

Katri Oinas, Irja Liisa Ojala & Henna-Riikka Vähäkuopus

## **ELINTAPOJEN KIRJAAMINEN LAPSETTOMUUSHOIDOSSA**

Kirjaamiskäytännöt Oulun yliopistollisessa sairaalassa

## **ELINTAPOJEN KIRJAAMINEN LAPSETTOMUUSHOIDOSSA**

Kirjaamiskäytännöt Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Katri Oinas, Irjaliisa Ojala &  
Henna-Riikka Vähäkuopus  
Opinnäytetyö  
Syksy 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

# TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

---

Katri Oinas, Irjaliisa Ojala & Henna-Riikka Vähäkuopus:  
Opinnäytetyön nimi: Elintapojen kirjaaminen lapsettomuushoidoissa  
Työn ohjaajat: Lehtori Minna Perälä, yliopettaja Hilka Honkanen  
Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2015 Sivumäärä: 28

---

Elintapaohjaus ja sen kirjaaminen lapsettomuushoidoissa on aihe, jota ei ole Oulun yliopistollisessa sairaalassa aiemmin tutkittu. Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää millaista elintapaohjausta lapsettomuushoitoihin osallistuvat pariskunnat saavat. Tavoitteena oli saada tietoa mitä elintavoista ja terveyden edistämisestä kirjataan potilasasiakirjoihin Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikössä sairaanhoitajien sekä lääkärien toimesta.

Tutkimuspyynnön saimme Oulun yliopistollisesta sairaalasta, Lasten ja nuorten tulosalueelta, Naistentautien poliklinikalta. Tutkimusaineistona käytimme Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikön asiakirjoja potilaista, jotka olivat asioineet yksikössä tammikuun ja elokuun 2013 välisenä aikana. Aineisto koostui 90:stä Esko-potilastietojärjestelmän potilasasiakirjasta. Tutkimuksessa elintavat rajataan terveyteen vaikuttaviin tekijöihin: tupakointi, alkoholin käyttö, ravitsemus, lihavuus, liikunta, lepo, seksuaaliterveys sekä psyykkiset tekijät. Aineisto analysoitiin sisällön erittelyllä ja sisällönanalyysillä.

Saamiemme tulosten perusteella voidaan todeta, että tällä hetkellä elintapaohjaus ja näiden kirjaaminen ESKO-potilastietojärjestelmään on vähäistä. Tämä johtuu siitä, että järjestelmässä ei ole rakenteellisesti oikeaa ja hyvää paikkaa näiden asioiden kirjaamiseen. Toisena asiana voidaan todeta, että lääkärien sairauden kulkua käsittelevässä sairauskertomuksessa elintavat kirjataan. Tämän myötä hoitajan tehtäväksi jää lähinnä jatkohoitojen kirjaaminen.

Perusterveydenhuollon yksikkö ja Oulun yliopistollinen sairaala tulevat hyödyntämään opinnäytetyömme tuloksia terveyttä edistävän käytännön tämän hetkisen tilanteen kartoittamisessa sekä kehittämis- ja suunnittelutyössä. Koska tutkimustulostemme perusteella elintapojen kirjaaminen on vähäistä, voitaisiin jatkossa selvittää tarkemmin syitä kirjaamisen vähäisyyteen haastattelella henkilökuntaa. Henkilökuntaa haastattelella voitaisiin saada myös kehittämis ehdotuksia suunnitteella olevaan rakenteeseen kirjaamiseen. Samalla voitaisiin toteuttaa kyselylomake lisääntymislääketieteen yksikössä asioiville potilaille, jotta saataisiin heidän näkemyksensä asiaan.

---

Asiasanat: elintavat, lapsettomuushoidot, elintapaohjaus, kirjaaminen.

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme of Nursing and Health Care, Option of Midwifery

---

Authors: Katri Oinas, Irjaliisa Ojala & Henna-Riikka Vähäkuopus  
Title of thesis: Lifestyle recording in the treatment of infertility  
Supervisors: Lecturer Minna Perälä, Principal Lecturer Hilka Honkanen  
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2015      Number of pages: 28

---

There is no evidence based knowledge in the past about lifestyle guiding and how it is documented in Oulu University Hospital. The purpose of our thesis was to find out the type of guidance of living that patients receive at Department of reproductive medicine in Oulu University Hospital. The objective of the study was to get information about the lifestyles and health promotion and how nurses and doctors record those in the patient file at Oulu University Hospital.

The study was commissioned by Oulu University Hospital, The Department of Obstetrics and Gynecology. We got our data from patients' records from Oulu University Hospital, who were visiting the department January to August 2013. Our study task was to read 90 couples records so we should have got enough data and trustful answers to questions of study. On the study we defined living determinants of health: smoking, alcohol use, nutrition, obesity, exercise, rest, sexual health and psychological factors.

We analyzed the material by descriptive method and modified some of the material also in quantitative form. Based on our results can be noticed that lifestyle guidance and booking in ESKO-medical report system is rather slight at the moment. This might be the result of a lack of structurally real and good place in the report system where to file these kinds of things. As another subject could be noted, that lifestyles are reported in the doctors' case histories and as a result of this, nurses task is mainly to report follow up care.

Results of this thesis will be used by basic health care unit's health-promoting unit to map the current situation and Oulu University Hospital's development and planning work. Based on our re-search, bookings on lifestyle are lacking. In the future staff could be interviewed to find the reason why bookings have not been made. Interviews could also be used to get ideas for structured booking. At the same time another questionnaire could be carried out to get views and opinions of customers who visit reproductive medicine unit.

---

Keywords: Lifestyle, infertility treatments, lifestyle guide, recognition.

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT .....	4
1 JOHDANTO .....	6
2 LAPSETTOMUUS .....	8
2.1 Elintapojen vaikutus lapsettomuuteen .....	8
2.2 Lapsettomuushoidot .....	9
2.3 Lapsettomuushoitojen eettinen näkökulma .....	10
2.4 Lapsettomuushoitoihin pääsyn kriteerit Oulun yliopistollisessa sairaalassa .....	10
3 KIRJAAMINEN .....	11
3.1 Sähköinen kirjaaminen .....	11
3.2 Rakenteinen kirjaaminen .....	12
4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA .....	13
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	16
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	17
6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu .....	17
6.2 Aineiston analyysi .....	18
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	19
8 POHDINTA .....	21
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu .....	21
8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu .....	22
8.3 Jatkotutkimusaiheet .....	23
8.4 Prosessissa oppiminen .....	24
LÄHTEET .....	26

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää mitä elintavoista otetaan huomioon lapsettomuushoitoihin osallistuvien pariskuntien hoidossa. Tavoitteena oli saada tietoa mitä elintavoista ja terveyden edistämisestä kirjataan potilasasiakirjoihin Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikössä.

Tutkimusaineistona käytimme Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikön tietyn ajan jakson potilaiden potilasasiakirjoja. Opinnäytetyömme tilaajana on Oulun yliopistollinen sairaala, Lasten ja naisten tulosalue - Naistentautien poliklinikka. Opinnäytetyön tuloksia tulee hyödyntämään perusterveydenhuollon yksikkö. Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymään kuuluu perusterveydenhuollon yksikkö, joka sovittaa yhteen perusterveydenhuollossa tapahtuvaa tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista ja täydennyskoulutusta alueellaan. Se toimii myös moniammatillisena terveystieteen asiantuntijana. (Terveystieteiden lae 2010/1326.)

Tutkimusta hyödynnetään terveyttä edistävän käytännön tämän hetkisen tilanteen kartoittamiseksi ja Oulun yliopistollisen sairaalan terveyden edistämisen kehittämis- ja suunnittelutyössä.

Lapsettomuus on yhä useamman parin ongelma. Suomessa noin 3000 paria hakevat vuosittain apua lapsettomuuteen. Lapsettomuus voi johtua miehestä, naisesta tai molemmista. Lapsettomuus voi johtua myös selittämättömästä syystä (Tiitinen ym. 2004, 180.) Tutkimuksen tilaaja on erityisesti kiinnostunut siitä, otetaanko elintavat hoidon alussa ja hoidon aikana huomioon ja kirjaataanko niitä pariskunnan hoitosuunnitelmaan ja potilasasiakirjoihin.

Lapsettomuushoitoihin kuuluvissa perustutkimuksissa selvitetään molempien yleinen terveydentila, aiemmat sairaudet, leikkaukset ja sairaalahoidot sekä käytössä olevat lääkkeet. Keskustelu elintavoista, ravitsemuksesta, tupakoinnista, sekä alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä on tärkeää.

Aiheen tutkimisen lähtökohtana on terveyden edistäminen. Tällä tutkimuksella halutaan selvittää elintapojen puheeksi ottamista ja kirjaamista Oulun yliopistollisessa sairaalassa hoitojakson aikana. Tutkimus toteutettiin joulukuun 2013 aikana, jolloin perehdyttiin 90 lapsettomuushoitoihin osallistuneiden potilaiden potilasasiakirjoihin.

Rajasimme tutkimuksessa elintavat terveyteen vaikuttaviin tekijöihin: tupakointi, alkoholin käyttö, ravitsemus ja lihavuus. Tutkimuksessa otetaan huomioon myös liikunnan, levon, seksuaaliterveyden sekä psyykkisten tekijöiden merkinnät asiakirjoissa mikäli niitä tulee vastaan.

Terveys 2011 -tutkimuksessa käy ilmi, että 19 prosenttia naisista ja 11 prosenttia miehistä on kokenut jossain vaiheessa elämäänsä tahatonta lapsettomuutta. Vuosina 2000 ja 2011 tahaton lapsettomuus oli yleisempää naisten raportoimana kuin miesten. Lapsettomuus oli yleistynyt vuoteen 2010 verrattuna. Syynä voi olla lapsen hankkimisen lykkääminen myöhemmälle iälle, jolloin todennäköisyys raskauden alkamiselle on pienempi kuin mitä se olisi ollut nuorempana. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2013. Viitattu 18.8.2013.)

## 2 LAPSETTOMUUS

Jos raskaus ei ole alkanut vähintään vuoden kestäneen säännöllisen sukupuolielämän jälkeen, on kyseessä lapsettomuus, infertiliteetti. Lapsettomuus voi olla joko primaarista, jolloin ei ole koskaan raskautta, tai sekundaarista, aikaisemman raskauden jälkeistä hedelmättömyyttä. Lapsettomuudesta kärsii noin 15 % hedelmällisessä iässä olevista pareista. (Tiitinen, Hovatta & Seppälä 2004, 176.)

Lapsettomuuden syistä tavallisimpia ovat ovulaatiohäiriöt (20-30%), sperman heikentynyt laatu (20-40%), endometrioosi (10-20%) ja munanjohdinvauriot (10-15%). Seksuaalihäiriöt ja kohtuviat ovat harvinaisempia. Heikentyneen hedelmällisyyden syyt voivat harvoissa tapauksissa löytyä vasta hoitojen myötä. Kun syytä lapsettomuuteen ei saada selville, on kyseessä selittämätön lapsettomuus. (Tiitinen ym. 2004, 181; Isakson, R. 2002, 13-16.)

Raskauden alkamisen edellytyksenä on naisen munasolun normaali irtoaminen, avoimet munanjohtimet ja säännöllinen kohtuontelo. Munarakkulan kypsyishäiriö on todennäköinen, kun kuukautiskierto on epäsäännöllinen. Miehen siittiötuotannon on oltava normaali, siittiötuotannon häiriötä on vaikea todeta ilman tutkimuksia. (Tiitinen 2013, viitattu 17.8.2013.)

Mikäli lapsettomuus on kestänyt yli vuoden ehkäisyn lopettamisen jälkeen, aloitetaan tutkimukset. Selvittelyt voidaan aloittaa aiemmin, jos naisen kuukautisvuodot ovat jääneet pois, kierrot ovat epäsäännölliset tai on gynekologisia ongelmia. miehelle siemennestetutkimus tehdään hyvissä ajoin siinä tapauksessa, jos miehellä on ollut sellaisia sairauksia, joiden tiedetään vaikuttavan hedelmällisyyteen. (Tiitinen ym. 2004, 180.)

### 2.1 Elintapojen vaikutus lapsettomuuteen

Elintavoilla on tutkitusti merkitystä hedelmällisyyteen ja siittiöiden tuotantoon. Yli- ja alipaino heikentävät erityisesti naisen hedelmällisyyttä, ja kasvattavat keskenmenon riskiä. Miehillä ne heikentävät sperman laatua. Runsas tupakointi heikentää sperman laatua ja munasarjojen toimintaa. Alkoholin runsas päivittäinen käyttö voi heikentää naisen hedelmällisyyttä tai johtaa miehen siittiötuotannon häiriöön. Yleissairauksista muun muassa diabetes ja epilepsia voivat heikentää hedelmällisyyttä ollessaan huonossa tasa-painossa. Parin päihteiden käyttöön, taustasairauksiin



ja ravitsemusongelmiin sekä mielenterveydellisiin ongelmiin tulee puuttua jo perusterveydenhuollossa ennen lapsettomuushoitoihin hakeutumista. (Tiitinen 2013, viitattu 17.8.2013.)

## 2.2 Lapsettomuushoidot

Lapsettomuuden hoito aloitetaan ensin perussairauden hoidolla. Alkuhaastattelussa pareilta kysyttyjen asioiden ollessa kunnossa, voidaan miettiä toisia hoitomuotoja. Elintapojen mahdollinen vaikutus raskaaksi tulemiseen tutkitaan vielä ennen hoitojen suunnittelua ja arvioidaan parien henkiset voimavarat. (Ketonen 2006, 616.) Lapsettomuuden hoitomuodot jaetaan kolmeen osaan: hormonihoitot, leikkaushoidot ja hedelmöityshoidot (Tulppala 2007, 15).

Normaalin yhdynnän onnistumisen puuttuessa voidaan joko miehen tai naisen poikkeavan anatomian vuoksi käyttää keinohedelmöitystä. Puolison tai luovuttajan aktiiviset siittiöt poimitaan siemennesteestä ja ruiskutetaan munasolun irtoamishetkellä kohtuonteloon. (Ketonen 2006, 617.) Pariskunnan käydessä lapsettomuushoidoissa ei ole tavatonta tulla luonnollisesti raskaaksi hoitojen aikana. Toinen raskaus voi alkaa spontaanisti ilman hoitoja hedelmöityshoitojen avulla saadun lapsen jälkeen (Koskimies 2004, 81.)

Hedelmöityshoitoja on useita erilaisia. Avusteisia hedelmöitysmenetelmiä ovat ovulaation induktio (OI), inseminaatio (IUI) sekä koeputkihedelmöitys (IVF) ja munasolujen mikroinjektio (ICSI). Ovulaation induktion tarkoituksena on hormonilääkityksen avulla saada aikaan munasolun kypsyminen ja irtoaminen, kun se ei luonnostaan tapahdu. Inseminaatio hoito-muotoa käytetään silloin, kun lapsettomuuden syy liittyy kohdunkaulan limaan, siittiöihin tai jos sen syy on selittämätön. Inseminaatiossa voidaan käyttää joko parin omaa tai luovutettua spermaa. Siittiöt erotellaan toisistaan pesemällä, jolloin talteen poimitaan eniten liikkuvat siittiöt ja ne ruiskutetaan kohtuonteloon. (Barber, D. 2012, 343-347; Unkila-Kallio, L. 2001, 10.)

Koeputkihedelmöitystä käytetään tänä päivänä eniten ja se on ollut ratkaisu monelle lapsettomuutta kärsivälle pariskunnalle. Koeputkihedelmöitystä voidaan toteuttaa lähes kaikissa lapsettomuustilanteissa. Koeputkihedelmöityshoitoon liittyy kaksi merkittävää hoitoa: Gonadotropiinihoito ja GnRH -hormonihoito. Gonadotropiinihoidolla munasarjoja stimuloidaan niin, että ne tuottavat useampia munasoluja kerrallaan hoitosyklin aikana. Tarkoituksena on saada käyttöön useampia hyvänlaatuisia alkioita, joista yksi tai kaksi alkioita siirretään kohtuun hedelmöityksen ja solujakautumisen jälkeen ja loput on mahdollista pakastaa myöhempää käyttöä varten. GnRH-hormonin

vastavaikuttajahormonin avulla voidaan ajoittaa tai estää munasolun ennenaikainen kypsyminen sekä munarakkulan puhkeaminen ennen keräysvaihetta. Mahdollisuuksia on joko lyhyt GnRH-antagonistihoido tai pitkä GnRH-agonistihoido. Näiden hoitojen lisäksi on myös olemassa muita hoitokeinoja kuten: blastokystaviljely, alkiokuoren avaus, munasolun kypsyttäminen viljelmässä sekä alkiodiagnostiikka. (Tiitinen ym. 2004, 189-191.)

### **2.3 Lapsettomuushoitojen eettinen näkökulma**

Yksi eettisyysongelma on sukusolujen luovuttaminen. Useita kysymyksiä on syytä miettiä aloittaessaan lapsettomuushoidot. Kysymyksiä, joita voi itselle asettaa ovat esimerkiksi millainen lahjoittajan persoonallisuus on, ja kestääkö parisuhde henkisen kuormituksen hoitojakson aikana. Iso kysymys on luovutettujen sukusolujen käyttämisen suhteen: onko tulevalla lapsella oikeus biologiseen isään tai äitiin. (Ketonen 2006, 621.)

Suomessa on määritetty laki, jota noudatetaan hedelmöityshoidoissa. Sukusolujen ja alkioden käyttö on tarkasti ohjeistettu, kuten myös on määrätty hoitojen toteuttaja, sukusolujen luovuttaja ja hoitojen saaja. (Hedelmöityshoitolaki, 1237/2006.)

### **2.4 Lapsettomuushoitoihin pääsyn kriteerit Oulun yliopistollisessa sairaalassa**

Lapsettomuushoidot tehdään lisääntymislääketieteen poliklinikalla. Hoitoihin pääsemiseen on olemassa tietyt kriteerit. Jonoon tullessa naisen on oltava alle 41-vuotias ja painoindeksi, eli BMI:n on oltava alle 35. BMI lyhenne tulee englannin kielen sanoista Body Mass Index. Painoindeksi avulla ihmisen paino suhteutetaan pituuteen, koska pelkkä paino ei voi kertoa mahdollisesta ylipainosta. Painoindeksiin perustuen lihavuus on luokiteltu vaikeusasteisiin (25 - 30 lievä lihavuus, 30 - 35 merkittävä lihavuus, 35 - 40 vaikea lihavuus ja yli 40 sairaaloinen lihavuus). (Mustajoki 2012, viitattu 22.9.2013.)

Jos hoitoihin hakeutuvalla parilla on aiemmin kaksi yhteistä lasta tai toiselle heistä on tehty sterilisaatio, he eivät pääse osallistumaan hoitoihin. Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen poliklinikalla tehdään vuosittain lähes 300 stimulaatiota ja noin 150 inseminaatiota (IUI). Potilaiden suunnittelu-tutkimukset ja hoitojen valinta aiheuttavat useita käyntejä osastolla.

### **3 KIRJAAMINEN**

Sähköisessä kirjaamisessa korostuvat hoitohenkilökunnan taidot erottaa oleellisia rakenteita ja kuvata hoidon kokonaisuutta potilaslähtöisesti. Kirjaaminen on usein ongelmalähtöistä ja lääketieteen näkökulmasta tapahtuvaa. (Lento 2007, 7–9.) Asiakaslähtöinen laatu tarkoittaa että potilas ottaa itse vastuun terveydestään. Yhteiskunnan tehtävä on taata oikeus mahdollisimman hyviin terveyspalveluiden saamiseen. Päätöksenteossa asiantuntemus auttaa huomioimaan potilaan näkemyksen tasa-arvoisena päättäjänä sekä tukemaan potilasta kohti itsenäisyyttä. (Sarajärvi ym. 2011, 68–71.)

Määrämuotoisella rakenteella tarkoitetaan etukäteen sovittua tietosisältöä ja sen esitysmuotoa. Kirjaamisen tukena on olemassa yhteisesti käytettäviä asiakirjarakenteita, joiden avulla sisällöt ja esitysmuodot ovat määrämuodossa. Lainsäädännön edellyttämää velvoitteita täytetään määrämuotoisten asiakirjojen käyttämisellä. (THL, viitattu 12.11.2014.)

#### **3.1 Sähköinen kirjaaminen**

Sähköinen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaisesti on tärkeää. Sähköisen kirjaamisen prosessi muodostuu asiakkaan tarpeesta/ongelmasta, hoitotyön tavoitteista, hoitotyön toiminnoista sekä toteutuksesta ja arvioinnista. (Iivanainen & Syväoja. 2008, 651.)

Hoidon tarpeen arvioi hoitotyön henkilöstö, ja siinä kuvataan potilaan terveydentila sekä olemassa olevat tai tulevat ongelmat, joita voidaan hoitotyön toiminnan avulla poistaa tai lievittää. Tarvetta kartoitetaan ja analysoidaan haastattelemalla potilasta sekä tutustumalla hänen aiempiin potilaskertomuksiin. Hoidon tavoitteet ovat yhteydessä hoidon tarpeisiin eli millaisia asioita potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan ja mitä potilas itse odottaa. Tavoitteiden tulee olla potilaskeskeisiä eikä niinkään hoitohenkilökunnan toimintoja ja toimenpiteitä. Hoitotyön toiminnot perustuvat taroituksenmukaisuuteen sekä hoitotyön periaatteiden huomioimiseen. (Iivanainen & Syväoja. 2008, 651-654.)

### **3.2 Rakenteinen kirjaaminen**

Oulun yliopistollisessa sairaalassa on tavoitteena saada käyttöön rakenteinen kirjaaminen. Rakenteinen kirjaaminen liittyy päivittäisen hoitotyön prosessin eri vaiheiden kirjaamiseen. Laissa (785/1992) potilaan asemasta ja oikeuksista todetaan, että terveydenhuollon tulee ylläpitää potilastietojärjestelmää. Järjestelmään tulee merkitä hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan tarvitsemat tiedot. (Finlex 2014, viitattu 9.11.2014.) Rakenteisessa kirjaamisessa käytetään yhteisesti sovittuja luokituksia, joilla kuvataan yhteneväisesti potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Vapaalla tekstillä on mahdollista täydentää rakenteista kirjaamista, jos käytettävissä olevat luokitusvaihtoehdot eivät hoitajan mielestä tuo esiin riittävän yksilöllisesti potilaan tilanteesta. Yhteneväisesti kirjatut tiedot helpottavat tietojen hakemista potilasasiakirjoista vertailussa ja hoitotyön laadun kehittämisessä.

## 4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Opinnäytetyömme lähtökohtana oli terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry:een sekä yhdistyksen kautta myös kansainväliseen Health Promoting Hospitals (HPH) –verkostoon. Yhdistyksen toiminnan lähtökohtana ovat WHO:n terveyden edistämisen suositukset sekä Wienin suositukset terveyttä edistäville sairaaloille (1997). Yhdistys toteuttaa myös savuttoman sairaalan periaatteita. Yhdistyksen toiminnan tarkoituksena on sisällyttää sairaalakulttuuriin ja päivittäiseen työkulttuuriin terveyden edistämisen ajatus. Terveyttä edistävä sairaala -verkostossa sairaalayhteisön toiminta koostuu potilaiden terveyden edistämisestä, henkilökunnan terveyden edistämisestä, väestön terveyden edistämisestä sekä terveellisestä organisaatiosta. Yhdistys toimii yhteistyössä Kuntaliiton, Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Terveyden edistämisen keskuksen, Suomen sosiaali- ja terveys ry:n kanssa. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. 2013, viitattu 15.11.2014.)

Terveyden edistämistä erikoissairaanhoidossa on yleensäkin tutkittu Suomessa vähän. Tutustuimme vuonna 2010 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (PSHP) tehtyyn tutkimukseen, mikä on osa terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa -hanketta. Tutkimus toteutettiin kyselynä potilastyötä tekeväälle henkilöstölle. Kyselyllä selvitettiin ammattihenkilöiden asenteita ja tietämystä ehkäisevästä terveydenedistämistyöstä alkoholin käytön, tupakoinnin, lihavuuden ja masennuksen sekä perheen tukitarpeiden osalta. (Lehtinen, Kulmala, Rigoff & Ståhl 2010, 7.) Kyselyn tuloksissa selvisi erikoissairaanhoidon henkilökunnan kaipaavaan lisää koulutusta AUDIT-testin täyttämiseen, tupakasta vieroittamiseen sekä masennuksen tunnistamiseen ja perheiden tukemiseen. Yleisesti ottaen kyselyyn vastanneet terveysalan ammattilaiset kokivat, ettei tupakointiin ja alkoholin käyttöön puuttuminen ole potilaan yksityisyyttä loukkaavaa ja olivat valmiita keskustelemaan niistä potilaansa kanssa. Lähes puolet vastaajista taas koki, ettei potilaan ylipainoon tule puuttua, ellei se liity tulosyyhyn. Potilaan ylipaino koettiin yksityisasiaksi sekä siitä huomauttamista loukkaavaksi. Ylipainoon puuttumiseen henkilökunta kaipasi yhteistä toimintamallia helpottamaan asian lähestymistä. Erikoissairaanhoidossa valmiudet masennuksen tunnistamiseen koettiin puutteellisiksi, sekä masennuksen puheeksi ottaminen vaikeaksi, ellei se liittynyt tulosyyhyn. (Lehtinen ym. 2010, 13 - 17, 24.) Vastauksista ilmeni että lääkärit keskustelevan useammin potilaiden kanssa alkoholin käytöstä, tupakoinnista ja lihavuudesta kuin sairaanhoitajat tai muu henkilöstö. Valtaosa kyselyyn vastanneista oli sitä mieltä, että alkoholin suurkulutuksen, ylipainon ja masen-

nuksen tunnistaminen ja puheeksi otto on kaikkien potilaiden kanssa työskentelevien tehtävä. Huomattavaa oli kuitenkin, että useat vastaajat kokivat alkoholin, tupakoinnin ja lihavuuden yksityisasioiksi, joihin ei tule puuttua, elleivät ne liity tulossyyhyn. Kyselyn tulokset viittaavat myös siihen, että hoitoon hakeutumisen syy vaikuttaa terveysneuvontaan, ohjaukseen ja puuttumiseen haitallisiin terveystottumuksiin. (Lehtinen ym. 2010,13 - 17, 25.)

PSHP:n kyselyn tuloksista ilmeni, että 77 % erikoissairaanhoidon lääkäreistä oli valmiita keskustelemaan potilaansa kanssa alkoholin liiakäytöstä, kun taas sairaanhoitajista vain 55 % oli valmiita tähän. Lääkärihenkilöstöstä 73 % oli valmiita keskustelemaan tupakoinnista potilaidensa kanssa, kun sairaanhoitajilla vastaava luku oli 47 %. Lihavuudesta 45 % lääkärihenkilöstöstä oli valmiita keskustelemaan potilaansa kanssa, kun taas sairaanhoitajista vain 27 % oli valmiita tähän. Masennuksen osalta taas prosentit olivat lähes tasan, kun 63 % lääkärihenkilöstöstä ja 62 % sairaanhoitajista olivat valmiita keskustelemaan potilaansa kanssa masennuksesta. Ainoastaan perheen tuen tarpeen osalta sairaanhoitajat (62 %) olivat valmiimpia keskusteluun potilaansa kanssa kuin lääkärihenkilöstö (46 %). (Lehtinen ym. 2010,18.)

Kyselyssä tutkittiin myös henkilökunnan mielipiteitä seuraavien seikkojen vaikutuksesta terveydenedistämistyön parantamiseen erikoissairaanhoidossa: oman esimiehen tuki, johdon tuki ja sitoutuminen, oma osaaminen, yhteinen toimintamalli, enemmän aikaa potilaan kanssa, potilaiden informoiminen etukäteen asiasta sekä mahdollisuus seurata oman työn hyötyjä.

PSHP:n kyselyn tuloksista ilmeni selkeän enemmistön olevan sitä mieltä, että jokaisessa sairaanhoidon yksikössä pitäisi olla yhteinen toimintamalli, jonka mukaan kaikki toimivat. Lisäksi työntekijällä tulisi olla mahdollisuus seurata tehdyn työn hyötyjä. Henkilökunta kaipasi myös enemmän aikaa potilaalle sekä potilaiden informointia terveysneuvonnasta etukäteen. Vastaajista noin kaksi kolmasosaa koki myös johdon tuen ja sitoutumisen vaativan parannusta. Noin kolmannes oli sitä mieltä, että omaan osaamiseen tarvittaisiin parannusta, jotta puheeksi ottaminen muista kuin tulossyyhyn liittyvistä tekijöistä paranisi. Mainittakoon lisäksi, että sairaanhoitajat olivat huomattavasti lääkäreitä tyytymättömämpiä kaikkiin kysyttyihin kehittämiskohteisiin. (Lehtinen ym. 2010,19-20.)

Kyselyssä selvitettiin myös avoimella kysymyksellä erikoissairaanhoidon henkilöstön tärkeinä pitämiä asioita, joilla voitaisiin parantaa edellytyksiä ottaa puheeksi terveyteen haitallisesti vaikuttavia tekijöitä. Vastauksissa tuli esille muun muassa seuraavat asiat: tarve lisäkoulutukselle ja

ohjaukselle, lisää aikaa potilastyöhön, yhteinen toimintamalli ja käytännöt sekä yhteistyö muiden tahojen kanssa, asianmukaiset tilat ja välineet, tieto potilaan jatkohoidosta ja hoitoketjusta. (Lehtinen ym. 2010,20.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää lapsettomuushoitoihin osallistuneiden parien saamaa elintapaohjausta Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikössä. Tutkimuksella selvitetään elintapojen puheeksi ottamista ja niiden kirjaamista potilastietojärjestelmään. Tutkimusaineisto kerättiin Oulun yliopistollisen sairaalan ESKO-potilastietojärjestelmästä.

Tutkimuksemme tavoitteena on kerätä tietoa kirjaamiskäytännöistä sekä raportoida tulokset tilaajalle. Tutkimusta tulee hyödyntämään perusterveydenhuollon yksikkö. Tutkimusta hyödynnetään terveyttä edistävien käytäntöjen tämän hetkisen tilanteen kartoittamisessa ja Oulun yliopistollisen sairaalan terveyden edistämisen kehittämis- ja suunnittelutyössä.

Tutkimustehtävänä on vastata kysymyksiin:

Millaista elintapaohjausta lapsettomuushoitoihin osallistuvat parit saavat Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikössä?

Mitä elintavoista ja siihen liittyvästä ohjauksesta kirjataan potilastietojärjestelmään Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikössä?



## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimuksessa käytettiin sekä määrällistä eli kvantitatiivista ja laadullista eli kvalitatiivista otetta. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jossa yksikkö voi ilmiön mukaan vaihdella, mutta tarkoituksena on saada tarkasteltava ilmiö numeeriseen muotoon (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 10–11; Bowling & Ebrahim 2005, 190). Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii tutkimaan ilmiön laadullisia ominaisuuksia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Bowling & Ebrahim 2005, 214-215; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161).

Poikkileikkaustutkimus, jota käytimme, on tutkimusstrategia jossa on tarkoitus tutkia ilmiötä tiettyinä ajankohtana (Uusitalo, 1998, 60). Aineistonkeruun perusmenetelmänä oli dokumenttien käyttö. Dokumentti määritellään ihmisten tai ihmisryhmien toiminnan tuotteeksi, joiden sisältöä voidaan kuvata sellaisenaan tai niiden avulla voidaan kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. (Pietilä 1973, 10–11, 22–23.) Potilasasiakirjoista tutkittiin päivittäisten hoitotyön toteutumien kirjauksia. Kävimme läpi sekä lääkärin että hoitajien kirjoittamat tekstit potilasasiakirjoista.

Oulun yliopistollisen sairaalan asiakirjahallinnon arkistopalvelupäällikkö Sirkka Laukka ajoi valmiiksi opinnäytetyötämme varten listan tutkimukseemme sopivista lisääntymislääketieteen yksikössä asioineista pariskunnista. Rajasimme tutkimuksen koskemaan pariskuntia, joille oli tehty lapsettomuushoitoihin liittyvä diagnoosi ja jotka olivat käyneet lapsettomuushoidoissa tammikuun - elokuun 2013 välisenä aikana. Asiakkaiden tiedot onnistui saada arkistosta diagnoosinumeroiden perusteella. Yhteyshenkilönämme lisääntymislääketieteen yksikössä toimi kättilö Maikku Järviö. Hän oli tietoisesti valinnut diagnoosinumerot opinnäytetyömme tutkimukseen sopiviksi. Poimimme tutkimusta tehdessä näistä potilaslistoista satunnaisesti ne asiakkaat, jotka olivat asioineet lisääntymislääketieteen yksikössä tammikuun ja elokuun 2013 välisenä aikana.

Määrittelimme tarkasti tutkimussuunnitelmassa miten tutkimus suoritetaan. Saimme tutkimusluvut ja käyttöoikeudet tietokoneelle Oulun yliopistollisen sairaalan arkistoon sekä tutkijan käyttäjätunnukset määrääjäksi ESKO-potilastietojärjestelmään. Jokainen opinnäytetyön tekijä suoritti omat hakunsa arkistossa erikseen ja yhdessä huolehdimme tutkimuksen suorittamisen jälkeen potilastietopapereiden asianmukaisen hävittämisen tietosuojan vuoksi.

## 6.2 Aineiston analyysi

Aineiston läpikäymisen jälkeen kokosimme havainnot yhteen laskemalla potilastiedoista löytyneet oleelliset tiedot elintapojen kirjaamisesta. Mikäli potilasasiakirjoissa löytyi maininta myös puolison elintavoista, otimme ne huomioon tutkimustuloksissa, koska lisääntymislääketieteen yksikössä hoidettavana ovat suurimmaksi osin pariskunnat yhdessä.

Tutkimuksen suunnitelmaa tehdessämme aioimme käyttää analysoinnissa SPSS-tilasto-ohjelmaa, mutta tutkimuksesta saamamme aineisto oli niin pieni, että emme olisi hyöttyneet ohjelman käytöstä. Päädyimme tekemään taulukolliset ja prosentuaaliset havainnot saamistamme tuloksista käyttämällä Microsoft Excel -ohjelmaa. Aineiston kokoamisessa taulukkomuotoon apunamme oli Oulun seudun ammattikorkeakoulun lehtori Jari Jokinen.

Sisällön analyysi pyrkii kuvaamaan ilmisisältöä objektiivisesti, systemaattisesti ja kvantitatiivisesti (Uusitalo 1998, 63). Tutkimuksemme laadullinen tutkimusote voitiin muuttaa määrälliseen muotoon tutkimuksen analysointivaiheessa. Sisällön analysoinnissa kiinnitimme huomiota kirjauksien määrään, sekä laatuun siitä näkökulmasta, mitä potilasasiakirjoihin oli kirjattu.

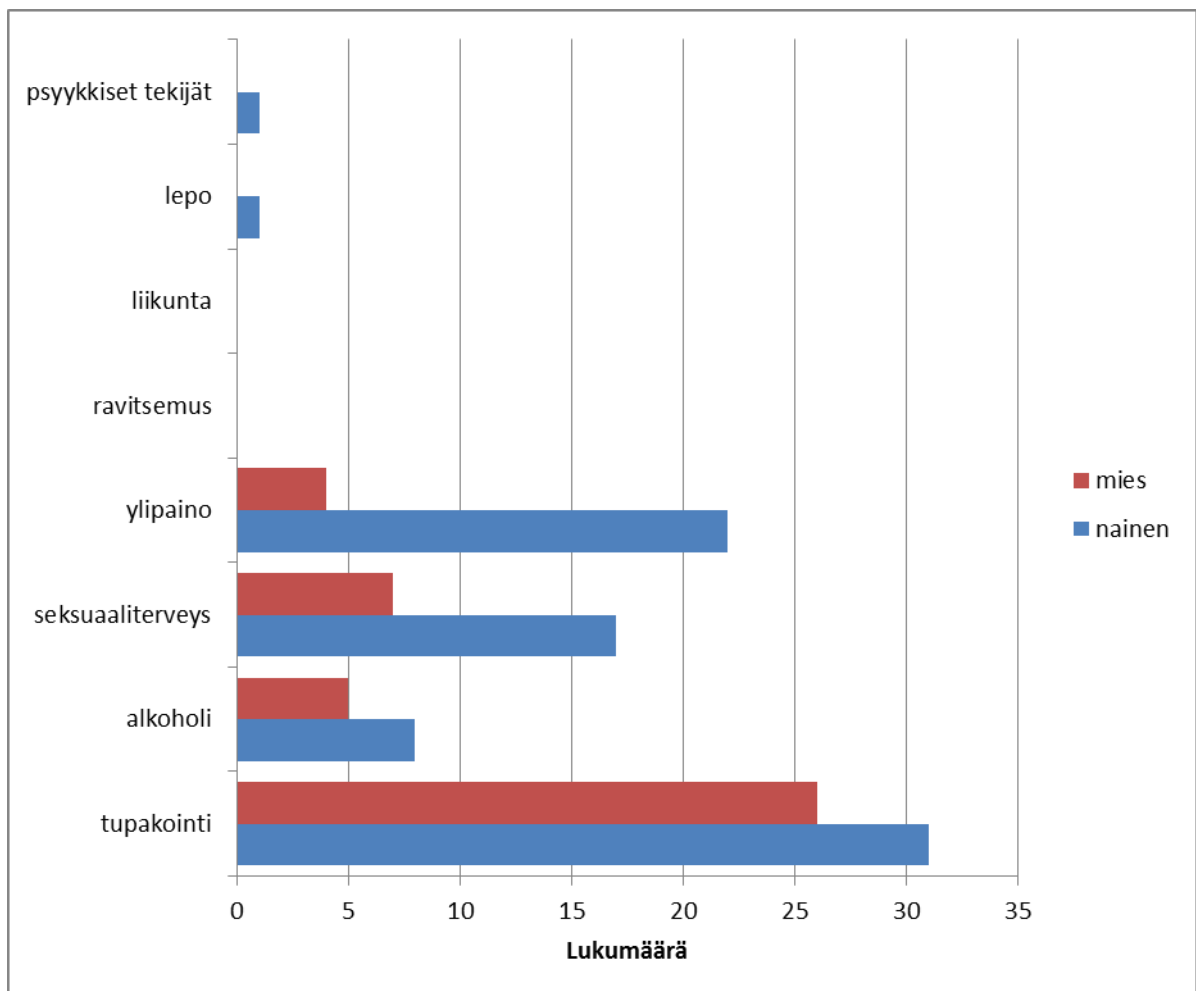
Kuvailevassa tutkimusasetelmassa tarkoitus on kuvailla erilaisten ominaisuuksien jakautumista tutkittavassa joukossa (Virtuaali AMK 2014, viitattu 10.11.2014). Tutkimuksemme satunnaisesti valitun otoksen vuoksi pystyimme tekemään päätelmiä perusjoukosta. Uusitalon (1998, 59) mukaan tutkimusongelman täsmentämistä auttaa jos voi keskustella käytännön asiantuntijoiden kanssa, ja merkitys korostuu mitä käytännönläheisempää tutkimusta tehdään. Käytännönläheisyys korostui dokumentteihin perustuvassa tutkimuksessamme, ja pystyimme keskustelemaan asiantuntijaryhmämme kanssa tuloksista.

Käyttämällä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää saimme tietoa kirjaamisten määrästä, vaihtelevuudesta ja sijainnista. Tämän avulla pystyimme tutkimaan niihin johtaneita syitä. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä saimme tietoa kirjauksien sisällöstä ja pystyimme pohtimaan kehitystarpeita.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Teimme tutkimuksen aikana huomion, ettei elintapaohjausta ollut juurikaan kirjattu hoitajien teksteihin. ESKO-potilastietojärjestelmässä hoitajien kirjaaminen perustuu valmiiksi määritellyyn pohjaan, jossa ei varsinaista kohtaa elintavoille ole. Vähäiset merkinnät, jotka löysimme, olivat kirjattuna ravitsemuksen, liikunnan ja yleisten otsikoiden alle. Lääkäreiden kirjaamat tekstit löytyivät decursucsesta, eli sairauden kulkua käsittelevästä sairauskertomuksen osasta.

Seuraavassa kuviossa on koottu kirjaukset lukumäärinä naisen ja miehen osalta. Koosteessa on merkinnät sekä lääkärin että hoitajien teksteistä.



Kuvio 1 Kirjauksien määrä naisen ja miehen osalta.

Seuraavassa taulukossa on koottu kirjaukset prosentuaalisesti naisen ja miehen osalta. Koosteessa on merkinnät sekä lääkärien että hoitajien teksteistä.

*TAULUKKO 1 Elintapojen kirjaamista prosentuaalisesti kuvaava taulukko*

Elintapa	nainen	mies
Tupakointi	34,4 %	28,9 %
Alkoholi	8,9 %	5,6 %
Seksuaaliterveys	18,9 %	7,8 %
Ylipaino	24,4 %	4,4 %
Ravitsemus	0,0 %	0,0 %
Liikunta	0,0 %	0,0 %
Lepo	1,1 %	0,0 %
Psyykkiset tekijät	1,1 %	0,0 %

Erottelimme kuinka usein on otettu huomioon myös puolison tupakointi, alkoholin käyttö, seksuaaliterveys ja ylipaino. Tupakoinnista oli kirjattu lääkärien teksteissä 31 potilaan asiakirjoihin, joista 18:sta (58,1 %) myös puolison tupakointi. Alkoholin käytöstä oli kirjattu 8 potilaan asiakirjoihin, näistä 2:een (25 %) myös puolison alkoholin käyttö. Seksuaaliterveydestä oli kirjattu 17 potilaan asiakirjoihin, joista 7:ään (41,25 %) myös puolison seksuaaliterveydestä. Ylipainosta oli kirjattu 22 potilaan asiakirjoihin, joista 3:een (13,6 %) myös puolison ylipainosta.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Lapsettomuushoitoihin osallistuvien asiakkaiden elintapaohjauksen kirjaamisesta ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia, joten lähdimme tekemään tutkimusta ilman vertailupohjaa aiempiin tuloksiin. Asiantuntijaryhmältä saimme kommentteja saamistamme tuloksista. Tapaamisessa pohdimme muun muassa vaikuttaako hoitajien vähäiseen kirjaamiseen se, että potilaat tapaavat lääkärin ennen ensimmäistä hoitajan vastaanottoa. Toinen tekemämme huomio on esitietolomakkeet, joissa elintavat otetaan huomioon. Nämä lomakkeet hoitajat saavat potilaalta ensitapaamisella, jonka jälkeen ne ovat hävitetty aina elokuuhun 2013 saakka. Elokuusta 2013 lähtien Oulun yliopistollisessa sairaalassa esitietolomakkeet ovat sovitusti skannattu arkistoon potilaiden paperitietoihin, tämä oli tiedossamme valitessamme aikaväliä, jolta tutkittavat asiakirjat otettiin. Tällä valinnalla halusimme taata sen, että aineistoon huomioon otettavissa potilasasiakirjoissa toimintamalli on ollut samanlainen. Esitietolomakkeiden lisäksi tutkimusaineisto rajattiin niin, ettei henkilökunta voinut vaikuttaa tutkimustuloksiin. Tutkimusaineisto valittiin tietoisesti niin, ettei henkilökunta ollut kirjauksia tehdessään tietoinen tutkimuksesta. Oulun yliopistollisen sairaalan rakenteinen kirjaaminen on vasta suunnitteilla. Mikäli kirjaaminen olisi toteutettu rakenteisesti, olisimme voineet saada runsaammat merkinnät hoitajien teksteistä.

Tapaamisessa mukana olleet lisääntymislääketieteen yksikön kättilöt kommentoivat tekemäämme huomiota vähäisistä kirjauksista siten että heidän kokemuksen mukaan elintavoista keskustellaan hoitajien vastaanotoilla, mutta keskustelun sisältöä ei kirjata. ESKO -potilastietojärjestelmässä ei ole varsinaisesti kohtaa mihin elintavat, tai niihin liittyvät keskustelut kirjataan. Löytämämme hoitajien kirjaukset olivat lääkärille tarkoitettussa osassa tai päivän tutkimukset -otsikon alla. Osasyynä kirjaamattomuuteen koko asiantuntijaryhmä piti sitä, että kirjaamisjärjestelmässä on puutteita.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) tutkimuksen ja opinnäytetyömme tutkimuksen mukaan erityisesti yhteinen toimintamalli ja käytännöt edesauttaisivat parempiin tuloksiin. Opinnäytetyömme tutkimus perustuu kirjauksiin ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimus henkilöstön kokemuksiin, joten suoranaista yhteyttä tutkimuksilla ei ole. Pirkanmaan kyselyssä yhtenä haasteena nousi esille fyysisten tilojen ja tarvittavien välineiden epäkohdat. Kyselyn (PSHP) tuloksissa painottui yhteisen toimintamallin puute, mikä myös Oulun yliopistollisessa sairaalassa voisi kor-

jaantua rakenteisella kirjaamiskäytännöllä, sillä osasyynä kirjaamattomuuteen opinnäytetyömme asiantuntijaryhmä piti sitä, että kirjaamisjärjestelmässä on puutteita. Mikäli opinnäytetyömme olisi toteutunut alkuperäisen suunnitelman mukaan ja mukana olisi ollut myös Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan haastattelu, olisi näitä tutkimuksia ollut eri asia verrata keskenään. Alkuperäisen suunnitelman mukaan opinnäytetyössämme olisi ollut kaksi tutkijaryhmää lisäksemme. Olisimme toteuttaneet kirjauksien tutkimisen lisäksi kyselyn hoitohenkilökunnalle sekä asiakkaille. Tällöin olisimme saaneet kokonaisvaltaisen aineiston, jota olisi ollut monipuolisempi tutkia ja vertailla.

## **8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu**

PPSHP:n hallintokeskuksen tiedotteen mukaan tutkimukseen ei tarvitse hakea lausuntoa eettiseltä toimikunnalta, mikäli tutkimus kohdistuu potilasasiakirjoihin eikä tutkittaviin oteta henkilökohtaisesti yhteyttä (PPSHP, rekisteritutkimus, 2014). Saimme tutkimusluvan johtajaylilääkäri Aino-Liisa Oukalta, jonka jälkeen tutkimusaineisto kerättiin Oulun yliopistollisen sairaalan tiloissa. Potilasasiakirjat valittiin satunnaisotannalla niistä asiakirjoista jotka olimme saaneet käyttöömmme diagnosoosinumeroiden perusteella sairaalan kanta-arkistosta. Noudatimme koko opinnäytetyöprosessimme ajan salassapitovelvollisuutta ja olemme liittäneet opinnäytetyöhömmme ainoastaan sellaista tietoa, joka on tutkimukselle oleellista. Tutkimustulokset toimme esille yleisesti ja määrällisessä muodossa. Emme yksilöineet hoitajien tai lääkärin kirjaamistapoja vaan tarkastelimme yksikön kirjaamiskäytäntöjä yleisesti. Erottelimme lääkärin ja hoitajien kirjaamat tekstit, jotta näimme otetaanko elintapaohjaus huomioon ja puheeksi lapsettomuushoidoissa sekä ensikäynnillä että myöhemmin.

Käsittelimme tutkimuksessamme potilasasiakirjoja. Potilasasiakirja-aineisto on arkaluonteista tietoa sisältävä henkilörekisteri, jonka tiedot ovat aina salassa pidettäviä. Tutkimusta raportoidessa eivät saa tulla näkyviin yksittäisen potilaan henkilötiedot, eivätkä sellaiset tiedot joista hänet voitaisiin tunnistaa. (Hallila 2005,114.) Henkilötietolain mukaan henkilörekisteriä käytetään ja siitä luovutetaan henkilötietoja vain historiallista tai tieteellistä tutkimusta varten sekä muutoinkin toimitaan niin, että tiettyä henkilöä koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille (Henkilötietolaki 1999/523).

Rehellisyys ja huolellisuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja niiden tulosten arvioinnissa ovat tutkimusprosessin eettisiä tunnusmerkkejä (Hirsjärvi

ym. 2007, 24). Henkilötietolain mukaan tieteellistä tutkimusta varten henkilötietoja saa käsitellä, mikäli henkilörekisterin käyttö perustuu asianmukaiseen tutkimussuunnitelmaan ja tutkimuksella on vastuullinen johtaja tai siitä vastaava ryhmä. (Henkilötietolaki 1999/523.) Tutkimussuunnitelmamme hyväksyttiin Oulun seudun ammattikorkeakoulun työstämme vastaavilla opettajilla ja asiantuntijaryhmällä, joka on työssämme mukana Sairaanhoidopiirin puolelta. Tutkimusluvan saamisen edellytyksenä oli huolellinen ja valmis suunnitelma. Saimme joulukuussa 2013 asiakirjahallinnosta listoina tulosteet asiakirjoista, jotka olivat haettu diagnoosinumeroilla. Näiden tulosten tiedoilla löysimme potilasasiakirjat ESKO -potilastietojärjestelmästä. Kerättyämme tutkimukseen tarvitsemamme tiedot joulukuussa 2013, hävitimme asianmukaisesti tietosuojajätteeseen kaikki paperiversiona olevat tiedonlähteemme.

*”Henkilörekisteri hävitetään tai siirretään arkistoitavaksi tai sen tiedot muutetaan sellaiseen muotoon, ettei tiedon kohde ole niistä tunnistettavissa, kun henkilö-tiedot eivät enää ole tarpeen tutkimuksen suorittamiseksi tai sen tulosten asianmukaisuuden varmistamiseksi”* (Henkilötietolaki 1999/523).

Saamiimme tutkimustuloksia voidaan pitää lähinnä totuudenmukaisina, koska ne olivat kirjattuna niillä perusteilla, kuten potilastietojärjestelmään on mahdollista. Tutkimme lääkärien ja hoitajien kirjauksia, joista ilmeni, että lääkärit kirjaavat pariskuntien elintavoista useammin potilaiden ensitapaamisella. Hoitajien osuus elintapaohjauksessa ja kirjaamisessa on tutkimuksemme mukaan vähäistä. Lapsettomuushoitojen alussa pariskunnalle toimitetaan esitietolomake, jossa tiedustellaan etukäteen pariskunnan elintavoista. Näitä lomakkeita ei tutkimukseemme ollut tietoisesti saatavilla sähköisessä muodossa, mutta jatkossa tähän on tulossa muutos. Mikäli nämä lomakkeet olisivat olleet tärkeämmässä roolissa, olisivat hoitajien kirjatut elintapaohjaukseen liittyen olleet todennäköisesti tuloksissa kattavammat. Esitellessämme alustavia tuloksiamme tilaajalle, ei tulos yllättänyt heitä, koska tällä hetkellä ESKO-potilastietojärjestelmässä ei elintapaohjauksen kirjaamiseen ole rakenteellista paikkaa eikä ohjetta. Ei ole tarkoituksenmukaista kirjata tutkimamme asiaa avoimeen tekstiin.

### **8.3 Jatkotutkimusaiheet**

Alkuperäisessä suunnitelmassa oli kolme tutkimusryhmää, joten elintapojen huomioimista olisi tutkittu kolmesta eri näkökulmasta. Koska kaksi muuta tutkimusryhmää jättäytyi aiheen tutkimisesta, ei saamiimme tuloksiin saatu tarkempaa selitystä. Mielestämme saamamme tulokset kir-

jaamisesta antoivat kuitenkin aiheen jatkotutkimuksille syiden selvittämiseksi ja mahdollisesti tilanteen korjaamiseksi.

Alkuperäisen suunnitelman mukainen sekä henkilökunnan, asiakkaat ja kirjaukset huomioon ottava tutkimus antaisi kattavimmat tulokset. Haastatteleamalla henkilökuntaa, lääkäreitä ja hoitajia, voitaisiin saada vastaus siihen, otetaanko elintapoja puheeksi vai eikö niitä vain kirjata, sekä selitys kirjaamisen vähäisyyteen. Samaan aikaan voitaisiin toteuttaa myös kyselylomake lapsettomuushoitoihin osallistuneille pareille, jossa selvitettäisiin henkilökunnan elintapojen puheeksi ottaminen lapsettomuushoitojen aikana. Henkilökuntaa haastatteleamalla voitaisiin saada myös kehittämis ehdotuksia suunnitteilla olevaan rakenteiseen kirjaamiseen. Kyselyn avulla voisi saada potilaiden näkemyksen asiasta ja kokonaisvaltaisen näkemyksen elintapaohjauksen toteutumisesta. Olisi mielenkiintoista tehdä samankaltainen tutkimus esimerkiksi kahden vuoden kuluttua uudelleen, jotta saataisiin selvitettyä, onko kirjaaminen lisääntynyt tulosten julkistamisen jälkeen.

#### **8.4 Prosessissa oppiminen**

Tutkimusryhmään kuuluivat Katri Oinas, Irjaliisa Ojala ja Henna-Riikka Vähäkuopus. Opinnäytetyöllemme kertyi työhön käytettyjä tunteja 400 yhtä tekijää kohden, eli yhteensä 1200 tuntia. Jokainen työryhmän jäsen on osallistunut tiedonhakuun ja tietoperustan kokoamiseen sekä tutkimussuunnitelman laatimiseen. Jokainen opinnäytetyöntekijä oli läsnä tutkimuksen toteuttamisessa Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Opinnäytetyön raportti kirjoitettiin myös yhdessä.

Ohjausryhmään kuuluivat Oulun seudun ammattikorkeakoulusta sisällönohjaaja, lehtori Minna Perälä ja opinnäytetyöprosessin ryhmänvetäjä, yliopettaja Hilikka Honkanen. Asiantuntijaryhmään kuuluivat Oulun yliopistollisesta sairaalasta asiantuntijalääkäri Veikko Kujala, terveyden edistämisen koordinaattori Leea Järvi sekä sairaanhoitaja Tuula Lämsä.

Työryhmämme yhteistyö sujui hyvässä hengessä eikä ristiriitoja syntynyt opiskelijoiden välille. Ohjaavat opettajat sekä Oulun yliopistollisen sairaalan lisääntymislääketieteen yksikön henkilökunta sekä opinnäytetyöstä vastaava asiantuntijaryhmä olivat suurena apuna opinnäytetyötä tehdessä ja aikataulussa pysymisessä. Saimme heiltä ohjausta ja kannustusta sekä korvaamattonta tietoa Oulun yliopistollisen sairaalan toimitavoista ja käytännöistä.



Opinnäytetyötä tehdessä opimme paljon uutta lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista sekä siitä, miten elintavat vaikuttavat niihin. Opimme myös hakemaan tietoa ja arvioimaan sen luotettavuutta sekä tieteellisen työn prosessia. Opinnäytetyömme sisälsi sekä laadullisen että määrällisen opinnäytetyön piirteitä, joten opimme molempien teosta yhdellä kertaa. Saimme kokea myös kirjaamisen tärkeyden ajatellen omaa tulevaa ammattia.

## LÄHTEET

Barber, D. 2012. Interfertility and assisted conception. Teoksessa Mayes` midwifery. Elsevier Limited. China.

Bowling, A. & Ebrahim, S. 2005. Handbook of health research methods - Investigation measurement and analysis. England.

Eräutuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Finlex. Henkilötietolaki. 14§ Tutkimus. Viitattu 10.4.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>,

Finlex. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 2014. Viitattu 9.11.2014  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex. Terveystietolaki, 2010. 35§ Perusterveydenhuollon yksikkö. Viitattu 31.1.2015.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L4P35>

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M., Tenhunen, L., Vuorinen, P. 2001. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Helsinki: Oy Kotkan kirjapaino Ab

Iivanainen, A., Syväoja, P. 2008. Sähköinen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaisesti. Teoksessa Hoida ja Kirjaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, s. 651-657.

Isakson R. 2000. Unexplained interfertility. Viitattu: 11.11.2014.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22472/unexplai.pdf?sequence=2>

Ketonen, K. 2006. Lapsettomuus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Väyrynen P. & Äimälä A-M (toim.), Kätilötyö, 612-621. Helsinki: Edita.

Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus – toiveena lapsi. Helsinki: Tammi.

Lehtinen, N., Kulmala, J., Rigoff, A-M. & Ståhl, T. 2010. Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 6/2010. Viitattu 15.11.2014. <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=12808&GUID=%7B4D3F3B7E-7E48-47D3-A3CC-5CB80973FE3B%7D>

Lento, P. 2007. Hoitaja elektronisen potilaskertomuksen käyttäjänä. Teoksessa Haapalainen-Suomi S., Salanterä, S. & Lundgrén-Laine H. (toim.), Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen, 7 - 9. Turun yliopisto

Mustajoki, P. 2012. Painoindeksi (BMI). Viitattu 22.9.2013. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001)

PPSHP. Rekisteritutkimukset. Viitattu 10.4.2014. <http://www.ppsHP.fi/rekisteritutkimukset>

Sarajärvi, A., Mattila, L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen.. Helsinki: WSOY pro Oy.

Saranto, K., Sonninen, A. 2008. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan? Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. 2013. Viitattu 15.11.2014. <http://www.stes-hsf.fi/>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Rakenteinen kirjaaminen. 2014. Viitattu 12.11.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmäpalvelut/sosiaalihuollon-tiedonhallinta/rakenteinen-kirjaaminen>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Terveys 2011 -tutkimus. Viitattu: 18.8.2013  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/URN\\_ISBN\\_978-952-245-769-1.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/URN_ISBN_978-952-245-769-1.pdf?sequence=1)

Tiitinen, A., Hovatta, O., & Seppälä, M. 2004. Lapsettomuus. Teoksessa O. Yli-korkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 176-193. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Tiitinen, A. 2012. Lapsettomuus. Viitattu 17.8.2013.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00151](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151)

Tulppala, M. 2007. Kun vauva viipyy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Teoksessa Suikkari, A-M. & Mäkinen, S. (toim.). Väestöliitto. Helsinki, 3 - 35.

Tähtinen, J. & Kaljonen, A. 1996. Tilastotieteellisen analyysin perusteita kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Julkaisusarja B:55.

Unkila-Kallio L. 2001. Infertility and its treatment: Association with ovarian granulosa cell tumour and impact on vascular endothelial growth factor, leptin and selected tumour markers in serum. Viitattu 11.11.2014.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22454/infertil.pdf?sequence=2>

Uusitalo, H. 1998. Tiede, tutkimus ja tutkielma – Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY

Valvira. Hedelmöityshoitoja koskevat lupaohjeet lapsettomuuspoliklinikoille. Viitattu 27.8.2013  
<http://www.valvira.fi/luvat/hedelmoytyshoito/lupaohjeet>

Virtuaali AMK. Tutkimusasetelma. Viitattu 10.11.2014  
<http://www2.amk.fi/mater/tutkimusmenetelmat/kvantitat/kuvailu/asete.htm>