



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

IÄN VAIKUTUS HEDELMÄLLISYYTEEN

Kuinka ottaa hedelmällisyys puheeksi?

- Työväline terveydenhoitajille

Laura Häkkinen

Karoliina Valli

Opinnäytetyö
Tammikuu 2017
Hoitotyön ohjelma
Terveydenhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön ohjelma
Terveydenhoitajakoulutus

HÄKKINEN LAURA & VALLI KAROLIINA:

Iän vaikutus hedelmällisyyteen

Kuinka ottaa hedelmällisyys puheeksi? -Työväline terveydenhoitajille

Opinnäytetyö 62 sivua, joista liitteitä 8 sivua

Tammikuu 2017

Tuotokseen painottuvan opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä terveydenhoitajille työväline, jonka avulla he voivat ottaa puheeksi iän vaikutuksen hedelmällisyyteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää nuorten tietoisuutta iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Opinnäytetyö toteutettiin ViVa-hankkeelle.

Naisen hedelmällisin ikä on 20–30-vuotiaana. Hedelmällisyys alkaa heikentyä naisen ollessa 30 vuotta ja erityisesti se laskee 35. ikävuoden jälkeen. Munasolujen määrä vähenee naisen iän myötä. Syntyessään naisella on noin miljoona munasolua munasarjoissaan, hedelmällisen iän saavuttaessaan hänellä on niitä noin puoli miljoonaa ja menopaussi-ikässä enää noin 1000. Lisäksi munasolujen laatu alkaa heikentyä etenkin 35. ikävuoden jälkeen, mikä lisää keskenmenoja sekä kromosomipoikkeavuuksia. Miehen hedelmällisyyden laskua on tutkittu vähemmän kuin naisten ja tutkimustulokset ovat ristiriitaisempia. Eri tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia siitä, missä iässä miehen hedelmällisyys alkaa laskea. Toisten tutkimusten mukaan se tapahtuu jo 30. ikävuoden jälkeen, kun taas toisten tutkimusten mukaan hedelmällisyys laskee vasta, kun mies on noin 40-vuotias. Lasku ei ole yhtä merkittävää kuin naisilla. Iän myötä siittiöiden rakenne ja liikkuvuus heikkenevät, siemennesteen tilavuus pienenee ja vaurioitunut DNA spermassa lisääntyy lisäten kromosomipoikkeavuuksia.

Tuotoksena toteutetut kaaviot hedelmällisyyden laskusta iän myötä havainnollistavat asiakkaille hedelmällisyyden laskua ja tukevat terveydenhoitajan antamaa suullista ohjausta. Tuotoksen avulla terveydenhoitaja voi ottaa iän vaikutuksen hedelmällisyyteen puheeksi. Kaaviot löytyvät myös ViVa-hankkeen Internet-sivustolta, jossa ne ovat kaikkien asiasta kiinnostuneiden saatavilla. Opinnäytetyössä on otettu kantaa myös siihen, miten iän vaikutuksen hedelmällisyyteen voi ottaa hienovaraisesti puheeksi ja mitä keskustelussa tulee huomioida.

Kehittämisehdotuksena oppinäytetyölle on lisätä tietoa miesten saataville laajemmin. Usein naiset tulevat yksin ehkäisykäynnille, jossa terveydenhoitajan on asiasta luonnollista puhua. Tuotoksen käyttöä voitaisiin laajentaa esimerkiksi nuorisoneuvolaan ja armeijan terveydenhuoltopalveluihin, missä voitaisiin tavoittaa enemmän miehiä.

Asiasanat: hedelmällisyys, hedelmättömyys, ikä, lastenhankinta, opiskeluterveydenhuolto

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Public Health Nursing

HÄKKINEN LAURA & VALLI KAROLIINA:
The Impact of Ageing on Fertility
How to Begin the Discussion about Fertility? - Tool for Public Health Nurses

Bachelor's thesis 62 pages, appendices 8 pages
January 2017

The purpose of this functional study was to produce an instrument for the public health nurse working among teens and young adults. With the help of this instrument the nurse can discuss with the customers how age can influence fertility. The aim of this study was to increase information among youths how age is likely to influence fertility. When youths have more information about the influence, they can make deliberate choices about having babies. This thesis was conducted for the ViVa plan.

The most fertile age of a woman is between 20 and 30 years. The fertility will weaken when a woman turns 30, and it will especially decrease after 35 years. The decrease in the fertility among men has been studied less than among women, and the test results are more conflicting, ranging from 30 to 40 years. However, the decrease is not as significant as among women.

The produced diagrams of the decrease in fertility can be demonstrated to the customers alongside with the oral guidance. The diagrams can also be seen on the ViVa plan web page. A suggestion for further study could be to make young men more aware of this issue. The oral guidance could be expanded to cover for example to the health care services of the youth health centres and the military service where it would reach more men.

Key words: fertility, infertility, age, childbearing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 LASTENHANKINNAN KESKI-IÄN NOUSEMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	8
2.1 Synnyttäjien keski-ikä	8
2.2 Isäksi tulevien keski-ikä	9
2.3 Lastenhankintaan ja sen ajoittamiseen vaikuttavia tekijöitä	10
3 IÄN VAIKUTUS HEDELMÄLLISYYTEEN	12
3.1 Iän vaikutus naisen hedelmällisyyteen	12
3.2 Iän vaikutus miehen hedelmällisyyteen	15
3.3 Iän vaikutus lapsettomuushoitoihin	16
4 IÄN VAIKUTUS RASKAUTEEN.....	18
4.1 Naisen iän vaikutus raskauteen	18
4.2 Miehen iän vaikutus raskauteen	19
5 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA	21
5.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveystiedon edistäminen	21
5.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveysneuvonta opiskeluterveydenhuollossa.....	22
5.3 Asiakkaiden tiedontaso iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen	24
6 TERVEYSNEUVONTA HAVAINNOLLISTAVAN KAAVION AVULLA	26
6.1 Terveysneuvonnan toteuttaminen.....	26
6.2 Seksuaalineuvonnan toteuttaminen	28
6.3 Kuvan hyödyntäminen terveysneuvonnassa	31
6.4 Kaavion ulkoasuun ja sisältöön vaikuttavat tekijät	32
7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ	34
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	35
8.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	35
8.2 Opinnäytetyön yhteistyökumppani.....	36
8.3 Prosessin kuvaus.....	36
8.4 Tuotoksen kuvaus.....	39
8.5 Tuotoksen arviointi.....	39
8.6 Tuotoksen pilotointi ja levittäminen.....	40
9 POHDINTA	42
9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	42
9.3 Opinnäytetyön arviointi.....	45
9.4 Pohdinta ja jatkokehittämisehdotukset	46
LÄHTEET	49

LIITTEET	55
Liite 1. Naisen hedelmällisyys.	55
Liite 2. Naisen hedelmällisyys. Paperisen kaavion kääntöpuoli.	56
Liite 3. Miehen hedelmällisyys.	57
Liite 4. Miehen hedelmällisyys. Paperisen kaavion kääntöpuoli.	58
Liite 5. Saatekirje.	59

1 JOHDANTO

Suomessa ensisynnyttäjien ikä on ollut viimeisen parinkymmenen vuoden ajan tasaisessa nousussa ja lapsia hankitaan entistä myöhemmällä iällä. Vuonna 1982 ensisynnyttäjien keski-ikä oli 25,5 vuotta, kun taas vuonna 2014 se oli jo 28,5 vuotta. (Suomen virallinen tilasto, 2013.) Tutkittaessa korkeakouluopiskelijoita heistä suurin osa, jopa 94 %, kenellä ei vielä ollut lapsia, haluaa lapsia tulevaisuudessa. Usein toivottiin kahta tai kolmea lasta 30-vuotiaana ja sen jälkeen. (Virtala 2011a, 114-115.)

Hedelmällisyys laskee iän myötä eikä sitä pystytä kompensoimaan (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2061). Tutkimusten mukaan lapsettomuusongelmat ja lapsettomuushoitoja saaneiden määrä on lisääntynyt 1980-luvulta lähtien. Yksi tärkeä syy tahattoman lapsettomuuden lisääntymiseen on se, että raskaaksi tulemistä yritetään vasta myöhemmällä iällä, jolloin hedelmällisyys on jo laskenut. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 42; Miettinen & Rotkirch 2008, 78.) Tämä johtaa siihen, että lapsia saadaan vähemmän kuin toivotaan.

Usein tahattomaan lapsettomuuteen pystytään vaikuttamaan ennaltaehkäisevästi. Tämän vuoksi seksuaaliterveysvalistuksen tulisi kannustaa nuoria hyvän seksuaaliterveyden ylläpitämiseen ja rakentua niin, että hedelmällisyys pystyttäisiin mahdollisimman hyvin suojaamaan ja säilyttämään. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 41.) Elintavoilla on osoitettu olevan yhteyttä hedelmällisyyteen. Haitallisia elämäntapoja välttämällä tai korjaamalla voidaan lisätä raskauden alkamisen mahdollisuutta, hedelmöityshoitojen onnistumisen mahdollisuutta ja vähentää raskauden aikaisia riskejä. (Anttila 2008, 2438.) Yksi merkittävin hedelmällisyyteen vaikuttava tekijä on ikä. Naisen paras hedelmällinen ikä on 20–30-vuotiaana. (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2061.) Iän vaikutusta hedelmällisyyteen ei pystytä kompensoimaan terveellisillä elintavoilla, mutta lapsia kuitenkin hankitaan koko ajan myöhemmällä iällä.

Tutkittaessa nuorten tiedontasoa iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskauden riskeihin on huomattu, että suuri osa tutkittavista ei tiennyt, missä vaiheessa hedelmällisyys alkaa laskea ja kuinka merkittävästi (THL 2014, 28-29). Virtala (2007, 85) toteaa, että neuvonta iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen on tärkeää, jotta nuoret voivat tehdä tietoisia valintoja lastenhankinnan ajoittamisen suhteen. Suomalaisopiskelijat ovat

myös todenneet, että hedelmällisyysneuvonta on tärkeää, jotta he voivat itse tehdä valinnat koskien hedelmällisyyttään eikä hedelmällisyyden heikkeneminen tule yllätyksenä (Brandt 2013, 37).

Opinnäytetyö käsittelee iän vaikutusta hedelmällisyyteen eikä opinnäytetyössä käsitellä muita hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä, jolloin on pystytty syventymään rajattuun aiheeseen. Nuorten puutteellisten tietojen vuoksi tämän opinnäytetyön aihe on merkittävä. Aihe on lisäksi ajankohtainen ja herättänyt keskustelua. Valtakunnallisissa sanomalehdissä on kuluneen syksyn aikana ilmestynyt useita artikkeleita koskien iän yhteyttä hedelmällisyyteen. Esimerkkinä Helsingin sanomissa 21.9.2016 Katri Kallionpään kirjoittama artikkeli "Kahdesta lapsesta unelmoivan kannattaa aloittaa yrittäminen viimeistään 31-vuotiaana. – Testaa, millä todennäköisyydellä perhehaaveesi toteutuu" sekä mielipidekirjoitus samassa lehdessä "Kyllä naiset ymmärtävät ikääntyvänsä – Siksi moni päätyykin hankkimaan lapsia epäsovivan miehen kanssa".

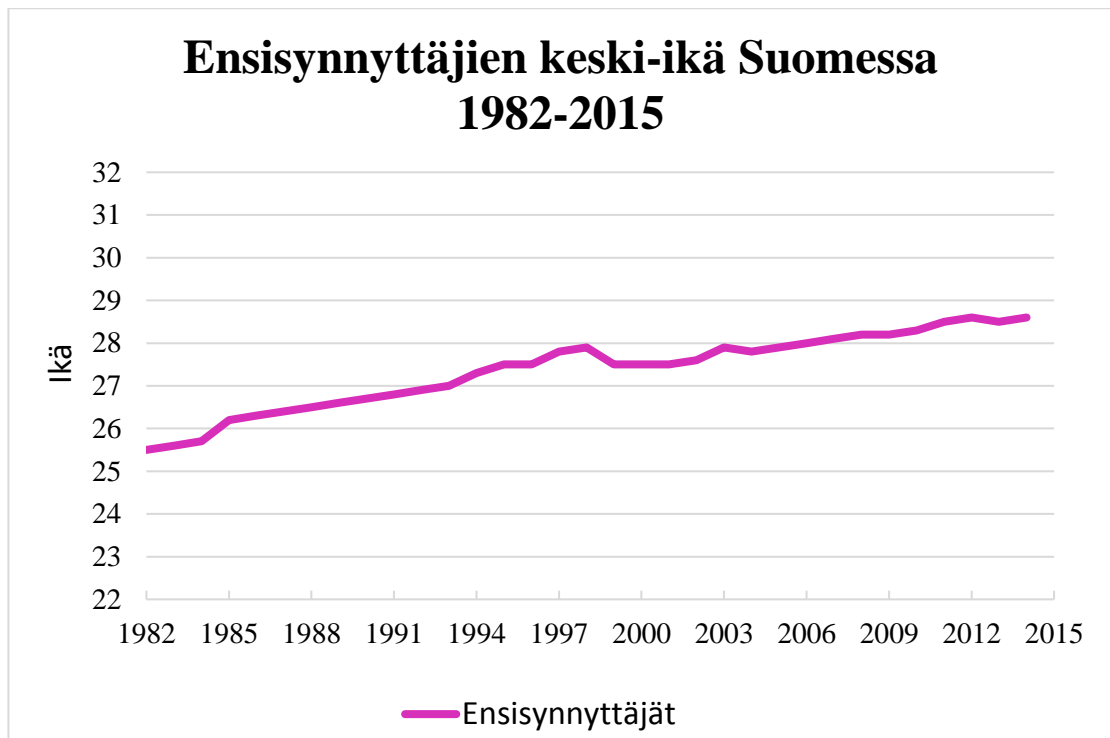
Erityisesti nuorten tietotasoa iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen olisi syytä lisätä ja siksi tässä opinnäytetyössä tehdään työväline terveydenhoitajien käyttöön. Työvälineen avulla terveydenhoitajat voivat ottaa aiheen helpommin puheeksi nuorten kanssa ja näin edistää nuorten tietoisuutta iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Työväline tullaan kohdistamaan erityisesti opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajille, sillä suomalaiset opiskelevat hyvin laajapohjaisesti ja kouluttautuvat pitkälle, jolloin koulu- sekä opiskeluterveydenhuollossa tavoitetaan suurin osa nuorista (THL 2014, 50-51). Koska opinnäytetyö on suunnattu terveydenhoitajien puheeksioton työvälineeksi, teoriaosassa on kappaleet siitä, mitä terveysneuvonnassa huomioidaan ja kuinka kaaviot tukevat suullista ohjausta. Kaavioiden lisäksi on kerrottu myös kuvien hyödyistä terveysneuvonnan tukena, jotta kaavion käyttö puheeksioton työvälineenä saadaan laajemmin perusteltua. Opinnäytetyö on toteutettu yhdessä ViVa-hankkeen kanssa ja se luovutetaan heille. Kiitämme heitä hyvästä sekä toimivasta yhteistyöstä.

2 LASTENHANKINNAN KESKI-IÄN NOUSEMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

2.1 Synnyttäjien keski-ikä

Ensisynnyttäjien ikä on ollut viimeisen parinkymmenen vuoden ajan tasaisessa nousussa ja lapsia hankintaan entistä myöhemmällä iällä. Kaaviosta 1 nähdään, kuinka synnyttäjien keski-ikä on noussut vuosien 1982 ja 2015 välillä. Suomessa vuonna 1982 ensisynnyttäjien keski-ikä on ollut 25,5 vuotta, kun vuoteen 2013 mennessä ikä on noussut 28,6 vuoteen. (Suomen virallinen tilasto, 2014.) Pääkaupunkiseudulla ensisynnyttäjien keski-ikä on jopa 29,3 vuotta (Sainio, Klemetti, Hemminki & Gissler 2010, 3129). Yleisesti kaikkien synnyttäjien keski-ikä vuonna 2014 oli 30,5 vuotta (Tilastokeskus 2015a, 477). Vuonna 2012 yli 35-vuotiaiden synnyttäjien osuus oli viidennes kaikista synnyttäjistä (THL 2014, 13).

Kaikissa muissakin länsimaissa ensisynnyttäjien ikä on noussut ja yli 35-vuotiaiden raskaudet lisääntyneet (Virtala 2011a, 114-115). Eurostatin (2006) tuottaman tutkimuksen mukaan jokaisessa mukana olleessa Euroopan maassa ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut vuosien 1994 ja 2004 välillä. Esimerkiksi Tanskassa ensisynnyttäjien keski-ikä nousi näinä vuosina 27,2-vuotiaasta 28,4-vuotiaaseen. Eurostatin (2015) uudemman tilaston mukaan Euroopan 28 maassa ensisynnyttäjien keski-ikä on vuosien 2002-2013 välillä noussut 29,2 vuodesta 30,4 ikävuoteen. Kanadassa 30–35-vuotiaiden ensisynnyttäjien osuus on kasvanut 18,9 prosentista 31,4 prosenttiin vuosien 1982 ja 2006 välillä. Yli 35-vuotiaiden ensisynnyttäjien osuus taas on kasvanut samalla aikavälillä 4 prosentista 11 prosenttiin. (Johnson & Tough 2012, 81.)



KAAVIO 1. Ensisynnyttäjien keski-ikä Suomessa 1982-2015 (Tilastokeskus 2015b; liitekuvio 1, muokattu)

2.2 Isäksi tulevien keski-ikä

Isäksi tullaan myös nykyään myöhemmin kuin ennen. Vuosina 1991-1995 isäksi ensimmäistä kertaa tulevien iän keskiarvo on ollut 29,4 vuotta, kun taas vuonna 2014 keskiarvo on ollut jo 30,7 ikävuotta (Suomen tilastollinen vuosikirja 2015, 477). Vuosien 1987-2009 välillä yli 40-vuotiaiden ensimmäisen lapsensa saavien miesten määrä kaksinkertaistui (Paavilainen ym. 2015, Moilasen 2016 mukaan). Ihanteellisena suomalaiset miehet pitävät sitä, että ensimmäinen lapsi hankittaisiin 27-vuotiaana. (Klemetti, Gissler, Lammi-Taskula & Miettinen 2014, 172).

Yleisesti kaikkien isäksi tulevien keskiarvo oli jopa 33,0 ikävuotta vuonna 2014. (Suomen tilastollinen vuosikirja 2015, 477.) Yli 40-vuotiaalla naisella on usein itseään vanhempi puoliso. Mies on nykyään useammin kuin ennen yli 50-vuotias silloin, kun pari toivoo raskautta. (Söderström-Anttila 2010, 3124.)

2.3 Lastenhankintaan ja sen ajoittamiseen vaikuttavia tekijöitä

Perhebarometrissä 2015 tutkittiin syitä lastenhankinnan siirtämiselle tai lykkäämiselle. 20–34-vuotiaiden keskuudessa lastenhankintaa lykätään, koska henkilöllä ei ole sopivaa kumppania, halutaan tehdä muita kiinnostavampia asioita tai ei koeta itseä vielä tarpeeksi kypsäksi. Erityisesti naiset halusivat edetä urallaan eivätkä halunneet luopua nykyisestä elämäntyylistään. 35–45-vuotiaat taas kokivat, etteivät lapset ole enää ajankoh- taisia heidän elämässään tai ettei heillä ollut sopivaa kumppania. Melkein kaksi kolmes- ta tämän ikäisestä naisista koki itsensä jo liian vanhaksi hankkimaan lapsia. (Miettinen 2015, 55-56.)

Suomessa ja Ruotsissa tehdyissä opiskelijatutkimuksissa on todettu, että opiskelijoiden perhearvot ovat korkealla ja lapselle halutaan taata mahdollisimman hyvät olosuhteet, mikä johtaa siihen, että lastenhankintaa siirretään myöhemmälle iälle (Virtala 2011a, 114-115). Lastenhankinnan lykkäämiseen vaikuttavat keskeneräiset opinnot, jotka halu- taan saattaa loppuun sekä työn ja taloudellisen tilanteen epävarmuus. (Gissler, Klemetti, Lammi-Taskula & Miettinen 2009, 71; Johnson & Tough 2012, 82). Perhebarometrissa 2015 todetaan, että etenkin naisilla työttömyys ja työttömyyden uhka siirtävät lasten- hankintaa (Miettinen 2015, 77). Vanhemmat myös haluavat olla henkisesti kypsiä las- tensaantiin sekä panostaa riittävästi itseensä ennen lastenhankintaa (Gissler ym. 2009, 71).

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos on toteuttanut vuosina 2009-2013 HYPÄ – lapsiperhekyselyn, jossa tarkasteltiin lastenhankinnan lykkäämistä osana työn ja per- heen yhteensovittamista. Kyselyssä todettiin, että työhön liittyvien syiden takia isistä noin 3 % ja äideistä noin 7 % on lykännyt lastenhankintaa. Isät lykkäävät lastenhankin- taa eniten alle 30-vuotiaana (7 %), kun taas eniten eli noin 10 % kaikista lastenhankin- taa lykänneistä äideistä on yli 40-vuotiaita. Ylempien toimihenkilöiden osuus lasten- hankintaa lykkäävistä on 14 %, eli yli kaksinkertainen verrattuna alempiin toimihenki- löihin ja työntekijöihin (7 %). Lastenhankintaa lykänneistä henkilöistä eniten on naisia, jotka toimivat ylempinä toimihenkilöinä. (Gissler ym. 2009, 71-72.)

Yhteiskunnallisesti lastenhankinnan lykkäämiseen vaikuttaa esimerkiksi asenteiden muuttuminen nuoria naisia kohtaan niin, että myös heiltä odotetaan pitkälle kouluttau- tumista, uran rakentamista ja kovaa työtahtia. Lastenhankinnan lykkäämisen on mahdol-

listanut luotettaviksi kehittyneet ehkäisymenetelmät sekä tietoisuus niistä. Naisten kouluttautuminen on yhdistetty vaikuttavimmaksi tekijäksi ehkäisyn käytössä, lastenhankinnan ajoittamisessa ja lasten lukumäärän suunnittelussa. (Balasch & Gracós 2011, 263; Johnson & Tough 2012, 82.)

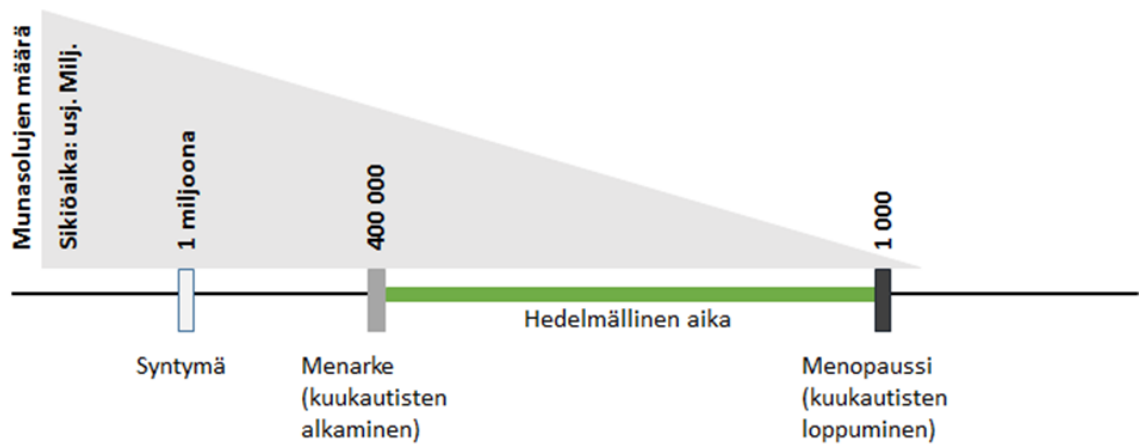
3 IÄN VAIKUTUS HEDELMÄLLISYYTEEN

3.1 Iän vaikutus naisen hedelmällisyyteen

Hedelmällisyys tarkoittaa lisääntymiskykyä (Duodecim 2007, 215). Hedelmättömyys taas tarkoittaa, että 1-2 vuoden kuluttua ehkäisyn käytön pois jättämisestä ja säännöllisistä yhdynnöistä huolimatta raskaus ei ole alkanut luonnollisesti (Anttila 2008, 2439). Lapsettomuus eroaa hedelmättömyydestä niin, että lapsettomuus voi olla myös vapaaehtoinen valinta eli tahallista tai tahatonta (Duodecim 2007, 370).

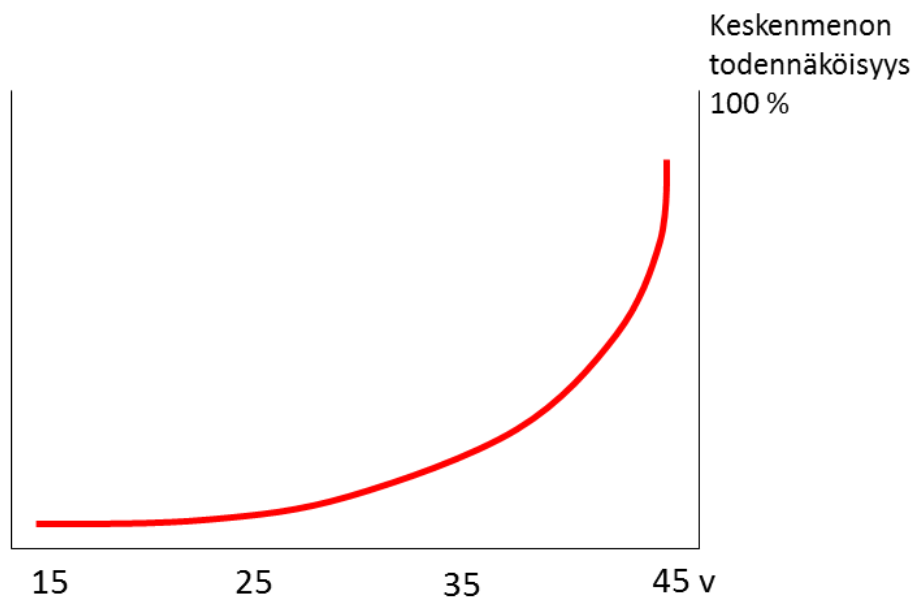
Naisen ikä vaikuttaa erittäin merkittävästi hänen hedelmällisyyteensä. Naisen syntyessä munasarjoissa on noin miljoona munasolua ja hedelmällisen iän alkaessa munasoluja on enää noin puoli miljoonaa. Iän myötä munasolujen määrä laskee edelleen eikä niiden määrän laskemista voida mitenkään kompensoida (kaavio 2). (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2061.) Munasolujen häviämisenopeus kaksinkertaistuu yleensä noin 13 vuotta ennen menopausia, kun nainen on noin 37–38-vuotias (Söderström-Anttila 2010, 3123).

Hedelmällisyys päättyy keskimäärin noin 10 vuotta ennen menopausia eli keskimäärin 41-vuotiaana (Söderström-Anttila 2010, 3123). Menopausin saavuttaessaan naisella on jäljellä munasoluja enää noin 1000 (Johnson & Tough 2012, 83). Ensimmäisenä munasarjojen toiminnan hiipumisesta kertoo kuukautiskierron lyheneminen 2-3 päivällä, joka tapahtuu yleensä hedelmällisen iän viimeisinä vuosina ennen menopausaalista siirtymävaihetta. Menopausaalinen siirtymävaihe alkaa noin viisi vuotta ennen menopausia. Siinä kuukautiskierto muuttuu epäsäännöllisemmäksi sekä anovulatoristen kiertojen osuus lisääntyy, mikä heikentää hedelmällisyyttä. (Jokimaa 2010, 3116.) Anovulatorinen kierto tarkoittaa ilman ovulaatiota tapahtuvaa kuukautiskiertoa eli tällöin munasolu ei irtoa munasarjasta (Duodecim 2007, 38).



KAAVIO 2. Munasolujen määrä (Unkila-Kallio & Ranta 2012; kuvio 2, muokattu)

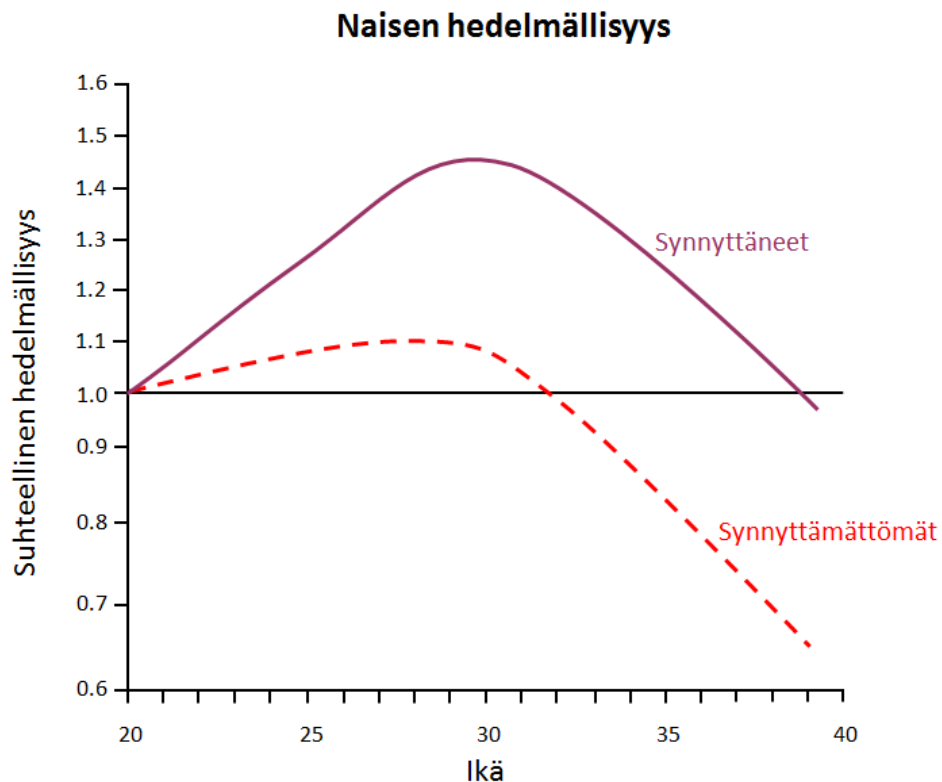
Etenkin 35-37 ikävuoden jälkeen munasolujen laatu alkaa heikentyä lisäten keskenmenon riskiä. (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2059). Tällöin munasoluja varastoivat munasarjat alkavat pienentyä sekä kuihtua. Lisäksi munasolujen hedelmöittymiskyky heikenee ja kromosomipoikkeavuudet lisääntyvät. (Jokimaa 2010, 3115, 3119.) 20–24-vuotiailla naisilla spontaani alkuraskauden keskenmenoriski on vain 9 % (Söderström-Anttila 2010, 3123). Kun taas 40–45-vuotiaiden raskauksista vähintään puolet päättyy keskenmenoon ja yli 45-vuotiailla vastaava luku on jopa yli 90 prosenttia. (Sainio ym. 2010, 3130). Kaaviossa 3 on esitetty, kuinka ikä vaikuttaa keskenmenojen todennäköisyyteen (Unkila-Kallio & Ranta 2012; kuvio 2).



KAAVIO 3. Keskenmenojen todennäköisyys (Unkila-Kallio & Ranta 2012; kuvio 2, muokattu)

Naisen hedelmällisin ikä on 20–30-vuotiaana, jolloin lapsettomuuden todennäköisyys on alle 10% (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2059). Naisen täytettyä kolmekymmentä ikävuotta hedelmällisyys alkaa heikentyä ja se laskee erityisesti 35. ikävuoden jälkeen (THL 2014, 92). 35–39-vuotiailla naisilla tahatonta lapsettomuutta esiintyy noin 30%:lla ja 40–44-vuotiaista jopa 65%:lla (Miettinen & Rotkirch 2008, 83-84; Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2059). Myös raskaaksi tulemiseen kuluva aika pitenee, kun nainen vanhenee (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2059).

Hedelmällisyys laskee voimakkaammin synnyttämättömillä naisilla eli erityisesti ensimmäistä lastaan myöhemmällä iällä yrittävillä. Tanskalaistutkimuksen mukaan näyttää siltä, että nuorella iällä synnyttäminen lisää hedelmällisyyttä. Synnyttämättömillä naisilla suhteellinen hedelmällisyys ei nouse yhtä voimakkaasti 20-30 ikävuoden välillä, kuin synnyttäneillä. Lisäksi synnyttämättömien naisten hedelmällisyys alkaa laskea muutamaa vuotta aiemmin kuin synnyttäneillä. 40-vuotiaana synnyttämättömien naisten hedelmällisyys on heikentynyt huomattavasti verrattuna nuorena synnyttäneisiin. Kaaviosta 4 nähdään, kuinka naisen hedelmällisyys heikkenee niin synnyttäneillä kuin synnyttämättömillä naisilla iän myötä (Rothman ym. 2013, 6, 9).

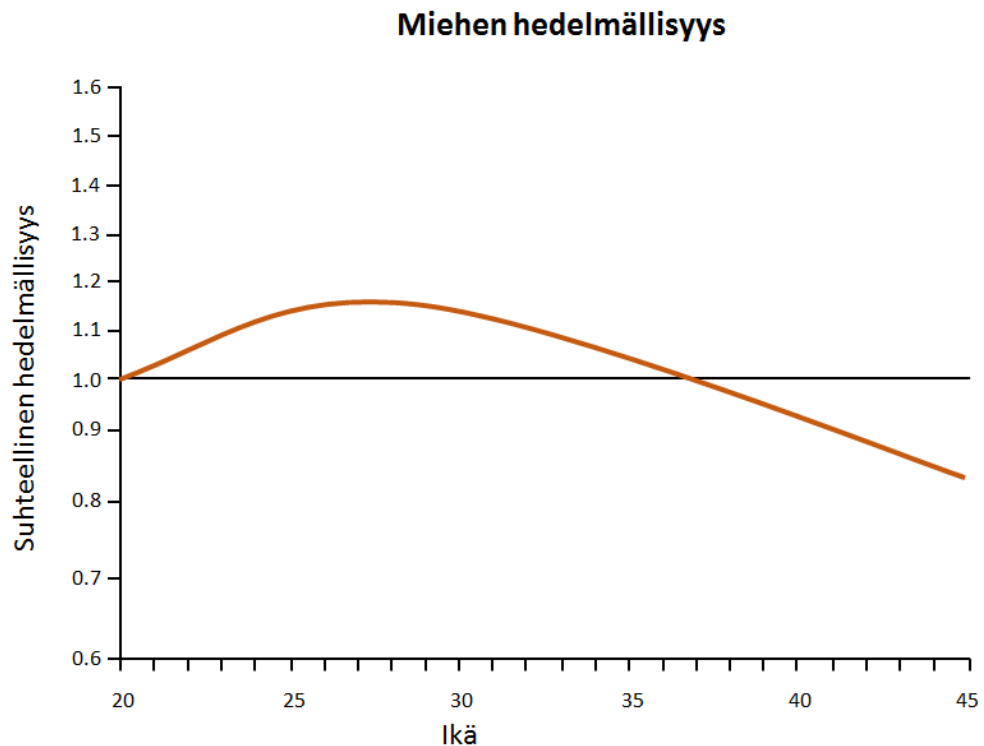


KAAVIO 4. Naisen hedelmällisyys (Rothman ym. 2013; 9, muokattu)

Iän myötä naisilla on lisäksi useammin ylipainoa, tupakointia, sukupuolitauteja ja lanti-
on alueen tulehduksia, jotka vaikuttavat negatiivisesti naisen hedelmällisyyteen (Gissler
ym. 2009, 73). Iän lisääntyessä riski sairastua johonkin hedelmällisyyttä heikentävään
tautiin kasvaa. Esimerkiksi kohdun myoomat ja polyypit ovat yleisempiä vanhemmalla
iällä. (Söderström-Anttila 2010, 3124.)

3.2 Iän vaikutus miehen hedelmällisyyteen

Eri tutkimuksissa on saatu ristiriitaisia tuloksia siitä, missä iässä miehen hedelmällisyys
alkaa laskea. Toisissa tutkimuksissa laskun kerrotaan tapahtuvan jo 30 ikävuoden jäl-
keen, kun taas toisten mukaan se laskee 40 ikävuoden jälkeen. Kaaviossa 5 nähdään,
kuinka Rothmanin ym. (2013, 10) mukaan miehen hedelmällisyys kääntyy hitaaseen
laskuun noin 28-vuotiaana. Lasku ei kuitenkaan ole niin merkittävää kuin naisilla
(Rothman ym. 2013, 6; THL 2014, 92). Kun mies on yli 40-vuotias, hänen kumppanin-
sa raskaaksi tulemiseen kuluva aika pitenee eikä naisen nuoremmalla iällä voida kom-
pensoida miehen iän vaikutusta (Kaukoranta & Suikkari 2012, 2065).



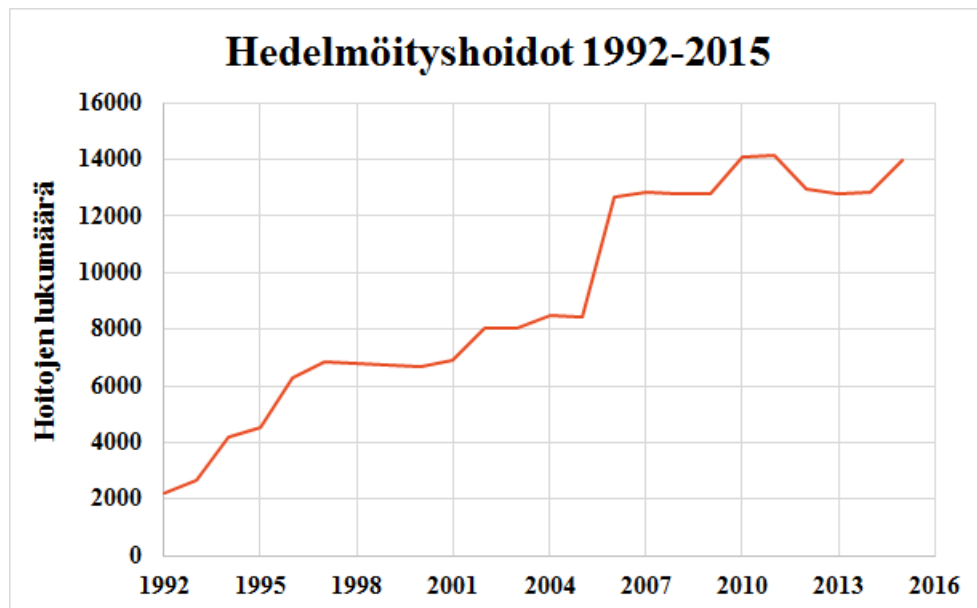
KAAVIO 5. Miehen hedelmällisyys (Rothman ym. 2013; 10, muokattu)

Iän myötä miehen siittiöiden rakenne sekä liikkuvuus heikkenevät ja siemennesteen tilavuus pienenee. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 42; Balasch & Gracós 2011, 264; Kaukoranta & Suikkari 2012, 2065). Siemennesteen tilavuus vähenee vuodessa noin 0,03 millilitraa (Bequeria ym. 2014, Moilasen 2016 mukaan). Eri tutkimusten katsauksissa on todettu ristiriitoja myös siinä, missä iässä siemennesteen siittiöiden liike alkaa heikentyä. Joissain tutkimuksissa on todettu, että siittiöiden liikkeiden heikkeneminen alkaa jo 30-vuotiaana, kun taas toisissa vasta noin 45-vuotiaana (Sharma ym. 2015). Miehen ikääntyessä kivekset pienenevät ja muuttuvat pehmeämmiksi (American Society for Reproductive Medicine 2012, 5). Ikä lisää myös seksuaalisten toimintojen häiriöiden määrää, mikä osaltaan heikentää hedelmällisyyttä (Sartorius & Nieschlag 2010, 67; American Society for Reproductive Medicine 2012, 5).

Balasch ja Gracós (2011, 264) toteavat tutkimuksessaan, että vaikka miehillä ei ole varsinaista ikää, jolloin he olisivat hedelmättömiä, niin 50-vuotiaana hedelmällisyys alkaa merkittävämmiin laskea. On todettu, että vaurioitunut DNA spermassa lisääntyy iän myötä ja sen määrä kaksinkertaistuu 25 ikävuoden ja 55 ikävuoden välillä. (Sharma ym. 2015). 40–45-vuotiaiden miesten sperman DNA:n rakenteeseen ikä on vaikuttanut jo niin paljon, että se vaikuttaa heikentävästi naisen raskauksien alkamisen todennäköisyyteen ja nostavasti keskenmenojen määrään lisääntymiseen (Balasch & Gracós 2011, 264).

3.3 Iän vaikutus lapsettomuushoitoihin

Lastenhankinnan lykkääminen on suurin syy lapsettomuushoitojen käytön lisääntymiseen (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 42). Kaaviossa 6 kuvataan sitä, kuinka hedelmöityshoitojen määrä on kasvanut vuosien 1992 ja 2015 välillä (Heino & Gissler 2016; kuvio 2). Yli 40 % hedelmöityshoidoista tehdään yli 35-vuotiaille. Joka tapauksessa hedelmällisyys heikkenee iän myötä, eikä siitä johtuvaan lapsettomuuteen ole tehokasta hoitoa. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 42.) Joten lapsettomuushoitojen teho laskee naisen iän myötä (Balasch & Gracós 2010, 266). Ainoastaan 30-50% iän aiheuttamasta hedelmättömyydestä voidaan kompensoida hedelmöityshoidoilla (Sainio ym. 2010, 3130).



KAAVIO 6. Hedelmöityshoidot 1992-2015 (Heino & Gissler 2016; kuvio 2, muokattu)

Lapsettomuushoitoihin voi hakeutua, kun lasta on yritetty saada vähintään vuosi (Tiitinen 2016). Yli vuoden raskautta yrittäneitä, eli raskaaksi tulemisen vaikeuksia kokeneita on 20–29-vuotiaista naisista 8 % ja saman ikäisistä miehistä 3 %. 30–44-vuotiaista naisista jo 20 % ja miehistä 9 % on kokenut vaikeuksia raskauden alkamisessa (Miettinen & Rotkirch 2008, 78). Naisen todennäköisyys tulla raskaaksi 43-vuotiaana omilla munasoluillaan on alle 3 %, vaikka käytettäisiin lääketieteellisiä lapsettomuushoitoja (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 42).

Koeputkihedelmöityshoitoa eli IVF-hoitoa saaneiden naisten raskauden todennäköisyys alkionsiirtoa kohti on 41 %, jos nainen on 20–29-vuotias ja 20 %, jos nainen on 40–44-vuotias. Synnytyksen todennäköisyys taas on alemmassa ikäluokassa 35 %, kun taas vanhemmilla naisilla se on vain 13 %. (Söderström-Anttila 2010, 3125.)

Lapsettomuushoitoihin liittyy myös riskejä. Esimerkiksi hormonilääkitys saattaa aiheuttaa munasarjojen hyperstimulaatioyndrooman, joka voi vaihdella alavatsakivuista vakavaan sairaalahoitoa vaativaan tilaan. (Jokimaa 2006, 435-436.) Lapsettomuushoitojen yhteydessä kohdunulkoiset raskaudet sekä keskenmenot ovat yleisempiä kuin spontaanisti alkavissa raskauksissa. Raskausajan ongelmia esiintyy useammin raskauksissa, jotka ovat alkaneet lapsettomuushoidolla. Tällä hetkellä ei ole vielä tietoa siitä, kuinka lapsettomuushoidot vaikuttavat niillä alkunsa saaneiden hedelmällisyyteen. (Gissler ym. 2009, 74.)

4 IÄN VAIKUTUS RASKAUTEEN

4.1 Naisen iän vaikutus raskauteen

Sen lisäksi, että ikä vaikuttaa itse hedelmällisyyskykyyn ja raskaaksi tulemiseen, se vaikuttaa myös raskauden kulkuun sekä synnytykseen (Sainio ym. 2010, 3129-3131). Lämminpään (2015, 6) mukaan yli 35-vuotiaiden tai sitä vanhempien naisten raskauksista puhutaan "suuren riskin raskauksina". Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä ”advanced maternal age”, jolla viitataan raskaana oleviin naisiin, jotka ovat 35-vuotiaita tai sitä vanhempia (Lämminpää 2015, 6).

Ajatellaan, että 35. ikävuoden jälkeen riskit raskaudessa ja synnytyksessä lisääntyvät suuresti (Sainio ym. 2010, 3129). Taulukkoon 1 on koottu, kuinka naisen ikä vaikuttaa raskauden kulkuun, sikiöön ja synnytykseen. Ensimmäistä kertaa raskaaksi myöhemällä iällä tulevilla raskauden aikaisten komplikaatioiden riski on suurempi verrattuna saman ikäisiin uudelleensynnyttäjiin (Sainio ym. 2010, 3132). Iän kasvaessa riski raskauden aikaiseen diabetekseen, kohonneeseen verenpaineeseen ja pre-eklampsiaan lisääntyvät (Sainio ym. 2010, 3130-3131). Riskit istukan toiminnan ongelmiin, keskenmenoon, ennenaikaiseen synnytykseen, keisarinleikkaukseen, lapsen pieneen syntymäpainoon ja perinataalikuolemaan kasvavat. (Gissler ym. 2009, 73; Johnson & Tough 2012, 87.) Yli 40-vuotiailla on kaksinkertainen riski saada joku näistä edellä mainituista raskauskomplikaatioista verrattuna 20–29-vuotiaisiin. Ikä lisää riskiä myös äitiyskuolemaan. Lisäksi ikä vaikuttaa synnytykseen niin, että synnytyksen käynnistäminen, operatiiviset alatiesynnytykset ja sektiot ovat yleisempiä ikääntyneempien naisten keskuudessa. (Sainio ym. 2010, 3129-3132.)

Ikä lisää kromosomipoikkeavuuksien esiintymistä, joista yleisin on Downin syndrooma. Myös 13. ja 18. trisomioiden riski kasvaa iän myötä (Sainio ym. 2010, 3130). 43-vuotiaalla naisella munasoluista yli 90 % on kromosomeiltaan epänormaaleja (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 42). Noin kaksi kolmesta keskenmenosta johtuu kromosomipoikkeavuudesta, minkä vuoksi ikä lisää riskiä keskenmenoon (Sainio ym. 2010, 3130).

	Naisen iän kasvu lisää riskiä	
Raskaus	Sikiö	Äiti
<ul style="list-style-type: none"> Istukan toiminnan ongelmat Keskenmeno Ennenaikainen synnytys Keisarinleikkaus 	<ul style="list-style-type: none"> Pieni syntymäpaino Perinataalikuolleisuus Kromosomipoikkeavuudet 	<ul style="list-style-type: none"> Raskausdiabetes Kohonnut RR Pre-eklampsia Äitiyskuolema

TAULUKKO 1. Naisen iän kasvu lisää riskiä (Gissler ym. 2009, 73; Sainio ym. 2010, 3129-3132; Johnson & Tough 2012, 87).

4.2 Miehen iän vaikutus raskauteen

Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään isän korkeasta ja kasvavasta iästä käsitettä ”advanced paternal age”. Varsinaista suomenkielistä vastinetta ei ole, mutta tällä tarkoitetaan 30-vuotiaita tai sitä vanhempia isiä. (Miller 2011.) Miehen iän kasvun on todettu olevan riski lapsen pienemmälle syntymäpainolle (Reichman & Teitler 2006). Slaman ym. (2004, 820) mukaan miehen iän kasvu lisää riskiä spontaaneihin keskenmenoihin. Pre-eklampsia ja sikiökuolemat ovat yleisimpiä naisilla, joiden puoliso on yli 35-vuotias ja keisarinleikkaukset taas ovat yleisimpiä niillä naisilla, joiden puoliso on yli 40-vuotias (Sartorius & Nieschlag 2010, 72).

Miehen iän kasvun myötä epämuodostumien riski kasvaa esimerkiksi 13. tai 18. kromosomin trisomiaan ja Klinefelterin oireyhtymään (de Souza, Morris, Eurocat working group 2010, Niemen 2011, 6 mukaan). Yhdessä naisen korkean iän kanssa riski Downin syndroomaan kasvaa. (Fisch ym. 2003, Niemen 2011, 6 mukaan). Miehen vanhemmalla iällä on todettu olevan vahva yhteys lapsen skitsofreniaan sairastumiseen. Iän kasvulla on huomattu olevan yhteyttä myös lapsikuolleisuuteen, niin raskausaikana kuin lapsen ensimmäisinä elinvuosina ja se lisää lapsen itsemurhariskiä myöhemmällä iällä. (Miller 2011, 53, 107.) Iän kasvu on yhteydessä myös lapsen suurentuneeseen riskiin sairastua autismiin, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, epilepsiaan, diabetekseen ja syöpään. (Sartorius & Nieschlag 2010, 74.) Taulukkoon 2 on koottu, kuinka miehen ikä vaikuttaa raskauden kulkuun, sikiöön ja tulevan lapsen terveyteen.

Miehen iän kasvu lisää riskiä		
Raskaus	Sikiö	Lapsi
<ul style="list-style-type: none"> • Spontaani keskenmeno • Pre-eklampsia • Keisarinleikkaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Sikiökuolemat • Epämuodostumat • 13. ja 18. kromosomin trisomiat • Klinefelterin oireyhtymä • Downin syndrooma 	<ul style="list-style-type: none"> • Pieni syntymäpaino • Diabetes • Epilepsia • Syöpä • Autismi • Kaksisuuntainen mielialahäiriö

TAULUKKO 2. Miehen iän kasvu lisää riskiä (Fisch ym. 2003; Slama 2004, 820; Reichman & Teitler 2006; de Souza, Morris, Eurocat working group 2010; Sartorius & Nieschlag 2010, 72, 74; Miller 2011, 53, 107; Niemi 2011, 6).

5 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN OPISKELU-TERVEYDENHUOLLOSSA

5.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveystiedon edistäminen

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on tärkeä osa ihmisen terveyttä. Maailmanterveysjärjestö, WHO, määrittelee seksuaaliterveyden seksuaalisuuteen liittyväksi hyvinvoinnin tilaksi. WHO:n mukaan lisääntymisterveyteen kuuluu mahdollisuus hyvään seksielämään, mahdollisuus ja vapaus lisääntyä sekä päättää siitä, kuinka usein ollaan sukupuoliyhteydessä ja milloin on oikea aika lisääntymiseen. Siihen kuuluu myös mahdollisuus päästä palveluihin, jotka mahdollistavat mahdollisimman hyvän raskauden ja synnytyksen sekä mahdollisuuden saada terve vastasyntynyt lapsi. (THL 2014, 10.)

Nuorten aikuisten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuutta tulisi parantaa ja palveluiden tulisi olla kaikille saatavilla (THL 2014, 57). Niiden tulisi olla muun muassa hyvien liikenneyhteyksien päässä, niihin tulee päästä joko ilman ajanvarausta tai helpolla ajanvarauksella ja lyhyellä odotusajalla. Nuorten palveluiden tulee olla joko maksuttomia tai hyvin edullisia. Palvelut tulisi suunnitella niin, että esimerkiksi raskauden ehkäisyn yhteydessä annettaisiin myös seksuaalineuvontaa. (THL 2014, 49.)

Neuvontaa tulisi saada tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeiden mukaan riippumatta esimerkiksi sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta tai muista ominaisuuksista. Erityisesti poikien ja miesten neuvonnan tarve tulee huomioida. (THL 2014, 16, 22.) Nuorten aikuisten tulisi olla tietoisia lastenhankinnan siirtämiseen liittyvistä riskeistä ja seurauksista, jotta halutessaan lapsia, he eivät odottaisi liian kauan, jolloin lasten saaminen voi olla jo myöhäistä (THL 2014, 57).

Terveydenhoidossa painotetaan yhä enemmän ennaltaehkäisyä ja terveyden edistämistä, jotka korostavat myös ennen raskautta tehtävän terveydenhoidon tärkeyttä. Naisen terveydenhoito ennen raskautta on yhdistetty niin raskauden kulun kuin myös elinikäisiin terveysvaikutuksiin niin äidillä kuin hänen lapsillaankin. (Connor, Cheng, Strobino & Minkovitz 2014, 2437.)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on käytetty käsitettä "pre-conception health and care", joka tarkoittaa ennen raskautta annettavaa tietoa ja hoitoa koskien lisääntymisterveyttä, jotta hedelmöitys tapahtuisi parhaassa mahdollisessa tilanteessa (Johnson ym. 2006). Se rohkaisee naisia luomaan ja ylläpitämään lisääntymiskykyistä elämäntapaa esimerkiksi lopettamaan päihteiden käytön, syömään terveellisesti ja harrastamaan liikuntaa (Mitchell, Levis & Prue 2012, 31). Pre-conception health -käsitteelle ei ole suomenkielessä olemassa hyvää vastinetta. THL:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014-2020 siitä kuitenkin käytetään käsitettä ”lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito”. (THL 2014c, 88.)

5.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveysneuvonta opiskeluterveydenhuollossa

Valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) todetaan, että oppilaan ja opiskelijan terveysneuvonnan tulee sisältää neuvontaa raskauden ehkäisystä sekä myös muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluvat opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan opiskeluterveydenhuollon tavoitteina on terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden järjestämisen lisäksi seksuaaliterveyden edistäminen (THL 2015). Terveystarkastuksen toiminnan tavoitteisiin kuuluu, että terveydenhoitaja selvittää seksuaalineuvonnan tarpeen (STM 2009, 52).

Terveydenhoitaja toimii opiskeluterveydenhuollossa hoitotyön asiantuntijana, hänellä on erityistä osaamista terveydenhoitajatyöstä, terveyden edistämisestä ja kansanterveys-työstä. Hänen työtehtäviinsä kuuluvat terveystarkastukset ja vastaanottokäynnit niin sairaustapauksissa kuin terveyden edistämiseksi. Lisäksi terveydenhoitaja tekee moniammatillista työtä terveydenhuollon ammattilaisten ja oppilaitoksessa työskentelevien henkilöiden kanssa. (THL 2015b.) Opiskeluterveydenhuollon asiakkaisiin kuuluvat lukion, ammattikoulun, yliopiston ja ammattikorkeakoulun opiskelijat (STM 2006, 21).

Opiskeluterveydenhuollossa seksuaalineuvonta tulee sisällyttää terveysneuvontaan ja terveystarkastuksiin ja se tulee kohdistaa kaikille opiskelijoille tasa-arvoisesti. Neuvontaan kuuluu muun muassa hedelmällisyyden edistäminen, sukupuolitautien torjunta sekä parisuhdetta, seksuaalisuutta ja raskauden ehkäisyä koskeva neuvonta. Sen tavoitteena on matalan kynnyksen palveluiden tarjoaminen, erityisesti poikien ja miesten huomioin-

ti ja opiskelijoiden tietotason parantaminen omasta seksuaali- ja lisääntymisterveydestään. (THL 2016.)

Brandt (2013, 37, 50) toteaa pro-gradu -tutkielmassaan, että suurin osa yliopisto-opiskelijoista piti hedelmällisyysneuvontaa tärkeänä. Neuvonnan avulla nuoret tulevat tietoisemmiksi hedelmällisyydestään. Silloin he osaavat tehdä itse valintoja, joilla pysyvät vaikuttamaan hedelmällisyyteensä ja tietävät milloin hedelmällisyys heikkenee, jotta se ei tule yllätyksenä. Opiskelijat kokivat, että neuvonnan avulla he pysähtyisivät pohtimaan tulevaisuuden suunnitelmiaan ja sitä, milloin lastenhankinta olisi ajankohtaista.

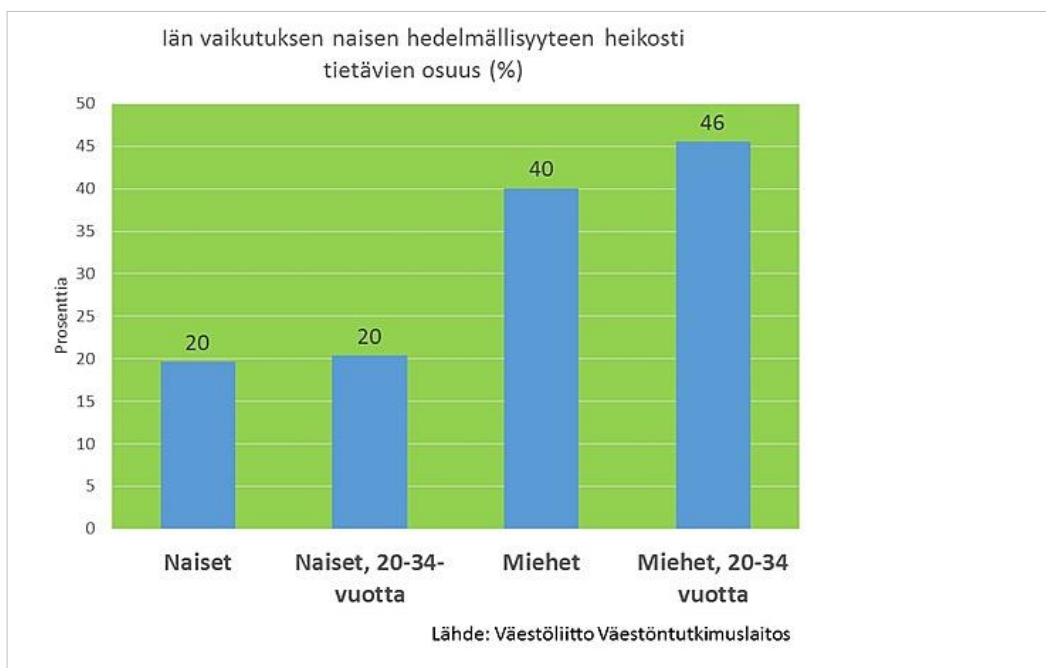
Opiskelijat ajattelivat, että hedelmällisyysneuvonnan voisi liittää osaksi yleistä terveys- ja elämäntapaneuvontaa. Lisäksi toivottiin, että neuvontaa tarjottaisiin aktiivisesti ja tehtäisiin näkyväksi, koska opiskelijat kokivat, että eivät välttämättä osaisi muuten hakea neuvontaa. Hedelmällisyysneuvonnan ei kuitenkaan tulisi olla painostavaa, vaan vapaaehtoisuuteen perustuvaa. (Brandt 2013, 42-43.) Myös Niemen (2011) tekemässä pilottitutkimuksessa tutkittiin yliopisto-opiskelijoiden suhtautumista hedelmällisyysneuvontaan. Tulokset olivat samansuuntaisia ja puolet osallistuneista olivat valmiita ottamaan hedelmällisyysneuvontaa vastaan (Niemi 2011, 16-17).

Opiskelijoiden mielestä tiedon tulisi olla tiiviissä muodossa ja helposti omaksuttavaa. Neuvonnan tulisi olla visuaalisesti ja sisällöllisesti hyvin harkittua, jotta se kiinnittäisi opiskelijoiden huomion. Saatu tieto tulisi pystyä sitomaan jotenkin opiskelijan omaan merkityksmaailmaan, jonka kautta se myös puhuttelisi opiskelijaa. (Brandt 2013, 45.) Opiskelijat ajattelivat, että neuvontaa olisi hyvä saada monista eri tiedonjakokanavista, jotta se tavoitettaisiin. Hedelmällisyysneuvontaa voitaisiin tarjota ylioppilaiden terveydenhuoltosätiössä, gynekologin vastaanotolla, yleisissä terveystarkastuksissa, eri terveydenhoidon yksiköissä ja armeijassa. Miehet kokivat saavansa tietoa tyttöystävältä tai naispuolisilta kavereilta. (Brandt 2013, 44-45.) Suurin osa nuorista oli sitä mieltä, että hedelmällisyysneuvontaa olisi hyvä antaa raskaudenehkäisyä hakeville, muun lääkärikäynnin yhteydessä sekä erikseen neuvontaa pyydettyäessä (Niemi 2011, 18-19).

5.3 Asiakkaiden tiedontaso iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen

Nuorten miesten ja naisten tiedon tasoa hedelmällisyydestä on tutkittu eri tutkimuksissa, niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Tutkimuksissa on huomattu tiedon tasossa olevan puutteita. Tutkittaessa tiedon tasoa, erityisesti iän vaikutusta hedelmällisyyteen ja raskauden riskeihin on huomattu, että suuri osa tutkittavista ei tiennyt, missä vaiheessa hedelmällisyys alkaa laskea ja kuinka merkittävää lasku on. Sukupuolen on huomattu vaikuttavan tiedon tasoon, naiset tietävät hedelmällisyydestä paremmin kuin miehet. (THL 2014, 28-29.) Osa naisista, jotka tietävät iän negatiivisesta vaikutuksesta hedelmällisyyteen luulevat, että koeputkihedelmöityksellä voi kompensoida vanhempaa ikää (Maheswari, Porter, Shetty & Bhattacharya 2008).

Väestöliitto on tehnyt aiheesta myös kyselytutkimuksen, jonka mukaan naisista 20% ajatteli hedelmällisyyden ja mahdollisuuden tulla raskaaksi olevan vaikeampaa vasta 40 ikävuoden jälkeen. Miehistä puolestaan jopa 40 % ajatteli näin tai ei tiennyt milloin hedelmällisyys alkaa laskea merkittävästi (kaavio 7). (Miettinen 2016.)



KAAVIO 7. Iän vaikutuksen naisen hedelmällisyyteen heikosti tietävien osuus (Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos, Miettisen 2016 mukaan).

Virtalan, Vilskan, Huttusen ja Kuntun (2011, 110) tekemässä suomalaistutkimuksessa tutkittiin yliopisto-opiskelijoiden tietotasoa koskien iän vaikutusta hedelmällisyyteen. Tutkimuksessa todettiin, että naisopiskelijat ovat merkittävästi tietoisempia iän vaiku-

tuksesta hedelmällisyyteen kuin miesopiskelijat. Miehistä yli puolet ja naisista kaksi kolmasosaa luuli, että naisen hedelmällisyys laskee merkittävästi vasta yli 45-vuotiaana. Yli puolet mies- ja 43% naisopiskelijoista yliarvioi mahdollisuuden tulla vuoden aikana raskaaksi 35–40-vuotiaana, kun ehkäisy on jätetty pois ja yhdyntöjä on säännöllisesti. Korkeakouluopiskelijoille tehdyssä terveystutkimuksessa heidän tietotasonsa näyttää olevan samanlainen kuin yliopisto-opiskelijoillakin (Virtala 2011a, 115).

Leppänen ja Leskinen (2016, 6) tutkivat vastikään ammattikorkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita ja ottivat selvää samalla opiskelijoiden tiedosta koskien iän vaikutusta hedelmällisyyteen. Näistä vastauksista kävi ilmi, että opiskelijoilla oli hyvin tietoa siitä, että miehen hedelmällisyys heikkenee iän myötä. Vähemmän yksiselitteisesti opiskelijat tiesivät siitä, että naisen hedelmällisyys alkaa voimakkaammin laskea noin 30-vuotiaana. Ne opiskelijat, jotka haluavat tulevaisuudessa lapsia, tiesivät iän vaikutuksesta paremmin. Lapsia tulevaisuudessa haluavat pitivät myös muita tärkeämpänä, että lapsia saadaan luonnollisesti eikä hedelmättömyyshoitoihin turvautuen. (Leppänen & Leskinen 2016, 53.)

THL:n (2015c) kouluterveyskyselyssä peruskoululaisilta, ammattikoululaisilta ja lukion opiskelijoilta kysyttiin, onko naisen vaikeampi tulla raskaaksi noin 35 ikävuoden jälkeen. Peruskoululaisista ja ammattikoululaisista noin kolmasosa ei tiennyt, milloin naisen on vaikeampi tulla raskaaksi. Lukiolaisistakaan noin 20%:lla ei ollut oikeaa tietoa asiasta. Kaikissa ikäluokissa poikien tietotaso oli heikompi kuin tyttöjen.

6 TERVEYSNEUVONTA HAVAINNOLLISTAVAN KAAVION AVULLA

6.1 Terveysneuvonnan toteuttaminen

Terveysneuvonnalla tarkoitetaan terveyttä edistävää tai ylläpitävää ja sairauksia ehkäisevää neuvontaa. Se on siis kahden ihmisen, ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutustilanne, johon kuuluu ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessi, tuen välittäminen sekä vuorovaikuttaminen asiakkaaseen. (Vertio 2009.)

Asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) esitetään ohjeistus siitä, kuinka terveysneuvontaa tulisi toteuttaa. Terveysneuvontaa tulee toteuttaa huomioiden yksilölliset tarpeet ja sen tulee tukea voimavaroja, tiedon käytännöllistämistä ja vastuun ottamista omasta terveydestään. Sitä voidaan toteuttaa joko yksilöllisesti, ryhmässä tai yhteisöllisesti. Terveysneuvonnan tulee olla näyttöön perustuvaa tietoa. Ohjauksen onnistumiseksi tulee tietää, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen tulisi tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. (Kyngäs ym. 2007 47, 84-87.)

Asiakasta kunnioittava keskustelutapa, taitavasti muotoillut kysymykset ja vastausvaltuuden antaminen asiakkaalle kuuluvat hyvään ohjaukseen ja haastatteluun. Hoitajan rohkaiseva asenne ja kannustavat sanat tukevat asiakasta. (Haarala, Honkanen, Mellin & Terveyskanto-Mäentausta 2015, 109.) Asiakkaan ja ammattilaisen kohdatessa ensihetket ovat tärkeitä, sillä ne kertovat asiakkaalle työntekijän ystävällisyydestä, mielenkiinnosta sekä myötätunnosta. Hoitajan on ansaittava asiakkaan luottamus, joka saavutetaan, kun asiakkaalle jää myönteinen kuva tapaamisesta. Tarkoitus ei kuitenkaan ole alkaa kaveriksi asiakkaan kanssa, vaan tavoitteena on kumppanuus, joka sopii ammatilliseen kohtaamiseen. (Oksanen 2014, 93, 94, 113.)

Ohjaus on tehokasta, kun se toteutetaan yksilöllisesti huomioiden asiakkaan taustat, arvot ja näkemykset. Ohjaus ei ole vain sitä, että hoitaja kertoo asiakkaalle asioita. Asiakkaalla tulee olla tilaa miettiä, harkita ja arvioida tuntemuksiaan. Kun asiakkaalla on riittävät tiedot asiasta, hän pystyy itse päättämään, kuinka toimii asian suhteen. (Kyngäs ym. 2007, 47, 84-87.)

Käytännössä hoitajan kuuntelutaidolla on suuri merkitys. Hän voi osoittaa kuuntelevansa pitämällä katsekontaktin, olemalla mahdollisimman keskittynyt asiakkaaseen sekä tarkentamalla ja kommentoimalla tarvittaessa. Hoitaja huomioi asiakkaan elekielen, heijastaa sitä omilla liikkeillään ja huomioi asiakkaan keskustelurytmin sulautumalla siihen. Keskustelun olisi hyvä olla dialoginen, jolloin molemmat saavat puheenvuoron. (Oksanen 2014, 131.)

Keskustelussa voidaan käyttää heijastavaa kuuntelua. Siinä toistetaan asiakkaan puheesta niitä kohtia, joista toivotaan asiakkaan kertovan lisää. Asia toistetaan omin sanoin käyttäen kuitenkin asiakkaan tuottamia ilmaisuja. Näin kaikki, mistä puhutaan, on asiakkaan itsensä esiin tuomaa, jolloin hoitaja ei ala neuvoa asiakasta vaan pyrkii syventämään keskustelua. Yhteistyösuhteen muodostumisen kannalta vahvistaminen on tärkeää eli asiakasta kehdutaan ja kannustetaan, jolloin hänen on helpompi alkaa puhua itsestään ja elämästään. Yhdessä pyritään löytämään asiakkaan voimavaroja, antamaan myönteisiä kommentteja ja osoitetaan empaattisuutta asiakkaassa syntyviä reaktioita kohtaan. (Oksanen 2014, 146, 147.)

Terveyspalveluita koskevassa keskustelussa puhutaan yhä enemmän asiakkaan voimaantumisenesta. Käsite tulee englanninkielisestä termistä ”empowerment”. Sillä tarkoitetaan, että päätösvalta omaan terveyteensä ja sairauteensa liittyen on asiakkaalla itsellään. Helposti ymmärrettävän ja laadukkaan tiedon avulla asiakkaan on mahdollista voimaantua, sillä tiedon avulla asiakas pystyy itse tekemään terveyteensä liittyviä suunnitelmia ja päätöksiä. (Tuorila 2013, 666.) Voimaantuessaan asiakas kokee, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan terveyteensä saadessaan ohjaajalta tietoa eri valinnan mahdollisuuksista. Hoitaja kannustaa asiakasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja pohtimaan itselleen sopivia vaihtoehtoja. Näin asiakas motivoituu toimimaan terveyttä edistävasti, kun kyse ei ole pakosta (Siitonen 1999, Turun 2007, 21 mukaan.) Voimaantumisenessa asiakkaalla on vapaus tehdä terveyteensä vaikuttavia valintoja itse ja vapaus myös kieltäytyä edistämästä terveyttään, mikä hoitajan tulee hyväksyä. Voimaantuminen ja motivaatio lähtevät asiakkaasta itsestään eikä hoitajan tarpeesta. (Turku 2007, 41, 43.) Voimaantumisen mahdollistaa hyväksytyksi tuleminen sekä luotettava ja turvallinen ilmapiiri (Siitonen 1999, Turun 2007, 21 mukaan).

Terveydenhoitoalan ammattilaiset saattavat kokea, että asiakkaiden voimaantuminen heikentää heidän valta-asemaansa. Valistuneet ammattilaiset ottavat kuitenkin huomi-

oon, että molemminpuolinen asiantuntijuus ja kunnioitus tukevat toimivaa asiakassuhdetta eivätkä vaaranna hoitajan arvostusta ja osaamista. (Tuorila 2013, 669.) Terveydenhuoltoalan ammattilaisen asema saattaa vaarantua sellaisessa tilanteessa, jossa asiakkaan päätökset pohjautuvat virheelliseen tietoon. Tästä syystä on tärkeää varmistaa, että asiakkaalla on laadukasta ja ymmärrettävää tietoa käytössään. Jos asiakkaan päätökset pohjautuvat virheelliseen tietoon, ei voimaantuminen ole hallittua ja se saattaa lisätä terveydenhuollon kustannuksia sekä medikalisaatiota. (Tuorila 2013, 666.)

6.2 Seksuaalineuvonnan toteuttaminen

Maailmanterveysjärjestö WHO on määritellyt seksuaalisuuden niin, että se on keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa eri elämän vaiheissa ja siihen kuuluu useita osa-alueita kuten lisääntyminen (WHOa 2006, WHO 2016 mukaan). Onnistuneessa seksuaaliohjaus- ja seksuaalineuvontatilanteessa tulee huomioida hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, noudattaa hoitotyön periaatteita ja ammatillista vuorovaikutusta. Tärkeintä on, että asiakkaan ihmisarvoa ei loukata ja hänen yksityiselämänsä ja vakaumustaan kunnioitetaan. Ammatillisuuteen kuuluu, että hoitaja ei ilmaise negatiivisia tunteita asiakkaalle, vaikka niitä kokisikin. Hoitajan tulee viestittää asiakkaalleen, ettei hän arvostele asiakkaan seksuaalisuutta, vaan hyväksyy hänet sellaisena kuin hän on. Asiakkaan on vaikeaa tai jopa mahdotonta puhua seksuaalisuudestaan, jos hänellä on tunne, että hoitaja vastustaa hänen valintojaan tai elämisen tapaansa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 45, 134, 137, 142.)

Hoitohenkilökunnan voi olla vaikea puhua seksuaalisuudesta, koska se saattaa olla arkaluontoinen asia heillekin. Seksuaalisuudesta puhumista voi kehittää lukemalla kirjallisuutta aiheesta sekä harjoitella esimerkiksi puhumalla siitä ensin oman työkaverin tai ystävän kanssa ja sanomalla seksuaalisuutta kuvaavia sanoja ääneen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138.) Lisäksi on hyvä seurata ajankohtaista keskustelua seksuaalisuudesta ja tarvittaessa hoitajan tulee ohjata asiakas eteenpäin toiselle terveydenhuoltoalan ammattilaiselle (Krebs 2006, 135).

Seksuaalisuuden puheeksiottamiseen on kehitetty useita malleja. Erilaisiin malleihin kannattaa tutustua työyksikössä ja pohtia, mikä malli palvelisi parhaiten yksikön tarpeita. (Bildjuschkin 2015.) Yksi malleista on ALLOW –malli. Se muodostuu viidestä eri

osasta, joita ovat ask, joka kehottaa kysymään seksuaalisuudesta. Seuraavaksi on legitimize, jolloin hoitaja pyytää lupaa puhua seksuaalisuudesta ja perustelee keskustelun tarpeellisuutta. Limitations viittaa siihen, että hoitajan tulee tunnistaa omat rajansa keskustelussa. Open tarkoittaa, että hoitaja esittää asiakkaalle avoimia kysymyksiä seksuaalisuudesta. Work taas tarkoittaa, että hoitaja työskentelee asiakkaan kanssa keskustellen seksuaalisuudesta. (Murtagh 2010, Bildjuschkinin 2015 mukaan.)

Seksuaalisuudesta puhuttaessa voidaan aloittaa keskustelu faktatiedoista ja siirtyä vähemmän aroista aiheista arkaluontoisempiin (Krebs 2006, 135). Kun seksuaalisuus otetaan puheeksi, hoitaja voi aloittaa keskustelun esimerkiksi niin, että hän kysyy asiakkaalta, ”olisiko nyt hyvä hetki puhua seksuaalisuudesta” tai ”onko hänellä joitain seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä” (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138). Asiakkaat odottavat, että terveydenhuollon ammattilainen aloittaa keskustelun seksuaalisuudesta (Bildjuschkin 2015). Hoitajalla on myös vastuu siitä, että asiakkaiden kanssa keskustellaan seksuaalisuudesta. Lisäksi on huomioitava, että asiakkaalla on myös oikeus kieltäytyä keskustelusta. Kun asiakas kokee, että seksuaalisuudesta saa ja voi puhua hoitajan kanssa, hänen on ehkä helpompi puhua niistä asioista myös puolisonsa kanssa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 140, 144.)

Keskustelu tulee käydä rauhallisessa tilassa, jossa välittyy kunnioittava ja salliva ilmapiiri välttämättä liiallista lääketieteellistä sanastoa. Keskusteltaessa nuoren kanssa, hoitaja käyttää nuorelle tuttuja termejä koskien seksuaalisuutta, sillä virallinen kieli voi poiketa paljon nuorien käyttämästä sanastosta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138, 151.) Keskustelun onnistumisen kannalta on välttämätöntä, että ammattilainen ja asiakas ymmärtävät toistensa käyttämät termit ja hoitaja selittää ne tarvittaessa (Bildjuschkin 2015). Keskusteluun tulee myös olla riittävästi aikaa ja asioista on hyvä puhua hienotunteisesti, mutta hoitajan on oltava valmis antamaan myös tarkkaa tietoa asioista (Krebs 2006, 315).

Hoitaja voi käyttää keskustelussa erilaisia kysymyksiä apunaan. Hoitajan on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä, erityisesti seksuaalisuudesta keskustellessaan. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139.) Avoimilla kysymyksillä on tarkoitus saada asiakas puhumaan ja kertomaan asioita omasta näkökulmastaan. Avoimien kysymysten avulla saadaan tietää asiakkaan oma käsitys tilanteesta. (Oksanen 2014, 143.) Avoimet kysymykset alkavat

usein sanoilla: ”mikä”, ”miten”, ”miltä” tai ”milloin” (Ryttläinen & Valkama 2010, 139).

Myös suljetut kysymykset ovat tärkeitä, kun halutaan tarkka vastaus johonkin kysymykseen. Suljettuun kysymykseen esimerkiksi ”Onko tämä vaikea asia keskustella?” vastataan yleensä yhdellä sanalla tai lyhyesti. (Oksanen 2014, 144.) Tarkentavilla kysymyksillä hoitaja voi varmistaa omaa ymmärrystään asiasta (Ryttläinen & Valkama 2010, 145). Kysymyksiä muodostaessa on huomioitava myös, että hoitaja ei voi olettaa, että asiakas on heteroseksuaali ja on hyvä esittää kysymyksiä esimerkiksi muodossa: ”Haluaisitteko keskustella myös seurustelukumppaninne kanssa asiasta?” (Ryttläinen & Valkama 2010, 141).

Hoitaja voi hyödyntää keskustelussa asiakkaan kanssa refleksiivistä kyselyä, joka on yksi interventiivisen haastattelun muoto. Interventiivisessä haastattelussa ajatellaan, että kaikella mitä hoitaja tekee tai sanoo, on jokin merkitys asiakkaalle. Siinä eri tyyppisiä kysymyksiä käytetään harkitusti. Kysymykset ohjaavat asiakasta osallistumaan paremmin keskusteluun kuin väitteet. (Tomm 1988, 5, 15, 33.)

Refleksiivisten kysymysten esittäjän tarkoituksena on saada asiakas pohtimaan asiaa tarkemmin. Refleksiiviset kysymykset lisäävät asiakkaan tietoisuutta omista ajatuksistaan ja elämäntilanteestaan sekä antavat mahdollisuuden käsitellä asioita eri näkökulmista. Tarkoituksena on siis, että asiakas tuottaa uusia ajattelu- ja käyttäytymismalleja, tunnistaa voimavarojaan ja etsii ratkaisuja ongelmiinsa. (Tomm 1988, 18, 38, 41.) Refleksiiviset kysymykset ovat neutraaleja ja puolueettomia. Kysymykset antavat asiakkaalle mahdollisuuden kertoa asioista omin sanoin, käyttäen hänelle tuttuja ilmauksia. (Haarala ym. 2015, 113.) Esimerkkinä refleksiivisistä kysymyksistä voisi olla ”Mitä ajatuksia ja tunteita se sinussa herättää?” (Ryttläinen & Valkama 2010, 137).

Reflektiivisestä työotteesta kertovassa kirjassa todetaan, että keskustelun dialogisuus eli vuoropuhelu on tärkeää, jolloin asiakas ja työntekijä ajattelevat yhdessä ja tuovat esiin uusia näkökulmia. (Eriksson 2002, Viinikan, Souranderin & Oksasen 2014 mukaan, 69.) Työntekijällä täytyy olla ei-tietämisen-asenne, kun hän nostaa esiin kysymyksiä. Työntekijällä ei voi olla omia tavoitteita tai odotuksia keskustelun lopputulokselle. (Bateman & Fonagy 2006, Viinikan ym. mukaan 2014, 69.) Keskustelun teemojen asetta-

minen voi olla piilevää vallankäyttöä, jolloin työntekijä ohjailee asiakkaan ajatuksia ja vastauksia (Kurri 2005, Viinikan ym. 2014 mukaan, 69).

Reflektiivisessä työotteessa työntekijä ymmärtää, että asiakkaan ajatukset ja kokemukset voivat olla hyvin erilaisia kuin hänen omansa (Viinikka ym. 2014, 70). Työotteeseen kuuluu ymmärrys siitä, ettei keskustelua välttämättä aina synny. Tästä huolimatta työntekijä on kiinnostunut pohtimaan, miten hänen toimintansa, ajatuksensa ja tunteensa ovat vaikuttaneet haastavaan asiakastilanteeseen. (Asen & Fonagy 2012; Bateman & Fonagy 2006, Viinikan ym. 2014 mukaan.)

6.3 Kuvan hyödyntäminen terveysneuvonnassa

Sopivan terveystuontamenetelmän valinnassa tulee olla tietoa siitä, kuinka asiakas omaksuu asioita ja mitä ohjauksella halutaan saavuttaa. Apunaan hoitaja voi käyttää esimerkiksi kirjallista materiaalia tukemaan suullista ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Työvälineitä voi käyttää runkona esimerkiksi keskusteltaessa seksuaalisuudesta. Niistä on hyötyä etenkin silloin, kun keskustelun aloittaminen tuntuu hankalalta joko työntekijän tai asiakkaan näkökulmasta. (Allen & Fountain 2007, 33.) Työvälineet ovat työtä edesauttavia välineitä, joilla pyritään samaan viesti ymmärretyksi. Niitä voivat olla muun muassa kortit, listat, lomakkeet tai tehtävät. (THL Työmenetelmät.)

Ohjauksen mahdollisimman hyvien vaikutusten saavuttamiseksi tulee käyttää useita ohjausmenetelmiä. On arvioitu asiakkaiden muistavan 75 prosenttia näkemästään ja vain 10 prosenttia kuulemastaan ohjauksesta. Ohjauksesta, jota asiakkaat saavat sekä näkö- että kuuloaistin välityksellä, he muistavat jopa 90 prosenttia. Asiakas saattaa hahmottaa asioita parhaiten visuaalisesti, jolloin on hyvä käyttää kuvamateriaalia ohjauksen tukena. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Viestinnän tavoitteena on saada viesti ymmärretyksi ja luetuksi. Sen vuoksi sisältö tarvitsee ulkoasun, joka herättää vastaanottajan mielenkiinnon ja houkuttelee häntä. Myös kuvioiden tarkoituksena on sama kuin tekstinkin eli tiedon välittäminen. (Söderlund 2005, 271-272.) Hyvä kuva voikin korvata tuhat sanaa (Loiri & Juholin 2006, 52). Parhaiten viestin vastaanottaja ymmärtää viestin sisällön silloin, kun tekstiä ja kuvaa käytetään yhdessä, toisiaan täydentäen. (Söderlund 2005, 272.) Kuvat, graafiset kuviot, värit,

kirjaimet ja muut näkyvät typografiset elementit ovat visuaalisia keinoja, jotka herättävät vastaanottajan mielenkiinnon sekä tehostavat ja edesauttavat viestin perillemenoaa. (Söderlund 2005, 271-272.)

Kuvia kehoitetaan käyttämään terveystiedon viestinnässä (Cameron & Chan 2008, Changin 2014 mukaan, 822). Jos esimerkiksi ennaltaehkäisy keinoja on vaikea hahmottaa, kuvat voivat helpottaa kuvailua ja tehostaa viestin vaikuttavuutta (Chang 2014, 822). Kun terveyden edistäminen on sisällytetty kuviin, se usein kiinnittää ihmisen huomion, katsoja ymmärtää viestin ja se jää muistikuvaksi. Kuva myös parantaa kehoituksen noudattamista. (Michielutte, Bahnson, Dignan, & Schroeder, 1992; Sojourner & Wogalter, 1998; Leiner, Handal, & William, 2004; Houts, Doak, Doak, & Loscalzo 2006, Changin 2006 mukaan, 823.) Cameron ja Chan (2008) ovat todenneet, että kuvat voivat helpottaa aitojen tilanteiden kuvittelemista terveystiedon viestinnässä (Changin 2014 mukaan, 824).

Suuri tietomäärä, monimutkaiset käsitteet ja numerotiedot on hyvä saada tiivistettyä havainnolliseksi tuotokseksi (Lammi 2009, 32). Havainnollistamisella tarkoitetaan sitä, että tuotava viesti kuulijoille pyritään saamaan paremmin ymmärrettäväksi, kiinnostavammaksi ja houkuttelevammaksi siten, että teoreettinen, käsitteellinen ja abstrakti tieto muutetaan paremmin vastaanotettavaksi. Hyvä tapa havainnollistaa lukuja on graafinen kuvaaja eli kaavio. (Söderlund 2005, 281; Lammi 2009, 56-57.)

6.4 Kaavion ulkoasuun ja sisältöön vaikuttavat tekijät

Väriarvoinnilla on suuri merkitys, sillä väri vaikuttaa voimakkaasti ihmiseen ja sen tulee sopia käsiteltävään aiheeseen (Söderlund 2005, 278; Loiri & Juholin 2006, 111; Lammi 2009, 66). Valintoja tehdessä tulee huomioida kohderyhmä ja sisältö. Värien tehtävänä on tehostaa viestintää sekä korostaa ja luokitella asioita. Huonot väriarvoinnit saattavat puolestaan estää viestin välittymisen. Taustassa ei tulisi olla mitään, mikä kilpailee huomiosta sen varsinaisen tiedon kanssa. Täysin mustasta tai valkoisesta taustasta muut värit ja sävyt erottuvat täydellisesti. (Lammi 2009, 63, 66.) Kaikki värit eivät sovi toisiinsa ja se tulee huomioida sekä tausta- että vierusvärien valinnassa, värien tulee muun muassa erottua riittävästi toisistaan (Loiri & Juholin 2006, 112; Lammi 2009, 70). Värien etäisyydet koetaan erilaisiksi. Lämmin väri kannattaa valita etualalle, koska lämpi-

mät värit vaikuttavat olevan lähempänä katsojaa kuin kylmät värit ja jotta ei syntyisi vaikutelmaa, että lämmin väri yrittää tunkea itseään esiin. (Lammi 2009, 72.)

Jos samassa viivakaaviossa on useampia havainnollistavia viivoja, täytyy niitä kuvaavat viivat erottaa toisistaan kunnolla. Erityisesti, kun viivat ovat lähellä toisiaan tai leikkaavat, tulee erottuminen ottaa huomioon. Jos kyse on vertailusta, tulee kuvaajien olla yhdenvertaiset, eikä toinen kuvaaja saa erottua kuviosta. (Lammi 2009, 192-193.)

Tarvitaan kuitenkin myös tekstimuotoista tietoa, vaikka tieto muodostetaan kuvallisesti. Graafiseen kuvaajaan esimerkiksi viivakaavioon piirretty viiva ei kerro muuta kuin, että jokin asia suurenee tai pienenee. Tekstit ja asteikon luvut antavat kokonaiskäsityksen. Hyvin piirretyn kaavion tueksi riittää pieni määrä tekstiä, otsikot kaaviolle ja akseleille, asteikkomerkinnot ja mahdollinen selite. (Lammi 2009, 183.)

Fontilla eli kirjaintyyppillä on myös oma ilmeensä, joka vaikuttaa katsojan muodostamaan vaikutelmaan. Kaikki fontit eivät sovi kaikkiin ympäristöihin, mikä johtuu fonttien ominaisuuksista ja tottumuksista. Osa fonteista on ajattomia ja klassisia, osa taas kuvastaa oman aikansa henkeä. (Lammi 2009, 82-83.) Fonttia miettiessä, sen luettavuus on tärkeä ominaisuus (Söderlund 2005, 285; Lammi 2009, 87).

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

ViVa -hankkeen tavoitteena on, että jokaisella olisi tarpeeksi paljon ajantasaista tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, jonka pohjalta pystytään tekemään oikeita valintoja koskien omaa hedelmällisyyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää nuorten tietoisuutta iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä terveydenhoitajille työväline, jonka avulla he voivat ottaa puheeksi iän vaikutuksen hedelmällisyyteen.

Opinnäytetyön tehtävänä on kuvata työvälinettä ja sen kehittämisprosessia.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

8.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista tai järjeistämistä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tulee olla jokin konkreettinen tuote, joka voi olla esimerkiksi ohjeistus, kirja, tietopaketti, CD-levy, portfolio tai tapahtuma riippuen kohderyhmästä. Toiminnallisen opinnäytetyön ei tarvitse välttämättä pohjautua tutkimuksellisiin menetelmiin. Aineiston ja tiedon kerääminen sekä toteutustapa tulee tarkoin miettiä, sillä sen tulee vastata mahdollisimman hyvin toimeksiantajan toiveita, kohderyhmän tarpeita ja oppilaitoksen vaatimuksia. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 16, 51-57.)

Vilkan (2015, 17, 19) mukaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tulee olla käytännönläheisiä, työelämälähtöisiä ja ajankohtaisia sekä niiden tulee palvella mahdollisimman hyvin opiskelijaa työelämää ajatellen. Tavoitteena on esimerkiksi tuottaa ja kehittää asiakastyön käytäntöjä ja palveluita. Tavoite täyttyy tässäkin työssä, kun kehitetään opiskeluterveydenhuollon palveluita työvälineen avulla.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi ei riitä pelkkä tuotos, vaan se vaatii myös teoreettisen viitekehyksen eli tutkittua tietoa, joka yhdistetään tuotoksen tuottamiseen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä mitataan sitä, kuinka opiskelija osaa yhdistää teoreettisen tiedon ammatilliseen osaamiseensa. Tuotoksen toteutuksessa tehdyt valinnat ja perustelut pohjautuvat teoriaosassa esitettyyn tutkimustietoon. (Vilka & Airaksinen 2003, 41-42.) Kuten tässäkin opinnäytetyössä tuotoksen toteuttaminen pohjautuu teoriaosassa esitettyyn tutkimustietoon. Teoriaosassa on perusteltu tuotoksen tarpeellisuus, sisältö, ulkoasu ja käyttötapa.

Toiminnallisen opinnäytetyön raportti tarkoittaa tekstikuvausta siitä, mitä opinnäytetyössä on tehty, miksi ja miten. Lisäksi kuvataan, millainen koko työprosessi on ollut ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin ollaan lopulta päädytty. Opinnäytetyön raporttiin sisältyy myös kuvaus tuotoksen muodostamisesta ja arviointi sen onnistumisesta, jolloin lukija saa kuvan siitä, kuinka tekijä on kehittynyt ammatillisesti opinnäytetyöprosessin aikana. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.)

8.2 Opinnäytetyön yhteistyökumppani

Tämä opinnäytetyö on osana ViVa-hanketta, jonka tarpeisiin tuotetaan terveydenhoitajien puheeksioton työväline. ViVa-hanke tavoittelee tervettä raskautta ja normaalia syntystä antamalla kaikille tutkittua tietoa katsomatta esimerkiksi sukupuolta tai kulttuuria. ViVa -nimi tulee sanoista ”viisaat valinnat” ja se viittaa siihen, että nuorilla on mahdollisuus tehdä viisaita valintoja koskien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä tutkitun tiedon pohjalta. ViVa-hanke koostuu Tampereen ammattikorkeakoulun, PSHP:n, Vauvantain ja tarvittaessa myös muiden alojen asiantuntijoista ja sitä rahoittaa sosiaali- ja terveysministeriö terveyden edistämisen määrärahasta. (ViVa 2015.)

Opinnäytetyön tuotos lahjoitetaan ViVa-hankkeelle ja tuotoksessa on näkyvissä heidän logonsa. Tekijänoikeudet pysyvät tuotoksen tekijöillä mutta ViVa-hankkeella on oikeus sen käyttöön ja levitykseen. Valmiin tuotoksen löytää ViVa-hankkeen Internet-sivustolta viva.tamk.fi.

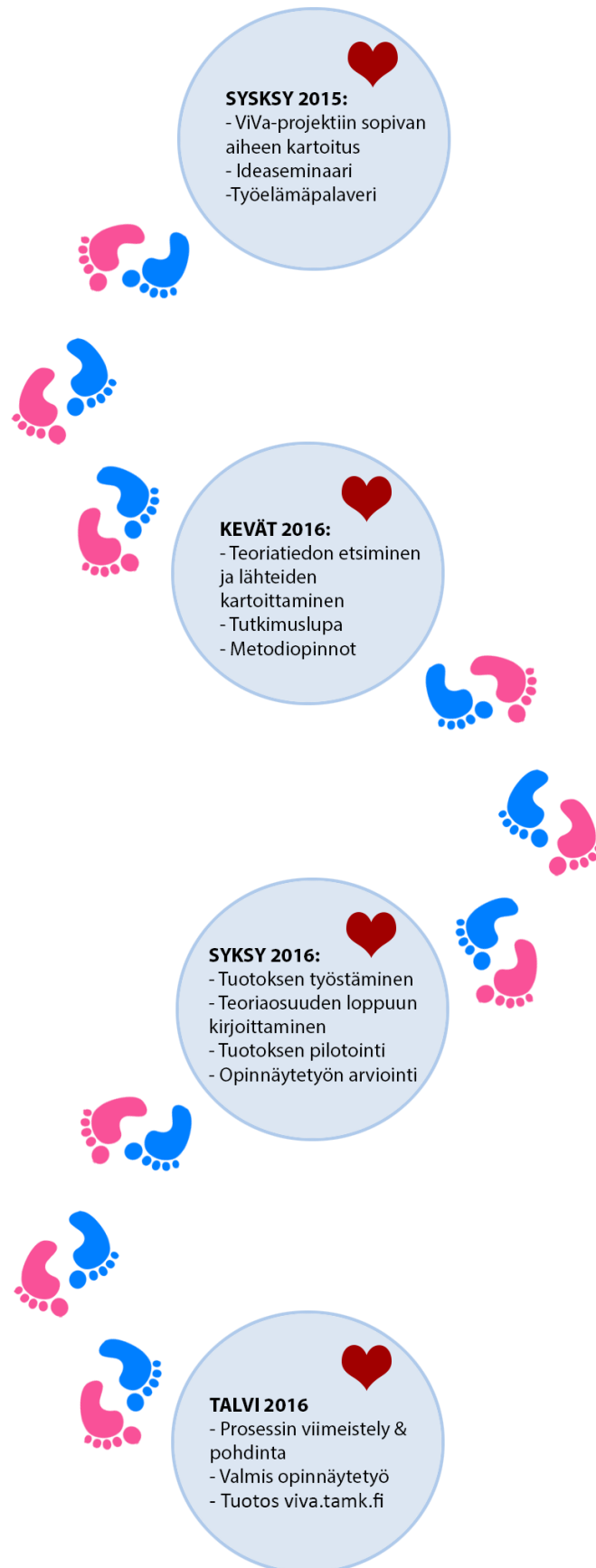
8.3 Prosessin kuvaus

Lokakuussa 2015 aloitettiin opinnäytetyön aiheen kartoitus. Silloin ViVa-hanke ja Ovumia järjestivät koulutuspäivän, jossa kerrottiin hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Yhtenä mahdollisuutena oli tehdä opinnäytetyö ViVa-hankkeelle, mikä oli kiinnostava vaihtoehto. Marraskuussa otettiin yhteyttä ViVa-hankkeessa mukana oleviin ammattilaisiin, joiden kanssa mietittiin, millainen opinnäytetyö palvelisi juuri heidän tarpeitaan. Työelämäyhteyden ja opinnäytetyöohjaajien avustuksella päätettiin, että opinnäytetyö käsittelee iän vaikutusta hedelmällisyyteen. Opinnäytetyöstä tehtiin toiminnallinen, jotta siitä olisi mahdollisimman paljon hyötyä käytännön työelämässä.

Tammikuussa 2016 tehtiin tutkimussuunnitelma ja helmikuussa opinnäytetyösopimus ViVa-hankkeen kanssa. Sen jälkeen teoriaosaa kirjoitettiin tasaisin väliajoin syyskuulle asti. Syksyllä pohdittiin tarkemmin, millaiseksi tuotos käytännössä muodostuu ja oli tärkeää keskustella siitä työelämäyhteyden kanssa. Työelämäyhteyden ja opinnäytetyöohjaajien kanssa yhdessä päädyttiin siihen, että hyvä puheeksioton työväline terveydenhoitajille olisi kaavio tai kuvio, joka havainnollistaa, miten hedelmällisyys laskee iän myötä.

Aluksi etsittiin erilaisia kaavioita, joiden avulla hedelmällisyyden laskua voitaisiin kuvata. Naisen ja miehen kaavioiden oli oltava vertailukelpoisia keskenään, joten tuotoksen lähteeksi päätyivät samassa tutkimuksessa tuotetut kaaviot. Kaavioista muokattiin visuaalisesti nuoria kiinnostavammat ja asiayhteyteen sopivat. Värit ja fontit valittiin teorian pohjalta. Kaavioiden mittasuhteet pidettiin ennallaan, jotta niitä pystyy vertailemaan keskenään. Kaaviot haluttiin siisteiksi ja käyttöä kestäviksi, joten lopuksi ne laminoitiin. Varsinainen tuotos saatiin IT-alan ammattilaisen opastuksella haluttuun muotoon.

Kaavioiden käyttöä haluttiin kokeilla käytännössä, jotta saataisiin luotettavaa arviointia niiden toimivuudesta. Yhteistyökumppania etsittiin Tampereelta eri organisaatioista ja Tullinkulman opiskeluterveydenhuollossa oltiin kiinnostuneita testaamaan kaavioita. Testausta varten Tampereen kaupungilta haettiin tutkimuslupa ja niin opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat saivat käytännössä kokeilla tuotosta. Lopuksi arvioinnit koottiin opinnäytetyöhön ja työ viimeisteltiin. Kuviossa 1 on havainnollistettu opinnäytetyöprosessia.



KUVIO 1. Opinnäytetyöprosessi

8.4 Tuotoksen kuvaus

Tuotoksessa havainnollistetaan hedelmällisyyden laskemista iän myötä kahden eri kaavion avulla. Toisessa kaaviossa kuvataan naisen hedelmällisyyttä synnyttämättömillä sekä synnyttäneillä naisilla ja toisessa miehen hedelmällisyyttä. Kaavioiden kääntöpuolilla on tarkempaa tietoa kaavion sisällöstä käyttäjälle. Lisäksi kääntöpuolilla on kaksi reflektiivistä kysymystä asiakkaan ajatusten herättämiseksi, joita terveydenhoitaja voi tarvittaessa käyttää. Kaavioiden avulla on tarkoitus havainnollistaa opiskeluterveydenhuollon asiakkaille hedelmällisyyden laskua iän myötä. Kaaviot ovat mittasuhteiltaan samat, jotta ne ovat keskenään vertailukelpoiset. Näin katsoja näkee, kuinka miehen ja naisen hedelmällisyys laskee eri vauhtia toisiinsa verrattuna. Kaavioiden avulla voidaan arvioida suhteellisesti, kuinka asiakkaan ja hänen kumppaninsa hedelmällisyys kasvaa tai hiipuu tulevaisuudessa. Tuotoksen avulla terveydenhoitaja voi ottaa puheeksi asiakkaan kanssa sen, kuinka ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen ja antaa aiheesta informaatiota.

Puheeksioton työvälinettä on tarkoitus käyttää esimerkiksi ehkäisykäynnin tai muun käynnin yhteydessä, missä se tuntuu luontevalta. Esimerkiksi käynnin loppupuolella terveydenhoitaja voi kysyä, tietääkö nuori, kuinka ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen ja samalla näyttää hänelle kaavioita, joiden avulla hän havainnollistaa hedelmällisyyden laskua niin naisilla kuin miehilläkin. Tästä voi syntyä keskustelua, jota terveydenhoitaja jatkaa jokaisen yksilöllisen tiedontarpeen sekä kiinnostuksen mukaan ja lisää näin nuoren tietoisuutta hedelmällisyydestä.

8.5 Tuotoksen arviointi

Tuotokseksi valittiin kaavio, koska siitä terveydenhoitaja saa nopeasti ja helposti havainnollistettua asiakkaalle, miten ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen. Naisen ja miehen hedelmällisyyden lasku iän myötä saatiin kuvattua kaaviomuodossa yksinkertaisesti ja selkeästi. Naisen kaaviossa on myös näkyvillä mielenkiintoinen seikka siitä, kuinka synnyttämättömillä naisilla hedelmällisyys laskee aikaisemmin ja nopeammin kuin synnyttäneillä. Ero hedelmällisyyden laskun alkamisessa on selkeä, keskimäärin noin seitsemän vuotta, joten sen on merkityksellistä olla esillä naisen hedelmällisyyttä kuvaavassa kaaviossa.

Kaavioiden valmistuttua nykyiseen muotoonsa, niitä arvioitiin myös työelämäyhteyden taholta. Heiltä saatiin positiivista palautetta. Kaavioiden käytön tiimoilta oltiin kiinnostuneita jatkamaan yhteistyötä levittämällä niitä laajemmin terveydenhoitajien käyttöön.

Tekijöillä ei ollut opinnäytetyötä tehdessään sellaisia kontakteja tai osaamista, että tuotos oltaisiin saatu sellaiseen muotoon, kuin alun perin suunniteltiin. Tuotoksesta olisi toivottu vielä virtuaalista versiota Internetiin, jossa miehen ja naisen kaavioita olisi pystynyt tietokoneen hiiren avulla liikuttelemaan toistensa päällä ja vertailemaan sitä, kuinka naisilla hedelmällisyys alkaa laskea miehiä aiemmin ja nopeammin. Tämä versio olisi ollut mahdollista toteuttaa vain maksullisena, eikä rahan sijoittamista opinnäytetyön tuotokseen pidetty opinnäytetyön idean mukaisena. Jatkokehittämisen näkökulmasta kaaviot voisi tulevaisuudessa vielä saattaa sellaiseen muotoon, että niitä pystyisi virtuaalisesti liikuttelemaan suhteessa toisiinsa ja vertailemaan.

8.6 Tuotoksen pilotointi ja levittäminen

Tampereen Tullinkulman opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat testasivat opinnäytetyön tuotokseksi tehtyä puheeksioton työvälinettä. Terveydenhoitajat kommentoivat, että kaaviot ovat selkeitä ja niitä oli helppo käyttää. Kaavioiden avulla terveydenhoitajat olivat saaneet esitettyä informaation tiiviisti ja nopeasti asiakkaille, mikä oli myös yksi tekijöiden tavoitteista. Terveydenhoitajien mielestä oli hyvä, että informaatio on tiiviissä muodossa, jolloin se pystytään esittämään myös lyhyen vastaanottokäynnin aikana. Kaikki terveydenhoitajat, joilta palautetta saatiin, pitivät kaavioiden aihetta erittäin tärkeänä. Myös asiakkaat, jotka kommentoivat aihetta, pitivät sitä tärkeänä. Terveydenhoitajat kertoivat, että asiakkaat pitivät kaavioista ja hämmästyivät niistä saatua tietoa.

Ongelmalliseksi oli muodostunut se, että ehkäisyä aloittaessa terveydenhoitajat eivät kokeneet sopivaksi aloittaa keskustelua hedelmällisyyden heikkenemisestä, ellei asiakas itse tuonut aihetta esiin. Osa terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että asiakas voi kokea aiheen esiintuomisen painostavana tai loukkaavana. Tällaisissa tilanteissa terveydenhoitajat näyttivät kaavioita, jos asiakas itse otti hedelmällisyyden puheeksi.

Puheeksioton työväliseen käyttöä voidaan jatkossa laajentaa esimerkiksi niin, että kaaviot olisivat opiskeluterveydenhuollossa näkyvillä julisteen muodossa, jolloin kaaviot olisivat kaikkien asiakkaiden saatavilla ja tieto saavuttaisi mahdollisimman monet asiakkaat. Näin tieto tavoittaisi myös ne, jotka eivät itse ota hedelmällisyyttä puheeksi terveydenhoitajan vastaanotolla. ViVa-hanke tukee työväliseen käytön laajentamista ja julisteet aiotaan toteuttaa tulevan kevään aikana. Lisäksi kaavioita ja niiden käyttöä tullaan esittelemään Tampereen kaupungin terveydenhoitajille ViVan järjestämässä koulutuspäivässä huhtikuussa 2017. Näin kaaviot tulevat tutuiksi useille terveydenhoitajille ja niiden käyttö leviää.

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikkaa tulee noudattaa koko opinnäytetyöprosessin ajan, aiheen kehittelemisestä opinnäytetyön viimeistelyyn asti. Tutkimusetiikka eli hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että opinnäytetyöntekijät käyttävät eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä ja tiedonkeruumenetelmiä eli menetelmiä, joiden käyttö on yleisesti hyväksytty. Nämä toimintatavat ovat yhteisesti sovittuja kollegoiden, rahoittajien ja toimeksiantajien kanssa. (Vilkkä 2015, 41.) Tämä opinnäytetyö on tehty noudattaen Tampereen ammattikorkeakoulun laatimia ohjeita koskien opinnäytetyön raportointia.

Ennen kuin opinnäytetyön toteutus aloitetaan, opinnäytetyöntekijän ja toimeksiantajan on hyvä tehdä sopimus, johon laitetaan kirjallisesti ylös molempien asema, vastuu, velvollisuudet sekä oikeudet (Vilkkä 2015, 47). Tämänkin työn toteutuksen alkuvaiheessa on tehty Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukainen kirjallinen sopimus työelämäyhteyden kanssa ja sovittu opinnäytetyötä koskevista käytännön asioista. Tutkimuseettisesti on noudatettava myös tutkimuksen avoimuutta ja kontrolloitavuutta eli ilmoitettava rahoituslähteet ja mahdollinen tutkimusta koskeva salassapito- tai vaitiolo-velvollisuus. Tutkittavien ja toimeksiantajien nimiä ei saa mainita tutkimuksessa ilman lupaa. (Vilkkä 2015, 46.) Tässä opinnäytetyössä tuodaan esiin, että se on tehty yhteistyössä työelämäyhteyden eli ViVa-hankkeen kanssa ja heidän logonsa on myös tuotoksessamme näkyvissä.

Nykyään korostetaan sitä, että opinnäytetyön aiheen hyödyllisyys ja valinta ovat jo itsessään eettinen ratkaisu. Hyöty voi kohdistua tuleviin potilaisiin tai asiakkaisiin esimerkiksi niin, että heidän tietoisuutensa terveydestä kasvaa. Jo tutkimussuunnitelmaa tehdessä, tekijöiden on arvioitava tutkimuksesta saatavaa hyötyä. Tutkijan on myös pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 218.)

Tämän opinnäytetyön aihe on eettisesti tärkeä, sillä lastenhankintaikä on koko ajan nousussa eikä osalla väestöstä ole tarpeeksi tietoa lastenhankinnan lykkäämisestä. Kaikilla on kuitenkin oikeus tarvittavaan tietoon lisääntymis- ja seksuaaliterveydestään, mitä

opinnäytetyön tuotos pyrkii edistämään. Myös Anttilan (2008, 2441) mukaan nuorten elämäntapaneuvonta on merkityksellistä työtä, sillä sen avulla voidaan ehkäistä hedelmättömyyttä. Samalla voidaan vähentää kalliita hedelmättömyyshoitoja ja henkisen kuormituksen määrää.

Lisäksi opinnäytetyön aiheen ajankohtaisuus on tärkeää (Hakala 2004, 29). Tämän opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, sillä lastenhankintaikä on koko ajan nousussa. Lisäksi esimerkiksi valtakunnallisessa sanomalehdessä, Helsingin sanomissa, on ollut useita artikkeleita syksyn aikana lastenhankinnan lykkäykseen liittyen.

Opinnäytetyön aihetta voi eettisesti pohtia myös siitä näkökulmasta, onko terveydenhoitajien sopivaa ottaa iän vaikutus hedelmällisyyteen puheeksi milloin tahansa. Tätä miettivät myös osa niistä terveydenhoitajista, jotka testasivat tuotosta käytännössä ja heillä oli asiakkaan kanssa ehkäisyn aloituskäynti. He olivat sitä mieltä, että osa asiakkaista voi pitää aiheen esiintuomista painostavana tai loukkaavana. On kuitenkin ongelmallista arvuutella, kuka asiakas hyötyy informaatiosta ja kuka voi loukkaantua siitä. Huomioitavaa on, että jokainen terveydenhoitaja arvioi yksilöllisesti vastaanottokäyntinsä tilanteen. Hyvin nuoren asiakkaan kanssa, joka hakee ehkäisyn aloitusta, voi tuntua ristiriitaiselta kertoa siitä, että lapsien saanti on todennäköisesti helpompaa nuorena, kun sitä pyritään juuri ehkäisemään. Tällaisessa tilanteessa terveydenhoitaja voi esimerkiksi siirtää keskustelun iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen jollekin tulevalle käynnille ehkäisyyn liittyen.

Joka tapauksessa kaikilla on oikeus tietoon lisääntymis- ja seksuaaliterveydestä ja tätä tietoa terveydenhoitajan on velvollisuus välittää asiakkailleen. Kun terveydenhoitaja välittää tietoa kaikille, voidaan varmistua siitä, että nuoret tekevät hedelmällisyyttä koskevat valintansa tuoreen tutkimustiedon varassa. Terveystieteen kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä ”informed choice”, jolla tarkoitetaan, että asiakkaan kunnioittamisen ja ymmärtämisen avulla voimaannutetaan asiakasta ottamaan tietoa vastaan ja ottamaan vastuu omasta terveydestään sekä valinnoistaan (Willard 2005, 131 Spoelin 2010, 66 mukaan). Voimaantuessaan asiakas kokee, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan terveyteensä saadessaan hoitajalta tietoa eri valinnan mahdollisuuksista (Siitonen 1999, Turun 2007, 21 mukaan). Eli kun terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä on luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ja terveydenhoitaja kertoo iän vaikutuksesta

hedelmällisyyteen, annetaan asiakkaalle mahdollisuus tehdä tietoisia valintoja eikä kyse ole asiakkaan loukkaamisesta.

Lähdekriittisyys on välttämätöntä opinnäytetyön luotettavuuden kannalta. Tekijöiden on osattava arvioida lähdemateriaalia muun muassa iän, laadun ja tiedonlähteen auktoriteetin sekä tunnettavuuden perusteella. Hyviä lähteitä ovat tuoreet ja asiantuntijaksi tunnetun tekijän tutkimukset tai muut lähteet. (Vilka & Airaksinen 2004, 72.) Sääntönä voidaan pitää, ettei lähdeluetteloon hyväksytä yli 10 vuotta vanhaa materiaalia (Hakala 2004, 93).

Tämä työ on tehty lähdekriittisesti ja lähteissä toistuvat samat tunnetut suomalaiset ja kansainväliset hedelmällisyyttä tutkineet nimet kuten Klemetti, Miettinen ja Gissler. Lähes kaikki käytetyt lähteet ovat tuoreita mutta osa myös yli 10 vuotta vanhoja. Tuoreita lähteitä on ollut vaikea löytää koskien toiminnallista opinnäytetyötä, eettisyyttä ja luotettavuutta ja näissä osissa esiintyykin myös vanhempia lähteitä näkökulmien laajentamiseksi. Tämä ilmiö näkyy myös muissa toiminnallisissa opinnäytetöissä. Osa lähteistä kuten *Interventiivinen haastattelu* (Tomm 1988) on teoksia, joihin myös muut uudemmat teokset viittaavat, koska tieto ei ole muuttunut ajan kuluessa. Tällaisiin teoksiin on luotettavaa viitata.

Opinnäytetyössä on käytettävä ensisijaisia lähteitä eli alkuperäisiä julkaisuja aina, kun siihen on mahdollisuus. Toissijaisessa lähteessä tieto on kirjoittajan tulkintaa alkuperäisestä lähteestä ja tällöin on vaarana, että tieto on muuntunut alkuperäisestä muodostaan. (Vilka & Airaksinen 2004, 73.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty toissijaisia lähteitä välttämättömissä tilanteissa, kun tieto on ollut oleellista opinnäytetyön kannalta, mutta alkuperäistä lähdetä ei ole ollut mahdollista käyttää.

Toiminnallisen opinnäytetyön arvoa ei mitata lähteiden määrällä vaan niiden laadulla (Vilka & Airaksinen 2004, 76). Tässä opinnäytetyössä lähteitä on kuitenkin käytetty runsaasti. Opinnäytetyön aihe vaikuttaa oleellisesti lähdeluettelon pituuteen ja niin sanotuista alan muotiteemoista löytyy selkeästi enemmän lähdemateriaalia (Hakala 2004, 86). Tämän opinnäytetyön aihe on herättänyt viime vuosina ensisynnyttäjien iän kasvaessa paljon kiinnostusta. Uusia tutkimuksia ja artikkeleita on tehty paljon ja niitä ilmestyy koko ajan, jolloin materiaalia on paljon. Työssä on haluttu käyttää mahdollisimman useita lähteitä, jotta teoriaosan luotettavuus lisääntyy, kun useat lähteet tukevat toisiaan

ja keskustelevat keskenään. Miesten iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskauteen oli selkeästi vaikeampaa löytää luotettavaa tutkimustietoa kuin naisten. Suomalaisia tutkimuksia asiasta ei juuri ollut saatavilla, joten aihetta koskien on käytetty kansainvälistä materiaalia.

Opinnäytetyössä on myös käytetty tarkoituksenmukaisia lähteitä. Esimerkiksi kartoittaessa tietoa opiskelijoiden tietotasosta koskien hedelmällisyyttä ollaan käytetty Brandtin (2013) suomalaista tutkimusta yliopisto-opiskelijoista. Siinä todetaan, että tutkimustuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kehitettäessä opiskelijoille suunnattua hedelmällisyysneuvontaa, kuten tässä opinnäytetyössä tehtiin.

Opinnäytetyön aihe on hyvä rajata, jotta aiheen käsittely ei jää pinnalliseksi (Hakala 2004, 31). Tässä työssä käsitellään vain iän vaikutusta hedelmällisyyteen, jolloin aiheesta on pystytty käsittelemään syvällisemmin ja näin työ on luotettavampi. Opinnäytetyö on tehty parityönä, mikä osaltaan lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Kun kaksi ihmistä tulkitsee ja suomentaa lähteitä ja päätyvät samaan tulokseen, on lähteet todennäköisemmin ymmärretty oikein.

9.3 Opinnäytetyön arviointi

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli edistää nuorten tietoisuutta iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Tavoite täyttyi, sillä opinnäytetyöhön on koottu laajasti teoretietoa iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen, ja opinnäytetyön julkaisemisen kautta tämä tieto välittyy myös sitä lukeville nuorille. Lisäksi puheeksioton työvälineen avulla terveydenhoitaja pystyy helposti antamaan nuorille tietoa iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen, jolloin terveydenhoitajat edistävät nuorten tietoisuutta aiheesta. Teoriaosa koostuu kaikista niistä osa-alueista, joita työvälineen merkityksen ja käytön ymmärtäminen vaatii.

Vaikka terveydenhoitajille on tehty useita muitakin puheeksioton työvälineitä ennen tätä tuotosta, puheeksioton työvälineen käytöstä terveysneuvonnassa ei ole tehty tutkimuksia. Sen vuoksi ei ole pystytty tarkasti määrittelemään, mitä puheeksioton työvälineellä tarkoitetaan ja perustelemaan, mitä hyötyä siitä on. Työssä on kuitenkin perusteltu, mitä hyötyä on antaa visuaalista ja suullista ohjausta yhdessä. Opinnäytetyössä on kuvattu eri

keinoja, joita terveydenhoitaja voi terveysneuvonnan aloituksessa ja sen ylläpitämisessä hyödyntää.

Puheeksioton työvälineen käytön tueksi teoriaosassa kerrotaan terveysneuvonnasta ja seksuaalineuvonnasta. On huomioitu, että kun otetaan puheeksi iän vaikutus hedelmällisyyteen, puheeksiottajalla täytyy olla myös osaaminen terveysneuvonnasta ja seksuaalisuudesta puhumisesta, jolloin ne ovat tärkeitä kappaleet teoriaosassa. Seksuaalisuus käsitteenä pitää sisällään myös lisääntymisen, kuten WHO on sen määritellyt, joten seksuaalisuudesta keskustelemisen erityispiirteitä voi soveltaa myös lisääntymisestä ja näin hedelmällisyydestäkin keskusteluun.

Puheeksioton työvälineestä on hyötyä, koska sen avulla saadaan nopeasti havainnollistettua asiakkaalle, kuinka ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen. Näin säästetään aikaa selittämiseltä ja asiakas todennäköisesti ymmärtää asian oikein, kun terveydenhoitaja sanallista viestintää tukee kaavio. Terveydenhoitaja hyötyy puheeksioton työvälineestä lisäksi siksi, että hänen on helpompi ottaa asia puheeksi, kun kerrotaan, että kaaviota näytetään kaikille. Silloin asiakas ei ihmettele, miksi hänelle puhutaan hedelmällisyyteen liittyvistä asioista.

9.4 Pohdinta ja jatkokehittämisehdotukset

Vaikka tässä opinnäytetyössä korostuvat lastenhankinnan lykkäämisen negatiiviset vaikutukset naisen ja miehen hedelmällisyydelle, on kuitenkin huomioitava, että lastenhankinnan lykkäämisellä voi olla myös hyviä puolia. Gissler ym. (2009, 73) toteavat, että lastenhankinnan lykkäämisellä voi olla myös suotuisia vaikutuksia, sillä vanhemmalle naiselle voi olla karttunut hyödyllistä elämäkokemusta, joka auttaa paremmin sopeutumaan äitiyteen. Lapsenhankintaa lykänneiden parisuhde voi olla lisäksi paremmin vakiintunut ja sosiaaliset verkot ovat laajat. Äiti on myös ehtinyt jo nauttia työelämän haasteista, mikä voi luoda hyvän pohjan äitiydelle.

Mitä enemmän tekijät syventyvät iän merkitykseen naisen ja miehen hedelmällisyyden kannalta, sitä paremmin on ymmärretty, kuinka monialaisesti ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen ja myös raskauden kulkuun. Olisi hyvä, jos perheet voisivat aloittaa lastenhankintansa aiemmin, jolloin raskaaksi tuleminen on varmempaa, tahatonta lapsettomuutta

on vähemmän ja sekä raskauteen että synnytykseen liittyvät riskit ovat pienempiä. Silloin myös perheiden lapsiluku voisi olla lähempänä toivottua lapsilukua. Näiden toteutumiseksi tarvitaan niin yhteiskuntapolitiikkaa kuin hedelmällisyysneuvontaakin eli tietoa siitä, kuinka ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen ja heikentää hedelmällisyyshoitojen onnistumista. (Klemetti ym. 2014, 179.)

Läpi opinnäytetyöprosessin löytyi useita tutkimuksia ja artikkeleita siitä, kuinka nuorten tiedot iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ovat puutteelliset (Virtala 2011a, 115; THL 2014, 28-29; THL 2015c; Miettinen 2016; Leppänen & Leskinen 2016, 53). Tämä toi työvälineen toteuttamiselle lisää arvoa ja mielekkyyttä. Myös työelämäyhteyden tavoitteena on, että nuoret saavat tehdä viisaita valintoja koskien hedelmällisyyttään tuoreimman tutkitun tiedon valossa. Lisäksi on muistettava, että on paljon muitakin asioita, jotka vaikuttavat lastenhankinnan lykkäämiseen kuin tiedon puute. Eri elämäntilanteissa elävät ihmiset voivat kokea, että vaikka heidän hedelmällisyytensä heikkenee, heidän on silti parempi vielä siirtää lastenhankintaa. Tällöin terveydenhuoltoalan ammattilaisen on kunnioitettava jokaisen omia valintoja.

Tulevaisuudessa lastenhankinnan lykkäämiseen voidaan vaikuttaa yhteiskunnan tasolla eikä pelkkä tiedon lisääminen iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen riitä. Syntyvien lasten määrän lisäämiseksi, tulisi vaikuttaa erityisesti ryhmään, joka siirtää lastenhankintaa taloudellisen epävarmuuden takia (Klemetti ym. 2014, 178). Lastenhankintaiän aikaistamiseen lapsiperheitä voitaisiin kannustaa alentamalla tuloveroja, lapsilisän tuntuvalla korottamisella ja pienten lasten vanhempien mahdollisuudella joustavaan työaikaan tai osapäiväiseen työhön (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 42). Lisäksi mahdollisuus asua kohtuuhintaisesti ja väljästi lisää halua perheen perustamiselle ja lapsiluvun lisäämiselle (Gissler ym. 2009, 75). Opiskelijoita voitaisiin tukea koulun ja perheen yhteensovittamisessa muun muassa huomioimalla asumislisässä lapsiperheet sekä opintotukeen voitaisiin liittää huoltajakorotus (Virtala 2011b, 17).

Siitä huolimatta, vaikka suomalaiset opiskelevat hyvin laajapohjaisesti, kouluttautuvat pitkälle ja koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on yksi perusterveydenhuollon palveluista, joissa suurin osa nuorista tavoitetaan, palveluiden ulkopuolelle jäävät ne nuoret, jotka eivät jatka opiskelua. Juuri heillä saattaisi olla suurin tarve matalan kynnyksen seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluille, koska huonon koulumenestyksen on nähty olevan yhteydessä myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden huonoon tiedon tasoon. (THL 2014,

50-51.) Tällä hetkellä tuotos on suunnattu pääasiassa opiskeluterveydenhuoltoa käyttäville nuorille ja tuotosta voisi jatkokehittää niin, että sen käyttöä suunnattaisiin myös palveluiden ulkopuolelle jääville sekä muihin terveydenhuollonpalveluihin.

Olisi mielenkiintoista viedä tuotos armeijan terveydenhuollonpalveluihin, joissa miehiä pystyttäisiin tavoittamaan laajemmin. Tuotosta voitaisiin kohdentaa lisäksi nuorisoneuvolaan ja ehkäisyneuvolaan, missä seksuaalisuus- ja samalla myös lisääntymisasiat ovat esillä. Joka tapauksessa kaaviot tulevat näkyville myös ViVa-hankkeen Internet-portaaliin, mistä niitä on mahdollista katsoa kenen vain asiasta kiinnostuneen ja näin ne eivät ole ainoastaan opiskeluterveydenhuollon asiakkaiden saatavilla lähitulevaisuudessa.

Jatkossa tuotosta voisi käyttää esimerkiksi niin, että se olisi osa terveydenhoitajan päivittäistä työskentelyä. Potilastietoihin voisi tehdä rekisterin, johon merkattaisiin, onko asiakkaan kanssa käyty läpi, kuinka ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen ja sen voisi systemaattisesti ottaa puheeksi kaikkien kanssa.

LÄHTEET

Allen, L. & Fountian, L. 2007. Addressing Sexuality and Pregnancy in Childbirth Education Classes. *The Journal of Perinatal Education* 16 (1), 32-36.

American Society for Reproductive Medicine. 2012. Age and Fertility – A Guide for Patients. Ohjekirja.

Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. *Duodecim* 124 (21), 2438-2442.

Balasz, J. & Gracós, E. 2011. Delayed Childbearing: Effects on Fertility and the Outcome of Pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy* 29 (4), 263-273.

Bildjuschkin, K. 2015. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 19.11.2015. Luettu 23.11.2016.

<http://www.slideshare.net/THLfi/seksuaalisuuden-puheeksi-ottaminen>

Brandt, J. 2013. Yliopisto-opiskelijoiden näkemyksiä hedelmällisyysneuvonnasta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.

Chang, C. 2013. Seeing is Believing: the Direct and Contingent Influence of Pictures in Health Promotion Advertising. *Health Communication* 28 (8), 822-834.

Connor, K., Cheng, D., Strobino, D. & Minkovitz, C. 2014. Preconception Health Promotion Among Maryland Women. *Matern Child Health Journal* 18, 2437-2445.

Duodecim. Lääketieteen termit. 2007. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Eurostat. 2015. Mean age of women at childbirth. Päivitetty 28.9.2015. Luettu 8.6.2016. <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.dotab=table&init=1&language=en&pcode=tps00017&plugin=1>

Gissler, M., Klemetti, R., Lammi-Taskula, J. & Miettinen, A. 2009. Lastenhankinnan lykkääminen. Teoksessa Lammi-Taskula, J., Karvonen, S. & Ahlström, S. (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 70-76.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Terveidenhoitajan osaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: EDITA.

Hakala, J. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus.

Heino, A. & Gissler, M. 2016. Hedelmöityshoidot 2014-2015. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Terveys 2016. Tilastoraportti. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130537/Tr09_16.pdf?sequence=1

Johnson, K., Posner, S., Biermann, J., Cordero, J., Atrash, H., Parker, C. Boulet, S. & Curtis, M. 2006. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care-United States. *Recommendations and Reports* 55 (RR06), 1-23.

Johnson, J. & Tough, S. 2012. Delayed Child-Bearing. SOCG Committee Opinion (271), 80-93.

Jokimaa, V. 2006. Koeputkihedelmöityshoitojen välittömät komplikaatiot. Katsausartikkeli. *Duodecim* 122, 434–440.

Jokimaa, V. 2010. Munasarja ikääntyy -Mikä muuttuu? *Suomen Lääkärilehti* 65 (39), 3115-3121.

Jurewicz, J., Radwan, M., Sobala, W., Ligocka, D., Radwan, P., Bochenek, M. & Hanke, W. 2014. Lifestyle Factors and Semen Quality: Role of Modifiable Risk Factors. *Systems Biology in Reproductive Medicine* 60 (1), 43-51.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. *Suomen Lääkärilehti* 67 (26-31), 2065-2071.

Klemetti, R., Gissler, M., Lammi-Taskula, J. & Miettinen, A. 2014. Lastenhankinnan ajoitus. Teoksessa Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.). *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 170-181.

Krebs, L. 2006. What should I Say? Talking with Patients about Sexuality Issues. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 10 (3), 313-315.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lammi, O. 2009. Vaikuta visuaalisesti –Laadi selkeä esitys. 1. painos. Jyväskylä: WSOYpro Oy.

Lamminpää, R. 2015. Advanced Maternal Age, Pregnancy and Birth. University of Eastern Finland. Faculty of Health Sciences.

Leppänen, A. & Leskinen, E. 2016. Seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteet korkeakouluopiskelijoilla. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Loiri, P. & Juholin, E. 2006. Huom! Visuaalisen viestinnän käsikirja. 2.painos. Helsinki: Inforviestintä Oy.

Maheshwari, A., Porter, M., Shetty, A. & Bhattacharya, S. 2008. Women's Awareness and Perceptions of Delay in Childbearing. *Fertility and Sterility* 90 (4), 1036-1042.

Miettinen, A & Rotkirch, A. 2008. Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet, *Perhebarometri 2008*. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 34.

Miettinen, A. 2015. Miksi syntyvyys laskee? Suomalaisten lastensaantiin liittyviä toiveita ja odotuksia. *Perhebarometri 2015*. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 49.

- Miettinen, A. 2016. Ikä ja hedelmällisyys. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Luettu 1.9.2016.
<http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/hedelmallisyys/tutkijalta/ika-ja-hedelmallisyys/>
- Miller, B. 2011. Paternal Age, Psychosis and Mortality. The Northern Finland 1966 Birth Cohort, Helsinki 1951-1960 Schizophrenia Cohort and Finnish Nonaffective Psychosis Cohort. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Juvenes Print.
- Mitchell, E., Levis, D. & Prue, C. 2012. Preconception Health: Awareness, Planning and Communication Among a Sample of US Men and Women. *Matern Child Health Journal* (16), 31-39.
- Moilanen, J. 2016. Miehen iän vaikutus fertiilitettiin ja lapsen terveyteen. Väestöliiton klinikat Oy. Luettu 19.9.2016.
<http://gynekologiyhdistys.fi/wp-content/uploads/2016/02/moilanen.pdf>
- Mokkala, K., Röytiö, H., Ekblad, U., Vähämäki, S., Kaartoaho, M. & Laitinen, K. 2016. Sikiökautinen ympäristö säätelee elintapasairauksien riskiä. *Suomen lääkäri-lehti* 71 (9), 649-654.
- Niemi, K. 2011. Yliopisto-opiskelijoiden suhtautuminen hedelmällisyysneuvontaan ja lastenhankintaan – Pilottitutkimus. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkielma.
- Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälineenä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Reichman, N. & Teitler, J. 2006. Paternal Age as a Risk Factor for Low Birthweight. *American Journal of Public Health* 95 (5).
- Rothman, K., Wise, L., Sørensen, H., Riis, A., Mikkelsen, E. & Hatch, E. 2013. Volitional Determinants and Age-related Decline in Fecundability: A General Population Prospective Cohort Study in Denmark. *Fertil Steril* 99 (7), 1-15.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
- Sainio, S., Klemetti, R., Hemminki, E. & Gissler, M. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. *Suomen lääkäri-lehti* 65 (39), 3129-3134.
- Sartorius & Nieschlag. 2010. Paternal Age and Reproduction. *Human Reproduction Update* 16 (1), 65-79.
- Sharma, R., Agarwal, A., Rohra, V., Assidi, M., Abu-Elmagd, M., & Turki, R. 2015. Effects of Increased Paternal Age on Sperm Quality, Reproductive Outcome and Associated Epigenetic Risks to Offspring. *Reprod Biol Endocrinol* 35 (13).
- Slama, R., Bouyer, J., Windham, G., Fenster, L., Werwatz, A. & Swan, S. 2004. Influence of Paternal Age on Spontaneous Abortion. *American Journal of Epidemiology* 161 (9), 816-823.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opiskeluterveydenhuollon opas. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Spoel, P. 2010. The Rethorical Work of Informed Choice in Midwifery: Situated Knowledges and the Negotiation of Health Care Decisions. Teoksessa Harris, R., Wathen, N. & Wyatt, S. (toim.) Configuring Health Consumers. Health Work and the Imperative of Personal Responsibility. Basingstoke: Palgrave Macmillan , 65-81.

Suomen virallinen tilasto. 2014. Syntyneiden määrä väheni edelleen. Tilastokeskus. Julkaistu 8.4.2014. Luettu 8.6.2016.

http://www.stat.fi/til/synt/2013/synt_2013_2014-04-08_fi.pdf

Söderlund, L. 2005. Asiantuntija visuaalista. Teoksessa Karhu, M., Salo-Lee, L., Sipilä, J., Selänne, M., Söderlund, L., Uimonen, T., Yli-Kokko, P. Asiantuntija viestii. Ajatuksista vaikutukseen. Helsinki: Inforviestintä Oy, 271-294.

Söderström-Anttila, V. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen infertiliteetti. Suomen lääkärilehti 65 (39), 3123-3128.

THL. 2014. Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.). Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Juvenes Print: Tampere.

THL. 2015a. Opiskeluterveydenhuolto. Lapset, nuoret ja perheet. Päivitetty 2.12.2015. Luettu 2.12.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/opiskeluterveydenhuolto>

THL. 2015b. Opiskeluterveydenhuolto – Henkilöstö. Lapset, nuoret ja perheet. Päivitetty 27.4.2016. Luettu 2.12.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/opiskeluterveydenhuolto/henkilosto>

THL. 2015c. Kouluterveyskysely. Seksuaaliterveyteen liittyvät taulukot vuosilta 2000/2001-2015. Luettu 13.12.2016.

https://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/Tulokset_aiheittain/kouluterveyskysely_seksuaaliterveys_kysymyskohtaiset.xls

THL. 2016. Seksuaali- ja lisääntymisterveysyö. Lapset, nuoret ja perheet. Päivitetty 28.1.2016. Luettu 2.12.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/opiskeluhoito/opiskeluterveydenhuolto/terveyden-ja-sairaanhoitopalvelut/seksuaali-ja-lisaantymisterveyspalvelut>

THL. Työmenetelmät. Lastensuojelun käsikirja. Luettu 2.12.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyomenetelmat-ja-valineet/tyomenetelmat>

Tiitinen, A. 2016. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Päivitetty 28.6.2016. Luettu 21.9.2016.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=lapsettomuus

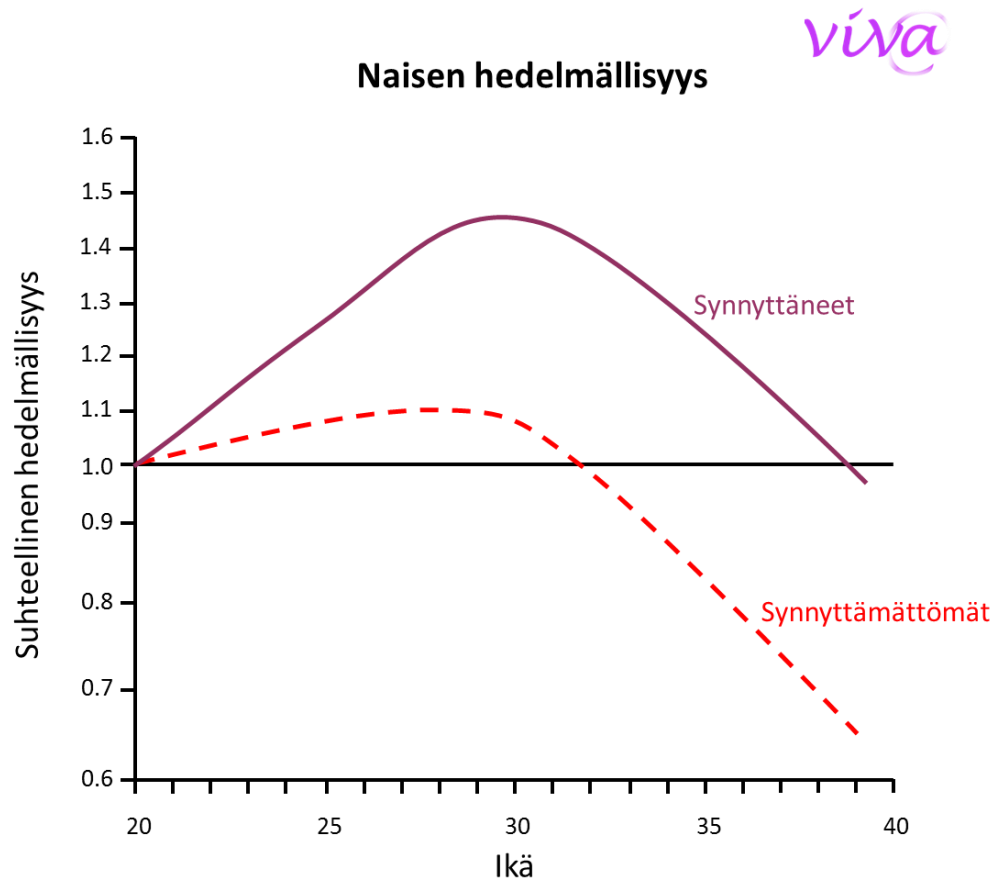
- Tilastokeskus. 2015a. Suomen tilastollinen vuosikirja 2015. Helsinki: Grano Oy.
- Tilastokeskus. 2015b. Liitekuvio 1. Ensiavioitujan ja ensisynnyttäjän keski-ikä 1982-2015. Päivitetty 21.4.2016.
http://www.stat.fi/til/ssaaty/2015/ssaaty_2015_2016-04-21_kuv_001_fi.html
- Tomm, K. 1988. Interventtiivinen haastattelu. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto.
- Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijuutta. *Duodecim* 129 (6), 666-671.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. 1. painos. Helsinki: Edita.
- Unkila-Kallio, L & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin? Katsausartikkeli. *Lääkärilehti* 67 (26-31), 2059-2064.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338.
- Vertio, H. 2009. Terveysneuvonnan periaatteet. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim.
- Viinikka, A., Sourander, J. & Oksanen, E. 2014. Reflektiivinen työote. Teoksessa Viinikka, A. (toim.) *Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa*. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto, 67-74.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Virtala, A. 2007. Family Planning among University Students in Finland. University of Tampere. Medical School. Academic Dissertation. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy-Juvenes Print. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67708/978-951-44-6888-9.pdf?sequence=1>
- Virtala, A. 2011a. Korkeakouluopiskelijoiden perhesuunnittelu. Teoksessa Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. (toim.) *Opiskeluterveys*. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy, 113-115.
- Virtala, A. 2011b. Perheelliset opiskelijat. Teoksessa Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. (toim.) *Opiskeluterveys*. Duodecim. Porvoo: Bookwell Oy, 16-17.
- Virtala, A., Vilksa, S., Huttunen, T. & Kunttu, K. 2011. Childbearing, the Desire to Have Children, and Awareness about the Impact of Age on Female Fertility among Finnish University Students. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 16, 108-115.
- Viva. 2015. Luettu 8.6.2016.
<http://viva.tamk.fi/>

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Helsinki: Väestöliitto.

WHO. 2016. Sexual and Reproductive Health. Sexuality. Luettu 2.12.2016.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

LIITTEET

Liite 1. Naisen hedelmällisyys.



Mukailtu Rothman, Wise, Sørensen, Riis, Mikkelsen & Hatch 2013

Liite 2. Naisen hedelmällisyys. Paperisen kaavion kääntöpuoli.

Naisen hedelmällisyys

Hedelmällisyys laskee iän myötä. Naisen hedelmällisin ikä on 20-30 –vuotiaana. Synnyttämättömillä naisilla eli erityisesti ensimmäistä lastaan myöhemmällä iällä yrittävillä iän negatiivinen vaikutus hedelmällisyyteen on suurempi. Nuorella iällä lapsen saaminen lisää hedelmällisyyttä ja silloin hedelmällisyyden lasku alkaa muutamaa vuotta myöhemmin kuin synnyttämättömillä naisilla.

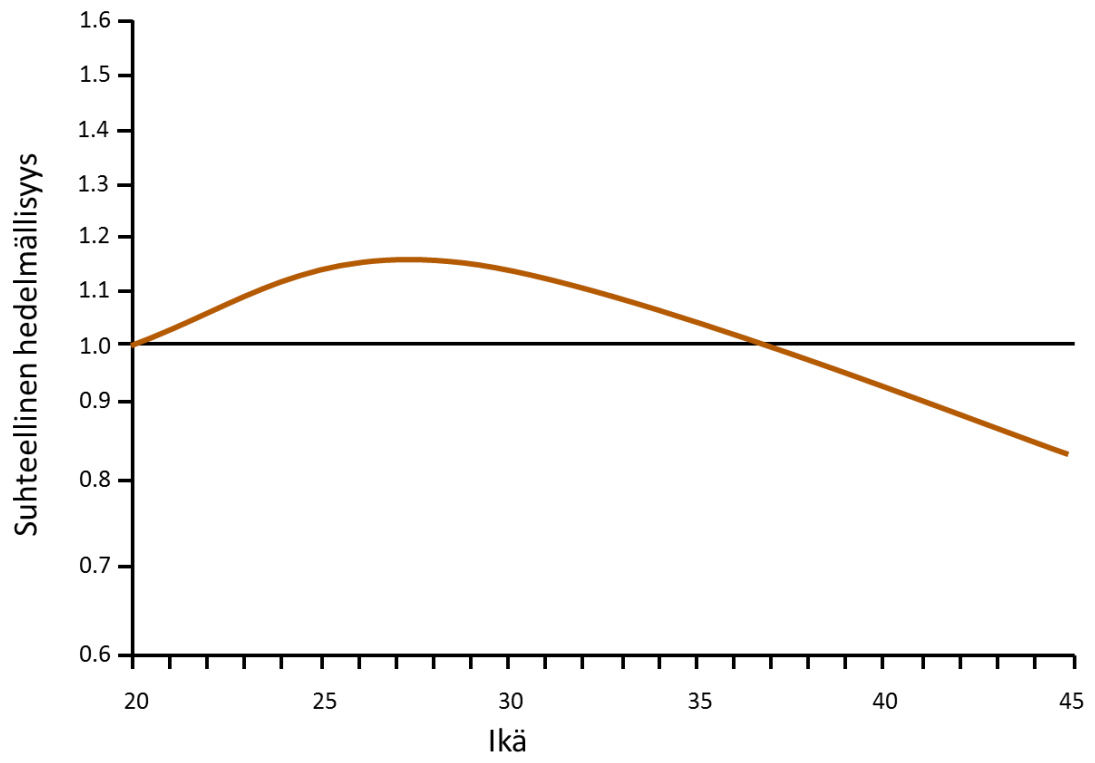
Suhteellisella hedelmällisyydellä tarkoitetaan kaaviossa perusarvoa ja eri ikäisten hedelmällisyyden muutosta suhteessa tähän arvoon. Se ei kuvaa todennäköisyyttä, kuinka hedelmällinen mies tai nainen on tietyn ikäisenä.

Kysymyksiä asiakkaan ajatusten herättelyyn:

- *Mitä ajattelet lastenhankinnasta?*
- *Miten ajattelet iän vaikuttavan hedelmällisyyteen?*

Liite 3. Miehen hedelmällisyys.

Miehen hedelmällisyys



Mukailtu Rothman, Wise, Sørensen, Riis, Mikkelsen & Hatch 2013

Liite 4. Miehen hedelmällisyys. Paperisen kaavion kääntöpuoli.

Miehen hedelmällisyys

Hedelmällisyys laskee iän myötä. Miehen hedelmällisyys alkaa laskea samoihin aikoihin kuin naistenkin noin 30 ikävuoden jälkeen, mutta lasku ei ole yhtä merkittävää kuin naisten. Miehen hedelmällisimpänä ikenä voidaan pitää 20-37 ikävuotta.

Suhteellisella hedelmällisyydellä tarkoitetaan kaaviossa perusarvoa ja eri ikäisten hedelmällisyyden muutosta suhteessa tähän arvoon. Se ei kuvaa todennäköisyyttä, kuinka hedelmällinen mies tai nainen on tietyn ikäisenä.

Kysymyksiä asiakkaan ajatusten herättelyyn:

- *Mitä ajattelet lastenhankinnasta?*
- *Miten ajattelet iän vaikuttavan hedelmällisyyteen?*

Liite 5. Saatekirje.

Saatekirje Iän vaikutus hedelmällisyyteen -kaavioiden käyttöön

Hei!

Olemme tehneet Tampereen ammattikorkeakoulussa toiminnallisen opinnäytetyön, jonka tuotoksena on puheeksioton työväline terveydenhoitajille iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen, jota on tarkoitus käyttää nuorille ja nuorille aikuisille.

Tuotoksessamme kuvataan hedelmällisyyden laskua iän myötä kahden eri kaavion avulla. Toisessa kaaviossa kuvataan naisen hedelmällisyyttä synnyttämättömillä sekä synnyttäneillä naisilla ja toisessa miehen hedelmällisyyttä. Kaavioiden kääntöpuolilla on tietoa kaavion sisällöstä käyttäjälle ja kaksi reflektiivistä kysymystä asiakkaan ajatusten herättämiseksi, joita voi tarvittaessa käyttää. Kaavioiden avulla on tarkoitus havainnollistaa opiskeluterveydenhuollon asiakkaille hedelmällisyyden laskua iän myötä. Lisäksi tuotoksen avulla terveydenhoitaja voi ottaa puheeksi asiakkaan kanssa sen, kuinka ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen sekä antaa aiheesta informaatiota.

Puheeksioton välinettä on tarkoitus käyttää esimerkiksi ehkäisykäynnin tai muun käynnin yhteydessä, milloin se tuntuu luontevalta. Terveydenhoitaja voi kysyä, tietääkö nuori, kuinka ikä vaikuttaa hedelmällisyyteen ja samalla näyttää hänelle kaavioita, joiden avulla hän havainnollistaa hedelmällisyyden laskua niin naisilla kuin miehilläkin. Tästä voi syntyä keskustelua, jota terveydenhoitaja jatkaa jokaisen yksilöllisen tiedontarpeen sekä kiinnostuksen mukaan ja lisää näin nuoren tietoisuutta hedelmällisyydestä.

Olemme lainanneet tähän muutaman pätkän opinnäytetyöstämme iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja terveysneuvonnan antamisesta.

Iän vaikutus hedelmällisyyteen naisilla

- Naisen hedelmällisin ikä on 20-30 -vuotiaana, jolloin lapsettomuuden todennäköisyys on alle 10%. (1) Naisen täytettyä kolmekymmentä vuotta hedelmällisyys alkaa heikentyä ja se laskee erityisesti 35. ikävuoden jälkeen. (2)
- Naisen ikä vaikuttaa erittäin merkittävästi hänen hedelmällisyyteensä. Syntyessään naisella on noin miljoona munasolua munasarjoissaan ja hedelmällisen iän saavuttaessaan naisella on niitä enää noin puoli miljoonaa. Sen jälkeen munasolujen määrä laskee edelleen iän myötä eikä niiden määrän laskemista voida mitenkään kompensoida. (1)
- Hedelmällisyys päättyy keskimäärin n. 10 vuotta ennen menopausia eli keskimäärin 41 –vuotiaana. (3) Menopausin saavuttaessaan naisella on jäljellä munasoluja enää noin 1000. (4)
- Etenkin 35-37 ikävuoden jälkeen munasolujen laatu alkaa heikentyä lisäten keskenmenon riskiä. Tällöin munasoluja varastoivat munasarjat alkavat pienentyä sekä kuihtua. Lisäksi munasolujen hedelmöittymiskyky heikkenee ja kromosomipoikkeavuudet lisääntyvät. (5)
- Hedelmällisyys laskee voimakkaammin synnyttämättömillä naisilla eli erityisesti ensimmäistä lastaan myöhemmällä iällä yrittävillä. Tanskalaistutkimuksen

mukaan näyttäisi siltä, että nuorella iällä synnyttäminen lisää hedelmällisyyttä ja nuorena synnyttäneillä naisilla hedelmällisyyden lasku alkaa muutamaa vuotta myöhemmin kuin synnyttämättömillä. Synnyttämättömillä naisilla suhteellinen hedelmällisyys ei nouse yhtä voimakkaasti 20-30 ikävuoden välillä ja 40-vuotiaana hedelmällisyys on heikentynyt huomattavasti verrattuna 20-vuotiaan tasoon. (6)

Iän vaikutus hedelmällisyyteen miehillä

- Miehillä hedelmällisyyden on todettu laskevan eri tutkimusten mukaan eri ikäisenä, toisissa tutkimuksissa lasku tapahtuu jo 30 ikävuoden jälkeen, kun taas toisten mukaan se laskee 40 ikävuoden jälkeen. Lasku ei kuitenkaan ole niin merkittävää kuin naisilla. (6;2)
- Kun mies on yli 40 -vuotias, hänen kumppaninsa raskaaksi tulemiseen kuluva aika pitenee eikä naisen nuoremmalla iällä voida kompensoida miehen iän vaikutusta. Iän myötä miehen siittiöiden rakenne sekä liikkuvuus heikkenevät ja siemennesteen tilavuus pienenee. (7; 8; 9)
- Ikä lisää myös seksuaalisten toimintojen häiriöiden määrää, mikä osaltaan heikentää hedelmällisyyttä. (10)
- Balasch ja Gracós toteavat tutkimuksessaan, että vaikka miehillä ei ole varsinaista ikää, jolloin he olisivat hedelmättömiä, niin 50 –vuotiaasta eteenpäin hedelmällisyys alkaa silti merkittävämmiin laskea. (9) On todettu, että vaurioitunut DNA spermassa lisääntyy iän myötä, ja sen määrä kaksinkertaistuu 25 ikävuoden ja 55 ikävuoden välillä. (11)

Miten puhua hedelmällisyydestä ja lisääntymisterveydestä

- Hoitajan tulee viestittää asiakkaalleen, ettei hän arvostele asiakkaan seksuaalisuutta, vaan hyväksyy hänet sellaisena kuin hän on. Asiakkaan on vaikeaa tai jopa mahdotonta puhua seksuaalisuudestaan, jos hänellä on tunne, että hoitaja vastustaa hänen valintojaan tai elämisen tapaansa. (12)
- Hoitohenkilökunnan voi olla vaikea puhua seksuaalisuudesta, se saattaa olla arkaluontoinen asia heillekin. Seksuaalisuudesta puhumista voi kehittää lukemalla kirjallisuutta aiheesta ja harjoitella esimerkiksi puhumalla siitä ensin oman työ-kaverin tai ystävän kanssa. On hyvä sanoa ääneen seksuaalisuutta kuvaavia sanoja. (12)
- Ohjauksen onnistumiseksi tulee tietää, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen tulisi tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Puolestaan tapa, jolla ohjausta annetaan, ratkaisee sen, onnistuuko ohjaus vai ei. (13) Asiakkaan ja ammattilaisen kohdatessa ensihetket ovat tärkeitä, sillä ne kertovat asiakkaalle työntekijän ystävällisyydestä, mielenkiinnosta sekä myötätunnosta. Työntekijän on ansaittava asiakkaan luottamus, joka saavutetaan, kun asiakkaalle jää myönteinen kuva tapaamisesta. (14) Tarkoitus ei kuitenkaan ole alkaa kaveriksi asiakkaan kanssa, vaan tavoitteena on kumppanuus, joka sopii ammatilliseen kohtaamiseen. (14)
- Hoitaja voi käyttää keskustelussa erilaisia kysymyksiä apunaan. Hoitajan on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä, erityisesti seksuaalisuudesta keskustellessaan. (12) Avoimilla kysymyksillä on tarkoitus saada asiakas puhumaan ja kertomaan

asioita omasta näkökulmastaan. Avoimien kysymysten avulla saadaan tietää asiakkaan oma käsitys tilanteesta. (14) Avoimet kysymykset alkavat usein sanoilla ”mikä”, ”miten”, ”miltä” tai ”milloin”. (12) Myös suljetut kysymykset ovat tärkeitä, kun halutaan tarkka vastaus johonkin kysymykseen. Suljettuun kysymykseen esim. ”Onko tämä vaikea asia keskustella?” vastataan yleensä yhdellä sanalla tai lyhyesti. (14) Tarkentavilla kysymyksillä hoitaja voi varmistaa omaa ymmärrystään asiasta. (12)

- Hoitajalla on vastuu siitä, että asiakkaiden kanssa keskustellaan seksuaalisuudesta. On kuitenkin muistettava, että asiakkaalla on myös oikeus kieltäytyä keskustelusta. Kun asiakas kokee, että seksuaalisuudesta saa ja voi puhua hoitajan kanssa, on hänen ehkä helpompi puhua niistä asioista myös puolisonsa kanssa. (12)
- Keskustelu tulee käydä rauhallisessa tilassa, jossa välittyy kunnioittava ja salliva ilmapiiri välttämättä liiallista lääketieteellistä sanastoa. Keskusteltaessa nuoren kanssa hoitaja käyttää nuorelle tuttuja termejä koskien seksuaalisuutta, sillä virallinen kieli voi poiketa paljon nuorien käyttämästä sanastosta. (12) Hoitaja ei voi myöskään olettaa, että asiakas on heteroseksuaali ja on hyvä esittää kysymyksiä esimerkiksi muodossa: ”Haluaisitteko keskustella myös seurustelukumppaninne kanssa asiasta?”. (12)

Lähteet:

1. Unkila-Kallio, L & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut –milloin parille lähete lapsettomuustutkimukseen? Katsausartikkeli. Lääkärilehti 67 (26-31), 2059-2064. Päivitetty 3.8.2012. Luettu 8.6.2016.

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/raskaus-ei-ole-alkanut-milloin-parille-lahete-lapsettomuustutkimukseen/>

2. THL. 2014. Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.). Edistä, ehkäise, vaikuta -seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Juvenes Print: Tampere.

3. Söderström-Anttila, V. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen infertiliteetti. Suomen lääkäri-lehti. Luettu 6.6.2016.

<http://www.fimnet.fi.elib.tamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL392010-3123.pdf>

4. Johnson, J. & Tough, S. 2012. Delayed child-bearing. SOCG committee opinion (271), 80-93. Luettu 30.11.2015.

<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui271CO1201E.pdf>

5. Jokimaa, V. 2010. Munasarja ikääntyä -Mikä muuttuu? Suomen Lääkärilehti 65 (39), 3115-3121.

6. Rothman, K., Wise, L., Sørensen, H., Riis, A., Mikkelsen, E. & Hatch, E. 2013. Volitional Determinants and Age-related Decline in Fecundability: A General Population Prospective Cohort Study in Denmark. Fertil Steril 99 (7), 1-15.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3672329/pdf/nihms448571.pdf>

7. Kaukoranta, S. & Suikkari, A-M. 2012. Miehestä johtuva tahaton lapsettomuus. Suomen Lääkärilehti 67 (26-31), 2065-2071. Luettu 23.3.2016.
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2012/SLL262012-2065.pdf>
8. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Väestöliitto. Luettu 31.5.2016.
<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d5644451c1a2ece06b7ad8ece830a830/1464636843/application/pdf/906885/Sekstervpolohjelma.pdf>
9. Balasch, J. & Gracós, E. 2011. Delayed childbearing: Effects on Fertility and the outcome of pregnancy. Fetal diagnosis and therapy. 29 (4), 263-273. Luettu 31.5.2016.
<http://www.karger.com/Article/Pdf/323142>
10. Sartorius & Nieschlag. 2010. Paternal age and reproduction. Human reproduction update 16 (1), 65-79.
<http://humupd.oxfordjournals.org/content/16/1/65.full.pdf+html>
11. Sharma, R., Agarwal, A., Rohra, V., Assidi, M., Abu-Elmagd, M., & Turki, R. 2015. Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring. Reprod biol endocrinol. 35 (13). Luettu 8.6.2016.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455614/>
12. Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.
13. Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
14. Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälineenä. Jyväskylä: PS-kustannus.