



Lahjasoluvanhemman kohtaaminen neuvolassa - terveydenhoitajien kokemuksia

Lilja Laakso & Fanny Merenheimo-Lääti

2022 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Lahjasoluvanhemman kohtaaminen neuvolassa
- terveydenhoitajien kokemuksia**

Lilja Laakso & Fanny Merenheimo-Lääti
Terveydenhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2022

Lilja Laakso, Fanny Merenheimo-Lääti

Lahjasoluvanhemman kohtaaminen neuvolassa - terveydenhoitajien kokemuksia

Vuosi

2022

Sivumäärä 58

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta lahjasoluvanhempien kanssa äitiys- ja lastenneuvolassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoja lahjasoluvanhempien kanssa sekä selvittää äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutustilanteista lahjasoluvanhempien kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös selvittää, kuinka terveydenhoitajat kokivat oman osaamisensa lahjasoluvanhemmuudesta ja sen näyttäytymisestä lahjasoluvanhemman kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa sekä luoda pohja kehitystyölle äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoihin lahjasoluvanhempien kanssa. Opinnäytetyöllä pyrittiin vastaamaan kysymyksiin millä tavoilla terveydenhoitaja huomioi vastaanotolla lahjasoluvanhemmat ja millaisena terveydenhoitajat kokevat osaamisensa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n ja heidän Helminauha-hankkeensa kanssa. Tietoperustana käytettiin aiheeseen liittyviä kansainvälisiä ja kansallisia tutkimuksia. Aineisto kerättiin sähköisen kyselyn avulla (n=5). Aineiston analyysiin käytettiin induktiivista sisällön analyysia.

Aineistosta nousi kolme pääluokkaa, jotka olivat terveydenhoitaja voimavara- ja lähtöisenä ja dialogisena vuorovaikuttajana, asiakaskohtaamisen moninaisuus ja ammattitaidon ylläpitäminen ja itsensä kehittäminen. Pääluokat jakautuivat edelleen 7 yläluokkaan. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat tuntevat hyvän vuorovaikutuksen piirteet ja osaavat soveltaa niitä työssään. He kokevat kuitenkin, että haluaisivat saada lisää tietoa lahjasoluperheiden kohtaamisen erityispiirteistä ja lahjasolujen käytön psyykkisistä vaikutuksista vanhemmuuteen. Jatkokehitysehdotukseksi nousi koulutus, verkkomateriaali tai vastaava tuotos äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajille lahjasoluvanhemmistä äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaina.

Asiasanat: lahjasolu, vanhemmuus, äitiys- ja lastenneuvola, vuorovaikutus

Lilja Laakso, Fanny Merenheimo-Lääti

Encountering parents of donor-conceived children at maternity and child health clinics - experiences of public health nurses

Year

2022

Pages

58

The purpose of the thesis was to study the experiences of public health nurses encountering parents of donor-conceived children at maternity and child health clinics. The objective of this thesis was to research ways of interaction of public health nurses in maternity and child health clinics and furthermore experiences within encounters with parents of donor-conceived children. Also, the aim of the thesis was to explore public health nurses' experience of their knowledge of parents of donor-conceived children and its effect on the interaction. In addition, the aim of the thesis was to underlay possibilities for further development in the subject. The thesis was meant to answer the research questions; in which ways do public health nurses encounter and how do they experience their competence in the matter.

The theoretical framework of the thesis was gathered of national and international research about the subject of the thesis. A qualitative approach was used in the study, and the data was gathered by an e-form survey. The analysis was conducted using inductive content analysis (n=5). The partner of the thesis was the infertility association Simpukka ry as part of the Pearl project.

Results formed three upper classes and seven subclasses. Upper classes were: public health nurses as resource-based and dialogic interactors, diversity in client encounters, expertise maintenance and personal development. The results of the study showed that public health nurses in maternity and child health clinics know proper interaction protocols and can apply them in their practical work. However, public health nurses feel that they would like more information about the special aspects in encountering parents of donor-conceived children and the mental impact it has on their parenthood. As a suggestion for further development emerged a course or e-material regarding parents of donor-conceived children for public health nurses working in maternity and child health clinics.

Keywords: donated gamete, parenthood, maternity and child health clinic, interaction

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Tahaton lapsettomuus	8
2.1	Sukusolujen lahjoitus ja lahjasoluhoidot	9
2.2	Lahjasoluilla vanhemmaksi	10
3	Lahjasoluvanhemmuus.....	12
3.1	Psyykinen hyvinvointi	14
3.2	Vanhemmuuteen kasvu.....	16
3.3	Tuen tarve	18
4	Neuvola	19
4.1	Vuorovaikutus neuvolatyössä	20
4.2	Lahjasoluvanhemmat neuvolassa	23
5	Terveydenhoitaja ohjaajana.....	24
5.1	Dialogisuus	25
5.2	Ratkaisu- ja voimavaralähtöisyys	27
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	28
7	Laadullinen tutkimus	29
7.1	Sähköinen kysely	29
7.2	Induktiivinen sisällön analyysi.....	31
8	Tulokset	35
8.1	Terveydenhoitaja voimavaralähtöisenä ja dialogisena vuorovaikuttajana.....	35
8.1.1	Voimavaraistava kohtaaminen	36
8.1.2	Myötätuntoinen kohtaaminen.....	36
8.1.3	Dialoginen ohjaus.....	37
8.2	Asiakaskohtaamisen moninaisuus	37
8.2.1	Asiakaslähtöinen ja yksilöllinen neuvolatyö	38
8.3	Ammattitaidon ylläpitäminen ja itsensä kehittäminen	38
8.3.1	Koulutus ja itsensä kehittäminen	38
8.3.2	Terveydenhoitajan reflektiivisyys osaamisensa suhteen	39
8.3.3	Moniammatillisuuden hyödyntäminen	41
9	Pohdinta	42
9.1	Eettisyys	43
9.2	Luotettavuus.....	44
9.3	Johtopäätökset	46
9.4	Vaikuttavuus ja kehittämissuhteet	47
	Lähteet.....	48
	Kuviot	52
	Taulukot	53

Liitteet	54
----------------	----

1 Johdanto

Lapsettomuuden taustalla on monenlaisia syitä, kuten sosiaalisia ja fysiologisia tekijöitä. (Akik, Calleja-Agius, Gouni, Holopainen & Jarašiūnaitė-Fedosejeva 2022, 1; Simpukka ry 2022d.) Lahjoitettujen sukusolujen käyttö lapsettomuushoidoissa on mahdollistanut lapsen vanhemmille, jotka eivät voisi saada lasta omilla sukusoluillaan (Sälevaara 2019, 8). Lahjasoluhoidot ovat monille nais-mies- ja nais-naispareille sekä itsellisille naisille yksi keino toteuttaa haave lapsen saamisesta (Sälevaara 2020).

Lahjoitettuja munasoluja on alettu Suomessa käyttämään lapsettomuuden hoitoon 1990-luvun alussa, siittiöitä noin 10 vuotta aiemmin (Sälevaara 2020). Vuonna 2019 21 % hedelmöityshoidoista tehtiin lahjasoluilla (Heino, Klemetti & Pelkonen 2021). Vuosittain Suomessa syntyy noin 150-200 lasta lahjamunasolujen ja noin 300 lahjasiittiöiden avulla (Sälevaara 2020).

Lapsettomuus vaikuttaa voimakkaasti sitä kokeviin henkilöihin. Se kuormittaa mielenterveyttä ja aiheuttaa kriisin. (Akik ym. 2022; James & Singh 2018.) Ennen kun päädytään kokeilemaan lahjasoluja, on taustalla jo monia tunteita. Lahjasolujen käyttöä harkittaessa syntyy lisää riskiä tunteita; toisaalta luopumisen tuskaa siitä, että lapsi on biologisesti oma ja toisaalta toivoa saada lapsi. Jos lapsi lopulta onnistutaan samaan, tietää hän olevansa vanhemmillensa erityisen toivottu. (Simpukka ry 2019.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään lahjasoluhoidojen avulla lapsen saavia, kuten itsellisiä naisia, nais-naispareja sekä nais-miespareja; yhteisesti lahjasoluvanhempiä. Lähes kaikki heistä ovat neuvolan asiakkaita lahjasoluhoidoilla raskautumisen jälkeen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022e). Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta lahjasoluvanhempien kanssa äitiys- ja lastenneuvolassa. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoja lahjasoluvanhempien kanssa sekä selvittää äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutustilanteista lahjasoluvanhempien kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on myös selvittää, kuinka terveydenhoitajat kokevat oman osaamisensa lahjasoluvanhemmuudesta ja sen näyttäytymisestä lahjasoluvanhemman kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa sekä luoda pohja kehitystyölle äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoihin lahjasoluvanhempien kanssa.

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n ja heidän Helminauha-hankkeensa kanssa. Simpukka ry tuottaa ja jakaa tietoa lapsettomuudesta ammattilaisille, sitä kokeville ja heidän läheisilleen (Simpukka ry 2022a). Helminauha-hanke on vuonna 2019 alkanut Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama Simpukka ry:n hanke, jossa tuotetaan tietoa lahjasoluvanhemmuudesta (Simpukka ry 2022b).

2 Tahaton lapsettomuus

Lapsettomuus voi olla vapaaehtoista tai tahatonta. Usein tahattoman lapsettomuuden taustalla on hedelmättömyys eli jokin lääketieteellinen syy. (Akik ym. 2022, 1.) Nais-naispareilla ja itsellisillä naisilla tahattoman lapsettomuuden taustalla on sosiaalisia tekijöitä. Näin ollen heidän hedelmöityshoitokokemuksensa eroavat nais-miespareista. Tämä seikka vaikuttaa heidän kokemukseensa raskaudesta ja vanhemmuudesta verrattuna nais-miespareihin vastaavassa tilanteessa. (Sälevaara 2020.) Itsellisen naisen ensisijainen ajatus on usein ollut löytää kumppani, jonka kanssa hankkia lapsia, joten heidänkin kohdallansa voidaan puhua lapsettomuudesta (Kashmeri 2020, 165). Nais-miespareilla tahattomasta lapsettomuudesta puhutaan, kun raskaus ei ala vuoden yrittämisen jälkeen (Heino, Klemetti & Pelkonen 2021; Akik ym. 2022, 1). Tahattomasta lapsettomuudesta kärsii noin joka kahdeskymmenes nais-miespari (James & Singh 2018, 297). Länsimaissa vastaava luku on noin joka kuudes. Heistä noin 60 % hakeutuu lapsettomuustutkimuksiin- ja hoitoihin. Hoitojen avulla lapsen saa 50-60 % hoitoihin hakeutuneista nais-miespareista. (Heino, Klemetti & Pelkonen 2021.)

Lapsettomuus ei ole historiassa ollut täysin hyväksyttävää. Erityisesti naisten olisi kuulunut saada lapsia. Äitiys kuvasti turvaa, jatkuvuutta ja pyyteetöntä rakkautta. 1900- ja 2000-luvun alussa lapsien saaminen ja äitiys olivat tärkeitä saavutettavia asioita elämässä. Lasten saaminen oli sosiaalisesti tärkeää, sillä lapsettomuus saattoi aiheuttaa stigman ja aiheuttaa ongelmia paitsi parisuhteessa myös maineelle. (Akik ym. 2022, 2-3.) Usein ajateltiin, että jos mies kykeni yhdyntään, kykeni hän myös siittämään ja että lapsettomuuden taustalla oli naisen hedelmättömyys. Asenteet lapsettomuutta kohtaan ovat kuitenkin pehmenneet 1900-luvun puolivälistä lähtien. Tämä johtui vapaaehtoisen ja elämäntilannelapsettomuuden lisääntymisestä ja ehkäisymenetelmien kehittymisestä. (Akik ym. 2022, 15-16.) Elämäntilannelapsettomuus on tahattoman lapsettomuuden muoto, jossa henkilöllä ei ole tiedossa mitään fysiologista syytä lapsettomuudelle, mutta hän kokee olevansa tahattomasti lapseton. Syynä voi olla esimerkiksi kumppanin puute, parisuhteessa eriävät mielipiteet lasten hankkimisesta tai seksuaalisen suuntautumisen aiheuttama este saada kumppanin kanssa lapsia ilman ulkopuolista apua. (Simpukka ry 2022d.)

Lahjasoluilla lapsen saavien kokemuksia on tutkittu kansallisesti ja kansainvälisesti. Tutkimuksia löytyy muun muassa lapsettomuushoidoista ja sen vaikutuksesta mielenterveyteen ja äitiyden rakentumiseen sekä tuen tarpeeseen. Tutkimuksissa käsitellään itsellisiä naisia, nais-miespareja ja nais-naispareja. (Kashmeri 2020; Lehto 2020; Punamäki ym. 2018; Sälevaara 2019, 2020 & Tervonen 2019.) Seuraavissa kahdessa luvussa perehdytään muun muassa näihin tutkimuksiin.

2.1 Sukusolujen lahjoitus ja lahjasoluhoidot

Sukusoluja voi luovuttaa syyskuussa 2007 voimaan astuneen Suomen hedelmöityshoitolaain (1237/2006) mukaisesti tuntemattomalle tai tuntemalleen henkilölle (Sälevaara & Söderström-Anttila 2018). Hedelmöityshoitolaissa määritellään edellytykset hedelmöityshoidon antamiselle sekä sukusolujen luovutukselle ja varastoinnille (Savolainen-Peltonen & Tiitinen 2019). Luovuttajan tulee rekisteröityä yhteiseen luovuttajarekisteriin, jonka tiedot voidaan antaa hoitojen myötä syntyneelle lapselle hänen täyttyessä 18 vuotta. Edellytyksenä sukusolujen luovutukselle ovat, että luovuttaja on terve, täysi-ikäinen eikä hänellä ole vakavia perinnöllisiä sairauksia tai tarttuvia tauteja, mitkä voivat aiheuttaa haittaa lapselle tai sukusolujen saajalle. (Sälevaara & Söderström-Anttila 2018.) Sukusoluja lahjoittavan ja hedelmöityshoidon saajan neuvonnan pitää olla erityisen tarkkaa. Lahjoittajille tehdään terveystarkastus ja -tarkastus, jossa otetaan muun muassa gonokokki-, klamydia-, B- ja C-hepatiitti sekä HIV-testit. (Savolainen-Peltonen & Tiitinen 2019.)

Lahjoittaja käy läpi munasarjojen stimulaation ja munarakkulanpunktion ennen munasolujen keräystä. Kerätyt munasolut hedelmöitetään laboratoriossa maljassa (koeputkihedelmöitys) tai mikrohedelmöityksellä käyttämällä joko pariskunnan omia tai lahjoitettuja siittiöitä. Laboratoriossa kehittynyt alkio siirretään munasolun saajan kohtuun ja ylimääräiset alkiot pakastetaan. Vaihtoehtoisesti voidaan pakastaa lahjoittajan munasolut munasolupankkiin myöhempää ajankohtaa varten. (Sälevaara & Söderström-Anttila 2018.) Lahjoitettu sperma pakastetaan ja otetaan käyttöön aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua, mikäli kontrollitutkimuksissa kaikki tulokset ovat olleet normaaleja. Saman lahjoittajan sukusoluilla voidaan saattaa alkuun raskaus enintään viidessä perheessä. (Savolainen-Peltonen & Tiitinen 2019.) Luovutettujen alkioiden käyttö voi tulla kysymykseen, mikäli hoidon syynä on samanaikainen naisesta ja miehestä johtuva lapsettomuus (Tulppala 2019, 9). Julkisen sektorin lahjasoluhoidoissa ei käytetä ulkomaisten sukusolupankkien sukusoluja (Simpukka ry 2021).

Lahjasoluhoidot toteutetaan nimensä mukaisesti toiselta henkilöltä lahjana saaduilla sukusoluilla, jota edeltää lahjoittajan huolellinen valinta ja terveystarkastus (Simpukka ry 2022e). Terveystarkastuksen yhteydessä sukusolujen lahjoittajasta voidaan kerätä tietoja, jotka kuvaavat ihon, silmien ja hiusten väriä, pituutta sekä etnistä alkuperää. Luonteenpiirteitä tai erityislahjakkuuksia ei kirjata. Lapsen ominaisuuksiin vaikuttaminen sukusoluja tai alkioita valikoimalla on mahdollista vain silloin, kun pyritään turvaamaan syntyvän lapsen terveys. Toinen syy valikoinnille on, että lapsi muistuttaisi ulkonäöltään vanhempiaan, jos he näin toivoivat. (Tulppala 2019, 13.) Esimerkiksi Kanadassa munasolua valittaessa, tulevat vanhemmat haluavat, että lapsi muistuttaa ulkoisesti mahdollisimman paljon tulevaa äitiä. Sen koetaan vahvistavan suhdetta lapseen. (Kashmeri 2020, 167.)

Lahjasoluhoidoja tarjotaan yksityisellä sektorilla sekä vuoden 2019 lopun jälkeen myös kunnallisella sektorilla. Julkisen terveydenhuollon varoin hoidoja saavat nais-miespariskunnat, nais-parit ja itselliset naiset. Lahjasoluhoidojen kriteerit julkisella sektorilla on luotu yliopistosairaaloitten kansallisessa työryhmässä yhteistyössä niin, että kaikki hoidoja tarjoavat yliopistosairaalat noudattavat samoja kriteereitä. Hoitopäätös tulee tehdä ennen kuin hoitojen kohteena oleva nainen on täyttänyt 40 vuotta, mutta hoidot voidaan toteuttaa yli 40-vuotiaana, jos hoitopäätös on tehty alle 40-vuotiaana. Lahjasoluhoidoja hakevan painoraja on sama kuin hedelmöityshoidoissa omilla soluilla, BMI tulee olla 19-35 välillä. Lahjasoluhoidoihin hakeutuvalla voi olla yksi lapsi ennestään, pariskunnalla voi olla ennestään yksi yhteinen lapsi. (Simukka ry 2021.)

Suomessa lasta haluavat voivat joutua eriarvoiseen asemaan hedelmöityshoitojen suhteen. Erityisesti mies-miespareilla on hankalaa saada lapsia, koska sijaissynnytys ei ole laillista Suomessa. Mies-miesparit voivat adoptoida, mutta usein heitä syrjitään, kun valitaan adoptiovanhempia. (Akik ym. 2022, 22.) Naisen ikä näyttäisi vaikuttavan siihen, miten häneen suhtaudutaan itsellisesti lasta hankkivana. 30-38-vuotiaana on hyväksyttävää saada hoidoja. Nuoren naisen mahdollisten tulevien aviollisten suhteiden katsotaan kärsivän siitä, että hankkisi yksin lapsia. Hoitojen katsotaan antavan nuorelle naiselle mahdollisuuden ohittaa miehen etsiminen ja perheen perustaminen yhdessä. Toisaalta, mikäli nainen on yli 40, hänen katsotaan olevan liian vanha hankkimaan enää lapsia ja hoidoja ei enää haluta tarjota. (Kashmeri 2020, 177.)

Äitiyteen liitetään erilaisia ennako-odotuksia kuten oletus biologisesta äitiydestä, raskaaksi tulemisen helppoudesta ja raskausajan onnellisuudesta. Tahaton lapsettomuus voi aiheuttaa sen, että yksi tai useampi näistä odotuksista ei täyty. Lasten saamisen ajatellaan olevan luonnollinen ja jopa itsestään selvä osa elämänsuunnitelmia ja parisuhteen jatkumoa. Hedelmöityshoidoja saavat kuvaavatkin hoitojen olevan luonnottomia, vastenmielisiä ja häpeällisiä. Tämä johtuu siitä, että tarvitaan apua intiimiin ja yksityiseen asiaan. Kokemus siitä, ettei tule raskaaksi ilman hoidoja luo häpeän ja huonommuuden tunnetta verrattuna muihin naisiin. Hoitoihin hakeutumisen taustalla voi ajatella olevan yhteiskunnan paine äitiyden tavoitteluun. (Lehto 2020, 51-52.)

2.2 Lahjasoluilla vanhemmaksi

Lahjasolut mahdollistavat lasten hankkimisen nais-naispareille sekä nais-miesparit, joilla ei ole mahdollista saada lapsia omilla sukusoluillaan (Sälevaara 2020). Lahjasoluhoidot mahdollistavat myös naiselle lapsen hankkimisen omillaan ilman pitkäaikaista nais-miesparisuhdetta (Kashmeri 2020, 166). Lahjasukusoluhoidojen lääketieteellisiä syitä voivat olla sukusolujen vähyys, niiden puuttuminen tai heikko laatu (ennenaikaiset vaihdevuodet, hormonaaliset syyt, aiemmat syöpähoidot, Sertoli cell only -oireyhtymä), geneettiset syyt (Turnerin oireyhtymä,

y-deleetio, Klinefelterin oireyhtymä) sekä toistuvat epäonnistumiset omilla sukusoluilla. (Sälevara 2020.)

Inseminaatiota eli keinosiemennystä (IUI) käytetään monesta eri syystä johtuvan lapsettomuuden hoitoon. Inseminaatiohoidon indikaatioita eli käyttöaiheita ovat miehillä erilaiset lievät siemennesteviat. Naisesta johtuvia indikaatioita ovat servikaalinen tekijä ja selittämätön lapsettomuus. Inseminaatiossa voidaan käyttää joko puolison siemennestettä tai luovuttajan siemennestettä (AID). Luovuttajan siemennestettä käytetään inseminaatiossa, jos miehellä on hoitoresistentti atsoospermia eli ei mitattavissa olevaa määrää siittiöitä tai vaikea oligoastenoospermia eli heikosti liikkuvia siittiöitä. (Savolainen-Peltonen & Tiitinen 2019.)

Lahjasoluhoidot alkavat lääkärin arvioilla, jossa arvioidaan parin tai itsellisesti hoitoihin lähtevän hedelmällisyyttä ja terveydellisiä edellytyksiä lahjasoluhoidojen suhteen. Tapaamisessa annetaan perustietoa lahjasoluilla tehtävistä hoidoista, hoitoja koskevasta lainsäädännöstä ja onnistumisen mahdollisuuksista. Ennen lahjasoluhoidojen aloittamista tarvitaan hoitopäätös. Lääkäri arvioi myös yleistä terveydentilaa sekä edellytyksiä turvalliselle raskaudelle ja synnytykselle. Tapaamisessa yleensä tehdään gynekologinen tutkimus ja synnytinelinten ultraääni-tutkimus sekä tarvittaessa munajohtimien aukiolotutkimus. Ennen lääkärin vastaanottoa tutkitaan laboratorionkokein hormoniarvoja sekä virtsasta klamydia ja tippuri. (Simpukka ry 2022e.)

Suomessa lahjasoluhoidoja läpikäyvät saavat neuvontaa ja tukea jo ennen hoitojen aloitusta lahjoitetuilla sukusoluilla. Tämä on kirjattu hedelmöityslakiin (1237/2006). Laki velvoittaa lahjasukusoluhoidoja tarjoavan tahon antamaan lahjasukusoluneuvontaa ennen hoitoa (Sälevara 2020). Myös Kanadassa kaikki luovutettuja sukusoluja tai sijaissyntyttäjää käyttävät tapaavat psykologia ennen hoitoja. Nais-naispareille lapsettomuushoidot vaikuttavat Kanadassa olevan melko suoraviivaisia. Nais-naispareilla hoitoon kuuluu vain sperman valinta ja inseminaatio. Mies-miesparien lapsettomuushoidoista ei puhuta. (Kashmeri 2020, 95.)

Naisen munasarjojen tulee tuottaa munasoluja, jotta raskaus voisi alkaa. Munasolujen tulisi kypsyä ja irrota, eli tapahtua ovulaatio. Mikäli ovulaatio ei tapahdu luonnostaan, tarvitaan lääkehoidollista apua, jolloin puhutaan ovulaation induktiosta eli munarakkulan kypsytyshoidosta. (Simpukka ry 2022e.) Koeputkihedelmöitystä (IVF) voidaan käyttää lähes kaikissa lapsettomuusongelmissa. Koeputkihedelmöitys kehitettiin erityisesti tilanteisiin, joissa munajohtimien vaurio oli hedelmättömyyden syynä. Nykypäivänä koeputkihedelmöitystä käytetään yleisesti lapsettomuushoidoissa oleville, kuten endometriosista tai selittämättömästä lapsettomuutta kokeville. Koeputkihedelmöitys tarjoaa myös mahdollisuuden lahjoitettujen sukusolujen käyttöön. Lahjoitettujen munasolujen, siittiöiden sekä luovutettujen alkioiden käyttö on lain mukaan mahdollista IVF-hoidoissa. (Savolainen-Peltonen & Tiitinen 2019.) Koeputkihedelmöitykseen voidaan tarvittaessa liittää mikrohedelmöitys (ICSI), jossa yksittäinen siittiö viedään suoraan munasolun sisään ohuen lasineulan avulla. Mikrohedelmöitystä käytetään

miehestä johtuvan lapsettomuuden hoitona, kun siittiöiden laatu tai määrä on selkeästi alentunut tai jos hedelmöitymisessä on ollut muuten vaikeuksia. (Simpukka ry 2022e.)

Munasolun saajan kohdun limakalvoa valmistellaan estrogeenin ja progesteronin avulla vastaanottokykyiseksi alkioille. Mikäli munasolun saajalla on kuukautiskierto, voidaan lisäksi käyttää agonistihoitoa estämään ovulaatio sekä sovittamaan saajan kohdun limakalvon proliferaatiovaihe (munarakkulan kypsymisvaihe) yhteen luovuttajan munasarjojen stimulaation kanssa. Hormonihoitoa jatketaan raskausviikolle 12, jonka jälkeen se lopetetaan annosta vähitellen pienentämällä. (Sälevaara & Söderström-Anttila 2018.)

Alkion pakastus on yksi olennainen osa koeputkihedelmöitystoimintaa ja edellyttää parin sekä hoitoyksikön allekirjoittamaa määräaikaista, tarvittaessa uusittavaa sopimusta. Toimintaa sääntelevät hedelmöityshoitolaki (1237/2006) ja kudoslaki (101/2001). Alkiot pakastetaan tavallisimmin käyttäen nopeaa jäädytystä eli vitrifikaatiota. Sulatettuja alkioita voidaan siirtää kohtuun luonnollisen kuukautiskierron, munarakkulan kypsytyshoidon tai hormonihoito-kierron aikana. Nykypäivän pakastus- ja sulatusmenetelmin jopa 90 % alkioista selviytyy siirtokelpoisina. (Savolainen-Peltonen & Tiitinen 2019.)

Koeputkihedelmöityksellä alkaneissa raskauksissa on enemmän alkuraskauden verenvuotoja, istukan kiinnittymishäiriöitä, raskauden aikaista verenpaineen nousua, pre-eklampsioita, raskausdiabetesta ja synnytyksen jälkeistä verenvuotoa (Heino, Klemetti & Pelkonen 2021). Yksikiöisissä lahjamunasoluraskauksissa esiintyy pre-eklampsiaa 9-17 % ja ennenaikaisen synnytyksen riski on 10-24 %. Vastaavat luvut ovat 1-3 % ja 6-19 % omalla munasolulla tehtyjen hoitojen yhteydessä. Lahjasiittiöiden käytön ei tiedetä kohottavan raskausriskejä. (Sälevaara 2020.)

3 Lahjasoluvanhemmuus

Itsellisesti lapsia hankkivien asennoituminen vanhemmuuteensa on positiivista. Vaikka elämässä olisi tullut vastoinkäymisiä vastaan, on itsellisen äidin asenne vanhemmuuteen ja elämään positiivinen. Lapsen biologien alkuperän kertominen on myös suurimmalle osalle luontevaa. Itselliset äidit osaavat olla kiitollisia äitiydestään. Vaikka lapsi on saatu itsellisesti, vanhemmuutta pidetään luonnollisena. Ainoa ero kahden vanhemman perheeseen on se, että toista vanhempaa ei ole. Muutoin vanhemmuus koetaan samanlaisena. (Tervonen 2019, 28-29.) Itsellisesti lapsen saaminen on henkilökohtainen prosessi. Itsellisesti äidiksi haluavat eivät kuvaa yksin lapsen saamista valinnaksi. He kokevat, että tämä on olosuhteiden sarjan tulos, mihin he eivät ole voineet vaikuttaa. Samalla he kokevat matkan äidiksi merkitykselliseksi ja pitkällisen harkinnan tuloksena. (Kashmeri 2020, 164, 169.)

Itsellisyys nähdään sekä heikkoutena että vahvuutena. Toisaalta koetaan pärjäävän hyvin yksin ja asioista on mukava päättää yksin. Toisaalta taas haastavissa tilanteissa olisi mukavaa, että olisi joku toinen aikuinen, jonka kanssa jakaa vastuuta. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi, se kun lapsi on sairaana, lapsella on uhmaa tai on jokin iso asia, josta pitää päättää. Myös ilot haluttaisiin jakaa jonkun kanssa. Vastuu koetaan joissain tilanteissa raskaana, kun sitä ei voi jakaa kenenkään kanssa. Itselliset äidit kokevat myös, että olisi kiva olla lapsen lisäksi myös aikuista seuraa. (Tervonen 2019, 27.)

Brittiläisessä tutkimuksessa nais-miesparit kokivat lahjasoluilla lapsen saamisen vaikuttavat heidän aikuisuuteensa ja olevan häiriö seuraaville sukupolville heidän sukupuussansa. Itsellisillä äideillä ei usein ole tätä ajatusta, sille he ajattelevat enemmän sitä, että saavat perustaa oman pienen perheensä eikä niinkään suvullista jatkuvuutta. Mikäli itsellisesti lapsen saavan taustassa on keskenmenoja edellisistä parisuhteista miehen kanssa, on ajatus geenien siirtymisestä kuitenkin voimakas. Ajatus siitä, että lapsi on oma ja että luovuttajaa pyritään häivyttämään kuviosta, menee niin pitkälle, että oman terveyden katsotaan takaavan terve jälkeläinen. Lahjoittajan mahdollisia piileviä geneettisiä virheitä ei ajatella tai oteta huomioon niiden mahdollisuutta. Itsellisesti lapsia saava usein kuvittelee, millainen lahjoittaja on. Heidän tulee luottaa siihen, että spermapankki valitsee lahjoittajiksi vain terveitä miehiä. Toisaalta eihän parisuhteessakaan ajatella että ”hei en hanki kanssasi lapsia, kun sinä olet sairas”, jos kumppanilla on esimerkiksi allergioita tai suvussa joitain sairauksia. (Kashmeri 2020, 169-172.) Britanniassa itsellisesti lapsen saava haluaa samaan aikaan tietää mahdollisimman paljon lahjoittajasta ja pyyhkiä lahjoittajan olemassaolo korostamalla, että lapsi on hänen oma. Quebecissä Kanadassa itsellisesti lapsen hankkivat haluavat ajatella sitä, kuinka lapsi tulee muistuttamaan heitä, eivätkä kahden yksilön yhdistelmää; itsensä ja lahjoittajan. (Kashmeri 2020, 167-168.)

Sälevaara (2019, 8,10) tutki muun muassa, kuinka lahjasoluvanhemmat kertovat lähipiirilleen ja lapselleen hänen alkuperästään. Lahjasoluvanhemmat joutuvat pohtimaan, kuinka kertoa lapselle alkuperästään. Tutkimuksen mukaan noin 60 % olivat jo kertoneet tai aikoivat avoimesti kertoa lapselle alkuperästään. Tutkimuksessa selvisi, että vanhemmat olivat lähtökohdaisesti avoimia lapsen alkuperästä, ja erityisesti nuorempien lasten kohdalla. Vanhemmat eivät kokeneet huolta luovuttajasta ja kokivat lapsen omakseen.

Siru Lehto (2020, 54-56, 58) keräsi väitöskirjaansa varten kirjoitelmia hedelmöityshoitoja saaneilta nais-miesparisuhteessa olevilta naisilta. Hän täydensi aineistoa haastattelemalla tutkimukseen osallistuneita. Vastauksissa pyydettiin kertomaan äitiyteen liittyvistä odotuksista, äidin identiteetin rakentumisesta sekä selviytymisestä ilman tukea tai tuen avulla. Hän tunnisti väitöskirjassaan neljä erilaista äitiyden identiteetin rakentumistarinaa; murtunut äitiys, taisteltu äitiys, opeteltu äitiys ja löydetty äitiys. Murtuneessa äitiydessä lapsettomuuskokeemus liitetään osaksi omaa äitiyttä. He ovat läpikäyneet identiteettikriisin ja jälkeensä

heillä on ristiriitaisia tunteita. Toisaalta iloa lapsesta ja toisaalta surua lapsettomuudesta. Tällaiset äidit kuvaavat äitiyttä elämän tarkoitukseksi ja ovat hyvin sitoutuneita äitiyteen. Taisteltu äitiys korostaa lapsettomuushoitoja rankkana ja pitkänä kokemuksena, jota käydään oman jaksamisen ja terveyden kustannuksella. Opeteltu äitiys korostaa lapsettomuutta elämän käännekohtana. Siihen kuuluu pitkä psyykinen prosessi, jossa kasvaa hitaasti äidiksi. Löydetyssä äitiydessä taustalla ei ole kovia odotuksia lasten saamiselle. Hoitoihin on saatettu lähteä puolison ehdotuksesta ja tunteet ovat ristiriitaisia. Vasta lapsen synnyttyä kokee kasvun äidiksi alkavan.

3.1 Psykinen hyvinvointi

Vanhempien psyykinen hyvinvointi heijastuu koko perheen hyvinvointiin (Sälevaara 2020). Psykkistä tukea tarvitaan sekä lapsettomuustutkimusten että -hoitojen aikana (Tiitinen 2022). Hedelmällisyystutkimusten ja hedelmöityshoitojen takia suhde omaan kehoon ja suhteen intiimielämä saattavat kärsiä, kun sukupuolielimiä, seksielämää ja naisen kuukautiskiertoa tarkastellaan kriittisesti lääketieteen ammattilaisten kanssa. Mies saattaa joutua masturboimaan purkkiin inseminaatiota varten, mikä voi vaikuttaa seksielämään. (Akik ym. 2022, 32.) Hedelmättömyys herättää väistämättä monenlaisia tunteita, kuten häpeää, surua ja arvottomuuden ja nöyryyksen tunteita. Nämä tuntemukset ovat tavallisia, kun ulkopuolisia joudutaan kutsumaan parin yhteiselämän kaikkein intiimeimmälle alueelle. (Tiitinen 2021.)

Tahaton lapsettomuus aiheuttaa traumaattisen kriisin ja voi vaikuttaa voimakkaasti mielen-terveyteen. Tahattoman lapsettomuuden kokemisen käynnistämä prosessi voidaan nähdä monivaiheisena prosessina, joka on jokaiselle erilainen. Lapsettomuus voi ruokkia jopa eroajatuksia. (Akik ym. 2022, 15, 32.) Tahaton lapsettomuus vaikuttaa suuresti siitä kärsivien elämään ja identiteettiin (James & Singh 2018, 297; Akik ym. 2022, 32). Ajan mittaan se aiheuttaa epämiellyttäviä tunteita (Akik ym. 2022, 1). Nämä tunteet ovat monimutkaisia. Tyypillisesti ne ovat tunteita oman lapsen saamisen ja perheeksi kasvamisen mahdollisuuden menettämisestä. Lapsettomuuden kokemuksen tiedetään aiheuttavan myös stressiä, loppuun palamisen tunnetta, vihan tunnetta sekä tunnetta elämän hallinnan puutteesta ja epätäydellisyydestä (James & Singh 2018, 297-298).

Lapsitoive ja vauvan syntymä voivat aktivoida aikaisempia traumaattisia kokemuksia tai niitä voi syntyä tässä elämänvaiheessa. Traumatisoitumisella tarkoitetaan yksilön sietokyvyn ja selviytymiskeinot ylittävää kokemusta. Perinataalikaudella eli ajanjaksolla ennen syntymää, syntymän aikana ja pian syntymän jälkeen vanhemmat voivat altistua traumaattisille kokemuksille. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa lapsettomuus ja lapsettomuushoidot, keskenmenot ja kohtukuolemat, objektiivisesti ja subjektiivisesti hankala raskaus, synnytyskokemukset ja -komplikaatiot sekä koettu oma, puolison ja vauvan hengenvaara. Aikaisempiin lapsettomuusongelmiin, raskauksiin ja synnytyksiin liittyvät traumakokemukset voivat uudelleen

aktivoitua vanhempien toivoessa tai odottaessa seuraavaa vauvaa tai synnytyksen aikana. Lasta odottavan puoliso voi myös traumatisoitua, mikä jää herkästi huomaamatta. (Isosävi, Airo & Rouhe 2022.)

Lapsettomuus aiheuttaa suruprosessin, joka koetaan erilaisena kuin esimerkiksi läheisen kuolema. Lapsettomuuden aiheuttamat tunteet ovat kuitenkin yhtä vahvoja kuin rakkaan menettämisen. Suruprosessissa käydään läpi, ettei ole mahdollista saada omia biologisia lapsia. Tämän hyväksyminen voi olla vaikeaa. (James & Singh 2018, 297-298.) Lapsettomuutta kohtavilla on usein tarve hakea ja saada tietoa lapsettomuudesta ja hedelmättömyydestä (Akik ym. 2022, 34). Suurta surua aiheuttaa myös raskauskauden keskeytyminen. Menetyksillä on kauaskantoiset vaikutukset aiheuttaen muun muassa ahdistusta. Menettämisen tunteet ovat yleisiä lapsettomuudesta kärsivillä eri vaiheissa tutkimuksia ja hoitoja. Eniten ahdistusta koetaan, kun raskaus ei ala yrityksistä huolimatta. Ahdistusta ei aiheuta ainoastaan raskaaksi tulemattomuus vaan myös ajatus siitä, ettei ole ”toivoa” saada lapsia (James & Singh 2018, 297-299.)

Lapsettomuus ja siihen liittyvät hoidot saattavat lisätä psyykkistä oireilua, mutta asiasta on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Tiedetään kuitenkin, että lahjasoluilla lapsen saaneista äideistä 5-7 % esiintyy kliinisesti merkittäviä mielenterveyden oireita. Psyykkistä oireilua aiheuttaa mahdolliset epäonnistuneet hoidot, lapsettomuuden syyhyn liittyvät asiat, kuten syöpä tai enenaikaiset vaihdevuodet, ja ajatus siitä, että oma perimä ei enää siirry eteenpäin. Lahjamasolua voi joutua odottamaan jopa kuukausia, mikä aiheuttaa naiselle masennusoireita ja stressiä. Lahjasiittiöiden käyttö vaikuttaa negatiivisesti miehen mielenterveyteen. Heillä on muun muassa suuremmat odotukset vanhemmuudesta ja huonompi itsetunto verrattuna niihin miehiin, jotka läpikäyvät hedelmöityshoitoja omilla siittiöillään. (Sälevara 2020.)

Sillä ei näytä olevan merkitystä, onko nainen tullut raskaaksi spontaanisti vai hedelmöityshoitoilla, omilla vai lahjoitetuilla soluilla, kun verrataan naisten raskauden aikaisten psyykkisten oireiden esiintyvyyksiä. Synnytyksen jälkeen lahjamasolulla lapsen saaneet äidit kuvasivat vähemmän ahdistuneisuutta, univaikeuksia tai sosiaalisten suhteiden vaikeuksia kuin muilla tavoilla lapsen saaneet. Masennusoireita on kaikilla äidillä yhtä paljon. Miesten kohdalla ei havaittu eroja. (Sälevara 2020.)

Raskaana olevan kiintyminen sikiöön vähentää ahdistusta sikiön hyvinvoinnista ja synnytyspelkoa. Synnytyspelon todennäköisyyttä lisää traumaattiset kokemukset, mukaan lukien aikaisempi operatiivinen synnytys, ihmissuhdeongelmat, parisuhteen ongelmat, ja mielenterveydelliset ongelmat. Näin ollen pitkään koettu lapsettomuus lisää synnytyspelkoa. Lahjasoluilla lapsia saavilla esiintyy synnytyspelon riskitekijöitä, mutta heillä esiintyy vähemmän synnytyspelkoa verrattuna muihin. Syynä tähän voidaan pitää heidän saamaansa psyykkistä tukea. (Sälevara 2020.)

3.2 Vanhemmuuteen kasvu

Kasvun vanhemmuuteen voidaan ajatella alkavan omasta syntymästä. Silloin alkaa prosessi, jonka aikana kehittyä niin kutsuttu sisäinen vanhemmuus eli kokemusten ja mielikuvien muodostama malli vanhemmuudesta. (Duodecim 2020c.) Vanhemmaksi kasvu jatkuu läpi koko raskauden. Suurin henkinen prosessi on ensimmäisessä raskaudessa ja ensimmäisen lapsen saadessa. (Duodecim 2020b.)

Raskaudesta puhuttaessa on yleistä jakaa se kolmeen osaan. Näitä kutsutaan ensimmäiseksi, toiseksi ja kolmanneksi kolmannenneksi. Etenkin ensimmäisen kolmannenneksen aikana käydään läpi voimakkaita tunteita. Samaan aikaan raskaus ei vielä näy tai tunnu fyysisesti ja kuitenkin pohditaan paljon tulevaa elämänmuutosta saada lapsi. Tulevat vanhemmat alkavat pohtia omia elintapojaan ja sietä millainen perhe on muotoutumassa. (Duodecim 2020b.) Raskauden alkaessa on luonnollista pohtia myös minäkuva, naiseutta tai miehuutta, mahdollista parisuhdetta, perhetilannetta sekä suhdetta omiin vanhempiin, sisaruksiin ja elämäntilannetta. (Duodecim 2020c.)

Mies-naispareilla toisella kolmanneksella mies alkaa kokea puolisonsa jo äidiksi, mutta itse ei vielä koe olevansa isä. Raskaana oleva itse tasapainoilee jonkinlaisessa välitilassa; toisaalta hänen identiteettinsä on pysyvästi muuttunut, mutta ei ole vielä äiti-identiteettikään. Tässä vaiheessa lapsen saaminen konkretisoituu ja kohtuvauvan liikkeitä aletaan tuntea. Raskaana oleva alkaa pohtia omaa lapsuuttaan ja lapsuudenperhettään sekä parisuhdettaan. Kolmatta kolmannennesta leimaa voimakkaasti valmistautuminen lapsen syntymään ja synnytykseen. Miehen identiteetti muotoutuu isäksi. Hänellä on huolia hankinnoista ja taloudesta sekä tarve turvata perhettä. Raskaana oleva alkaa kaivata omassa kehossaan yksin olemista. (Duodecim 2020b.)

Varhainen vuorovaikutus ja kiintymyssuhteen muotoutuminen alkavat jo raskausaikana (Sälvaara 2020). Kiintymyssuhde on sisäinen malli ihmissuhteista ja maailmasta. Se muotoutuu ensimmäisen elinvuoden aikana ja pysyy melko muuttumattomana lopun elämää. Oman kiintymyssuhdemallinsa pohtiminen ja tunnistaminen auttaa ymmärtämään omaa vanhemmuuttaan. (Duodecim 2020a.)

Kiintymyssuhteet voidaan jakaa turvallisiin ja turvattomiin kiintymyssuhteisiin. Turvattomat kiintymyssuhteet voi jakaa edelleen neljään osaan; turvallinen, ristiriitainen, välttelevä ja kaoottinen. Turvallinen kiintymyssuhde muodostuu, kun vauvan tarpeisiin vastataan ja hänen tunteitaan ymmärretään ja kuullaan. Hän voi luottaa, että hätänsä ilmaisemalla häntä autetaan. Ristiriitainen turvaton kiintymyssuhde malli muodostuu, jos vauvan tarpeisiin vastataan vaihtelevasti. Vauva ei voi tietää, miten vanhempi reagoi. Välttelevä turvaton kiintymyssuhde muotoutuu, jos vauvan kasvu ympäristössä ei näytetä tunteita ja vanhemmat eivät osaa vastata lapsen tarpeisiin. Tällöin lapsi saattaa passivoitua, eikä opi ilmaisemaan tunteitaan tai

tunnistamaan muiden ihmisten tunnetiloja. Kaoottinen eli jäsentymätön kiintymyssuhde muotoutuu, kun vauvan kasvuympäristö on todella epäjohdonmukainen, jopa vaarallinen. Taus-talla on usein vanhempien päihde- ja mielenterveysongelmia ja väkivaltaa. (Duodecim 2020a.)

Varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyssuhdetta vahvistavia tekijöitä ovat hyvät sosiaaliset suhteet, mukaan lukien parisuhde, ja se, että raskaus on toivottu, kuten onnistuneen lahja-soluhoidon jälkeen on. Hyvän kiintymyssuhteen riskitekijöitä ovat muun muassa raskaana oli-jan synnytyspelko, masennus, yli 35 vuoden ikä sekä se, jos raskaus on suunnittelematon (Sä-levaara 2020). Raskausaika voi olla henkisesti kuormittavaa. Mieleen voi nousta aiemmin elä-mässä torjuttuja traumoja tai keskeneräisiä kehitystehtäviä. Ihmismieli on kuitenkin normaalia joustavammissa tilassa raskausaikana, jolloin psyykkiset muutokset voivat olla nopeampia kuin muissa elämänvaiheissa. Näin vanhemmaksi kasvu helpottuu. (Duodecim 2020d.)

Kiintymyssuhteen muotoutumista voi haitata erilaiset pelot (Duodecim 2020d). Pelko kesken-menosta ja lapsen menettämisestä on yleistä hedelmöityshoitoja käyttäneiden ja keskenme-noja kokeneiden keskuudessa. Tämäkin näkyy sikiöön kiintymisen ja suhteen luomisen haas-teina. Moni hoitojen avulla raskaaksi tullut ei uskallakaan ajatella olevansa raskaana ja alkaa luoda suhdetta lapseensa kuin vasta loppuraskaudesta ja silloinkin ajatuksissa on vielä lapsen menettämisen pelko. (Lehto 2020, 52.) Pelot voivat liittyä esimerkiksi aikaisempiin lapsetto-muushoitoihin tai keskenmenoihin. Tällöin ei jää tilaa vanhemman identiteetin muotoutumi-selle. (Duodecim 2020d.)

Vanhemmuuteen kasvua vaarantaa raskaana olevan kyvyttömyys kääntyä sisäänpäin omiin psyykkisiin tuntemuksiinsa. Tällöin fyysisten oireiden huomiointi saattaa korostua. Pahoin-vointi, väsymys tai supistukset saattavat lisääntyä ahdistuksen takia. Joissain tapauksissa ras-kaana oleva saattaa yrittää kieltää koko raskauden ja esimerkiksi käyttää päihhteitä piittaa-matta niiden vaikutuksesta sikiöön. (Duodecim 2020d.)

Lehdon (2020, 56, 58) tutkimuksesta nousi, että matkan äitiyteen lapsettomuuskokemuksen jälkeen voidaan mallintaa esimerkiksi 5 vaiheisen mallin avulla. Ensimmäisessä vaiheessa poh-ditaan, mitä yleisiä kulttuurisia odotuksia lasten hankkimiseen ja äidiksi tulemiseen liittyy. Toisessa vaiheessa jäsenetään äitiysidentiteettiä kerronnan keinoin ja merkityksellistämällä lapsettomuuskokemuksiaan. Kolmannessa vaiheessa selviydytään tuen avulla tai ilman. Nel-jännessä vaiheessa hyväksytään oma henkilökohtainen polku tulla äidiksi lapsettomuuskoke-muksen kanssa. Viidennessä vaiheessa ollaan äiti.

3.3 Tuen tarve

Suuri osa Suomessa lapsettomuushoitoja saavista toivoisivat saavansa enemmän tukea kuin he tällä hetkellä saavat. He kokevat, että heidän tuen tarvettaan ei tunnusteta tai se ohitetaan. Tukea halutaan erityisesti tunteiden käsittelyyn. Tunteet ovat voimakkaita ja vaihtelevat nopeastikin ääripäästä toiseen. Suurin osa hedelmöityshoitoja saavista kokee jäävänsä vaille riittävää tukea. (Lehto 2020, 56-57.) Itselliset äidit ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä ammatilaisilta saamaansa tukeen. Hedelmöityshoitoja saadessa itselliset äidit toivoisivat saavansa enemmän tukea sekä asioiden läpikäyntiä ja kertausta. He toivovat tukea hedelmöitysklinikalta raskausaikana ja lapsen syntymän jälkeen. (Tervonen 2019, 26.)

Itsellisesti lapsia hankkivat naiset kokevat tuen tärkeäksi. Tukea halutaan ja saadaan sukulaisilta ja ystäviltä ja ammatilaisilta. Erityisen tärkeäksi koetaan oman äidin antama tuki. Tuen tarpeessa ja määrässä ei ole eroja verrattuna kahden vanhemman perheisiin. Useimmat kokevat saavansa riittävästi tukea. He kokevat, että tukea olisi saanut varmaan enemmänkin, jos sitä olisi pyytänyt. Tästä osataan myös olla kiitollisia. Itselliset äidit kokevatkin vertaistuen todella tärkeänä ja toimivana tuen muotona. (Tervonen 2019, 14, 23, 26.)

Itsellisesti lapsen saavat tiedostavat, että heidän pitää itse aktiivisesti pyrkiä kohti äitiyttä. Heillä on usein ajatus siitä, että he pärjäävät. He eivät valita pienistä asioista, vaan ajattelevat, että heidän tulee pärjätä, kun lapsi kerta yksin on päätetty hankkia. Ajatus siitä, että pitää pärjätä saattaa estää avun pyytämistä. Taustalla on ajatus siitä, ettei halua olla vaivaksi tai haluaa pyytää apua vasta kun on jokin suurempi avun tarve. He ottavat asiat vastaan sellaisina kuin ne ovat ja hakevat tarvittaessa apua. He eivät oleta, että saisivat automaattisesti erityisen paljoa tukea tai apua lapsen kanssa vain koska ovat päättäneet hankkia lapsen yksin. Itsellisyydessä nähtiin hyvänä puolena se, että saa yksin päättää lapseen liittyvistä asioista. Parisuhde ja mahdolliset erimielisyydet kumppanin kanssa, nähdään enemmän rasitteena lapseen ja vanhemmuuteen keskittymiselle. He eivät myöskään koe, että lapsi tarvitsisi toista vanhempaa. Toisaalta joissain tilanteissa olisi kiva jakaa vanhemmuuden ja arjen pyörittämisen taakkaa toiselle aikuiselle. (Tervonen 2019, 21-23.)

Osa Lehdon (2020, 56-57) tutkimukseen osallistuneista kokee jäävänsä parisuhteessa yksin hedelmöityshoitojen kanssa ja että puolison tuki ei ole riittävää. Tämän koetaan johtuvan miehen kyvyttömyydestään sukupuolensa takia ymmärtää naisen kokemuksia. Samat henkilöt eivät koe myöskään vertaistuen olevan toimivaa, sillä vertaisetkin vertailevat toisensa kokemuksia arvottavaan sävyyn. Voi esimerkiksi herätä keskustelua siitä, kenellä on oikeus kutsua itseään lapsettomaksi ja kenen kokemus on kaikista kauhein. Toinen ongelma vertaistuessa on, että vertaistukiryhmässä voi olla liian erilaisia henkilöitä. Samaiset henkilöt kokevat, oman puolison ja vertaisten lisäksi, ammattilaisen sivuuttavan heidän tarpeensa.

Lehdon (2020, 57) tutkimuksessa kuitenkin osa kokee saavansa tukea puolisoiltaan ja ammattilaisilta. Nämä naiset kokevat lapsettomuuden olevan vahvistava tekijä parisuhteessa. Mieleltä saa tukea, ymmärrystä sekä turvaa ja hän on luotettava. Osa koki myös saaneensa vertaistukea esimerkiksi netin keskustelupalstoilta. Tällainen vertaistuki koetaan tärkeäksi, sillä ajatellaan, että kukaan muu kuin samanlaisessa tilanteessa ollut ei voi ymmärtää.

Samassa tutkimuksessa nousi esille, että jokainen kokee sosiaalisen tuen eri tavalla ja selviytyy lapsettomuudesta eri tavalla. Osa kokee tarvitsevansa erityisesti kohtaamista, empatiaa, kuuntelua ja välittävää läsnäoloa. Osa kaipaa tietoa ja haluaa kuulla muiden vastaavassa tilanteessa olleiden kokemuksia. Osa tarvitsee myös konkreettisia tukikeinoja ja interventioita, kun omat voimavarat ovat ehtyneet. Tällöin tuki koetaan elämänpelastavaksi. Yhteistä kaikille tutkimukseen osallistuneille oli kokemus siitä, että tutkimukseen osallistuminen ja oman tarinan kertominen koettiin todella terapeutiksi. Tämä lisäsi heidän ymmärrystään, itsetuottamustaan ja hyvinvointia. He kokivat, että käymällä läpi omaa matkaansa äidiksi, he hyväksyivät oman matkansa äidiksi ja kokivat oppivansa siitä. (Lehto 2020, 57-58.)

4 Neuvola

Neuvolapalvelut ovat osa perusterveydenhuollon ennaltaehkäiseviä ja terveyttä edistäviä palveluita. Niitä tarjotaan lasta odottaville perheille ja perheille, joissa on alle kouluikäisiä lapsia. Kunnilla on neuvolapalveluiden järjestämisvastuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.) Neuvolapalvelut ovat maksuttomia. (Hakulinen, Korpilahti & Uotila-Laine 2022a.) Neuvolatoimintaa Suomessa ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriö (STM), sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), aluehallintovirastot (AVI) sekä terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022d).

Äitiys- ja lastenneuvolassa edistetään ja seurataan raskaana olevan ja synnyttäneen terveyttä, sikiön kehitystä ja kasvua sekä lapsen hyvinvointia, kehitystä ja kasvua. Neuvolassa tuetaan myös perheen hyvinvointia ja vanhemmuutta sekä edistetään perheen terveellisiä elintapoja ja lapsen kehitys- ja kasvu ympäristöjen terveellisyyttä. Neuvolassa tunnistetaan myös perheen ja lapsen erityisen tuen tarve sekä ohjataan perhe tarvittaessa hoitoon ja tutkimuksiin ja annetaan tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.)

Äitiysneuvolassa asiakkaana on koko perhe, toki huomio kiinnittyy erityisesti sikiöön ja sitä kautta raskaana olevaan vanhempaan. Perheen asioita käsitellään lapsen kehityksen turvaamisen näkökulmasta. Äitiysneuvolassa seurataan raskautta ja valmistellaan vanhempia lapsensaamiseen ja raskausaikaan. Näin pyritään ehkäisemään ongelmia sekä huomaamaan ja hoitamaan ne varhaisessa vaiheessa. Neuvolatoiminnan periaatteena on kunnioittaa lastenoikeuksia, mikä näkyy muun muassa siinä, että vanhemmille jaetaan tietoa siitä, miten he voivat

ehkäistä jo raskausaikana lapsen terveysongelmia. Tavoitteena on, että perhe kokee, että heitä on kuunneltu ja heille on tarjottu tukea. Samalla neuvola edistää kansanterveyttä ja ka-ventaa terveyseroja (Ellilä ym. 2013, 16, 18).

Perhekeskus on palveluverkosto, johon kuuluu muun muassa äitiys- ja lastenneuvola. Perhekeskuksissa edistetään lasten, nuorten ja heidän perheidensä terveyttä ja hyvinvointia. Perhekeskus on moniammatillinen verkosto, jonka sisällä tehdään yhteistyötä. Perhekeskus voi muodostua yhdestä isosta rakennuksesta tai useammasta lähekkäin sijaitsevasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022b.) Neuvolan terveydenhoitaja tekee yhteistyötä lääkärin, ravitsemusterapeutin, fysioterapeutin, psykologin ja perhetyöntekijän kanssa. Yhteistyötä tehdään myös lastensuojelun ja kolmannen sektorin toimijoiden, kuten ensikotien ja A-klinikoiden, kanssa. Yhteistyö synnytysairaaloitten kanssa mahdollistaa hoidonjatkuvuutta. (Ellilä ym. 2013, 23.)

Äitiys- ja lastenneuvolasta tarjotaan useita käyntejä, jotka painottuvat raskaus- ja vauva-ai-kaan. Käynneillä tehdään tarpeen mukaan erilaisia tutkimuksia ja keskustellaan muun muassa lapsen tai sikiön kasvusta ja kehityksestä sekä perheen hyvinvoinnista ja terveydestä. Käyn- tejä voidaan myös tarvittaessa toteuttaa kotikäynteinä. Lastenneuvolassa jatketaan äitiysneu- volassa alkanutta työtä edistää ja seurata lapsen ja hänen perheensä kasvua, kehitystä ja hy- vinvointia. Äitiys- lastenneuvoloissa on myös laajoja terveystarkastuksia, joissa jossa pohdi- taan ja arvioidaan koko perheen terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia sekä lapsen kehi- tystä. Niihin kutsutaan paikalle koko perhe. Terveysneuvola toteuttaa ne yhteistyössä lää- kärin kanssa. Neuvolaan on myös mahdollista mennä avoimelle vastaanottoajalle ilman ajan- varausta. Tämä madaltaa kynnystä ottaa yhteys neuvolaan. (Hakulinen, Korpilahti & Uotila- Laine 2022a; 2022b.)

4.1 Vuorovaikutus neuvolatyössä

Asiakkaan kokemukset ja sen hetkinen elämäntilanne vaikuttavat hänen ennakkooajatuksiinsa ja suhtautumiseensa vuorovaikutustilanteeseen (Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 2011, 63-64). Terveysneuvolaan tulee ymmärtää vanhempien ajatuksia, yleisiä luuloja ja asenteita neuvolaan kohtaan. Hänen tulee myös ymmärtää perheen elämäntilanne, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen asuinympäristö sekä vanhempien arvoja ja kulttuuria. (Rii- honen 2018.) Ihmisten väliseen vuorovaikutukseen vaikuttaa kulttuuriset tekijät. Nämä liitty- vät asiakkaan ja terveydenhoitajan omaksumiin kulttuureihin sisältäen terveydenhoitajan työ- organisaation toimintakulttuurin. Asiakkaan suhtautuminen ja ennakkooajatukset vuorovaiku- tustilanteesta perustuvat myös hänen aiempiin kokemuksiinsa sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Kettunen ym. 2011, 36, 63-64.)

Terveysneuvolaan tulee osata lukea asiakastansa ja säädellä omaa vuorovaikutustaan kulloi- selle asiakkaalle sopivaksi. Terveysneuvolaan on tärkeää tunnistaa ja ymmärtää asiakkaansa

suuntautumistapa vuorovaikutukseen terveydenhoitajan kanssa. Näin terveydenhoitaja pystyy muuntamaan omaa toimintaansa ja parhaalla mahdollisella tavalla tukemaan asiakkaansa itseohjautuvuutta ja voimavarojen käynnistymistä. Terveydenhoitajan tulee kiinnittää erityisesti huomiota, siihen mitä odotuksia asiakkaalla on käynnille ja vuorovaikutukselle terveydenhoitajan kanssa. Mikäli terveydenhoitaja onnistuu tässä, asiakas tuntee olonsa turvalliseksi ja vuorovaikutustilanteesta tulee onnistunut. (Kettunen ym. 2011, 64, 68.)

Asiakkaalla on tietty ajatus siitä, mikä on hänen asemansa ja roolinsa vuorovaikutustilanteessa terveydenhoitajan kanssa. Ennakkoajatukset eivät helposti muutu uudessa tilanteessa. Asiakkaan mielessä voi olla ristiriitaisia ajatuksia. Toisaalta hän haluaa muutosta, kasvaa ja kehittyä ja toisaalta pysytellä omalla mukavuusalueellaan tutussa ja turvallisessa. Hänelle on muodostunut erilaisia suojamekanismeja, joita ihminen käyttää tiedostamattaankin muokataksaan tilanteesta miellyttävän tuntuisen. Terveydenhoitajan tämän asiakkaan välinen vuorovaikutuksen lähtöasetelma on usein epätasa-arvoinen. Terveydenhoitajalla on ammatinsa ja työorganisaationsa takia tietynlainen valta suhteessa asiakkaaseen, jota hän pyrkii viestinnällään lieventämään. Täytyy muistaa, että terveydenhoitaja ei toimi yksityishenkilönä vaan on ammatillisessa roolissaan. Näin ollen hänen tulee osata työntää omat tarpeensa syrjään ja palvella asiakkaan tarpeita. Vuorovaikutuksessa vaihtelevat erilaiset vuorovaikutusorientaatiot. (Kettunen ym. 2011, 50-52, 64.)

Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutusorientaatiossa terveydenhoitajan rooli kasvaa asiakkaan kustannuksella. Asiakaskeskeisessä tilanne on päinvastoin. Dialogisessa vuorovaikutusorientaatiossa asiakkaan ja terveydenhoitajan välillä vallitsee tasapaino. Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa terveydenhoitaja johtaa keskustelua ja nostaa esille käsiteltävät asiat. Tilanteessa on esillä terveydenhoitajan kokemuksen ja asiantuntijuuden perusteella ymmärrys, tulkinta ja merkitykset kyseisestä asiasta. Asiakaskeskeisessä vuorovaikutusorientaatiossa tilanne on päinvastainen; asiakas tuo esille asiat, joista haluaa puhua ja ohjaa keskustelua henkilökohtaisten näkemystensä, kokemusten ja tarpeidensa pohjalta. Tällöin ammattilainen toimii ikään kuin konsulttina ja asiakas voi kysyä häneltä asioita. Tällaisessa tilanteessa terveydenhoitaja on myötäilijän tai kuuntelijan roolissa. Terveydenhoitaja käyttää avoimia kysymyksiä. Terveydenhoitaja tukee asiakastaan tilanteen hahmottamisessa ja löytämään ratkaisuja. Tilanne etenee asiakkaan ehdoilla eikä terveydenhoitaja voi tietää etukäteen, miten tilanne etenee. (Kettunen ym. 2011, 52-56, 61.)

Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa tilanne saattaa edetä tietyn strukturoidun kaavan mukaan. Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutusorientaatio soveltuu sellaiseen tilanteeseen, jossa asiakas ei pysty ottamaan vastuuta keskustelussa esimerkiksi voimakkaan tunnereaktion takia. Esimerkkinä tästä voi olla esimerkiksi huonojen uutisten kuuleminen, kuten se jos sikiön syke ei ole reaktiivinen tai sitä ei löydetä vastaanotolla. Tällöin terveydenhoitaja kertoo, miten tässä tilanteessa tulee edetä. Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio soveltuu

sellaisiin tilanteisiin, joissa on tärkeä saada asiakkaan ääni kuuluviin. Tilanteeseen voidaan myös ajautua, jos asiakkaalle nousee voimakas tarve puolustautua tai kieltää oma ongelmansa. Esimerkiksi asiakas tietää, että tupakointi on riski raskauden normaalille kululle, mutta ei koe ongelmaa omassa tupakoinnissaan ja pitää terveydenhoitajan interventiota hyökkäävänä tai loukkaavana. Tällöin terveydenhoitajan tehtävänä on pitää yllä turvallisuuden tunnetta vuorovaikutustilanteessa ja näin saada asiakasta luopumaan puolustusmekanismistaan. Ohjattaessa henkilöä, jolla on pitkäaikaissairaus, voidaan ajautua tilanteeseen, jossa asiakkaan tietämys ylittää terveydenhoitajan tietotaidon. Tällöinkin ajaututaan asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen. Asiakaskeskeiseen vuorovaikutusorientaatioon voidaan ajautua, jos terveydenhoitaja myötäilee liikaa asiakastaan. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että terveydenhoitajasta on vaikea ottaa vastaan asiakkaan voimakasta tunnepurkausta. Näin ollen terveydenhoitaja ei halua ottaa esille jotain asiaa, jonka pelkää aiheuttavan voimakkaan tunnepurkauksen asiakkaalleen. (Kettunen ym. 2011, 52-57.)

Hyvässä vuorovaikutustilanteessa terveydenhoitaja kuuntelee asiakastaan eikä ei puhu hänen päällensä. Suorien ohjeiden antaminen ei ole kaikissa tilanteissa hyvä. Ne sopivat esimerkiksi lääkehoidon tai raskauteen liittyvien ruokavaliorajoitusten ohjaukseen. Yleistäminen voi tuntua asiakkaasta joko vähättelevältä tai helpottavalta. On esimerkiksi helpottavaa kuulla, että selkäkivut ovat yleisiä raskausaikana, mutta toisaalta voi myös herätä tunne, että terveydenhoitaja ei ole kuunnellut tai vähättelee asiakkaan selkäkipua. (Kettunen ym. 2011, 44-47.)

Vuorovaikutustilanne muodostuu sanallisesta ja sanattomasta viestinnästä. Mikäli ne tuntuvat olevan ristiriidassa, ihminen uskoo enemmän sanatonta viestintää eli esimerkiksi kehonkieltä, äänenpainoja ja ilmeitä. Tämän takia sanattomaan viestintään on tärkeää kiinnittää huomiota. Kosketus on osa sanatonta viestintää. Neuvolan terveydenhoitaja koskee asiakastaan esimerkiksi mitatessaan hemoglobiinia tai palpoidessaan sikiötä odottajan vatsan läpi. Tällöin on tärkeä etukäteen selittää, mitä aikoo tehdä. Riippuu asiakkaasta, miten hän suhtautuu kosketukseen ja kuinka luontevana osana viestintää hän sitä pitää. (Kettunen ym. 2011, 47-49.)

Terveydenhoitaja voi käyttää työssään aktiivista kuuntelua. Psykoterapeutti Ollikainen kuvaili asiantuntijahaastattelussaan aktiivista kuuntelua ja kuinka onnistua siinä. Hyvä kuuntelija osoittaa kommentailla, eleillä ja ilmeillä olevansa kiinnostunut, ja yrittävänsä ymmärtää. Pyrkimystä ymmärtää voi osoittaa paitsi sanoilla, myös ei-sanallisesti monin tavoin, esimerkiksi äänensävyllä, ynähdyksillä ja nyökkäyksillä. Kuuntelu on kuitenkin enemmän kuin pelkät eleet, ilmeet ja äänenpaino. Se muodostaa kokonaisuuden, johon kuuluu virittyneisyys, tempo, sekä toisen kanssa samaan rytmiin tahdistuminen. Keskustelussa voidaan aistia, ollaanko samassa tahdissa. Huono kuuntelija vaihtaa puheenaihetta, kun toinen sanoo jotain. Siitä tulee pudotetuksi tulemisen kokemus. Huono kuuntelija lähinnä odottaa omaa puheenvuoroaan tai puhuu toisen päälle ja sen näkee myös eleistä. Toisinaan vahvat ennako-

oletukset estävät kuuntelemista. Toista voi todella kuunnella ainoastaan tyhjentämällä oman mielensä. (Tuomaala 2022.)

Aktiivinen kuuntelu on myös keskustelun kuljettamista, toimintaa, vuorovaikutusta. Hyvä kuuntelija validoi kuulemaansa, viittaamalla siihen, mitä on juuri kuullut toisen sanovan. Sen jälkeen voi siirtyä seuraavaan asiaan. Kuuntelijan esittämästä tarkentavasta kysymyksestä tai näkökulmasta voi toinen henkilö huomata, että hänen kertomaansa prosessoidaan aktiivisesti. Pelkkä hokema tai toisto ei yksissään riitä. Aktiivinen kuuntelu tapahtuu nimenomaan siinä järjestyksessä, että kuuntelija osoittaa ensin kuulleensa puhujan viestin ja ilmaisee sen toiselle sanoin tai elein. Sen jälkeen keskustelua voidaan kuljettaa eteenpäin, esimerkiksi validoinnilla tai interventiolla. (Tuomaala 2022.)

4.2 Lahjasoluvanhemmat neuvolassa

Lahjasoluilla lapsen saavat haluavat, että heidät kohdataan kunnioittavasti, sensitiivisesti ja samalla tavalla kuin muutkin perheet. (Simpukka ry 2022c.) Terveystenhoitaja ei saa olettaa perheestä mitään, vaan kysyy ja keskustelee (Riihonen 2018). Sukusolujen lahjoittajasta ei saisi käyttää sanoja äiti tai isä, ei edes biologinen äiti tai isä. Ammatillaisen on hyvä käyttää lahjasoluteemoista perheen kanssa puhuttaessa niitä termejä, joita perhe toivoo käytettävän. Sukusolujen lahjoittajasta olisi hyvä käyttää termiä lahjoittaja tai luovuttaja. (Simpukka ry 2022c.)

Terveystenhoitaja ei saa moralisoida, tuomita tai määrällä eli ikään kuin käyttäytyy samalla tavalla kuin hyvä vanhempi ja antaa näin mallia asiakkailleen (Riihonen 2018). Lahjasoluilla lapsen saavat eivät halua saada osakseen ihmettelyä, voivottelua tai erikoiskohtelua sen takia, että lapsi on saanut alkunsa lahjasolujen tai -solun avulla. He haluavat saada osakseen ymmärrystä siitä, miten lapsettomuuskokemus vaikuttaa heidän kokemukseensa vanhemmuudesta ja raskaudesta. (Simpukka ry 2022c.)

Lahjasoluraskauksissa on erityisen tärkeää tukea kiintymyssuhteen muodostumista silloin kun biologinen linkki vanhempaan tai vanhempiin puuttuu. (Sälevaara 2020.) Neuvolassa potilastietoihin on tärkeää merkitä, mikäli raskaus on saanut alkunsa lahjasolujen avulla. (Heino, Klemetti & Pelkonen 2021.) Lahjasoluilla lapsia saavat toivovat saavansa tarvitsevansa tiedon lahjasoluisuuden riskeistä ja vaikutuksista raskauteen. (Simpukka ry 2022c.) Neuvolasta itselliset äidit kokevat saavansa hyvin tukea. He kokevat, että tukea tarjotaan ja heidän jaksamisestaan kysellään riittävästi. Läsnaoloa ja kuuntelua muutoin kaivattiin kuitenkin lisää. Neuvolan tuen kokemukseen vaikuttaa henkilökemia terveystenhoitajan ja itsellisen äidin välillä. Myös synnytyssairaalassa saatuun tukeen on suurin osa tyytyväisiä. (Tervonen 2019, 26-27.)

Terveystenhoitajan on muistettava, että hän on ammattilainen, jolla on laaja koulutus ja joka pitää ammattitaitoaan yllä. Näin ollen hän voi luottaa, että hänen antama tietonsa on oikeaa.

Terveydenhoitaja tuo tiedon asiakkailleen, mutta jokainen perhe tekee silti omat päätöksensä. Kukaan perhe ei halua neuvoja pyytämättä ja painostavaa neuvomista tulee välttää. Toista aikuista ihmistä ei voi pakottaa tekemään mitään tai toimimaan terveydenhoitajan henkilökohtaisten mieltymysten mukaan. Terveydenhoitajan on tärkeä myös tunnistaa omia vahvuuksiaan ja heikkouksiaan työssään ja kehittää niitä. Terveydenhoitajan tulee itse olla kykenevä hallitsemaan omia tunteitaan ja reaktioitaan, jotta voi kohdata perheen ilot ja haasteet samalla tavalla kuin hyvä vanhempi kohtaa lapsensa. Näin terveydenhoitaja antaa hyvää esimerkkiä asiakkailleen. Perheen kasvu ja kehitys on yksilöllinen hidaskasvu ja yksi neuvolakäynti on todella pieni siivu perheen elämää (Riihonen 2018).

5 Terveydenhoitaja ohjaajana

Neuvolan toiminta perustuu vahvasti voimavaralähtöisiin menetelmiin ja dialogisuuteen. Voimavaralähtöisissä menetelmissä korostetaan sitä mihin asiakas pystyy ja vahvistetaan sitä. Voimavaralähtöisiä menetelmiä ovat muun muassa motivoiva haastattelu ja erilaisten voimavaroja kartoittavien lomakkeiden hyödyntäminen terveydenhoitajan työssä. Voimavaralähtöisiä menetelmiä käytetään kaikissa äitiys- ja lastenneuvolan tarkastuksissa. Erityisen hyvin menetelmät soveltuvat laajoihin terveystarkastuksiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c.)

Perheille neuvolan terveydenhoitaja on viranomainen, jolle ei halua kaikkea häpeällisenä pitämäänsä kertoa. Tällöin tasavertainen, arvostava, keskusteleva ja ymmärtävä ilmapiiri on tärkeä. Neuvolan terveydenhoitajan osoittama myötätunto asiakkaitaan kohtaan on tärkeää. On tärkeää osoittaa, että hyväksyy vanhemmat sellaisina kuin he ovat ja että vanhemmuutta on erilaista, eikä erilaisia vanhempia voida laittaa paremmuusjärjestykseen. (Riihonen 2018.)

Ihmisille on tärkeää kokea arvostusta lähimmäisiltään ja samoin neuvolan terveydenhoitajalta. Arvostusta tarvitaan hyvän asiakassuhteen muotoutumiseen. Neuvolan terveydenhoitajan tulee osoittaa kiinnostusta asiakkaan ajatuksiin, myötätuntoa ja kunnioitusta. Myötätuntoa asiakas tarvitsee esimerkiksi, kun hänellä on itsesyytöksiä. Ammattilaisen tulee vahvistaa sitä, mitä on tehty oikein ja tukea asiakkaan jaksamista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a.)

Tunnistamalla omia lähestymistapoja ohjaukseen ja ohjauskäsityksiään, voi terveydenhoitaja kehittää omia ohjaustaitojaan ja oppia säätämään omaa toimintaansa. Ohjaajan on tärkeää säädellä omaa ohjaustapaansa kulloiseen tilanteeseen ja sen tarkoitukseen sopivaksi. Hän voi valita esimerkiksi korjaavan tai muutosmahdollisuuksia tukevan tavan. Korjaavassa ohjauksessa terveydenhoitaja toimii asiantuntijana käsiteltävästä asiasta ja korjaa asiakkaansa toimintaa ja ajattelua. Riskinä tämän tavan liiallisessa käytössä on asiakkaan ajautuminen suoriutus- ja toistamisorientaatioon. (Kettunen, 71-73.)

Muuttumismahdollisuutta tukeva ohjauksessa korostuu jaettu asiantuntijuus. Kun terveydenhoitaja ja asiakas pyrkivät vuorovaikutuksessaan yhteistyöhön, puhutaan oppimiskumppanuudesta ja jaetusta asiantuntijuudesta. Tällöin hyödynnetään molempien osaamista ja pyritään tukemaan asiakkaan itseohjautumista. Tärkeää on, että molemmat ymmärtävät mistä toinen puhuu ja käytetään samoja käsitteitä asioista. Tarvittaessa terveydenhoitaja voi kysyä, onko ymmärtänyt asiakkaansa sanoman oikein (Kettunen ym. 2011, 69-70, 73).

5.1 Dialogisuus

Hyvään terveydenhoitajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen kuuluu monia tekijöitä. Dialoginen vuorovaikutusorientaatio on se, johon pyritään. Erilaisissa tilanteissa on kuitenkin tarve toimia eri tavoilla ja käyttää erilaisia orientaatioita. Terveydenhoitajan, joka pyrkii dialogiseen vuorovaikutukseen, on tärkeää tuntea ja osata tunnistaa myös ohjaaja ja ohjattavakeskeiset vuorovaikutusorientaatiot. Tällöin hän osaa käyttää niitä oikein ja siirtyä kohti dialogia. (Kettunen ym. 2011, 59-62.)

Dialogiin pyrkivään oppimiskumppanuuteen kuuluu voimaannuttava lähestymistapa ja konstruktiivinen käsitys ohjaamisesta ja oppimisesta. Vuorovaikutustilanne alkaa asiakkaan todellisuudesta ja elämäntilanteista keskustelusta. Terveydenhoitajan tehtävä on tukea asiakasta jäsentämään omia ajatuksiaan keskustelemalla, kysymällä ja kyseenalaistamalla. Dialogisessa vuorovaikutuksessa toistetaan toisen sanoja tai ilmauksia, joka saa aikaan jatkuvuuden ja sitosteisuuden vuorovaikutuksessa. Tämä edellyttää hyvää kuuntelemista, kysymyksiä ja yksinpuhelusta pidät-täytymistä. (Kettunen ym. 2011, 59, 70.)

Hyvä terveydenhoitaja kuuntelee ja on aidosti kiinnostunut perheen asioista. Hän on hyväksyvä, ehdottaa asioita, joista tehdään yhteisiä päätöksiä. (Riihonen 2018.) Tämä on tyypillistä dialogisessa vuorovaikutuksessa. Siinä pohditaan asioita yhdessä. Kukaan osapuoli ei pyri muuttamaan toisia tai heidän ajatuksiaan. Asioita käydään yhdessä keskustelua, jonka tuloksena saattaa saada uutta tietoa, ajatuksia ja näkökulmia. Hyvässä dialogissa osapuolet lisäävät omaa ymmärrystään omista ja toisten ajatuksista. Dialogissa on tärkeä hyväksyä, että asioista voi olla eri mieltä, ilman että kumpikaan on väärässä. Kuulluksi ja kohdatuksi tuleminen on ihmiselle tärkeää. Parhaiten asiakasta tulee palvelleeksi, kun hänen kanssaan käy dialogia siten että jokainen kokee tulevansa kuulluksi. Jo se, että kokee tulevansa kuulluksi, antaa voimaa. Kuulluksi tuleminen havaitsee ja sitä voi osoittaa sisäsyntyisillä taidoilla; kun kuuntelee jotakuta, esimerkiksi saattaa peilata hänen eleitensä ja päästää pieniä äännähdyksiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a.)

Tasavertaisuutta keskusteluun voi tuoda muillakin kielellisillä keinoilla. Dialogisessa vuorovaikutusorientaatiossa pyritään siihen, että vuorovaikutus tilanne etenee yhteisymmärryksessä asiakkaan ja terveydenhoitajan välillä eikä kumpikaan ota tai saa ylivoimaista valtaa johtaa tilannetta. Terveydenhoitaja voi kuitenkin hienovaraisesti tuoda asioita esille ja näin tukea

dialogin syntymistä. Kaikki osapuolet kuuntelevat toisiaan ja ottavat huomioon muiden ajatukset. Dialogiseen vuorovaikutukseen kuuluu toisen puheen toistaminen. Terveystenhoitaja voi poimia asiakkaansa tekstistä sanoja tai ilmauksia, jotka liittyvät omaan puheenvuoroonsa. Hän voi myös tehdä asiakkaansa kertomasta yhteenvetoja lisäämällä vain vähän omia ajatuksia mukaan. Terveystenhoitaja voi myös tuoda esille ristiriitaisuuksia tai vastakkainasettelua asiakkaansa puheessa. Näin hän voi esittää tarkentavan kysymyksen, johon asiakas vastaa kertomalla lisää asiasta tai tarkentamalla jo kertomaansa. Asiakas saa myös kuulla kertomiaan asioita ikään kuin ulkopuolisen korvin, kun terveystenhoitaja referoi niitä. On tärkeää, että asiakkaalla on mahdollisuus keskeyttää ja korjata terveystenhoitajaa, joten hänen on hyvä puhua rauhallisesti. Tehokas keino on myös antaa asiakkaalle tilaa pohtia sanomaansa ja jatkaa omalla pohdinnallaan, eikä heti virkaintoisena tarttua asiakkaan kertomaan. Tarvittaessa, puhuttaessa arkaluontoisesta asiasta, terveystenhoitaja voi sanoa joitain sanoja hieman hiljaisemmalla äänellä varovasti epäröiden ja näin osoittaa hienotunteisuutta. (Kettunen ym. 2011, 40-44, 58-59.)

Terveystenhoitaja käyttää työssään erilaisia kysymyksiä, joiden avulla hän saa asiakkaansa äänen kuuluviin ja pystyy johdatella ja suunnata keskustelua. Terveystenhoitaja kysyy erityyppisiä kysymyksiä eri tilanteissa. Kysymysten avulla saadaan asiakkaan ääntä kuuluviin ja annetaan hänelle mahdollisuus osallistua vuorovaikutukseen. Kysymykset voidaan jakaa esimerkiksi avoimiin ja suljettuihin. Avoimet kysymykset ovat hyviä, kun halutaan että asiakas saa kertoa omin sanoin vapaasti ja tuoda esiin omia kokemuksiaan. Suljettu kysymys taas rajoittaa asiakkaan mahdollisuutta kertoa omin sanoin. Niihin vastaan usein lyhyesti. Tarkentavat kysymykset voivat olla, tilanteen mukaan, suljettuja tai avoimia. Suljettuun kysymykseen voi vastata myös laajemmin, erityisesti sellaisessa tilanteessa kun asiakas kokee, että hän voi jatkaa vielä vastaustaan. Terveystenhoitaja voi antaa asiakkaalle tilaa jatkaa esimerkiksi nyökkäämällä tai muutoin osoittamalla mielenkiintoa sille, että asiakas kuvailee tarkemmin asiaa. (Kettunen ym. 2011, 37-40.)

Kysymykset voivat olla myös esimerkiksi deskriptiivisiä, kontekstuaalisia tai reflektiivisiä. Deskriptiivisellä kysymyksellä pyritään saamaan selville asiakkaan tilanne tai ongelma. Asiakas pyritään samaan kuvaamaan ongelmaa tai tilannettaan. Ne sopivat erityisesti uuden asiakkaan kanssa keskustelun aloittamiseen ja asiakassuhteen luomiseen. Kontekstuaalisella kysymyksellä terveystenhoitaja pyrkii saamaan ymmärrystä asiakkaan valintojen ja toimintojen taustoista. Ne auttavat asiakasta löytämään yhteyksiä kokemustensa ja havaintojensa välillä. Reflektiivisillä kysymyksillä pyritään saamaan asiakas ajattelemaan asioita laajemmin eri näkökulmista. Niillä saadaan asiakas pohtimaan asioiden merkityksellisyyttä itselleen ja tätä kautta ymmärtämään omaa toimintaansa ja itseään. Ne auttavat esimerkiksi löytämään muutostarpeita, löytämään motivaatiota muutokseen ja pohtimaan miksi muutoksen tekeminen on vaikeaa. (Kettunen ym. 2011, 37-40.)

5.2 Ratkaisu- ja voimavaralähtöisyys

Voimavaralähtöisissä menetelmissä pyritään siihen, että asiakas itse ymmärtää muutostarpeen. Asiakasta ohjataan ottamaan vastuu omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään. Terveysneuvonta annetaan niin että se on helppo soveltaa käytäntöön. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c.) Terveystenhoitaja tuo tarvittaessa hankalat asiat esille pehmeästi. (Riihonen 2018.) Voimavaralähtöiset menetelmät auttavat paitsi asiakasta, myös ammattilaista. Ammatillainen voi hyödyntää voimavaralähtöisiä menetelmiä puheeksi otossa. Esimerkiksi erilaiset voimavaralähtöiset lomakkeet ovat hyviä, sillä ensin asiakas voi kotona pohtia asioita, joihin sitten vastaanotolla palataan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c.)

Asiakasta autetaan tiedostamamaan suojaavia ja kuormittavia tekijöitään. Suojaavat ja kuormittavat tekijät kulkevat käsikädessä. Kuormittavan tekijän poissaolo on suojaava tekijä ja suojaavan tekijän puute kuormittava tekijä. Tällaiset tekijät liittyvät esimerkiksi vanhempien lapsuuden kokemuksiin, parisuhteeseen, vanhemmuuteen, tukiverkoston ja taloudelliseen tilanteeseen. Näiden tekijöiden lukumäärän ja esiintymisen lisäksi kokemus vaikuttaa paljon. Kuormittavan tekijän kuormittavuus ei ole kaikilla sama vaan yksilöllistä. Samankaltaisissa tilanteissa olevat voivat kokea samat asiat kovinkin eri tavoilla. Voimavaralähtöisissä menetelmissä työskennellään asiakkaan ehdoilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c.)

Ratkaisulähtöisyyteen kuuluu asiakkaan motivaation ja voimavarojen vahvistaminen. Ratkaisulähtöisyyteen kuuluu myös ajatus systeemisydestä ja hyviin hetkiin ja jo toimiviin asioihin keskittymisestä. Systemit ovat henkilön eri sosiaalisia konteksteja. Perhe ja työyhteisö ovat esimerkkejä systeemeistä. Terveystenhoitajan tehtävänä on kiinnittää huomiota asiakkaan voimavaroihin, ratkaisuyrityksiin ja jo toimiviin asioihin. Ratkaisulähtöisyyteen kuuluu myös ajatus siitä, että asiakkaan identiteetti on erilainen eri tilanteissa. Esimerkiksi neuvolassa asiakkaan identiteettiä voi määrittää se, että hän odottaa lasta eli identiteetti on raskaana oleva tai tuleva vanhempi. Yhtä lailla se voi olla esimerkiksi (raskaus)diabeetikko tai vanhempi. Täytyy muistaa, että tämä ei kuitenkaan määritä asiakasta täysin vaan asiakkaassa on muitakin attribuutteja. (Kettunen ym. 2011, 74-76.)

Voimavaralähtöistä työskentelytapaa käytetään laajasti terveydenhuollossa. Sen perustana on ajatus asiakkaan itsemääräämisoikeudesta, valtautumisesta ja oman elämän hallinnasta. Voimavaralähtöisyyteen kuuluu asiakkaan hallinnan tunteen tukeminen osallistamalla asiakasta vuorovaikutukseen puheen keinoin. Siinä korostetaan riittävän pieniä, mutta näkyviä muutoksia ja asiakkaan omantahdon kunnioittamista. Ratkaisulähtöinen työote pyrkii vahvistamaan asiakkaan voimavaroja. (Kettunen ym. 2011, 77.)

Valtaistuminen voidaan määritellä terveydenhoitajan ja asiakkaan yhteistyönä, joka pyrkii muutokseen. Yksi esimerkki on perheen voimavaroja vahvistava malli, joka on kehitetty nimenomaan neuvolaan. Siinä tarkastellaan asiakasperheen elämäntilannetta ja

terveydenhoitajan työtilannetta sekä pyritään siihen, että asiakkaan voimavarat ja terveydenhoitaja kyky tukea asiakkaansa voimavaroja vahvistuvat. Tämä vaatii voimavaraisuutta terveydenhoitajalta ja asiakkaalta. Voimavaraisuus on kuormittavien ja voimavaroja vahvistavien tekijöiden summa, niiden tunnistamista ja aktiivista toimimista. Asiakkaan voimavaraistuminen voi edetä omillaan tai terveydenhoitaja voi omalla toiminnallaan tukea sitä. (Kettunen ym. 2011, 78-79.)

Ratkaisu- ja voimavaralähtöiseen vuorovaikutukseen kuuluu muun muassa asiakaslähtöisyys, läpinäkyvyys, tulevaisuussuuntautuneisuus, voimavarojen korostaminen, edistymisen huomiointi, yhteistyö ja kannustaminen. Asiakaslähtöisyys näkyy siinä, että vuorovaikutustilanne etenee asiakkaan ehdoilla hänen toiveidensa ja tavoitteidensa mukaan. Läpinäkyvyys tarkoittaa, että asiakkaalta ei pimitetä tietoja, vaan hänelle kerrotaan avoimesti eri vaihtoehdoista. Tavoitelähtöisyys ja tulevaisuussuuntautuneisuus näkyy niin, että vuorovaikutuksen painopiste on tavoitteissa ja konkreettisesti siinä, miten niihin pyritään. Terveydenhoitaja voi pyrkiä vahvistamaan asiakkaan voimavaroja esimerkiksi kysymällä, miten asiakas on aikaisemmin vastaavassa tilanteessa pärjännyt. Terveydenhoitaja voi auttaa asiakasta huomaamaan edistymisensä kysymällä asiakkaaltaan, mikä tällä hetkellä on hyvin ja poimimalla asiakkaan puheesta edistyksestä kertovia kohtia. Yhteistyöllä tässä tarkoitetaan paitsi asiakkaan ja terveydenhoitajan välistä yhteistyötä, myös asiakkaan ja hänen perheensä ja ystävien välistä yhteistyötä ja kannustusta. Kun henkilöiden välillä on hyvä yhteistyösuhte, voivat he helpommin puhua vaikeistakin asioista. (Kettunen ym. 2011, 81-84.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta lahjasoluvanhempien kanssa äitiys- ja lastenneuvolassa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoja lahjasoluvanhempien kanssa sekä selvittää äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutustilanteista lahjasoluvanhempien kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös selvittää, kuinka terveydenhoitajat kokivat oman osaamisensa lahjasoluvanhemmuudesta ja sen näyttäytymisestä lahjasoluvanhemman kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa sekä luoda pohja kehitystyölle äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoihin lahjasoluvanhempien kanssa.

Opinnäytetyössä käytetään kahta tutkimuskysymystä. Tutkimuskysymyksiin haetaan vastaukset kyselylomakkeen avulla. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millä tavoilla terveydenhoitaja huomioi vastaanotolla lahjasoluvanhemmat?
2. Millaisena terveydenhoitajat kokevat osaamisensa?

7 Laadullinen tutkimus

Usein tutkimukset jaetaan laadullisiin eli kvalitatiivisiin ja määrällisiin eli kvantitatiivisiin. Laadullisen tutkimuksen keskiössä on ihminen ja hänen kokemuksensa, kun taas määrällisessä tutkimuksessa tarkastellaan ilmiötä laskennallisesti numerotilastojen ja lukujen kautta. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on yleensä vähän. Tutkimus kohdentuukin tutkittavan ilmiön laatuun, eikä määrään. Tällöin pyrkimyksenä on kerätä mahdollisimman rikas aineisto ilmiöstä. (Juvakka & Kylmä 2007, 16-17, 27.)

Laadullisen tutkimuksen keskeinen ominaispiirre on aineistolähtöinen päättely eli induktiivisuus. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan aihetta ilman tarkasti ohjaavaa teoreettista lähtökohtaa. Tutkimuksen tekijöiden tulee kuitenkin tietää mitä tutkii, jotta voi kerätä tarpeeksi aineistoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään mahdollisimman avoimia aineistonkeruumenetelmiä. Avoimia menetelmiä voivat olla haastattelut, videointi tai havainnointi. (Juvakka & Kylmä 2007, 22, 27.)

Opinnäytetyön tekijät kokevat lapsettomuuden tärkeäksi yhteiskunnalliseksi ilmiöksi ja aiheeksi terveysalalla. Lapsettomuudessa on useita ulottuvuuksia ja näkökulmia. Lapsettomuushoitoihin sisältyy lahjasoluhoidot, joiden kautta lahjasolulapsia syntyy ja lahjasoluvanhempia muotoutuu. Äitiys- ja lastenneuvolan palvelut ja terveydenhoitajien kohtaaminen tulevat lähes kaikille lahjasoluvanhemmille tutuksi onnistuneen lahjasoluraskauden aikana. Lahjasoluilla vanhemmiksi tulleiden asiakkuutta äitiys- ja lastenneuvolassa ei ole kuitenkaan juurikaan tutkittu. Opinnäytetyön tekijöinä koemme tässä olevan tiedonpuute, kuitenkin tärkeästä näkökulmasta. Terveydenhoitajan ammattiin sisältyy jatkuva itsensä kehittäminen sekä tehtävänkuvien ja toimintaympäristöjen jatkuvat muutokset. Terveydenhoitajan työura onkin pitkäjänteistä osaamisen kehittämistä, jota tuetaan muun muassa täydennyskoulutuksilla (Ellilä ym. 2013, 314, 319). Tällä opinnäytetyöllä pyritään saamaan äitiys- ja lastenneuvolan asiantuntijoiden näkökulmaa juuri oman osaamisen kehittämistä.

Lisäksi Suomessa lahjasoluihin liittyviä tieteellisiä tutkimuksia on verrattain vähän. Kansainvälisesti aiheesta löytyy jonkin verran aineistoa. Tällaisia asioita ei pystytä tarvittavasta näkökulmasta tutkimaan määrällisesti. Opinnäytetyön tekijät kokevat laadullisen tutkimuksen olevan hyödyllisempi tutkittaessa lahjasoluvanhempien kohtaamista äitiys- ja lastenneuvolassa.

7.1 Sähköinen kysely

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelukysymyksillä pyritään saamaan mahdollisimman monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä erilaisilla menetelmillä. Voidaan tehdä haastatteluja, videoita jotain tilannetta tai kerätä kertomuksia tai tarinoita. Laadullisessa tutkimuksessa kerätään taustatietoa osallisista ja varsinaisen tutkimusaineiston sekä tehdään muistiinpanoja itse tutkimusprosessista.

(Kylmä & Juvakka, 16, 76, 79.) Taustatietojen keräämiseen liittyy tutkimuseettisiä ongelmia. Tässä opinnäytetyössä olemme rajanneet tutkimukseen osallistujat niin, että emme kerää heistä taustatietoja, sillä emme niitä tarvitse. Lisäksi koemme, että anonymiteetti saattaa madaltaa kynnystä vastata.

Haastattelu on hyvä menetelmä niin laadullisen kuin määrällisen tutkimuksen aineiston keruuseen. Haastattelumenetelmiä voidaan luokitella monella eri tavalla. Voidaan puhua esimerkiksi yksilö- tai ryhmähaastatteluista, strukturoidusta-, teema- tai strukturoimattomasta haastattelusta ja puhelimitse tai kasvotusten tapahtuvasta haastattelusta. (Kylmä & Juvakka 2007, 77.) Tässä opinnäytetyön aineisto kerätään sähköisellä kyselylomakkeella (Liite 1), joka vastaa yksilöhaastattelua. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin kysely haastattelun sijaan, koska sillä ajateltiin saatavan enemmän vastaajia. Näin myös vastaajien anonymiteetti säilyy ja pystymme analysoimaan tuloksia luotettavasti ilman että vastaajien ominaisuudet vaikuttavat heidän vastaustensa tulkintaan. Sähköiseen kyselyyn käytettiin elementtejä teemahaastattelun rungosta.

Teemahaastattelussa on strukturoitua väljempi tyyli. Tutkimuksen tekijät valitsevat muuttaman avainkysymyksen tai aihepiirin, joiden ympärille haastattelu muodostuu. (Juvakka & Kylmä 2007, 78.) Teemahaastattelussa tutkittava asia siis jaotellaan useamman teeman alle. Jokaisesta teemasta on useita kysymyksiä. Teemojen valinnan voi tehdä eri tavoilla. Yleistä on käyttää intuitiota siitä mitä pitää kysyä. Toinen menetelmä on esimerkiksi mennä alan kirjallisuus edellä ja nostaa kiinnostavat teemat sieltä. Tärkeää on joka tapauksessa ensin huolellisesti tutustua tutkimuksen kohteena olevaan asiaa laajasti. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 41-45.) Opinnäytetyön tekijät tutustuivat laajasti kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta, mikä auttoi kyselyn kysymysten muotoilussa.

Kyselylomakkeen pituutta kannattaa miettiä tarkkaan. Liian pitkään kyselyyn ei jakseta vastata huolella alusta loppuun, jos edes ollenkaan jaksetaan lukea sitä läpi. Lisäksi hyvässä kyselylomakkeessa käytetty kieli ja sanavalinnat sujuvoittavat vastaamista. Kysymyslomakkeen alussa oleva saatekirje luo luottamussuhteen tutkijan ja vastaajan välille. Kysymysten muotoilu ja valinta on tärkeää tutkimuksen onnistumisen kannalta. Huonosti muotoiluilla kysymyksillä ei saada vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Valli 2018, 93-95.) Kysymyksiä muotoillessa on esimerkiksi hyvä välttää liiallista johdattelua. Tämän takia haastattelun aluksi on hyvä kysyä mahdollisimman laajalla kysymyksellä haastateltavan ajatuksia tutkittavasta asiasta. Kysymyksiä pohtiessa on hyvä yrittää asettua haastateltavan asemaan ja miettiä miltä itsestä tuntuisi vastata niihin. Haastattelun runko ja kysymykset on hyvä myös antaa luettavaksi kollegoilleen tai opiskelutovereilleen. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 41-45.)

Tämän opinnäytetyöhön aineiston keruuseen käytetyn kyselyn kysymyksiä pohdittiin tarkkaan ja kyselylomakkeen tekemiseen varattiin aikaa. Kyselypohjana toimi Google Forms -ohjelma.

Kyselylomake on jaettu viiteen osioon, joista ensimmäisessä on saatekirje (Liite 2). Saatekirjeessä esitellään lyhyesti tekijät, opinnäytetyön aihe ja mitä sillä tavoitellaan. Aineiston käsittelyn luottamuksellisuutta korostetaan saatekirjeessä mainitsemalla, että anonymiteetti säilyy koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kyselylomakkeessa on 2 teemaa, joissa kummassakin oli 4 kysymystä. Kyselylomake sisältää yhden suljetun kyllä-ei-kysymyksen. Loput olivat avoimia kysymyksiä, joihin vastaajat kirjoittavat omin sanoin kokemuksiaan. Avointen kysymysten avulla saamme arvokasta näkemystä yksilöllisesti suoraan terveydenhoitajilta. Kyseessä on hyvin niukasti tutkittu aihe, jolloin oli hankala ennakoida vastausten suuntia ja laajuutta.

Kyselyn voi jakaa montaa eri reittiä. Nykyaikana erilaiset sähköiset kyselyt ovat suosittuja. Tutkijan näkökulmasta on kätevää, kun aineistoa ei tarvitse itse litteroida ja näin myös mahdolliset kirjoitusvirheet jäävät pois. Nykyajan nuoret ovat taitavia tietokoneiden käyttäjiä, ja kyselyyn vastaaminen sujuu yleensä hyvin. Iäkkäämmillä henkilöillä ei välttämättä ole riittävä osaamista sähköisen kyselyn itsenäiseen täyttämiseen. (Valli 2018, 101-102.) Kysely oli osoitettu terveydenhoitajille, joilla oletetaan olevan riittävät tekniset taidot vastata kyselyyn, sillä he joutuvat työssäänkin käyttämään erilaisia tietokoneohjelmia.

Sähköisen kyselyn toinen hyvä puoli on, että siitä saa helposti visuaalisesti miellyttävän näköisen. Verkkokyselyyn on myös usein nopea vastata. Sähköinen kysely on usein helppo jakaa. Sen voi lähettää helposti esimerkiksi sähköpostitse. Kyselyn voi lähettää myös jollekin yhteyshenkilölle, joka sitten jakaa kyselyä eteenpäin. (Valli & Perkkilä 2018, 117-120.) Tässä tutkimuksessa saatekirje ja linkki kyselyyn lähetetään Terveydenhoitajaliiton edustajalle, joka julkaisee sen heidän hallinnoimaan neuvolatyön Facebook -verkostoon. Kyselyn ollessa valmis, se lähetetään terveydenhoitajaliiton yhteyshenkilön kautta terveydenhoitajille vastattavaksi. Vastausaikaa on heinäkuun loppuun asti, jonka jälkeen sähköinen kysely suljetaan. Vastausaikaa ei ollut tarvetta pidentää.

Tutkimusta varten haastateltavilla tulee olla tutkimuksen kannalta oleellista tietoa ja kokemuksia, joita halutaan tutkia. Lisäksi on tärkeää, että haastateltavilla on halu osallistua kyseiseen tutkimukseen. Haastateltavien etsiminen, valinta ja heihin yhteyden ottaminen voi olla työlästä. (Eskola, Lätti & Vastamäki 2018, 30.) Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Rajasimme aineistoomme vain ne terveydenhoitajat, jotka työskentelevät tutkimuksen teko- ja äitiys- ja lastenneuvoloissa. Terveydenhoitajia pyydettiin vastaamaan erityisesti lasta odottavien kohtaamisen näkökulmasta. Kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat olivat organisaationsa työntekijöitä, joilla ei ollut alaisia.

7.2 Induktiivinen sisällön analyysi

Aineiston analyysi on tärkeä vaihe tutkimusta. Analysoinnin tarkoituksena on tuottaa tietoa tutkittavasta asiasta. Aineiston keruu-, käsittely ja analyysivaiheet voi olla vaikea erotella toisistaan. Aineiston analysointi alkaa usein jo sen keräysvaiheessa ja jatkuu

käsittelyvaiheessa jo ennen varsinaista analysointivaihetta. (Juvakka & Kylmä 2007, 110.) Kyselyn tulosten analyysille on varattu merkittävä osa tämän opinnäytetyön aikataulutuksessa.

Aluksi aineistoa on hyvä lukea läpi useaan kertaan, jotta kokonaiskuva hahmottuu (Juvakka & Kylmä 2007, 115). Aineiston analyysi aloitettiin läpikäymällä saadut kyselyvastaukset. Aineiston analyysi eteni niin, että kumpikin opinnäytetyön tekijä työsti ensin itsenäisesti aineistoa, jonka jälkeen käytiin yhteistä keskustelua havainnoista.

Sisällön analyysi on yksi analyysimenetelmä, joka on hyvin yleinen laadullisissa tutkimuksissa. Tässä opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Siinä aineistosta pyritään poimimaan oleellinen asia. Menetelmä perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Kyseisessä menetelmässä analysoidaan vain sitä osaa aineistosta, mikä vastaa tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset saattavat tarkentua aineiston keruun tai analyysin aikana. Menetelmässä voidaan antaa aineiston kertoa, mihin keskitytään. Toisin sanoen; usein aineistosta nousee esille teemat, joita analyysissä käsitellään. Aineistolta ikään kuin kysytään tutkimus kysymyksiä ja niihin vastaavat kohdat aineistoa pistetään merkille. Aineistoa luokitellaan sen teoreettisen merkityksen perusteella. Keskeistä on tunnistaa sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Aineistosta löytyvää kiinnostavaa kohtaa kutsutaan alkuperäisilmaukseksi. (Juvakka & Kylmä 2007, 112-113, 115-119.)

Alkuperäisilmauksia kerättiin tekstistä ja niitä ryhmiteltiin. Vastaukset tallennettiin omalle Word-tiedostolle, jossa ne eroteltiin vastaajan perusteella. Jokaisen vastauksen eteen laitettiin merkki vastaajasta; H1 (H eli Henkilö), H2, H3, H4 ja H5. Merkitsemisen jälkeen vastaukset jaettiin kahteen kategoriaan, sen perusteella, kumpaan tutkimuskysymykseen ne vastasivat. Molemmat tekijät lukivat aineistoa läpi ensin itsenäisesti ja poimivat näin alkuperäisilmauksia ennen kuin niitä koottiin yhteisesti. Ne vastaukset, jotka eivät vastanneet suoraan kumpaankaan tutkimuskysymykseen, laitettiin omaan kategoriaansa. Osa vastauksista menivät kumpaankin kategoriaan. Tämä vastausten läpikäynti mukaili Juvakan ja Kylmän (2007, 116-119) kuvaamaa induktiivista sisällön analyysiä.

Ryhmittelyn jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin eli redusointiin (Taulukko 1). Kun kaikki alkuperäisilmaukset oli saatu pelkistettyä, ne ryhmiteltiin eli klusteroitettiin keskenään samanaisten kanssa (Liite 3). Näin muodostui alaluokkia. Edelleen alaluokista muodostui yläluokkia. Alaluokille ja yläluokille otsikko muodostaessa oli tärkeää, että se kattoi kaikki pelkistetyt ilmaukset tai alaotsikot alleen. Pelkistykset merkittiin eri värein alakategorioiden alle. Värit merkitsivät vastaajia. Kumpikin tekijä pelkisti alkuperäisilmaukset itsenäisesti ja tämän jälkeen ne koottiin yhteisesti taulukkoon. Taulukosta pelkistykset siirrettiin yhteiselle sähköiselle Miro-alustalle (Liite 4), jossa niitä ryhmiteltiin edelleen ala-, ylä- ja pääluokkiin. Edellä

kuvattu aineiston käsittely mukaili induktiivista sisällön analyysiä, kuten Juvakka ja Kylmä (2007, 116-119) sen kuvasivat.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
"Kuten kaikkien vanhempien kanssa lapsen kasvun ja kehityksen tukeminen, vanhemmuuteen kasvu, tunnetaidot, vuorovaikutus jne. [H5]"	Lapsen kasvun tukeminen Lapsen kehityksen tukeminen Vanhemmuuden kasvun tukeminen Perheen tunnetaitojen tukeminen
"Arvostetaan toisen näkemyksiä, ajatuksia ja ihmistä sellaisena kuin hän on. [H2]"	Vanhempien vuorovaikutus Näkemyksien arvostaminen Ajatusten arvostaminen

Taulukko 1 : Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistyksistä

Analyysiä tehdessä on tärkeää huomioida, mihin kysymyksiin ja teemoihin haastateltavat eivät vastanneet, eivät osanneet sanoa mitään tai jopa kieltävät asian olemassaolon. Tällaisista asioista ei voi tehdä pitkälle vietyä analyysiä (Eskola, Lähti & Vastamäki 2018, 45.) Analyysiä tehdessä on myös tärkeä muistaa asioiden konteksti ja tutkittavien taustat. Aineiston analyysiä tehdessä pitää olla tarkkana, ettei informaatiota katoa. (Juvakka & Kylmä 2007, 112-113, 115-119.)

Tulokset raportoitiin ja niistä tehtiin johtopäätöksiä ja jatkokehittämissaiheita. Pohdintaan, tuloksiin ja liitteisiin lisättiin havainnollistavia taulukoita ja kuvioita. Aineistosta tehtiin nostoja tulosten lomaan. Aineistolähtöisen analyysin vaiheet etenevät yksityisestä yleiseen, kuten edellä on selitetty. (Juvakka & Kylmä 2007, 116-119.) Tulokset siis esitettiin analyysissä syntyneiden pää-, ylä- ja alaluokkien perusteella yleisestä yksityiseen pääluokka kerrallaan. Taulukossa 2 on esimerkki siitä, kuinka alaluokista muodostui ylä- ja pääluokkia. Koko aineisto on kuvattuna tulokset -luvussa. Pohdinnassa tuloksia verrattiin aikaisempaan tietoon ja opinnäytetyön tarkoitukseen, tavoitteisiin ja tutkimuskysymyksiin. Pohdittiin, miten opinnäytetyö lisäsi tietoa lahjasoluvanhempien kohtaamisesta äitiys- ja lastenneuvolassa. Lisäksi pohdittiin, millaisia jatkotutkimusaiheita nousi esiin opinnäytetyön prosessin aikana.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Ammattitaidon ylläpitäminen ja itsensä kehittäminen	Koulutus ja itsensä kehittäminen	Halu kehittyä kohtajaksi
		Koulutuksen puute
	Terveystoimijan reflektii-visyys osaamisensa suhteen	Kokemukset lahjasoluperheistä
		Kokemus osaamisesta
	Moniammatillisuuden hyödyntäminen	Moniammatillinen yhteistyö

Taulukko 2 : Esimerkki pää- ja yläluokkien alaluokista muodostumisesta

8 Tulokset

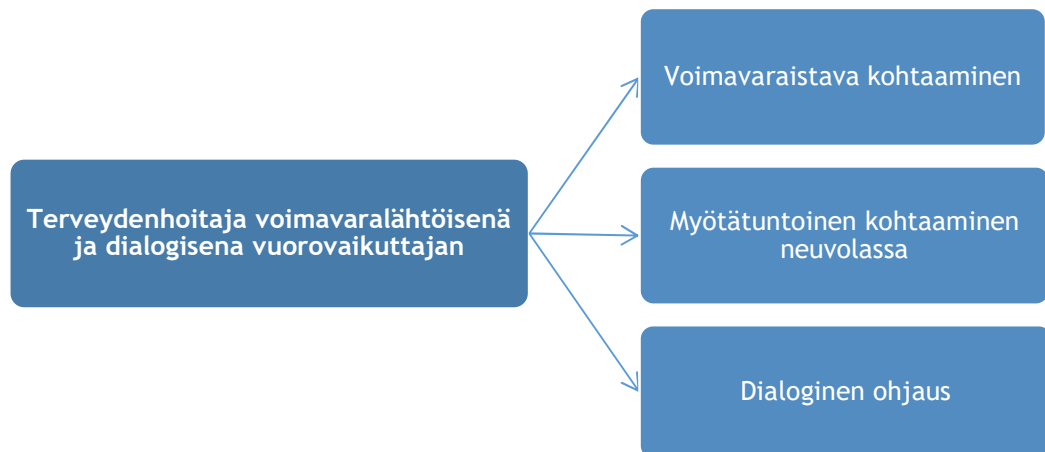
Tutkimuskysymykseen ”millä tavoilla terveydenhoitaja huomioi lahjasoluvanhemmat vastaanotolla lahjasoluvanhemmat” muodostui kaksi pääluokka, jotka olivat terveydenhoitaja voimavaralähtöisenä ja dialogisena vuorovaikuttajana sekä asiakaskohtaamisen moninaisuus. Toiseen tutkimuskysymykseen millaisena terveydenhoitajan kokevat osaamisensa muodostui pääluokka ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen. Pääluokat jakautuivat edelleen seitsemään yläluokkaan (Kuvio 1).



Kuvio 1 : Pääluokat ja niiden yläluokat

8.1 Terveystenhoitaja voimavaralähtöisenä ja dialogisena vuorovaikuttajana

Terveystenhoitaja voimavaralähtöisenä ja dialogisena vuorovaikuttajana -pääluokka jakautui kolmeen yläluokkaan, jotka olivat voimavaraistava kohtaaminen, myötätuntoinen kohtaaminen neuvolassa ja dialoginen ohjaus (Kuvio 2).



Kuvio 2 : Terveystenhoitaja voimavaralähtöisenä ja dialogisena vuorovaikuttajana -pääluokan jakautuminen yläluokkiin

8.1.1 Voimavaraistava kohtaaminen

Voimavaraistava kohtaaminen -yläluokka jakautui kolmeen alaluokkaan, jotka olivat merkityksellisten ihmissuhteiden huomiointi, vanhemmuuden kasvun tukeminen ja tunteiden mentalisointi. Merkityksellisten ihmissuhteiden huomiointi näkyi aineistossa lahjasoluilla lapsen saaneiden taustan huomiointina, lahjasolutaustasta keskusteluna, tukiverkoston kartoituksena erityisesti yksinelävien vanhempien kohdalla ja lapsen roolimallien tiedusteluna. Vanhemmuuden kasvun tukeminen ilmeni vanhemmuuden kasvun, lapsen kasvun, lapsen kehityksen ja perheen tunnetaitojen tukemisena sekä tuen tarpeessa taustan huomioimisena. Tunteiden mentalisointi näkyi terveystenhoitajan läsnäolon aitoutena, perheen kokemusten huomiointina, oikea-aikaisena kannustuksena, uskalluksena ottaa kaikenlaisia asioita samalla tavalla puheeksi, perheen kuulluksi tulemisen kokemuksena ja lapsen temperamentin pohtimisena yhdessä.

”Tukiverkosta tulee yksinelävien vanhempien kanssa kartoitettua vielä tarkemmin kuin parisuhteessa elävien vanhempien kanssa. Isän ja äidin roolimalle tiedustellaan, minkälaisia ihmissuhteita lapselle on tarjolla muista tärkeistä aikuisista. [H5]”

”Tausta hyvä selvittää tarkasti, minkälainen tie vanhemmuuteen on, tuen tarve. [H4]”

8.1.2 Myötätuntoinen kohtaaminen

Myötätuntoinen kohtaaminen neuvolassa -yläluokka jakautui kahteen alaluokkaan. Alaluokat olivat herkkyys ja läsnäolo perhetyössä ja myötätunnon osoittaminen. Herkkyyteen ja läsnäoloon perhetyössä liittyi aineistossa aito kuuntelu, herkkyys ja uskallus ottaa asioita puheeksi. Lisäksi se näkyi avoimena ja mutkattomana suhtautumisena lahjasolutaustaan, avoimuutena,

aitona läsnäolona ja taitona kuunnella. Myötätunnon osoittaminen näkyi empatiana, asiakkaan näkemysten ja ajatusten arvostamisena, arvostuksena kohtaamisessa ja yleisenä asiakkaan arvostuksena.

”Avointa suhtautumista ja aitoa kuuntelua. Herkkyyttä ja uskallusta. [H5]”

”Arvostetaan toisen näkemyksiä, ajatuksia ja ihmistä sellaisena kuin hän on. [H2]”

8.1.3 Dialoginen ohjaus

Yläluokka dialoginen ohjaus jakautui kolmeen alaluokkaan. Alaluokat olivat hyvän vuorovaikutuksen huomioiminen, kysymykset dialogin tukena ja reflektiivinen työote perhetapaamisessa. Hyvän vuorovaikutuksen huomiointiin kuului vuorovaikutuksesta keskustelu sekä lapsen ja äidin välisen kauniin ja lämpimän vuorovaikutuksen havainnointi. Dialogin tukena voi käyttää erilaisia kysymyksiä. Voi kysyä kuulumisia tai esittää lisäkysymyksiä. Ylipäättään kysymysten käyttö auttoi perheen kohtaamisessa. Vastaamiselle annettiin tilaa. Reflektiivinen työote näkyi perhetapaamisessa terveydenhoitajan vuorovaikutustaitoina ja taitona ottaa asioita puheeksi ja kohdata perhe. Aineistosta nousi myös tähän liittyen lapsen persoonaan tutustuminen, onnistunut vuorovaikutus, luonteva suhtautuminen lahjasolutaustaan ja tuen yhdenvertaisuus.

”Huomioimalla kaunista ja lämmintä vuorovaikutusta lapsen ja vanhemman välillä. [H5]”

”Kysytään, mitä kuuluu ja annetaan tilaa vastata, tehdään lisäkysymyksiä. [H4]”

8.2 Asiakaskohtaamisen moninaisuus

Asiakaskohtaamisen moninaisuus -pääluokan alle muodostui yksi yläluokka, joka oli asiakaslähtöinen ja yksilöllinen neuvolatyö (kuvio 3).



Kuvio 3 : Asiakaskohtaamisen moninaisuus -pääluokka ja sen yläluokka

8.2.1 Asiakaslähtöinen ja yksilöllinen neuvolatyö

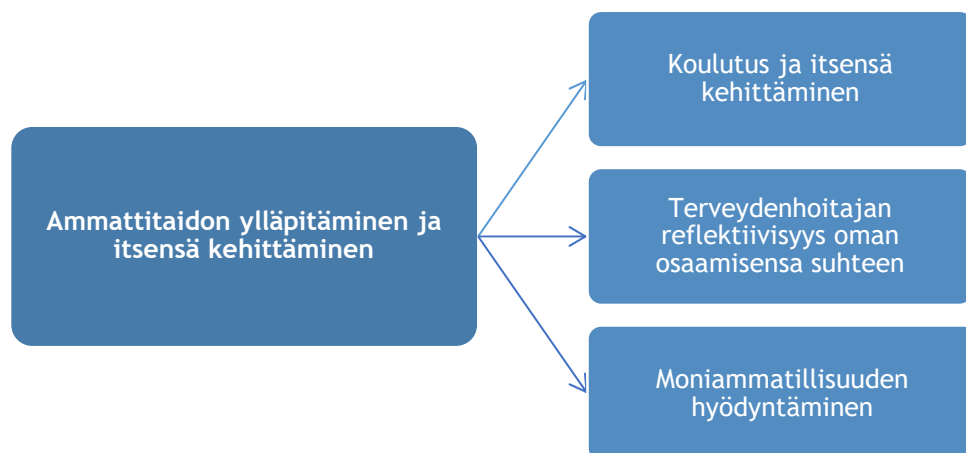
Asiakaslähtöinen ja yksilöllinen neuvolatyö -yläluokka jakautui kahteen alaluokkaan. Alaluokat olivat yhdenvertainen kohtaaminen ja asiakaslähtöinen asioiden käsittely. Yhdenvertainen kohtaaminen näkyi perheiden moninaisuutena, ennakkoluulottomana ja tasavertaisena kohtaamisena ja tasavertaisena suhtautumisena. Suhtautuminen, puheeksiotto, kohtaaminen ja vanhemmuuden tukeminen oli samanlaista kuin muidenkin perheiden kanssa. Asiakaslähtöiseen asioiden käsittelyyn kuului oikea-aikainen tuki ja jatkuvuuden mahdollistaminen asiakas-suhteissa.asiat otetaan käsittelyyn asiakaslähtöisesti ja perheen toiveiden mukaan. Ohjaus ja kohtaaminen oli yksilöllistä.

” En ole erityisesti tukenut lahjasoluvanhempeä vanhemmuuteen kasvussa erityisellä tavalla muihin asiakkaisiin nähden. [H2]”

”Kuulostelen perheen toivetta miten asiaa [lapsen lahjasolutausta] käsitellään vai ei mitenkään. [H1]”

8.3 Ammattitaidon ylläpitäminen ja itsensä kehittäminen

Pääluokka ammattitaidon ylläpitäminen ja itsensä kehittäminen jakautui kolmeen yläluokkaan. Yläluokat olivat koulutus ja itsensä kehittäminen, terveydenhoitajan reflektiivisyys osaamisensa suhteen ja moniammatillisuuden hyödyntäminen (Kuvio 4).



Kuvio 4 : Ammattitaidon ylläpitäminen ja itsensä kehittäminen pääluokka sekä yläluokat

8.3.1 Koulutus ja itsensä kehittäminen

Koulutus ja itsensä kehittäminen jakautui edelleen kahteen alaluokkaan, jotka olivat halu kehittyä kohtajaksi ja koulutuksen puute. Halua kehittyä kohtajaksi kuvattiin mielenkiintona paneutua uuteen asiaan ja oman työtavan pohtimisena. Aineistosta nousi myös ajatus, että aina löytyy parannettavaa ja kehitettävää omista työtavoista. Koulutuksen puutetta vastaajat

kuvasivat kertomalla, että koulutusta liittyen lahjasoluraskauksiin ja -vanhemmuuteen ei ole ollut tarjolla ja että he eivät ole saaneet opastusta tai koulutusta asiaan liittyen. Vastaajat kokivat, että he eivät tienneet mitä heiltä puuttuu ja toivoivat lisäkoulutusta. Kyseessä oli uusi ilmiö ja vastaajat kokivat, että heillä oli tiedon puutetta. Lahjasoluilla lapsen saaviin ei osattu suhtautua eri tavalla, koska asiaan ei ollut saanut erityistä koulutusta.

”Kehittämistä ja parannettavaa omista työtavoista löytyy aina. [H2]”

”En ole saanut tähän erityistä koulutusta millään tavalla, eli en osaa suhtautua heihin [lahjasoluvanhemmat] erityisellä tavalla muihin asiakkaisiin nähdessä. [H2]”

8.3.2 Terveydenhoitajan reflektiivisyys osaamisensa suhteen

Terveydenhoitajan reflektiivisyys osaamisensa suhteen -yläluokka jakautui kahteen alaluokkaan. Alaluokat olivat kokemukset lahjasoluperheistä ja kokemus osaamisesta. Kokemuksia lahjasoluperheistä kuvattiin pitkänä työkokemuksena, asian tuttuutena lähipiiristä ja omina kokemuksista lahjasoluvanhemmuudesta. Lisäksi perustietämys lahjasoluvanhemmuudesta oli. Kokemus osaamisesta näkyi aineistossa maalaisjärjellä ja herkällä korvalla pärjäämisen kokemuksena ja kokemuksena hyvistä valmiuksista läsnäoloon ja siihen ettei oletakaan mitään vaan on aidosti läsnä. Aineistosta nousi myös, ettei olla tultu ajatelleeksi millaisia tunteita lahjasoluvanhemmillä voi olla. Koettiin, että mikäli aiheeseen tutustuisi lisää, oma ymmärrys lisääntyisi. Lisäksi todettiin, että osaamisensa on aina hyvä vahvistaa.

”[O]len pärjännyt herkällä korvalla ja maalaisjärjellä, jotka ovat kertyneet yli 30-vuotisen työuran aikana. [H1]”

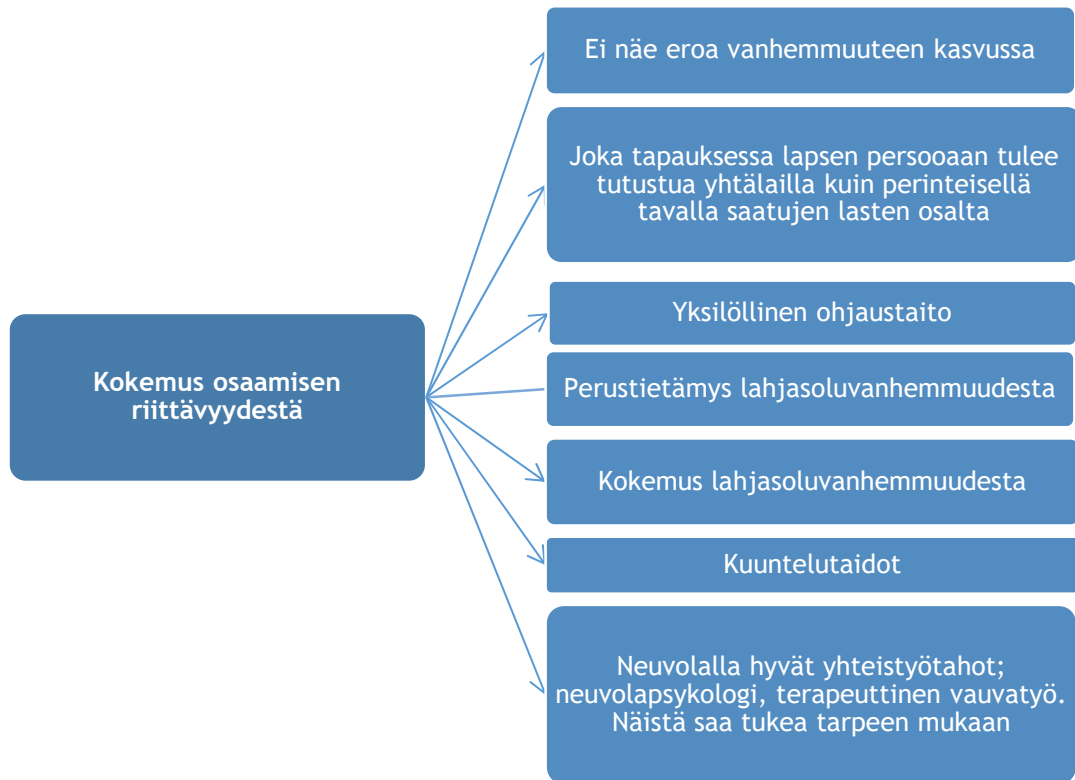
”Asiaan [lahjasoluilla lapsen saaminen] enemmän tutustuen voisi omaa ymmärrystä varmasti lisätä. Asia tuttu myös lähipiirin kautta. Ei pidä olettaa mitään, vaan aidosti olla läsnä, tähän koen valmiuteni hyväksi. [H4]”

Kokemukseen osaamisesta liittyen kyselylomake sisälsi yhden määrällisen kyllä-ei-kysymyksen; Koetko, että osaamisesi lahjasoluraskauksista ja -vanhemmuudesta on riittävä? Tätä kysymystä seurasi avoin kysymys, jossa pyydettiin perustelemaan edellinen vastaus. Vastauksia tähän kysymykseen tuli neljä. Näin ollen tuloksia tarkastellaan vain frekvenssien eli esiintymistajuuksien kautta (Taulukko 3).

	Frekvenssi <i>f</i>
Kyllä	2
Ei	2
Tyhjä	1
Yhteensä (n=5)	5

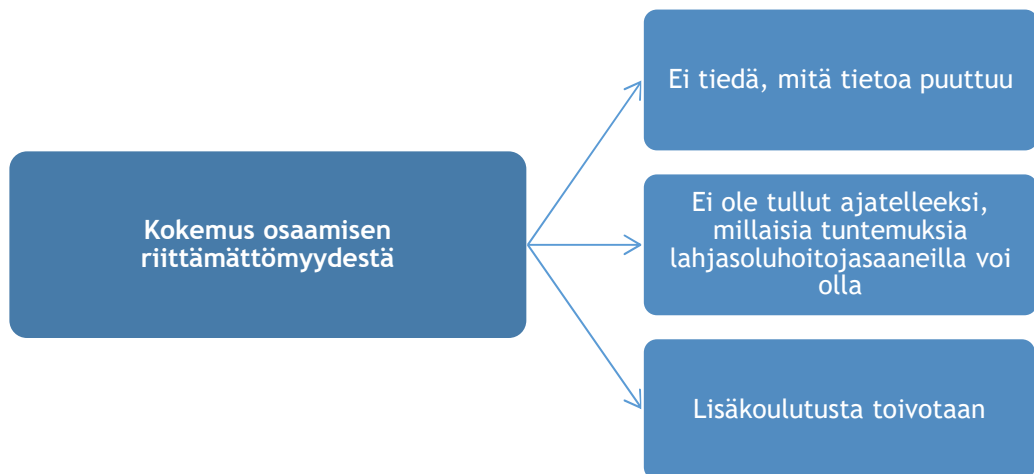
Taulukko 3 : Määrällinen kysymys. Koetko, että osaamisesi lahjasoluraskauksista ja -vanhemmuudesta on riittävää?

Kaksi vastaajista koki osaamisensa lahjasoluraskauksista ja -vanhemmuudesta riittäväksi ja kaksi ei kokenut osaamistaan riittävästi. Yksi vastaaja jätti kohdat tyhjiksi. Perusteluina riittävälle osaamiselle kerrottiin, että ei nähdä eroa vanhemmuuteen kasvussa ja että joka tapauksessa lapsen persoonaan tulee tutustua yhtä lailla kuin perinteisellä tavalla saatujen lasten osalta. Perusteluina mainittiin myös omia vahvuuksia; yksilöllinen ohjaustaito, kuuntelutaidot sekä perustietämys ja kokemus lahjasoluvanhemmuudesta. Kerrottiin myös, että neuvolalla on hyvät yhteistyötahot, kuten neuvolapsykologi, terapeutin vauvaperhetyö, jotka tukevat tarpeen mukaan. Kuviossa 5 on esitettyä perusteluja osaamisen riittävyydelle



Kuvio 5 : Kokemus osaamisen riittävydestä

Perusteluina osaamisen riittämättömyyteen mainittiin, että ei tiedä mitä tietoa puuttuu sekä ettei ollut tullut ajatelleeksi millaisia tuntemuksia lahjasoluhoidoista saaneilla voi olla. Lisäkoulutusta asiasta toivottiin. Kuviossa 6 on esitettyä perusteluja osaamisen riittämättömyydelle.



Kuvio 6 : Kokemus osaamisen riittämättömyydestä

8.3.3 Moniammatillisuuden hyödyntäminen

Monialaisuuden hyödyntäminen -yläluokassa oli yksi alaluokka, joka oli moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillinen yhteistyö näkyi aineistossa muiden ammattiryhmien esittelyinä,

niiden piiriin ohjaamisena ja heidän apunsa tarjoamisena huolen herätessä. Moniammatillinen yhteistyö koettiin terveydenhoitajan tukena.

”Tukipalveluiden esittely kuten muillekin,herkällä korvalla suosittelu niihin (moniammatillinen yhteistyö tukena). [H4]”

”Tarjoamalla esim lapsiperhepsykologin tai neuvolan perhetyön apua, mikäli huolta herää. [H5]”

9 Pohdinta

Voimavaralähtöiseen ohjaukseen kuuluu voimavaraistuminen eli voimavaraisuuden lisääntyminen. Käsite voidaan määritellä monella eri tavalla. Yleensä sillä tarkoitetaan osallisuutta yhteiskunnassa ja henkilön voimantunteen rakentumista. (Kettunen ym. 2011, 77-80.) Terveydenhoitaja tukee perhettä tässä auttamalla heitä tiedostamaan kuormittavia ja suojaavia tekijöitään (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c). Opinnäytetyössäkkin nousi esille, että terveydenhoitajat kartoittavat yhdessä perheen kanssa heidän tukiverkostoaan ja muita merkityksellisiä ihmissuhteita, pyrkivät lisäämään vanhempien mentalisaatiokykyä ja pyrkivät vahvistamaan vanhemmuuden kasvua lapsen kasvun ja kehityksen turvaamisen näkökulmasta. Neuvolan tehtäviin kuuluukin seurata ja edistää lapsen ja kasvua ja kehitystä ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia kaventaen terveyseroja ja edistäen kansanterveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a.)

Terveydenhoitajan voimaantuminen on tärkeää sillä se vaikuttaa hänen tapansa tehdä työtänsä. Siihen liittyy kokemus pystyvyydestä ja kyky itsereflektioon. Voimaantuminen nähdään kasvatuksellisten pyrkimysten päätavoitteena ja ymmärretään kriittisen tietoisuuden kehittymiseksi. (Kettunen ym. 2011, 77-80.) Terveydenhoitajat kokevat, että hyvä vuorovaikutus vaatii hyviä puheeksiottotaitoja ja sitä että tutustuu asiakkaisiinsa ja toimii heidän tarpeidensa mukaan. Reflektiivisyys liittyy paitsi oman osaamisen pohtimiseen myös asiakkaiden mentalisaatiokyvyn lisäämiseen. Reflektiivinen työote perustuu mentalisaatioon, jossa olennaista on arvostava, hyväksyvä ja kiinnostunut kohtaaminen perheen kanssa (Oksanen, Sourander & Viinikka 2014, 67). Tässä auttaa myös perheen sisäisen vuorovaikutuksen havainnointi ja omien havaintojen ääneen sanominen ja sanoittaminen.

Aineistosta nousi, että terveydenhoitajat kohtaavat asiakkaat yksilöllisesti olettamatta mitään. He pyrkivät tasa-arvoiseen, yhdenvertaiseen, myötätuntoiseen ja voimavaraistavaan dialogiseen kohtaamiseen. Osittain kohtaamisen samanlaisuus johtuu siitä, että terveydenhoitajat kohtaavat kaikki perheen ennakkoluulottomasti ja näin ajatellen siis samanlaisesti. Toisaalta tämä johtuu koulutuksen ja tiedon puutteesta. Kaksi viidestä vastaajasta koki osaamisensa lahjasoluraskauksista ja -vanhemmuudesta riittäväksi ja toiset kaksi kokivat

osaamisensa riittämättömäksi. Pienen otoskoon takia tästä ei voi tehdä kovin vahvoja johtopäätöksiä. Yhdistettynä loppuun aineistoon, voidaan päätellä, että terveydenhoitajat kokevat osaamisensa yleisesti kohdata kaikenlaisia perheitä hyviksi mutta he toivoisivat lisäkoulutusta ja -tietoa lahjasoluilla lapsen saavien perheiden ohjaamisen erityispiireistä.

Terveydenhoitajan ja perheen väliseen vuorovaikutukseen kuuluu myös sanatonta viestintää, kuten kehonkieli, äänenpaino ja ilmeet (Kettunen ym. 2011, 47). Myötätunnon osoittaminen ja oikeanlaisen ilmapiirin luominen vastaanotolla on tärkeää. Terveydenhoitajan tulee arvostaa asiakkaan ajatuksia. On tärkeää osoittaa, että terveydenhoitaja hyväksyy vanhemmat sellaisina kuin he ovat. Erityisen tärkeää tämä on, kun vanhemmilla on itsesyytöksiä tai he kokevat häpeää kertoa jotain asiaa. (Riihonen 2018; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a.) Tämän opinnäytetyön aineistossa kuvattiin arvostavaa ja myötätuntoista kohtaamista ja aitoa läsnäoloa. Lisäksi siitä nousee tietynlainen herkkyyks ja taito kuunnella asiakasta. Terveydenhoitajat tietävät, että kysymysten käyttö ja tilan antaminen auttavat luomaan hyvän asiakas- ja vuorovaikutussuhteen.

Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat käsittelevät asioita asiakaslähtöisesti ja osaavat tarvittaessa tukeutua muiden ammattiryhmien tukeen. Asiakaskohtaukset ovat erilaisia ja jokainen asiakas kohdataan vailla ennakkoluuloja yksilöllisesti. Asiakkaille tarjotaan heidän tarvitsemaansa tukea ja tarvitsemiaan palveluita. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jokainen asiakas kohdataan samalla tavalla ja vuorovaikutuksen syventyessä terveydenhoitaja säätelee omaa osuuttaan vuorovaikuttajana, kuten Kettunen ym:kin (2011, 68.) kuvaavat. Lahjasolu-perheille esitellään muiden ammattiryhmien palveluita, kuten muillekin perheille.

9.1 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden pohdinta kuuluu jo tutkimuksen suunnitteluvaiheeseen (Juvakka & Kylmä 2007, 67). Tutkimusprosessi tulee toteuttaa kokonaisuudessaan eettisesti. Tutkimus-, tiedonhankinta- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Muiden tekemiin julkaisuihin tulee viitata kunnioittavasti. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2021b.) Tämän opinnäytteen eettisyyttä on pohdittu ja huomioitu läpi prosessin; suunnitelmavaiheessa, tutkimuksen toteutusvaiheessa, tutkimustuloksia kirjatessa ja prosessia arvioitaessa. Lähteisiin viitataan referoiden, eikä mukaan lisätä omia mielipiteitä tai kommentteja.

Koko opinnäytetyöprosessi on raportoitu tarkasti. Yhteistyötahot ja muut merkitykselliset sidonnaisuudet kerrotaan tutkimusraportissa (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2021b). Näin kuka tahansa voi itse arvioida opinnäytetyön luotettavuutta. Tässä opinnäytteessä kuvataan, että tekijät ovat Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijoita ja yhteistyötahona toimii Lapsettomien yhdistys Simpukka ry. Opinnäytteessä on kuvattuna Simpukka ry:n ja Laurea

ammattikorkeakoulun roolit tässä prosessissa. Simpukka ry:n edustajan kanssa on tehty kirjallinen sopimus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta eli TENK on luonut yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä. Muun muassa Laurea ammattikorkeakoulu on sitoutunut noudattamaan tätä ohjetta. Ohjeen mukaan tulee noudattaa tarkkuutta, yleistä huolellisuutta ja rehellisyyttä. Näin tulee toimia tutkimustyössä ja sen arvioinnissa sekä tutkimustulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2021a; 2021b.)

Kyselylle kirjoitetaan saatekirje (Liite 2), jossa on kerrottuna siitä, mihin vastausta käytetään ja miten niitä käsitellään. Saatekirjeessä kerrotaan myös, että vastaamalla kyselyyn antaa suostumuksensa vastauksen käyttämiseen tutkimuksessa. Tämän tutkimuksen vastaukset kerätään ja säilytetään niin, että vain tutkimuksen tekijöillä on niihin pääsy. Heti kun tutkimustulokset on raportoitu, alkuperäiset vastaukset hävitetään. Tämä tieto liitetään myös kyselyn saatekirjeeseen. Kysely toteutetaan niin, että vastaajaa ei pystytä jäljittämään. Terveydenhoitaja avaa sähköpostitse saamansa linkin ja vastaukseen ei tallennu tietoa kuka linkin on avannut. Vastaajien henkilötietoja ei kerätä turhaan, niitä ei tarvita. Näin anonymiteetti säilyy. Anonymiteetti mainitaan myös kyselyn saatekirjeessä.

Tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia ja tarvittaessa tulee pyytää eettinen ennakoarvio (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2021b). Tämän opinnäytetyön aineiston keruu suoritetaan anonymisti sosiaalisen median alustan kautta jaetun sähköisen kyselyn linkin avulla. Tällöin tutkimuslupaa ei tarvitse hakea. Tämän opinnäytteen tekoon ei tarvita myöskään eettistä ennakoarviointia.

Tutkimuksen eettisyyden pohdintaan kuuluu myös tutkimusmenetelmän valinta, niin että se paitsi palvelee haluttua lopputulosta, myös tekee sen mahdollisimman eettisesti (Juvakka & Kylmä 2007, 146). Tässä opinnäytetyössä toteutetaan kyselytutkimus, jolloin lahjasoluvanhempien yksityisyys säilyy. Terveydenhoitajia ohjataan vastaamaan kyselyyn yleisellä tasolla niin ettei siitä voida tunnistaa yksittäisiä asiakkaita. Tutkijoiden ei tarvitse itse olla esimerkiksi seuraamassa terveydenhoitajan työtä ja näin asiakkaiden yksityisyys säilyy ja saadaan enemmän dataa.

9.2 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tärkeää, sillä tarkoituksena on tuottaa luotettavaa tietoa. Luotettavuuden arvioinnissa pohditaan, kuinka totuudenmukaista tutkimuksella saatu tieto on. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohtia esimerkiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden näkökulmista. (Juvakka & Kylmä 2007, 127.)

Uskottavuudella tutkimusprosesseissa tarkoitetaan tutkimustulosten ja itse tutkimuksen uskottavuutta. Tähän liittyy se, että tutkittavien käsitykset tutkittavasta asiasta saadaan välitettyä tutkimuksella oikein. Tutkimustulosten uskottavuutta lisää se, että tutkija tuntee tutkittavan ilmiön. (Juvakka & Kylmä 2007, 128.) Ennen tutkimuksen toteutusta tutkimuksen tekijät etsivät laajalti teoratietoa ja tutkimuksia eri näkökulmista lapsettomuudesta, Suomen neuvolajärjestelmästä, lahjasolujen käytöstä lapsettomuushoidoissa ja vanhemmuuden tukemisesta. Lisäksi tutkimuksen tekijöillä oli jo entuudestaan tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta asiasta opintojensa takia. Koska, aiheesta ei ole tuotettu paljoa tietoa, on luotettavien vertaisarvioitujen tutkimusten löytäminen haastavaa.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Se liittyy siihen, että tutkija raportoi tarkasti oman tutkimusprosessinsa. Laadullisen tutkimuksen toistettavuudessa on ongelmana, että eri tutkijat voivat saada erilaisia tuloksia ja tulkintoja, vaikka käyttäisivät jopa samaa aineistoa. (Juvakka & Kylmä 2007, 129.) Tästä tutkimuksesta teemme tämän kirjallisen suunnitelman ja tutkimusraportin, joihin kuvaamme tutkimusprosessimme vaiheet sekä omat johtopäätöksemme. Johtopäätösten sekaan lisätään myös mahdollisesti suoria lainauksia tai pelkistettyjä ilmauksia tutkimusaineistosta.

Reflektiivisyys tutkimuksessa edellyttää sitä, että tutkija tiedostaa oman taustansa ja ajatusmallinsa vaikutuksen tutkimukseen (Juvakka & Kylmä 2007, 129). Aihetta ja aineistoa tarkastellaan objektiivisesti, vaikka ne herättävät paljon tunteita ja ajatuksia. Keskustelemme aineistosta, tuloksista ja johtopäätöksistämme yhdessä. Tällöin saamme tutkimuksella aikaan tietoa, jossa ei välity pelkästään yhden henkilön ajatukset. Aineiston keruun toteutamme niin, että terveydenhoitajat saavat vastat siihen anonyymisti ja omassa rauhassa. Näin tutkijoiden läsnäolo ei vaikuta tutkittavien vastauksiin. Tutkittavien anonymiteettikin saattaa helpottaa tutkittavaa vastaamaan totuudenmukaisesti.

Tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa, sitä kuinka hyvin tuloksia ja johtopäätöksiä voidaan soveltaa muihin vastaaviin tilanteisiin. Osallistujista ja heidän ympäristöistään tulee antaa riittävästi tietoa, jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida. (Juvakka & Kylmä 2007, 129.) Opinnäytetyössä kuvataan yleisellä tasolla, mikä on neuvolan terveydenhoitajien asema ja millaisessa ympäristössä he yleensä toimivat. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa koulutusta äitiys- ja lastenneuvolan terveyden hoitajille koulutusmateriaalia lahjasoluvanhempien kohtaamisen erityispiirteistä. Aihe koskettaa laajemminkin kaikkia työntekijöitä, jotka kohtaavat työssään lahjasoluilla lapsen saavia tai saaneita.

Kyselyyn vastaamishalukkuuteen vaikuttaa mahdollinen palkkio, kyselylomakkeen pituus, vastaamattomien seuranta ja saatekirjeessä tieto yhteiskunnan ja tekijätahon saamista hyödyistä, jos kyselyyn vastaa. (Luoto 2009, 1651.) Tässä opinnäytetyössä kysely pyrittiin

pitämään riittävän lyhyenä, jotta jokaiseen kysymykseen jaksaa vastata. Kyselyn saatekirjeessä kerrottiin, että aihe on niukasti tutkittu ja että jokainen vastaus on arvokas.

Kyselyä suunniteltaessa, on hyvä pohtia jo etukäteen, kuinka se palautetaan tutkijoille. Vastaamisesta ja lomakkeen palautuksesta on hyvä lähettää tarvittaessa muistutusviesti. (Luoto 2009, 1651.) Muistutusviestiä vastata kyselyyn ei julkaistu, sillä opinnäytetyön tekijät olivat etukäteen sopineet, että sitä ei lähetetä, jos aineistoa saadaan riittävästi alkuperäisellä julkaisulla. Kyselyn vastausaika oli pitkä ja opinnäytetyön tekijät kokivat saaneensa jo tarpeeksi laajan aineiston. Kyselyyn vastattiin netissä, jolloin vastaukset siirtyivät suoraan opinnäytetyön tekijöille.

Vastaamattomien merkitys on sitä suurempi, mitä pienempi tutkittavien perusjoukko on. Tärkeää olisi saada arvioitua, kuinka valikoitunut saatu aineisto on. Jotta vastaamattomien merkitystä voitaisiin arvioida, tulee olla taustatietoa heistä ja kyselyyn vastanneista. (Luoto 2009, 1652.) Tässä opinnäytetyössä kyselyyn vastaajien perusjoukko on varsin laaja; kaikki Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolan Facebook-verkoston jäsenet. Kysely jaettiin julkisesti, siihen ei lähetetty henkilökohtaisia kutsuja eikä vastaajien taustatietoja kerätty. Näin ollen vastaamatta jättäneiden syitä vastaamattomuuteen ei voida arvioida eikä heidän vastaustensa puutetta voida kompensoida.

Lisäksi opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa tekijöiden aikaisempi kokemus opinnäytetyön ja tässä tapauksessa tutkimuksen tekemisestä. Opinnäytetyön tekijöillä ei ole aiempaa kokemusta opinnäytetyön tekemisestä tai juurikaan kokemusta laadullisen tutkimuksen teosta. Opinnäytetyötä varten tekijät tutustuivat menetelmäkirjallisuuteen ja saivat ohjausta oppilaitokseltaan. He saivat myös vertaistukea muilta opiskelijoilta, jotka olivat tekemässä tai jo tehneet opinnäytetyönsä. Lisäksi opintoihin on kuulunut tutkimusmenetelmäkurssi.

9.3 Johtopäätökset

Kyselyyn vastanneet äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat tuntevat hyvän vuorovaikutuksen lähtökohdat ja osaavat hyödyntää tietämystään perheiden kohtaamisessa. Terveystieteiden oma kokemukkin on, että heillä on hyvä vuorovaikutusosaaminen. He osaavat reflektoida omaa osaamistaan ja tunnistaa omia kehityskohteitansa ja ajattelevat, että osaamistaan voi aina vahvistaa. He kokevat, että kokemus lahjasoluvanhemmista pitkän työuran ja henkilökohtaisen elämäkokemuksen kautta auttaa heitä toimimaan lahjasoluperheiden kanssa. Terveystieteidenhoitajat kokevat, että osaavat kohdata perheet ennakkoluulottomasti. Kuitenkin jokainen vastaaja toi esille koulutuksen puutetta aiheesta. Esiin nousi voimakas tarve lisätiedolle.

Opinnäytetyön tulosten mukaan saatiin kuvattua terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta lahjasoluvanhempien kanssa äitiys- ja lastenneuvolassa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoja ja kokemuksia lahjasoluvanhempien kanssa saatiin

selvitettyä. Samoin saatiin selville, kuinka terveydenhoitajat kokivat oman osaamisensa lahjasoluvanhemmuudesta ja sen näkymisestä lahjasoluvanhemman kansa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että kehitystyölle äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoihin lahjasoluvanhempien kanssa on tarvetta.

Opinnäytetyössä oli kaksi tutkimuskysymystä; millä tavoilla terveydenhoitaja huomioi vastaanotolla lahjasoluvanhemmat ja millaisena terveydenhoitajat kokevat osaamisensa. Molempiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia. Opinnäytetyön tulosten mukaan äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat huomioivat lahjasoluvanhempiä vastaanotolla kuten muitakin perheitä käyttäen voimavaralähtöisen ja dialogisen ohjauksen piirteitä. He pitävät vuorovaikutusosaamistaan vahvana, mutta toivovat lisäkoulutusta lahjasoluvanhempien kohtaamisen erityispiirteistä.

9.4 Vaikuttavuus ja kehittämisehdotukset

Tässä opinnäytetyössä nousi esiin, että tarvitaan lisää koulutusta terveydenhoitajille lahjasoluperheiden kohtaamisesta. Opinnäytetyön tekijät kokivat, ettei yksittäinen posteritai muu tuloste välttämättä kohtaa tarvetta. Eräs vastaajista kuvasi, että ei ole tullut oikein ajatelleeksi millaisia tuntemuksia tällaisilla vanhemmilla voikaan olla. Toinen perusteli kokemustaan osaamisensa riittämättömyydestä sillä, ettei edes tiedä mitä osaamista häneltä puuttuu. Muidenkin vastaajien vastauksissa toistui, että lahjasoluperheiden kohtaamiseen ei olla saatu koulutusta ja perehdytystä. Esimerkiksi sähköinen lyhyt koulutus tai lyhyt tietovihko voisi olla kehitysideana tarvetta palveleva. Neuvolaterveydenhoitajat voisivat palata sellaiseen aineistoon uudelleen ja esitellä sitä edelleen, lisäksi sähköinen lähde on helpommin saatavilla ja jaettavissa. Sen voi halutessaan myös tulostaa itselleen fyysiseksi.

Tämä opinnäytetyö tuo tärkeää tietoa vähän tutkitusta aiheesta. Lahjasoluilla lapsen saamista, sen vaikutusta neuvolapalveluiden käyttöön, vanhemmuuteen ja neuvolan terveydenhoitajien kohtaamiseen on tutkittu aikaisemmin vain vähän. Etenkin tutkimusta puuttuu Suomesta, jossa neuvolajärjestelmä on kansainvälisesti verrattuna melko ainutlaatuinen. Jatko-tutkimusaiheena voisi siis olla lahjasoluvanhempien kokema tuen tarve nevolassa, lahjasoluperheiden kokemus kohtaamisesta äitiys- ja lastenneuvolassa ja lapsettomuushoitoja tarjoavassa terveydenhuollon yksikössä.

Lähteet

Painetut

Ellilä, M., Hakulinen-Viitanen, T., Häkkinen, H., Jouhki, M., Kampman-Nikulainen, T., Kera-
vuo, R., Klemetti, R., Lang, L., Lehtomäki, L., Liira, H., Paahtama, S., Pelkonen, M., Pouta,
A., Rahkonen, E., Raudaskoski, T., Raussi-Lehto, E., Rätty, H., Uotila, J., Vallimies-Patomäki,
M., Virtanen, T. & Ylä-Soininmäki, T. 2013. Teoksessa Hakulinen-Viitanen, T. & Klemetti, R.
(toim.). Äitiysneuvolaopas - Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print -
Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 20.5.2022.

Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. 2018. Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Teok-
sessa Aarnos, E., Eskola, J., Hakala J. T., Heikkinen, H. L. T., Kiviniemi, K., Lätti, J., Niikko.
A., Perkkilä, P., Ropo, E., Saarela, M., Saloviita, T., Syrjälä, L., Valli, R., Vastamäki, J.,
Vilkkä, H., Virtanen, S., Wallin, A. & Åhlberg, M. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 1. 5., uu-dis-
tettu painos. Keuruu: Otava, 27-51.

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kettunen, T., Laitinen-Väänänen, S., Mäkelä, J. & Vänskä K. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosi-
aali- ja terveystieteen ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Oksanen, E. Sourander, J. Viinikka, A. 2014. Reflektiivinen työote. Teoksessa Kallad, M.,
Kauppi, A., von Koskull, M., Mäkelä, J., Mäntymaa, M., Oksanen, E., Pajulo, M., Puura, K.,
Pyykkönen, N., Salo, S., Sourander, J., Takalo, A. & Viinikka, T. (toim.). Mentalisaatio perhei-
den kohtaamisessa. 2. painos. Tampere: Hämeen kirjapaino, 67-74.

Valli, R. 2018. Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Teoksessa Aarnos, E., Eskola, J., Hakala J.
T., Heikkinen, H. L. T., Kiviniemi, K., Lätti, J., Niikko. A., Perkkilä, P., Ropo, E., Saarela, M.,
Saloviita, T., Syrjälä, L., Valli, R., Vastamäki, J., Vilkkä, H., Virtanen, S., Wallin, A. & Åhl-
berg, M. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 1. 5., uudistettu painos. Keuruu: Otava, 92-116.

Valli, R. & Perkkilä, P. 2018. Sähköinen kyselylomake ja sosiaalinen media aineistonkeruussa.
Teoksessa Aarnos, E., Eskola, J., Hakala J. T., Heikkinen, H. L. T., Kiviniemi, K., Lätti, J.,
Niikko. A., Perkkilä, P., Ropo, E., Saarela, M., Saloviita, T., Syrjälä, L., Valli, R., Vasta-
mäki, J., Vilkkä, H., Virtanen, S., Wallin, A. & Åhlberg, M. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 5., uu-
distettu painos. Keuruu: Otava, 117-128.

Sähköiset

Akik, B. K., Calleja-Agius, J., Gouni, O., Holopainen, A. & Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G. 2022.
Childlessness: Concept Analysis. International Journal of Environmental Research and Public
Health 3. Viitattu 17.5.2022. [https://www.proquest.com/cent-
ral/docview/2627534081/fulltextPDF/A48DB0A4957B4CEEPQ/1?accountid=12003](https://www.proquest.com/central/docview/2627534081/fulltextPDF/A48DB0A4957B4CEEPQ/1?accountid=12003)

Duodecim. 2020a. Kiintymyssuhdemallit. Odottavan äidin käsikirja. Terveyskirjasto. Viitattu
20.5.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/odk00026/kiintymyssuhdemallit>

Duodecim. 2020b. Vanhemmuuden muutokset raskauden aikana. Odottavan äidin käsikirja.
Terveyskirjasto. Viitattu 22.5.2022. [https://www.terveyskirjasto.fi/odk00027/vanhemmuu-
den-muutokset-raskauden-aikana](https://www.terveyskirjasto.fi/odk00027/vanhemmuu-
den-muutokset-raskauden-aikana)

Duodecim. 2020c. Vanhemmuuteen kasvaminen. Odottavan äidin käsikirja. Terveyskirjasto.
Viitattu 22.5.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/odk00025/vanhemmuuteen-kasvaminen>

Duodecim. 2020d. Vanhemmuuteen valmistautumisen vaikeudet. Odottavan äidin käsikirja. Terveyskirjasto. Viitattu 22.5.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/odk00028/vanhemmuuteen-valmistautumisen-vaikeudet>

Hakulinen, T., Korpilahti, U. & Uotila-Laine, H. 2022a. Lastenneuvolapalvelut. NEUKO-tietokanta. Duodecim Terveysportti. Viitattu 15.3.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00092>.

Hakulinen, T., Korpilahti, U. & Uotila-Laine, H. 2022b. Äitiysneuvolapalvelut. NEUKO-tietokanta. Duodecim Terveysportti. Viitattu 15.3.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00091>.

Heino, A., Klemetti R. & Pelkonen S. 2021. Hedelmöityshoidot. NEUKO-tietokanta. Duodecim terveysportti. Viitattu 21.3.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00046>.

Isosävi, S. Airo, R. & Rouhe, H. 2022. Äitiys- ja lastenneuvola. Traumakokemusten huomioiminen perinataalijalla. NEUKO-tietokanta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.10.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/nla00089/search/lapsettomuus>

James, S. & Singh, A. 2018. Grief and bereavement in Infertility and Involuntary Childlessness. *Journal of Psychosocial Research* 2, 297-305. Viitattu 23.4.2022. <https://www.proquest.com/docview/2176188349>

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. E-kirja. Helsinki: Edita Publishing Oy. Viitattu 19.5.2022.

Kashmeri, S. 2020. Relative Entitlements: Reckoning Recipients' Access to publicly-funded Assisted Reproductive Technologies (ARTs) & Cultural Understandings of Kinship and Gender in Quebec (Canada). Viitattu 13.5.2022. <https://www.proquest.com/docview/2427335884?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>

Laki hedelmöityshoidoista. 1237/2006. Viitattu 10.4.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä. 101/2001. Viitattu 11.4.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101>

Lehto, Siru. 2020. Pitkä matka äidiksi - Narratiivinen tutkimus äitiyden rakentumisesta tahattoman lapsettomuuden ja hedelmöityshoitojen jälkeen. Viitattu 17.5.2022. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71532/978-951-39-8253-9_vaietos25092020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Luoto, R. 2009. Kyselytutkimuksen suunnittelu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 15/2009, 1647-53.

Punamäki, R-L., Sälevaara, M., Tiitinen, A., Tulppala, M., Unkila-Kallio, L. & Vänskä, M. 2018. The mental health of mothers and fathers during pregnancy and early parenthood after successful oocyte donation treatment: a nested case-control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2018; 97:1478-1485. Viitattu 7.5.2022. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13421>

Riihonen, R. 2018. 7 11 2018 Neuvolapäivät Riihonen. Viitattu 10.1.2021. https://www.youtube.com/watch?v=PMhXb420hC0&ab_channel=THL%3Anseminaaritjakoulutukset

Savolainen-Peltonen H. & Tiitinen, A. 2019. Hedelmöityshoidot. Duodecim Oppiportti. Viitattu 11.4.2022. https://www.oppiportti.fi/op/njs11205/do?p_haku=lapsettomuus#s2

Simpukka ry. 2021. Lahjasoluhoidot julkisella sektorilla. Helminauha. Viitattu 7.11.2022. <https://helminauha.info/lahjasoluhoidojen-linjaukset-julkisella-sektorilla/>

Simpukka ry. 2022c. Edunvalvonta. Viitattu 7.5.2022. <https://www.simpukka.info/edunvalvontatoiminta/>

Simpukka ry. 2022d. Helminauha - tietoa ja tukea lahjasoluperheille. Helminauha. Viitattu 7.5.2022. <https://helminauha.info/>

Simpukka ry. 2022e. Lahjasoluhoidot. Helminauha. Viitattu 21.5.2022. <https://helminauha.info/lahjasoluhoidot/>

Simpukka ry. 2022a. Miten tuen lahjasoluvanheppaa. Helminauha. Viitattu 5.5.2022. <https://helminauha.info/miten-tuen-lahjasoluvanheppaa/>

Simpukka ry. 2022b. Mitä lapsettomuus on? Viitattu 29.4.2022. <https://www.simpukka.info/mita-lapsettomuus-on/>

Simpukka ry. 2019. Lahjasoluperhe neuvolassa. Helminauha. Viitattu 19.5.2022. https://helminauha.info/wp-content/uploads/2019/11/Helminauha_neuvola_esite.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Neuvolat. Viitattu 10.3.2022. <https://stm.fi/neuvolat>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022b. Palvelut perheille. Viitattu 23.3.2022. <https://stm.fi/palvelut-perheille>

Sälevaara, M. 2019. Transition to parenthood after fertility treatment with oocyte and sperm donation. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki. Sivut 8,9,10. Viitattu 7.5.2022. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/301864>

Sälevaara, M. 2020. Lahjasoluhoido ja vanhempien psyykinen hyvinvointi. Lääkärilehti 37/2020, 1849-1852. Viitattu 5.5.2022. https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/lahjasoluhoido-ja-vanhempien-psykinen-hyvinvointi/?pub-lic=313cc729c8a30e17c5954765352ade00&utm_source=facebook&fbclid=IwAR07YB89beQdvZzs7ncNCY2rs4EcTdd3cDu3GppTx_FVmb06KPxMLMAJObM

Sälevaara, M. Söderström-Anttila, V. 2018. Raskaus lahjoitetusta munasolusta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 10.4.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14104>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. Viitattu 9.5.2022. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/kehittyvat-kaytannot/dialogiset-toimintavat/dialogisuus-ammattilaisen-ja-perheen-valilla>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022b. Perhekeskus. Viitattu 23.3.2022. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/perhekeskus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022c. Voimavaralähtöiset menetelmät. Viitattu 10.5.2022. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/neuvolatyon-sisallot-ja-menetelmat/voimavaralahoiset-menetelmat>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022d. Äitiys- ja lastenneuvola. Viitattu 10.3.2022. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022e. Äitiysneuvola. Viitattu 21.5.2022. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/aitiys-ja-lastenneuvola/aitiysneuvola>

Tervonen, M. 2019. Itsellisten naisten kokemuksia vanhemmuudesta ja tuesta. Viitattu 17.5.2022. https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/148348/Tervonen_Marja_opinayte.pdf?sequence=1

Tiitinen, A. 2021. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 9.10.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00644/search/lapsettomuus>

Tiitinen, A. 2022. Tietoa potilaalle: lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 9.10.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/dlk00151/search/lapsettomuus>

Tulppala, M. 2019. Simpukoista helminauhaa - Opas luovutetuilla sukusoluilla hoitoja harkitseville tai niillä jo lapsen saaneille. Viitattu 22.5.2022. https://www.simpukka.info/wp-content/uploads/2019/05/Simpukoista_helminauhaa_Sukusoluopas_muokattu2.pdf

Tuomaala, E. 2022. Mieli ry. Kuuntelemisen jäljillä psykoterapeutin matkassa. Asiantuntija-haastattelu psykoterapeutti Teemu Ollikainen. Viitattu 10.8.2022. <https://mieli.fi/asiantuntijahaastattelut/kuuntelemisen-jaljilla-psykoterapeutin-matkassa/>

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2021a. HTK-ohjeeseen sitoutuneet organisaatiot. Viitattu 6.5.2022. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/htk-ohjeeseen-sitoutuneet-organisaatiot>

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2021b. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 6.5.2022. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

Kuviot

Kuvio 1 : Pääluokat ja niiden yläluokat	35
Kuvio 2 : Terveydenhoitaja voimavara- ja dialogisena vuorovaikuttajana -pääluokan jakautuminen yläluokkiin.....	36
Kuvio 3 : Asiakaskohtaamisen moninaisuus -pääluokka ja sen yläluokka	37
Kuvio 4 : Ammattitaidon ylläpitäminen ja itsensä kehittäminen pääluokka sekä yläluokat ...	38
Kuvio 5 : Kokemus osaamisen riittävydestä	41
Kuvio 6 : Kokemus osaamisen riittämättömyydestä	41

Taulukot

Taulukko 1 : Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistyksistä	33
Taulukko 2 : Esimerkki pää- ja yläluokkien alaluokista muodostumisesta.....	34
Taulukko 3 : Määrällinen kysymys. Koetko, että osaamisesi lahjasoluraskauksista ja - vanhemmuudesta on riittävä?	40

Liitteet

Liite 1: Kyselylomakkeen kysymykset ja osioihin jako	55
Liite 2: Saatekirje	56
Liite 3: Esimerkki klusteroinnista.....	57
Liite 4: Esimerkki Miro-alustalta klusteroinnista	58

Liite 1: Kyselylomakkeen kysymykset ja osioihin jako

Aluksi

1. Mitä sinulle tulee mieleen sanasta lahjasoluvanhempi?

Teema 1

2. Millaista on hyvä kohtaaminen neuvolassa?
3. Kerro kohtaamisistasi lahjasoluvanhempien kanssa?
4. Kuvaile, millaisia asioita huomioit lahjasoluvanhempien ohjauksessa ja miksi?
5. Kuvaile, miten tuet lahjasoluvanhemman vanhemmuuteen kasvua vastaanotollasi?

Teema 2

6. Millaisia asioita ottaisit puheeksi lahjasoluvanhemman kanssa?
7. Millaiseksi koet osaamisesi lahjasoluilla lapsen saavien kanssa työskentelyyn?
8. Millaisia valmiuksia koet terveydenhoitajan tarvitsevan kohdatessaan lahjasoluvanhemman?
9. Koetko, että osaamisesi lahjasoluraskauksista ja -vanhemmuudesta on riittävää? [monivalintakysymys]
Perustele edellinen vastauksesi

Lopuksi

10. Tuleeko mieleesi vielä muuta liittyen lahjasoluvanhempien kohtaamiseen?
11. Voit halutessasi antaa palautetta tästä kyselystä alle

Liite 2: Saatekirje

Hei!

Olemme Laurea Ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijat Lilja Laakso ja Fanny Merenheimo-Lääti. Teemme opinnäytetyötä lahjasoluvanhemmuteen liittyen. Tutkimme äitiys- ja lastenneurolassa työskentelevien terveydenhoitajien kokemuksia lahjasoluvanhempien kanssa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta ja heidän kohtaamisestaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta lahjasoluvanhempien kanssa äitiys- ja lastenneurolassa. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää äitiys- ja lastenneurolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoja lahjasoluvanhempien kanssa sekä selvittää äitiys- ja lastenneurolan terveydenhoitajien kokemuksia vuorovaikutustilanteista lahjasoluvanhempien kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on myös selvittää, kuinka terveydenhoitajat kokevat oman osaamisensa lahjasoluvanhemmudesta ja sen näyttäytymisestä lahjasoluvanhemman kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa sekä luoda pohja kehitystyölle äitiys- ja lastenneurolan terveydenhoitajien vuorovaikutuskeinoihin lahjasoluvanhempien kanssa.

Olisimme hyvin kiitollisia, mikäli juuri sinulta löytyisi aikaa vastata sähköiseen kyselyymme. Aihe on hyvin niukasti tutkittu, joten arvostamme jokaista vastausta. Kyselyssä säilyy anonyymiteetti, emmekä kerää yhteystietojanne. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen alkuperäiset vastaukset hävitetään. Opinnäytetyö valmistuu arviolta syksyllä 2022, jonka jälkeen se tulee kaikille luettavaksi Theseus-palveluun. Osallistumalla kyselyyn annat luvan käyttää vastauksiasi osana opinnäytetyön tekemistä.

Aurinkoista kesää toivottaen,

Lilja ja Fanny

Liite 3: Esimerkki klusteroinnista

Pelkistykset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Tukiverkoston kartoi- tus</p> <p>Roolimallien tiedus- telu</p> <p>Yksinelävien tukiver- koston tarkastelu</p> <p>Lahjasolutaustasta keskustelu</p> <p>Lapsen tärkeistä aikui- sista muodostuvat ih- missuhteet</p>	<p>Merkityksellisten ihmissuhteiden huomiointi</p>	<p>Voimavaraistava kohtaaminen</p>	<p>Terveystenhoitaja voimavara- lähtöisenä ja dialogisena vuoro- vaikuttajana</p>
<p>Vanhemmuuden kas- vun tukeminen</p> <p>Lapsen kasvun tukemi- nen</p> <p>Lapsen kehityksen tu- keminen</p> <p>Perheen tunnetaitojen tukeminen</p> <p>Taustan huomiointi tu- entarpeessa</p>	<p>Vanhemmuuden kasvun tukeminen</p>		

Liite 4: Esimerkki Miro-alustalta klusteroinnista

