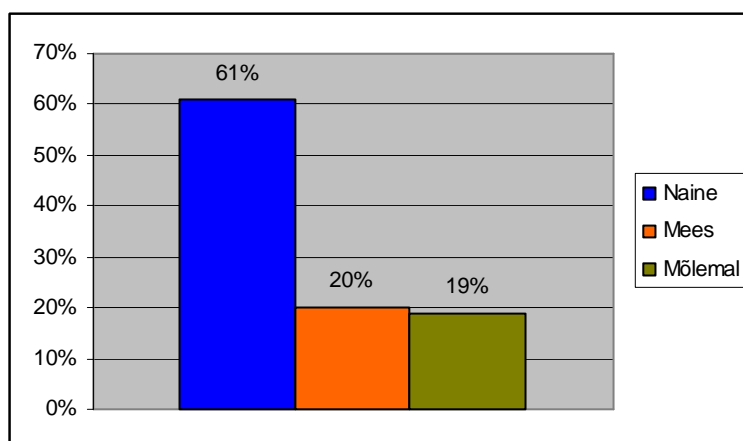
Joonis 9. Kuidas te suhtute psühholoogilise nõustamise vajalikkusse.

Enamik (53%) näeb viljatusravi puhul psühholoogi rollina inimest, kellega saab probleemi jagada ja koos lahenduseni jõuda. 23% näeb psühholoogi, kui professionaali, kes aitab konkreetsele lahendusele jõuda ja 24% arvates on psühholoogi rolliks olla professionaal, kes on toeks ja aitab psühholoogilisi raskusi ära hoida (joonis 10).



Joonis 10. Millisena näete psühholoogi rolli.

Vastanute järgi esineb 61% juhtudest viljatusprobleem naisel, 20% juhtudest mehel ja 19% juhtudest mõlemal (joonis 11). Et tegemist on Eesti osas esindusliku valimiga, võib oletada samasuguse tendentsi esinemist kogu Eestis.



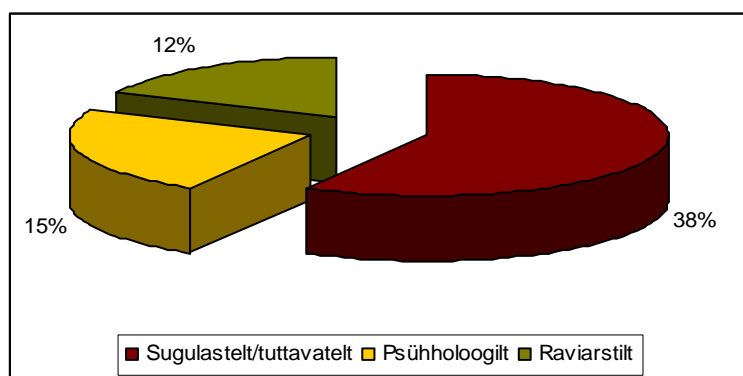
Joonis 11. Viljatus probleemi esinemine soolises lõikes.

Raviarsti toetus

Peaaegu kõik vastanud usaldavad oma raviarsti (91%) ja saavad viljatusega kaasnevaid probleeme arutada (88%). Ülejäänud vastanud ei oska raviarsti usaldusväärsuses seisukohta võtta.

Sugulaste, tuttavate toetus

62% vastanutest saavad viljatusravi kestel tuge sugulastelt ja/või tuttavatelt. 54% arvates, on lähedastega viljakushäiretest rääkimine kerge (17%) või mitte eriti raske (37%). Seega vajavad vähemalt 38% vastanutest toetust mujalt, sest nende lähedased või tuttavad seda neile ei paku (joonis 12). 20% leiavad, et viljakushäirest rääkimine lähedaste või tuttavatega on raske, 13% arvates on see väga raske ja 13% arvates võimatu. Sealjuures on venelaste seas rohkem neid, kellel on raske sugulastega viljatusprobleeme arutada (53%) kui eestlastel (40%). Sealjuures leiavad mehed rohkem, et lähedastega viljatusest rääkimine on raske (68%) kui naised (41%). Seega üle kolmandiku viljatusprobleemiga inimestest vajavad nii arsti kui ka psühholoogi abi.

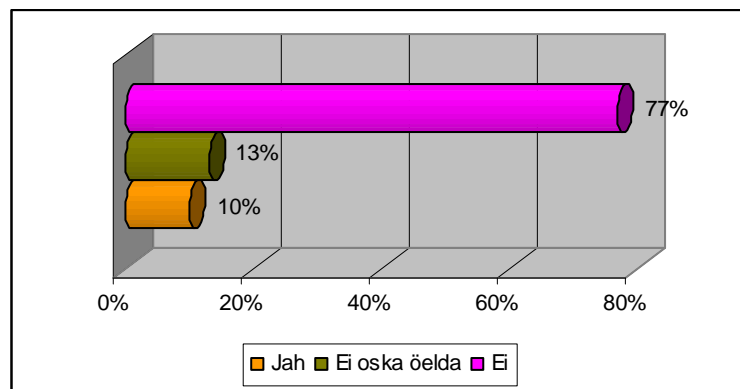


Joonis 12. Osakaal vastanutest, kes ei saa abi.

Samas need, kes ei saa toetust sugulastelt/tuttavatelt, saavad seda kas raviarstilt või psühholoogilt. Psühholoogilt abi mittedaajad, saavad tuge kas raviarstilt või sugulastelt/tuttavatelt. Aga eelpool olevad andmed näitavad, et psühholoogiline abi on siiski väga vajalik.

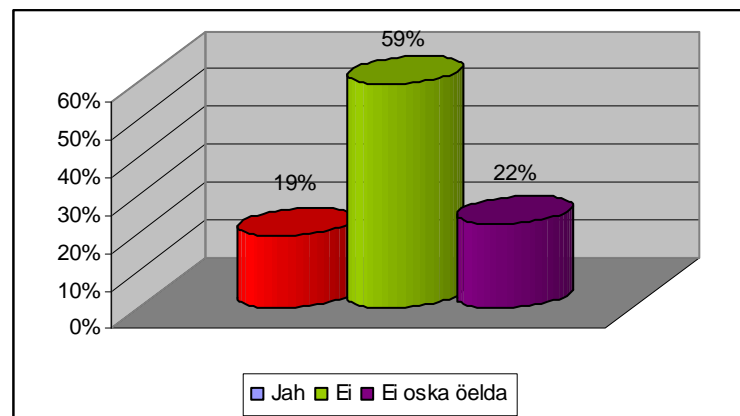
Viljakushäire tõttu tekkinud probleemid

10% vastanutest on tundnud ebamugavust suheldes laste või nende vanematega. 13% ei oska selles osas seisukohta võtta ja 77% pole tundnud selles ebamugavustunnet (joonis 13).



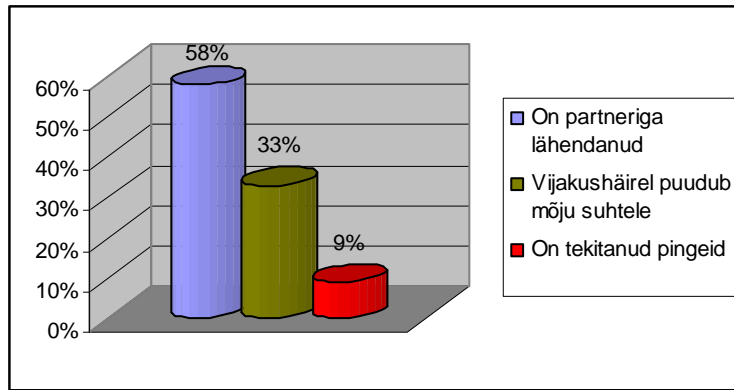
Joonis 13. Kas Te tunnete ebamugavust, suheldes laste või nende vanematega.

19% leiab, et nende seksuaalelu spontaansus on viljakushäire tõttu vähenenud. Samas 22% ei oska selles küsimuses seisukohta võtta ja 59% leiab, et viljakusprobleem pole nende seksuaalelu mõjutanud (joonis 14).



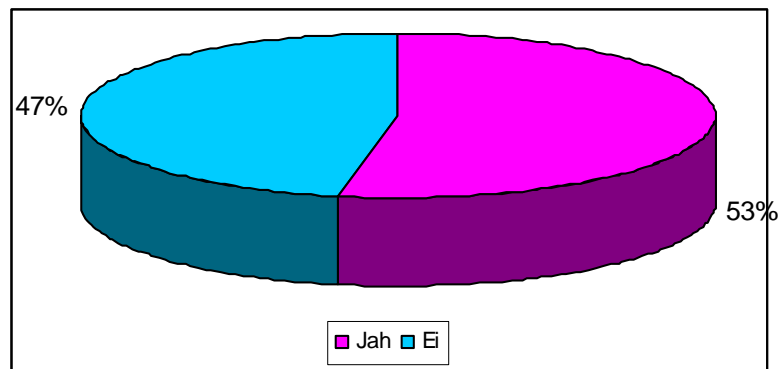
Joonis 14. Kas Teie seksuaalelu spontaansus on vähenenud viljakushäire tõttu.

58% leiavad, et viljakusprobleem on teda partneriga lähendanud, sest lapsesaamine on ühine soov ja ettevõtmine. 33% leiab, et viljakushäirel nende suhtele mõju pole, kuid 9% tunnistab, et see on pingeid tekitanud (joonis 15).



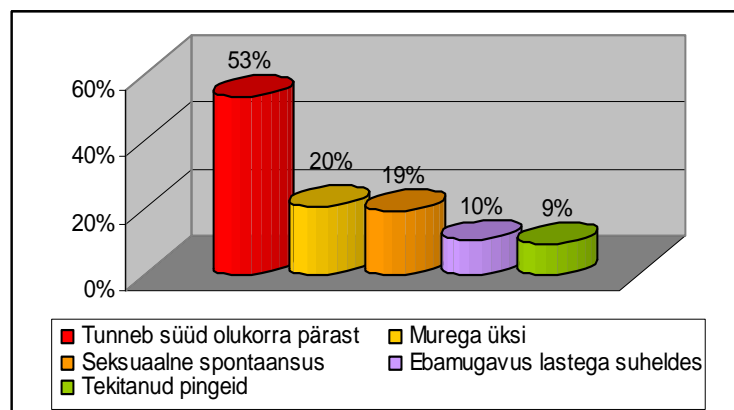
Joonis 15. Millist mõju on viljakusprobleem avaldanud Teie suhtele oma partneriga.

20% vastanutest tunneb, et on murega üksi, 80%l seda probleemi pole. 53% tunnistab, et ta on tundnud ennast süüdi tekkinud olukorra pärast. 47% nii ei ole tundnud (joonis 16).



Joonis 16. Kas Teid valdab mõnikord süütunne tekkinud olukorra pärast.

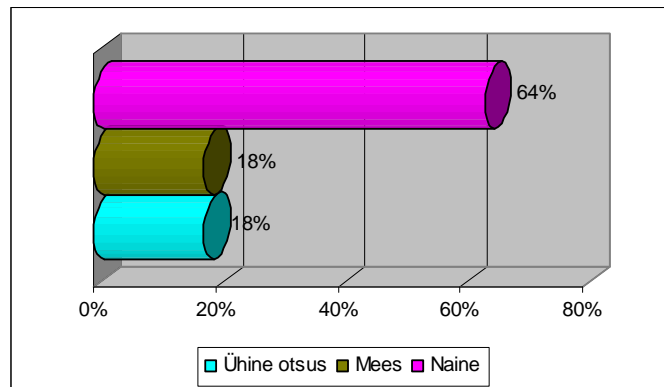
Viljakusprobleemiga inimesel on psühholoogilist abi vaja eelkõige süütunde ohjeldamiseks ja mure leevendamiseks ja seksuaalpsühholoogiliseks nõustamiseks (joonis 17).



Joonis 17. Vastanute osakaal, kellel on tekkinud probleeme viljatuse tõttu.

Kes teeb ettepaneku raviga alustada?

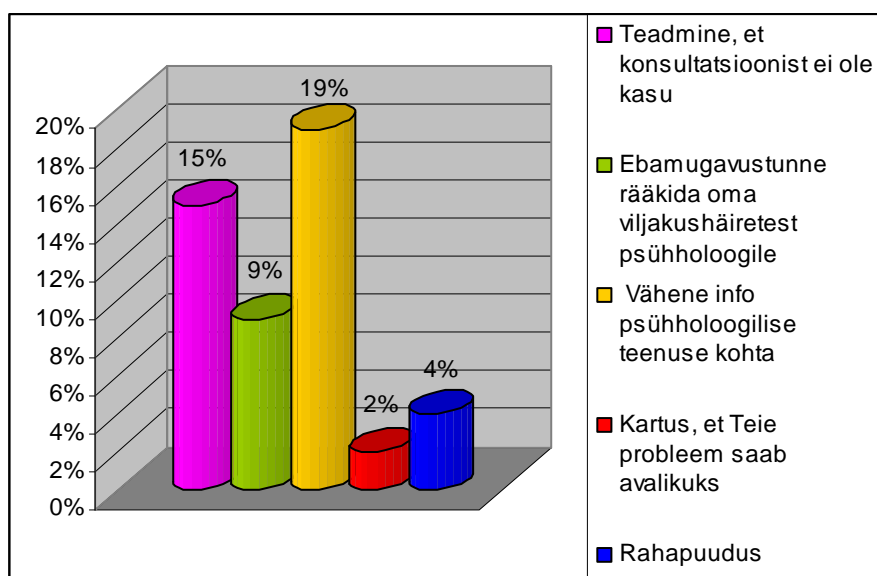
Vastanute järgi on 64% juhtudest teinud ettepaneku raviga alustada naine, 18% juhtudest mees ja 18% juhtudest mõlemad (joonis 18).



Joonis 18. Kelle ettepanek oli alustada viljatusravi.

Takistused psühholoogi poole pöördumisel

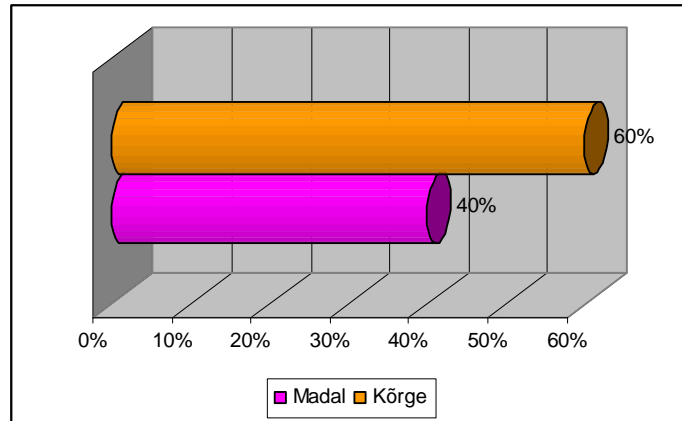
43% leiab, et neil takistusi psühholoogi juurde pöördumisel pole. Kõige suuremaks takistuseks peetakse vähest infot psühholoogilise teenuse kohta (19%), mõnevõrra vähemesinevaks takistuseks on arvamus, et konsultatsioonist pole kasu (15%). 9% vastanutest tunneb ebamugavust viljakushäirest psühholoogile rääkides, 4% on tõsiseks takistuseks rahapuudus ja 2% kardab, et probleem saab avalikuks (joonis 19).



Joonis 19. Osakaal vastanuid, kes leiavad takistusena psühholoogi poole pöördumisel.

Madal/kõrge enesehinnang ja seosed teiste näitajatega

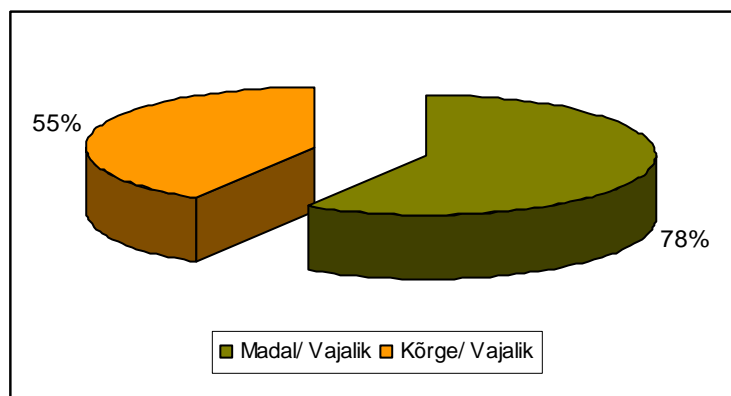
Et keskmine summa M. Rosenbergi enesehinnangu skaalal oli 32,4 siis lähtume sellest, et alla 32se summaga vastanutel on pigem madal enesehinnang ja alates 32st on vastanu pigem kõrge enesehinnanguga. Selle klassifikatsiooni järgi on madala enesehinnanguga vastajaid 40% ja kõrge enesehinnanguga 60% (joonis 20).



Joonis 20. Enesehinnang (n=173)

Sealjuures on eestlaste vastavad näitajaid 37% ja 63%, venelastel aga 47% ja 53%. Seega on venelaste seas rohkem madala enesehinnanguga vastanuid, mis võib tuleneda raskustest hea töö leidmisel, toimetulekul jms.

Uurides seost enesehinnangu klassifikatsiooni ja vastajate arvamust psühholoogilise nõustamise vajalikkuse kohta viljatusravi puhul selgub, et madala enesehinnanguga inimestest 78% leiavad, et psühholoogiline nõustamine on viljatusravi puhul vajalik. Samas kõrge enesehinnanguga inimestest leiavad sama vaid 55% (joonis 21). Madala enesehinnanguga inimeste seas on ka rohkem varem psühholoogilist nõustamist saanud (20%), kui kõrge enesehinnanguga inimeste seas (10%).



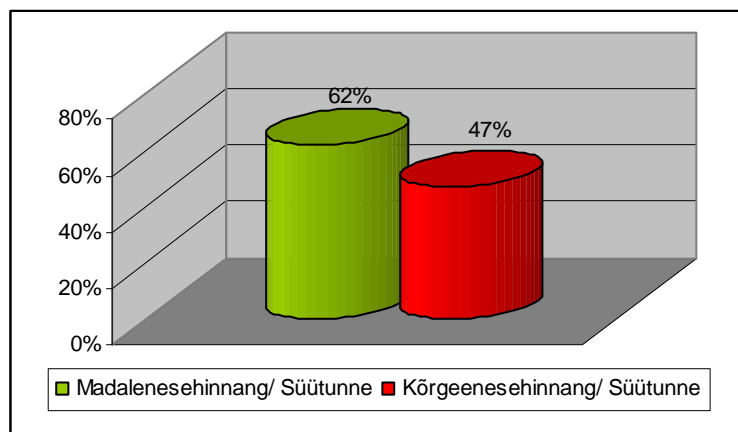
Joonis 21. Enesehinnangu ja psühholoogilise nõustamise vaheline suhe.

Madala enesehinnanguga vastanute seas leiavad 82%, et neil on võimalik raviarstiga viljatusprobleemi arutada, kõrge enesehinnanguga vastanute seas aga 93%. Madala enesehinnanguga vastanute seas saavad tuge sugulastelt/tuttavatelt 70%, kõrge enesehinnanguga vastanute seas 57%. Seega madala enesehinnanguga inimesed sõltuvad rohkem lähedaste toest ja samas kasutavad rohkem ka psühholoogi teenuseid, kui kõrge enesehinnanguga inimesed.

Uuringu tulemused näitavad, et kõrgema haridusega inimeste seas on ka rohkem kõrget enesehinnangut (72%) võrreldes kesk- ja kutsehariduse (50%) ja põhiharidusega inimestega (50%).

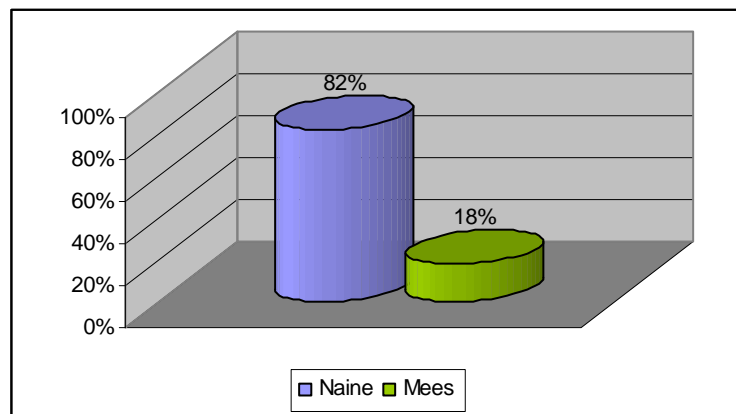
Madala enesehinnanguga vastanutest tunneb viljakushäire tõttu 22% ebamugavust laste ja nende vanematega suheldes, kõrge enesehinnanguga vastanutest vaid 3%. Murega üksi tunneb end madala enesehinnanguga vastanute seas 29%, kõrge enesehinnanguga vastanute seas 12%. Seksuaalelu spontaansus on vähenenud madala enesehinnanguga vastanute seas 26% ja kõrge enesehinnangute vastanute seas 17%. Samuti on madala enesehinnangute vastanute seas rohkem süütunnet kogunud inimesi (62%), kui kõrge enesehinnanguga vastanute seas (47%). Seega on madal enesehinnang oluline hingelise abi ja toetuse vajadust suurendav faktor (joonis 22).

Antud järeldustele toetudes leiab Virzinja Kotkase poolt püstitatud esimene hüpotees kinnitust- madalama enesehinnanguga patsiendid vajavad viljatusravi perioodil rohkem psühholoogilist nõustamist.



Joonis 22. Enesehinnangu ja süütunde vaheline suhe.

Kui naine teeb ettepaneku raviga alustada, siis on 82% juhtudest olnud süütunne naistel, 18% juhtudest meestel (joonis 23). Kui mees teeb ettepaneku raviga alustada, siis 88% juhtudest on süütunne naistel ja 12% juhtudest meestel. Kui mõlemad jõuavad ühiselt seisukohani, et tuleb raviga alustada, siis 75% juhtudes on süütunne naistel ja 25% juhtudest meestel. Seega, kui süütunne seoses viljatusprobleemiga tekib, esineb see pigem naisel. Antud järeldusele toetudes võib väita, et teisele hüpoteesile ei leidnud Virzinja Kotkas kinnitust, st. partneri ettepanek viljatusravi alustamiseks ei tekita teises partneris süütunnet.



Joonis 23. Süütunde esinemine soolises lõikes.

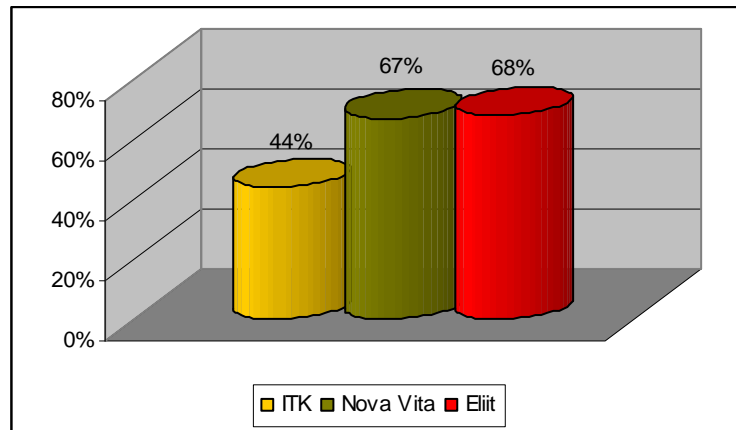
Kui naisel on viljakusprobleem, siis on süütunne 90% juhtudest naisel. Kui mehel on viljakusprobleem, siis on süütunne 58% juhtudest naisel ja 42% juhtudest mehel. Kui mõlemal on viljakusprobleem, siis on 73% juhtudest süütunne naisel ja 27% juhtudest mehel. Seega mõjutab asjaolu, kellel on viljakusprobleem mõnevõrra ka seda, kes süütunnet kogunud on.

Tulemused kliinikute lõikes

ITK on külastanud rohkem vabaabielus olevaid patsiente (56%) kui kliinikuid Nova Vita (42%) ja Eliit (45%). Eliiti külastanud patsientide seas on rohkem neid patsiente, kes varem psühholoogi juures käinud (14%) võrreldes Nova Vita (8%) ja ITKga (7%). Samas aga on Eliidis mõnevõrra vähem neid patsiente (49%), kellele on selgitatud raskusi, mis viljatusraviga võivad kaasneda võrreldes teiste kliinikute 58%ga.

ITK (100%) ja Eliidi (61%) patsientidest soovivad enamuses arutada ettetulevaid probleeme raviarstiga, kuid Nova Vita kliendid eelistavad pigem psühholoogi (55%). ITK patsientide

seas on vähem neid, kes peavad psühholoogilist nõustamist viljatusravi puhul oluliseks (44%), kui Nova Vita (67%) ja Eliidi (68%) klientide seas (joonis 24).

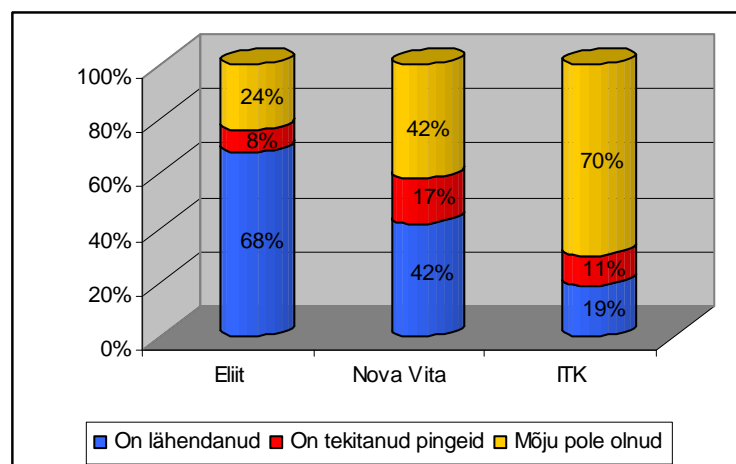


Joonis 24. Kas psühholoogiline nõustamine on viljatusravi puhul oluline.

Nova Vita kliiniku klientide seas on 83% neid, kellel ei ole raske viljatusprobleemist lähedastega rääkida, Eliidi klientides seas (51%) ja ITK patsientide seas (56%).

Nova Vita klientide seas on rohkem kõrge enesehinnanguga inimesi (73%) kui ITK (64%) ja Eliidi (59%) patsientide seas. Nova Vita patsientidest ei ole 92% tundnud ebamugavust laste ja nende vanematega suhtlemisel, Eliidi klientide sama näitaja on 76%, ja ITK külastajatel 74%. Nova Vita klientidest ei tunne murega üksi olevat 92%, ITK ja Eliidi patsientidest vastavalt 85% ja 76%. Süütunnet kogunud inimeste osakaal on suurem Eliidi patsientide seas (59%) ja madalam Nova Vita (36%) ja ITK (35%) klientide seas.

Viljatusprobleem on paarisuhet mõjutanud kliinikute lõikes erinevalt (joonis 25):



Joonis 25. Kuidas on viljakusprobleem mõjutanud paarisuhet.

Üldine kliinikute patsientide iseloomustus

Nova Vita:

Kliendid peavad psühholoogilist nõustamist oluliseks ja eelistavad esinevaid probleeme arutada pigem psühholoogiga. Neil ei ole raske viljatusprobleemist lähedastega rääkida ja nende seas on vähem madala enesehinnanguga inimesi. Patsientidel esineb vähem viljatusprobleemist tulenevaid komplikatsioone nagu ebamugavus laste ja nende vanematega suhtlemisel ning murega üksi olemise tunne. Võrreldes teiste kliinikutega on Nova Vita klientide seas rohkem neid, kellel on viljatusprobleem tekitanud pingeid paarisuhtes.

Eliit:

Klientide seas on rohkem varasemalt psühholoogi juures käinud patsiente, kuid samas teavitatakse Eliidi kliente vähem võimalikest psühholoogilistest raskustest. Nad peavad psühholoogilist nõustamist viljatusravi puhul oluliseks aga samas eelistavad pigem arutada ettetulevaid probleeme raviarstiga. Teiste kliinikute patsientidega võrreldes on neil mõnevõrra raskem lähedastega viljatusprobleemist rääkida, tunnevad suhteliselt rohkem murega üksi olevat ja neil esineb rohkem madalat enesehinnangut. Samas on viljatusprobleem mõjunud pigem paarisuhtet lähendavana.

ITK:

Klientide seas on suhteliselt rohkem vabaabielus olevaid inimesi, vähem varasemalt psühholoogi juures käinuid. Nad peavad psühholoogilist nõustamist vähetähtsaks ja eelistavad ettetulevaid probleeme arutada eranditult raviarstiga. Kliinikuga Eliit võrreldes on ITK klientide seas samas suurusjärgus inimesi, kellel ei ole raske lähedastega viljatusprobleemist rääkida (ligi pooled), kes ei tunne ebamugavust laste ja nende vanematega suhtlemisel ja kellel on pigem kõrge enesehinnang. Murega üksi tundjate osakaal jääb Nova Vita ja Eliidi kliinikute vahele. Paarisuhtele pole viljatusprobleemil pigem mõju olnud.

KOKKUVÕTE

Virzinja Kotkas uuris psühholoogilise nõustamise vajadust viljakushäiretega patsientide seas. Töö põhiprobleemiks oli tahtmatult viljatute ja/või viljakushäiretega inimeste/paaride psühholoogiliste probleemide esinemise ning sellest tekkinud kriisiga toimetulemise uurimine psühholoogilises nõustamises.

Uurimuse eesmärk oli läbi töötada viljatusprobleeme käsitlev kirjandus ning välja selgitada kõigi eespool nimetatud psühholoogiliste probleemide, k.a diagnoosi, valu, sotsiaalse surve, häbi, süütunde, seksuaalsuse ja abieluprobleemide, esinemist tahtmatult viljatute seas, ning saada kvantitatiivuuringu rakendamise kogemus praktilises vaimset tervist edendavas töös.

Autor püstitas töö alguses kaks hüpoteesi, millest esimene hüpotees – mida madalam on patsiendi enesehinnang, seda rohkem vajab ta psühholoogilist nõustamist viljatusravi perioodil leidis kinnitust; teine püstitatud hüpotees ei leidnud käesoleva uurimuse raames kinnitust – st. partneri ettepanek viljatusravi alustamiseks ei tekita teises partneris süütunnet.

Suur tänu Andres Salumetsale tema asjakohaste nõuannete, kommentaaride, julgustava ja konstruktiivse kriitika eest. Samuti soovib autor tänada Rahvastikuministri bürood ja kõiki tervishoiuasutusi, kes aitasid läbi viia empiirilist uurimust.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Abbey, A., Andrews, F., & Halman, L. (1991). Gender's role in response to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 15, pp. 295-316.
- Abbey, A., Andrews, F., & Halman, L. (1994). Infertility and parenthood: Does becoming a parent increase well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp.398-403.
- Andrews, F. M. & Arbor, A. (1991). Psychological factors and infertility: How different are infertility- problem couples from other couples? *Journal of Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada*, 10, pp. 100 - 105.
- Applegarth, L. D. (1999). Individual counselling and psychotherapy. In Burns, L. and Covington, S. N. (1999) (eds.). *Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians* pp. 85–102. Parthenon, London
- Berg, B., & Wilson, J. F. (1990). Psychiatric morbidity in the infertility population. A reconceptualization. *Fertility and Sterility*, 53, pp. 654 - 661.
- Berg, B., & Wilson, J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, pp.11-26.
- Berg, B., Wilson, J. F. & Weingartner, P.J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex - role identification. *Social Science and Medicine*, 33, pp. 1071 - 1080.
- Berger, D. M. (1980). Impotence following discovery of azoospermia. *Fertility and Sterility*, 28, pp.141 - 145.
- Bernstein, J., Potts, N. & Mattox, J. H. (1985). Assessment of psychological dysfunction associated with infertility. *Journal of Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing (Suppl.)*, pp. 63- 66
- Boivin, J., Scanlan, L. and Walker, S. M. (1999). Why are infertile couples not using psychosocial counselling? *Hum. Reproduction.*, 14, pp.1384–1391. British Infertility Counselling Association: *Journal of Fertility Counselling* (Spring and Summer 1999).
- Burns, L. H., Covington, S. N. (1999). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* pp. 149 - 176. New York: Panthenon
- Corson, S. L. (1999). *Conquering infertility: A guide for couples* (4th ed.). Vancouver, British Columbia: EMIS.
- Daniluk, J. C. (1988). Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49, pp. 982-990.
- Daniluk, J. C., & Fluker, M. (1995). Fertility drugs and the reproductive imperative: Assisting the infertile woman. *Women & Therapy*, 16, pp. 31-47.

- Daniluk, J. C. (1991). Strategies for counselling infertile couples. *Journal of Counselling and Development*, 69, pp. 317 - 320.
- Daniluk, J. C. (1997). Gender and Infertility. In *Infertility: Psychological Issues and Counselling Strategies*, edited by S. R. Leiblum, pp. 103 - 125. New York: John Wiley
- Draye, M. A., Woods, N. F., Mitchell, E. (1988). Coping with infertility in couples: Gender differences. *Health Care for Women International*, 9, pp. 163 – 175.
- Greil, A. L. (1991). *Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary America*. London: Rutgers University Press.
- Ireland, M. S. (1993). *Reconceiving women: Separating motherhood from female identity*. New York: Guilford.
- Kedem, P., Mikulincer, M., Nathanson, Y. & Bartoov, B. (1990). Psychological aspects of male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 63, pp. 73 - 80
- Koropatnick, S., Daniluk, J.C., & Pattinson, A.H. (1993). Infertility: A non- event transition. *Fertility and Sterility* 59, pp. 163 -171.
- Leiblum, S. R. and Williams, E. (1993). Screening in or out of the new reproductive options: Who decides and why. *Journal of Psychosom. Obstet, Gynaecol.*, 14, pp. 1384-1391.
- Link, P. W., & Darling, C. A. (1986). Couples undergoing treatment for infertility: Dimensions of life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, pp. 46 - 59.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43, pp. 335 – 346.
- Marrs, R. P., & Hartz, S. C. (1993). *Comments on the possible association between ovulation inducing agents and ovarian cancer*. American Fertility Society Newsletter.
- Mason, M. C. (1993). *Male infertility - Men talking*. New York: Routledge.
- McEvan, K. L., Costello, C. G., Taylor, P. J. (1987). Adjustment of Infertility. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, pp. 108 - 116 .
- McGrade, J. J. & Tolor, A. (1981). The reactions to infertility and the infertility investigation: A comparison of the responses of men and women. *Infertility*, 4, pp. 2 -27.
- McShane, P. M. (1997). Ethical issues associated with the new reproductive technologies. In S. R. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* pp. 20-40. New York: John Wiley.
- Menning, B. E. (1988). *Infertility: A guide for the childless couple (2nd ed.)*. New York: Prentice Hall.
- Morrow, K., Thoreson, R., & Penny, L. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 163-167.
- Mosher, W. D. (1987). Infertility: Why business is booming. *American Demographics*, 9, pp. 42-43.
- Mosher, W. D., & Pratt, W. F. (1991). Fecundity and infertility in the United States: Incidence and trends. *Fertility and Sterility*, 56, pp. 192-193.
- Nachtigall, R. D., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effects of genderspecific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57, pp. 113-121.
- Newton, C. R. & Houle, M. (1993). Gender differences in psychological response to infertility

treatment. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 2, pp. 129 - 139.

Schlossberg, N. K., Waters, E. B. & Goodman, J. (1995). *Counseling adults in transition: Linking practice with theory (2nd ed.)*. New York: Springer

Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (Eds.). (1991). *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum.

Strauss, B., Boivin J. (2001). Arvutivõrk: Kättesaadav
<http://www.eshre.com/emc.asp?pageId=374>

Zucker, A. N. (1999). The psychological impact of reproductive difficulties on women's lives. *Sex Roles*, 40, pp. 767-786.

Ulbrich, P. M., Tremagliocoyle, A., & Llabre, M. M. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment: His and hers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 16, pp. 147-158.

Wright, J., Allard, M., Lecours, A., & Sabourin, S. (1989). Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research. *International Journal of Fertility*, 34, pp. 126-142.

Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Girard, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 55, pp. 100-108.

LISAD

Lisa 1

Lugupeetud vastaja

Psühholoogilist nõustamist käsitleva uurimuse autor pöördub Teie poole küsimustikuga, mille eesmärk on välja selgitada psühholoogilise nõustamise tähtsust viljatusravi vajavate patsientide seas.

Kõik saadud vastused ja ettepanekud üldistatakse ning neid kasutatakse anonüümselt. Teie arvamus on väga oluline, sest küsimustiku tulemuste põhjal on võimalik saada ülevaade psühholoogilise abi kasutamise vajadusest ja tähtsusest viljakushäirete all kannatavate patsientide hulgas. Saadud tulemused aitavad kindlaks määrata esinevaid probleeme, võimaldavad välja töötada patsiendile/paarile parima lahendus- ja abinõukeskse lähenemise, et tulla toime emotsionaalsetest tagajärgedest tuleneva kriisiga.

Teie töö kergendamiseks on küsimustele antud ka võimalikud vastused, mille seast valige Teile sobiv ja märkige see ristiga vastavas ruudus.

Oodatud on ka Teie antud valdkonda puudutavad ettepanekud või märkused!

Meeldivale koostööle lootes ja ette tänades

Virzinja Kotkas

1. Mis vanuserühma Te kuulute?

- kuni 25
- 25 – 30
- 31 – 34
- 35 – 40
- 41 – 44
- 45 – 50

2. Mis soost Te olete?

- naine
- mees

3. Mis rahvusest Te olete?

- eestlane
- venelane
-

4. Milline on Teie haridus?

- põhiharidus
- keskharidus või kutseharidus
- kõrgharidus

5. Milline on Teie perekonna seis?

- abielus
- vabaabielus
- vallaline

6. Kas Te olete varem psühholoogilise nõustaja juures käinud?

- jah
- ei

Eitava vastuse korral jätkake palun vastamist alates 9. küsimusest

7. Põhjus, miks Te pöördusite psühholoogi poole, oli seotud

- tööga
- tervisega
- suhtega lähedaste ja tuttavatega
- eneseteostusprobleemidega
- abielu probleemidega
- lastetusega
- leinaga
-

8. Kas Te kasutasite psühholoogilist konsultatsiooni

- üksi (individuaalnõustamine)
- perega (pereteraapia)
- grupiga (grupiteraapia)

9. Kas lastetuse ravile asudes selgitati Teile võimalikke psühholoogilisi takistusi/raskusi, mis võivad tekkida ravi perioodil?

- jah
- ei

10. Kellega Te eelistaksite arutada võimalikke tekkivaid psühholoogilisi probleeme?

- raviarstiga
- psühholoogiga
-

11. Kui oluliseks Te peate psühholoogilist nõustamist viljatusravi puhul

- väga vajalikuks
- vajalikuks
- mitte eriti vajalikuks
- üldse mitte vajalikuks

12. Kui olete otsustanud kaasata raviprotsessi psühholoogi, siis millisena näete tema rolli?

- professionaal, kes on toeks ning aitab ära hoida psühholoogilisi raskusi
- inimene kellega oma probleemi jagada ja koos jõuda lahendusele
- professionaal, kes aitab jõuda konkreetsele lahendusele

13. Kas viljatusprobleemid esinevad?

- teil endal
- partneril
- mõlemal

14. Kas Te usaldate oma raviarsti?

- jah
- ei
- ei oska öelda

15. Kas Teil on võimalik oma raviarstiga arutleda raviga seonduvate probleemide üle?

- jah
- ei
- ei oska öelda

16. Kas Teid on viljatusravi perioodil toetamas sugulased, tuttavad?

- jah
- ei

17. Kas Teil on võimalik oma lähedastega viljakushäiretest rääkida

- võimatu
- väga raske
- raske
- mitte väga raske
- kerge

18. Kas Te tunnete ebamugavust, suheldes laste või nende vanematega?

- jah
- ei
- ei oska öelda

19. Kas Teil on tunne, et Teie seksuaalelu spontaansus on vähenenud viljakushäire tõttu?

- jah
- ei
- ei oska öelda

20. Kas teil on tunne, et olete oma murega üksi ja Teil pole pöörduda kellegi poole?

- jah
- ei

21. Millist mõju on viljakusprobleem avaldanud Teie suhtele oma partneriga?

- see on Teid lähendanud, sest lapsesaamine on Teie ühine soov ja ettevõtmine
- see on tekitanud suhtes pingeid, millest Teil on omavahel raske rääkida
- ei ole avaldanud mõju

22. Kelle ettepanek oli alustada viljatusravi?

- teie ettepanek
- partneri ettepanek

23. Kas Teid valdab mõnikord süütunne tekkinud olukorra pärast?

- jah
- ei

24. Mis takistab Teid psühholoogi poole pöördumast?

- teadmine, et konsultatsioonist ei ole kasu
- ebamugavustunne rääkida oma viljakushäiretest psühholoogile
- vähene info psühholoogilise teenuse kohta
- kartus, et Teie probleem saab avalikuks
- rahapuudus
-
- takistusi ei esine

Kui Teil on omapoolseid ettepanekuid ja tähelepanekuid seoses psühholoogilise nõustamise teenusega, siis palun kirjutage need allolevaile ridadele

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jätkub →

Lisa 2

Täiesti vale	Üldiselt vale	Üldiselt õige	Täiesti õige
1	2	3	4

1. Üldiselt olen ma enesega rahul.	1	2	3	4
2. Aeg-ajalt ma mõtlen, et minust ei ole midagi head.			1	2 3 4
3. Usun, et mul on mitmeid häid omadusi.	1	2	3	4
4. Suudan asjadega hakkama saada sama hästi kui teised.	1	2	3	4
5. Mul pole just palju, mille üle võiksin uhke olla.	1	2	3	4
6. Muidugi tunnen ma ennast mõnikord kasutuna.	1	2	3	4
7. Mulle tundub, et inimesena olen ma väärt sama palju kui teised.	1	2	3	4
8. Ma sooviksin, et võiksin enesest rohkem lugu pidada.	1	2	3	4
9. Üldiselt pean ma tunnistama, et olen hädavares.	1	2	3	4
10. Mul on enesest positiivne ettekujutus.	1	2	3	4

Täna!