



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Terveydenhoitajien kokemat valmiudet seurata hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia

Koivumäki, Ulla
Lähteenmäki, Tiina

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Terveystenhoitajien kokemat valmiudet seurata hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia

Ulla Koivumäki
Tiina Lähteenmäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2014

Ulla Koivumäki ja Tiina Lähteenmäki

Terveydenhoitajien kokemat valmiudet seurata hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia

Vuosi 2014 Sivumäärä 55

Opinnäytetyössä tutkittiin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien kokemuksia omista valmiuksistaan kohdata työssään asiakkaita, joiden raskaus on saanut alkunsa hedelmöityshoidoilla. Opinnäytetyössä keskityttiin selvittämään, millaisina terveydenhoitajat kokivat omat tiedolliset ja taidolliset valmiutensa, ja miten he kokivat niitä voitavan kehittää. Tutkimusongelma oli lähtöisin Väestöliiton Oulun lapsettomuuslinikalta ja otantajoukko koostui näin ollen Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden työntekijöistä. Tutkimuksessa kartoitettiin lisäksi sitä, millaista lisätietoa tai lisäkoulutusta terveydenhoitajat toivoisivat saavansa ja miten Väestöliiton ja Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden välistä yhteistyötä toivottaisiin jatkossa kehitettävän.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena ja tutkimusmenetelmänä toimi kyselylomake, jonka kysymykset suunniteltiin yhteistyössä Väestöliiton Oulun lapsettomuusklinikan kanssa. Kyselylomake sisälsi myös muutaman avoimen kysymyksen, jossa vastaajat saivat omin sanoin kuvailla kokemuksiaan. Tutkimustulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja avoimien kysymysten vastaukset litteroitiin.

Opinnäytetyön tuloksista voitiin päätellä, että hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia seurataan äitiysneuvoloissa samalla tavalla kuin luonnollisesti alkaneita raskauksia, mutta huomiota kiinnitettiin odottavien äitien psyykkiseen jaksamiseen sekä pelon, jännityksen ja epävarmuuden tunteisiin. Terveydenhoitajat kokivat valmiutensa pääsääntöisesti hyvinä ja kohtalaisina, mutta toivoivat lisäkoulutusta ja lisätietoa niin hedelmöityshoidoista kuin niistä alkaneiden raskauksien seurannastakin.

Jatkossa olisi hyödyllistä tarjota äitiysneuvoloiden työntekijöille lisätietoa ja lisäkoulutusta hedelmöityshoidoilla alkaneiden raskauksien seurantaan, ja tämän jälkeen tutkia heidän kokemiaan valmiuksia uudestaan. Raskauden seuranta voisi tutkia myös asiakkaiden näkökulmasta, eli sitä miten hedelmöityshoidoissa käyneet kokevat raskauttaan seurattavan.

Asiasanat: hedelmöityshoidot, lapsettomuushoidot, äitiysneuvola, terveydenhoitajat

Ulla Koivumäki and Tiina Lähteenmäki

Public health nurses' experiences of their abilities to monitor pregnancies conceived through infertility treatments

Year	2014	Pages	55
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to identify the experiences, public health nurses in maternity clinics have of their abilities to monitor pregnancies that have been conceived through infertility treatments. The focus was to find out how the public health nurses experienced their own professional knowledge and skills and how they wished their skills to be developed. The theme for this study came from the fertility clinic of Väestöliitto (Family federation) in Oulu and the target group was the nurses in maternity clinics in Oulu. One of the purposes was also to find out what kind of further education the nurses wished for be provided and what kind of cooperation they hoped would be developed between the maternity clinics in Oulu and Väestöliitto.

The material for this thesis was collected using a questionnaire which is one method of a quantitative research. The questions were planned together with the Väestöliitto fertility clinic in Oulu. A few open questions were included to provide qualitative information. The results were analyzed using SPSS-program and the open answers were transcribed.

Based on the results the conclusion can be drawn that pregnancies that have been conceived through infertility treatments are monitored in the same way than pregnancies conceived naturally. However, the public health nurses are giving more attention to the women's mental condition and emotions like fear, stress and insecurity. The results show that the public health nurses experienced their skills mainly as good or moderate, but still wished for further training about maternity care after infertility-treatments.

The public health nurses in maternity clinics seemed to wish for some further training about infertility treatments and maternity care after the treatments. In the future it would be beneficial to study how the public health nurses experience their skills to monitor the pregnancies after more training. Also it could be useful to study maternity care from the client's point of view.

Keywords: infertility treatments, maternity care, public health nurses

Sisällysluettelo

1	Johdanto	7
2	Lapsettomuus	9
2.1	Naisen lapsettomuuden syyt	9
2.2	Miehen lapsettomuuden syyt	10
3	Lapsettomuudesta aiheutuvat ongelmat	10
4	Hedelmöityshoidot	11
4.1	Lainsäädäntö	12
4.2	Hoitomuodot.....	13
4.2.1	Hormonihoidot	13
4.2.2	Koeputkihedelmöitys.....	14
4.2.3	Inseminaatio	15
4.2.4	Kirurginen hoito.....	15
4.3	Hoitojen tulokset	15
4.4	Hedelmöityshoitojen ongelmat	16
4.4.1	Fyysinen ja psyykinen kuormitus	16
4.4.2	Taloudellinen kuormitus.....	17
5	Neuvolatyö.....	17
5.1	Äitiysneuvola	18
6	Raskauden seuranta neuvolassa	19
6.1	Äidin ja sikiön voinnin tarkkailu.....	21
7	Hedelmöityshoidoilla alkaneen raskauden seuranta	22
7.1	Kaksosraskauden seuranta	23
7.2	Odottavan äidin iän vaikutus raskauteen.....	23
7.3	Keskenmeno	24
8	Psyykkisen tuen merkitys raskauden aikana	25
9	Tutkimuksen toteuttaminen.....	27
10	Tutkimustulokset	28
10.1	Suljetut kysymykset	28
10.2	Avoimet kysymykset.....	33
11	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	34
11.1	Luotettavuus.....	34
11.1.1	Tutkimuksen kohde ja tarkoitus	34
11.1.2	Aineistonkeruumenetelmä	35
11.1.3	Tiedonantajien ja tutkijoiden välinen suhde	36
11.1.4	Tutkimuksen kesto	37

11.1.5	Aineiston analyysi	37
11.2	Eettisyys.....	37
12	Pohdinta	39
12.1	Johtopäätökset.....	41
13	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusten tarve.....	42

1 Johdanto

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan maailmassa on noin 60-80 miljoonaa hedelmättömyydestä kärsivää pariskuntaa. Maailmanlaajuisesti jopa 10 prosenttia pariskunnista ei pysty tulemaan raskaaksi ollenkaan ja 10-25 prosenttia kärsii sekundaarisesta lapsettomuudesta. (Simpukka RY 2010.) On arvioitu, että teollisuusmaissa joka kuudes pari toivoo raskautta yli vuoden tuloksetta. Lapsettomuusongelmien oletetaan lisääntyneen maailmanlaajuisesti ja eräs merkittävä syy lienee se, että raskauden yrittäminen on siirtynyt entistä myöhemmälle iälle. Erityisesti naisten hedelmällisyys laskee nopeasti iän myötä. (Tiitinen 2002, 493.)

Suomessa noin joka viides hedelmällisessä iässä oleva pari kärsii tahattomasta lapsettomuudesta (Lääkärilehti 2012a). Vuosittain 3000 uutta paria hakee apua lapsettomuuteen. Tavallisimpia lapsettomuuden syitä ovat munasolun irtoamishäiriöt, munajohdinvauriot, endometrioosi ja heikentynyt sperman laatu. Gynekologiset tulehdukset ja leikkaukset ovat riski hedelmällisyydelle. Suomessakin lapsettomuuden yleistymiseen näyttäisi olevan syynä lasten hankkimisen aloittamisen korkea ikä. (Lääkärilehti 2012a.)

Väestöliitto on suurin lapsettomuushoitoja tarjoava ja lapsettomuutta tutkiva yksikkö Suomessa. Väestöliiton lapsettomuuskliniikka hoitaa erilaisin hedelmöityshoitomenetelmin niin hetero- kuin naispariskuntia sekä itsellisiä naisia, jotka kärsivät tahattomasta lapsettomuudesta. Raskauteen johtavien hedelmöityshoitojen jälkeen Väestöliiton asiakkaat ohjautuvat yleisimmin kunnallisen puolen äitiyshuoltoon raskauden seurantaan varten. (Väestöliitto 2012b.)

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset on suunniteltu yhdessä Väestöliiton Oulun lapsettomuuskliniikan kanssa. Tutkimuksen otantajoukko koostuu Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajista. Opinnäytetyössä tutkitaan Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien kokemia valmiuksia kohdata työssään asiakkaita, joiden raskaus on saanut alkunsa hedelmöityshoidoilla. Aiheessa keskitytään tutkimaan, millaisina työntekijät kokevat omat tiedolliset ja ammatilliset valmiutensa, ja miten he kokevat niitä voitavan kehittää. Asiakkain lukeutuvat lasta odottavat hetero- ja naispariskunnat sekä itselliset naiset. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää Oulun Väestöliiton lapsettomuuskliniikalle, miten Väestöliiton ja Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden välistä yhteistyötä voitaisiin jatkossa kehittää.

Ajatus opinnäytetyön aiheeseen syntyi yhteistyössä Oulun Väestöliiton lapsettomuuskliniikan kanssa ja tutkimuksen aihe tarkentui heidän tarpeistaan lähtien. Myös tutkijoiden oma ammatillinen kiinnostus hedelmöityshoitoja ja niiden yleisyyttä kohtaan tuki aiheen valintaa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli selvittää, millaisiksi Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokivat omat valmiutensa kohdata ja hoitaa pariskuntia ja itsellisiä naisia, joiden raskaus on saanut alkunsa hedelmöityshoitojen kautta. Opinnäytetyön tutkimuksen luonne on suunniteltu yhdessä Oulun lapsettomuusklinikan vastaavan hoitajan ja ylilääkärin kanssa.

Opinnäytetyön taustalla on tutkijoiden oma ammatillinen kiinnostus hedelmöityshoitoja ja niistä alkavia raskauksia kohtaan. Tulevana sairaanhoitajana ja terveydenhoitajana tutkijat katsovat, että he tulevat tarvitsemaan tietotaitoa lapsettomuudesta ja sen hoidosta. Ammattikorkeakoulutuksen aikana hedelmöityshoitoja ja lapsettomuutta ilmiöinä käsitellään yllättävän vähän, joten on tärkeää perehtyä aiheeseen muuta kautta. Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään tutkimustulosten ja artikkeleiden avulla hedelmöityshoitojen yleistyneisyyttä niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa.

2 Lapsettomuus

Tahattomasta lapsettomuudesta puhutaan silloin, kun raskaus ei ole alkanut säännöllisestä seksielämästä huolimatta vuoden kuluessa. Lapsettomuutta kutsutaan primaariksi eli ensisijaiseksi, kun naisella ei ole ollut yhtäkään raskautta aikaisemmin, ja sekundaariksi eli toissijaiseksi, kun aiempia raskauksia on ollut. Näiksi lasketaan myös keskenmenneet ja kohdunulkoiset raskaudet. (Eskola & Hytönen 2002, 488.) Lapsettomuushoitoihin kannattaa hakeutua, kun raskautta on yritetty vuoden ajan tai jos lasta toivova nainen on yli 35-vuotias, kuukautiskierto on epäsäännöllinen, naisella epäillään munajohdinvauriota tai miehellä alentunutta sperman laatua. (Väestöliitto 2012a.)

Tahaton lapsettomuus on pariskunnan yhteinen, ei vain yksin naisen tai miehen ongelma. Noin kolmanneksella pariskunnista, jotka hakeutuvat tutkimuksiin lapsettomuuden syyn selvittämiseksi, löytyy tilanteen osaselityksiä molemmilta osapuolilta. Loput lapsettomuuden syyt jakautuvat suunnilleen tasan naisesta ja miehestä johtuviksi. Vain noin 10 prosentissa tapauksista syytä ei saada selville. Lapsettomuuden syyn selvittäminen ja hoidon järjestäminen on hyvin tärkeää, ja puolisoiden tunne-elämän kannalta on tärkeää, että pariskunta tulee hoitoon yhdessä. (Eskola & Hytönen 2002, 489.) Harvoin on kyse vain siitä, ettei mies tuota siittiöitä tai nainen munasoluja. Useimmiten lapsettomuus johtuu monesta pienestä osatekijästä. Siksi molemmat osapuolet on tärkeää tutkia kokonaisvaltaisesti. (Koskimies 2004, 42.)

2.1 Naisen lapsettomuuden syyt

Nainen on hedelmällisimmillään ikävuosien 22-35 välissä. 35 ikävuoden jälkeen hedelmällisyys laskee rajusti ja vaihdevuosien alkaessa se on kokonaan ohi. Hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat iän lisäksi elämäntavat; tupakointi, päihteet, huonot ravitsemustottumukset ja vähäinen liikunta. Hedelmällisyyteen voivat vaikuttaa myös sukupuoliteitse sairastetut infektiot ja sukupuolitaudit, sukupuolielinten rakennepoikkeavuudet ja kromosomipoikkeavuudet. (Ihme & Rainto 2008, 68.)

Tavallisimpia naisesta johtuvia lapsettomuuden syitä ovat ovulaatiohäiriöt eli munasolun irtoamishäiriöt. Niitä esiintyy noin kolmanneksella hoitoon hakeutuvista naisista. Irtoamishäiriön syynä on usein aivolisäkehormonien vajaakeritys aivolisäkkeestä, mutta myös ylipaino, alipaino, stressi ja syömishäiriöt. Lisäksi prolaktiinin liikatuotanto ja kilpirauhasen vajaatoiminta voi aiheuttaa munasolun irtoamattomuutta. Munasolut voivat myös puuttua täysin. Tämä voi johtua synnynnäisestä iästä, hormonitoiminnan enenaikaisesta loppumisesta tai hyvin vaikeasta endometriosista. (Eskola & Hytönen 2002, 311-312.)

Lapsettomuuden taustalla voi olla myös munanjohdinvaurio. Munanjohtimet voivat tukkeutua kokonaan tai niitä ympäröivät kiinnikkeet voivat haitata munasolun kulkua munanjohtimessa. Tukos tai kiinnikkeet voi aiheutua tulehduksen jälkitilasta, lantion alueen leikkauksesta tai endometriosisista. Kohdun rakenneviat, kuten myoomat, polyypit ja kiinnikkeet voivat myös olla kohtuperäisen lapsettomuuden syitä. Joskus lapsettomuuden taustalta voi löytyä syitä seksuaalielämästä, kuten vaginismista eli emätinkouristuksista tai parisuhdeongelmista, joiden takia yhdyntäkerrat ovat vähäisiä. (Tiitinen 2012.)

2.2 Miehen lapsettomuuden syyt

Yleisimpänä syynä miehen hedelmättömyyteen pidetään siemennesteen heikkoa laatua. Siemennesteestä tehtävä analyysi kuuluu miehen perustutkimuksiin. Siitä aloitetaan normaalisti miehen osuuden tutkiminen lapsettomuuteen. (Koskimies, Savander, Nordström & Kurunmäki 2011, 2837.) Tavallisin heikentyneen sperman laadun syy on suonikohjut kiveslaskimossa. Myös miehen sukupuolielinten tulehdukset ovat tavallisia viallisen sperman aiheuttajia. Hormonihäiriöt ovat miehillä harvinaisempia. (Eskola & Hytönen 2002, 313.)

Miehen hedelmällisyys voi alentua laskeutumattomien kivesten tai kivistulehduksen vuoksi. Nämä tekijät aiheuttavat myös muutoksia sperman laadussa. Lisäkivesten ja siemenjohdinten tukokset voivat aiheuttaa siittiöiden puuttumisen siemennesteestä kokonaan. Siittiöiden kykyä hedelmöittyä alentavat lisäksi siittiövasta-aineet ja siittiöiden rakennepoikkeavuudet. (Tiitinen 2012.)

Miehestä johtuva lapsettomuus voi johtua joko seksuaalisista vaikeuksista tai siittiön tuotantohäiriöistä. Seksuaalisia toimintahäiriöitä ovat kiihottumisen- ja laukeamisenhäiriöt. (Huttunen 2011.) Siittiötuotantoa heikentävät sukupuolielinten tulehdukset, tupakointi, alkoholin käyttö ja ylipaino. Miehen iällä on pienempi merkitys hedelmällisyydelle kuin naisen iällä. (Tiitinen 2012.)

3 Lapsettomuudesta aiheutuvat ongelmat

Lapsettomuus koskettaa parisuhteessa molempia osapuolia, heidän identiteettiään ja seksuaalisuuttaan naisena ja miehenä (Ihme & Rainto 2008, 68). Tahatonta lapsettomuutta ei ole helppo hyväksyä. Ajatus perheen perustamisesta on juurtunut ihmisen persoonallisuuteen jo hyvin varhain ja osittain se määräytyy jo pelkästään biologisesti. Tällaisesta ajatuksesta luopuminen vaatii paljon. Lapsettomuuden aiheuttama surutyö voi muistuttaa läheisen kuolemasta toipumista tai oman vaikean sairauden aiheuttamaa reaktiota. (Eskola & Hytönen 2002, 316.) Jokaisessa parisuhteessa on omat kriisinsä, luonnollisesti myös lapsettomuudesta kärsivillä pareilla. Osalle lapsettomuuteen liittyvät kriisit ovat erityisen voimakkaita, jolloin ongelmista puhuminen on tärkeää. Silloin, kun syy lapsettomuuteen

todetaan olevan vain toisessa osapuolella, lapsettomuus voi aiheuttaa erityisen paljon epäonnistumisen kokemuksia. (Koskimies 2004, 77.)

Lapsettomuutta voi ensin olla vaikea hyväksyä todeksi. Sen jälkeen sitä seuraa reaktiivinen vaihe, joka pitää sisällään erilaisia häpeän ja syyllisyyden tunteita. Pariskunta voi kokea että on tärkeää paneutua yksityiskohtiin tahattomasta lapsettomuudesta sekä sen lääketieteellisestä hoidosta. Tähän vaiheeseen kuuluu myös se, että omat voimakkaat tunteet kohdistuvat hoitohenkilökuntaan. Hoitohenkilökunnan olisikin osattava suhtautua näihin tunnereaktioihin osana lapsettomuskriisiä, jota pariskunta käy läpi. Hoidettava pariskunta ei ole tyytymätön saamaansa hoitoon, vaan pikemminkin itseensä ja lapsettomuuteensa. Kun hoitohenkilökunnalla riittää empatiaa ja kärsivällisyyttä kuunnella ja tukea, sekä käydä tosiasioita läpi, pari selviää tästä vaiheesta parhaiten. (Eskola & Hytönen 2002, 317.)

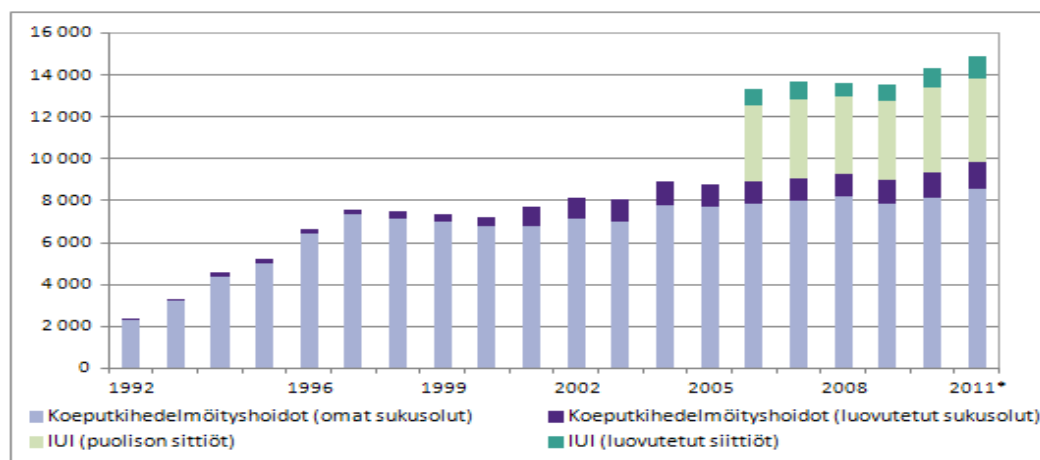
Psyykkistä tukea tarvitaan kaikissa lapsettomuusongelmiin liittyvissä vaiheissa. Psyykkisen tuen merkitys on osoittautunut erittäin suureksi, eikä voida sanoa että se korostuisi jossakin tietyssä vaiheessa hoitoja. (Koskimies 2004, 77.) Vaikeat, lapsettomuuteen liittyvät, tunnetilat väistyvät vähitellen, jos niistä pystytään keskustelemaan tutkimusten ja hoitojen ohessa. Osa lapsettomuustutkimuksiin tulevista pareista joutuu lopulta hyväksymään lapsettomaksi jäämisen ja tässä vaiheessa hoitohenkilökunnan tuki on korvaamatonta. (Eskola & Hytönen 2002, 317.)

4 Hedelmöityshoidot

Hedelmöityshoitoja annetaan Suomessa kaikissa yliopistosairaaloissa sekä viidessä keskussairaalaissa. Lisäksi yksityisiä hedelmöityshoitoihin erikoistuneita klinikoita on jo 13. Tällä hetkellä julkisessa terveydenhuollossa hoidetaan vain heteropariskuntien lapsettomuutta, kun taas muut parisuhteet ohjataan yksityissektorille. (Ketonen 2009, 613.) Julkisella puolella tehdään noin 40 prosenttia kaikista hedelmöityshoidoista (Valvira 2013). Lapsettomuudesta kärsivän pariskunnan hoitopolku alkaa kuitenkin perusterveydenhuollosta tai yksityisen lääkärin vastaanotolta. Näiltä tahoilta pariskuntia lähetetään jatkohoitoon erikoissairaanhoidon, yksityisille klinikoille tai Väestöliittoon. Osa lapsettomuustutkimuksista tehdään jo perusterveydenhuollossa ja erikoistutkimukset varsinaisessa hedelmöityshoitopaikassa. (Ihme & Rainto 2008, 69.)

Lapsettomuustutkimuksiin kuuluu sekä naisen että miehen sukupuolielinten rakenteen ja toiminnan tutkiminen, kivesten ja naisten sisäsynnytyselinten ultraäänitutkimus, erilaiset laboratoriokeet, kilpirauhasen toiminnan kartoitus, hormonitoiminnan tutkimukset, tulehdusnäytteet, mahdolliset biopsiat ja diagnostinen laparoskopia. (Ihme & Rainto 2008, 69.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan hedelmöityshoidot ovat olleet Suomessa kasvussa huomattavasti vuosina 2010-2011. Vuonna 2011 tehtiin reilut 14 900 hedelmöityshoitoa, mikä on 10 prosenttia enemmän kuin vuonna 2009. Etenkin luovutetuilla siittiöillä tehdyt hoidot ovat lisääntyneet. Hedelmöityshoidoista 15 prosenttia tehdään luovutetuilla sulusoluilla. Lakimuutos luovuttajan henkilötietojen saamisesta ei ole saanut aikaan hoitojen määrän vähenemistä. Päinvastoin viime vuosina tehtiin enemmän luovutushoitoja kuin uutta lainsäädäntöä edeltävinä vuosina. Sperman luovuttajia on ollut tarjolla aikaisempaa enemmän. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a.)



Kuvio 1. Hedelmöityshoitojen määrä Suomessa 1992-2011. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a.)

Tutkimuksen mukaan julkisella sektorilla koeputkihedelmöityshoitojen käytössä ei juuri ole sosiaaliryhmien välisiä eroja. Korkeasti koulutetut käyttivät kuitenkin enemmän yksityisen sektorin palveluita kuin alemmin koulutetut. Koeputkihedelmöityshoitojen käyttäjissä oli eniten 30-34-vuotiaita naisia. Alueelliset erot ovat vähäisiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

4.1 Lainsäädäntö

Suomessa tehtäviä hedelmöityshoitoja ohjaa laki hedelmöityshoidoista (1237/2006). Laissa säädetään hedelmöityshoidosta, jossa sulusolu tai alkio viedään naiseen raskauden saavuttamiseksi. Siinä säädetään myös sulusolujen ja alkioiden luovuttamisesta sekä varastoinnista. Laissa määritellään hedelmöityshoidon antamisen perusteista, sulusolujen ja alkioiden luovuttamisesta ja siirtämisestä sekä syntyvän lapsen tiedonsaantioikeuksista. (Finlex 2006.) Lainsäädännön mukaan hedelmöityshoitoja voivat saada kaikki naiset parisuhteesta tai sen muodosta riippumatta (Jämsä 2008, 137).

Laissa säädetään myös sukusolujen ja alkioiden varastoinnista sekä hoitojen antamisesta. Varastointiin sekä hoitojen antamiseen on oltava terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen lupa. Lupa voidaan myöntää terveydenhuollon toimintayksikölle, jolla on erityisasiantuntemusta, asianmukaiset tilat ja laitteet sekä osaava henkilökunta. (Finlex 2006.)

Vuonna 2007 voimaan tulleen hedelmöityshoitolain mukaan hedelmöityshoitoja voidaan antaa avio- ja avopareille sekä naispareille ja itsellisille naisille. Lakimuutoksen myötä kaikki sukusolujen ja alkioiden luovuttajat tullaan rekisteröimään Valviran rekisteritietokantaan. Tämä tarkoittaa sitä, että hedelmöityshoidolla alkuun saaneilla lapsilla on oikeus saada luovuttajan henkilötiedot niin halutessaan täytettyään 18 vuotta. Lain mukaan isäksi kuitenkin määritellään mies, joka on antanut suostumuksensa puolisonsa hedelmöityshoidon antamiseen, ei siittiöiden luovuttaja. Jos siittiöiden luovuttaja on antanut luvan, että hänet voidaan vahvistaa syntyneen lapsen isäksi, tällöin myös äidillä on oikeus saada luovuttajan henkilötiedot heti lapsen synnyttyä. Kohdunvuokraus ja sijaissyntyshoidot ovat laissa edelleen kiellettyjä. (Fertinova 2009.) Siittiöiden luovuttaminen mahdollistaa hedelmöityshoidon joko lapsettomalle pariskunnalle, naisparille tai itselliselle naiselle (Väestöliitto 2013a).

4.2 Hoitomuodot

On olemassa useita erilaisia hedelmöityshoitovaihtoehtoja. Hoitomuodot määräytyvät tutkimustulosten, lapsettomuuden syyn ja keston mukaisesti. On tärkeää muodostaa pareille realistinen kuva raskauden alkamisen mahdollisuuksista hoidoilla ja ilman hoitoja. Naisen iällä, ali- ja ylipainolla sekä elämäntavoilla on todettu olevan selvä yhteys lapsen saannin mahdollisuuksiin. Ennen hoitojen aloittamista parin on allekirjoitettava määräaikainen hoitosuostumus. Lääkärin tehtävänä on kertoa kyseisen hoidon toteuttamisesta, sen onnistumismahdollisuuksista sekä mahdollisista riskeistä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 184-188.) Lapsettomuutta hoidetaan nykyisin esimerkiksi hormonihoidoilla (munarakkulan kypsytyshoito), kirurgisella hoidolla ja avusteisilla menetelmillä. Avusteisiin menetelmiin luetaan esimerkiksi inseminaatio ja koeputkihedelmöitys. (Ihme & Rainto 2008, 70.)

4.2.1 Hormonihoidot

Jos naisen ovulaatio ei tapahdu itsestään tai munarakkulan kehityksessä huomataan häiriö, käytetään hoitomuotona ovulaation induktioita. Sillä tarkoitetaan hormonihoidolla aikaansaavaa munasolun kypsymistä ja irtoamista. Hoito toteutetaan joko tabletteina tai ihonalaisina pistoksina. Hoito pyritään toteuttamaan niin, että vain yksi munarakkula kehittyisi kerrallaan, jotta minimoitaisiin monisikiöraskaudet. (Väestölinikka 2013 b.)

4.2.2 Koeputkihedelmöitys

Koeputkihedelmöitystä (IVF, In Vitro Fertilization) voidaan käyttää hoitona lähes kaikissa lapsettomuusongelmissa. IVF -hoitoa käytetään, kun hedelmöittymisen ja raskauden alkamisen todennäköisyys on muilla keinoilla pieni. Tätä hoitomuotoa pidetään nykyään tehokkaimpana, joka neljäs alkionsiirto johtaa lapsen syntymään. Munarakkuloiden kasvua edistetään ihon alle pistettävänä FSH-hormonipistoksina. Tavoitteena on kasvattaa useita munarakkuloita kerrallaan ja kerätä munasolut talteen. Keräyksen jälkeen munasolut hedelmöitetään laboratoriossa pestyillä siittiöillä. Alkionsiirto tehdään yhdellä tai kahdella parhaiten kehittyneellä alkiolla toisena tai kolmantena päivänä siitä, kun munasolut on kerätty. Nykyisin siirretään usein vain yksi alkio kerrallaan, jotta välttyttäisiin kaksoisraskauksilta. Loput hyvälaatuiset alkiot pakastetaan myöhempää käyttöä varten. Alkion kiinnittymistä tuetaan keltarauhashormonilääkityksellä. (Väestökliniikka 2013 c.)

Koeputkihedelmöityshoidossa voidaan myös tehdä munasolujen mikroinjektio (ICSI, Intracytoplasmic Sperm Injection). Tätä tapaa voidaan käyttää, kun esimerkiksi siittiöiden huono laatu estää hedelmöittymisen onnistumisen maljahedelmöityksessä. Mikroinjektiossa pestystä spermanäytteestä erotellaan yksi siittiö, joka viedään munasolun sisään ohuella neulalla mikroskoopin avulla. (Väestökliniikka 2013 d.)

Koeputkihedelmöityshoitojen rinnalle on kehitetty monia uusia menetelmiä hedelmällisyyden säilyttämiseksi ja hoitojen haittavaikutusten vähentämiseksi. Koeputkihedelmöityshoito voidaan esimerkiksi tehdä myös ilman hormonipistoksia, jolloin munasolut punktoidaan epäkypsinä munarakkuloista. Munasolut kypsytetään viljelmässä hormonien avulla ja ne hedelmöitetään joko mikroinjektiolla tai maljassa. Myös munasoluja voidaan pakastaa esimerkiksi ennen nuoren naisen syöpähoitoja. Nuorten naisten munasoluja voidaan pakastaa myös munarakkuloiden sisällä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 191.)

Koeputkihedelmöityksellä on syntynyt maailmaan noin viisi miljoonaa lasta. Vuosittain tehdään 1,5 miljoonaa koeputki- tai mikrohedelmöityshoitoa, joista syntyy keskimäärin 350 000 lasta. Alan asiantuntijat kertovat, että ensimmäinen koeputkihedelmöityksellä alkuunsa saanut lapsi syntyi Britanniassa vuonna 1978. Asiantuntijat kehottavat ihmisiä aloittamaan lasten hankkimisen mahdollisimman nuorina, eikä hedelmöityshoitoja voida pitää varasuunnitelmana lasten hankkimiselle. Hoidossa onnistumisen todennäköisyys myös laskee iän myötä. (Helsingin sanomat 2012a.)

4.2.3 Inseminaatio

Toinen hyvin yleinen hoitomuoto on inseminaatio eli keinohedelmöityshoito (IUI, intrauterine insemination). Tähän hoitomuotoon päädytään usein, kun kyseessä on lievä siittiötuotannon häiriö. Naisesta johtuvia indikaatioita ovat selittämätön lapsettomuus ja servikaalinen tekijä. Usein myös naisparien kohdalla päädytään keinohedelmöityshoitoon. Inseminaatiossa voidaan käyttää joko puolison tai luovuttajan siemennestettä. Siittiöt erotetaan ja pestään ennen inseminaatiota, jotta välttyttäisiin naisen synnytyselimistöön kohdistuvilta haitallisilta reaktioilta. Tämän jälkeen 0,5-1,0 ml siittiöitä ruiskutetaan muovikatetrilla kohtuonteloon ovulaation aikana. Ovulaationinduktiolla voidaan parantaa hoidon tuloksia. Suomessa voimaan tulleen hedelmöityshoitolain myötä voidaan käyttää vain rekisteröityneiden luovuttajien siittiöitä. Onnistumistulos riippuu pitkälti siemennesteen laadusta. Onnistumisprosentiksi on arvioitu noin 5-10 prosenttia, jos inseminaatio on tehty luonnollisen kierron aikana, ja 10-20 prosenttia, jos ovulaationinduktiota on käytetty. (Ylikorkala & Tapanainen 2011,188.)

4.2.4 Kirurginen hoito

Lapsettomuuden hoidossa voidaan käyttää kirurgisia menetelmiä, jos lapsettomuuden taustalla on naisella endometriooosi tai kohdun seinämien sisäiset lihaskasvaimet eli myoomat tai miehellä kivesten suonikohjut. Kirurgisessa leikkauksessa naiselta poistetaan kohdun seinämistä endometriosisipesäkkeitä, kiinnikkeitä ja myoomia. Mieheltä sen sijaan operoidaan kivesten suonikohjut, jolla pystytään vaikuttamaan siittiöiden määrän ja laadun paranemiseen. Leikkaustapa on usein laparoskooppinen tai tilanteen niin vaatiessa avoleikkaus. (Ihme & Rainto 2008, 72; Koskimies 2004, 51.)

4.3 Hoitojen tulokset

Raskaustilastot antavat tietoa hoitotuloksista, mutta raskauden onnistumiseen vaikuttavat eri tilanteissa eri seikat. Tällaisia syitä lapsettomuudelle ovat munasarjojen ja kivesten huono kapasiteetti tuottaa sulusoluja, aiemmat raskaudet ja synnytykset ja pariskunnan osapuolten ikä ja elämäntavat. (Koskimies 2004, 79.)

Vuonna 2010 aloitettiin yhteensä 14300 hedelmöityshoitoa, joista seurasi 3169 raskautta ja syntyi 2687 lasta. Hoidoista 9300 oli koeputki- ja mikrohedelmöityshoitoa (IVF ja ICSI) tai pakastetun alkion siirtoja (FET) ja runsaat 5000 inseminaatiohoitoja (IUI). Koeputkihedelmöityshoidoista syntyi yhteensä 2174 lasta ja inseminaatiohoidoista 513 lasta. Vuonna 2011 aloitettiin neljä prosenttia enemmän hedelmöityshoitoja verrattuna vuoteen 2010. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b.)

Nuorten naisten hedelmöityshoidot onnistuvat parhaiten, sillä korkeampi ikä vähentää hoitojen onnistumista. Naisen ikääntymisen myötä myös terveysongelmat raskausaikana ja synnytyksessä lisääntyvät. Hoitojen tulokset heikkenevät, mitä iäkkäimmille asiakkaille hoitoja tehdään. Tästä johtuen olisi syytä kannustaa lapsen hankintaan nykyistä nuorempina. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

4.4 Hedelmöityshoitojen ongelmat

Lapsettomuushoidot ovat usein niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin haastavia. Lisäksi lapsettomuushoitoihin ja tutkimuksiin liittyy työajan menetystä ja taloudellisia vaatimuksia. (Eskola & Hytönen 2002, 497.) Hormonihoidot ja niihin liittyvät toimenpiteet ovat raskaita naisen elimistölle. Tutkimuksissa käyminen voi tuntua raskaalta. Hedelmöityshoitoihin liittyy erilaisia ikäviä oireita ja komplikaatioita. Hyvään ja luotettavaan lapsettomuuden hoitoon liittyy naisen ja pariskunnan riittävä informointi mahdollisista komplikaatioista ja ongelmista. Hoidot ovat raskaita myös henkisesti koetellessaan parisuhdetta. On tärkeää antaa pariskunnalle realistinen kuva hoidon etenemisestä ja onnistumisen mahdollisuudesta. Psyykkistä tukea tarvitaan silloinkin, jos pariskunta päättää luopua hoidoista tai miettii muuta keinoa saada lapsi. Tässä tilanteessa tuen tavoite on, että nainen tai pariskunta hyväksyy lapsettomuuden osaksi elämäänsä tai uskaltaa ryhtyä muun muassa adoptioprosessiin. (Ihme & Rainto 2008, 72-73.)

4.4.1 Fyysinen ja psyykinen kuormitus

Psyykkistä tukea tarvitaan kaikissa hedelmöityshoitojen vaiheissa, ennen hoitoja, hoitojen aikana ja sekä onnistuneiden että epäonnistuneiden hoitojen jälkeen (Koskimies 2004, 77). Lapsettomuushoitojen jatkuessa kuukaudesta toiseen, parisuhdetta ja naista koettelee toivon ja epätoivon sekä pettymysten sarja, joka heijastuu väistämättä myös muille elämän osa-alueille. Lapsettomuuden voi kokea oman naiseuden ja miehuuden loukkauksena, ja sen myöntäminen itselle ja ulkopuolisille on vaikeaa. (Ketonen 2009, 620.)

Hedelmöityshoidoissa on myös fyysisiä riskitekijöitä. Yleisin fysikaalinen hedelmöityshoitojen riski on hyperstimulaatio-oireyhtymä OHSS. Se tarkoittaa hormonihoidoissa ovulaation induktioon käytettyjen lääkkeiden aiheuttamaa munarakkuloiden kasvua vielä ovulaation jälkeen. Käytännössä oireet ilmenevät vatsakipuina, turvotuksina, pahoinvointina ja oksenteluna. Hyperstimulaatiota esiintyy yleisimmin lievänä, mutta se voi kehittyä myös vakavaksi. Myös kohdun ulkopuolisen raskauden riski on hedelmöityshoitojen jälkeen suurempi. On mahdollista, että kohtuun viety alkio vaeltaa kohtuontelosta munatorveen, jolloin se aiheuttaa alavatsakipuja ja verenvuotoa. (Ketonen 2009, 619.)

4.4.2 Taloudellinen kuormitus

Suomessa Kansaneläkelaitos maksaa suorakorvausta hedelmöityshoidoista, jos lapsettomuuden on katsottu johtuvan sairaudesta. Jos lapsettomuuden syynä taas on iän myötä vähentynyt munasolujen määrä, kyse ei ole sairausvakuutuslaissa tarkoitetusta sairauden hoidosta. Käytännössä ikärajana pidetään 43:ää elinvuotta. Myöskään sterilisaation jälkeistä lapsettomuushoitoa Kansanterveyslaitos ei korvaa. Sukusoluja luovutettaessa luovuttajan kustannukset jäävät myös omalle kontolle, sillä kyseessä ei katsota olevan luovuttavan henkilön sairauden hoitaminen. (Kansaneläkelaitos 2013.)

Kansanterveyslaitoksen maksaman korvauksen jälkeen hedelmöityshoidoissa kävijälle jää kuitenkin noin 75 prosentin omavastuu maksettavakseen. Lapsettomuuden perustutkimusten hinta vaihtelee parista sadasta tuhanteen euroon, ja esimerkiksi koeputkihedelmöityksen hinnaksi sisältäen ultraäänikuvaukset sekä toimenpiteet tulee usein yli 2000 euroa. (Väestöliitto 2013e; Felicitas 2013.)

5 Neuvolatyö

Äitiys ja lastenneuvolajärjestelmä luotiin, jotta kaikki suomalaiset lapset saisivat syntyä ja kasvaa mahdollisimman hyvinvoivina ja terveinä. Vuonna 1944 säädettiin laki kunnallisista terveydenhoitajista, jonka myötä neuvolaverkosto kasvoi valtakunnalliseksi. 1972 kansanterveyslain myötä terveysneuvonnasta tuli osa lakisääteistä kunnallista terveydenhoitoa. (Duodecim 2012a.)

Vuonna 2009 valtioneuvoston tekemän asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että lasta odottavien perheiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, yhtenäisiä sekä yksilön ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa. Asetusta sovelletaan kansanterveyslain pohjalta. Terveysneuvontaa on toteutettava yksilöllisten tarpeiden ja kehitysvaiheen mukaisesti, ja sen on sisällettävä näyttöön perustuvaa tietoa. Neuvonnan on tuettava vanhemmaksi kasvamista ja parisuhdetta sekä edistettävä perheen tukiverkostoa. Ensimmäistä lasta odottaville on järjestettävä perhevalmennusta sekä tehtävä kotikäynti. Terveysneuvontaa on tarjottava molemmille vanhemmille ja sen tulee antaa tietoa raskausajasta, siihen liittyvistä riskeistä, synnytyksestä ja lapsen hoidosta sekä mahdollisista mielenterveydenmuutoksista odotusaikana ja sen jälkeen. Neuvonnan tulee tukea lapsen ja vanhemman välistä varhaista vuorovaikutusta ja äidin voimavaroja imettää. (Finlex 2009.)

Neuvoloissa tehtävä työ on terveydenedistämistyötä. Terveiden edistämällä tarkoitetaan terveydentilan parantamista, terveyden merkityksen korostamista ja sen tukemista, minkä

tavoitteena on parantaa mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristön terveyteen. (Lindholm 2009, 22.)

Äitiysneuvolan ydintyöparin muodostaa terveydenhoitaja ja lääkäri. Terveydenhoitaja on päävastuussa äidin ja perheen hyvinvoinnista ja lääkäri toimii lääketieteellisenä asiantuntijana. Neuvolatyössä keskeistä on moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen. Sillä tarkoitetaan, että jokaisella koulutetulla ammattihenkilöllä on oma, asiantuntijuuteen perustuva rooli moniammatillisessa tiimissä. Tiimin jäsenten olisi hyvä tuntea toisensa, jotta tiedonsiirto olisi ongelmatonta ja sujuvaa. Neuvolatyön moniammatilliseen tiimiin kuuluu terveydenhoitajan ja lääkärin ohella psykologit, fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit, sosiaalityöntekijät, työterveyshuollon edustajat ja hammashuollon asiantuntijat. (Lindholm 2009, 23, 37.)

Neurolassa työskentelevät terveydenhoitajat ovat alansa asiantuntijoita, jotka pitävät osaamistaan yllä lisä- ja täydennyskoulutuksen ja oman työn kehittämisen avulla. Neurolassa tehtävä työ, työmenetelmät ja toimintatavat perustuvat aina näyttöön perustuvaan tietoon. Tiedon muuttuessa, myös toimintatavat ja menetelmätkin muuttuvat. Päätöksen teossa on kuitenkin otettava huomioon yksilölliset voimavarat sekä tiedon ja tuen tarpeet ja työskenneltävä niiden mukaisesti. Äitiys- ja lastenneuvolan terveystietomukset ovat tärkeä osa raskaana olevan äidin ja perheen hoitoa. Kirjaaminen, jonka periaatteena on avoimuus ja luottamuksellisuus, selkiyttää ja vahvistaa asiakkaan ja työntekijöiden oikeusturvaa sekä edistää luottamuksellisen hoitosuhteen kehittymistä. Kirjaamisen lisäksi neuvolatyötä tukevat työntekijöiden ammattitaitoisuus, vähäinen työntekijöiden vaihtuvuus, riittävä työvoima ja johdon antama tuki. (Lindholm 2009, 23-24.)

Lääkintähallituksen ohjekirjeen mukaan kokopäiväisellä terveydenhoitajalla tulisi olla maksimissaan 80 synnyttävää asiakasta vuodessa. Yhdistetyssä äitiys- ja lastenneurolassa terveydenhoitaja on mukana aina äidin raskausajasta lapsen kouluikään asti. Tällaisessa tapauksessa terveydenhoitajalla tulisi olla noin 40 äitiä vuodessa ja noin 200 neuvolaikäistä lasta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

5.1 Äitiysneuvola

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan äitiysneuvolan tehtävänä on edistää raskaana olevan naisen, sikiön ja vastasyntyneen lapsen ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Tavoitellaan raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisyä, niiden varhaista toteamista ja sujuvaa hoitoon ohjaamista. Neuvolakäynnit aloitetaan ennen neljännen raskauskauden päättymistä ja ne ovat myös äitiysavustuksen saamisen edellytys. Neuvolan tehtävänä on tukea odottavaa

äitiä ja hänen puolisoaan vanhemmuuteen valmistautuessa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.)

Äitiysneuvolan työmuotoja ovat perhesuunnittelu, terveystarkastukset, perhevalmennus, kotikäynnit, puhelinneuvonta, netti-neuvolan pitäminen, erilaiset konsultaatiot ja moniammatillisen verkostotyön koordinointi. Kehittämishaasteina nähdään vanhemmuuden vahvistaminen, isien huomioiminen, varhainen puuttuminen hyvinvointia ja terveyttä uhkaavissa tilanteissa sekä asiakaslähtöisyyden vahvistaminen. (Lindholm 2009, 33.)

Lähes kaikki suomalaiset naiset käyttävät äitiysneuvoloiden palveluita. Vuonna 2002 tutkitun tiedon mukaan vain 0,3 prosenttia odottavista äideistä jätti käyttämättä valtion tarjoaman vapaaehtoisen ja maksuttoman palvelun. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos suosittelee ensisynnyttäjille 12-13 käyntikertaa ja uudelleen synnyttäjille 8-9 käyntiä neuvolassa raskauden aikana, joihin sisältyy kolme neuvolalääkärikäyntiä. Neuvolaan tullaan keskimäärin raskausviikolla 10, riippuen siitä onko kyseessä ensisynnyttäjä vai uudelleensynnyttäjä ja onko edellisissä raskauksissa ollut ongelmia. Aluksi käynnit ovat harvemmin; noin neljän - kuuden viikon välein ja tihenevät raskauden edetessä. Asiakkuus päättyy jälkitarkastukseen noin kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. (Väyrynen & Stefanovic 2009, 182.)

Terveydenhoitajan tehtävänä on turvata raskauden normaali kulku ja pyrkiä ehkäisemään raskaudenaikaista häiriötä. Neuvolassa pyritään toteamaan mahdolliset häiriöt ja tarvittaessa ohjaamaan jatkohoitoon. Tavoitteena on turvata sikiön, perheen ja äidin psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. (Lindholm 2009, 33-34.)

Neuvolassa raskauden turvallista etenemistä seurataan seulontatutkimuksin. Näihin kuuluvat veri- ja virtsanäytteet, verenpaineen ja painon tarkkailu, sikiön kasvun seuranta sekä ultraäänitutkimus. Terveysneuvonta on myös keskeinen osa neuvolatyötä. On tärkeää varmistaa, että äiti ymmärtää, että hän voi vaikuttaa omalla terveyskäyttäytymisellään suoraan lapsen hyvinvointiin. Arvokasta äitiysneuvolatyötä on odottavan äidin tuntemuksien ja ajatuksien kuuntelu, raskaudesta, synnytyksestä ja imetyksestä keskusteleminen. Terveydenhoitajan tulee tukea sekä äitiä että isää vanhemmuuteen kasvamisessa, synnytykseen valmistautumisessa ja uuden perheen jäsenen vastaanottamisessa. (Väyrynen & Stefanovic 2009, 183-185, 197.)

6 Raskauden seuranta neuvolassa

Ensimmäisellä neuvolakäynnillä kartoitetaan äidin perustiedot ja terveydentila.

Terveydenhoitaja arvioi kuuluuko odottava äiti riskiryhmään sekä selvittää vaatiiko raskaus tarkempaa seurantaa. Naisen perussairaudet, synnytyselinten häiriöt ja naisen psyykinen tila

vaikuttavat raskauden ennusteeseen. Verinäytteestä saadaan selville äidin veriryhmä, rhesus-tekijä ja hemoglobiiniarvo. Äidin virtsanäyte tutkitaan jokaisella kerralla neuvolassa. Virtsanäytteestä saadaan selville valkuaisen, sokerin ja bakteerien määrä. Verenpaineen ja painon mittaus ovat myös osa jokaista neuvolakäyntiä. Raskauden edetessä sikiön hyvinvointia ja kasvua voidaan seurata muun muassa sydänääniä kuuntelemalla, kohdunpohjan pituutta mittaamalla sekä ulko- ja ultranäänitutkimuksen avulla. Tulokset merkitään aina äitiyskorttiin, jotta hoidon jatkuvuus turvataisiin, vaikka toimipiste ja työntekijä vaihtuisivat. Monet naiset ovat saattaneet käyttää yksityisiä palveluita jo ennen kunnan äitiysneuvolakäyntiä tai esimerkiksi hedelmöityshoidossa oleva naisella on ollut yhteydet erikoisklinikkaan. (Nuortila 2009, 43-47; Eskola & Hytönen 2002, 131-136; Stakes 2008, 27.)

Perhevalmennus kuuluu oleellisena osana neuvolapalveluihin. Perhevalmennuksessa vanhemmat saavat tietoa ja valmennusta odotuksesta, synnytyksestä ja tulevasta perhe-elämästä. Valmennus on tarkoitettu kaikille odottaville, mutta tilastojen mukaan eniten siihen osallistuvat esikoistaan odottavat vanhemmat. Perhevalmennuksesta on valtakunnalliset suositukset, mutta eri kunnat ja neuvolat noudattavat suosituksia kirjavasti. Valmennus pyritään aloittamaan raskausviikoilla 20-30 ja siellä käydään neljästä viiteen kertaa, usein myös synnytyksen jälkeen. Valmennuksessa käsitellään terveydenhoitajan johdolla raskautta, synnytystä, lastenhoitoa, parisuhdetta ja vanhemmuutta laaja-alaisesti käytännön ja teorian avulla. Perhevalmennukseen kuuluu usein myös tutustuminen synnytyssairaalaan. (Lindholm 2009,36; Stakes 2008, 29.)

Äitiyshuollossa voidaan vaikuttaa väestön elintapojen parantamiseen välillisesti. Terveydenhoitajilla on ainutlaatuinen tilaisuus motivoida vanhempia omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen. Lasta odottavat perheet ovat usein hyvin vastaanottavia terveysneuvonnalle syntyvän lapsen terveyden vuoksi. Useat odottavat äidit vähentävät tupakointia tai lopettavat sen kokonaan ja alkavat kiinnittämään huomioita yleisesti terveellisiin elämäntapoihin. (Haapio, Koski & Paavilainen 2009, 97.)

Ensimmäisen käynnin jälkeen seurantakäynnit terveydenhoitajan luona ovat aluksi harvemmin ja tihenevät loppuraskautta kohden. Jokaisella käynnillä seurataan äidin painoa, verenpainetta ja sokerin esiintymistä virtsassa sekä tarkkaillaan turvotuksia. Hemoglobiiniarvo tarkistetaan vähintään kolme kertaa raskauden aikana. Sikiön sydänääniä kuunnellaan Doppler-laitteen avulla ja ulkotutkimuksen perusteella saadaan tietoa lapsen asennosta ja koosta. Tilanteen niin vaatiessa terveydenhoitaja voi tehdä lähetteen äitiyspoliklinikalle jatkotutkimuksiin, jos herää epäily raskauden kulusta. Käynneillä keskustellaan myös mahdollisista perheongelmista, peloista ja odotuksista, vanhemmuuteen kasvusta ja synnytykseen liittyvistä asioista. Riskiraskaudet edellyttävät usein tehostettua seurantaa (Stakes 2008, 27.)

6.1 Äidin ja sikiön voinnin tarkkailu

Sikiön ja kohdun kasvua seurataan neuvolassa symfyysi-fundusmitan avulla viikoilta 18-19 alkaen. Kohdun pituus mitataan häpyliitoksen yläreunasta kohdun pohjaan asti mittanauhan avulla äidin maatessa gynekologisessa asennossa. Virtsarakon tulisi olla tyhjä mittauksen aikana. Saatua tulosta verrataan viitekäyriin, ja jos ilmenee yli kahden senttimetrin poikkeavuuksia, kiinnitetään poikkeaviin arvoihin huomiota. Syy poikkeamaan voi olla virhe lasketussa ajassa, sikiön kasvun häiriö, monisikiöraskaus, lapsivedenmäärän lisääntyminen. Ultraäänitutkimus tehdään äitiyspoliklinikalla noin viikoilla 16-18. Ultraäänitutkimuksella pystytään näkemään sikiön rakenne ja mahdolliset kehityshäiriöt. Sikiön nielemistä ja hengitysliekkkeitä on myös nähtävissä ultraäänellä. (Eskola & Hytönen 2002, 134; Nuortila 2009, 52.)

Hemoglobiinia tutkitaan neuvolassa alku-, keski- ja loppuraskaudessa. Jos arvo on matala, seuranta tihennetään. Anemia voi aiheuttaa äidille myös väsymystä, hengenahdistusta, sydämentykytystä, sormien puutumista ja iho- ja limakalvojen kalpenemista. Jos hemoglobiini on ollut alkuraskaudesta alle 110g/l, suositellaan rautapofylaksiaa noin viikosta 20 eteenpäin. Rautalisää ei saa aloittaa ennen raskausviikkoa 12, koska se saattaa olla sikiölle haitallista alkuraskaudessa. (Eskola & Hytönen 2002,115; Sariola & Tikkanen 2011, 310.)

Äidin painonnousua seurataan kaikilla neivolakäynneillä. Äidin painoa seuraamalla voidaan seurata niin sikiön kasvua, kuin mahdollisia alkavia merkkejä pre-eklampsian aiheuttamista turvotuksista. Kohdun kasvuun tulee kiinnittää huomiota, jos painon nousu on selvästi hidastunut tai pysähtynyt. Suositeltu painonnousu riippuu pitkälti siitä, mikä oli äidin lähtöpaino. Keskimääräinen painonnousu raskauden aikana on korkeintaan 500g viikossa viimeisen kahdenkymmenen viikon aikana. (Sariola & Tikkanen, 2011, 310-313.)

Verenpainetta tarkkaillaan myös jokaisella neivolakäynnillä. Arvojen kohoaminen edellyttää tarkkaa seuranta ja puuttumista, jos kohoamiseen liittyy myös proteiuriaa ja turvotuksia. Kohonnut verenpaine voi olla merkki alkavasta pre-eklampsiasta eli raskausmyrkytyksestä. (Väyrynen & Stefanovic 2009, 188.)

Kun kohdunpohjan korkeus ylittää navan, siirrytään perusteellisemmän ulkotutkimuksen tekemiseen. Ulkotutkimuksen perusteella arvioidaan sikiön kasvua, asentoa ja tarjontaa. Samalla saadaan arvokasta tietoa lapsiveden määrästä ja synnytyksen alkamisen etenemisestä. Kaikki saadut tiedot kirjataan äitiyskorttiin, ja niitä seurataan jokaisella neivolakäynnillä. (Väyrynen & Stefanovic 2009, 188.)

7 Hedelmöityshoidoilla alkaneen raskauden seuranta

Hedelmöityshoidolla alkuun saatuihin raskauksiin liittyy samat riskit kuin muissakin raskauksissa. Jos äidillä ei ole raskauteen liittyviä riskitekijöitä, on raskautta syytä seurata aivan kuten muullakin tavalla alkaneita raskauksia. Hedelmöityshoidot itsessään eivät aiheuta riskiä raskaudelle. Keskenmenoja esiintyy 15-20 prosenttia, kuten spontaanistikin alkaneissa raskauksissa. (Koskimies 2004, 76.) Valtaosa hedelmöityshoidoilla alkaneista raskauksista sujuu siis aivan normaalisti, mutta osaan liittyy erityisongelmia. Pitkään lapsettomuudesta kärsineen naisen raskaus on aina riskiraskaus. (Ketonen 2009, 618- 619.)

Tutkimustulokset osoittavat, ettei esimerkiksi synnynnäisten epämuodostumien esiintymiseenkaan vaikuta se, miten raskaus on saanut alkunsa. Keskenmenojen osuus näyttäisi kuitenkin olevan hieman suurempi joistakin lapsettomuushoidoista alkaneissa raskauksissa kuin toisissa. Syy ei välttämättä ole valittu hoitomuoto, vaan usein sama tekijä, joka aiheuttaa lapsettomuutta. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 192.) Lapsilla voi ilmetä hieman enemmän ongelmia vastasyntyneisyysaikana kuin muilla lapsilla; ennenaikaisuutta, pienipainoisuutta, tarvetta tehohoitoon sekä riski cp-vammaisuuteen ja lapsuusiän kehitys- ja käyttäytymishäiriöihin. Riskit usein kuitenkin liittyvät monisikiöisiin raskauksiin, jotka ovat hyvin yleisiä keinohedelmöityksessä. Vaikka terveysriskit ovat harvinaisia, niistä on hyvä keskustella ammattilaisten kanssa, kun harkitaan hedelmöityshoitoa lapsen saamiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

Toisaalta taas erään mikrohedelmöityshoitoja koskevan tutkimuksen mukaan, uudet tutkimustulokset osoittavat, että mikrohedelmöitys saattaisi lisätä syntyvän lapsen kehityshäiriön riskiä. Mikrohedelmöityksellä tarkoitetaan hedelmöityshoitomuotoa, jossa siittiö ruiskutetaan munasolun sisään. Tavallisella koeputkihedelmöityksellä ei ole huomattu vastaavaa riskiä. Mikrohedelmöitystä käytetään usein varmistamaan hedelmöityksen onnistuminen, kun siittiöt ovat niin heikkoja, etteivät ne pysty itse tunkeutumaan munasoluun. Tällä tavalla alkunsa saaneista lapsista kymmenellä prosentilla todettiin jokin synnynnäinen kehityshäiriö. Australialaisen tutkimuksen tulokset julkaistiin New England Journal of Medicinen julkaisussa. (Helsingin Sanomat 2012b.)

Hyvien hedelmöityshoitotulosten myötä on pyritty siirtymään yhden alkion siirtoihin, monisikiöraskauksien välttämiseksi. Kahden alkion istutus tulee kyseeseen usein vielä tapauksissa, joissa hedelmällisyys on jo muutenkin laskenut esimerkiksi iän myötä. (Koskimies 2004, 66.) Monisikiöraskaudesta johtuva ennenaikaisuus onkin tärkein lapsen terveyttä uhkaava tekijä hedelmöityshoidoilla alkaneissa raskauksissa (Ylikorkala ym. 2011, 192). Tällaiset raskaudet vaativat aina tarkempaa seurantaa kuin yksisikiöiset raskaudet (Suomen monikkoperheet ry 2013). Joka neljäs suomalainen kaksospari on saanut alkunsa hedelmöityshoidolla, ja noin viisi

vuotta sitten joka neljäs hedelmöityshoidolla alkanut raskaus oli monisikiöinen. Tilanne on kuitenkin parantunut, sillä tällä hetkellä monisikiöraskauksien osuus on noin 12 prosenttia. Monisikiöisissä raskauksissa ennenaikaisuus on viisi kertaa yleisempää kuin yksöisraskauksissa, ja ennenaikaisuudessa on suurempi riski lapsen vammautumiseen. (Suikkari 2007, 68-70.) Monisikiöisyyteen liittyy myös muita riskejä, kuten lapsen syntymäpainon pienuus sekä äidin verenpaineen nousu ja pre-eklampsia -oireet raskauden aikana. (Ketonen 209, 619).

7.1 Kaksosraskauden seuranta

Kaksosraskautta seurataan tavallista tiheämmin äitiysneuvolassa ja äitiyspoliklinikalla. Terveystenhoitaja tekee kaksosraskauden takia lähetteen äitiyspoliklinikalle, josta vastaanottoajat annetaan lähetteen perusteella. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013).

Neuvolan tärkein tehtävä on seurata sikiöiden kasvua, koska kaksosraskaudessa toisen tai molempien sikiöiden kasvun hidastuminen on hyvin yleinen ongelma etenkin raskauden loppupuolella. Kaksosraskauksissa komplikaatioiden mahdollisuus on suurempi, joten tämä tulisi huomioida äitiyspoliklinikalla sekä neuvolassa. (Purho, Nuutila & Heikinheimo 2008.)

Kaksosia odottava pariskunta on muihin odottajiin nähden erityisessä asemassa. Perhe tarvitsee runsaasti tietoa monikkoraskaudesta ja -synnytyksestä, lapsivuodeajasta sekä tulevasta perhe-elämän hallinnasta. Perhevalmennus on suunnattu yleisimmin yhtä lasta odottaville, joten monikkoperheen vanhempien tarpeet saattavat jäädä osittain vaillinaisiksi. Monikkoperhevalmennus on räätälöity perhevalmennusmuoto erityisesti kaksosia odottaville perheille. Varhainen perheiden tukeminen ennaltaehkäisee ongelmia ja alentaa myös kynnystä hakea apua uuvuttavan arjen keskellä. Suomen Monikkoperheet Ry ja sen alueelliset yhdistykset tarjoavat tietoa ja tukea niin perheille kuin terveydenhuoltoalan ammattilaisillekin. (Suomen Monikkoperheet Ry 2013a; Suomen Monikkoperheet Ry 2013b.)

7.2 Odottavan äidin iän vaikutus raskauteen

Yhtenä lapsettomuuden syynä on arveltu olevan se, että lasten hankkimista lykätään myöhemmälle iälle. Naisen hedelmällisyys laskee iän myötä ja naisia kehoitetaan hakeutumaan hedelmättömyys hoitoihin vuoden aktiivisen raskaaksi tulemisen yrittämisen jälkeen. 20-25 -vuotiailla hedelmättömyyttä esiintyy 6 prosenttia, 30-35-vuotiailla 16 prosenttia ja 40-45-vuotiailla 40 prosenttia. Lapsettomuuden katsotaan lisääntyvän ikääntymisen myötä, jonka myötä hedelmöityshoitoihinkin hakeutuvat naiset ovat usein keskivertoa iäkkäämpiä. (Koskimies 2004, 42; Ketonen 2009, 612, 615.)

Mitä vanhempi odottava äiti on, sitä heikommin hänen kehonsa kestää raskauden tuoman rasituksen. Korkea ikä lisää keskenmenon riskiä. Alle 25-vuotiaden raskauksista keskeytyy noin 10 prosenttia, kun taas yli 35-vuotiailla riski on jo 50 prosenttia. Ikä tuo keskenmenoriskin lisäksi myös suuremman trisomian eli kromosomiylimääräisyyden todennäköisyyden, jolloin tavallisimmin on kyse 21 trisomiasta eli Downin oireyhtymästä. Trisomian todennäköisyys 38-vuotiaiden raskaudessa on yksi prosentti, ja 40-vuotiaiden kaksi prosenttia. Korkea ikä kasvattaa myös toksemian riskiä sekä luo suuremman todennäköisyyden etiselle istukalle. Perinataalikuolleisuus lisääntyy ja synnytyksen kesto myös pidentyy, kun ikää tulee enemmän. (Eskola & Hytönen 2002, 180, 184, 274.)

7.3 Keskenmeno

Keskimäärin joka viides hedelmöityshoidolla alkuun saanut raskaus päättyy keskenmenoon ennen raskausviikon 20 päättymistä. Usein keskenmenot liittyvät kuitenkin alkuperäiseen lapsettomuuden syyhyn, eikä niinkään siihen, että raskaus on saanut alkunsa hedelmöityshoidolla. (Ketonen 2009, 618-619.)

Keskenmenoksi määritellään raskaus, joka keskeytyy ennen raskausviikon 22 päättymistä ja sikiön paino on alle 500 grammaa. Suurin osa keskenmenoista tapahtuu kuitenkin usein ennen raskausviikkoa 12. Keskenmenon oireita ovat verenvuoto ja supisteleva kipu. Tilanne ei vaadi sairaalahoitoa, jos vuoto on kohtuullista. Keskeytyminen varmistetaan sairaalassa ultraäänitutkimuksella. Kaavinta on tarpeellista tapauksissa, joissa epäillään, ettei kohtu ole täysin tyhjentynyt tai jos verenvuoto on runsasta. (Äimälä 2009, 386.)

Keskenmeno on aina suuri menetys vanhemmille ja siihen liittyy aina surutyö. Psykkinen tuki on erityisen tärkeää niin asiantuntijoilta kuin läheisiltäkin. Surun läpikäymiselle on annettava tilaa ja aikaa. Äidit saattavat ajatella, että ovat aiheuttaneet omilla valinnoillaan keskenmenon. Näissä tilanteissa asiantuntijoilta saatavan oikean tiedon antaminen on tärkeää, jotta saataisiin syyllisyyden tunne äidiltä pois. (Koskimies 2004, 43; Äimälä 2009, 386.)

Keskenmenon läpikäynyt pari tarvitsee tietoa myös tuleviin raskauksiin liittyen. Menetyksen läpikäyminen ja keskusteleminen sekä tehostettu seuranta seuraavassa raskaudessa voivat parantaa mahdollisen seuraavan raskauden ennustetta. Yksi keskenmeno ei vielä lisää riskiä uusiin keskenmenoihin. Mitä useampi keskenmeno on takana, sitä suurempi riski keskenmenoihin jatkossakin on. Naisen ikääntyminen lisää myös keskenmenojen esiintyvyyttä. (Koskimies 2004, 43.)

8 Psyykkisen tuen merkitys raskauden aikana

Raskaus on psykofyysinen kokonaistila, joten fyysisten muutosten lisäksi äidin voinnissa tapahtuu muutoksia myös psyykkisesti. Psyykkisiä oireita pidetään yleensä luonnollisena ja tarpeellisena ilmiönä. Jos nainen ei ilmaise tunteitaan raskauden aikana, on todettu, että on suurempi riski sairastua mielenterveyden häiriölle lapsen synnyttä. Naisen elämään voi kuulua riskitekijöitä, jotka altistavat psyykkisille oireille. Riskitekijöitä ovat muun muassa se, jos nainen ei saa ympäristöltään psyykkistä tukea tai on tullut raskaaksi pitkäkestoisen lapsettomuuden jälkeen. (Eskola & Hytönen 2002, 217,218.)

Ensimmäisen lapsen odottaminen ja syntyminen vie parisuhteen uuden kehitysvaiheen äärelle. Molempien vanhempien on luotava itselleen uudet roolit ja sulauttaa ne osaksi omaa persoonallisuutta. Lisäksi heidän pitää antaa tilaa parisuhteeseen uudelle tulokkaalle, mutta samalla myös muistaa hoitaa parisuhdettaan. Kasvu vanhemmuuteen ei tapahdu yhdessä yössä, vaan on loppuelämän jatkuva kehitystapahtuma. (Eskola & Hytönen 2002, 119.)

Hedelmöityshoitojen yhteydessä parit kokevat turhautuneisuutta, suuttumusta ja masennusta, jos raskautta joutuu yrittämään useamman kerran. Pelot omasta hedelmättömyydestä, erilaista sairauksista ja rakenteellisista ongelmista, keskenmenoista ja stressin vaikutuksesta hoitoihin ovat yleisiä. Hedelmöitysklinikalla asiointi vaatii paljon aikaa, rahaa ja kärsivällisyyttä, joita kaikilla lapsettomilla ei välttämättä ole. (Aarnipuu 2006, 26-28.)

Suomen Lääkärilehden artikkelissa on esitelty tahattoman lapsettomuuden aiheuttamaa surun kokemusta sekä raskausaikaa ja vanhemmuutta lapsettomuushoitojen jälkeen. Artikkelissa käsitellään sitä, miten vaikeasti siedettäviä ja käsiteltäviä tunteita lapsettomuuteen liittyy, ja miten vaativia hedelmöityshoidot ovat niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Artikkelissa todetaan, että lapsettomuuden kokemus ei poistu myöskään raskauden alkaessa, ja luottamuksellisella hoitosuhteella lapsettomuuden kokemuksen aiheuttamaa häpeän ja erilaisuuden tunnetta voidaan helpottaa. (Toivanen ym. 2004.)

Psyykkisen tuen tarve lapsettomuushoitojen jälkeen todetaan myös Anna-Niina Yli-Kuhan väitöskirjassa. Tutkimuksessa selvitettiin ensisijaisesti sitä, miten sosioekonomiset erot näkyvät lapsettomuushoitoihin hakeutumisessa, mutta sivuttiin myös lapsettomuushoidoissa käyneiden naisten psyykkistä sairastavuutta. Tutkimuksen johtopäätöksenä voitiin todeta, että lapsettomuushoitoja läpikäyneillä naisilla oli tilastollisesti merkittävästi enemmän sairaalahoitajaksoja muun muassa sopeutumishäiriöiden vuoksi, kuin tutkimuksessa mukana olleilla kontrollihenkilöillä. (Lääkärilehti 2012b.)

Lääketieteen lisensiaatti Piia Poikkeus on keskittynyt väitöstudiumissaan selvittämään, millä tavoin pitkäaikainen tahaton lapsettomuus lisää synnytyspelkoa. Tutkimuksessa pitkä raskautta edeltävä lapsettomuus on määritelty yli kuusi vuotta kestäväksi. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että pitkäaikainen tahaton lapsettomuus on yhteydessä vakavaan synnytyspelkoon itsenäisenä riskitekijänä. Tämän vuoksi tutkimuksen johtopäätöksenä korostettiin muun muassa riittävän psyykkisen tuen tärkeyttä hedelmöityshoitojen jälkeen. (Lääkärilehti 2007.)

Dosentti Maija Tulppalan Duodecimille kirjoittamassa katsauksessa todetaan, että psyykkistä tukea tarvitaan lapsettomuushoitojen ohella myös silloin, kun raskaus alkaa. Raskauteen liittyvät pelot ja paineet ovat erityisen suuria silloin, kun raskaus on ollut toivottu jo vuosia. Tällöin on vaikeampi työstää niitä ristiriitaisia tunteita, joita lapsen saamiseen luonnollisestikin liittyy. Keväällä 2001 Lääkäriseura Duodecim toteutti Suomessa ensimmäisen lapsettomuusklonikoiden henkilökunnalle suunnatun vuorovaikutuskoulutuksen, jonka vastaanotto oli myönteinen. Tulppala toteaa, että tällainen lisäkoulutus sekä työnohjaus vähentäisivät hoitosuhteiden paineita ja lisääisivät henkilökunnan työssä jaksamista. (Duodecim 2002b.)

Helsingin yliopiston tutkija Leena Repokari on tutkinut Väestöliitolle hedelmöityshoitojen jälkeistä aikaa ja vanhemmuuteen kasvua. Tutkimuksessa selvitettiin, miten hedelmöityshoidoissa käyneiden pariskuntien lapsettomuuskokemus vaikutti raskauden alettua muun muassa lapsen kasvuympäristöön, vanhempien parisuhteeseen ja kokemukseen vanhemmuudesta. Tutkimuksen yhteenvedonä todettiin, että hedelmöityshoidoilla lapsen saaneet pariskunnat sopeutuivat hyvin vanhemmuuteen ja usein lapsettomuuskokemus ja hedelmöityshoidot osoittivatkin lujittaneen vanhempien välistä parisuhdetta. Tutkimuksessa päästiin kuitenkin tulokseen, että hedelmöityshoitoja seuraavaan raskausaikaan liittyi paljon pelkoa raskauden keskeytymisestä ja mielikuvia tulevasta lapsesta oli vaikeampaa luoda. Tämä korostaa sitä, että psykososiaalinen tuki on oltava kyllin riittävää hedelmöityshoidoilla raskaaksi tulleiden asiakkaiden hoidossa, sillä lapsettomuus koetaan hyvinkin kuormittavaksi tekijäksi elämässä. Äitiyshuollon haasteena onkin kohdata näitä pariskuntia, jotka tarvitsevat apua päästäkseen yli lapsettomuuden kokemuksista. (Väestöliitto 2008.)

Väestöliiton tutkija Anneli Miettinen on tehnyt tutkimuksen aiheesta äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidoilla. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hedelmöityshoitoon hakeutuneiden naisten ja miesten käsityksiä vanhemmuudesta ja kartoittaa hedelmöityshoitoihin liittyvää pelkoa ja tuen tarvetta. Tutkimuksessa myös selvitettiin myös hedelmöityshoitoon hakeutuneiden halukkuutta kertoa asiasta läheisilleen ja syntyvälle lapselle. Tutkimustulosten perusteella noin viisi prosenttia naisista ja kolme prosenttia

miehistä ilmoitti kertoneensa lapsettomuudesta tai hedelmöityshoidoista avoimesti kaikille. (Miettinen 2011, 59-60.)

9 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimusmenetelmänä toimi kyselylomake, joka tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Tällä tarkoitetaan sellaista kyselyä, jossa aineisto kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen. Kysymykset asetellaan jokaiselle vastaajalle täsmälleen samalla tavalla. Yksi kyselytutkimuksen eduista on, että tutkimukseen voidaan saada runsas otanta ja tutkimuksessa voidaan kysyä monia asioita. Menetelmänä se on tehokas ja aineisto voidaan analysoida tietokoneen avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193-195.)

Otannalla tarkoitetaan menetelmää, jolla otos poimitaan vastaajien perusjoukosta (Vilka 2005). Tutkimuksen perusjoukko koostui äitiysneuvoloiden terveydenhoitajista. Otanta määrittyi sen mukaan, kuinka monta terveydenhoitajaa Oulun kaupungin äitiysneuvoloissa työskenteli.

Tutkimuksen toteutusmenetelmäksi valittiin kyselylomake, sillä tarkoituksena oli saada tutkimukselle riittävän suuri otanta. Kyselylomakkeen valintaan vaikutti myös pitkä välimatka tutkittavien ja tutkijoiden välillä.

Kyselylomakkeen ensimmäiset kysymykset painottuivat vastaajan taustatietoihin, jonka jälkeen lomakkeessa selvitettiin vastaajien valmiuksia kohdata, ohjata ja neuvoa hedelmöityshoitoja saanutta asiakasta ja tämän mahdollista kumppania. Kyselylomakkeessa selvitettiin myös vastaajan mahdollisen lisäkoulutuksen ja tuen tarvetta. Jotta kyselylomake olisi mahdollisimman selkeä, avoimet kysymykset painottuivat kyselylomakkeen loppupuolelle.

Monivalintakysymyksiin asetettiin valmiit vastausvaihtoehdot ja kysymysmuoto oli vakioitu. Kyselyyn laadittiin valmiit numeroidut vastausvaihtoehdot, ja vastaajat merkitsivät rastin valitseman vastausvaihtoehdon kohdalle. Monivalintakysymykset sallivat sen, että vastauksia voitiin vertailla selkeästi ja ne tuottivat helposti analysoitavia vastauksia.

Kyselylomakkeen laadinnassa oli tärkeää käyttää sanoja yksiselitteisesti ja vastaajalle tutulla tavalla. Kysymysten tuli olla johdonmukaisessa järjestyksessä ja samaa aiheisältöä sisältävät kysymykset tuli olla ryhmiteltyinä yhteen. Jokaisella kysymyksellä tuli olla funktio ja niiden tuli tuottaa tarpeellista tietoa tutkimuksen tekijöille. (Vilka 2005, 87-88.)

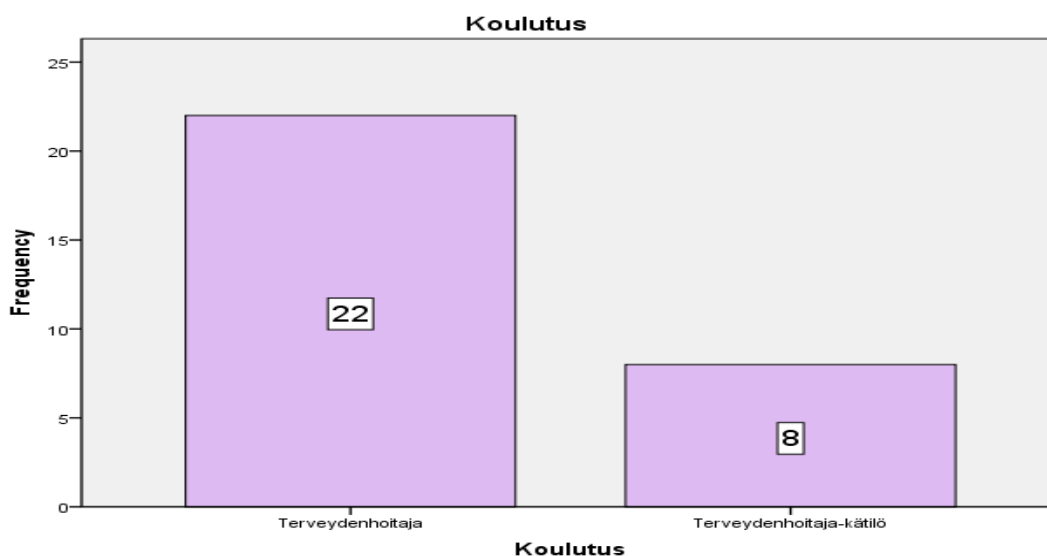
Spesifiset kysymykset olivat kyselylomakkeessa tärkeämpiä kuin yleiset kysymykset, sillä niihin ei sisältynyt yhtä lailla tulkinnan mahdollisuuksia. Vastaavalla tavalla lyhyet kysymykset olivat parempia, kuin pitkät, sillä niitä olisi helpompi ymmärtää. Kyselylomakkeen oli tärkeää tarjota vastaajalle yhtenä vastausvaihtoehtona ”Ei mielipidettä”. On havaittu, että vastaajilla ei aina ole selvää mielipidettä kysymyksiin, jolloin heille on annettava mahdollisuus olla ottamatta kantaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 202-203.)

Kun kyselylomakkeen kysymykset oli laadittu, niistä koostettiin lomake, jonka tuli näyttää ulkoisesti siistiltä, johdonmukaiselta ja helposti täytettävältä. Saatekirjeessä kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja päämäärästä, ja sen tuli rohkaista vastaamaan. Kirjeessä ilmoitettiin vastausaika ja palautusohjeet, sekä kiitettiin tutkimukseen osallistuvaa vastaajaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.)

10 Tutkimustulokset

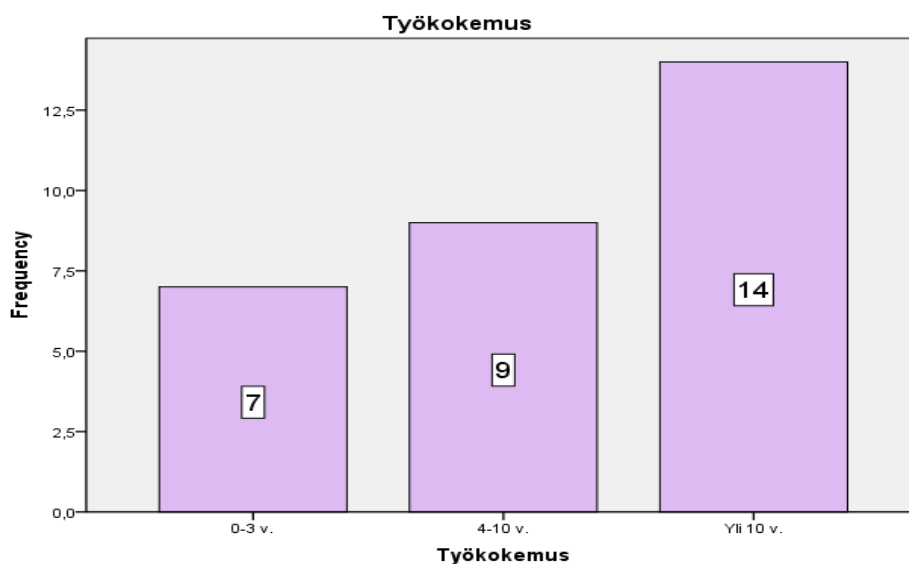
Lähetimme kyselylomakkeet Oulun kaupungin 13 eri neuvolaan. Yhteensä kyselylomakkeita oli 57. Saimme palautusajan puitteissa takaisin kymmenestä eri neuvolasta yhteensä 30 vastauslomaketta. Vastausprosentiksi muodostui 52,6. Kyselylomakkeemme muodostui kuudesta suljetusta kysymyksestä ja kahdesta avoimesta kysymyksestä. Lisäksi joissakin suljetuissa kysymyksissä oli vastasvaihtoehto ”muu, mikä?”, jolloin ne sisälsivät avoimen osan.

10.1 Suljetut kysymykset



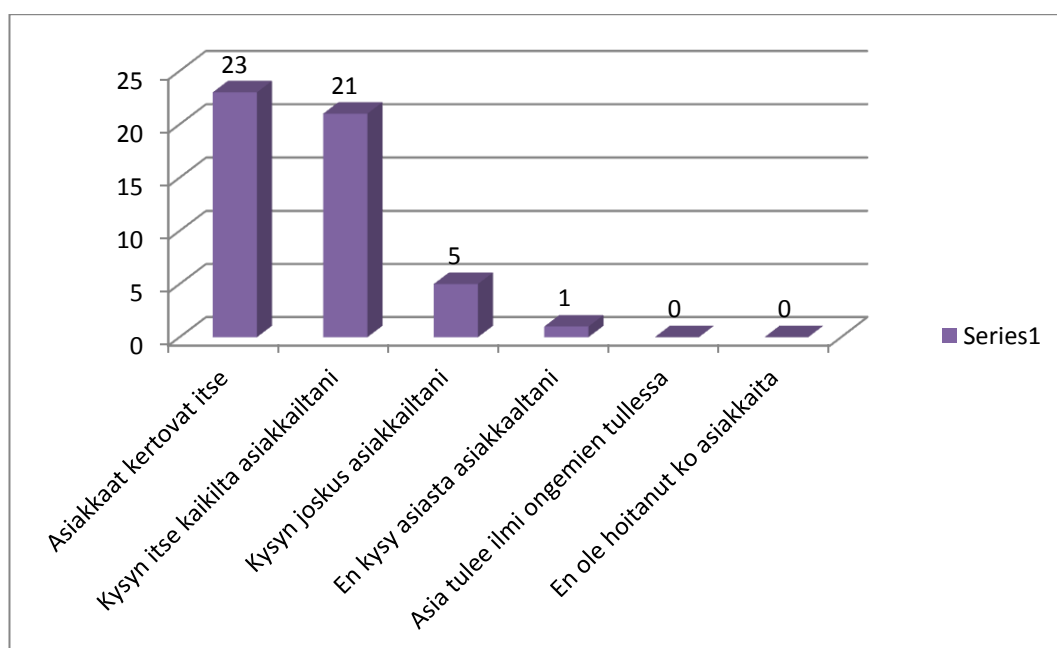
Kuvio 1. Vastaajien koulutus (N=30)

22 vastaajaa oli koulutukseltaan terveydenhoitajia ja kahdeksalla vastaajalla oli terveydenhoitajan koulutuksen lisäksi kättilön koulutus. Joillakin vastaajista oli erityistä lisäkoulutusta neuvolatyöhön, muun muassa äitiyshuollon erikoistumisopinnot.



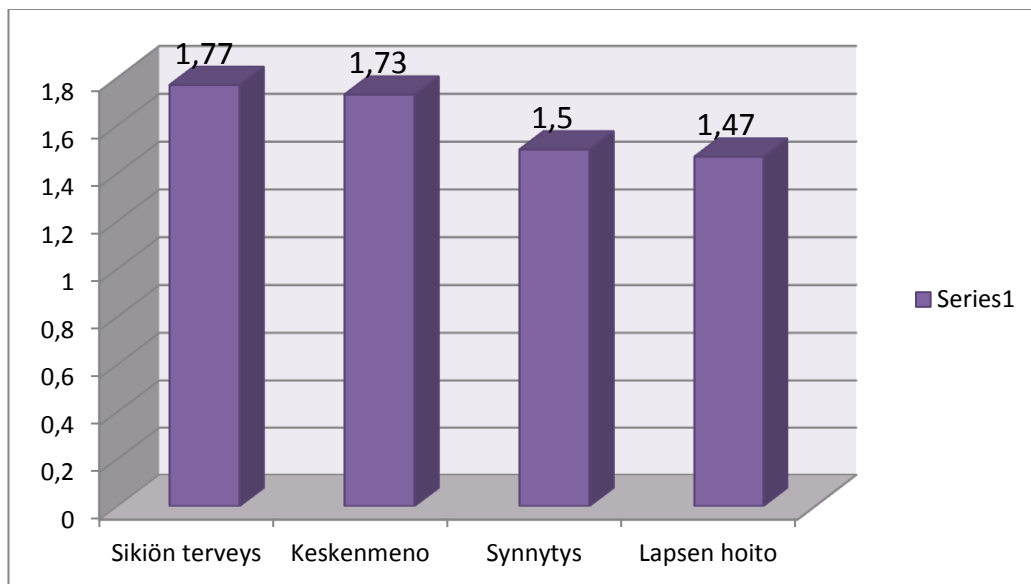
Kuvio 2. Vastaajien työkokemus (N=30)

Lähes puolilla vastaajista oli yli kymmenen vuoden työkokemus neuvolatyöstä. Seitsemän vastaajaa ilmoitti työkokemuksekseen alle kolme vuotta.



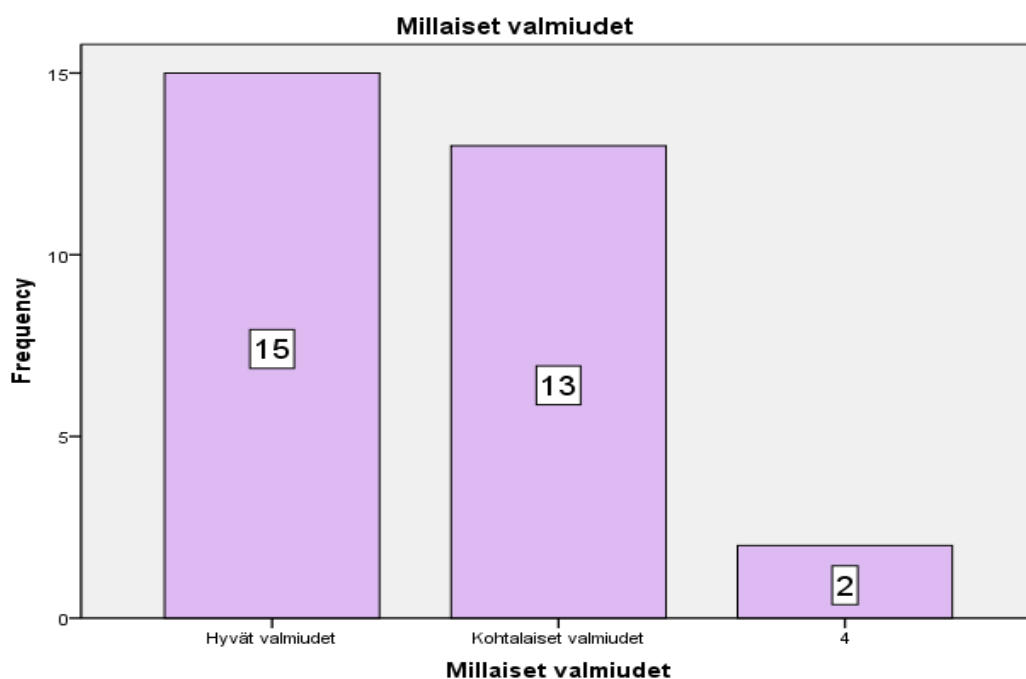
Kuvio 3. Hedelmöityshoidoilla alkaneiden raskauksien ilmeneminen (N=30)

23 terveydenhoitajaa vastasi asiakkaidensa kertovan itse, miten raskaus on saanut alkunsa. Lähes yhtä moni varmisti asian itse kysymällä sitä kaikilta asiakkailta. Kaikki vastaajat olivat hoitaneet hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia.



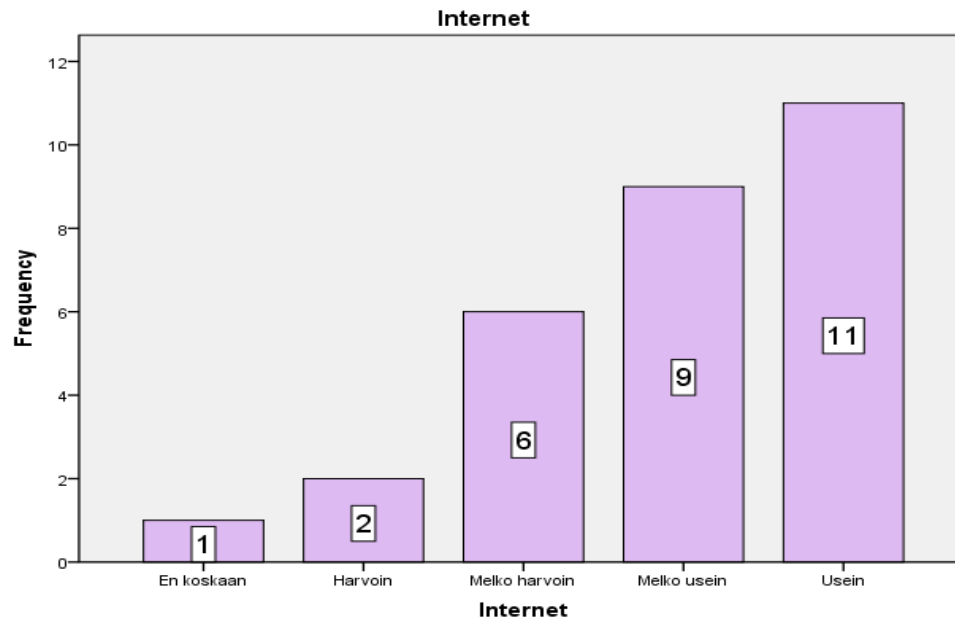
Kuvio 4. Keskusteluaiheet hedelmöityshoidoilla alkaneiden raskauden seurannassa

Suurin osa vastaajista keskusteli yllä olevista aiheista enemmän asiakkaiden kanssa, joiden raskaus oli alkanut hedelmöityshoidoilla. Muita keskustelunaiheita olivat mm. vuorovaikutus, pelot, parisuhde, vanhemmuus ja tilannekohtaiset asiat.



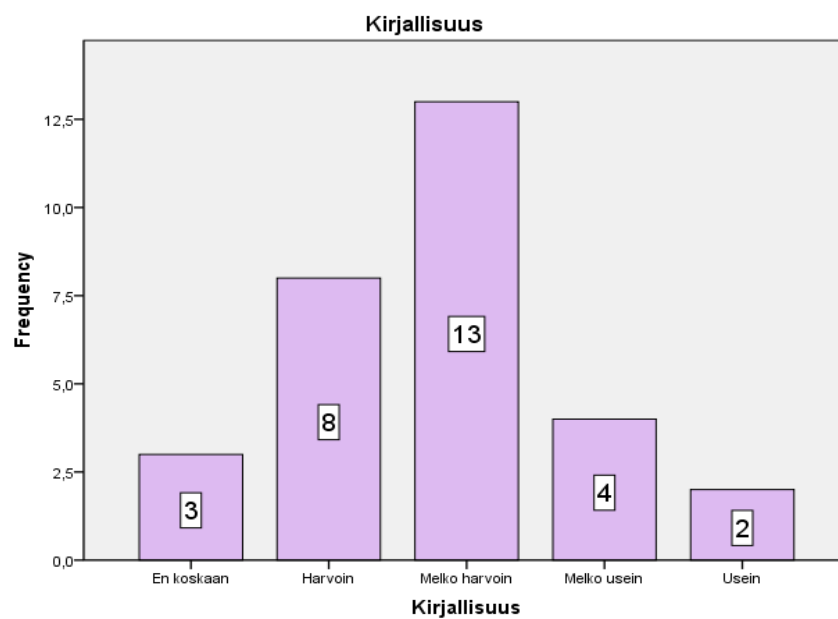
Kuvio 5. Terveystenhoitajien valmiudet seurata hedelmöityshoidoista alkaneita raskauksia (N=30)

Puolet vastaajista koki valmiutensa hoitaa hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia hyväksi. Lähes puolet ilmoitti valmiutensa olevan kohtalaiset.



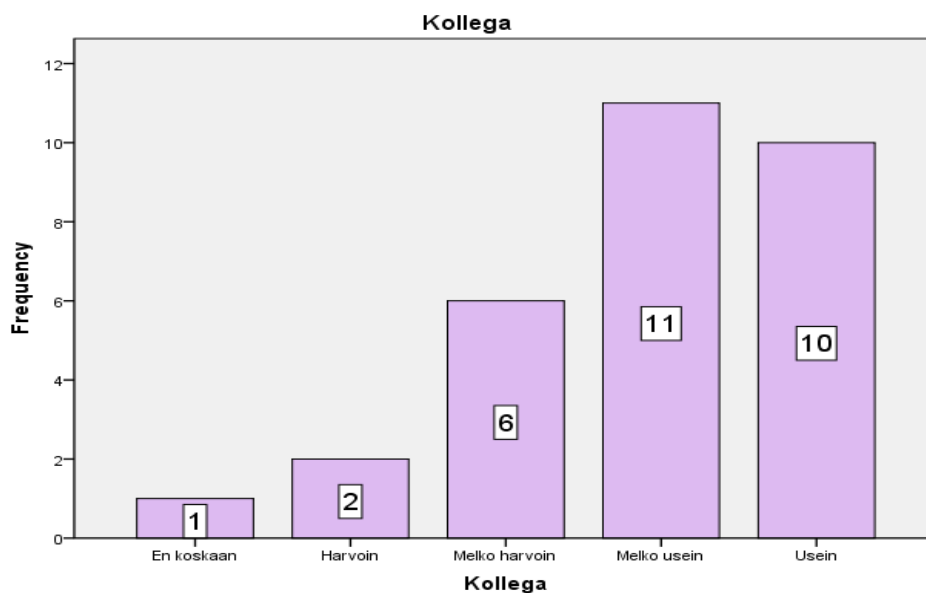
Kuvio 6. Hedelmöityshoitoihin liittyvä tiedonhaku internetistä (n=29)

Kaksi kolmasosaa vastaajista hakee tietoa hedelmöityshoidoista Internetistä usein tai melko usein.



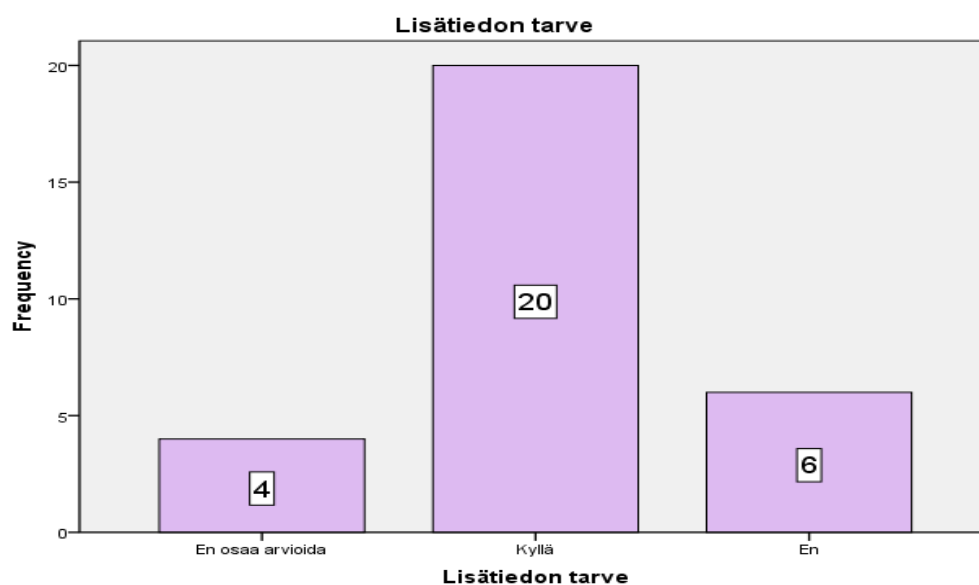
Kuvio 7. Hedelmöityshoitoihin liittyvä tiedonhaku kirjallisuudesta (n=30)

Yli puolet vastaajista käytti melko harvoin tai harvoin kirjallisuutta hedelmöityshoitojen tietolähteenä.



Kuvio 8. Hedelmöityshoitoihin liittyvä tiedonhaku kollegoilta (n=30)

Vastaajista jopa 21 konsultoi työkaveria saadakseen lisätietoa hedelmöityshoidoista melko usein tai usein. Vastaajat ilmoittivat muiksi tietolähteiksi keskussairaalan, muut äitiysneuvolat ja Väestöliiton. Osa vastaajista ilmoitti saavansa lisätietoa myös asiakkailtaan ja tuttaviltaan, jotka ovat käyneet läpi hedelmöityshoidot.



Kuvio 9. Hedelmöityshoitoihin liittyvä lisätiedon tarve (N=30)

30:sta vastaajasta 20 koki tarvitsevansa lisätietoa hedelmöityshoidoista työhönsä neuvolassa.

10.2 Avoimet kysymykset

1. Kuvaile mihin asioihin on mielestänne tärkeää kiinnittää huomiota liittyen hedelmöityshoidolla alkaneen raskauden seurantaan?

Moni vastaaja nosti esille normaalin raskauden seurannan lisäksi erilaiset pelot ja jännityksen liittyen raskauden etenemiseen. Vastauksista kävi ilmi, että useat vanhemmat eivät uskalla luottaa raskauden jatkumiseen, eivätkä uskalla nauttia siitä. Keskenmenon pelko on suuri ja raskauteen liittyy epäuskoa sen onnistumisesta. Terveystoimijat painottivat psyykkistä tukemista ja kuuntelun tärkeyttä. Osan vastaajien mielestä hedelmöityshoidoilla alkaneissa raskauksissa tarvittaisiin tiheämpää neuvolaseurantaa, etenkin alkuraskaudessa.

”Varsinkin alkuraskaus jännittää ja pelottaa, joten tukeva ja riittävän tiheät tapaamiset tarvittaessa.”

”Raskaudesta ei uskalleta iloita, saattaa vaikuttaa isäksi ja äidiksi kasvamiseen.”

”Äiti voi pelätä kiintymistä lapseen menettämisen pelossa.”

”Normaali raskauden seuranta painottaen henkistä jaksamista.”

2. Kuvaile millainen hedelmöityshoitoihin ja niistä alkaneisiin raskauksiin liittyvä lisäkoulutus olisi mielestäsi tarpeellinen?

Suurin osa vastaajista kokisi lisäkoulutuksen ja lisätiedon saamisen hyödylliseksi. Lisäkoulutusta haluttiin yleisesti hedelmöityshoidoista sekä ajankohtaista, päivitettyä tietoa hoitomuodoista. Vastaajat, jotka kokivat lisäkoulutuksen tarvetta, halusivat lisää tietoa siitä, miten neuvolaseurannan tulisi erota normaalista raskauden seurannasta. Toiveena oli ytimekästä asiantuntijoiden täsmäkoulutusta aiheesta. Hyviä nettilinkkejä myös kaivattiin.

”Keinoalkuisten raskauksien tämän hetkiset hoitomuodot ja seuranta fyysisesti sekä psyykinen tuki raskauden aikana.”

”Ihan perusasioiden läpikäyminen olisi varmaan paikallaan monien osalla, tai jos jotain olennaista pitäisi huomioida raskauden seurannassa.”

”Luento, jonka asiantuntija pitäisi ja hyvät linkit nettiin.”

11 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi tutkimus tulee toteuttaa etiikan sääntöjen mukaisesti (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 362). Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta, toistettavuutta sekä eettisyyttä. Parhaimpien mahdollisten tutkimustulosten saavuttamiseksi tulee pyrkiä välttämään virheitä sekä takaamaan tutkimuksen luotettavuus. (Hirsjärvi ym. 2002, 213.)

11.1 Luotettavuus

Tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä, mutta jokaisen tutkimuksen kohdalla on välttämätöntä arvioida saatujen tulosten luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2003, 131). Tieteellisen tutkimuksen luotettavuudella eli validiudella tarkoitetaan arviota tutkimuksen virheettömyydestä ja tutkimustulosten paikkaansa pitävyydestä. Validiutta pohdittaessa on tärkeää huomioida, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli tarkoituskin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 231).

11.1.1 Tutkimuksen kohde ja tarkoitus

Luotettavuutta arvioitaessa on hyvä lähteä liikkeelle pohtimalla tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, mitä ollaan tutkimassa ja miksi. Tutkijoiden on kiinnitettävä huomiota omiin sitoumuksiinsa tutkimusta kohtaan sekä siihen, onko tutkimuskysymys tutkijoille henkilökohtaisesti merkittävä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135.) Opinnäytetyössä lähdettiin tutkimaan äitiysneuvoloiden työntekijöiden kokemuksia omista valmiuksistaan seurata hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia, sekä neuvoloiden työntekijöiden halukkuutta yhteistyöhön Väestöliiton kanssa. Opinnäytetyön aiheen pohjalla oli tutkijoiden oma kiinnostus lapsettomuushoitoja kohtaan, mutta varsinainen tutkimuskysymys oli lähtöisin Väestöliiton lapsettomuuslinikalta, jolla oli tarvetta tämänkaltaiseen tutkimukseen.

Kyselylomakkeen sisältö muotoutui yhteistyössä Väestöliiton kanssa ja kysymysten asettelua pohdittiin tarkoin, jotta kyselylomake vastaisi mahdollisimman hyvin toimeksiantajan odotuksia. Toimeksiantajalle annettiin mahdollisuus vaikuttaa kyselylomakkeen sisältöön vielä ennen tutkimuksen toteuttamista käytännössä. Edellä kuvatut asiat saattoivat vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja eettisyyteen, sillä tutkimuskysymys ei lähtenyt tutkijoiden omista, henkilökohtaisista tarpeista. Tutkimuskysymys ei ollut tutkijoille liian omakohtainen, jolloin tutkijoiden ennakkokäsitykset voisivat vaikuttaa tulosten analysointiin. Toisaalta, kun tutkimus lähtee ulkopuolisen toimeksiantajan tarpeesta, on mahdollista, että kyselylomake ei vastaa tarpeeksi tarkasti haluttuun tutkimuskysymykseen.

11.1.2 Aineistonkeruumenetelmä

Toinen tärkeä näkökulma luotettavuutta arvioitaessa on aineistonkeruumenetelmän analysointi. Mitä menetelmää aineiston keruussa on käytetty, miten aineiston keruu on tapahtunut ja mitkä olivat mahdolliset ongelmatekijät? (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135-138.) Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi yhdeksän kysymystä. Kysymyksistä seitsemän oli suljettua kysymystä ja kaksi avointa kysymystä. Tutkimusaineisto kerättiin postittamalla kyselylomakkeet 57 terveydenhoitajalle Oulun kaupungin äitiysneuvoloihin.

Kun kyselylomake on laadittu huolellisesti, sen etuna on tehokkuus ja aineiston käsittelemisen nopeus. Tällöin tutkimuksen aikatauluttaminen on vaivattomampaa. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia, jotka vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Kyselytutkimusta käytettäessä ei voida varmistua siitä, miten vakavasti tutkitut ovat suhtautuneet tutkimukseen tai miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet. Myös palautteen saaminen on hankalampaa, kun tutkijat eivät ole tutkittavien kanssa kasvotusten. Yksi kyselylomakkeen suurimmista haitoista on mahdollinen vastaamattomuus eli kato. (Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Lomakkeen saatekirjeessä kuvailtiin johdonmukaisesti se, mitä tutkimuksella halutaan selvittää ja miksi. Saatekirjeessä korostettiin tutkimustietojen luottamuksellisuutta ja kannustettiin osallistumaan tutkimukseen. Kyselylomakkeen saatekirjeestä pyrittiin tekemään mahdollisimman neutraali, jottei se johdattelisi vastaajia vastaamaan tietyllä tavalla. Kyselylomakkeen ja saatekirjeen johdattelevuudesta ei voi täysin varmistua, sillä ne postitettiin, eivätkä tutkijat olleet paikalla niitä täytettäessä.

Kyselylomake oli selkeä ja ytimekäs. Kysymyksiä oli vain yhdeksän, eli kyselylomakkeen oli tarkoitus olla helposti ja vaivattomasti täytettävä. Lomaketta tehdessä pyrittiin muodostamaan mahdollisimman selkeitä ja lyhyitä kysymyksiä. Muutamassa suljetussa kysymyksessä kysymyksenasettelu olisi voinut olla vieläkin lyhyempi ja yksiselitteisempi. Luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa se, että vastaajat ovat kokeneet heille asetetun kysymyksen epäselväksi tai jopa johdattelevaksi. Joissakin kysymyksissä annoimme vastaajille vaihtoehdoksi valita useamman vastausvaihtoehdon sekä vaihtoehdon vastata avoimesti kohtaan ”muu, mikä?”. Kysymysten järjestys oli looginen ja pyrkimyksenä oli tehdä kyselyyn osallistumisesta nopeaa. Lomake sisälsi kaksi taulukonomaista kysymysosiota, jotka ovat nopeita ja helppoja täyttää.

Lomake sisälsi kaksi avointa kysymystä, joilla haettiin laadullista tutkimustietoa vastaajien kokemuksista lähtien. Avointen kysymysten etuja on, että ne sallivat vastaajien ilmaista

itseään omin sanoin, eivät ehdota valmiita vastausvaihtoehtoja ja niistä selviää vastaajan motivaatio paremmin, kuin suljetuista kysymyksistä. (Hirsjärvi ym. 2013, 201.) Avoimissa kysymyksissä annettiin vastaajille mahdollisuus kuvata omin sanoin kysyttyä asiaa. Suurimpaan osaan lomakkeen avoimista kysymyksistä oli vastattu laajasti, joka osoitti vastaajien motivaation tutkimukselle. Joissakin lomakepapereissa, jotka olivat tulleet samasta neuvolasta, oli selvästi samankaltaisia vastauksia, mikä viittasi siihen, että lomakkeita oli täytetty mahdollisesti yhdessä. Tämä oli tutkimuksen luotettavuuden kannalta heikentävä tekijä. Luotettavuuteen vaikutti selvästi myös se, että osa vastaajista ei ollut jostakin syystä vastannut avoimiin kysymyksiin. Epäselväksi jäi, oliko kyse mahdollisesti vastaajien motivaation tai ajan puutteesta.

Kyselylomakkeita postitettiin 14:ään eri äitiysneuvolaan ympäri Oulun kaupunkia. Tutkijat selvittivät, montako terveydenhoitajaa kussakin neuvolassa työskenteli, ja postittivat kyselylomakkeet näiden määrien mukaan. Yhteensä kyselylomakkeita jaettiin 57 kappaletta. Palautuskuorissa saatiin takaisin 30 kyselylomaketta. Vastausprosentiksi muodostui näin ollen 52,6. Jos kaikki tiedonantajat olisivat osallistuneet tutkimukseen, tulokset olisivat voineet olla toisenlaisia. Luotettavuutta pohtiessa tämä on olennainen seikka.

11.1.3 Tiedonantajien ja tutkijoiden välinen suhde

Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa on hyvä huomioida tutkijoiden ja tiedonantajien suhdetta toisiinsa. Tutkimuksessa tulee perustella, miten tiedonantajat valittiin, miten heihin otettiin yhteyttä ja montako henkilöä tutkimukseen osallistui. On arvioitava myös tutkijoiden ja tiedonantajien suhteen vaikutusta tutkimuksen lopputulokseen. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 138.)

Tutkimuksen tiedonantajina toimi joukko Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden työntekijöitä. Joukko valikoitui toimeksiantajan, eli Väestöliiton lapsettomuusklinikan, sijainnin perusteella. Väestöliitolle oli tärkeää, että tutkimuksessa selvitettiin mahdollisen yhteistyön tarvetta Väestöliiton ja Oulun kaupungin neuvoloiden välillä. Tämän takia otantajoukoksi valittiin juuri Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden työntekijöitä.

Tutkijat eivät missään vaiheessa tutkimusta tavanneet tiedonantajiaan henkilökohtaisesti, vaan tiedonanto tutkimuksesta jäi täysin saatekirjeen varaan. Saatekirjeessä annettiin vastaajille mahdollisuus ottaa tutkijoihin yhteyttä lisätietoa halutessaan, mutta tällaisia yhteydenottoja ei saatu. Näin olleen voidaan olettaa, että saatekirje ja kyselylomake olivat tarpeeksi selkeät eikä tarvetta lisätiedon saamiselle syntynyt.

11.1.4 Tutkimuksen kesto

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi syksyllä 2012 yhteistyössä Väestöliiton Oulun lapsettomuusklinikan kanssa. Talvella laadittiin tutkimussuunnitelma ja se hyväksyttiin sekä toimeksiantajalla että ammattikorkeakoulussa. Keväällä 2013 aiheesta kerättiin tutkittua teorian tietoa ja teoriaosuus koottiin valmiiksi. Kyselylomakkeet laadittiin syksyyn 2013 mennessä ja tutkimus toteutettiin syksyllä Oulun äitiysneuvoloille. Vastausaikaa oli noin neljä viikkoa. Vastausajan päätyttyä lokakuun lopussa täytetyt kyselylomakkeet saatiin palautuskuorissa takaisin.

Opinnäytetyöprosessi on kestänyt reilun vuoden ajan. Tutkimustyötä on tehty opintojen ohella ja sen vuoksi prosessi on ollut suhteellisen pitkäkestoinen. Luotettavuuteen peilaten tämän voi nähdä sekä tutkimusta edistävänä että heikentävänä tekijänä. Tutkimustyöhön käytettiin paljon aikaa ja sitä valmisteltiin huolellisesti. Toisaalta lapsettomuushoidot kehittyvät jatkuvasti, joten tutkimustiedon ajan tasalla pysyminen on näin pitkässä prosessissa haastavaa. Kyselylomake laadittiin sellaisen teorian pohjalta, joka oli kerätty kevään 2013 aikana.

11.1.5 Aineiston analyysi

Kyselylomakkeiden palaututtua aineisto analysoitiin SPSS-tietokoneohjelman avulla. Johtopäätökset suljettujen kysymysten tuloksista tehtiin ohjelman muodostamien kaavioiden mukaan. Ohjelma muodosti selkeitä ja helposti luettavia kaaviokuvia, joista tulokset oli helposti nähtävissä. Avoimien kysymysten johtopäätökset tehtiin litteroimalla omin sanoin kirjoitetut vastaukset ja kokoamalla niistä lyhyt yhteenveto. Avoimia kysymyksiä oli vain kaksi ja niistä saadut vastaukset olivat melko samantyyllisiä, joten aineiston analysointi oli selkeää. Esille nostettiin muutamia litteroituja vastauksia, jotka kuvasivat keskimäärin otantajoukon mielipiteitä.

11.2 Eettisyys

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, mikä on eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan on tutkimusta tehdessä syytä noudattaa tieteellisiä ja eettisiä toimintatapoja, kuten tarkkuutta, rehellisyyttä ja huolellisuutta. Tulosten julkistamisessa tulee noudattaa avoimuutta ja ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 362-364.)

Lähtökohtana tutkimukselle on se, että tutkittava aihe on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tutkimusaihe tai -ongelma eivät saa olla loukkaavia tai väheksyviä. Tutkijan tulee

olla selvillä, mihin tarkoitukseen tutkimusta tarvitaan. Lopuksi on arvioitava vastaako tutkimustulos tarkoitusta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 365.)

Opinnäytetyön aihe lähti Väestöliiton lapsettomuusklinikan tarpeesta, jolloin tutkimuksen tarkoitus oli tutkijoille selkeä heti alusta alkaen. Tutkimuslupaa haettiin Oulun kaupungin hyvinvointi- ja terveystaloukselta tutkimussuunnitelman perusteella. Tutkimussuunnitelmalle saatiin hyväksyvä vastaus. Kyselylomakkeet postitettiin Oulun kaupungin äitiysneuvoloihin tutkimusluvan myötä. Tuloksia tullaan hyödyntämään Väestöliiton lapsettomuusklinikan ja Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden yhteistyön kehittämiseksi. Tutkimusaihe valittiin niin, ettei se ole ketään loukkaava tai väheksyvä.

Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelemisen on huolellisuutta vaativa tehtävä. Tutkimuksen kohdistuessa ihmisiin tulee selvittää, miten tutkittavien suostumus hankitaan ja mitä tietoja heille esitellään. Kokonaisuudessaan tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on otettava huomioon tutkittavien kunnioittava ja arvostava kohtelu. (Hirsjärvi ym. 2002, 26-27.)

Tutkimusjoukkona toimivat äitiysneuvoloiden työntekijät, joiden henkilöllisyys ei tullut ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselylomakkeet täytettiin täysin anonyymeina, ja näin noudatettiin salassapito- ja kunnioitusperiaatteita. Saatekirje oli huolellisesti ja tutkimuseettisten käytänteiden mukaisesti laadittu. Siinä ilmeni, mihin tarkoitukseen tutkimusta tehdään ja mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään. Saatteessa painotettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta ja tutkimustietojen luottamuksellisuutta vastaajien anonymiteettiä kunnioittaen.

Eettisestä näkökulmasta tutkimusaineiston analyysissä keskeistä on, että se tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko aineistoa. Esimerkiksi ei ole eettisesti hyväksyttävää jättää analysoimatta jokin kyselylomakkeen kysymys, jos tutkijoiden mielestä tulokset eivät ole merkittäviä tai haluttuja. Tutkimusaineistoa ei tule vääristellä, eikä tuloksia tule raportoida virheellisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 369-370.)

Tutkimustuloksista raportoitaessa toimitettiin eettisten käytänteiden mukaisesti. Jokainen kyselylomakkeen kysymys huomioitiin ja tulokset esiteltiin. Koko aineistoa hyödynnettiin tulosten julkaisemisessa. Kaikissa kysymyksissä ei saatu oletettua tulosta, mutta siitä huolimatta ne kirjattiin ja otettiin huomioon pohdinta-osiossa.

Opinnäytetyössä ei ole plagioitu muiden tekijöiden töitä eikä tuloksia. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekijän ideoiden, tutkimustulosten tai sanamuotojen luvaton lainaamista (Hirsjärvi ym. 2002, 107). Työssä on eritelty selkeästi, mikä teksti on tutkijoiden

omaa, ja mikä on peräisin lähteistä. Lähteiden käyttö on merkitty tekstiin ammattikorkeakoulujen yleisten ohjeiden mukaisesti lähdeviittauksia käyttäen.

Tutkimustulokset julkaistaan Theseus-julkaisuarkistossa sekä esitellään Laurea Otaniemien terveydenhoitajaryhmälle. Tulokset toimitetaan Väestöliiton Oulun lapsettomuuslinikalle, jonka perusteella he aloittavat mahdollisen yhteistyön neuvolatyöntekijöiden kanssa. Tuloksia tullaan mahdollisesti esittämään myös hoitoalan lehdissä, itsekirjoittamien artikkeleiden muodossa. Tieteellisesti luotettavinta ja eettistä on raportoida tutkimustulokset tieteellisenä artikkelina tiedelehdessä tai -julkaisuissa (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 371).

12 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisiksi Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokevat omat valmiutensa kohdata työssään hedelmöityshoidolla alkaneita raskauksia. Tutkimuksen toisena tavoitteena oli kartoittaa, kokevatko terveydenhoitajat tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta. Tutkimuksen aihe sai alkunsa Oulun kaupungin Väestöliiton yksiköstä. He toivoivat, että tutkimuksen avulla voitaisiin kartoittaa mahdollista yhteistyön tarvetta neuvoloiden ja Väestöliiton välillä. Lisäksi Väestöliitossa oltiin kiinnostuneita siitä, millaisiksi terveydenhoitajat itse kokevat työskentelyn hedelmöityshoidon läpikäyneiden pariskuntien kanssa.

Tutkimustulosten perusteella Oulun kaupungin neuvoloissa työskentelee vaihtelevalla työkokemuksella aina vastavalmistuneista terveydenhoitajista yli kymmenen vuotta alalla työskennelleisiin terveydenhoitajiin. Lähes puolella vastaajista oli yli kymmenen vuoden työkokemus neuvolatyöstä. Kaikilla vastaajilla oli terveydenhoitajan koulutus ja kahdeksalla heistä oli lisäksi kättilön koulutus. Osalla vastaajista oli alan lisäkoulutuksia, kuten äitiyshuollon erikoitumisopintoja.

Tulokset osoittavat, että suurimmalla osalla otantajoukosta oli vuosien työkokemus neuvolatyöstä korkeakoulututkinnon lisäksi. Alle neljäsosa vastaajista ilmoitti työkokemukseen alle kolme vuotta. Tästä voisi päätellä, että tutkimuksen otantajoukon terveydenhoitajat ovat päteviä äitiysneuvolatyön ammattilaisia, jotka kohtaavat työssään pariskuntia ja itsellisiä naisia, joiden raskaus on saanut alkunsa hedelmöityshoidoista.

Kyselylomakkeen kolmannella kysymyksellä haluttiin selvittää, miten neuvolassa ilmenee, onko raskaus saanut alkunsa hedelmöityshoidoilla. Suurin osa vastaajista ilmoitti kysyvänsä itse kaikilta asiakkailtaan asiasta. Useissa tapauksissa myös asiakkaat toivat oma-aloitteisesti esille läpikäydyt hedelmöityshoidot. Vaikuttaisi siltä, että terveydenhoitajilla on matala kynnys keskustella raskauden alkutavasta. Tulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että asiakkaat kertovat avoimesti hoidoista myös itse. Tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan

voi tietää, kuinka moni asiakas jättää kokonaan neuvolassa kertomatta läpikäydyistä hedelmöityshoidoista. Kaikki vastaajat ilmoittivat hoitaneensa joskus asiakkaita, joiden raskaus on alkanut lapsettomuushoidoista. Tästä voisi päätellä, että lapsettomuushoidoilla alkaneiden raskauksien seuranta kuuluu olennaisesti nykypäivän äitiysneuvolatyöhön. Tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että äitiysneuvoissa koetaan tärkeäksi saada tieto siitä, miten raskaus on saanut alkunsa. Näin ollen voidaan päätellä, että hedelmöityshoidolla alkaneen raskauden seuranta pidetään erilaisena kuin luonnollisella tavalla alkaneen raskauden seuranta. Kuten teoriaosuudesta käy ilmi, hedelmöityshoidoilla alkaneen raskauden kulku ei poikkea normaalin raskauden kulusta, mutta usein asiakkaat tarvitsevat enemmän psyykkistä tukea ja kannustavaa keskustelua raskauden turvallisesta etenemisestä.

Lapsettomuushoidoilla alkaneissa raskauksissa odottavilla äideillä on usein muita äitejä enemmän pelkoja ja epävarmuutta liittyen raskauteen. Yhden tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, keskusteltiin tietyistä aiheista enemmän tällaisten asiakkaiden kohdalla. Tutkijoiden esille nostamat aiheet olivat sikiön terveys, keskenmeno, synnytys ja syntyvän lapsen hoito. Yleisesti voidaan todeta, että keskimäärin terveydenhoitajat keskustelivat edellä mainituista aiheista asiakkaidensa kanssa vain jonkin verran enemmän kuin yleensä. Aiheina kaikki olivat tavanomaisia, eniten keskusteltiin sikiön terveydestä ja keskenmenoriskistä. Vastaajat toivat esiin myös muita aiheita, joista he keskustelivat tyypillisesti äitien kanssa. Näitä olivat muun muassa pelot, mielialat ja tuleva vanhemmuus sekä parisuhde.

Kyselylomakkeessa vastaajat saivat omin sanoin kuvailla, mihin asioihin on heidän mielestään tärkeää kiinnittää huomioita, kun asiakkaan raskaus on keinoalkuinen. Moni vastaaja kirjoitti seuraavansa raskautta aivan kuten normaaliakin raskautta. Suurin osa terveydenhoitajista painottaisi raskaudenseurannassa äidin mielialan tukemista keskustelemalla erilaisista tunnetiloista, kuten pelosta, jännityksestä, epävarmuudesta ja huolestuneisuudesta. Vastauksista ilmeni, että äidit kaipaavat usein tiiviimpää neuvolaseuranta ja pidempiä käyntiaikoja.

Vaikuttaisi siltä, että terveydenhoitajat ovat työssään huomanneet, että psyykkisen puolen vahvistaminen on erityisen tärkeää tällaisissa raskauksissa. He ovat sitä mieltä, että raskauden seuranta ei eroa normaalin raskauden seurannasta. Lisäkäyntien ja pidempien käyntiaikojen tarve viittaa siihen, ettei aika aina riitä keskustelulle ja psyykkiselle tukemiselle.

Tutkimuksessa selvitettiin yleisimpiä tietolähteitä liittyen hedelmöityshoitoihin. Kävi ilmi, että eniten tietoa haetaan internetistä tai tiedon puutteessa konsultoidaan kollegaa. Kaksi

kolmasosaa hakijoista käyttää Internetiä usein tai melko usein ja sama määrä kysyy kollegaltaan apua usein tai melko usein. Vastajat mainitsivat muiksi tietolähteikseen keskussairaalan, erikoissairaanhoidon, Väestöliiton ja omat asiakkaansa sekä tuttavansa. Voidaan todeta, että tietoa osataan etsiä ja sitä on tarjolla. Internetin helppo- ja nopeakäyttöisyyden voisi olettaa olevan syy sen runsaalle käytölle. Vain harva vastaaja käytti kirjallisuutta tietolähteenä.

Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli selvittää, millaisiksi äitiysneuvolan työntekijät kokivat omat valmiutensa seurattessaan sellaisia raskauksia, jotka ovat alkaneet hedelmöityshoidoilla. Puolet vastaajista koki valmiutensa hyvinä ja lähes puolet kohtalaisina. Kuitenkin kaksi kolmasosaa koki tarvitsevansa lisätietoa ja mahdollista lisäkoulutusta aiheesta. Vain yksi viidesosa ei kokenut ollenkaan tarvetta lisäkoulutukselle. Tästä voidaan päätellä, että vaikka valmiudet koetaan hyväksi, halua ja tarvetta lisäkoulutukselle ja lisätiedolle on.

Vastaajia pyydettiin kuvailemaan, millainen lisäkoulutus heidän mielestään olisi tarpeen. Neuvolan työntekijät kokivat, että koulutukselle tai lisätiedolle olisi tarvetta, sillä hoitomenetelmät kehittyvät ja uutta tietoa tulee jatkuvasti. Erityisesti toiveena oli lyhyt ”täsmäkoulutus” hedelmöityshoidoista sekä päivitettyä ja ajankohtaista tietoa nykyisistä hoitomuodoista. Kaivattiin myös tietoa siitä, tulisiko hedelmöityshoidoilla alkanutta raskautta seurata eri tavalla. Lisäksi kaivattiin hyviä Internet-linkkejä, joissa tieto olisi ajankohtaista ja ytimekästä. Kuten vastauksista ilmeni, Internet on helppoutensa takia suosittu tietolähde.

12.1 Johtopäätökset

Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajan kohtaavat työssään lapsettomuushoidoilla alkaneita raskauksia jatkuvasti. Hoitojen yleistyminen näkyy joka päiväsessä neuvolatyössä. Hedelmöityshoidot tulevat hoitosuhteessa ilmi joko asiakkaiden kertomana tai terveydenhoitajan kysymänä. Vaikuttaa siltä, että hoidoista puhuminen on luonteva osa neuvolatyötä.

Lapsettomuushoidoilla alkaneisiin raskauksiin ei ole olemassa yhtenäistä hoitolinjaa, vaan raskauksia seurataan eri tavalla eri terveydenhoitajien välillä. Osa terveydenhoitajista seuraa raskauksia aivan kuten luonnollisella tavalla alkanutta raskautta, osa taas kiinnittää enemmän huomioita asiakkaiden psyykkiseen tukemiseen ja turvallisuuden tunteen vahvistamiseen. Neuvolakäyntien lisäämisellä ajatellaan olevan vahvistava vaikutus hoitosuhteelle. Näin ollen asioista olisi luonnollisempi puhua ja tukea voisi antaa enemmän.

Valmiudet koetaan pääsääntöisesti hyviksi tai kohtalaisiksi. Tietoa on tarjolla ja sitä osataan hyödyntää, mutta lisäkoulutus ei olisi pahitteeksi. Neuvoloissa koettiin, että lapsettomuuden hoitomuodot kehittyvät nopeasti, joten tietotaitoa olisi hyvä päivittää säännöllisesti. Koulutuksen ja lisätiedon saamisen toivottiin toteutuvan yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa.

13 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusten tarve

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat kokivat valmiutensa seurata hedelmöityshoidoilla alkaneita raskauksia pääsääntöisesti hyvinä tai kohtalaisina. Lisätiedon ja lisäkoulutuksen tarve nousi kuitenkin esille ja yhteistyötä Väestöliiton kanssa toivottiin. Lisäkoulutus hedelmöityshoidoista voisi tuoda äitiysneuvoloiden terveydenhoitajille parempia valmiuksia kohdata näitä pariskuntia ja itsellisiä naisia, sekä saada heidät kiinnittämään paremmin huomiota psyykkisen tuen tarpeen arviointiin. Tiheimmät neuvolakäynnit tai vaihtoehtoisesti pidemmät käyntiajat voisivat edesauttaa psyykkisen tuen antamista konkreettisesti. Vastauksista ilmeni, että yhteistyötä Väestöliiton kanssa toivottiin. Se voisi olla käytännössä lyhyttä täsmäkoulutusta, jossa pureuduttaisiin ajankohtaisiin hoitomuotoihin sekä raskauden seurantaan äitiysneuvolassa.

Lasten hankinnan aloittamisikä on nousussa ja tämä johtaa hedelmöityshoitajien yleistymiseen, sillä raskaaksi tulo luonnollisin keinoin ei ole iäkkäämmillä naisilla enää yhtä helppoa. Näin ollen asiakaskunta, jonka raskaus on keinoalkuinen, tulee olemaan nousussa. Tällöin terveydenhoitajien kokemus kohtalaisista valmiuksistaan seurata näitä raskauksia ei välttämättä ole enää riittävä. Hedelmöityshoidoilla alkaneiden raskauksien seuranta on nyt jo äitiysneuvoloiden arkipäivää, mutta tulevaisuudessa se tulee olemaan entistäkin yleisempää.

Äitiysneuvoloiden työntekijöiden kokemia valmiuksia olisi hyvä tutkia jatkossakin hoitojen edelleen yleistyessä ja myös laajemmin ympäri Suomea. Tutkimuskysymyksenä voisi edelleen olla tämän tutkimuksen kaltainen kokemus omista valmiuksista. Lisäksi raskauden seuranta voisi tutkia asiakkaiden näkökulmasta, esimerkiksi miten pariskunnat ja itselliset naiset itse kokevat hedelmöityshoidoilla alkaneen raskautensa seurannan ja tuen antamisen. Erityisen hyödyllistä olisi antaa äitiysneuvoloiden työntekijöille koulutusta hedelmöityshoitoihin liittyvistä asioista ja tutkia heidän kokemiaan valmiuksia tämän jälkeen uudestaan. Myös koulutusten hyödyllisyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta olisi hyvä arvioida jällempäin.

Lähteet

Aarnipuu, T. 2006. Sateenkaariperheen ABC-kirja. 3. painos. Helsinki: Seta-julkaisuja

Duodecim. 2012a. Äitiys- ja lastenneuvonta.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kot00901. Luettu 4.3.2013

Duodecim. 2002b. Lapsettomuuden tuska.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00094&p_teos=onn&p_selaus=. Luettu 12.12.2012.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Naisen elämä ja hoitotyö. 1-3 painos. Helsinki: WSOY.

Felicitas. 2013. Felicitas-klinkan hinnasto 2013.

<http://www.felicitas.fi/sites/felicitas/suomi/hinnasto/hinnasto.aspx>. Luettu 10.9.2013.

Fertinova. 2009. Hedelmöityshoitolaian keskeiset säädökset.

http://www.fertinova.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=14. Luettu 12.12.2012.

Finlex. 2006. Laki hedelmöityshoidoista. Suomen lakikokoelma.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>. Luettu 12.12.2012.

Finlex. 2009/380. Valtionneuvoston asetus neuvola toiminnasta, koulu- ja

opiskeluterveydenhuollosta, sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.

Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen, R. Perhevalmennus. 2009. Porvoo: WS Bookwell OY.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Äitiyspoliklinikka.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,807,1135,3909>. Luettu 12.2.2013.

Helsingin Sanomat. 2012a. Koeputkihedelmöityksellä syntynyt viisi miljoonaa lasta.

<http://www.hs.fi/ulkomaat/Koeputkihedelm%C3%B6ityksell%C3%A4+syntynyt+viisi+miljoonaa+lasta/a1305579861034>. Luettu 12.12.2012

Helsingin Sanomat. 2012b. Tutkimus: Mikrohedelmöitys lisää kehityshäiriön riskiä.

<http://www.hs.fi/ulkomaat/Tutkimus+Mikrohedelm%C3%B6itys+lis%C3%A4%C3%A4+kehitysh%C3%A4iri%C3%B6n+riski%C3%A4/a1305561382125>. Luettu 12.12.2012.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, M. 2011. Seksuaaliset toimintahäiriöt.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00496&p_haku=seksuaaliset+toimintahäiriöt. Luettu 17.9.2013.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.

Jämsä, J. 2008. Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Juva: PS-kustannus.

Kansaneläkelaitos. 2013. Hedelmöityshoitojen korvaaminen sairausvakuutuksesta.

http://www.kela.fi/korvauskaytanta_ja_hedelmoytyshoito. Luettu 10.9.2013.

Ketonen, K. 2009. Lapsettomuus. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. 1.-3. Painos. Helsinki: Edita.

Koskimies, A., Savander, M., Nordström, A-M. & Kurunmäki, H. 2011. Siittiöiden DNA:n vauriot ja miehen hedelmättömyys. Duodecim.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99243.pdf>. Luettu 9.10.2013.

Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus - toiveena lapsi. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Lindholm, M. 2009. Neuvolatyö osana perusterveydenhuoltoa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.). Neuvolatyön käsikirja. 1-3. painos. Helsinki: Tammi.

Lääkärilehti. 2007. Pitkä lapsettomuus lisää synnytyspelkoa.
http://www.laakarilehti.fi/index.html?opcode=show/news_id=4548/type=1. Luettu 12.12.2012.

Lääkärilehti. 2012a. Mitä hedelmöityshoidoista seuraa?
http://www.laakarilehti.fi/kommentti/?opcode=show/news_id=12076/type=7. Luettu 12.12.2012.

Lääkärilehti. 2012b. Sosioekonomiset erot näkyvät lapsettomuushoitoihin hakeutumisessa.
http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=11447/type=1. Luettu 12.12.2012.

Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidoilla. Väestöliitto. Katsauksia E 40/2011, 59 - 60.

Nuortila, A. 2009. Raskauden seuranta neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.). Neuvolatyön käsikirja. 1-3. painos. Helsinki: Tammi

Purho, J., Nuutila, M. & Heikinheimo, O. 2008. Kaksosraskaudet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2008;124(10):1111-9.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97249.pdf>. Luettu 20.1.2013.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. painos. Helsinki: Duodecium, 308-314.
 Simpukka RY. 2010. Tietoa lapsettomuudesta.
http://www.simpukka.info/fi_fi/etusivu/tietoa-lapsettomuudesta/. Luettu 10.9.2013

Stakes. 2008. Meille tulee vauva. Helsinki: Erikoispaino Oy.

Suikkari, A-M. 2007. Lapsettomuushoidot ja monikkous. Teoksessa Alkio, P. (toim.) Sylintäydeltä elämää - arki kaksosten ja kolmosten kanssa. Väestöliitto. Helsinki: VL-Markkinointi Oy.

Suomen Monikkoperheet Ry. 2013 a. Monikkoperhevalmennus.
http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/monikkoperhevalmennus_teksti.php. Luettu 28.1.2013.

Suomen Monikkoperheet Ry. 2013 b. Paikallistoiminta - Perhevalmennus. 2013.
http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/paikallis_pvalm_paa.php. Luettu 28.1.2013.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2007. Väitös 18.1. koeputkihedelmöityshoidoista: Nuorten naisten hedelmöityshoidot onnistuvat parhaiten.
http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2007/2_2007b.htm. Luettu 12.12.2012_

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012a. Tilastoraportti: Hedelmöityshoidot 2010-2011.
http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr18_12.pdf. Luettu 12.12.2012.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012b. Tilastoraportti: Luovutetuilla siittiöillä tehdyt hedelmöityshoidot kasvussa. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=30011. Luettu 12.12.2012.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2013. Äitiysneuvola. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/neuvolat/aitiysneuvola. Luettu 4.3.2013.

Tiitinen, A. 2002. Lapsettomuus - laajeneva ongelma? Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo92825.pdf>. Luettu 10.9.2013.

Tiitinen, A. 2012. Miehen lapsettomuus. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00734. Luettu 17.9.2013.

Tiitinen, A. 2012. Naisen lapsettomuus. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00737&p_haku=lapsettomuus. Luettu 17.9.2013.

Toivanen, R., Tulppala, M. & Vilska, S. 2004. Sylillinen surua. Suomen lääkirlehti. 2004;59 (43):4115 - 4120.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Kustanneosakeyhtiö Tammi.

Valvira. 2013. Hedelmöityshoitoklinikoiden toimintatietoja vuodelta 2012. http://www.valvira.fi/luvat/hedelmoytyshoito/hedelmoytyshoitoklinikoiden_toimintatietoja_vuodelta_2012. Luettu 10.9.2013.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Väestöliitto. 2008. Väitöstutkimus: Siirtymä vanhemmuuteen hedelmöityshoitojen jälkeen. http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/uutta_parisuhdeista/parisuhdetutkimusta_tiiviisti/?x218948=219344. Luettu 12.12.2012.

Väestöliitto. 2012a. Mistä lapsettomuus johtuu? <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka/tietoa-lapsettomuudesta/?gclid=CMXK2uHggLQCFQ97cAod5nsAXg>. Luettu 12.12.2012.

Väestöliitto. 2012b. On tilanteita jolloin vain paras on kyllin hyvä. <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka/>. Luettu 12.12.2012

Väestöliitto. 2013a. Luovutetuilla siittiöillä autetaan lapsettomia. <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka/auta-alkuun/siittioiden-luovutus/>. Luettu 24.1.2013.

Väestöliitto. 2013b. Ovulaation induktio eli munasolunkypsytytys- ja irrotushoito. <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka/hoidamme-lapsettomuutta-hyvin-tu/hedelmoytyshoidot/ovulaation-induktio/>. Luettu 24.1.2013.

Väestöliitto. 2013c. Koeputkihedelmöitys eli IVF. <http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuuslinikka/hoidamme-lapsettomuutta-hyvin-tu/hedelmoytyshoidot/koeputkihedelmoytys-eli-ivf/>. Luettu 24.1.2013.

Väestöliitto. 2013d. Mikroinjektio eli ICSI.

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklินิกka/hoidamme-lapsettomuutta-hyvin-tu/hedelmoityshoidot/koeputkihedelmoitys-eli-ivf/mikroinjektio-eli-icsi/>. Luettu 24.1.2013.

Väestöliitto. 2013e. Tutkimusten ja hoitojen hinnat.

<http://www.vaestoliitto.fi/lapsettomuusklินิกka/hinnasto/>. Luettu 10.9.2013.

Väyrynen, P. & Stefanovic, V. 2009. Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. 1.-3. Painos. Helsinki: Edita.

Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim.

Äimälä, A-M. 2009. Raskaus muuttuu riskiraskaudeksi. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.) Kätilötyö. 1.-3. Painos. Helsinki: Edita.

Liitteet

Liite 1 Saatekirje.....	48
Liite 2 Kyselylomake	49
Liite 3 Litterointi.....	52

Liite 1 Saatekirje

Saatekirje

09/2013

Hyvä vastaaja,

Olemme terveydenhoitaja- ja sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea Ammattikorkeakoulusta Espoosta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien valmiudet seurata hedelmöityshoidoista alkaneita raskauksia”. Tutkimme yhteistyössä Väestöliiton Oulun lapsettomuusklinikan kanssa Teidän kokemuksianne kohdata työssänne pariskuntia tai itsellisiä naisia, joiden raskaus on saanut alkunsa hedelmöityshoitojen kautta.

Opinnäytetyömme tutkimusmenetelmänä toimii kyselylomake, jonka olemme postittaneet kaikille Oulun kaupungin äitiysneuvoloiden terveydenhoitajille. Tavoitteenamme on selvittää, millaiseksi Te koette ammatilliset valmiutenne ja tietotaitonne työssänne kohdatessanne lapsettomuushoidoilla raskaaksi tulleita naisia. Tavoitteenamme on myös kartoittaa, tarvitsisitteko ja kaipaisitteko Te mahdollisesti yhteistyötä Väestöliiton Oulun lapsettomuusklinikan kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta erittäin toivottavaa tutkimuksemme kannalta. Parhaimmillaan se voisi käynnistää yhteistyön äitiysneuvoloiden ja Väestöliiton välillä, tuoda Teille mahdollista lisäkoulutusta ja näin ollen edistää äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien ammattitaitoa ja työssä jaksamista. Tutkimukseen osallistuvien terveydenhoitajien henkilöllisyyteen liittyviä tietoja ei missään vaiheessa paljasteta tutkimuksen ulkopuolisille ja tutkimustiedot ovat luottamuksellisia. Tutkimusten tulokset luovutetaan alkuvuodesta 2014 Väestöliiton Oulun lapsettomuuslinikalle mahdollisen yhteistyön käynnistämistä varten.

Kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia. Vastausaikaa on torstaihin 31.10.2013 saakka. Jos haluatte mitä tahansa lisätietoa tutkimuksestamme, voitte ottaa yhteyttä alla oleviin sähköpostiosoitteisiin.

Ystävällisin terveisin,

Tiina Kastari
(tiina.kastari@laurea.fi)

Ulla Koivumäki
(ulla.koivumaki@laurea.fi)

Liite 2 Kyselylomake

Hoitotyön koulutusohjelma

Laurea Ammattikorkeakoulu Otaniemi

KYSELYLOMAKE

Ympyröikää/rastittakaa teille sopiva vaihtoehto.

1. Vastaajan koulutus
 - a) terveydenhoitaja
 - b) sairaanhoitaja
 - c) kätilö
 - d) terveydenhoitaja-kätilö
 - e) muu koulutus, mikä? _____

2. Kuinka kauan olet työskennellyt äitiysneuvolassa? Työkokemukseksi lasketaan myös muut neuvolatyöpaikat.
 - a) 0-3 vuotta
 - b) 4-10 vuotta
 - c) yli 10 vuotta

3. Miten hoitosuhteissasi tulee ilmi, onko raskaus alkanut luonnollisella tavalla vai hedelmöityshoitojen kautta? (voit ympyröidä tarvittaessa useamman)
 - a) jotkut asiakkaat kertovat itse
 - b) kysyn itse kaikilta asiakkailtani
 - c) kysyn joskus asiakkailtani
 - d) en kysy asiasta asiakkailtani
 - e) asia tulee useimmiten ilmi, jos raskaudessa ilmenee ongelmia
 - f) en ole hoitanut asiakkaita, joiden raskaus on alkanut hedelmöityshoidoilla

4. Hedelmöityshoidoista alkaneissa raskauksissa, odottavilla äideillä saattaa olla muita äitejä enemmän pelkoja liittyen raskauteen. Keskusteletteko seuraavista asioista enemmän niiden naisten kanssa, joiden raskaus on alkanut hedelmöityshoidoilla?

	En enempää, kuin muidenkaan	Jonkin verran enemmän	Melko paljon enemmän	Paljon enemmän	En osaa sanoa/ en ole hoitanut
Sikiön terveys					
Keskenmeno					

Synnytys					
Lapsen hoito					

Muusta _____ aiheesta,
mistä? _____

5. Millaiset valmiudet koet itselläsi olevan seurata sellaisia raskauksia, jotka ovat alkaneet hedelmöityshoidoilla?

- a) hyvät valmiudet
- b) kohtalaiset valmiudet
- c) huonot valmiudet
- d) en osaa sanoa

6. Kuvaile, mihin asioihin on mielestänne tärkeää kiinnittää huomiota liittyen hedelmöityshoidoilla alkaneen raskauden seurantaan?

7. Mistä ja miten paljon haet tietoa liittyen hedelmöityshoitoihin tarpeen vaatiessa?

	Usein	Melko usein	Melko harvoin	Harvoin	En koskaan
Kollegalta					
Internetistä					
Kirjallisuudesta					

Muualta, _____
mistä? _____

8. Haluaisitko saada/tarvitsisitko lisäkoulutusta hedelmöityshoidoilla alkaneiden raskauksien seurantaan?

- a) kyllä
- b) en
- c) en osaa arvioida

9. Haluaisitko saada/tarvitsisitko konsultaatiomahdollisuuksia (esim. Väestöliitolta) hedelmöityshoidoilla alkaneiden raskauksien seurantaan?

- a) kyllä

- b) en
- c) en osaa sanoa

10. Kuvaile, millainen hedelmöityshoitoihin ja niistä alkaneisiin raskauksiin liittyvä lisäkoulutus olisi mielestäsi tarpeellinen?

Kiitos vastauksistasi!

Liite 3 Litterointi

1. Kysymys: Muu koulutus

”Vuorovaikutuskoulutukset”

”Lastenhoitaja”

”Äitiyshuollon erikoistumisopinnot”

4. Kysymys: Keskusteletteko enemmän niiden naisten kanssa, joiden raskaus on alkanut hedelmöityshoidoilla, muusta, mistä?

”Sikiön ja odottajan vuorovaikutus, odottajan ja puolison historia tärkeä selvittää”

”Peloista esim. raskauteen liittyen mitä asiakas tuo esille”

”Vanhemmaksi tulemisesta + parisuhteesta keskustellaan yleensä enemmän”

”Hedelmöityshoidoista alkaa helpommin kaksosraskaus, kaksosten odotuksesta, voinnista ja synnytyksestä”

”Tunteet, mielialat, parisuhde”

”Äidiksi ja isäksi kasvaminen - usein jo ikää enemmän ja odotukset lapsen kanssa elämisestä voivat olla kaavamaisia, teoreettisia”

”Tarvittaessa keskustelen kaikista yllämainituista aiheista ja muistakin tilannekohtaisesti, jos asioita nousee esille (esim. voimavarakysely)

”Ehkä äidiksi tulemisesta yleensä ja siitä asiasta, kun lapsi on syntynyt”

6. Kysymys: Tärkeät seurattavat asiat hedelmöityshoidoilla alkaneissa raskauksissa

”Varsinkin alkuraskaus jännittää ja pelottaakin hedelmöityshoidoilla alkavia odottajia (pelko keskenmenosta), joten tukeva ja riittävän tiheät tapaamiset tarvittaessa”

”Raskauden etenemiseen ja yleisiin mielialoihin äidillä, joka on saattanut odottaa lasta useiden vuosien ajan. myös ”masu-vauva”-mielikuviiin pyrin kiinnittämään huomiota keskiraskaudessa”

”Kokonaistilanne (psyyk., fyys., sos. hyvinvointi), tarpeen vaatiessa enempi aikaa käynneille, hyvinvointineuvolan moniammatillinen tiimi?”

”Pelko, epäusko onnistuuko, raskaudesta ei uskalleta iloita, saattaa vaikuttaa isäksi ja äidiksi kasvamiseen. isä huomioitava myös vakavasti”

”Mielialat ja tunteet sekä yksilöllisesti raskauden kulussa eteen tulevia ongelmia”

”Jos asiakkaalla on jotain pelkoja tms. niin ainakin pyrkisin keskustelemalla lieventämään pelkoja”

”Tapa millä raskaus saatu alulle. ongelma minkä vuoksi ei ole raskaus spontaanisti alkanut, hedelmöittymisajankohta, munasolun ikä hedelmöittymishetkellä”

”Ennenaikaisen supistelun mahdollisuuteen, sikiön kasvuasioihin, odottajan huoliasioihin”

”Normaali raskauden seuranta painottaen psyykkistä jaksamista”

”Normaali raskauden seuranta”

”Mieliala”

”Normaali raskauden seuranta”

”Normaali raskauden seuranta painottaen henkistä jaksamista”

”Normaali raskauden seuranta”

”Normaali raskauden seuranta”

”Äidin psyykkiseen vointiin ja kiintymyssuhteen kehittymiseen kohtuvauvan/-vauvojen kanssa. äiti ei herkästi uskalla luottaa raskauden jatkumiseen ja voi pelätä kiintymistä menettämisen pelossa”

”Henkinen tuki, monesti esim. sikiön sydänäänä kuunnellaan alkuraskaudessa useammin ja muutenkin usein voi olla useampia ”tarkistus”-käyntejä kun vanhemmat huolissaan”

”Äidin, isän ja koko perheen henkiseen tukemiseen, raskaudesta nauttimiseen, turha stressi pois”

”Vanhemmuus, parisuhde”

”Vanhempien tukeminen, kuuntelu ja ”tsemppaus”)

”Asiakkaalle pitää tulla tunne, että on luotettavissa käsissä ja käyntejä pitää tarvittaessa varata useammin”

”En osaa sanoa”

”Molempien puolisoitten toiveisiin ja odotuksiin raskauden ajan hoidosta ja seurannasta sekä synnytykseen ja tulevan lapsen hoitoon, kaipaavat usein enemmän neuvolakontakteja ja aikaa”

”Henkinen tuki/jaksaminen”

”Psyykkinen tukeminen, todellisuus pohja vauvaperheen elämästä (miten kertoa ettei pelottele)”

7. Kysymys: Tiedonhaku

”Yhteys keskussairaalaan”

”Koulutuksista”

”Joskus äitiysneuvoloista”

”Esim. sairaalan tai kaupungin omista ohjeistuksista. väestöliiton ohjeistuksista”

”Vanhemmilta, hoitoa saaneilta”

”Asiakkailta”

”Asiakkailta ja hedelmöityshoitoihin osallistuneilta tutuilta ja kollegoilta olen saanut tietoa”

”Puhelinsoitto erikoissairaanhoidon”

”Esitteet joita olen aiemmin saanut hedelmöityshoidoista”

”OYS ja Väestöliitto”

9. Kysymys: Millaista lisäkoulutusta kaipaat?

”Mahdolliset riskit raskauden kulussa. Odotukset vauvasta, hoidoista, realiteetit”

”Tutustuminen Väestöliittoon, hoidot pääpiirteittäin”

”Keinoalkuisten raskauksien tämänhetkiset hoitomuodot ja seuranta fyysisesti sekä psyykinen tuki raskauden aikana”

”Kaikki käy”

”Täsmä-koulutusta kaikista ”ei-normaaleista” raskauksista”

”Luento, jonka asiantuntija pitäisi ja hyvät linkit nettiin”

”Psyykkisen terveyden huomiot -> vanhemmuus, parisuhde ym.”

”Tietojen päivitys, uusista menetelmistä kuuleminen esim. työkokouksissa”

”Esim. jos uusia hoitoja ja kehitystä alalla tullut”

”Lyhyt täsmä-koulutus esim. PCO:n vaikutuksista ja raskaaksi tulemisesta. Samoin endometriosisietous voi olla tärkeää. Molempien hoito voi vaikuttaa raskaaksi tulemiseen myös luonnollisella tavalla. Raskauden aikaisen ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen - koulutus on ollut itselleni tärkeää”

”Tietoa eri hedelmöityshoidoista ja riskeistä raskauden aikana”

”Ei tarpeen”

”Hedelmöityshoidon perusasioista voisi koulutuksessa käydä läpi ja niitä asioita jotka ovat suuremman/tarkemman seurannan alla hedelmöityshoitoraskautta seurattaessa”

”Mihin pitäisi kiinnittää neuvolakäynnillä huomiota, pitäisikö jotain tehdä eri tavalla kuin normaalin raskauden seurannassa”

”Ihan perusasioiden läpikäyminen olisi varmaan paikallaan monien osalla, tai jos jotain olennaista pitäisi huomioida raskauden seurannassa”

”Koulutukset aiheesta olisivat erittäin tärkeitä, kaikki aiheeseen liittyvä”

”Psyykinen jaksaminen ja tukeminen, hedelmöityshoitojen menetelmät ja hoitolinjat.

”Yhteistyökuvio aivan alkuraskaudessa Väestöliiton kanssa, olisi hyvä saada lyhyt yhteenveto mitä siellä on hoidettu (Väestöliitossa)”

”Yhteistyö Väestöliiton kanssa ja yhteiset koulutukset”

”Jokin koulutus yleensäkin koko aihepiiriä koskien. Toki jotkut ”nettisivustot” asiantuntijoille voisivat myös ajaa asiaa, toki netistä löytyy tietoa jo nytkin”

”Päivitystä hedelmöityshoidoista”