
ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSIA YLI 35-VUOTIAISTA ODOTTAJISTA



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2013

Henna Wendell



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä	Henna Wendell	Vuosi 2013
Työn nimi	Äitiysneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaista odottajista	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa äitiysneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaista odottajista. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia min-käläisiä haasteita terveydenhoitajan työhön odottajan korkeampi ikä ja sen mukanaan tuomat riskit tuovat. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada terveydenhoitajien kokemusten kautta lisää tietoa korkeamman iän omaavista odottajista myös muille äitiysneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille, jotta he pystyivät ottamaan ne työssään paremmin huomioon.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla neljää terveydenhoitajaa Pirkanmaan alueella. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna.

Tuloksista ilmeni, että odottajien korkeampi ikä toi omat haasteensa terveydenhoitajan työhön. Haastateltavat kuitenkin kokivat pystyvänsä tukemaan odottajien vanhemmuutta tästä huolimatta hyvin. Tuloksista kävi ilmi, että enemmän työkokemusta omaavilla terveydenhoitajilla oli riittävästi osaamista liittyen ikääntyviin odottajiin, kun taas vähemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat kokivat tarvitsevänsä lisätietoa odottajan korkeamman iän mukana tulevista riskeistä.

Opinnäytetyön tulokset antavat uudenlaista tietoa äitiysneuvolan terveydenhoitajien kokemuksista yli 35-vuotiaista odottajista ja niistä hyötyvät erityisesti muut äitiysneuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat. Kehittämistehävänä pidin esitelmän opinnäytetyöni tuloksista terveydenhoitajaopiskelijoille.

Avainsanat odottava äiti, raskaus, äitiysneuvola, terveydenhoitaja

Sivut 38 s. + liitteet 24 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Public Health Nursing

Author	Henna Wendell	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Maternity Clinic Public Health Nurses Experiences of over 35-year-old Pregnant Women	

ABSTRACT

The aim of this thesis is to study the maternity clinic public health nurses' experiences of over 35-year-old pregnant women. It also examined what kind of challenges higher age and risks bring to public health nurses in their work. The aim was to get through the public health nurses' experiences more information on the higher age in pregnancy for other public health nurses working in antenatal clinic, so that they would be able to take them into account better in their work.

The thesis was carried out from the qualitative perspective. The data was collected by interviewing four public health nurses in Pirkanmaa area. The interviews were conducted as theme interviews.

According to the results the higher age of pregnant women brought its own challenges to public health nurses' work. The interviewees nonetheless felt able to support parenting skills for pregnancy despite this well. The results showed that the public health nurses, who have more work experience had adequate knowledge of higher age in pregnancy, while those public health nurses, who have less experience felt that they needed more information about the higher age in pregnancy.

These results present new information about public health nurses experiences about over 35-year-old pregnant women. This information can be applied especially by public health nurses of the maternity clinics. As a development assignment I gave a presentation on the results described in the Bachelor's thesis to public health nurse students.

Keywords Mother-to-be, pregnancy, maternity clinic, public health nurse

Pages 38 p. + appendices 24 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	RASKAUDET JA SYNNYTYKSET SUOMESSA.....	2
3	IÄN TUOMAT RISKIT RASKAUTEEN	3
3.1	Raskausdiabetes	3
3.2	Kohonnut verenpaine ja raskausmyrkytys	4
3.3	Uhkaava ennenaikainen synnytys	6
3.4	Keskenmeno ja synnynnäiset kehityshäiriöt	7
3.5	Etinen istukka ja istukan ennenaikainen irtoaminen	9
3.6	Monisikiöinen raskaus.....	10
4	ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJA ODOTTAJAN TUKENA.....	11
4.1	Äitiysneuvolatoiminta Suomessa	11
4.1.1	Normaaliraskauden seuranta	12
4.1.2	Riskiraskauden seuranta	14
4.2	Vanhemmuuden tukeminen neuvolassa.....	16
4.2.1	Sosiaalinen tuki ja sen vahvistaminen	16
4.2.2	Neuvolan terveydenhoitaja perheen tukena.....	18
4.2.3	Voimavaroja vahvistava neuvolatyö	21
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	23
5.1	Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus	23
5.2	Laadullinen tutkimus.....	23
5.3	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	24
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	25
6.1	Ikääntyvien odottajien yleisyys neuvoloissa.....	25
6.2	Odottajan korkeamman iän mukana tulevat riskit sekä haasteet terveydenhoitajan työssä.....	26
6.3	Terveydenhoitajien riittävä tietopohja korkeamman iän tuomista riskeistä.....	28
6.4	Terveydenhoitaja odottajien ja heidän perheidensä tukena.....	29
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	31
7.1	Tulosten tarkastelu	31
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	33
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	34
	LÄHTEET	35
Liite 1	Teemahaastattelun runko	
Liite 2	Kehittämistehtävä	

1 JOHDANTO

Raskaus aiheuttaa monenlaisia muutoksia odottavan äidin elimistön toimintaan ja asettaa sen eräänlaiseen kuntotestiin. Raskauden aikana odottavan äidin ja hänen elimistönsä toimintakyky onkin yleensä juuri parhaimmillaan ja monet krooniset sairaudet saattavat vetäytyä sivuun raskauden aikana. Näin ollen raskautta ei tulisi nähdä äidin elimistön huolestuttavana poikkeustilana, vaikka raskaus onkin kautta aikojen ollut naisen suurimpia riskejä terveyden ja hengenkin suhteen. (Eskola & Hytönen 2008, 149; Nuorttila 2007, 39.)

Odottavan äidin ikä tuo kuitenkin mukanaan omat riskinsä raskausaikaan. Riskiryhminä pidetään yli 35-vuotiaita ensisynnyttäjiä ja yli 40-vuotiaita uudelleen synnyttäjiä. Synnyttäjän iän mukana kasvaa riski raskauden aikaisiin sairauksiin, kuten esimerkiksi raskausmyrkytykseen eli pre-eklampsiaan. (Eskola & Hytönen 2008, 149.)

Ikäämpien synnyttäjien kasvava määrä on haaste äitiyshuollolle. Yli 35-vuotiaiden ensisynnyttäjien määrä on kolminkertaistunut 1970-luvun puolivälistä. Terveydenhoitajan tulee tuntea odottajan ikään liittyvät riskit, jotta hän voi laatia raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoitosuunnitelman yksilöllisesti äidin tarpeiden mukaan. Riskiryhmiin kuuluville järjestetään esimerkiksi tavallista enemmän neuvolakäyntejä. (Eskola & Hytönen 2008, 149.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään yli 35-vuotiaiden äitien raskauden seuranta ja hoitotyötä terveydenhoitajien näkökulmasta, sillä aihe oli mielestäni kiinnostava ja halusin tutkia ja perehtyä siihen tarkemmin. En löytänyt tästä aiheesta aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä juuri terveydenhoitajien näkökulmasta, eikä tästä ole myöskään tehty kovin paljon tutkimuksia hoitotyön näkökulmasta.

Opinnäytetyöni tarkoitus on kartoittaa pirkanmaalaisten äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaiden odottajien terveydellisten merkityksien arvioinnista raskauden ajan hoidossa. Tavoitteena on tätä kautta kehittää yleisesti äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien tietämystä aiheesta ja auttaa heitä ottamaan iän mukanaan tuomat riskit ja haasteet raskaudenajan hoitotyössä paremmin huomioon.

2 RASKAUDET JA SYNNYTYKSET SUOMESSA

Suomessa vuonna 2010 synnyttäneitä naisia oli yhteensä 60 421. Heistä 35–39-vuotiaita oli yhteensä 8780 eli 14,5 % kaikista synnyttäneistä naisista. Kuviosta 1 on havaittavissa, että yli 40-vuotiaiden synnyttäneiden määrä laski vain kahdeksasosaan edellä mainittuun ikäjakaumaan nähden ja yli 45-vuotiailla vastaava prosenttiluku oli vain 0,2 %. Yhteensä yli 35-vuotiaita synnyttäjiä oli näin ollen 10 885 eli 18,0 prosenttia. Synnyttäneiden naisten keski-ikä on ollut pitkään lähellä 30 ikävuotta, eikä vuosi 2010 tehnyt poikkeusta synnyttäneiden keski-ikänsä ollessa silloin 30,1 vuotta. (Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011; THL/SVT Tilastoraportti 2011.)

Ikä	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	Yhteensä
Synnyttäjien määrä	1 393	9 133	19 477	19 533	8 780	1 987	118	60 421

Kuvio 1. Synnyttäjät ikäryhmittäin vuonna 2010.

Ensisynnyttäjien määrä 35–39-vuotiaista synnyttäjistä vuonna 2010 oli 24,2 prosenttia. Kuten kuviosta 2 ilmenee, että yli 40-vuotiailla lukema oli hyvin lähellä samaa, eli noin viidennes synnyttäjistä oli ensisynnyttäjiä. Ensisynnyttäjien määrä oli yli 35-vuotiailla jonkin verran pienempi kuin alle 35-vuotiailla synnyttäjillä. (THL/SVT Tilastoraportti 2011.)

Ikä	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	Yhteensä
Synnyttäjien määrä	91,4	63	47,9	33,7	24,2	21,5	24,6	42,2

Kuvio 2. Ensisynnyttäjät prosentuaalisesti ikäryhmittäin vuonna 2010.

Kuviosta 3 selviää, että yli 35-vuotiailla alatiesynnytykset olivat selvästi yleisempiä kuin keisarinleikkaukset. 35–39-vuotiailla synnytyksistä 79 % oli alatiesynnytyksiä ja 21 % keisarinleikkauksia, kun taas keisarinleikkausten määrä kasvoi lähes neljännekseen odottajan iän noustessa 40–44-ikävuoteen. Yli 45-vuotiailla keisarinleikkauksien määrä oli suurin kaikista synnyttäneistä, kun taas 19–34-vuotiailla keisarinleikkauksien määrä pysyi alle viidenneksessä kaikista synnytyksistä. (THL/SVT Tilastoraportti 2011.)

Ikä	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	Yhteensä
Alatiesynnytys	89,2	86,7	86	82,6	79	75,3	72,9	83,7
Keisarinleikkaus	10,8	13,3	14	17,4	21	24,7	27,1	16,3

Kuvio 3. Synnyttäneiden synnytystavat prosentuaalisesti ikäryhmittäin vuonna 2010.

3 IÄN TUOMAT RISKIT RASKAUTEEN

Synnyttäjän ikä tuo omat riskinsä raskauteen. Iän lisääntyessä kasvaa todennäköisyys erilaisiin sairauksiin, johon vaikuttaa esimerkiksi iän mukana yleistyvät verisuonisairaudet. Yli 35-vuotiaita ensisynnyttäjiä ja yli 40-vuotiaita uudelleensynnyttäjiä voidaan pitää riskiryhminä. (Eskola & Hytönen 2008, 149.)

3.1 Raskausdiabetes

Raskauden aikana naisen elimistön hiilihydraattiaineenvaihdunta muuttuu. Aterian nauttimisen jälkeen veren glukoosipitoisuus nousee normaalia voimakkaammin. Tämän diabetogeenisen eli raskauden diabetesta aiheuttavan vaikutuksen lisäksi raskauden aikana insuliinin vaikutus vähenee eli raskauden edetessä insuliiniresistenssi kasvaa. Normaali tilanteessa raskaana olevan elimistö pystyy vastaamaan tähän ja säätelemään verensokeria insuliinin eritystä lisäämällä. Raskausdiabeteksesta eli gestatiidiabeteksesta onkin kyse silloin, kun hiilihydraattiaineenvaihdunnan häiriö alkaa tai todetaan naisella ensimmäisen kerran raskauden aikana. (Kondelin 2007, 359; Ihme & Rainto 2008, 106.)

Kaikista raskaana olevista noin 30 prosentilla on gestatiidiabeteksen riskitekijöitä. Yksi näistä riskitekijöistä on äidin ikä. Riski kasvaa äidin ollessa yli 40-vuotias. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa äidin ylipaino, sokeri äidin aamuvirtsassa ja aikaisemman raskauden aikana todettu diabetes. Riskiryhmään kuuluville äideille tehdään 26.–28.raskausviikolla kahden tunnin glukoosirasituskoet. Tällainen koet voidaan esimerkiksi tehdä niin, että tutkittava äiti nauttii 12 tunnin paaston ja paastoverensokerinäytteen (0-näyte) ottamisen jälkeen 75 grammaa glukoosia suun kautta. Tämän jälkeen yhden ja kahden tunnin kuluttua tutkitaan verensokeri. Mikäli tässä kokeessa todetaan kaksi tai kolme poikkeavaa arvoa, äiti lähetetään äitiyspoliklinikalle, jossa häneltä tutkitaan verensokerin vuorokausikäyrä. (Kondelin 2007, 360; Eskola & Hytönen 2008, 152; Teramo & Leinonen 2001, 511.)

Raskausdiabetesta pyritään äitiyshuollossa ennaltaehkäisemään sekä toteamaan ja hoitamaan varhain. Nämä muodostavat äitiyshuollossa ison haasteen.

Jokaisen neuvolakäynnin yhteydessä raskaana olevalta tutkitaan virtsan sokeri. Jo yksikin tällainen positiivinen tulos johtaa jatkotutkimuksiin. Sikiölle raskausdiabetes voi aiheuttaa liikakasvua eli makrosomiaa ja sitä kautta ongelmia, kuten esimerkiksi synnytyskomplikaatioita. Lisäksi riskinä on vastasyntyneen matala verensokeri eli hypoglykemia. Sikiön kasvua seurataan kohdun kasvun mittaamisella eli symfyysi-fundusmitalla ja ultraäänitutkimuksilla. (Kondelin 2007, 360; Eskola & Hytönen 2008, 152; Ihme & Rainto 2008, 106.)

Raskausdiabetesta hoidetaan äidin terveellisen ruokavalion, liikunnan ja painonhallinnan avulla. Tarvittaessa otetaan käyttöön myös insuliinihoito, joka suunnitellaan yksilöllisesti. Insuliinihoito aloitetaan, jos paastoplasman sokeripitoisuus on yli 5,8 mmol/l tai jos plasman sokeripitoisuus on yli 6,7 mmol/l kaksi tuntia ruokailun jälkeen. Näillä raskausdiabetesta sairastavan äidin hoidoilla pyritään siihen, ettei sikiö kasvaisi liikaa. Niillä on myös äidin tulevaisuuden kannalta merkitystä. Raskausdiabetes lisää äidin riskiä sairastua aikuisiän eli tyypin II diabetekseen. Hoidoilla voidaan ehkäistä sairastumista. Synnytyksen jälkeen mahdollinen insuliinihoito voidaan yleensä lopettaa, mutta verensokeriarvoja tulee seurata myös jatkossa. Yleensä seurannat suoritetaan puolen vuoden kuluttua synnytyksestä ja siitä eteenpäin noin kerran vuodessa. (Kondelin 2007, 361; Eskola & Hytönen 2008, 152–153; Ihme & Rainto 2008, 106; Teramo & Leinonen 2001, 511; Järvelä, Juutinen, Koskela, Hartikainen, Kulmala, Knip & Tapanainen 2006, 607.)

3.2 Kohonnut verenpaine ja raskausmyrkytys

Raskauden aikana verenpaineen kohoamisen yhtenä riskitekijänä on äidin ikä. Riski lisääntyy äidin ollessa yli 30-vuotias. Kohonneen verenpaineen aiheuttajana on 30 prosentissa krooninen verenpainetauti ja 70 prosentissa raskausmyrkytys. Raskauden aikana normaalin verenpaineen rajana pidetään 140/90 mmHg. (Taipale 2007, 78; Eskola & Hytönen 2008, 157.)

Verenpaineen nouseminen aiheuttaa riskejä sikiölle. Niitä ovat muun muassa istukan vajaatoimintaan liittyvä pienipainoisuus. Äidin riskejä ovat sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt ja mahdollisen pre-eklampsian mukana tulevat komplikaatiot. Sairaalahoidoa pidetään äidille välttämättömänä, jos kohonneen verenpaineen lisäksi äidillä on proteiuria eli valkuaista on erittynyt virtsaan. Jos verenpaineen nousu on lievää tai kohtalaista, eikä proteinuriaa ole, on se vain pieni riski äidille ja sikiölle. Se vaatii kuitenkin hyvän seurannan äitiyspoliklinikalla. (Taipale 2007, 75, 78.)

Verenpaineen kohotessa raskauden aikana seurataan sikiön kasvua ja vointia tehostetusti äitiyspoliklinikalla, sekä arvioidaan äidin levon ja lääkehoidon tarvetta. Kohonneen verenpaineen hoitona käytetään lepo-hoidon lisäksi mahdollisesti beetasalpaajia, yhdistettyjä alfa- ja beetasalpaajia sekä verisuonia

laajentavia lääkkeitä. Lääkehoito suunnitellaan kuitenkin yksilöllisesti ja potilaskohtaisesti. (Eskola & Hytönen 2008, 157.)

Kohonnutta verenpainetta pidetään keskeisimpänä oireena pre-eklampsiaan eli raskaustoksemiaan, joka on yleensä 20. raskausviikon jälkeen alkava sairaus. Tavallisimmin se puhkeaa 32.–36. raskausviikon välillä ja se saadaan diagnosoitua jo äitiysneuvolassa. Systolisen verenpaineen kohdalla tarkoitetaan sen kohoamista yli 140 mmHg:n tai sen nousua raskauden aikana vähintään 30 mmHg. Vastaavat arvot diastolisella verenpaineella ovat yli 90 mmHg ja nousua vähintään 15 mmHg. Verenpaineen nousuun liittyy myös turvotusta. Yleisimmin turvotusta esiintyy käsissä, kasvoissa ja jaloissa. Jaloissa voi turvotusta olla raskauden aikana tosin myös muistakin syistä, kuten esimerkiksi huonontuneesta laskimoiden paluuvirtauksesta kasvavan kohdun vuoksi. (Eskola & Hytönen 2008, 193-194; Taipale 2007, 75; Ylikorkala 2001, 411; Stefanovic 2007a, 408-409.)

Verenpaineen nousun ja turvotuksen lisäksi raskausmyrkytyksen oireisiin kuuluu myös nopea painonnousu ja virtsatutkimuksissa todettava valkuaisen erittyminen eli proteinuria. Yli 0,3 gramman erittyminen vuorokaudessa on epänormaalia ja puhuttaessa vaikeasta pre-eklampsiaasta on sille tyypillistä yli 5 gramman erittyminen vuorokaudessa. Pre-eklampsian diagnoosi edellyttää sekä riittävää verenpaineen nousua, että virtsaan erittyntä valkuaisa. Kaikista odottajista raskausmyrkytyksen oireita saa noin 5-10 % ja ensisynnyttäjistä siihen sairastuu 3-5 %. (Eskola & Hytönen 2008, 194; Taipale 2007, 75; Ihme & Rainto 2008, 105; Ylikorkala 2001, 411.)

Pre-eklampsia voi aiheuttaa äidille patologisia muutoksia verenkierrossa, lähinnä munuaisissa ja silmänpohjissa. Munuaisissa muutoksia on lähinnä munuaiskeräsissä, joiden suodatuskyky heikkenee. Lisäksi virtsamäärä vähenee ja turvotuksia ilmaantuu. Silmänpohjamuutoksia ovat turvotus ja suonten koon vaihtelut. Vaikeimmissa tapauksissa voi tapahtua jopa mahdollinen verkkokalvon irtoaminen ja erilaisia verenvuotoja. Lisäksi verenpaineen nousu ja lisääntynyt virtsan valkuaiseritys voivat aiheuttaa äidille myös subjektiivisia oireita, kuten päänsärkyä, pallean seudun kipua, hengenahdistusta ja sekavuutta. Pre-eklampsiaa sairastaneella äidillä on loppuelämän aikana 2–3-kertainen riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. (Eskola & Hytönen 2008, 194–195; Ihme & Rainto 2008, 105; Ylikorkala 2001, 411.)

Taudin kehittymisen seuranta äitiysneuvolassa on erityisen tärkeää. Pre-eklampsian oireiden tultua ilmi tarvitsee odottava äiti sairauslomaa, jotta voisi lisätä levon määrää. Äiti ohjataan yleensä taudin vaikeutuessa tai raskauden lopulla sairaalahoitoon. Sikiön voinnin tehostettu seuranta kuuluu aina hoitoon, koska raskausmyrkytykseen liittyy istukan vajaatoiminta ja se haittaa sikiön hyvinvointia ja kasvua. Lisäksi sikiön sydänääniä kuunnellaan useita kertoja päivässä. Pre-eklampsia voi aiheuttaa sikiölle myös asfyksiaa eli hengitysvajausta ja perinataalisen kuoleman. Sairaalassa seurataan tehostetusti myös äidin vointia muun muassa mittaamalla verenpaine 2–3 kertaa vuorokaudessa, punnitsemalla äiti pari kertaa viikossa ja seuraamalla päivittäin

mahdollisen valkuaisen erittymistä virtsaan. Äidin mahdollinen lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti ja siihen kuuluu yleensä suonensisäinen nestehoito, jossa äidille annostellaan verenpainetta alentavaa lääkettä, kuten esimerkiksi labetalolia, dihydralatsiinia tai nitroprussiinia. Mitään varsinaista hoitokeinoa ei raskausmyrkytykseen ole. Paras hoito raskausmyrkytykseen onkin synnytys. (Eskola & Hytönen 2008, 195; Taipale 2007, 76; Ihme & Rainto 2008, 105; Ylikorkala 2001, 411; Stefanovic 2007a, 413.)

Jos verenpaine on äidillä koholla, ei synnytystä päästetä yleensä yliaikaiseksi. Synnytyksen mahdollisen käynnistämisen ajankohta harkitaan yksilöllisesti äidin oireiden perusteella. Tärkeintä on miettiä, onko raskauden jatkaminen enää turvallista odottavan äidin ja sikiön kannalta. Usein päädytään myös keisararleikkaukseen, jotta voitaisiin turvata äidin ja sikiön hyvinvointi. Äidin sairauden oireet korjaantuvat yleensä hyvin synnytyksen jälkeen, mutta äiti tarvitsee silti aluksi tehostettua tarkkailua ja hoitoa. (Eskola & Hytönen 2008, 195; Ihme & Rainto 2008, 105.)

Pre-eklampsialle ovat alttiita muun muassa yli 40-vuotiaat synnyttäjät. Muita altistavia tekijöitä voivat olla äidin nuori ikä, äidin ylipaino tai verenpainetauti, sekä aiemmassa raskaudessa ollut pre-eklampsia. Monisikiöisen raskauden, runsaan lapsiveden, sydämen vajaatoiminnan, diabeteksen ja kroonisen munuaistaudin yhteydessä sitä esiintyy tavallista useammin. (Eskola & Hytönen 2008, 194; Taipale 2007, 75; Ylikorkala 2001, 416; Stefanovic 2007a, 409.)

3.3 Uhkaava enneaikainen synnytys

Uhkaavan enneaikaisen synnytyksen riski kasvaa äidin ollessa yli 35-vuotias. Muita altistavia riskitekijöitä uhkaavalle enneaikaiselle synnytykselle ovat kohdun tai istukan poikkeavuus, pre-eklampsia eli raskausmyrkytys, synnytelinten tulehdukset, monisikiöisyys ja sikiön kehityshäiriöt. Myös aikaisempi enneaikaisesti syntynyt lapsi tai aikaisempi sikiön kuolema kuuluvat riskitekijöihin. (Palo 2004, 408; Saarikoski 2001, 399–400; Stefanovic 2007b, 400–401.)

Enneaikaiseksi synnytykseksi luokitellaan ennen 37. raskausviikkoa tapahtuva synnytys, jolloin syntyvä lapsi on keskonen. Synnytyksen määritelmän täyttää raskaus, joka on kestänyt 22 raskausviikkoa tai sikiön paino on vähintään 500 grammaa. Ennen 22. raskausviikkoa tapahtunutta synnytystä kutsutaan keskenmenoksi. Hyvin enneaikaisesta synnytyksestä puhutaan, kun synnytys tapahtuu ennen 32. raskausviikkoa. Uhkaava enneaikainen synnytys voi alkaa lapsiveden menolla eli sikiökalvojen enneaikaisella puhkeamisella (PROM) tai supistuksilla. Enneaikaisia supistuksia voi esiintyä raskauden aikana koko raskauden ajan. Niihin täytyy kuitenkin kiinnittää huomiota, jos ne ovat kivuliaita, säännöllisiä ja vähintään kerran 10–15 minuutissa ilmaantuvia ja 30–60 sekuntia kestäviä, eikä niistä aiheutuva kipu lopu levon aikana. Lisäksi niiden kanssa saattaa esiintyä niukkaa veren- tai limansekaista

vuotoa. Ennenaikaisen lapsiveden menon taustalla on usein synnytyselimissä oleva tulehdus tai monisikiöisissä raskauksissa kohdun ja kalvojen ylivenyminen. (Ihme & Rainto 2008, 107; Palo 2004, 408; Saarikoski 2001, 398–400, 402; Stefanovic 2007b, 398.)

Uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen hoitona on lepo, sekä tarvittaessa supistuksia ja tulehduksia estävä lääkitys. Hoidon tavoitteena on jatkaa raskautta mahdollisimman pitkälle. Pisimmillään lepohoito voi kestää useita viikkoja tai niin kauan kuin raskauden jatkumisen kannalta on tarpeellista. Supistusten estolääkityksellä synnytystä on kuitenkin mahdollista siirtää vain yhdestä kolmeen päivään. Sikiökalvojen ennenaikaisen puhkeamisen jälkeen lapsi syntyy yleensä 60–90 % todennäköisyydellä viikon sisällä. Tämän kaltaisessa tilanteessa joudutaan miettimään lapsen ja äidin infektioriskiä suhteessa ennenaikaisuuden tuomiin ongelmiin. Synnytyksen käynnistämiskäytännöt vaihtelevat sairaaloittain ja ovat aina potilaskohtaiset. (Ihme & Rainto 2008, 107; Palo 2004, 408; Saarikoski 2001, 399–402.)

Antibioottihoitoa käytetään silloin, kun lapsiveden menoon liittyy infektiooireita. Hoidon aloittaminen tulee tapahtua 12 tunnin kuluessa lapsiveden menosta. Antibioottihoito lykkää merkittävästi synnytystä, pienentää perinataalikuolleisuutta ja samalla vähentää kohdunsisäisiä infektioita ja vastasyntyneen aivovuodon vaaraa. Antibioottihoito kestää yleensä noin seitsemän päivää. Sitä pidempää kesto ei suositella, koska sen riskeinä ovat resistenssin kehittyminen ja mahdollinen sairaalakantojen valtaan pääsy. (Saarikoski 2001, 402.)

Ennenaikaisesti syntyneen lapsen ennuste on sitä parempi, mitä pidemmälle raskausviikoissa päästään. Ennuste alkaa parantua jo 25. raskausviikon jälkeen. Selvin muutos on nähtävissä kuitenkin 32. raskausviikon jälkeen. Ennenaikaisesti syntyneellä lapsella keskeisimpiä ongelmia ovat infektioalttius, keuhkojen epäkypsyys ja monien aineenvaihdunnallisten toimintojen epäkypsyys, sekä lämmönsäätelyn ja verenkierron epäkypsyys. Nämä ongelmat häviävät vasta raskausviikolta 37 lähtien. (Saarikoski 2001, 407; Stefanovic 2007b, 399.)

3.4 Keskenmeno ja synnynnäiset kehityshäiriöt

Keskenmeno eli abortus spontaneus on kysymyksessä silloin, kun raskaus keskeytyy ennen 22. raskausviikon päättymistä ja sikiön painon ollessa alle 500 grammaa. Keskenmenoista suurin osa eli noin 75 % tapahtuu ennen 12–13 raskausviikkoa. Keskenmeno on raskauskomplikaatioista yleisin. Kaikista todetuista raskauksista noin 15 prosenttia keskeytyy. Äidin iän myötä keskenmenon riski kasvaa. Vuonna 2004 keskenmenoon päättyi joka yhdeksäs 35–39-vuotiaan raskaus, joka viides 40–44-vuotiaan raskaus ja joka kolmas yli 45-vuotiaan raskaus. On myös todettu, että 35 vuotta täyttäneiden naisten raskauksista jopa yli 50 % keskeytyy, koska häiriöt yleistyvät iän mukana. (Äi-

mälä 2007, 385; Ihme & Rainto 2008, 178; Eskola & Hytönen 2008, 180–181.)

Keskenmenon eri tyyppjä on kahdeksan erilaista. Niitä ovat uhkaava keskenmeno eli abortus imminens, käynnissä oleva ja usein väistämätön keskenmeno eli abortus incipiens, keskenjäänyt keskenmeno eli abortus inhibitus, täydellinen keskenmeno eli abortus completus, epätäydellinen keskenmeno eli abortus incompletus, kuumeinen keskenmeno eli abortus febrilis, tuulimuna eli ovum abortivum ja toistuva keskenmeno eli abortus habitualis. Uhkaavassa keskenmenossa kohdun koko on raskauden kestoja vastaava ja sikiö on elossa. Raskaus saattaa näin ollen jatkua normaalisti. Käynnissä olevassa keskenmenossa kohdunsuu avautuu, sekä vuoto ja supistukset lisääntyvät. Keskenjääneestä keskenmenosta on kyse silloin, kun kuollut sikiö on jäänyt kohtuun. Täydellinen keskenmeno on tyypillinen ennen kuudetta raskausviikkoa. Siinä kohtu tyhjenee kaikesta raskausmateriaalista. Vastaavasti epätäydellisessä keskenmenossa kohtu ei kokonaan tyhjene. Kuumeinen keskenmeno poikkeaa muista keskenmenon tyypeistä siinä, että siihen liittyy myös tulehdus kohdussa. Tuulimunassa alkionkehitystä ei tapahdu lainkaan ja toistuvista keskenmenoista puhutaan, jos naisella on ollut kolme tai useampia keskenmenoja. (Äimälä 2007, 386; Eskola & Hytönen 2008, 180.)

Keskenmenoja ei pyritä aktiivisesti ehkäisemään, koska noin 60 prosentissa keskeytyneistä raskauksista syynä on sikiön kehityshäiriö ja näin ajatellaan luonnon karsivan elinkyvyttömät yksilöt. Sikiöperäisiä keskenmenon syitä voivat olla kromosomiviat, epämuodostumat tai istukan ja napanuoran kehityshäiriöt. Jos raskaus keskeytyy toisen raskauskolmanneksen aikana, sikiön kehityshäiriöiden lisäksi syynä on usein kohdun infektio, synnytyselinten rakenteellinen poikkeavuus ja ennenaikainen lapsiveden meno. (Äimälä 2007, 385; Ihme & Rainto 2008, 178.)

Keskenmenon aikana voidaan kohdun antaa tyhjentyä spontaanisti tai kohdun tyhjennys voidaan suorittaa imulla, kaavinnalla tai lääkkeiden avulla. Keskenmenon kokeneelle tehdään myöhemmin jälkitarkastus, jossa todetaan kohdun tyhjentyneen ja vuodon loppuneen, sekä tarkistetaan, ettei naisella ole infektioita. Jos keskenmenoja on ollut yksi, ei riski uusiin keskenmenoihin ole lisääntynyt. Vastaavasti mitä useampia keskenmenoja naisella on ollut, sitä suurempi on jatkossa riski uusiin keskenmenoihin. Kahden keskenmenon jälkeen riski saada kolmas keskenmeno on 20 prosenttia. Jos keskenmenoja on ollut kolme peräkkäin, on hyvä tutkia tarkemmin mahdollisia keskenmenolle altistavia tekijöitä. (Äimälä 2007, 386.)

Noin 2–5 %:lla vastasyntyneistä on terveyttä oleellisesti haittaavia epämuodostumia ja pienempiä poikkeavuuksia noin 10 prosentilla. Synnynnäisillä kehityshäiriöillä on suuri vaikutus perinataalisiin kuolemiin ja lapsen sairastavuuteen. Kehityshäiriön riskitekijöihin lukeutuu äidin yli 35 vuoden ikä. Muita riskitekijöitä ovat aiempi synnynnäisesti kehityshäiriöinen lapsi, kehityshäiriöinen vanhempi ja äidin diabetes tai epilepsia. Näissä riskiraskauksissa sikiön terveydentilaa arvioidaan seulontatutkimuksissa erityisesti alkupuolella

raskautta. Mahdollisten löydösten perusteella usein päätetään tarkoituksenmukaisesta raskaudenaikaisesta ja perinataalisesta hoidosta. Jos riskiryhmien tutkimukset ja seulontatutkimukset on oikein organisoitu ja keskitetty, pystytään häiriöt diagnosoimaan yli 70 %:ssa tapauksista ennen syntymää. Seulontatutkimuksien kautta paljastuvista synnynnäisistä kehityshäiriöistä mainittakoon Downin oireyhtymä, jonka riski kasvaa iän myötä. Yli 40-vuotiaalla riski on 1/68. Vastaava luku yli 30-vuotiaalla on 1/626. (Kirkinen & Ryynänen 2001, 359–360, 369; Ryynänen 2007, 334–335.)

Synnynnäisille kehityshäiriöille tyypillistä on laaja yksilöllinen vaihtelu. Osa on täysin kliinisesti oireettomia, kun taas osaan liittyy erilaisia obstetrisia ongelmia. Niitä voivat olla esimerkiksi kasvun hidastuminen, tarjontavirhe, liikkeiden väheneminen, lapsiveden määrän muutokset ja sikiökuolema. Poikkeavilla sikiölöydöksillä hoitoratkaisuina käytetään muun muassa tehostettua sikiön voimien valvontaa, synnytyksen oikea-aikaista ajoittamista, oikean synnytystavan valintaa ja raskaudenkeskeytystä. Vastasyntyneen ennusteseen tärkein vaikuttava seikka on kuitenkin riittävä ja välitön syntymänjälkeinen hoitovalmius. (Kirkinen & Ryynänen 2001, 359, 361, 372.)

3.5 Etinen istukka ja istukan ennenaikainen irtoaminen

Etinen istukka on kyseessä silloin, kun istukka on kiinnittynyt matalalle kohdun alasegmenttiin. Etinen istukka eli placenta praevia voi olla kolmenlainen. Se voi olla täydellinen eli placenta praevia totalis, jolloin se peittää kokonaan kohdun sisäsuun tai se voi olla osittainen eli placenta praevia partialis, jolloin vain osa kohdun sisäsuusta peittyy. Lisäksi etinen istukka voi olla myös reunaetinen eli placenta praevia marginalis. Tällöin istukan reuna on aivan kohdun sisäsuun vieressä. Kaikista raskauksista noin 0,5–1 % prosentissa todetaan etinen istukka. (Puolakka 2001, 434, 437; Äimälä 2007, 388–389.)

Odottajan yli 30 vuoden ikä, monisyntyneisyys ja aiemmat keisarinleikkaukset voivat lisätä etisen istukan riskin 5–22-kertaiseksi. Etisen istukan diagnoosi perustuu kivuttomaan vuotoon raskauden viimeisellä kolmanneksella, sekä kaikututkimuslöydöksiin. Oireena voi olla myös helakkaa vuotoa, johon saattaa liittyä myös supistuksia. (Puolakka 2001, 434, 438; Äimälä 2007, 388.)

Etisen istukan hoitomuoto riippuu raskauden kestosta, mahdollisen vuodon määrästä, sikiön tarjonnasta, kohdunkaulan tilanteesta ja etisistukan tyypistä. Raskautta pyritään jatkamaan verensiirtojen avulla, sekä sikiön keuhkoja kortikosteroideilla kypsyttämällä. Mahdollisen vuodon ollessa runsasta, keisarinleikkaukseen voidaan joutua sikiön kehityksestä riippumatta. Keisarinleikkaus on ainoa mahdollinen synnytystapa, jos kyseessä on täydellinen ja useimmiten myös osittainenkin etisistukka. Reunaetisessä tyypissä voi olla mahdollista myös synnyttää alateitse. (Puolakka 2001, 438; Äimälä 2007, 389.)

Ennuste etisistukan hoidossa on äidillä hyvä. Kuolleisuus äideillä on vain 0,03 %. Sikiöillä sikiökuolleisuus on normaaliin raskauteen verrattuna 10-kertainen. Suurin uhka sikiöillä on keskisuus ja sitä kautta juuri mahdollinen sikiökuolleisuus. (Puolakka 2001, 439.)

Ennenaikaisesta istukan irtoamisesta puhuttaessa tarkoitetaan normaalisti sijainneen istukan irtoamista raskauden aikana tai irtoamista synnytyksen avautumis- tai ponnistusvaiheen aikana. Istukan ennenaikainen irtoaminen eli ablaatio voi tapahtua kahdella tavalla. Istukka voi irrota joko osittain (partialis) tai kokonaan (totalis). Istukan ennenaikaista irtoamista tapahtuu 0,5–2 %:lla kaikista raskauksista. Istukan ennenaikaiseen irtoamiseen liittyviä syitä ja tekijöitä ovat muun muassa iäkäs synnyttävä, aiempi ablaatio, etisistukka, aiempi kaavinta, verenpaineen kohoaminen, diabetes ja monisikiöisyys. (Puolakka 2001, 434, 436; Äimälä 2007, 389, 391.)

Istukan ennenaikainen irtoaminen voidaan diagnosoida kaikukuvauksella, sekä istukan ennenaikaiseen irtoamiseen liittyvillä oireilla: verenvuoto, kohdun kivulias, pitkäkestoinen ja voimakas supistelu, sekä sikiön asfyksia eli muutokset sikiön sykekäyrässä. Ainoana hoitona vakavissa tapauksissa käytetään välitöntä synnytystä, joka useimmiten tapahtuu keisarinleikkauksella. Jos kyseessä on lievempi tapaus, voidaan tilannetta seurata tai sikiön annetaan syntyä alakautta. Tilannetta pyritään seuraamaan ja raskautta jatkamaan erityisesti, jos kyseessä on hyvin ennenaikainen sikiö. Sikiön ja äidin ennuste on nykyään hyvä. Sikiökuolleisuus on viime vuosikymmenten aikana laskenut 30:stä 2 prosenttiin. (Puolakka 2001, 434–435, 437; Äimälä 2007, 390.)

3.6 Monisikiöinen raskaus

Monisikiöisen raskauden syntyyn vaikuttaa äidin ikä. Yli 35-vuotiailla esiintyy enemmän monisikiöisiä raskauksia. Muita monisikiöisiin raskauksiin vaikuttavia tekijöitä ovat munasarjojen toimintaa säätelevän hormonierityksen eli gonadotropiinin määrä, äidin koko ja geneettiset tekijät, sekä lapsettomuushoidot. Nämä edellä mainitut tekijät vaikuttavat erityisesti erimunaisten eli ditsygoottisten kaksosten syntyyn. Samanmunaisten eli monotsygoottisten kaksosten syntyyn ainoaksi altistavaksi tekijäksi on todettu äidin ikä. Alle 20-vuotiailla esiintyvyys on 3 ja yli 40-vuotiailla 4,5 1000:tta raskautta kohti. (Hartikainen 2001, 427; Eskola & Hytönen 2008, 198.)

Monisikiöistä raskautta pidetään riskiraskautena, koska esimerkiksi kaksosraskauteen liittyy 6–7-kertainen ennenaikaisuuden, 9–10-kertainen pienipainoisuuden ja 5-kertainen perinataalisen kuoleman riski verrattuna yksisikiöiseen raskauteen. Koska useampaa lasta samanaikaisesti odottava nainen on riskipotilas, tuo se raskausajan hoitotyölle omat haasteensa. Neuvolakäynteihin varataan enemmän aikaa ja monisikiöiseen raskauteen sopeutuminen voi vaatia vanhemmilta jonkin aikaa, koska tieto siitä tulee monille usein yllätyksenä. Kun kysymyksessä on monisikiöraskaus, vaatii se raskauden alusta läh-

tien tiivistä yhteistyötä äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan välillä niin diagnosoinnissa, seurannassa kuin synnytyspaikan ja synnytystavan valinnassa. Monotsygoottinen raskaus vaatii vielä tiheämmän seurannan kuin ditsygoottinen. (Eskola & Hytönen 2008, 199–200; Hartikainen 2001, 426, 429.)

Monisikiöinen raskaus voi saada alkunsa kahdella eri tavalla. Epäidenttiset eli erimunaiset eli ditsygoottiset kaksoset saavat alkunsa, kun useampi kuin yksi munasolu hedelmöittyy. Tässä tapauksessa molemmilla sikiöillä on omat istukat ja erilliset kalvopussit. Identtiset eli samamunaiset eli monotsygoottiset kaksoset taas syntyvät, kun yksi hedelmöittynyt munasolu jakautuu kahteen osaan. Identtiset kaksoset ovat aina samaa sukupuolta ja heillä on yhteinen istukka, sekä yleensä myös yhteinen suonikalvo. Useampisikiöisissä raskauksissa voi esiintyä molempia tsygootteja samanaikaisesti. (Eskola & Hytönen 2008, 197; Hartikainen 2001, 426.)

Kun kyseessä on monisikiöinen raskaus, seurataan äidin ja sikiöiden vointia tavallista useammin äitiysneuvolassa, sekä raskauden loppupuolella myös äitiyspoliklinikalla. Äidin hyvinvointiin monisikiöinen raskaus voi vaikuttaa epäedullisesti. Anemian vaara lisääntyy, koska äidin on turvattava usean sikiön kasvu. Muita mahdollisia ongelmia voivat olla alkuraskauden voimakas väsymys ja pahoinvointi, liiallinen lapsiveden määrä eli hydramnion, preeklampsia ja raskausajan verenvuoto. Monisikiöinen raskaus myös yleensä päättyy ennen laskettua aikaa. Sikiöillä kasvun hidastuminen on yleinen ongelma. Se voi hidastua joko molemmilla tai vain toisella sikiöistä. Epämuodostumia esiintyy monisikiöisissä raskauksissa noin kaksi kertaa enemmän kuin yksisikiöisissä. Sikiöiden pienemmän koon vuoksi on myös virhetarjontoja ja virheasentoja. (Eskola & Hytönen 2008, 199.)

4 ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJA ODOTTAJAN TUKENA

Äitiysneuvoloissa tehtävä työ on kunnallisen terveydenedistämistyön osa, joka tapahtuu siinä yhteisössä ja ympäristössä, jossa perheet asuvat ja elävät. Äitiysneuvolan tavoitteena on tukea äidin ja koko perheen hyvinvointia, sekä vastata raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidollisiin tarpeisiin. (Lindholm 2007, 20, 33.)

4.1 Äitiysneuvolatoiminta Suomessa

Äitiysneuvola on yksi osa suomalaista äitiyshuoltojärjestelmää. Äitiysneuvolan tehtävänä on toteuttaa raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidollisia tarpeita, sekä vastata vanhempien tuen tarpeeseen. Lisäksi äitiysneuvolan tavoitteena on turvata raskauden normaali eteneminen, äidin ja koko perheen hyvinvointi, terveen lapsen syntymä ja vanhemmuuden vahvistuminen. (Lindholm 2007, 33.)

Äitiysneuvolassa pyritään raskaudenaikaisten häiriöiden ehkäisyyn, häiriöiden varhaiseen toteamiseen ja sujuvaan hoitoon ohjaamiseen, tehokkaaseen hoitoon ja tarvittaessa kuntoutukseen sekä hyvään vastasyntyneestä huolehtimiseen ja perheen tukemiseen vamman tai sairauden kohdatessa. Äitiysneuvolakäynnit ovat vapaaehtoisia, mutta niihin on liitetty tarvittavat todistukset äitiysavustukseen, äitiys-, isyys- ja vanhempainlomaan, sekä näihin lomiin liitetyihin sosiaalisiin etuuksiin. Äitiysneuvolan palveluita käyttävät raskaana olevista lähes kaikki eli 97–99 %. (Lindholm 2007, 33.)

Äitiysneuvolan työmuotoihin kuuluvat perhesuunnittelu ja terveystarkastukset, jotka sisältävät myös seulonnat. Lisäksi työmuotoihin kuuluvat voimavaraistavat ohjaus-, neuvonta- ja tukitoimet, perhevalmennus, muut ryhmämuotoiset toiminnot, kotikäynnit, puhelinneuvonta ja mahdollisen nettineuvolan pito internetissä. Myös erilaiset konsultaatiot ja esimerkiksi moniammatillisen verkostotyön koordinointi saattavat kuulua äitiysneuvolan työmuotoihin. (Lindholm 2007, 33; Ihme & Rainto 2008, 74.)

Äitiysneuvolaseurannan perimmäinen tarkoitus on taata raskauden aikainen ja synnytyksen jälkeinen naisen, kehittyvän sikiön, syntyvän lapsen ja koko perheen kokonaisvaltainen psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannan lisäksi neuvolan terveydenhoitaja tukee ja auttaa vanhempia tunnistamaan ja hyväksymään hyvänlaatuiset oireet, muutokset ja tuntemukset, jotka ovat normaaleita ja kuuluvat osana raskauden kulkuun ja vanhemmuuteen valmistautumiseen. (Ihme & Rainto 2008, 74.)

Jotta lapsiperheiden ajankohtaisiin tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan entistä paremmin, on kehitelty Hyvinvointineuvola- toimintamalli. Hyvinvointineuvola on tavallinen äitiys- ja lastenneuvola, jossa normaalien määräaikaistarkastusten lisäksi kiinnitetään entistä enemmän huomiota asiakasperheiden psykososiaaliseen hyvinvointiin, sekä pyritään olemaan koko perheen tukena. Hyvinvointineuvola- toimintamallin terveydenhoitajien tulisi tehdä yhdistettyä työtä, eli toimia terveydenhoitajana sekä äitiys- että lastenneuvolatyössä. Tämän avulla terveydenhoitaja oppii tuntemaan perheen paremmin. Yhdistettyä työtä tekevälle terveydenhoitajalle sopiva neuvolapiiriin koko on 35–40 raskaana olevaa äitiä ja noin 200 lasta terveydenhoitajaa kohden. (Kangaspunta & Värri 2007a, 2; Kangaspunta & Värri 2007b, 477.)

4.1.1 Normaaliraskauden seuranta

Raskauden aikaisten neuvolakäyntien tavoitteena on seurata äidin ja sikiön, sekä koko perheen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia sekä antaa tarvittavaa tukea, ohjausta ja neuvontaa vauvaa odottavalle perheelle. Seulontatutkimuksilla ja terveystarkastuksilla turvataan raskaana olevan äidin ja sikiön hyvinvointia. (Ihme & Rainto 2008, 85; Lindholm 2007, 34.)

Seulontoihin lukeutuvat sekä äidille että sikiölle tehtävät seulonnat. Äidin seulontatutkimuksia tehdään äidin terveydentilan toteamiseksi ja seuraamiseksi. Näitä ovat esimerkiksi HIV-testi, veriryhmävasta-ainetestit, paino, verenpaine, virtsan albumiini ja sokeri. Sikiön seulontoihin kuuluvat muun muassa sikiön liikkeiden laskeminen, sydänäänten kuuntelu sekä ultraääni- eli kaikututkimus raskauden keston, sikiön koon, istukan sijainnin, rakennepoikkeavuuksien ja kromosomivioista johtuvien muutosten toteamiseksi. (Lindholm 2007, 34.)

Neuvolassa terveydenhoitaja määrittelee lasketun ajan, eli päivän, jolloin vauvan arvioidaan syntyvän. Raskauden kesto on 40 viikkoa eli noin 280 vuorokautta. Normaali raskaus kestää 38–42 viikkoa. Lasketun ajan terveydenhoitaja määrittelee viimeisten kuukautisten perusteella tai kaiku- eli ultraääni-tutkimuksen avulla. Ensimmäiseksi raskauspäiväksi sanotaan viimeisten kuukautisten ensimmäistä päivää. (Ihme & Rainto 2008, 99.)

Neuvolaseurannassa olennaisena osana on neuvola- eli äitiyskortin täyttäminen. Se on dokumentti raskauden kulun seuraamisesta ja se kulkee odottavan äidin mukana koko raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen ajan. Neuvolakorttiin merkitään kaikki raskauteen liittyvät asiat. Näihin kuuluvat lähtötilanteen merkitseminen, eli odottavan äidin henkilötiedot, raskauden kannalta merkittävät sairaudet, leikkaukset ja terveystottumukset, aikaisemmat raskaudet ja synnytykset, raskautta edeltänyt ehkäisy ja äidin ikä, pituus, paino ja painoindeksi eli BMI (body mass index). Raskauden edetessä neivolakorttiin kirjoitetaan myös raskauden aikana tehtyjen tutkimusten tulokset. (Ihme & Rainto 2008, 96-97.)

Neuvolassa terveydenhoitaja seuraa sikiön vointia kuuntelemalla sydänääniä ja tutkii sikiön kasvua ulkotutkimuksen avulla. Sydänääniä kuunnellaan 11. - 13. raskausviikoista alkaen. Normaaliksi sikiön sydänäänten tiheydeksi lasketaan 120–160 kertaa minuutissa. Ulkotutkimuksen avulla terveydenhoitaja saa tietoa sikiön tarjonnasta ja koosta, sekä lapsiveden määrästä. Ulkotutkimuksen lisäksi terveydenhoitaja mittaa kohdun kokoa symfyysi-fundus- eli SF-mitan (häpyluunliitos-kohdunpohjamitta) avulla. Nämä mittaustulokset merkitään myös neivolakorttiin. (Ihme & Rainto 2008, 102.)

Verenpainetta mitataan neuvolassa jokaisella käyntikerralla ja sen tulisi raskauden aikana olla alle 140/90 mmHg. Sen nousu voi olla oire raskausmyrkytyksen eli pre-eklampsian kehittymisestä, jonka vuoksi sitä seurataankin tarkasti. Verenpainearvoja verrataan myöhemmässä raskaudessa ensimmäisellä käynnillä saatuun arvoon niin, että systolinen arvo ei saisi nousta yli 30 mmHg:a eikä diastolinen arvo yli 15 mmHg:a. (Ihme & Rainto 2008, 101.)

Erityisen tärkeää neuvolaseurannassa on myös virtsanäytteen tutkiminen. Siitä tutkitaan jokaisella kerralla proteiini ja glukoosi. Proteiini virtsassa voi myös olla oire mahdollisesti raskausmyrkytyksestä ja korkea sokeripitoisuus voi taas viitata mahdolliseen sokeriaineenvaihdunnan häiriöön raskauden aikana. Ennenaikaisen synnytyksen voi käynnistää virtsatieinfektio. Löydettyessä

poikkeavia tuloksia virtsanäytteestä lähetetään äiti yleensä jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle. (Ihme & Rainto 2008, 101.)

Ensimmäisen kerran raskaana oleva nainen tulee yleensä neuvolan asiakkaaksi, kun hänen kuukautisensa ovat reilusti myöhässä ja hän on tehnyt positiivisen raskaustestin. Yleensä hänen raskautensa on tällöin kestänyt 8–12 viikkoa. Neuvolan asiakkuus kestää aina äidin jälkitarkastukseen asti, joka tehdään normaalisti noin kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. Ensisynnyttäjälle suosituksena on 13–17 neuvolakäyntiä ja uudelleensynnyttäjälle 9–13 neuvolakäyntiä raskauden ja lapsivuoteen aikana. Kahden ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana, eli raskausviikoilla 0–28 neuvolan seurantakäyntejä tehdään noin neljän viikon välein. 28. raskausviikon jälkeen seurantakäyntejä on noin kahden viikon välein ja 34. raskausviikosta eteenpäin noin viikon välein. (Ihme & Rainto 2008, 85; Lindholm 2007, 33-34; Nuortila 2007, 42.)

Raskauden aikaisiin neuvolakäynteihin lukeutuu myös neljä lääkärintarkastusta, joista yksi on synnytyksen jälkitarkastus. Ensimmäinen lääkärintarkastus tehdään alkuraskaudessa ja sen tarkoituksena on selvittää raskauden lääketieteellinen perusta. Siihen kuuluu odottavalle äidille tehtävä gynekologinen tarkastus, jonka tavoitteena on selvittää mahdolliset raskauteen ja synnytykseen liittyvät haitat hyvissä ajoin. Lisäksi lääkärikäynnillä keskustellaan sikiöseulonnoista ja perheen hyvinvoinnista. Muissa lääkärintarkastuksissa ja raskauden edetessä tutkitaan erityisesti kohdunsuun tilaa, sekä seurataan erilaisiin raskauskomplikaatioiden riskitekijöitä. Loppuraskauden lääkärinkäynnissä tutkitaan sikiön tarjonta ja tehdään synnytystapa-arvio. Jälkitarkastuksessa tutkitaan miten äiti on palautunut raskaudesta ja synnytyksestä. Lisäksi annetaan ohjausta ja neuvontaa muun muassa lepoon, ravitsemukseen ja raskauden ehkäisyyn liittyvissä asioissa. (Lindholm 2007, 34; Ihme & Rainto 2008, 95–96.)

Raskauden aikana terveydenhoitaja antaa odottaville äideille ja heidän perheilleen terveysneuvontaa, jonka keskeisimpänä tehtävänä on pyrkiä turvalliseen odotusaikaan. Terveysneuvonnassa käydään läpi terveellisiä ravintotottumuksia, liikuntatapoja, henkistä ja sosiaalista hyvinvointia, nautintoaineiden käyttöä ja työympäristön sopivuutta odottavalle äidille. (Ihme & Rainto 2008, 86.)

4.1.2 Riskiraskauden seuranta

Äitiysneuvoloissa tehtävissä tarkastuksissa on tavoitteena havaita riskiryhmiin kuuluvat asiakkaat ja ohjata heidät tarvittaessa jatkohoitoon. Riskiryhmiin kuuluville järjestetään tavallista enemmän neuvolakäyntejä. Terveydenhoitajan tuntiessa raskaana olevan mahdolliset riskit, voi hän laatia raskauden ajan hoitosuunnitelman yksilöllisesti äidin tarpeiden mukaan. Äitiyspoliklinikalla tutkitaan ja seurataan tarkemmin riskiryhmiin kuuluvien äitien vointeja. Yli

35-vuoden ikä lisää raskauteen liittyviä riskejä. (Eskola & Hytönen 2008, 149–150; Nuorttila 2007, 39.)

Äitiysneuvolan seurantatutkimukset kohdistuvat sairauksien varhaiseen toteamiseen. Terveydenhoitajat kiinnittävät erityistä huomiota juuri niihin ryhmiin, joissa taudin tiedetään esiintyvän tavallista useammin. Neuvolassa seurataan säännöllisesti painon kehitystä, verenpainetta, virtsalöydöksiä ja turvotuksia. Painon ja turvotuksen seuranta kuuluu jokaiseen neuvolakäyntiin. Painonnousu raskauden aikana voi vaihdella normaalissakin raskaudessa melkoisesti. Painonnousun turvalliset rajat määritellään jokaiselle äidille yksilöllisesti. Näin turvataan äidin ja sikiön hyvinvointi koko raskauden ajan. (Ihme & Rainto 2008, 101; Eskola & Hytönen 2008, 194.)

Odottavilla äideillä saattaa olla jo ennen raskautta yksi tai useampi krooninen sairaus. Raskaana olevan kroonisen sairauden kanssa pyritään jo ennen raskautta saavuttamaan hyvä hoitotasapaino, jota neuvolassa pyritään ylläpitämään koko raskauden ajan. Raskauden aikana äidin mahdolliset lääkitykset tarkistetaan ja niitä muokataan sen mukaan, mikä on sikiön kannalta paras mahdollinen vaihtoehto. Raskauden aikana neuvolan lisäksi myös lääkärit ovat mukana odottavan äidin hoidossa. Esimerkiksi diabetesta sairastava äiti käy poliklinikalla seurannassa 1–2 viikon välein koko raskauden ajan ja sisätautilääkärit ovat hoidossa mukana raskauden aikana. Neuvolan ja synnytys-sairaalan työntekijöiden yhteistyö on erityisen tärkeää, koska potilaat käyttävät molempien palveluita. (Eskola & Hytönen 2008, 195; Taipale 2007, 77–78.)

Äidin iästä ja terveydentilasta riippumatta jokaiseen raskauteen liittyy riskejä. Raskauden aikaisilla sikiöseulonnoilla pyritään selvittämään kromosomipoikkeavuudet, sekä rakennepoikkeavuudet ultraäänitutkimuksen avulla. Seulontatesteihin on olemassa kolme strategiaa, joista yksi on seulonta äidin iän perusteella. Kaksi muuta ovat varhaisraskauden yhdistelmäseulonta ja toisen raskauskolmanneksen seerumiseulonta. Taulukossa yksi ilmenee, kuinka äidin iän perusteella tehtävässä seulonnassa riskiluku lasketaan pelkästään äidin iän avulla. Myös yhdistetyn seulonnan katsotaan olevan toimiva iäkkäilläkin odottajilla ja heidän kohdallaan sen käyttö säästää odottajaa turhilta tutkimuksilta. (Laivuori & Ignatius 2009, 4, 11, 14–15.)

Äidin ikä (vuosia)	Raskauden kesto (viikot)		
	16	20	40
20	1/1068	1/2000	1/1295
25	1/946	1/1062	1/1147
30	1/626	1/703	1/759
35	1/249	1/280	1/302
36	1/196	1/220	1/238
37	1/152	1/171	1/185
38	1/117	1/131	1/142
39	1/89	1/100	1/108
40	1/68	1/76	1/82
41	1/51	1/57	1/62
42	1/38	1/43	1/46
43	1/29	1/32	1/35
44	1/21	1/24	1/26
45	1/16	1/18	1/19

Taulukko 1. Riskiluku, joka on laskettu pelkästään äidin iän perusteella.

Uitto (2007) sai tutkimuksessaan selville, että vanhemmat kokivat sikiöseulonnat myönteisinä ja erityisesti äidit kokivat sikiöseulonnat tarpeellisenä ja hyvänä asiana. Osa äideistä halusi osallistua kaikkiin seulontoihin, koska niistä ei ollut heille haittaa. He kokivat myös lisätutkimukset tarpeellisina.

4.2 Vanhemmuuden tukeminen neuvolassa

Perheen selviytymistä ja terveyttä pystytään edistämään tukemalla perhettä ja vanhemmuutta omien voimavarojen arvioimisessa, löytämisessä ja vahvistamisessa muuttuvissa elämäntilanteissa. Yksilö ja koko perhe otetaan huomioon arvostamalla heille ominaisia terveyteen liittyviä tunteita, toimintaa ja tietoa erityisesti voimavaroja vahvistavassa hoitamisessa. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 73.)

4.2.1 Sosiaalinen tuki ja sen vahvistaminen

Viljamaa (2003) käsittelee omassa tutkimuksessaan sosiaalista tukea. Hänen käyttämiensä tutkimuksien (Fehr & Pehrlman, 1985) mukaan perheen tulee olla jonkinlaisen sosiaalisen verkon jäsen, jotta he voivat saada sosiaalista tukea. Tällaiseksi sosiaalisiksi verkoksi lasketaan esimerkiksi perhe, ystäväpiiri

tai muu ryhmä. Lisäksi sosiaaliseen verkkoon voi kuulua julkisen palvelun työntekijöitä, kuten esimerkiksi terveydenhoitajia.

Viljamaa kuvaa Cobbin (1976) näkemystä sosiaalisen tuen suurimmasta hyödyistä, joka on sen stressiä vähentävä vaikutus ja sitä kautta myönteiset vaikutukset yksilön sosiaaliseen, psyykkiseen tai fyysiseen hyvinvointiin. Cobbin (1976) esittelemässä teoriassa (Viljamaa 2003) sosiaalisen verkon olemassaolo on tuen välttämätön edellytys, mutta sekään ei silti aina takaa tuen saantia, vaan se voi toimia myös itsessään jopa stressin lähteenä.

Sarasonin, Levinen, Bashmanin ja Sarasonin (1983) mukaan kaksi asiaa näyttävät toistuvan eriteltäessä sosiaalisen tuen muotoja. Nämä ovat ne, että henkilöllä tulee olla riittävä määrä ihmisiä ympärillään, joiden puoleen voi tarvittaessa kääntyä ja että tuki tarjoaa henkilölle tyydytystä (Viljamaa 2003). Viljamaa (2003) sai työssään selville, että useat määritelmät katsovat sosiaalisen tuen sisältävän seuraavia tekijöitä: tunnetuki, tietotuki, käytännöllinen apu, sekä itsearvostus- ja itsearviointitieto (Dunkel-Schette, Folkman & Lazarus, 1987; House, 1981). Viljamaa (2003) on itse käyttänyt omissa neuvolatutkimuksissaan vuosina 1997 ja 1998 Thoitsin (1982, 1986) ja Housen (House, 1981; House, Landis & Umberson, 1988) muodostamiin näkökulmiin perustuvaa sosiaalisen tuen luokittelua, johon kuuluvat emotionaalinen tuki, käytännön apu, informatiivinen eli tiedollinen tuki ja vertailutuki. Emotionaaliseen tukeen kuuluu pitäminen, empatia ja rakkaus, kun taas käytännön apu käsittää suoranaisen avun tarvittaessa, kuten esimerkiksi rahan tai palvelun. Informatiivinen eli tiedollinen käsittää erilaiset neuvot, tiedon ja avun ongelmien ratkaisemisessa. Vertailutuki on itsearvioinnin ja itsearvostuksen kannalta tarpeellinen tuki.

Thoitsin (1986) näkemyksen mukaan tehokkain sosiaalinen tuki saavutetaan silloin, kun tuettavan ja tukijan elämäntilanteet kohtaavat ja he näin ollen ymmärtävät toisiaan emotionaalisesti. Täten voisi myös neuvolaa pitää sosiaalisena verkkona, jossa samanlaisessa elämäntilanteessa olevat perheet voivat tavata ja antaa toisilleen edellä mainittua tukea (Viljamaa 2003). Sosiaalisella tuella ja verkolla on vanhemmuuden laatuun, sekä äitinä ja isänä jaksamiseen merkittävä vaikutus. Cochranin ja Brassardin (1979) mukaan ne vaikuttavat vanhemmuuteen suoraan neuvojen, palautteen ja roolimallien avulla, sekä epäsuorasti lisäämällä vanhempien henkistä hyvinvointia (Viljamaa 2003). Viljamaa (2003) kuvaa Crockenbergin (1988) löytämää neljää sosiaalisen tuen vaikutusprosessia. Hänen mukaansa tuki vähentää stressitilanteiden määrää perheessä, toimii puskurina stressaavissa tilanteissa ja auttaa osaltaan säilyttämään hoito- ja kasvatuskäytännöt vaikeissakin tilanteissa. Lisäksi sosiaalinen tuki auttaa vanhempia rakentamaan aktiivisempia selviytymiskeinoja ja se on todettu tärkeäksi hyvän vanhemmuuden ennustajaksi.

Törmälän (1991) tekemässä tutkimuksessa esikoistaan odottavien vanhempien sosiaalisesta verkosta ja tuesta odotusaikana selvisi, että näiden vanhempien tärkeimmät tukilähteet olivat puoliso, oma ja puolison äiti sekä neuvolan terveydenhoitaja (Viljamaa 2003). Terveydenhoitajan koettiin olevan tärkeämpi

tukilähde odotusaikana kuin lapsen syntymän jälkeen. Vanhemmat ja heistä erityisesti äidit kokivat myös neuvolan erilaiset pienryhmät jossain määrin heidän tukiverkoikseen. Viljamaa (2003) toteaa, että neuvola voisi toimia vanhemmille sosiaalisena verkkona, jossa he saavat erilaista sosiaalista tukea, kuten tietotukea, tunnetukea, vertaistukea ja käytännön apua. Lisäksi he voivat neuvolassa pohtia vanhemmuuttaan.

Viljamaa (2003) on aiemmissa tutkimuksissaan vuosina 1997 ja 1998 tutkinut neuvoloiden pienryhmätoimintaa sosiaalisen tuen avulla. Hänen saamiensa tulosten perusteella äidit odottivat sekä äitiys- että lastenneuvolavaiheessa saavansa kaikkia sosiaalisen tuen muotoja merkittävästi enemmän kuin isät. Viljamaa (2003) oli myös tutkimuksissaan havainnut monien eri taustatekijöiden aiheuttavan eroja vanhemmuuteen. Yksi näistä taustatekijöistä oli vanhempien ikä, johon liittyvät tutkimukset antoivat ristiriitaisia tuloksia. Perhon ja Korhosen (1995) tutkimukset (Viljamaa 2003) antoivat viitteitä iän vaikutuksesta. Aikuisiän toisella vuosikymmenellä (ikävuodet 31–40) vanhemmat pohtivat useammin rooliaan vanhempina ja painottivat eri elämänalueita uudella tavalla, kuin aikuisiän ensimmäisellä vuosikymmenellä (20–30) olevat vanhemmat.

Yhteenvedon voidaan vielä todeta, että sosiaalinen tuki ja verkko vaikuttavat vanhemmuuteen olennaisesti. Neuvola voi toimia perheiden sosiaalisena verkkona, josta vanhemmat pystyvät saamaan kaikkia sosiaalisen tuen muotoja, eli tietotukea, vertaistukea, tunnetukea ja käytännön apua. Se tukee lisäksi vanhemmuutta ja vanhemmat voivat neuvolassa työstää perheen varhaisvaiheeseen kuuluvia vanhemmuuden kehitystehtäviä, eli muuttuvaa suhdetta itseensä, puolisoonsa, lapseensa, omiin vanhempiinsa sekä muuttuneita elämänolosuhteita. Näin vanhemmat voivat samalla pohtia vanhempana olemista. (Viljamaa 2003.)

4.2.2 Neuvolan terveydenhoitaja perheen tukena

Neuvola ja sen palvelut tavoittavat lähes kaikki perheet. Tutkimusten mukaan vanhemmat ovat melko tyytyväisiä neuvolapalveluihin. He toivovat terveydenhoitajalta yksilöllistä tukea, sekä enemmän aikaa ja keskustelua parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja lapsen psykososiaaliseen kehitykseen liittyen. Vanhemmat toivovat myös tilaisuutta vertaistukeen, eli mahdollisuutta päästä vaihtamaan kokemuksia ja ajatuksia samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa. He kaipaavat neuvolaan sellaista ilmapiiriä, jossa he voivat puhua myös vaikealta tuntuvista asioista. Vanhemmat haluaisivat käydä saman terveydenhoitajan luona jokaisella kerralla, ja he kaipaavat eniten tukea pikkuvauva- ja uhmaikävaiheessa. Neuvolan läheisyyteen kuuluvien palveluiden hajanaisuus koetaan ongelmallisena. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja, 2004b.)

Samantapaisia tuloksia antoi myös Viljamaan (2003) tutkimus. Terveydenhoitajan toimintaan, sekä neuvolaan lähipalveluna oltiin tyytyväisiä. Vanhemmat

arvioivat terveydenhoitajan toiminnan ja neuvolan sijainnin erittäin merkittävästi paremmiksi kuin neuvolan muut osa-alueet. Mitään osa-aluetta ei arvioitu erittäin huonoksi. Ainoastaan riittämätön mahdollisuus valita tai vaihtaa omaa terveydenhoitajaa koettiin arvioissa huonoksi. Vanhemmuuden tukeminen ja neuvolan perhekeskeinen työote saivat vanhemmilta arvioksi keskinertaisen. (Viljamaa 2003.)

Neuvolan kuusi palvelualueita ovat vastaanottojen saatavuus, lapsen terveyden ja kehityksen tukeminen, luottamuksellinen ilmapiiri, neuvolan perhekeskeinen työote, tyytyväisyys erityisasiantuntijoiden palveluihin sekä neuvolan omakohtainen merkitys ja tuki. Äideille neuvolan kuudella palvelualueella tyytyväisyyseroja aiheutti erityisesti vanhemmuuden vaihe. Isille vastaavasti tyytyväisyyseroja aiheutti kolme neuvolan palvelualueita, jotka olivat tyytyväisyys erityisasiantuntijoiden palveluihin, yleinen tyytyväisyys neuvolapalveluihin ja vastaanottojen saatavuus. Usean lapsen äidit pitivät muita äitiryhmiä huonompana vastaanottojen saatavuutta. Isäryhmistä tyytyväisimpiä vastaanottojen saatavuuteen olivat alle yksivuotiaan esikoislapsen isät. Vanhempien arvioissa neuvolatoiminnan yleinen arvostus, vaikutusmahdollisuus ja yhteistyö olivat erittäin merkittävästi korkeampi kuin neuvolan omakohtainen merkitys ja tuki. (Viljamaa 2003.)

Viljamaan (2003) tutkimuksessa kävi myös ilmi, että vanhemmat toivoivat neuvolasta kaikkia sosiaalisen tuen muotoja. He toivoivat eniten tietotukea, sitten tunnetukea, vertaistukea ja käytännön apua. Tukien tärkeysjärjestys oli sekä äideillä että isillä sama. Vanhemmat halusivat miettiä vanhemmuuttaan seuraavilla alueilla: muuttuva elämäntilanne sekä muuttuva suhde lapseen ja omaan itseen. Äidit halusivat lisäksi pohtia myös parisuhdetta neuvolassa, kun taas vastaavasti isät halusivat pohtia sitä melko vähän. Kaikkein vähiten vanhemmat halusivat pohtia suhdettaan omiin vanhempiinsa.

Vanhempien neuvolaan kohdistamat palveluodotukset voidaan tiivistää neljään asiaan: 1) lapsen terveyden edistämiseen, 2) oman terveydenhoitajan valintamahdollisuuteen, 3) vertaistukeen ja 4) kotikäynteihin. Erityisesti iäkkäämmät äidit olivat terveydenhoitajan toimintaan ja lapsen terveyden tukemiseen nuorempia odottajia tyytyväisempiä. Tyytymättömämpiä iäkkäämmät äidit olivat neuvolan perhekeskeisen työotteen riittävyyteen ja vastaanottoaikojen saatavuuteen. (Viljamaa 2003.)

Neuvolassa työskentelevät terveydenhoitajat tarvitsevat paljon resursseja ja erilaisia voimavaroja. He tietävät itse parhaiten, mitkä ovat heidän neuvolatyönsä toteuttamisen voimavarat. Terveydenhoitajat pystyvät melko hyvin tunnistamaan esimerkiksi äidin masennuksen, vanhempien jaksamiseen liittyvät ongelmat ja vanhempien ja lasten vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat. Sen sijaan terveydenhoitajat kokevat, ettei heillä ole riittävästi välineitä ja aikaa perheiden tukemiseen. Lisäksi he kokevat puutteelliseksi taitonsa tunnistaa perheen sosiaalisia ongelmia, kuten esimerkiksi vanhempien päihde- ja parisuhdeongelmia sekä perheväkivaltaa. Heidän mielestään tiimi- ja verkosto-

työn mahdollisuutta käytetään toistaiseksi vielä liian vähän. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2004b.)

Määrältään ja laadultaan riittävä henkilöstä ovat tuloksellisen neuvolatoiminnan onnistumisen perusehtona. 1990-luvulla on neuvolahenkilöstön lukumäärää ja lapsiperheiden kotipalvelua vähennetty samaan aikaan kun perheiden ongelmat ovat menneet vaikeammaksi ja täten neuvolatyön vaatimukset ovat kasvaneet. Lapsen syntymä erityisesti toiveita herättävänä tapahtumana antaa hienon mahdollisuuden tukea vanhemmuutta, sekä perheen hyvinvointia ja toimintakykyä. Aikaisempiin neuvolatyön mitoituksiin verrattuna uusia ja aikaa vieviä terveydenhoitajan työmuotoja ovat moniammatillinen yhteistyö, varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden järjestelmällinen tukeminen, lisääntyneet kotikäynnit ja tehostetut vanhempainryhmät. Lisäksi aikaa vievät myös täydennyskoulutukseen osallistuminen ja työnohjaus. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2004b.) Oommen (2009) sai omassa tutkimuksessaan selville, että raskausajan hoitotyötä tulisi kehittää perhekeskeisempään, kannustavampaan ja voimavaroja vahvistavampaan suuntaan. Huomiota tulisi kiinnittää myös hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoihin.

Neuvolan terveydenhoitajalla on merkittävä rooli myös kasvattajana vanhempien ja päivähoidon ohella. Päivähoidon puolella on nykyään käytössä termi kasvatuskumppanuus ja myös neuvola on lapsiperheille kasvatuskumppani. Paljon on puhuttu myös neuvoloiden ja päiväkotien yhteistyön kehittämisestä ja lisäämisestä, joka osaltaan viittaa suoraan uuteen niin sanottuun neuvola-asetukseen, joka korostaa varhaista tunnistamista ja moniammatillista puuttumista. Pirjo Paajanen (2005) kertoo tutkimuksessaan, että neuvolalla oli tärkeä rooli myös kasvatusneuvojen antajana. Neuvola oli juuri se paikka, josta lapsen sairastuttua oli koetettu saada useimmiten neuvoja. Useimmiten apua ja tukea toivottiin kaikissa ikä- ja sukupuoliryhmissä juuri lastenhoitoon. Myös neuvoja kasvatukseen, sekä tukea parisuhteeseen, vanhemmuuteen kasvamiseen, väsymiseen, stressiin, henkiseen jaksamiseen ja masennukseen toivottiin neuvolalta. Neuvolalle erityisen paljon odotuksia asettivat kolmekymppisinä perheen perustaneet naiset. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2008:37; Paajanen 2005.)

Nykyajan vanhemmilla on enemmän tietoa lasten kasvatuksesta ja kehityksestä kuin aikaisemmin ja näin ollen neuvolalta odotetaan ja toivotaan paljon. Terveysneuvoajan tulisikin vastata vanhempien tarpeisiin ja toiveisiin entistä yksilöllisemmin ja perhekeskeisellä työotteella. Tämän perustana on asiakkaan ja terveysneuvoajan välinen luottamuksellinen yhteistyösuhde, mikä sisältää myös hyvän dialogisen vuorovaikutussuhteen. Dialogisella vuorovaikutussuhteella tarkoitetaan pyrkimystä päästä yhteiseen ymmärryksen rakentamiseen, ja taitoa edesauttaa vuorovaikutuksen kulkua oikeaan suuntaan. Vastavuoroisuus on tämän dialogisuuden yksi tärkeä elementti ja siinä jokainen osapuoli saa luoda tilanteita ja mahdollisuuden vaikuttaa yhteisiin askeliin. Terveysneuvoajan ja vanhemman välisessä asiakassuhteessa tämä tarkoittaa, että asiakassuhde koetaan ja nähdään molemminpuolisen ymmärryksen rakentamisena, jossa mennään molempien ehdoilla. (Mönkkönen 2007.)

Dialoginen vuorovaikutussuhde tarjoaa vanhemmille mahdollisuuksia aktiiviseen päätöksentekoon ja osallistumiseen, sekä mahdollistaa tunteista ja voimavaroista puhumisen. Se antaa myös vanhemmille tunteen kuulluksi tulemisesta ja kiireettömyydestä. Vanhempien tulisi kokea, että terveydenhoitaja on aidolla tavalla kiinnostunut koko perheen hyvinvoinnista. Se vaatii terveydenhoitajalta perheen ja heidän elämäntilanteensa riittävää tuntemusta. Terveydenhoitajan tulee antaa vanhemmille myönteistä rehellistä palautetta ja auttaa perhettä varautumaan mahdollisiin kielteisiin tapahtumiin tai kehityskuluihin, sekä osoittaa perheelle mahdollisten kielteisten tapahtumien tavalisuus ja rohkaista perheitä antamaan palautetta neuvolatoiminnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, 2004a.)

4.2.3 Voimavaroja vahvistava neuvolatyö

Neuvolassa terveydenhoitajat pyrkivät aktiivisesti kiinnittämään huomiota odottajien, lasten ja vanhempien voimavaroihin, sekä niitä vahvistaviin ja suojaaviin tekijöihin. Lisäksi huomiota kiinnitetään myös koko perhettä kuormittaviin tekijöihin. Voimavaratekijät auttavat suojaamaan koko perhettä epäsuotuisilta vaikutuksilta. Terveydenhoitajat pyrkivät vahvistamaan vanhempien kykyjä toimia koko perheen hyväksi. Tämä on myös yksi keino toteuttaa terveyttä edistävää toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004b.) Koko perheen erityistarpeiden ja voimavarojen tunnistamisen apuna on paljon testattuja menetelmiä ja lomakkeita, joita suositellaan käytettäväksi. Näitä ovat esimerkiksi lasta odottavan ja kasvattavan perheen voimavalaromake, sekä raskaudenaikaista vuorovaikutusta tukeva haastattelu eli Vavu. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:37.)

Keskeisin voimavara neuvolassa on terveydenhoitaja, joka on perhehoitotyön ja terveyden edistämisen asiantuntija ja vastaa toiminnan hoitotieteellisestä tasosta. Hän tuntee oman alueensa väestön ja siihen kuuluvat perheet, koska hän tapaa perheitä neuvolassa noudatetun työkäytännön ja heidän tarpeidensa pohjalta noin 16–20 kertaa ennen lapsen kouluun menoa. Näistä tapaamisista osa saattaa olla kotikäyntejä. Terveydenhoitaja muodostaa kokonaiskäsityksen asiakaskunnastaan ja pystyy seuraamaan siinä tapahtuvia muutoksia, sekä hyödyntämään perheille kunnan tarjoamia palveluja. Hänen työnsä yhteisöllisyyteen kuuluu lisäksi tiedon välittäminen perheiden tilanteesta alueellaan ja aloitteiden tekeminen. Terveydenhoitaja vastaa työssään lapsen terveen kasvun ja kehityksen seurannasta. Lisäksi hänen tehtäviinsä kuuluvat rokotukset ja seulontatutkimukset. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004b.)

Terveydenhoitajan työote on voimavara- ja perhekeskeinen ja näin ollen koko perheen terveyttä edistävä. Hänen työhönsä sisältyy parisuhteen, vanhemmuuden ja muiden perheen voimavarojen vahvistaminen, sekä asiakaslähtöinen terveysneuvonta yksilöllisin menetelmin. Terveydenhoitaja luovuttaa asiantuntemuksensa perheen käyttöön ja työskentelee perheen kanssa luottamuksen ja yhteistyön hengessä koko perheen terveyden edellytysten

vahvistamiseksi. Hän laatii perheen terveysseurannan kokonaissuunnitelman perheen kanssa yhteistyössä ja sopii, miten sitä arvioidaan ja tarkistetaan säännöllisin väliajoin. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004b.)

Vanhemmilla on erilaisia toiveita perheen voimavaroja vahvistavasta neuvolasta. Äidit odottavat neuvolasta erityisesti vahvistusta ja palautetta oman lapsen terveydestä. Äitien mielestä neuvolakäyntien sisältö tulisi muokata lapsen mukaiseksi ja lasta voisi yrittää vielä enemmän ajatella yksilönä. He odottavat neuvolasta lisäksi vahvistusta omiin kysymyksiinsä ja enemmän keskustelua. Yksi äiti painotti nykyajan vanhempien lasta koskevan tiedon huomioonottamista. Monilla äideillä on odotuksia ja toiveita myös vanhemmuuden ja parisuhteen tukemiselle neuvolassa. Osa äideistä oli sitä mieltä, että keskusteluja vanhemmuudesta ja parisuhteesta tulisi käydä neuvolassa erityisesti ongelmatilanteissa, kun taas osa äideistä piti tärkeänä pohtia äitiyden ja lapsien tuomia muutoksia jo ennen ongelmatilanteiden syntymistä. Äidit odottavat terveydenhoitajan kysyvän asioista suoraan ja antavan tilaa ja aikaa keskusteluille. (Kuorilehto 2006.)

Äidit puhuvat ideaalineuvolasta, joka keskittyisi koko perheeseen. Äidit kaipaavatkin neuvolasta erityisesti kehuja omalla äitiydelleen ja jaksamiselleen. Heidän mielestään myös äitiydestä voitaisiin keskustella neuvolassa enemmän. Terveydenhoitajien ja lapsiperheiden käsitysten mukaan perheiden voimavaroja vahvistaviksi tekijöiksi muodostuivat neuvolasta saatu ohjaus, neuvonta, tieto ja tuki, sekä perheiden omien voimavarojen käyttöönotto. Perheiden ja terveydenhoitajien mukaan perheen elämäntilanne tuli hyvin huomioituksi silloin, kun perheen subjektiivisuus tunnistettiin ja neuvolan toiminta oli perhekeskeistä. Tuloksena oli tällöin voimavarainen lapsiperhe. (Kuorilehto 2006.)

Neuvoloiden asiakkaat kokivat perheen voimavaroja vahvistaviksi työmenetelmiksi vastaanotto toiminnan, ryhmäohjauksen, kotikäynnit, puhelinneuvonnan, moniammatillisen yhteistyön ja erityistuen tarpeessa olevien perheiden tunnistamisen ja tukemisen. Neuvolatoiminnan perustan loi vastaanotto toiminta ja vastaanottokäyntien ajaksi toivottiin häiriötöntä tilaisuutta keskustelulle terveydenhoitajien ja perheiden taholta. Erityisesti lapsiperheet arvostivat puhelinneuvontaa, kun oli tarvetta nopealle avulle erilaisissa pulmatilanteissa. Se antoi perheille turvallisuuden tunteen, kun terveydenhoitaja oli aina tavoitettavissa. Perheiden ja terveydenhoitajien mielestä ryhmäohjauksella perheet saivat kaipaamansa vertaistukea muilta samassa tilanteessa olevilta. (Kuorilehto 2006.)

Toimivaan neuvolatyöryhmään tarvitaan terveydenhoitajan ja lääkärin lisäksi moniammatillista osaamista. On erityisen tärkeää, että moniammatillisen työryhmän kaikki jäsenet jakavat samat arvot ja päämäärät, tapaavat säännöllisesti toisiaan ja toimivat tilanteen mukaan yhteistyössä. Kuntatasolla tärkeää on muodostaa kokonaiskuva lapsiperheiden palveluja ohjaavista linjauksista ja periaatteista, sekä huolehtia niiden yhdensuuntaisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004b.)

Terveydenhoitajan tulisi olla oikea moniosaaja ja hänen tulisi olla kaiken aikaa tarkkana ja tunnustella neuvola-asiakkaiden toiveita ja tarpeita. Katri Ryttyläisen (2005) kirjoittaman väitöskirjan Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana – Naisspesifinen näkökulma mukaan naiset katsoivat kokonaisuudessaan hallinnan mahdollistuneen äitiysneuvolassa hyvin. Kaikkein tyytyväisimpiä nämä naiset olivat siihen, että heidän oma ymmärryksensä omasta tilastaan otettiin huomioon neuvolakäyntien aikana. Vastaavasti tyytymättömmimpiä he olivat saamansa kokemukseen itsetuottamuksen lujittamisesta sekä erilaisista vaihtoehdoista keskustelemiseen. Keskusteleminen eri vaihtoehdoista ja niiden seurauksista valintatilanteissa onnistui parhaiten äitiysneuvolassa terveydenhoitajan kanssa. Samoin kävi myös päätöksiin vaikuttamisen kanssa. Naiset kokivat terveydenhoitajan parhaiten lujittaneen heidän itsetuottamustaan. Myös kehon kunnioittaminen onnistui heidän mielestään helpoiten juuri äitiysneuvolassa terveydenhoitajan kanssa. (Ryttyläinen 2005.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin yhdessä Pirkanmaan alueella sijaitsevan äitiysneuvolan ja siellä työskentelevien terveydenhoitajien kanssa. Opinnäytetyön tutkimusosiossa käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja terveydenhoitajien haastattelu toteutettiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelun tulokset löytyvät opinnäytetyön kappaleesta 6.

5.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda julki Pirkanmaalaisen äitiysneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaiden odottajien terveydellisten merkityksien arvioinnista raskauden ajan hoidossa. Tavoite on tätä kautta yleisesti kehittää terveydenhoitajien tietämystä yli 35-vuotiaiden odottajien raskauden ajan hoidosta ja auttaa heitä ottamaan odottajan iän mukana tulevat riskit ja haasteet raskaudenajan hoitotyössä paremmin huomioon.

Opinnäytetyössäni on tarkoituksena laadullisen tutkimuksen ja teemahaastattelun avulla haastatella neljää Pirkanmaalla äitiysneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa. Heiltä pyritään saamaan tietoa yli 35-vuotiaista odottajista ja odottajan korkeamman iän vaikutuksesta heidän työhönsä. Teemahaastattelun runko ja kysymykset mietittiin ennalta ja ne löytyvät tämän opinnäytetyön liitteestä 1.

5.2 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön tutkimusmetodiksi valikoitui laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on kohteen

mahdollisimman kokonaisvaltainen tutkiminen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on myös tarkastella asioiden välisiä merkityksiä ja sen avulla ymmärtää tutkimuskohdetta paremmin, sekä syitä tutkimuskohteen käyttäytymiseen ja päätöksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157; Vilka 2005, 97; Rope 2005, 423.)

Laadullisessa tutkimuksessa otoskoko on yleensä pieni, mutta siitä huolimatta oikeiden kysymysten avulla voidaan saada vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin myös pienen otannan avulla. Laadullisen tutkimuksen tiedonkeräämismenetelmiä ovat muun muassa ryhmäkeskustelut, havainnointitutkimukset, sekä yksilö- ja ryhmähaastattelut. (Rope 2005, 423, 426.)

5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Valitsin tutkimukseeni aineistonkeruumenetelmäksi puolistrukturoidun haastattelun eli teemahaastattelun, koska aihepiirini on rajattu. Halusin kuitenkin tutkittavilta terveydenhoitajilta monipuolisempaa ja mahdollisesti syvällisempää tietoa aihealueeseen liittyen. Kyselylomakkeella tämä ei olisi välttämättä onnistunut.

Teemahaastattelu etenee ennalta mietittyjen aihepiirien eli teemojen avulla keskustellen. Teemahaastattelussa esitettävät kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. Vastausvaihtoehtoja ei ole kuitenkaan määritelty, joka mahdollistaa haastateltavan vastaamaan vapaammin ja tuo näin ollen paremmin haastateltavan mielipiteen esiin. Myös kysymysten järjestys ja asettelu voivat vaihdella, koska haastattelulla ei ole tarkkaa runkoa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.)

Kysymykset mietittiin ennalta, jotta tutkimuskysymyksiin saataisiin mahdollisimman tarkat vastaukset. Samalla varmistettiin haastattelun sujuvuus ja tiettyissä teemoissa pitäytyminen. Kysymykset mietittiin terveydenhoitajan työkuvaan ajatellen ja huomio oli terveydenhoitajan omassa arvioissa yli 35-vuotiaan odottajan raskauden ajan hoidosta.

Opinnäytetyön teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, koska sen avulla saatiin tietoa nopeasti usealta vastaajalta samanaikaisesti. Ryhmähaastattelussa pyrittiin saamaan kaikilta haastateltavilta vastaus meneillään olevaan kysymykseen, mutta aina välillä jollain henkilöllä ei ollut mielipidettä tai hän ei osannut vastata johonkin tiettyyn kysymykseen. Teemahaastattelussa haastateltavina oli neljä terveydenhoitajaa Pirkanmaalta. He kaikki toimivat samassa äitiysneuvolassa. Kahdella heistä oli jo yli kahdenkymmenen vuoden työkokemus, kun taas kahdella heistä vain alle vuoden. Tämä näkyi haastattelussa siinä, että enemmän kokemusta omaavat terveydenhoitajat vastasivat useammin ja laajemmin haastattelijan esittämiin kysymyksiin. Haastattelijana toimi opinnäytetyön tekijä Henna Wendell.

Teemahaastattelu järjestettiin terveydenhoitajien työpaikalla heidän kahvi-huoneessaan. Paikalla oli siis haastattelijan lisäksi neljä terveydenhoitajaa ja me istuimme kaikki ison pöydän ääressä. Haastattelu kesti kaiken kaikkiaan 50 minuuttia ja se tallennettiin nauhurille. Nauhurilta haastattelu siirrettiin tietokoneelle. Haastattelun aikana terveydenhoitajat joivat kahvia ja söivät eväitään. Haastattelutila pysyi lähes koko haastattelun ajan rauhallisena, koska muu henkilökunta oli tietoisia meneillään olevasta tapahtumasta. Ainoastaan kerran yksi työntekijä kävi hakemassa huoneesta kahvia, mutta tämä ei onneksi suuremmin haitannut haastattelun kulkua. Kaiken kaikkiaan teemahaastattelu sujui rauhallisesti ja haastattelijalla sai vastaukset kaikkiin esittämiinsä kysymyksiin. Niistä ja tutkimustuloksista lisää opinnäytetyön kohdassa 6.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa esitellään Pirkanmaan terveydenhoitajille tehdyn opinnäytetyön teemahaastattelun tutkimustulokset. Aihealueiksi on nostettu ennalta valitut ja täten selkeimmin esiin tulleet teemat. Teemahaastattelussa ilmenneitä asioita kuvaillaan melko yksityiskohtaisesti luvussa kuusi. Lisäksi käytetään paljon suoria lainauksia, koska ne osaltaan lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Suorat lainaukset auttavat myös lukijaa arvioimaan millaisen tiedon pohjalta opinnäytetyön tutkimuksen johtopäätöksiin on päästy. Teemahaastattelussa käytetty haastattelurunko kysymyksineen löytyy opinnäytetyön liitteestä 1.

6.1 Ikääntyvien odottajien yleisyys neuvoloissa

Haastateltavilta kysyttiin, millaisia kokemuksia heillä on yli 35-vuotiaista odottajista ja kuinka paljon heille on ehtinyt kokemusta kertyä. Kokeneiden ja vähemmän työkokemusta omaavien terveydenhoitajien vastaukset erosivat toisistaan selvästi. Enemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat kertoivat kokemusta vanhemmista odottajista kertyneen mukavasti, kun taas ja vähemmän aikaa terveydenhoitajan työssä olleet sanoivat kokemusta olevan vain jonkin verran.

Kyllähän sitä kokemusta on yli 35-vuotiaista ehtinyt jo ihan mukavasti kertyä tämän kahdenkymmenen työvuoden aikana. (Teemahaastattelu, haastateltava 1, 2013.)

Haastateltavien mukaan yli 35-vuotiaiden odottajien määrä on kasvanut ja heidän mielestään 35-vuotias on tällä hetkellä niin sanotusti tavallisen ikäinen synnyttäjä. Heidän mukaansa yli 40-vuotiaita odottajia on taas aika harvassa ja heistä suurin osa on uudelleensynnyttäjiä.

Haastateltavilta kysyttiin myös, kuinka suuri osa heidän yli 35-vuotiaista asiakkaistaan oli ensisynnyttäjiä ja kuinka suuri osa uudelleensynnyttäjiä. He ei-

vät osanneet tarkkoja määriä tietenkään kertoa, mutta he sanoivat yli 40-vuotiaiden ensisynnyttäjien olevan harvemmassa. Heitäkin kuitenkin löytyy.

Asuinalue tuntuu vaikuttavan paljon. Paljon on 30-vuotiaita. Mullakin on 47-vuotias uudelleensynnyttäjä ja on ollu 45-vuotias ensisynnyttäjä. (Teemahaastattelu, haastateltava 2, 2013.)

On jonkin verran ollu yli 40-vuotiaita ensisynnyttäjiä ja ihan hyvin on niiden raskaudet menny. (Teemahaastattelu, haastateltava 1, 2013.)

6.2 Odottajan korkeamman iän mukana tulevat riskit sekä haasteet terveydenhoitajan työssä

Haastateltavilta terveydenhoitajilta kysyttiin, miten he ovat työssään ottaneet huomioon odottajan korkeamman iän mukana tulevat riskitekijät. Heidän mukaansa riskit eivät näy käytännön työssä, ellei äidillä ole esimerkiksi entuudestaan jotakin perussairautta. Jokaista odottajaa hoidetaan yksilöllisesti ja riskit pidetään kuitenkin mielessä. Heiltä kysyttiin myös järjestetäänkö näille riskiodottajille ylimääräisiä käyntejä neuvolassa. Terveydenhoitajien mukaan pelkkä ikä ei tuo lisäkäyntejä, mutta jos äidillä on jokin seurausta vaativa perussairaus, niin lisäseuranta tapahtuu yleensä äitiyspoliklinikalla sairaalassa.

Vähän katotaan aina äidin tarpeen mukaan. Jos siellä on jotain sairauksia esimerkiksi riskinä, niin sen puitteissa voi olla, että joutuu ottaa mahdollisesti useemmin. Yleensä, jos on iäkäämpiä ja heillä on joku perussairaus siä taustalla, niin saattaa olla sitten seuranta myös äitipolilla. (Teemahaastattelu, haastateltava 3, 2013.)

Se ikä ei periaatteessa tuo mitään lisäkäyntejä, että ihan normin mukaanhan ne menee. Sit jos on jotain, niin sit tulee lisäkäyntejä. Niillä on sitten joku syy siihen, joku muu kuin se ikä. (Teemahaastattelu, haastateltava 4, 2013.)

Haastateltavilta kysyttiin, tietävätkö he kuinka paljon tällaisia perussairausten omaavia odottajia on ja millaisia sairauksia heillä yleensä on taustalla. Yleisimpinä sairauksina haastateltavat pitivät raskausdiabetesta ja verenpainetauti.

Diabetesta tietenkin on paljon ja kyllä tota verenpainettakin. Joko verenpainetauti tai sitten on koholla ainakin. Sit niitä joutuu seuraamaan tiheämmin ja antaa niille esimerkiksi mittareita ja

seurantaohjeita kotiin. Se on sellasta aika yleistä. (Teemahaastattelu, haastateltava 1, 2013.)

Teemahaastattelussa ilmeni, että odottajan iän noustessa lähemmäs 40 ikävuotta tai enemmän riskit tuntuvat kuitenkin selvästi kasvavan, vaikka kyseessä olisikin uudelleensynnyttäjä. Paljon haastateltavien mielestä vaikutti äidin oma kunto ja terveydentila.

Mulla on asiakkaana 47-vuotias, joka on ylipainonen ja on verenpainetauti ja on lääkitys eli on selkeitä riskejä. Ja edellisissä raskauksissa ollu toksemiaoireita ja hän onkin seurannassa verenpainetaudin takia tuolla äitipolilla. (Teemahaastattelu, haastateltava 1, 2013.)

Joo reiluja riskejä on, kun ikää alkaa olla enemmän. (Teemahaastattelu, haastateltava 4, 2013.)

Haastateltavien kokemusten mukaan vanhemmat odottajat tietyllä tavalla tiedostavat ikänsä mukana tulevat riskit. Tämän vuoksi he yleensä huolehtivat itsestään paremmin, kuin esimerkiksi nuoremmat odottajat. Monesti raskautta on myös saatettu yrittää pitkään ja tänä aikana nämä odottajat ovat jo laittaneet elämäntapansa remonttiin, jotta heillä olisi paremmat mahdollisuuden tulla raskaaksi.

Varmaan ne iäkkäämmät tiedostaa tietyllä tavalla, että riskejä on, niin ne taas hoitaa itseensä. Ja varsinkin, jos on toivottu raskaus, niin ne on jo etukäteen muuttanu elintapojaan. Ja ne on tarkempia itsensä hoitamisesta. (Teemahaastattelu, haastateltava 3, 2013.)

Ja sit jos on tosi toivottu vauva, niin se motivoi huolehtimaan itsestään enempi. (Teemahaastattelu, haastateltava 4, 2013.)

Haastateltavilta kysyttiin myös millaisia haasteita heidän mielestään odottajan korkeampi ikä tuo heidän työhönsä. Vastauksissa terveydenhoitajat olivat aika samoilla linjoilla siinä, että vanhemmat odottajat ovat vaativampia. He myös tietävät asioista enemmän, koska raskaus on yleensä ollut suunniteltu ja odottajat ovat itse ottaneet asioista selvää etukäteen.

Kyllä ainakin kysymykset on usein kinkkisempiä, koska he tietävät paljon enemmän. (Teemahaastattelu, haastateltava 2, 2013.)

Ne ite selvittää asioita etukäteen ja monesti voi olla jo suunniteltua sitten se raskaus. (Teemahaastattelu, haastateltava 4, 2013.)

Haastateltavien terveydenhoitajien mukaan heidän työhönsä oman haasteensa tuo myös vanhempien odottajien mahdolliset pitkäaikaissairaudet, joiden hoi-

toa ja seurantaan tarvitsee suunnitella enemmän. Myös lääkitystä tarvitsee miettiä ja suunnitella etukäteen. Näiden asioiden selvittely vie ison osan heidän työajastansa.

Sit jos on jotain pitkäaikaissairauksia, jotka on vähän harvinaisempia, niin sitten niitä hoitojuttuja tarvii selvitellä. Kontrolleja ja tämmösiä. Ja tietysti erityisseuranta jossain äitiyspoliklinikalla vai riittääkö tää meidän seuranta. Kaikkee tämmöstä. (Teemahaastattelu, haastateltava 3, 2013.)

Ja lääkityksiä pitää joskus kontrolloida etukäteen tai heti, kun tulee niin lääkäriltä. Ja mitä lääkkeitä saa käyttää, jos ne ei ite tiedä, mutta monet tietää kyllä. Tuntuu, että jos on lääkityksiä, niin ne monesti kyllä sit tietää jo, että saako niitä syödä vai ei. (Teemahaastattelu, haastateltava 1, 2013.)

Haastattelussa kävi myös ilmi, että ensisynnyttäjien ja uudelleensynnyttäjien välillä on eroja. Ensisynnyttäjät tuovat terveydenhoitajan työhön haastateltavien mukaan enemmän haasteita, koska he ovat pelokkaampia ja tarvitsevat tietoa ja tukea enemmän. Uudelleensynnyttäjät osaavat taas ottaa rauhallisemmin, koska ne ovat kokeneet raskauden ja synnytyksen jo aikaisemmin.

Ensisynnyttäjät tietää vähemmän asioita, on pelokkaita, vaativia asiakkaita ja uudelleensynnyttäjät ottaa rauhallisemmin kun niillä on tietoa. (Teemahaastattelu, haastateltava 2, 2013.)

6.3 Terveydenhoitajien riittävä tietopohja korkeamman iän tuomista riskeistä

Haastateltavilta tiedusteltiin myös, kokivatko he omaavansa riittävän tietopohjan odottajan iän mukana tulevista riskeistä vai kokivatko he tarvitsevansa mahdollisesti täydennyskoulutusta aiheesta. Tässä kohtaa kokeneiden terveydenhoitajien ja vähemmän aikaa terveydenhoitajina työskennelleiden vastaukset poikkesivat taas suuresti toisistaan. Vähemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat kokivat välillä tietonsa puutteellisiksi, mutta sanoivat asioiden selvittämisen olevan kuitenkin suhteellisen helppoa.

Sit ku ite ajattelee, että on niin vähän aikaa ollu terveydenhoitajana, niin tulee aika paljonkin asioita et mitä pitää selvittää ja käydä näiden konkariterkkojen ovilla kolkuttelemassa. (Teemahaastattelu, haastateltava 3, 2013.)

Kaikki terveydenhoitajat eivät myöskään kokeneet juuri odottajan korkeampaa ikää sellaiseksi asiaksi, josta olisi saatava lisätietoa. Heidän mukaansa samoja riskejä ja niiden mukana tulleita sairauksia on nykyään myös nuoremilla odottajilla. Esimerkkeinä he mainitsivat raskausdiabeteksen ja verenpainetaudin. Terveydenhoitajat kylläkin myönsivät, että vanhemmilla odottajilla on usein pitkäaikaissairauksia ja niiden lääkityksiä, jotka sitten ai-

heuttavat lisäselvittelyä. Paljon heidän mukaansa riippuu odottajan kunnosta ja voinnista.

Ei se ikä tietysti aina tuo sellasta ongelmaa. Tietysti voi olla muita pitkäaikaissairauksia, mutta jos on iäkäs ja hyväkuntoinen, niin raskaus on yleensä mennä tosi mainiosti, kun taas jollain nuoremmalla voi mennä sitten paljon huonommin se raskaus. (Teemahaastattelu, haastateltava 1, 2013.)

Niin ei se ikä sinänsä selkeesti tuo semmosta eroa, mutta tietysti jos on yli 40-vuotias ensisynnyttäjä niin siinä tulee sitten kaikenlaiset väsymisasiat ynnä muut, jotka tulee ottaa huomioon. Ja on niillä ne raskauskomplikaatoriskit paljon suuremmat. Ne pitää vaan itte tiedostaa ja pitää mielessä. (Teemahaastattelu, haastateltava 2, 2013.)

6.4 Terveydenhoitaja odottajien ja heidän perheidensä tukena

Haastateltavilta kysyttiin, kuinka he kokivat pystyvänsä olemaan odottajien tukena ja millaisilla keinoilla. Heidän mielestään kuuntelemalla ja asioista suoraan puhumalla he pystyvät parhaiten tukemaan odottajaa. Haastateltavilta kysyttiin myös tuleeko heille tilanteita, joissa heidän tulisi tukea odottajien vanhemmuutta ja millä keinoilla he sen tekisivät. Terveydenhoitajien mielestä sellaisia tilanteita tulee, joissa vanhemmat ovat epävarmoja omasta pärjäämisestään vauvan kanssa.

Kyllä niitä tulee. Mulla oli juuri hyvä esimerkki, kun toissapäivänä kävin kotikäynnillä, jossa oli iäkkäämpi äiti ja se oli niin epävarma, miten hän pärjää ja tekeekö hän oikein. (Teemahaastattelu, haastateltava 4, 2013.)

Myös odottajan iällä koettiin olevan merkitystä tuen tarpeeseen. Haastateltavilla oli sellainen tuntuma, että iäkkäämmät odottajat tarvitsevat nuorempia odottajia enemmän tukea henkisesti ja psyykkisellä puolella. Iäkkäämmät odottajat tuntuvat stressaavan enemmän, koska heillä on suuremmat odotukset. Heille lapsen saaminen ei myöskään välttämättä ole itsestään selvä asia, jonka vuoksi he haluavat kaiken sujuvan hyvin. Tämä aiheuttaa myös lisää stressiä. Terveydenhoitajilla onkin tässä iso rooli, jotta he onnistuvat tukemaan näitä vanhempia odottajia. Omasta mielestään haastateltavat ovat kuitenkin onnistuneet siinä hyvin.

Nuoret on monesti kauheen luontevia ja ne ei niinku etukäteen murehdi. Ja tietysti, kun ei oo sitä elämäkokemusta, niin ne ei osaa stressata. Iäkkäillä on paljon tietoa ja tuntuu, että ne valmistautuu jotenkin kauheen monelta kantilta ja miettii ja pohtii asioita ja suunnittelee ja se tuo niille monesti just sitä lisästress-

siä. Niillä on niinku stressi siitä äitydestä ja isyydestä sitten aika moinenkin. (Teemahaastattelu, haastateltava 1, 2013.)

Iäkkäämmillä äideillä on se kuva että niiden pitää olla täydellisiä äitejä. Niillä pitää imetys sujua ja vauvanhoito sujua. Niillä on niin kauheesti odotuksia, että pitää olla niin täydellistä ja kaiken pitää mennä niinku oikein ja sillee ku kuuluu. Nuoremmat ei jännitä niin paljon ja on luottavaisia. Elämäkokemus tuo pelkoo. (Teemahaastattelu, haastateltava 2, 2013.)

Vanhemmilla odottajilla on myös elämäntilanne yleensä pitkään pysynyt samana ja heidän on pitänyt huolehtia vain itsestään. Senkin vuoksi vauvan mukaan tuoma muutos tuntuu heistä nuorempia odottajia paljon suuremmalta. Haastateltavien mukaan vanhemmat odottajat tarvitsivat tukea nimenomaan juuri tässä asiassa.

Joo ja sitten kun sen vauvan pillin mukaan sitten mennään, niin se onkin outoa sitten. Nytkin mulla on 15 vuotta pari ollu yhdessä ja niistäkin tuntu oudolta, ettei voi sitten mennäkään niinku haluaa. Pitää olla paljon suunnitelmallisempaa elämä. (Teemahaastattelu, haastateltava 4, 2013.)

Haastattelussa ilmeni, että monet iäkkäämpien odottajien raskaudet olivat saaneet alkunsa hedelmöityshoidoilla. Haastateltavat kokivat niidenkin osaltaan vaikuttavan suurempaan tuen tarpeeseen odotuksen aikana. Myös odottajien aiemmilla keskenmenoilla oli vaikutusta, koska sellaisen kokeneet odottajat olivat selvästi pelokkaampia ja tarvitsivat sen vuoksi enemmän tukea.

Jos vanhemmilla on hedelmöityshoitoja takana, niin niillä on kyllä sitten hirveesti odotuksia sillon siihen raskauteen ja synnytykseen ja siihen vanhemmuuteen. Se alkuvaihe on aina sellasta pelokasta. (Teemahaastattelu, haastateltava 2, 2013.)

Kaikki terveydenhoitajat kokivat, että vanhemmilla oli heitä kohtaan hyvä luottamus, joka on tietenkin rakentunut pidemmän asiakassuhteen aikana. He kokivat vanhempien uskaltavan kysyä heiltä mitä vain ja näin he pääsivät tukemaan vanhempia antamalla heille vastauksia heidän kysymyksiinsä.

Kyllä mulla on ainakin sellanen mututuntuma, että ne äidit luottaa terveydenhoitajiin ja niiden sanomiseen. (Teemahaastattelu, haastateltava 4, 2013.)

Luotto on tuntuman mukaan hyvä. On kuitenkin avoin suhde ja ne uskaltaa kysyä ja monta kertaa kun tavataan niin tullaan tuiiksi. (Teemahaastattelu, haastateltava 3, 2013.)

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaista odottajista äitiysneuvolassa. Tarkoituksena oli kerätä tietoa erilaisilta osa-alueilta, joita terveydenhoitajien tulisi työssään ottaa huomioon. Halusin opinnäytetyöni teemahaastatteluosiossa kiinnittää huomiota vanhemmuuden tukemiseen, korkeamman iän mukana tuleviin riskeihin, sekä sen mukana tuleviin haasteisiin terveydenhoitajan työssä. Erityisesti minua kiinnosti, miten nämä kaikki asiat saadaan terveydenhoitajan työssä hoidettua ehjänä kokonaisuutena ja millaisia keinoja haastateltavilla oli antaa tähän aiheeseen. Toivoin tätä kautta myös saavani muille äitiysneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille vinkkejä, jotta he osaisivat ottaa nämä asiat huomioon omassa työssään.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten mukaan ikääntyvien odottajien määrä on kasvussa äitiysneuvoloissa. Tässä opinnäytetyössä puhutaan yli 35-vuotiaista odottajista ja haastattelussa kävi ilmi, että nykyajan neuvolassa 35–40 vuotta on aika yleinen ikä odottajilla. Yli 40-vuotiaita on tulosten mukaan taas huomattavasti vähemmän. Vuonna 2010 synnyttäneistä naisista yli 35-vuotiaita oli 18 %. Se omalta osaltaan kertoo sen, että lähes viidesosa odottajista on ollut yli 35-vuotiaita. (Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011; THL/SVT Tilastoraportti 2011.)

Synnyttäjän korkeampi ikä tuo omat riskinsä raskauteen. Iän kasvaessa kasvaa myös todennäköisyys erilaisiin sairauksiin, johon vaikuttaa esimerkiksi iän mukana yleistyvät verisuonisairaudet. Yli 35-vuotiaita ensisynnyttäjiä ja yli 40-vuotiaita uudelleensynnyttäjiä voidaan kutsua riskiryhmiin kuuluviksi. (Eskola & Hytönen 2008, 149.) Tämä kävi ilmi myös haastattelussa. Tulosten mukaan suurella osalla vanhemmista odottajista oli jo entuudestaan yksi tai useampi perussairaus, jonka hoitamiseen raskauden aikana terveydenhoitajien tuli perehtyä huolella. Samalla se tulosten mukaan toi oman haasteensa terveydenhoitajien työhön, erityisesti jos kyseessä oli jokin harvinaisempi sairaus.

Tuloksista kävi ilmi, etteivät korkeamman iän tuomat riskit välttämättä näy terveydenhoitajan käytännön työssä. Terveydenhoitajien on kuitenkin tiedettävä nämä riskit ja pidettävä ne mielessään. Tulosten mukaan myös vanhemmat odottajat tiedostavat nämä riskit hyvin ja he ovatkin ottaneet asioista selvää etukäteen.

Tuloksista selvisi, että yli 35-vuotiailla odottajilla suurella osalla oli jo entuudestaan yksi tai useampi perussairaus. Se tuo terveydenhoitajan työhön oman haasteensa. Terveydenhoitajien tulee ottaa sairauksista ja niiden hoidosta selvää, sekä varmistaa raskausaikaan sopiva lääkitys lääkäriltä. Aiemmat perussairaudet saattoivat myös tuoda odottajilla mahdollisia lisäkäyntejä joko äi-

tiysneuvolassa tai äitiyspoliklinikalla sairaalassa. Pelkkä ikä ei tuonut lisäkäyntejä, vaan taustalla oli jokin muu syy. Hyvänä esimerkkinä mainittakoon juurikin tuo aiempi perussairaus.

Kaikista raskaana olevista noin 30 prosentilla on gestatiiodiabeteksen riskitekijöitä. Yksi näistä riskitekijöistä on äidin ikä. Riski kasvaa äidin ollessa yli 40-vuotias. (Kondelin 2007, 360; Eskola & Hytönen 2008, 152.) Tuloksista kävi myös ilmi, että mitä vanhempi odottaja on, sitä enemmän hänellä on myös riskejä sairastua raskauden aikana. Yleisimpiä sairauksia raskauden aikana olivat tulosten mukaan raskausdiabetes ja kohonnut verenpaine. Yllättävän monella oli juuri verenpaine koholla ja se vaati terveydenhoitajilta tiheämpää seurantaa, sekä myös ohjausta mahdollista kotona tapahtuvaa seurantaa varten.

Tulosten mukaan vanhemmat odottajat panostavat omaan hyvinvointiinsa enemmän, jotta heillä olisi paremmat mahdollisuudet tulla raskaaksi. He tiedostavat mahdolliset vaikeudet tulla raskaaksi, joten he omalla hyvinvoinniltaan pyrkivät parantamaan raskaaksi tulemisen mahdollisuuksiaan. Äidin omalla kunnolla olikin tulosten mukaan suuri vaikutus riskeihin ja raskauden kulkuun. Mitä paremmin äiti voi, sitä paremmin myös raskaus yleensä sujuu. Monesti vanhemmat odottajat ovat joutuneet yrittämään raskaaksi tulemista pitkään, joka sekin omalta osaltaan motivoi oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen.

Terveydenhoitajan työkokemuksella oli tulosten mukaan eniten vaikutusta siihen, tarvitsevatko terveydenhoitajat lisätietoa odottajan korkeamman iän mukana tulevista riskeistä vai eivät. Vähemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat kokivat kaipaavansa lisätietoa. Heidän mukaansa tietoa oli kuitenkin itse helppo hakea ja asioista oli helppo ottaa itse selvää, eli varsinaista tietopakettia aiheesta he eivät kaivanneet. Enemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat olivat tulosten mukaan nähneet niin paljon läpi erilaisia sairauksia, etteivät he kokeneet tarvitsevansa ollenkaan lisää tietoa. Pieni kertaus aiheesta ei kuitenkaan mielestäni olisi pahitteeksi.

Viljamaan (2003) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajan toimintaan, sekä neuvolaan lähipalveluna oltiin tyytyväisiä. Samanlaisia tuloksia saatiin myös tämän haastattelun aikana, kun terveydenhoitajat kertoivat odottajien luottavan heidän sanaansa ja tukeensa. Terveydenhoitaja koettiin myös merkittävässä tukihenkilönä, jolta uskallettiin kysyä vaikeampiakin kysymyksiä. Pitkäaikainen ja avoin asiakassuhde omalta osaltaan lisää terveydenhoitajan luotettavuutta ja näin ollen tukee tätä opinnäytetyön tutkimustulosta.

Perheen selviytymistä ja terveyttä pystytään edistämään tukemalla vanhemmuutta omien voimavarojen arvioimisessa, löytämisessä ja vahvistamisessa muuttuvissa elämäntilanteissa. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Majala, Paavilainen & Potinkara 2008, 73.) Odottajan korkeampi ikä tuntuu tulosten perusteella tuovan haastetta erityisesti vanhemmuuden ja odottajan jaksamisen tukemiseen. Korkeamman iän omaavat odottajat ovat tulosten mu-

kaan vaativimpia ja heillä on suuremmat odotukset raskausaikaa, synnytystä ja tulevaa lasta kohtaan. Nämä odotukset omalta osaltaan lisäävät odottajien stressin määrää. Tämän vuoksi vanhemmat odottajat koettiin haastavimmiksi asiakkaiksi.

Teemahaastattelussa kävi ilmi, että terveydenhoitajat kokivat pystyvänsä tukemaan odottajien vanhemmuutta hyvin. He kertoivat tukevansa odottajia parhaiten kuuntelemalla heitä ja vastailemalla heidän esittämiinsä kysymyksiin. Vanhemmat odottajat tarvitsivat tulosten mukaan eniten tukea siinä, että he jaksaisivat uskoa pystyvänsä huolehtimaan vauvastaan hyvin. Myös pelokkuuden hoitoon tarvittiin paljon tukea ja uskoa siihen, että kaikki voi sujua raskausaikana hyvin riskeistä huolimatta.

Tuloksista kävi myös ilmi, että vanhemmat odottajat kokivat vauvan syntymän todella suurena elämänmuutoksena. He tarvitsivat terveydenhoitajilta tukea tämän asian kanssa ja terveydenhoitajien tehtävänä olikin puhua realistisesti siitä, miten elämä tulee vauvan myötä muuttumaan. Odottajilta tämän asian sulattelu vaati tulosten mukaan paljon aikaa.

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan Pirkanmaan terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaista odottajista äitiysneuvolassa. Kun aloitin opinnäytetyöni tekemisen kesällä 2012, tiesin entuudestaan jonkin verran iän tuomista riskeistä raskauteen. En itse kuitenkaan henkilökohtaisesti tuntenut ketään, joka olisi saanut lapsen yli 35-vuotiaana. Tämän vuoksi käytännön tietoni olivat rajalliset. Opin kuitenkin opinnäytetyöni tekemisen aikana paljon lisää teoriatietao iän tuomista muutoksista, sekä erityisesti siitä, miten ikä vaikuttaa käytännössä terveydenhoitajan työhön. Oli myös hyvä kerrata erilaiset raskausaikaan liittyvät sairaudet, kuten esimerkiksi raskausdiabetes ja sen hoito. Vanhemmuuden tukeminen ja sosiaalinen tuki olivat itselleni uusia asioita ja näistä opin opinnäytetyöprosessin aikana eniten. Opin erityisesti pohtimaan näitä asioita monesta eri näkökulmasta.

Opinnäytetyön tulokset antavat mielestäni monipuolisesti lisätietoa myös muille äitiysneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille. Tämän lisäksi teemahaastattelutuloksista nähdään haastateltavien ajatuksia ja käytännön kokemuksia yli 35-vuotiaista odottajista. Uskon haastattelun tuoneen uusia näkökulmia kyseiseen aiheeseen ja antavan pohdinnan aiheita terveydenhoitajille.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen validiteettia eli pätevyyttä arvioitaessa tarkastellaan ”tutkimusmittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata” (Vilkkä 2005, 161). Kun tutkimusongelma on osattu pukea haastattelulomakkeeseen oikein, on tutkimus pätevä. Mittaustulosten toistettavuudella sekä tulosten ei-sattumanvaraisuudella arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta eli reliabiliteettia. Vaikka validius ja reliabiliteetti ovat määrällisen

tutkimuksen arviointimenetelmiä, voidaan niillä arvioida myös laadullista tutkimusta. (Vilkka 2005, 161.)

Opinnäytetyössä tehty tutkimus on luotettava, koska teemahaastattelulla tehty tutkimus voidaan toistaa samoilla haastateltavilla. Tutkimus on tässä ajassa ja paikassa pätevä, mutta jos tutkimus toistettaisiin esimerkiksi kymmenen vuoden päästä, voisivat tutkimustulokset olla erilaiset. Tutkimustulokset ovat siis tällä hetkellä päteviä, eikä niitä voida yleistää toiseen aikaan.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että teoriatietoa aiheesta on haettu monipuolisesti erilaisista lähteistä. Lähteitä on haettu muun muassa internetissä toimivan Nelli-portaalin avulla. Lisäksi käytössä on ollut paljon kirjoista saatavaa lähdemateriaalia ja erilaisia pro gradu-tasoisia tutkimuksia.

Opinnäytetyöni on myös eettisesti hyvin toteutettu, koska siinä ei missään vaiheessa tule ilmi haastateltavien henkilöllisyyksiä, eikä heidän työpaikkaansa. Haastateltavien ja heidän esimiehensä kanssa sovittiin, että heidän työpaikkansa alueen saa työssä yleisesti mainita Pirkanmaana, mutta tätä tarkempaa sijaintia he eivät opinnäytetyössä halunneet kerrottavan. Näin suojataan myös haastateltavien ja heidän asiakkaidensa yksityisyyttä.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheita miettiessäni ensimmäisenä mieleeni nousi ajatus siitä, että tällainen vastaavanlainen teemahaastattelu kannattaisi tehdä yli 35-vuotiaille odottajille. Olisi mielestäni mielenkiintoista tietää, mitä he ajattelevat omasta iästään ja sen tuomista riskeistä odotukseen sekä millaista tukea he kaipaisivat äitiysneuvolan terveydenhoitajilta. Terveysneuvojan työn kannalta tällainen haastattelu voisi olla hyvinkin tärkeä, koska sen avulla voitaisiin saada heidän työhönsä uudenlaista näkökulmaa aiheesta ja he pystyisivät mahdollisesti paremmin tukemaan odottajia heille tärkeissä asioissa.

Lisäksi tällaisen vastaavanlaisen haastattelun voisi toteuttaa näille äideille myös lapsen syntymän jälkeen. Siinä voisi tiedustella, vastasiko raskauden aikainen neuvolatyö heidän odotuksiaan ja mitä he olisivat näin jälkikäteen toivoneet enemmän terveydenhoitajilta sekä, mihin asioihin he olivat erityisesti tyytyväisiä. Tällä haastattelulla olisi myös mahdollista saada terveydenhoitajille lisää tietoa siitä, mitä he tekevät odottajien mielestä oikein ja mitä heidän kannattaisi tehdä toisin.

LÄHTEET

- Eskola, K. & Hytönen, E. 2008. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1.-3. p. Helsinki: WSOY.
- Hartikainen, A.-L. 2001. Monisikiöinen raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 426–433.
- Haukkamaa, M. & Sariola, A. 2001. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 303–309.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Härkönen, P. & Väänänen, K. 2001. Alkion varhaisvaiheet ja naisen sukupuolielinten kehitys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 16–29.
- Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Järvelä, Y., Juutinen, J., Koskela, P., Hartikainen, A., Kulmala, P., Knip, M. & Tapanainen, J. 2006. Gestational Diabetes Identifies Women at Risk for Per-manent Type 1 and Type 2 Diabetes in Fertile Age. *Diabetes Care* vsk. 29. 3/2006. Viitattu 22.5.2013.
<http://care.diabetesjournals.org/content/29/3/607.full.pdf+html>.
- Kangaspunta, R. & Värri, M. 2007a. Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007. Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 11/2007. Tampere. Viitattu 25.2.2013.
<http://www.tampere.fi/tiedostot/5t8WtOegp/Hyvinvointineuvolatoimintamalli.pdf>
- Kangaspunta, R. & Värri, M. 2007b. Hyvinvointineuvola-toimintamalli. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 477.
- Kirkinen, P. & Ryyänen, M. 2001. Prenataalidiagnostiikka. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 359–373.

Kondelin, H. 2007. Raskaus ja diabetes. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 359–364.

Kuorilehto, R. 2006. Terveydenhoitajien ja lapsiperheiden käsityksiä voimavaroja vahvistavan lastenneuvolatyön vaikuttavuudesta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Laivuori, H. & Ignatius, J. 2009. Seulontavaihtoehdot ja riskit. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.2.2013.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6011fbc4-72ae-4725-9eb5-c8160996d440>

Lindholm, M. 2007a. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 19–25.

Lindholm, M. 2007b. Äitiysneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 33–38.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nuorttila, A. 2007. Raskauden seuranta neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 39–54.

Oommen, H. 2009. Vanhempien samaa tuki sosiaaliselta verkostolta odotusaikana sekä hoitohenkilökunnalta lapsivuodeosastolla. Tampere: Tampereen yliopisto, pdf-tiedosto. Viitattu 18.2.2013.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04715.pdf>

Paajanen, P. 2005. Eri teitä vanhemmuuteen –kaksikymppisenä ja kolmekymppisenä lapsen saaneiden näkemyksiä perheellistymisestä ja vanhemmuudesta. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Palo, J. 2004. Jorma Palon Lääkärikirja. Helsinki: WSOY.

Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Viitattu 19.7.2012.
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantymisen/synnyttajat/index.htm>

Puolakka, J. 2001. Raskauden jälkipuoliskon verenvuodot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 434–440.

Rope, T. 2005. Suuri markkinointikirja. Helsinki: Talentum.

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E.Yhteiskuntatieteet 128. Kuopio: Kuopion yliopisto, pdf-tiedosto. Viitattu 2.2.2013.

<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2005/isbn951-27-0367-X.pdf>

Ryynänen, M. 2007. Sikiödiagnostiikka. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 334–340.

Saarikoski, S. 2001. Raskauden keston häiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 393–410.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:37. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004b. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suun-taviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Helsinki: Edita Prima Oy.

Stefanovic, V. 2007a. Pre-eklampsia. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 408–415.

Stefanovic, V. 2007b. Uhkaava ennenaikainen synnytys. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 398–401.

Taipale, P. 2007. Riskiraskaudet. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 75–90.

Teramo, K. & Leinonen, P. 2001. Diabetes ja raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 509–517.

THL/SVT Tilastoraportti 2011. Viitattu 19.7.2012.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/liitetaulukot/Tr27_11_liitetaulukot.pdf

Uitto, S. 2007. Äitien ja isien kokemuksia sikiöseulonnoista ja saadusta neuvonnasta. Tampere: Tampereen Yliopisto, pdf-tiedosto. Viitattu 26.2.2013.

<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01560.pdf>

Viljamaa, M.-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 212. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, pdf-tiedosto. Viitattu 2.2.2013.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13356/9513914275.pdf?sequen>

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Ylikorkala, O. 2001. Pre-eklampsia ja muu raskaudenaikainen verenpaineen nousu. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 411–419.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A.-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit OY.

Äimälä, A.-M. 2007. Verenvuoto raskausaikana. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen, P. & Äimälä, A.-M. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 385–391.

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Teema 1: Ikääntyvien odottajien yleisyys neuvoloissa

Apukysymykset:

- Millaisia kokemuksia teillä on vanhemmista odottajista?
- Kuinka paljon teillä on kokemusta vanhemmista odottajista?
- Kuinka paljon on ensisynnyttäjiä ja vastaavasti taas uudelleen-synnyttäjiä?

Teema 2: Odottajan korkeamman iän mukana tulevat riskit sekä haasteet terveydenhoitajan työssä

Apukysymykset:

- Miten olet työssäsi huomionnut näitä riskejä ja haasteita (esimerkiksi useampia käyntejä ym.) vai huomioidaanko niitä?
- Miten nämä näkyvät teidän työssänne?
- Tuoko odottajan ikä mukanaan teidän mielestänne haasteita teidän työhönne ja jos tuo, niin millaisia?

Teema 3: Terveydenhoitajan riittävä tietopohja korkeamman iän tuomista riskeistä

Apukysymykset:

- Koetteko, että teillä on terveydenhoitajina tarpeeksi tietoa raskeana olevan korkeamman iän tuomista riskeistä ja haasteista?
- Kaipaisitko täydennyskoulutusta tai muuta vastaavaa tietopakettia aiheesta?

Teema 4: Terveydenhoitaja odottajien tukena

Apukysymykset:

- Miten terveydenhoitajina tuette odottajien psyykkistä hyvinvointia?
- Entä miten tuette vanhemmuutta?
- Millaisissa tilanteissa vanhemmat tarvitsevat mielestänne tukea?

ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSIA YLI 35-VUOTIAISTA ODOTTAJISTA

Esitelmä terveydenhoitajan työmenetelmänä



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön kehittämistehtävä

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, syksy 2013

Henna Wendell



SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	2
3	ESITELMÄ TERVEYDENHOITAJAN TYÖMENETELMÄNÄ.....	2
	3.1 Esitelmän valmistelu ja rakenne	2
	3.2 Äänen ja äänenkäytön merkitys esitelmässä	4
	3.3 Terveydenhoitajan työhön kuuluva opetustyö	4
4	ESITELMÄ ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSISTA YLI 35-VUOTIAISTA ODOTTAJISTA	5
	4.1 Esitelmän suunnittelu	6
	4.2 Esitelmän toteutus.....	6
	4.3 Esitelmän arviointi.....	7
	LÄHTEET	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

Liite 1 Powerpoint-esitys

1 JOHDANTO

Terveydenhoitajaopiskelijoilla varsinaiseen opinnäytetyöprosessiin kuuluu opinnäytetyön lisäksi erillinen terveydenhoitotyön kehittämistehtävä, jonka laajuus on viisi opintopistettä. Kehittämistehtävän tekemiseen on olemassa monia erilaisia vaihtoehtoja. Yleisimpiä kehittämistehtävän muotoja ovat esitelmän pitäminen, oppaiden ja lehtisten tekeminen, erilaiset toimintapäivät sekä artikkelit, jotka on kirjoitettu opinnäytetyön tuloksiin viitaten.

Varsinainen opinnäytetyöni käsitteli äitiysneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaista odottajista. Opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi, min-kälaisia haasteita odottajien korkeampi ikä ja mahdolliset aiemmat sairaudet voivat tuoda äitiysneuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien arkeen. Lisäksi opinnäytetyö suuntautui erityisesti terveydenhoitajan työhön, koska sen avulla löytyi myös ratkaisuja näihin mahdollisiin työhön tuleviin haasteisiin.

Koin tärkeänä, että pääsisin jakamaan varsinaisen opinnäytetyöni tuloksia myös muiden terveydenhoitajien tietoisuuteen. He voisivat mahdollisesti saada opinnäytetyön tuloksista uutta tietoa ja apuja käytännön työhön. Terveydenhoitajien tulee ammattitaitonsa ylläpitämiseksi kehittää jatkuvasti osaamistaan. (Kyrönlahti, Haarala ja Kemppainen 2008, 2). Koulutustilaisuuksien tavallinen esittämismuoto on luento tai esitelmä. Luento vastaa suurempaa kokonaisuutta, kun taas esitelmä on yleensä kertaluonteinen esitys. Viestintä on monimutkainen tapahtuma, jossa kukaan ei ole seppä syntyessään. Käytäntö on opettajana paras ja esittämiskokemusten kartoittaminen on tärkeää. (Kansanen 2000, 132; 164.)

Terveydenhoitajan käytännön työhön kuuluu erilaisten ryhmien ohjausta ja esitelmien pitämistä. Päädyin pitämään esitelmän viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoille Hämeen ammattikorkeakoulussa, koska työelämää ajatellen uskoisin esitelmän pitämisestä olevan itselleni hyötyä. Myös nämä pian valmistuvat opiskelijat saivat esitelmäni kautta uutta tietoa, jota he voisivat sitten tulevassa työssään hyödyntää.

2 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden tulosten tulisi palvella työelämää ja kehittää sitä käytännössä. Kehittämistyön tavoitteena on tehdä parhaiten kohderyhmää palveleva esitelmä. Omana tavoitteenani on jakaa tietoa opinnäytetyöni tuloksista tuleville terveydenhoitajille. Haluan, että tulevat terveydenhoitajat osaisivat jo opiskeluvaiheessa huomioida odottajan korkeamman iän mukana mahdollisesti tulevat riskit raskausaikana.

Tarkoituksena on esitelmän avulla tuoda opinnäytetyön tulokset esille viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoille. Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus saada mukaan käytännön hoitotyöhön kehittämistehtävän avulla.

3 ESITELMÄ TERVEYDENHOITAJAN TYÖMENETELMÄNÄ

Esitys on yleensä kertaluonteinen esitelmä. Esiintyjän panos voidaan parhaiten hyödyntää ajankohtaista aihetta käsittelevän esitelmän muodossa. Esityksen mahdollinen yksisuuntaisuus saattaa olla haittana, koska useimmiten vain esittäjä on äänessä. Hyvä esiintyjä kykenee kuitenkin tekemään esitelmästäkin nautittavan käyttämällä puhutun sanan vaikutustehoa. Myös kuulijoiden omaoimisuus on tärkeää. Esitelmän kuulijoilla tulee olla mahdollisuus esittää esitelmöitsijälle kysymyksiä tai keskeyttää hänet tarvittaessa. (Kansanen 2000, 164-165.)

3.1 Esitelmän valmistelu ja rakenne

Esitelmään valmistautuminen sisältää monenlaista suunnittelua, havaintomateriaalin tuottamista ja hankkimista sekä esitelmän harjoittelun. Lisäksi valmistautumiseen kuuluu esitelmän sisällön kerääminen. Esitelmän onnistumisen tai epäonnistumisen syyn voi lähes aina johtaa valmistautumisvaiheeseen tai siihen, että se puuttuu kokonaan. (Koskimies 2002, 55.)

Klassisessa retoriikassa puhetaito jaetaan viiteen eri osaan, joita ovat sisällön kerääminen ja argumenttien keksiminen, rakenteen laatiminen, kielen ja tyylin muokkaus, kootun ja suunnitellun mieleen painaminen ja puheen esittäminen. Tottunut puhuja onnistuu keskittymään esitelmään ja tilanteeseen kokonaisuutena, kun taas tottumaton puhuja on enemmän huolissaan itsestään ja sisällön paikkansapitävyydestä. Tottumaton puhuja saattaa keskittyä valmistautumisaan hiomaan liikaa esitelmän sisältöä. (Koskimies 2002, 55.)

Esityksen alulla on suuri merkitys. Sen avulla esiintyjä voi antaa itsestään positiivisen kuvan ja herättää mielenkiinnon esityksen aihetta kohtaan. Esityksen alussa kannattaa jo luoda kontakti yleisöön ensin katsekontaktin avulla ja sitten sanallisesti. Sanallisen kontaktin luominen tapahtuu yleensä esittäytymällä yleisölle. Esityksen alussa ja lopussa esitetyt asiat jäävät yleensä parhaiten kuulijoiden mieleen, joten niihin kannattaa sijoittaa esitelmän tärkeimmät

asiat. Alkuvaikutelma esityksessä on ratkaiseva ja loppuvaikutelma on pysyvä. (Marckwort 1999, 53-54, 59-60.)

Hyvänä nyrkkisääntönä esitelmän rakenteesta voidaan pitää sitä, että puhuja kertoo lyhyesti kuulijoille sen, mitä aikoo esitelmässä kertoa. Sitten hän kertoo asiansa ja lopuksi kertaa vielä tiiviisti puhumansa asiat. Tottunut esitelmän pitäjä jättää esitelmäänsä lisäksi joustovaraa yleisön ja tilanteen mukaan. (Koskimies 2002, 63.)

Esitelmän suunnitteluvaiheessa sen keskiosa valmistuu yleensä ensin, sitten lopetus ja viimeiseksi aloitus. Keskiosaa suunnitellessa on hyvä kerätä samalla ideoita myös aloitukseen ja lopetukseen. Aloituksen tarkoitus on herättää kuulijoiden mielenkiintoa. Sen tulee herättää kuulijoiden utelias mielenkiinto eikä tappaa sitä. Aloituksen tulisi auttaa kuulijaa keskittymään meneillään olevaan ja samalla unohtamaan muut mielessä pyörivät ajatukset. Aloitus ratkaisee kuulijoiden mukaan tulon ja sen, kuuntelevatko he esitystä ja millä mielellä he sitä mahdollisesti kuuntelevat. Aloituksella on myös tärkeä rooli ensivaikutelman synnyssä. Siinä ei saa tuhata aikaa, ei venytellä käsiteltävää asiaa eikä aloittaa liian kaukaa. Ensivaikutelma syntyy hetkessä ja sitä on vaikea muuttaa. (Aulanko 1997, 229-230; Kansanen 2000, 79.)

Hyväksi havaittuja ja vaikuttavia aloitustapoja ovat muun muassa väite, tutkimustulos, tilastotieto, tarina, juttu, tilannealoitus tai henkilökohtainen kokemus. Vaikuttavan aloituksen aikaansaamiseksi esiintyjän tulisi vedota kuulijoiden tunteisiin. Tunteiden herääminen herättää myös halun kuunnella puhujaa. Lisäksi kuuntelu herättää ajatuksia ja ajatukset johtavat tekoihin. Mitä paremmin aloitus tempaa kuulijat mukaan, sitä paremmin he keskittyvät kuunteluun. (Aulanko 1997, 232-233; Valonen 2004, 115.)

Esitelmässä käsittely on se osa, johon on yleensä paneuduttu eniten. Käsitteilyosuus onnistuu yleensä varmasti, kun esitelmä on valmisteltu ja sen aloitus onnistuu hyvin. Esitelmän sisällön käsittely riippuu paljolti esitelmän aiheesta ja puheen laadusta. Myös käytettävissä oleva aika sekä kuulijakunnan rakenne vaikuttavat esitelmän sisällön laajuuteen ja käsittelyyn. (Aulanko 1997, 235; Valonen 2004, 116.)

Viimeisenä tulee esitelmän lopetus, jota pidetään yhtä tärkeänä kuin esitelmän aloitusta. Lopetuksen tulisi sisältää vielä jotain mielenkiintoista ja parempaa, kuin siihenastisessa esityksessä on ollut. Hyviä lopetustapoja ovat muun muassa johtopäätös, tiivistelmä, yhteenveto, vetoamus, haaste tai kehoitus. Lopetus kannattaa suunnitella hyvin, koska se ratkaisee, minkälainen kokonaisuus syntyy ja mille mielelle kuulija jää esityksen jälkeen. Parhaiten kuulijoille jää yleensä mieleen esitelmän viimeinen lause. (Aulanko 1997, 235-236; Valonen 2004, 117.)

3.2 Äänen ja äänenkäytön merkitys esitelmässä

Äänellä on tärkeä merkitys esitelmän pidossa. Äänellä voidaan lisätä esiintyjän vakuuttavuutta, uskottavuutta ja tilaisuuden tunnelmaa. Äänellä on merkittävä osuus varsinkin silloin, kun kuulijoille halutaan antaa mahdollisimman huoliteltu kokonaisvaikutelma. Ääni on esiintymisen erillinen osatekijä, vaikka sitä ei voi irrottaa erilliseksi toiminnaksi. Se on aina kiinteässä yhteydessä kokonaisuuteen. (Kansanen 2000, 40.)

Esiintyjän ääneen saattaa vaikuttaa hänen oma suhtautumisensa asiaan ja tilanteeseen, hänen fyysinen olotilansa tai jokin muu seikka. Äänenkäyttö esitelmän pitämisen aikana on sekä tietoista ohjailua että vaistomaista toimintaa. Äänenkäytön tekniikasta puhutaan paljon ja sillä tarkoitetaan äänen tuottoon liittyvää elimistön harjoittelua, hallintaa ja ohjailua. Toinen puoli liittyy elämyksiin ja tunteisiin. Ääntöelimistöä voidaan kehittää harjoittelemalla ja sitä kautta ääneen saadaan mielikuvien avulla useita tunnetiloja ja erilaisia sävyjä. (Kansanen 2000, 40.)

Hyvä ääni on eloisa ja kestävä. Se elävöittää puheen sanomaa ja kestää rannatkin puhetilanteet. Tieto oman äänen laadusta ja mahdollisuuksista on tärkeää, koska sen avulla voidaan merkittävästi parantaa esitelmän pitäjän äänenkäyttöä. Ääni syntyy, kun keuhkoista lähtevä ilmavirta synnyttää äänihuulten läpi kulkiessaan värinää äänihuulissa. Äänihuulissa syntynyt ääni heijastuu sitten nielusta, sekä nenän ja suun onteloista. (Kansanen 2000, 39-40.)

Terveen äänielimistön tarkoituksenmukainen käyttö on oikean äänenkäytön perusta. Sillä on suuri merkitys, koska silloin ääni voi olla luonteva, hyvä, vaivaton ja taloudellinen. Esitelmän pitäjä saattaa etukäteen jännittää tulevaa esiintymistapahtumaa. Lihaskäynnitys häiritsee äänen tuottoa, koska se on fyysinen tapahtuma. Rentoutumalla voidaan hallita ääneen mahdollisesti heijastuvaa jännitystä. (Kansanen 2000, 40-41.)

Luontevaan ulkoiseen esiintymiseen tähdätään rentouden tavoittelulla. Usein sekin saattaa riittää, että tiedostaa itse jännittymät ja pyrkii niistä eroon. Hyvään äänenkäyttöön kuuluu myös oman hengitystoiminnan hallinta niin, että ilmavirran kulkua pystytään hallitsemaan uloshengitysvaiheessa puheen vaahtimusten mukaan. (Kansanen 2000, 41-42.)

3.3 Terveydenhoitajan työhön kuuluva opetustyö

Terveydenhoitajan ammattinimikettä saa käyttää ja terveydenhoitajan ammatia harjoittaa vain terveydenhoitaja, joka on suorittanut terveydenhoitajatuokinnon ammattikorkeakoulussa. Terveydenhoitajalla on laaja ja monipuolinen tehtäväalue. Se sisältää osallistumisen terveystieteiden ja sairauksien ehkäisyyn, niiden varhaiseen toteamiseen ja sairastuneiden hoitamiseen, terveyden edistämisen sekä osallistumisen terveellisen ympäristön suunnittelu- ja kehittämistyöhön. Myös hyviä vuorovaikutustaitoja edellytetään vahvan tietoperustan lisäksi. (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry n.d.; Urjanheimo 2003, 11.)

Ohjaamisella tarkoitetaan hoitotyössä ammatillista toimintaa. Ohjauksen synonyymejä ovat valmennus, koulutus ja kasvat. Terveydenhoitajan on tunnettava ammatillista vastuuta silloin, kun hän antaa ohjausta. Terveydenhoitajan tulee pohtia oman työnsä filosofista ja eettistä puolta. Ohjaajana toimivan terveydenhoitajan on hyvä olla avoin sekä nöyrä oppimaan ja kehittymään myös itse ohjaustilanteiden avulla. (Koistinen 2007, 431-432; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Terveydenhoitajan keskeisenä tehtävänä on vahvistaa ja tukea asiakkaiden omien voimavarojen käyttöä ja elämässä selviytymistä. Terveydenhoitajan ammatillinen vuorovaikutus saattaa sisältää myös neuvomista, tiedottamista ja opettamista. Ohjaus ja oppiminen voidaan hahmottaa prosessina. Siihen kuuluvat opiskeluun ja oppimiseen orientoituminen, uuden aineksen prosessointi, opitun koostaminen ja soveltaminen sekä pohdinta. Ohjauksen tehtävät vaihtelevat usein riippuen siitä, mitä vaihetta pyritään palvelemaan. (Pruuki 2008, 50; Suomen Terveydenhoitajaliitto ry n.d.; Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 11-12.)

Oman esitelmäni kohderyhmänä on suuryhmä. Suuryhmäopetukseen kuuluu, että opiskelijat työskentelevät yhtenä suurena ryhmänä. Suur- ja pienryhmän rajaa voi olla vaikea määrittellä, mutta pienryhmään luetaan yleisesti neljästä seitsemään jäsentä. Opiskelijoiden vuorovaikutus ei voi suuryhmässä olla kovinkaan tiivistä tai aktiivista. Tällöin keskeiseen rooliin nouseekin opettaja tai yksittäinen opiskelija. Opiskelija tai opettaja voi pitää esimerkiksi esityksen, jota muut kuuntelevat. Esitys voi olla esitelmä, luento, alustus tai demonstraatio. Suuryhmän opetusmenetelmänä voidaan käyttää myös kyselyä ja opetuskeskustelua. (Pruuki 2008, 64.)

Suuryhmän etuna voidaan pitää sitä, että koko ryhmä etenee yhtäaikaaisesti. Samalla on mahdollisuus esittää kerralla paljon informaatiota. Menetelmä ei aseta opetustilalle erityisiä vaatimuksia. Menetelmän vaarana voi olla, että vain opettaja on aktiivinen ja opiskelijat ovat passiivisessa roolissa. Näin voi käydä erityisesti silloin, jos esitys on liian pitkä tai se sisältää liikaa informaatiota kerralla käsiteltäväksi. Suuryhmäopetuksen avulla voidaan kuitenkin tarjota mielekästä tietoa opiskelijalle ja koostaa olennaisia malleja tai periaatteita. Suuryhmässä voidaan käsiteltävää aihetta välillä pohtia joko yksin tai parin kanssa, jonka jälkeen siirrytään pohtimaan asiaa koko ryhmän kanssa opettajan johdolla. (Pruuki 2008, 65.)

4 ESITELMÄ ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSISTA YLI 35-VUOTIAISTA ODOTTAJISTA

Työni esitysmuodoksi valikoitui lopulta esitelmä. Pidin esitelmää hyvänä vaihtoehtona, koska esitelmäni kohderyhmänä olivat viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijat. Esitelmäni oli kertaluonteinen. Itselleni tärkeää oli

myös, että sain välittää opinnäytetyössäni selvinnyttä tietoa ja tuloksia pian valmistuville terveydenhoitajille. He voisivat tulevassa työssään mahdollisesti hyödyntää näitä tietoja. Sain myös esitelmän pidosta itselleni lisää esiintymiskokemusta.

4.1 Esitelmän suunnittelu

Suunniteltaessa opetusta on ensimmäisenä hyvä selvittää, mitä opetuksesta on etukäteen sovittu tai säädetty. Mikäli koulutuksen tai opetuksen lyhyen keston, satunnaisuuden tai muun syyn vuoksi ei ole olemassa tarkkaa opetussuunnitelmaa, tulee opettajan selvittää, mitä koulutuksen järjestäjä tai tilaaja odottaa. Vasta tämän jälkeen kannattaa aloittaa tarkempi suunnittelu. Opettajan on myös hyvä selvittää opiskelijoiden tausta, jotta opetuksesta saataisiin mahdollisimman hyvä kokonaisuus aikaiseksi. (Pruuki 2008, 32-33.)

Etukäteen tiesin kohderyhmäni. Tiesin myös sen, että heillä on jo tietopohjaa esitelmäni aiheesta. Tämän vuoksi en kokenut teorian tiedon kertausta olennaisena, vaan mielestäni oli tärkeää keskittyä opinnäytetyön tuloksiin, sekä niiden hyödynnettävyyteen terveydenhoitajan työssä. Ohjaavan opettajani kanssa en sopinut etukäteen mitään tiettyä pohjaa esitelmälleni, vaan sain sen suhteen vapaat kädet.

Esitelmän suunnittelu lähti käyntiin siitä, että kävin läpi opinnäytetyöni tulokset ja mietin, mitä asioita haluan tuoda niistä esille. Päädyin tekemään esitelmäni powerpoint-esityksenä, koska koin sen olevan helpoiten seurattava isolle ryhmälle. Lisäksi sen selkeys vaikutti oleellisesti esitystavan valintaan. Powerpoint-esitykseen opinnäytetyöni tulokset oli myös helppo ryhmitellä. Powerpoint-esitykseen oli valittavissa useita erilaisia taustoja ja itse pyrin valitsemaan sellaisen, joka olisi esitelmälleni sopiva. Halusin sen olevan neutraali, eikä se saanut väreiltään olla liian kirkas tai sekavan oloinen.

Esitelmän kestoa mietin myös etukäteen suunnitteluvaiheessa ja päädyin siihen, ettei se saisi kestoltaan olla liian pitkä. Näin pystyisin säilyttämään kuulijoiden mielenkiinnon koko esityksen ajan, eikä se tuntuisi heistä puuduttavalta. Etukäteen arvioin keston olevan 40–60 minuutin luokkaa.

Esitelmän suunnitteluvaiheessa kävin esitelmän dioja useaan kertaan lävitse, koska halusin pystyä kertomaan niihin liittyvät asiat luontevasti. En halunnut käyttää erillisiä muistilappuja, vaan tarkoituksena oli esittää asiat ilman. Mietin myös etukäteen, että loisin yleisöön välillä katseita ja pyrkisin saamaan katsekontaktia heihin. Katsekontaktilla on mielestäni tärkeä merkitys etenkin siinä vaiheessa, jos yleisö osallistuisi esitelmään kysymällä esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä.

4.2 Esitelmän toteutus

Opetuksen olisi hyvä olla linjakasta. Sisällön, työtapojen, tavoitteiden ja arviointimenetelmien tulee olla sopusoinnussa niin, että ne tukevat parhaiten oppimista. Opettajan tehtävänä on huolehtia, että opiskelijat keskittyvät opetuksessa itse opiskeluun eivätkä johonkin muuhun. (Pruuki 2008, 33, 50.)

Toteutin oman esitelmäni syyskuussa 2013 suurryhmäopetuksena ammattikorkeakoulun tiloissa. Esitelmä päädyttiin pitämään keskiviikkoamupäivän ensimmäisillä tunneilla, mikä oli mielestäni hyvä päätös. Kuuntelijat olivat virkeinä ja jaksoivat hyvin kuunnella heti aamusta. Tilanne olisi ollut varmasti eri, jos kyseessä olisi ollut koulupäivän viimeiset tunnit iltapäivällä. Esitelmäni kuuntelijoina olivat viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijat. Heitä oli yhteensä noin 25. Lisäksi läsnä oli ohjaava opettajani.

4.3 Esitelmän arviointi

Opettajalta ja esitelmän pitäjältä vaaditaan kykyä arvioida omaa työtään ja sen kehittämismahdollisuuksia. Oppimisympäristöt muuttuvat ja opetustilanteet vaihtelevat. Lisäksi jokaisen opiskelijan tilanne on erilainen. Nykyaikana tietotekniikka ja kansainvälisyys lisääntyvät. Ei enää pelkästään riitä, että opettaja tarjoaa opiskelijoille asioista niiden sen hetkisen tietämyksen mukaisen tiedon, koska tiedot lisääntyvät ja muuttuvat kaiken aikaa. Tärkeäksi nousee tietämys siitä, mistä luotettavaa ja ajankohtaista tietoa löytää. (Jaakkola 2007, 31.)

Vaikka opetus olisi perustellusti suunniteltu ja toteutettu, se ei takaa sitä, että kuuntelijat myös oppivat. Arvioinnin tehtävänä on motivoida, todeta, ennustaa ja ohjata. Opettaja voi hankkia palautetta ja selvittää, miten ja mitä kuuntelija on oppinut. Arviointiin kuuluu laajemman näkemyksen mukaan myös opetustapahtuman prosessin arviointi. Se toimii opettajalle palautteena ja orientoi myös muiden asioiden opettamiseen jatkossa. Arvioinnin tärkeimpänä tehtävänä voidaan pitää oppimisen edistämistä. (Itä-Suomen Yliopisto.)

Esitelmän pitäminen oli mielestäni mukavaa. Ennen esitystä minua jännitti kovasti ja samoin vielä esityksen alkuvaiheilla, mutta sitten esitelmän edetessä pystyin jo rentoutumaan. Esitelmän kuuntelijat eli viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijat jaksoivat mielestäni hienosti kuunnella eikä kukaan häirinyt esitelmää millään lailla. Siinä mielessä onnistuin mielessäni tavoitteessani, sillä esitelmän loppupuolella sain opiskelijat osallistumaan keskusteluun ja osa heistä kertoi omia kokemuksiaan aiheeseen liittyen. Erityisesti esitelmän loppuvaiheen koin vuorovaikutteisena juurikin tästä syystä. Esitelmäni kesti kaikkinaisuudessaan noin 30–40 minuuttia ja se oli mielestäni hyvä aika. Ajankäyttö esitelmän suhteen onnistui siis myös hyvin, koska en halunnut esitelmästä liian pitkää ja pitkäveteistä.

Esitelmäni lopuksi annoin jokaiselle kuuntelijalle tyhjän lapun ja pyysin antamaan arvion ja palautetta esityksestä. Pyysin jokaista kirjoittamaan palautteen nimettömänä. Ohjaava opettajani kirjoitti taululle muutamia mahdollisia osa-alueita, joista palautetta olisi hyvä saada. Näitä olivat muun muassa esiintyminen, powerpoint-esitys ja yleisön huomioonottaminen. Opiskelijat jaksoivat hyvin kirjoittaa palautetta. Aihetta ja sen sisältöä kuvailtiin puhuttelevaksi, ajankohtaiseksi, käytännönläheiseksi ja mielenkiintoiseksi. Moni kehui aihetta myös siinä mielessä, että sitä ei ole koulussa kauheasti oppitunneilla

käsitelty, joten he saivat siitä paljon uutta näkökulmaa aiheeseen. Kehuja saivat myös kertomani omat esimerkit oikeasta elämästä. Ne saivat myös kuulijat avautumaan ja kertomaan vastaavasti omista kokemuksistaan. Moni olisi jaksanut kuunnella aiheesta vielä lisää.

Esitys oli sisällöltään mielenkiintoinen. Aihe tuntui läheiseltä ja sen vuoksi olikin erittäin kiintoisaa kuulla aihealueesta enemmän. (Palaute 1.)

Sisältö oli laaja ja monipuolinen. Asia oli mielenkiintoista ja käytännönläheistä. (Palaute 2.)

Hyvä aihe, joka on aika paljon ollut pinnalla. Muutenkin mielenkiintoinen ja olisin melkein halunnut kuulla vielä lisääkin. Suoria lainauksia oli myös kiva lukea ja sisältö oli yleisesti ottaen hyvä. (Palaute 3.)

Powerpoint- esitys koettiin selkeäksi ja havainnollistavaksi, sekä väreiltään hyväksi. Siinä käyttämäni kieli oli kuulijoiden mielestä hyvää ja helppolukuista, sekä siihen lisäämäni terveydenhoitajien kommentit saivat erityisesti kehuja. Esityksen pituutta pidettiin myös juuri sopiva. Se oli kuulemma juuri oikean pituinen ja sen jaksoi kuunnella hyvin loppuun saakka.

Powerpoint- esitys oli hyvä ja selkeä ja sitä sai hyvin täydennettyä puheella. Se oli myös visuaalisesti mukavannäköinen ja tuki esitystäsi hyvin. (Palaute 4.)

Powerpoint- esitys oli havainnollistava ja siihen oli mielestäni koottu kaikki olennainen. Powerpoint- esitys tuki selkeästi esitystä. (Palaute 5.)

Powerpoint- esitys oli havainnollistava ja selkeä, kieli hyvää ja helppolukuista. Mukavaa että mukana oli terkköjen kommentteja. (Palaute 6.)

Äänenkäyttöäni pidettiin selkeänä ja hyvänä. Yhdessä palautteessa mainittiin, että ääntä olisi saanut olla enemmänkin. Mielestäni puhuin kuuluvasti, mutta olisin voinut käyttää ääntäni myös enemmän. Hetkittäin puheeni saattoi olla hiljaisempaa ja näin vaikeammin kuultavaa. Erityisesti luokan takana istuvat olisivat kuulleet puheeni vielä paremmin, jos olisin puhunut kovempaa. Jatkossa keskityn äänenkäyttöäni enemmän ja pyrin puhumaan kuuluvammalla äänellä.

Palautteiden mukaan otin todella hyvin kontaktia yleisöön ja olin kuulijoiden mielestä rennon ja luonnollisen oloinen, sekä esiintymiseni oli uskottavaa. Jännittäminen ei kuulijoiden mielestä välittynyt ollenkaan yleisöön. Yhtenä kehittämisen aiheena palautteista kävi ilmi, että toistoa joistakin asioista oli jonkin verran. Sen huomasi esitelmää pitäessä itsekkin. Huomasin erityisesti

toistavani tiettyjä tuloksia useampaan otteeseen ja mielestäni ehkä vähempikin toisto olisi riittänyt. Kuitenkin moni kuulija oli palautteisiin lisännyt, että toisaalta tärkeät asiat on hyvä kerrata useampaan otteeseen, niin ne jäävät paremmin mieleen.

Esitystapasi oli hyvä ja puhuit rauhallisesti ja selkeästi. Yleisön otit hyvin huomioon ja oli mukavaa, kun aihe herätti myös keskustelua. (Palaute 7.)

Äänenkäyttö hyvää, esiintyminen luontevaa. Huomioit hyvin yleisön. Havainnollistit myös esimerkeillä, niitä oli mielenkiintoista kuulla. (Palaute 8.)

Selkeä esitys, ainakaan yleisölle asti ei välittynyt jännittämisen piirteitä. Hyvä! (Palaute 9.)

Saamieni palautteiden perusteella olen yleisesti ottaen tyytyväinen esitelmääni ja sen sujuvuuteen. Kehitettävää löytyy varmasti aina, koska eihän kukaan ole seppä syntyessään. Tiedostin itse erityisesti sen, että jatkossa minun kannattaa keskittyä vielä entistä enemmän omaan äänenkäyttöni ja välttää toistamasta joitakin asioita liikaa. Liiallinen asioiden toisto on häiritsevää kuulijoiden ja myös puhujan kannalta. Vaikka itse kävin oman esitelmäni läpi useampaan otteeseen ennen varsinaista esitystä, en tajunnut tiettyjen asioiden toistuvan useampaan otteeseen. Minun täytyy siis jatkossa muistaa kiinnittää huomiota myös esitelmäni sisältöön ja käydä se ajatuksella ja huolellisesti läpi.

Loppujen lopuksi uskon kuitenkin, että täydellistä esitelmää ja esitelmän pitäjää ei ole. Olen myös sitä mieltä, että tässä asiassa kokemus toisi lisää varmuutta ja esiintyminen muuttuisi luontevammaksi. Ainakaan esittämistä ei varmaankaan jännittäisi niin paljoa etukäteen. Itse koin tärkeäksi sen, että uskalsin kuitenkin tulevana terveydenhoitajana astua yleisön eteen ja voisin tehdä niin jatkossakin. Tulevaisuudessa terveydenhoitajana työskennellessä esitelmien pitämistä tulee varmasti vastaan ja koin tärkeänä, että sain niistä tämän kehittämistehtävän mukana kokemusta jo opiskeluaikana. Opin myös paljon uutta teorian tietoa esitelmästä ja sen pitämisestä.

LÄHTEET

Aulanko, M. 1997. Rohkeasti puhumaan. Luonteva esiintyminen. Helsinki: WSOY.

Itä-Suomen Yliopisto. Opetuksen suunnittelu. Viitattu 18.9.2013.
<http://www.uef.fi/fi/aducate/opetuksen-suunnittelu>

Jaakkola, K. 2007. Ammatillinen opettajuus – oman pedagogisen ajattelun rakennusaineita. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Kehittämishankeraportti.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/19878/TMP.objres.458.pdf?sequence=1>

Kansanen, A. 2000. Puheviestinnän perusteet. Helsinki: WSOY.

Koistinen, P. 2007. Asiakkaan ja ryhmän ohjaaminen neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 431-438.

Koskimies, R. 2002. Asiantuntijan esiintymistaito. Onnistuneen esityksen kulmakivet. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

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

Kyrönlahti, E., Haarala, P. & Kemppainen, E. 2008. Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen. Suomen Terveydenhoitajaliiton julkaisu. Viitattu 13.9.2013.
<http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10

Marckwort, A. 1999. Ole hyvä esiintyjä ja kouluttaja. Maarianhamina: Mermerus Oy Ab.

Pruuki, L. 2008. Ilo opettaa – tietoa, taitoja ja työkaluja. Helsinki: Edita.

Suomen Terveydenhoitajaliitto ry. n.d. Järjestö. Viitattu 16.9.2013.
http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl_ry/terveydenhoitaja

Urjanheimo, E-L. 2003. Terveydenhoitajatyön tulevaisuus. Terveydenhoitaja 36, 11.

Valonen, H. 2004. Puhu ja esiinny luontevasti. Helsinki: Gummerrus.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY.

ÄITIYSNEUVOLAN TERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSIA YLI 35-VUOTIAISTA ODOTTAJISTA

-Esitelmä terveydenhoitajan
työmenetelmänä

18.9.2013
Henna Wendell
THHTNU09A

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

* Tarkoitus:

-Kartoittaa äitiysneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia yli 35-vuotiaiden odottajien terveydellisten merkityksien arvioinnista raskaudenajan hoidossa.

* Tavoite:

-Kehittää yleisesti äitiysneuvoloiden terveydenhoitajien tietämystä aiheesta ja auttaa heitä ottamaan iän mukanaan tuomat riskit ja haasteet raskaudenajan hoitotyössä paremmin huomioon.

Tutkimusmenetelmä

- * Tutkimusmenetelmänä oli laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus.
- * Haastattelumenetelmänä oli teemahaastattelu, jossa haastateltiin neljää terveydenhoitajaa heidän työpaikallaan.
- * Teemahaastattelussa käytettiin teemahaastattelurunkoa. Haastattelu nauhoitettiin ja se toimi opinnäytetyön aineistona.

Teemahaastattelun aiheet

- * 1. Ikääntyvien odottajien yleisyys neuvoloissa
- * 2. Odottajan korkeamman iän mukana tulevat riskit sekä haasteet terveydenhoitajan työssä
- * 3. Terveydenhoitajan riittävä tietopohja korkeamman iän tuomista riskeistä
- * 4. Terveydenhoitaja odottajien tukena

Tulokset

*1. Ikääntyvien odottajien yleisyys neuvoloissa

- * Haastateltavissa oli kaksi hyvin kokenutta terveydenhoitajaa ja kaksi, joilla kokemusta oli vain alle vuoden verran. Heidän kokemuksensa poikkesivat suuresti toisistaan. Kokeneemmillä terveydenhoitajilla kokemusta oli kertynyt luonnollisesti enemmän.

”Kyllähän sitä kokemusta on yli 35-vuotiaista ehtinyt jo ihan mukavasti kertyä tämän kahdenkymmenen työvuoden aikana.”

- * Haastateltavien mukaan yli 35-vuotiaiden odottajien määrä on kasvanut ja heidän mielestään 35-vuotias on tällä hetkellä niin sanotusti tavallisen ikäinen synnyttäjä.
- * Heidän mukaansa yli 40-vuotiaita odottajia on taas aika harvassa ja heistä suurin osa on uudelleensynnyttäjä.

*2. Odottajan korkeamman iän mukana tulevat riskit sekä haasteet terveydenhoitajan työssä

- * Haastateltavien mukaan odottajien riskit eivät näy käytännön työssä, ellei äidillä ole esimerkiksi entuudestaan jotakin perussairautta. Jokaista odottajaa hoidetaan yksilöllisesti ja riskit pidetään kuitenkin mielessä.
- * Myös pelkkä ikä ei tuo lisäkäyntejä, mutta jos äidillä on jokin seurausta vaativa perussairaus, niin lisäseuranta tapahtuu yleensä äitiyspoliklinikalla sairaalassa.

”Vähän katotaan aina äidin tarpeen mukaan. Jos siellä on jotain sairauksia esimerkiksi riskinä, niin sen puitteissa voi olla, että joutuu ottaa mahdollisesti useemmin. Yleensä, jos on iäkkäämpiä ja heillä on joku perussairaus siä taustalla, niin saattaa olla sitten seuranta myös äitipolilla.”

”Se ikä ei periaatteessa tuo mitään lisäkäyntejä, että ihan normin mukaanhan ne menee.”

- * Teemahaastattelussa ilmeni, että odottajan iän noustessa lähemmäs 40 ikävuotta tai enemmän riskit tuntuvat selvästi kasvavan, vaikka kyseessä olisikin uudelleensynnyttäjä. Paljon haastateltavien mielestä vaikutti äidin oma kunto ja terveydentila.

"Joo reiluja riskejä on, kun ikää alkaa olla enemmän."

- * Korkeamman iän omaavat odottajat ovat vaativampia ja heillä on usein ennalta yksi tai useampi pitkäaikaissairaus. Se tuo suurimmat haasteet terveydenhoitajan työhön.

"Sit jos on jotain pitkäaikaissairauksia, jotka on vähän harvinaisempia, niin sitten niitä hoitojuttuja tarvii selvittää. Kontrolleja ja tämmösiä. Ja tietysti erityisseuranta jossain äitiyspoliklinikalla vai riittääkö tää meidän seuranta. Kaikkee tämmöstä."

"Ja lääkityksiä pitää joskus kontrolloida etukäteen tai heti, kun tulee niin lääkäritä. Ja mitä lääkkeitä saa käyttää, jos ne ei ite tiedä, mutta monet tietää kyllä. Tuntuu, että jos on lääkityksiä, niin ne monesti kyllä sit tietää jo, että saako niitä syödä vai ei."

- * Myös ensisynnyttäjissä ja uudelleensynnyttäjissä on eroja. Ensisynnyttäjät tuovat terveydenhoitajan työhön oman haasteensa, koska he ovat pelokkaampia ja tarvitsevat tietoa ja tukea enemmän.

”Ensisynnyttäjät tietää vähemmän asioita, on pelokkaita, vaativia asiakkaita ja uudelleensynnyttäjät ottaa rauhallisemmin, kun niillä on tietoa.”

- *3. Terveydenhoitajan riittävä tietopohja korkeamman iän tuomista riskeistä

- * Kokeneempien terveydenhoitajien ja vähemmän kokeneiden vastauksissa oli isoja eroja. Vähemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat kokivat välillä tietonsa puutteellisiksi, mutta sanoivat asioiden selvittämisen olevan kuitenkin suhteellisen helppoa.

”Sit ku ite ajattelee, että on niin vähän aikaa ollu terveydenhoitajana, niin tulee aika paljonkin asioita et mitä pitää selvittää ja käydä näiden konkariterkköjen ovilla kolkuttelemassa.”

- * Kaikki terveydenhoitajat eivät myöskään kokeneet juuri odottajan korkeampaa ikää sellaiseksi asiaksi, josta olisi saatava lisätietoa. Heidän mukaansa samoja riskejä ja niiden mukana tulleita sairauksia on nykyään myös nuoremmilla odottajilla. Esimerkkeinä he mainitsivat raskausdiabeteksen ja verenpainetaudin.
- * Terveydenhoitajat kylläkin myönsivät, että vanhemmilla odottajilla on usein pitkäaikaissairauksia ja niiden lääkityksiä, jotka sitten aiheuttavat lisäselvittelyä. Paljon heidän mukaansa riippuu odottajan kunnosta ja voinnista.

*4. Terveydenhoitaja odottajien tukena

- * Parhaiten haastateltavat kokivat tukevansa odottajia kuuntelemalla heitä ja antamalla vastauksia heidän kysymyksiinsä.
- * Odottajan iällä koettiin olevan vaikutusta tuen tarpeeseen. Iäkkäämmät odottajat tarvitsevat enemmän tukea henkisellä ja psyykkisellä puolella, koska he stressaavat suurempien odotustensa vuoksi enemmän.

”lökkäillä on paljon tietoa ja tuntuu, että ne valmistautuu jotenkin kauheen monelta kantilta ja miettii ja pohtii asioita ja suunnittelee ja se tuo niille monesti just sitä lisästressiä. Niillä on niinku stressi siitä äitiydestä ja isyydestä sitten aikamoinenkin.”

”lökkäämillä äideillä on se kuva että niiden pitää olla täydellisiä äitejä. Niillä pitää imetys sujua ja vauvanhoito sujua. Niillä on niin kauheesti odotuksia, että pitää olla niin täydellistä ja kaiken pitää mennä niinku oikein ja sillee kuuluu.”

- * Vanhemmilla odottajilla on myös elämäntilanne yleensä pitkään pysynyt samana ja heidän on pitänyt huolehtia vain itsestään. Senkin vuoksi vauvan mukanaan tuoma muutos tuntuu heistä suurelta. Vanhemmat odottajat tarvitsivat tukea nimenomaan juuri tässä asiassa.

”Joo ja sitten kun sen vauvan pillin mukaan sitten mennään, niin se onkin outoa sitten. Nytkin mulla on 15 vuotta pari ollu yhdessä ja niistäkin tuntuu oudolta, ettei voi sitten mennäkään niinku haluaa. Pitää olla paljon suunnitelmallisempaa elämä.”

- * Vanhemmilla on terveydenhoitaja kohtaan hyvä luottamus, joka on tietenkin rakentunut pidemmän asiakassuhteen aikana. Vanhemmat uskaltavat kysyä heiltä mitä vain ja näin he pääsevät tukemaan vanhempia antamalla heille vastauksia heidän kysymyksiinsä.

”Kyllä mulla on ainakin sellanen mututuntuma, että ne äidit luottaa terveydenhoitajiin ja niiden sanomiseen.”

”Luotto on tuntuman mukaan hyvä. On kuitenkin avoin suhde ja ne uskaltaa kysyä ja monta kertaa kun tavataan niin tullaan tutuiksi.”

Tulosten tarkastelu

- * Vanhempien odottajien määrä on kasvussa äitiysneuvoloissa. 35-40 vuotta on yleinen ikä odottajilla.
- * Suurella osalla vanhemmista odottajista tuntui olevan jo entuudestaan yksi tai useampi perussairaus, jonka hoitamiseen raskauden aikana terveydenhoitajien tuli perehtyä huolella. Samalla se toi oman haasteensa terveydenhoitajien työhön, erityisesti jos kyseessä oli jokin harvinaisempi sairaus.
- * Yllättävää oli, etteivät terveydenhoitajat kokeneet juuri korkeamman iän olevan haaste, vaan juurikin mahdollinen aiempi pitkäaikaissairaus ja sen hoito raskauden aikana.
- * Kuitenkin, mitä vanhempi odottaja on, sitä enemmän hänellä on myös riskejä sairastua raskauden aikana. Yleisimpiä sairauksia raskauden aikana olivat raskausdiabetes ja kohonnut verenpaine. Yllättävän monella oli juuri verenpaine koholla ja se vaati terveydenhoitajilta tiheämpää seurantaa, sekä myös ohjausta mahdollista kotona tapahtuvaa seurantaa varten.

- * Äidin omalla kunnolla on suuri vaikutus riskeihin ja raskauden kulkuun. Mitä paremmin äiti voi, sitä paremmin myös raskaus yleensä sujuu.
- * Terveydenhoitajan työkokemuksella oli tulosten mukaan eniten vaikutusta siihen, tarvitsevatko terveydenhoitajat lisätietoa odottajan korkeamman iän mukana tulevista riskeistä vai eivät. Vähemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat kokivat kaipaavansa lisätietoa. Heidän mukaansa tietoa oli kuitenkin itse helppo hakea ja asioista oli helppo ottaa itse selvää, eli varsinaista tietopakettia aiheesta he eivät kaivanneet.

- * Odottajan korkeampi ikä tuntuu tulosten perusteella tuovan haastetta erityisesti vanhemmuuden ja odottajan jaksamisen tukemiseen. Korkeamman iän omaavat odottajat ovat tulosten mukaan vaativimpia ja heillä on suuremmat odotukset raskausaikaa, synnytystä ja tulevaa lasta kohtaan.
- * Parhaiten odottajia tuetaan kuuntelemalla heitä ja vastailemalla heidän esittämiinsä kysymyksiin. Vanhemmat odottajat tarvitsivat tulosten mukaan eniten tukea siinä, että he jaksaisivat uskoa pystyvänsä huolehtimaan vauvastaan hyvin. Myös pelokkuuden hoitoon tarvittiin paljon tukea ja uskoa siihen, että kaikki voi sujua raskausaikana hyvin riskeistä huolimatta.

- * Viljamaan (2003) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajan toimintaan, sekä neuvolaan lähipalveluna oltiin tyytyväisiä. Samanlaisia tuloksia saatiin myös tämän haastattelun aikana, kun terveydenhoitajat kertoivat odottajien luottavan heidän sanaansa ja tukeensa.
- * Terveydenhoitaja koettiin myös merkittävänä tukihenkilönä, jolta uskallettiin kysyä vaikeampiakin kysymyksiä. Pitkäaikainen ja avoin asiakassuhde omalta osaltaan lisää terveydenhoitajan luotettavuutta.

Johtopäätökset

- * Terveydenhoitajat kokivat pystyvänsä hoitamaan hyvin yli 35-vuotiaita odottajia ja tiedostavat mahdolliset riskit.
- * Vähemmän työkokemusta omaavat terveydenhoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa, mutta sanoivat sen olevan kuitenkin helposti saatavilla.

Opinnäytetyön hyödyntäminen

- * Terveydenhoitajille
 - * uutta tietoa muiden terveydenhoitajien kokemuksista yli 35-vuotiaista odottajista
 - * tuloksia voidaan hyödyntää mahdollisesti myös äitiysneuvolatyön kehittämisessä
- * Jatkokehittämisaiheet:
 - * Vastaavanlainen teemahaastattelu kannattaisi tehdä yli 35-vuotiaille odottajille raskauden aikana tai/ja synnytyksen jälkeen

KIITOS!

