

**LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSIIN HAKEUTUVIEN NAISTEN NÄKEMYKSIÄ
PAINONHALLINNAN, RAVITSEMUKSEN JA LIKUNNAN VAIKUTUKSESTA
HEDELMÄLLISYYTEEN**

Terhi Kemilä

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Kevät 2016

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Terhi Kemilä (2016). Lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien naisten näkemyksiä painonhallinnan, ravitsemuksen ja liikunnan vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 40 s., 3 liitettä.

Lapsettomuuden on arvioitu yleistyneen viime vuosikymmeninä, Suomessa lapsettomuushoitoihin hakeutuvien määrä on ollut hienoisessa nousussa. Elintapojen vaikutusta hedelmällisyyteen on tutkittu laajasti ja tiedetään, että yli- ja alipaino, ravitsemus sekä liikunta vaikuttavat naisten hedelmällisyyteen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien naisten näkemyksiä elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Elintavoilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin painonhallintaa, ravitsemusta ja liikuntaa.

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella ensimmäistä kertaa lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvilta ja lapsettomuushoidot enintään viisi vuotta sitten aloittaneilta naisilta (N=222). Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä, dikotomisii vaihtoehtoja ja kaksi avointa kysymystä. Aineiston analyysimenetelminä olivat ristiintaulukointi, χ^2 -testi ja binäärinen logistinen regressioanalyysi.

Tutkimus osoitti, että ylipainoiset ja lihavat naiset kokivat enemmän tarvetta muuttaa elintapoja kuin normaalipainoiset ($p < 0,001$). Ylipainoisista naisista yli puolet olivat sitä mieltä, että heidän omalla painollaan oli erittäin paljon tai paljon merkitystä hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon ($p < 0,001$). Normaalipainoiset naiset puolestaan kokivat, ettei heidän painollaan ollut vaikutusta hedelmällisyyteen ($p < 0,001$). BMI oli yhteydessä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Ylipainoisilla ja lihavilla naisilla ilmeni suurempi tarve muuttaa elintapoja verrattuna normaalipainoisiin. Yli puolet ylipainoisista ei ollut saanut neuvontaa painon merkityksestä hedelmällisyyteen ($p < 0,001$), kun taas lihavista reilusti yli puolet oli saanut neuvontaa ($p = 0,001$). Elintapaneuvonta painon merkityksestä oli yhteydessä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Vastaajat kokivat tarvetta muuttaa elintapojansa hedelmällisyyden parantamiseksi, mitä enemmän he olivat saaneet neuvontaa painon merkityksestä hedelmällisyyteen.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että lapsettomuudesta kärsivät naiset näkivät elintapojen vaikuttavan hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon. He tiedostivat tarpeen elintapamuutoksiin. Neuvontaa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon oli kuitenkin saatu vähän. Naisille tulee tarjota yksilöllistä ja kohdennettua neuvontaa, erityisesti tietoa juuri omien elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kehittää terveydenhuollossa annettavaa terveysneuvontaa hedelmällisessä iässä oleville naisille.

Asiasanat: hedelmällisyys, lapsettomuus, painonhallinta, ravitsemus, liikunta

ABSTRACT

Terhi Kemilä (2016). The perceptions of women attending to infertility investigations on weight control, nutrition and exercise. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä. Master's thesis, 40 pp, 3 appendices.

During last decades infertility has been estimated to become more common. The number of women attending infertility examen has risen in Finland. In academic research on effects of different lifestyles to infertility, over and underweight as well as nutrition and exercise have been found to have an impact on infertility. The objective of this study is to examine women attending to infertility investigations and their views on the effects of lifestyle choices to fertility. In this study, lifestyle means personal choices concerning weight control, nutrition and exercise.

The collection of researched data was executed through a questionnaire to women, who were infertility examination first timers and started fertility treatment at most five years ago. (N=222). The questionnaire included multiple choice questions, dichotomic yes and no scales and two open questions. The analyses methods were crosstabbing, χ^2 -test and binary logistic regression analyses.

The study indicates, that overweight and fat women experienced more need to change their lifestyle than normally weighted persons ($p < 0,001$). Over half of the overweighted women considered their weight has a considerable effect on fertility and becoming pregnant ($p < 0,001$). Normally weighted women experienced, that their weight did not have any effect on fertility ($p < 0,001$). BMI was proven to have a connection with the need to change to change lifestyle to improve fertility. The odds for overweight and fat persons to experience a need to change their lifestyle was over three times as much as with the normally weighted persons. Over half of the overweight people ($p < 0,001$) did not have any guidance on the significance of weight on fertility. However, well over half of underweight and fat people ($p = 0,001$) had had guidance on the meaning of weight on fertility. Lifestyle and health guidance on meaning of weight seemed to have a connection to the experienced need to change lifestyle to improve fertility. The respondent was more likely to feel the need to change her lifestyle to improve fertility, if she had had previous health guidance on the effects of weight to fertility.

The respondents of the study thought, that lifestyle effects fertility and becoming pregnant. Women attending infertility examinations and fertility treatments are acknowledged the need to alter their lifestyle in case necessary.

The results indicate, that women suffering from infertility saw lifestyle choices to have an effect on fertility and becoming pregnant. The respondents had had very little guidance or education on the significance of health and lifestyle to fertility and the effects on becoming pregnant. The women wished for individual and targeted guidance on their own life choices to fertility. The information of this study can be used to develop health education in healthcare targeted to women in fertile age.

Key words: fertility, infertility, weight control, nutrition, exercise

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1. JOHDANTO.....	1
2. NAISET LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSISSA- JA HOIDOISSA	3
3. LAPSETTOMUUS JA ELINTAVAT	6
3.1. Lapsettomuuteen yhteydessä olevat elintavat	7
3.2. Neuvonta osana lapsettomuushoitoja	10
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
5. TUTKIMUSAINEISTO- JA MENETELMÄT.....	14
5.1. Aineiston kuvaus ja aineiston keruu.....	14
5.2. Tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysi.....	16
6. TULOKSET	18
6.1. Tutkittavien taustatiedot	18
6.2. Elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen	19
6.3. Omien elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen	20
6.4. Elintapoihin liittyvä neuvonta	22
7. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	27
7.1. Tutkimustulosten tarkastelu	27
7.2. Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi.....	29
7.3. Johtopäätökset ja tutkimustulosten hyödyntäminen.....	32
7.4. Jatkotutkimusehdotukset.....	33
LÄHTEET.....	34

LIITTEET

1. JOHDANTO

Lapsettomuuden on arvioitu lisääntyneen kaikissa länsimaissa. Suomessa lapsettomuushoitoihin hakeutuvien määrä on ollut hienoisessa nousussa 2000-luvulla (Klemetti ym. 2004, Klemetti & Raussi-Lehto 2014, Tiitinen 2002, Tiitinen & Unkila-Kallio 2011). Lapsettomuudesta voidaan puhua silloin, kun pari on yrittänyt raskautta vähintään vuoden siinä onnistumatta. Lapsettomuus on primaarista, kun taustalla ei ole yhtään alkanutta raskautta ja sekundaarista, jos nainen on aikaisemmin ollut raskaana. Tahattoman lapsettomuuden yleisyys vaihtelee eri tutkimusten mukaan, mutta arvioidaan, että lapsettomuudesta kärsii noin 15 % hedelmällisessä iässä olevista pareista (Tiitinen 2013, Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175).

Lapsettomuutta kokeneista naisista hieman yli puolet oli tutkimusten mukaan hakenut ongelmaan apua lapsettomuustutkimuksista ja hedelmöityshoidoista (Klemetti ym. 2004, Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Hedelmöityshoidoilla tarkoitetaan sellaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on parantaa raskauden alkamisen todennäköisyyttä. Hedelmöityshoitojen onnistumiseen vaikuttaa hoidettavan ikä ja lapsettomuuden alkuperäinen syy (Kuivasaari-Pirinen 2013). Hedelmöityshoidot ovat auttaneet monia lapsettomuudesta kärsiviä pareja. Vuosittain Suomessa syntyy tuhansia lapsia näillä menetelmillä (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011). Tutkimustietoa lapsettomuuden yleisyydestä tarvitaan, jotta osataan huomioida sen vaikutukset osana väestön lisääntymisterveyttä. Lapsettomuuteen liittyvät hoitopalvelut tulee suunnitella inhimillisesti, rationaalisesti ja oikeudenmukaisesti (Klemetti ym. 2004).

Lapsettomuuden syitä selvitetessä elintapojen on todettu vaikuttavan hedelmällisyyteen, epäterveellinen ruokavalio, (mm. Anttila 2008, Gormack ym. 2015, Korhonen 1999, Tiitinen 2015) vähäinen liikunta (mm. Homan ym. 2007, Anttila 2002, Tiitinen 2000) ja elintapojen seurauksena ilmenevä yli- tai alipaino (mm. Anttila 2008, Clark ym. 1998, Hassan & Killick 2004, Kelly-Weder & Cox 2007, Tiitinen ym. 2000, Tiitinen 2015) heikentävät hedelmällisyyttä. Lisäksi tupakointi (mm. Anttila 2008, Augood ym. 1998, Hassan & Killick 2004, Homan ym. 2007, Kelly-Weder & Cox 2007, Roth & Taylor 2001, Suonio ym. 1993) ja liiallinen alkoholin käyttö (mm. Eggert ym. 2004, Hassan & Killick 2004, Homan ym. 2007, Suonio ym. 1993) vaikuttavat negatiivisesti

hedelmällisyyteen.

Lapsettomuuden vuoksi hoitoon hakeutuvat parit tarvitsevat runsaasti perusteltua neuvontaa ja psyykkistä tukea hoitoprosessin alusta loppuun saakka (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, Toivanen ym. 2004). Lapsettomuusklinoilla tulisi ottaa huomioon psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät, joita parit kohtaavat lapsettomuushoitojen aikana. Tärkeänä pidetään yksilöllistä ja asiakaslähtöistä neuvontaa. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tuki nähdään tärkeänä elintapamuutosprosessissa. Asiakkaan kanssa yhdessä laadittu suunnitelma ja jatkuva seuranta tukevat elintapamuutoksen onnistumista (Boivin ym. 2001, Homan ym. 2012, Mutsaerts ym. 2010, Mustaerts ym. 2013).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien ja hedelmöityshoidoissa olevien naisten näkemyksiä elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Elintavoilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin painonhallintaa, ravitsemusta ja liikuntaa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää toteutettaessa elintapoihin liittyvää terveysneuvontaa.

2. NAISET LAPSETTOMUUSTUTKIMUKSISSA- JA HOIDOISSA

Hedelmöityshoidot aiheuttavat paljon tunteita ja ajatuksia lapsettomuudesta kärsivissä. Hoitojen alkuvaiheessa monet kokivat epävarmuutta hedelmöityshoitoihin liittyvistä asioista ja hoitoprosessin sujuvuudesta. Kolme viidestä epäili kykyään osallistua kaikkiin lääketieteellisiin hoitoihin prosessin aikana (Miettinen 2011). Lapsettomuuden tiedostaminen on raskasta, se koskettaa ihmisen yksityisyyttä, lisääntymistä ja seksuaalisuutta (Toivanen ym. 2004, Tiitinen & Unkila-Kallio 2011). Lapsettomuuden kokemiseen liittyi suuria tunteita, kuten häpeää ja arvottomuutta (Tulppala 2002). Lapsettomuushoitojen aikana nainen voi saada traumaattista tietoa itsestään ja hedelmällisyydestään. Vaikeimpia vaiheita ovat lapsettomuustutkimuksiin tulo, hoitojen suunnittelu ja aloitus (Toivanen ym. 2004).

Lapsettomuustutkimukset ja -hoidot koetaan kuormittavana prosessina. Joka viides olisi kaivannut lisää tukea elämäntilanteessaan. Tukea kaivattiin erityisesti omilta tai puolison vanhemmilta, ystäviltä ja sisaruksilta. Lapsettomuus koettiin erittäin henkilökohtaisena asiana ja siitä ulkopuolisille puhuminen oli vaikeaa. Naisista 53 % kertoi lapsettomuudesta ja hedelmöityshoidosta vain muutamalle läheiselleen, 13 % ei ollut kertonut tilanteesta kenellekään. Yli 70 % naisista tunsu suurta huolta siitä, etteivät hoidot lopulta johtaisikaan lapsen syntymään. Kaksi kolmasosaa naisista oli huolissaan hoitojen henkisestä kuormittavuudesta ja hieman yli puolet (60 %) omasta jaksamisestaan (Miettinen 2011).

Pitkittynyt stressi voi vaikuttaa naisen hedelmällisyyteen heikentävästi, koska sen seurauksena kuukautiskierron säätelyssä saattaa esiintyä ongelmia. Nykykäsityksen mukaan stressin aiheuttama henkinen kuormittuminen ei aiheuta naiselle pysyvää lapsettomuutta, mutta se voi heikentää hedelmällisyyttä hetkellisesti (Aarts ym. 2012). Kuormittava ja pitkään jatkunut stressi on epäterveellistä. Useat yhtäaikaiset stressitekijät lisäävät hedelmöityshoitojen epäonnistumisen riskiä (Ebbesen ym. 2009). Lapsettomat naiset tunsivat enemmän stressiä, ahdistusta ja masennusoireita kuin lapsettomat miehet (Toivanen ym. 2004). Monilla lapsettomuusklinikoilla pyrittiin potilaslähtöiseen työskentelyyn ja hoitojen yksilöllinen suunnittelu näytti vähentävän lapsettomuusstressiä tehokkaasti (Aarts ym. 2012). Lähes kaikki tahattomasti lapsettomat parit kohtasivat lapsettomuushoitojen aikana jonkinlaisen kriisin (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011).

Lapsettomuuden aikaisessa kriisissä sosiaalinen tuki oli tärkeä apu uupumuksen ennaltaehkäisyssä, myös puolisoilta vaadittiin kykyä surra, prosessoida menetyksiä ja sopeutua uusiin tilanteisiin (Toivanen ym. 2004, Tulppala 2002, Wirtberg 1992). Schmidt ym. (2005) tutkimuksen mukaan neljänneksellä naisista ja viidenneksellä miehistä yhdessä koettu kriisi lähensi parisuhdetta, vaikeista asioista oli pakko puhua puolison kanssa (Schmidt ym. 2005).

Yli 70 % pareista saa lapsen hedelmöityshoidoilla, mikäli kaikkia käytettävissä olevia menetelmiä hyödynnetään (Nuojua-Huttunen & Anttila 2009). Parit saattavat lopettaa hedelmöityshoidot, koska hoitojen tiukka aikataulutus ja teknisyys tuntuvat liian raskailta. Monet parit myös yllättyivät hoitojen vaatimista työstä poissaolojen määrästä. Lisäksi hoidot kuormittivat naisia fyysisesti. Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa hedelmöityshoidot aloittaneista pareista 23 % keskeytti hedelmöityshoidot ja suurimpana syynä olivat hoitojen fyysinen ja henkinen kuormittavuus (Brandes ym. 2009). Kuivasaari-Pirinen (2013) havaitsi suomalaisessa tutkimuksessaan samansuuntaista kuin Brandes ym. (2009), noin 30 % keskeytti suunnitellut hedelmöityshoidot, koska ne koettiin psyykkisesti hyvin raskaiksi (Kuivasaari-Pirinen 2013). Terveystuollon haasteena olisi tunnistaa ne parit, jotka tarvitsevat apua päästäkseen raskaiden kokemusten yli (Toivanen ym. 2004). Lääkärin ja muun henkilökunnan riittävä paneutuminen psyykkisiin näkökohtiin on välttämätöntä hoidon eri vaiheissa (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, Toivanen ym. 2004). Kaikille pareille pystytään tarjoamaan lapsettomuushoitoja asuinpaikasta riippumatta, mutta mahdollisuudet saada psyykkistä tukea lapsettomuuden mukana tuomien tunteiden käsittelyyn ovat rajalliset ja asuinalueesta riippuvaiset. Parhaiten psyykkistä tukea on saatavissa suurissa kaupungeissa ja yksityisillä lapsettomuusklinikoilla. Lapsettomuuden psykososiaalisen tuen ja neuvonnan merkitystä ei tulisi unohtaa (Toivanen ym. 2004).

Vanhempien jakama lapsettomuuskokemus lujitti parisuhdetta ja lisäsi elämään liittyvää stressin sietokykyä (Repokari ym. 2007). Lapsettomuushoidoilla raskaaksi tulleet naiset olivat raskausaikana huolestuneempia ja pelkäsivät enemmän lapsensa vioittumista synnytyksessä kuin muut. Hedelmöityshoidoilla alkaneista raskauksista naiset kertovat ulkopuolisille myöhemmin kuin ne, joilla ei ollut lapsettomuusongelmia (Toivanen ym. 2004). Pitkän lapsettomuuden ja toistuvasti epäonnistuneiden hedelmöityshoitojen jälkeen, äitien oli raskausaikana vaikea muodostaa mielikuvia lapsesta raskauden keskeytymiseen liittyvien pelkojen vuoksi. Lapsen

synnyttyä tilanne helpottui ja äitien mielikuvat lapsesta olivat realistisia ja myönteisiä (Repokari 2008). Toivotun raskauden alkaessa lapsettomuuskokemus usein lievittyi. Vanhemmat näyttivät soputuvan hyvin vanhemmuuden haasteisiin (Toivanen ym. 2004).

3. LAPSETTOMUUS JA ELINTAVAT

WHO (2001) määrittelee lisääntymisterveyden ihmisen oikeutena vastuulliseen, hyvään ja turvalliseen sukupuolielämään. Yksilöiden ja pariskuntien mahdollisuuteen suunnitella lapsen hankinta parhaaksi katsomalla tavalla. Ihmisillä on oikeus saada seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa tietoa ja palveluita tarpeidensa mukaan (Seksuaali- ja lisääntymisterveys 2007).

Hedelmällisyydellä tarkoitetaan lisääntymiskykyä (Nienstedt & Pirttimaa 2002). Tässä tutkimuksessa lisääntymiskyvystä käytetään käsitettä lisääntymisterveys ja edelleen käsitettä hedelmällisyys, jonka voidaan katsoa olevan lisääntymisterveyden ja lisääntymiskyvyn rinnakkaiskäsite ja helpommin ymmärrettävissä.

Hedelmöityshoitojen tarve on kasvanut kaikissa länsimaissa ja sen myötä on arvioitu lapsettomuuden lisääntyneen. Terveys 2011-tutkimuksessa 19 % naisista ja 11 % miehistä ilmoitti kokeneensa tahatonta lapsettomuutta jossain elämänsä vaiheessa. Verrattuna terveys 2000-tutkimukseen, luvut ovat hienoisessa nousussa (Klemetti ym. 2004, Klemetti & Raussi-Lehto 2014). Noin 15 % pareista kohtaa jossain elämänsä vaiheessa tahattoman lapsettomuuden. Usein kyseessä on heikentynyt hedelmällisyys ja raskauden alkamiseen kului yli vuosi. Lapsettomuustutkimukset aloitetaan, jos parin lapsettomuus on kestänyt vähintään vuoden (Tiitinen 2013). Lapsettomuuden perustutkimuksiin kuuluvat kliinisen tutkimuksen lisäksi esitietojen läpikäyminen. Tärkeää on selvittää yleinen terveydentila, perussairaudet ja elintapatekijät, kuten ruokavalio, liikuntatottumukset, alkoholinkäyttö sekä tupakointi. Lisäksi tehdään erilaisia hormonitutkimuksia, selvitetään sukuelinten rakenne ja tutkitaan miehen siemennesteen laatu (Hippeläinen & Räsänen 2002, Tiitinen 2015).

Epäterveellisten elintapojen tiedetään olevan yhteydessä lapsettomuuteen (Hassan & Killick 2004). Elintapojen seurauksena yli- tai alipaino vaikuttavat heikentävästi hedelmällisyyteen (mm. Anttila 2008, Clark ym. 1998, Hassan & Killick 2004, Kelly-Weder & Cox 2007, Tiitinen ym. 2000, Tiitinen 2015). Lisäksi epäterveellinen ruokavalio (mm. Anttila 2008, Gormack ym. 2015, Korhonen 1999, Tiitinen 2015) ja vähäinen liikunta heikentävät hedelmällisyyttä (mm. Homan ym. 2007, Anttila 2002, Tiitinen ym. 2000).

3.1. Lapsettomuuteen yhteydessä olevat elintavat

Naisen hedelmällisyyttä heikentävät painoon liittyvät tekijät. Erityisesti ylipaino ja lihavuus aiheuttavat merkittäviä riskejä hedelmällisyydelle (Tiitinen 2013, Tiitinen 2015). Naisten lihavuus on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. WHO:n tilastojen mukaan vuonna 2008 suomalaisista 15 -64-vuotiaista naisista 16 % oli lihavia (BMI>30kg/m²) (BMI = body mass index, kehon painoindeksi). Ylipainoisilla ilmenevät hormonaaliset muutokset johtavat kuukautiskierron häiriöihin ja lapsettomuusongelmiin (Koskela-Koivisto ym. 2007, Tiitinen ym. 2000, Tulppala 2002). Ylipainoon liittyy useita endokriinisia poikkeavuuksia ja ylipainoisen naisen lapsettomuusongelmien on havaittu johtuvan ovulaatiohäiriöistä yleisemmin kuin muilla naisilla (Anttila 2008, Hassan & Killick 2004, Tiitinen ym. 2000). Ylipainon tiedetään heikentävän myös lapsettomuushoitojen tuloksia, riippumatta lapsettomuuden taustasta (Koskela-Koivisto ym. 2007, Tiitinen ym. 2000, Wang ym. 2000).

Painon pudotus parantaa raskauden alkamisen mahdollisuutta (Koskela-Koivisto ym. 2007, Tiitinen ym. 2000, Wang ym. 2000). Painon pudottamisella voidaan myös korjata monia PCO-oireyhtymään (munasarjojen monirakkulatauti) liittyviä hormonaalisia muutoksia joiden tiedetään heikentävän hedelmällisyyttä (Clark ym. 1998, Tiitinen ym. 2000). Lihavilla naisilla vähäinenkin, alle 10 %:n painonpudotus vähensi hedelmöitymisongelmia (Anttila 2008, Hassan & Killick 2004, Tiitinen ym. 2000). Kansainvälisten hoitosuosituksen mukaan hedelmöityshoidoista tulisi pidättäytyä, ennen kuin naisen painoindeksi on pienempi kuin 35 kg/m². Lapsettomuushoitoihin hakeutuvien naisten lihavuutta tulisi hoitaa ensin suunnitelmallisella elintapojen muutoksella. Painonhallinnan tulisi kuulua tahattoman lapsettomuuden hoitoprosessiin jo ennen lapsettomuustutkimukseen hakeutumista (Anttila 2008, Koskela-Koivisto ym. 2012). Clark ym. (1998) ovat tutkineet laihdutuksen vaikutuksia hedelmällisyyteen. Tutkimukseen osallistui naisia, joiden painoindeksi oli yli 30 kg/m². Keskimääräinen painon lasku oli 6,5 kg ja raskaaksi tuli 78 % naisista. Raskaaksi eivät tulleet edes hedelmöityshoitojen myötä ne naiset, joiden painoindeksi oli edelleen yli 40 kg/m². Elintapojen muutoksella voidaan vaikuttaa raskauden alkamisen todennäköisyyteen ja parantaa lapsettomuushoitojen onnistumisen todennäköisyyttä (Homan ym. 2007). On todettu, että ylipainoiset ja lihavat naiset keskeyttävät elintapamuutosprosessit melko usein (Taulukko 1). Tärkeää olisi tunnistaa ne tekijät, jotka johtavat elintapamuutosten

keskeyttämiseen. Pelkällä painonpudotuksella voidaan parantaa ylipainoisten ja lihaviiden naisten hedelmöittymisen mahdollisuuksia (Mutsaerts ym. 2013).

TAULUKKO 1. Pelkällä laihtutushoidolla alkaneet raskaudet eri aineistoissa (Mutsaerts ym. 2013).

Tutkimus	Potilaita	Painonlasku	Raskaus alkoi	Keskeyttäneet (%)
Bates ja Withwoert 1982	18	9.6 kg	10/18	28
Crosignani ym. 2003	33	5 %	10/33	24
Harlass ym. 1984	6	7-12 %	2/6	-
Palomba ym. 2008	1) 20	5.6 ± 1.6 kg	3/20	15
	2) 20	10.5 ± 4.1kg	7/20	35
Qublan ym. 2007	46	4.8 ± 4.1 kg	14/46	-
Clark ym. 1998	87	6.3 ± 4.2 kg	18/87	23
Hollman ym. 1998	35	11.6 kg	10/35	-
Huber Buchholz ym. 1999	18	2-5 %	3/18	3
Kuchenbecker ym. 2011	32	6.3 %	7/32	10
Miller ym. 2008	12	BMI muutos -2.1 kg/m ²	1/12	1
Tang ym. 2006	1) 69	2.8 kg	6/69	16
	2) 74	1.5 kg	2/74	8

Alipaino vaikuttaa naisten kuukautiskiertoon ja hedelmällisyyteen (Anttila 2008, Anttila & Arojoki 2000, Hassan & Killick 2004, Tiitinen 2015, Wang ym. 2000). Viime vuosien tutkimukset ovat osoittaneet, että naisesta johtuva selittämätön lapsettomuus voi olla seurausta ankarasta painon tarkkailusta. Tiedetään, että alipaino on hedelmällisyyteen negatiivisesti vaikuttava tekijä (Anttila 2008, Anttila & Arojoki 2000, Hassan & Killick 2004, Tiitinen 2015, Wang ym. 2000). Alipainoisen naisen elintapojen tarkistus ja korjaaminen voivat parantaa hedelmällisyyttä (Anttila 2008). Myös syömishäiriöt ja hedelmällisyysongelmat ovat viime vuosikymmeninä yleistyneet (Arojoki & Anttila 2000). Erilaiset syömishäiriöt vaikuttava naisen kuukautiskiertoon ja

hedelmällisyyteen (Anttila 2008, Anttila & Arojoki 2000, Hassan & Killick 2004, Wang ym. 2000). Syömishäiriöillä tarkoitetaan oireyhtymiä, joille on yhteistä psyykkisistä syistä johtuva poikkeava suhtautuminen ruokaan ja syömiseen sekä tyytymättömyys omaan kehon kuvaan. Viime vuosien tutkimukset ovat osoittaneet, että naisesta johtuva selittämätön lapsettomuus voi olla seurausta syömishäiriöstä. Niitä on kuvattu esiintyvän jopa 17–30 %:lla lapsettomista naisista (Arojoki & Anttila 2000). Syömishäiriön toteaminen ja hoitaminen olisi tärkeää, koska se parantaisi merkittävästi hedelmällisyyden ja raskauden ennustetta. Osa syömishäiriöistä häviää melko pienellä tuella, mutta yleensä syömishäiriöön sairastunut tarvitsee apua psyykkiseen pahaan oloon, johon usein liittyy itsetunto-ongelmia, kohtuuttomia suoritustavoitteita ja parisuhdevaikeuksia (Arojoki & Anttila 2000, Anttila 2008, Tulppala 2002).

Ravitsemuksella on todettu olevan vaikutusta naisen hedelmällisyyteen (Anttila 2008). Terveellisellä ruokavaliolla on suuri merkitys. Oikeista ruoka-aineista koostuvalla, sopivasti kaloreita sisältävällä ruokavaliolla oli yhteys fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä yleiseen hyvinvointiin ja kehon toimintaan (Homan ym. 2007). Lasta toivoville naisille sopivana ja terveellisenä ruokavaliona voidaan pitää Suomen Diabetesliiton ruokavaliosuositusta (Anttila 2008). Kaikille suositellaan foolihappoa 400 µg/vrk ja D-vitamiinia 10 µg/vrk. Terve nainen ei erityisiä ravintolisiä yleensä tarvitse. Kasvisruokavaliota noudattaville suositellaan myös B12-vitamiinin käyttöä (Tiitinen 2015). Chvarron ym. (2007) mukaan ovulaatiohäiriöitä esiintyi vähemmän naisilla, jotka suosivat ruokavaliossaan kertatydyttymättömiä rasvoja, kasviproteiineja ja söivät kuitupitoisia, pienen glykemiaindeksin omaavia ruoka-aineita. Lisäksi foolihapon saannista ja rautavarastojen ylläpidosta huolehtimisen havaittiin suojaavan hedelmällisyyttä (Chavarro ym. 2007). Ravitsemuksella on todettu olevan vaikutusta myös syntyvän lapsen terveyteen. Äidin ali- ja ylikäytöksen tiedetään lisäävän lapsen lihavuuden riskiä ja aineenvaihdunnan häiriöitä. Suurin osa naisista ei kuitenkaan noudata elintapasuosituksia raskauden suunnitteluvaiheessa (Gormack ym. 2015).

Liikunnalla tiedetään olevan merkittävä tervehdyttävä vaikutus, kohtuullisen liikunnan on todettu parantavan hedelmällisyyttä (Homan ym. 2007, Anttila 2002, Tiitinen ym. 2000). Liikunnan lisääntyessä energiankulutus kasvaa ja insuliinin vaikutus tehostuu, mikä edistää aineenvaihduntaongelmien korjaantumista (Korhonen 1999, Tiitinen ym. 2000). Liikunnan

merkitys tulee huomioida raskautta toivovien hoidossa (Homan ym. 2007). Gormack ym. (2015) havaitsivat tutkimuksessaan, että 64.4 % ei muuttanut liikuntatottumuksia hedelmöityshoitoihin valmistuttaessa tai niiden aikana (Gormack ym. 2015). Homan ym. (2012) kertovat päinvastaisia tuloksia. Heidän tutkimuksessaan, lähes kaikki parit olivat lisänneet liikuntaa hedelmöityshoitojen aikana (Homan ym. 2012).

3.2. Neuvonta osana lapsettomuushoitoja

Lapsettomuusklinikoilla tulisi ottaa huomioon psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät, joita parit kohtaavat lapsettomuushoitojen aikana. Tärkeänä pidetään asiakaslähtöistä neuvontaa, jonka avulla varmistetaan, että potilaat ymmärtävät hoitoon liittyvät asiat, saavat riittävästi henkistä tukea ja voivat selviytyä lapsettomuuskokemuksesta parhaalla mahdollisella tavalla. Kokonaisvaltaisen lähestymistavan nähdään lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä ja vähentävän kielteisiä psykososiaalisia reaktioita (Boivin ym. 2001). Lapsettomuuden vuoksi hoitoon hakeutuvat parit tarvitsevat runsaasti perusteltua neuvontaa ja psyykkistä tukea hoitoprosessin alusta loppuun saakka (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, Toivanen ym. 2004).

Neuvonnassa on kyse aina vuorovaikutustilanteesta joka toteutuu kummankin osapuolen ehdoilla. Terveysneuvonnaksi kutsutaan terveyttä tai sairautta koskevaa neuvontaa. Se voi kohdistua ihmisen terveydentilan edistämiseen ja ylläpitämiseen tai sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon (Vertio 2009). Terveysneuvonnan yleisinä tavoitteina pidetään asiakkaan hyvinvointia, elämälaatua ja terveyttä (Green & Tones 2010, 28). Terveysneuvonnan keskeisinä tehtävinä on tukea potilaan kasvua ja selviytymistä, lisätä terveydellistä pääomaa ja motivoida terveyteen liittyvissä muutospyrkimyksissä (Kettunen ym. 2006).

Terveysneuvonnan perustana on asiakaslähtöinen lähestymistapa. Ammattilaisella on vastuu vuorovaikutuksen kehittamisestä, neuvonnan etenemisestä ja asiiasällöstä. Parhaimmillaan terveysneuvontatilanteessa päästään ratkaisemaan terveyteen liittyviä ongelmia. Neuvonta ei saa missään määrin loukata ihmisen itsemääräämisoikeutta (Vertio 2009). Terveysneuvonnan myötä asiakkaan tietoisuus ja ymmärrys omasta terveydestä voi lisääntyä ja kyky tehdä päätöksiä oman terveyden suhteen vahvistuu (Kettunen ym. 2002, Green & Tones 2010, 28-29).

Useissa tutkimuksissa (Homan 2012, Gormack ym. 2015, Mutsaerts ym. 2010, Mutsaerts ym. 2013) korostettiin, että elintapamuutosten läpiviemiseksi tarvitaan neuvontaa ja tukea. Muutostarpeita ja muutosta käsiteltäessä tiedon jakaminen ja neuvojen antaminen ovat yleisempiä ohjauksessa käytettyjä viestinnällisiä keinoja (Kettunen 2001, Kettunen ym. 2006, Poskiparta ym. 2000). Elintapojen muuttaminen on vaativa prosessi. Alkuun tulisi tunnistaa ja tiedostaa omat elintavat, sen jälkeen harkitaan muutostarvetta, harjoitellaan uutta toimintatapaa, jonka jälkeen uusi toimintatapa voidaan sisäistää pysyväksi ja osaksi arkielämää (Prochaska ym. 1997; Poskiparta ym. 2004). Mikäli ihminen rohkaistaan pohtimaan terveyden merkitystä elämässään ja elintapojen vaikutusta terveydelle, on elintapaneuvonnalla edellytykset onnistua. Pelkkä tarve elintapamuutokseen, ei aina kerro halukkuudesta sitoutumiseen ja prosessin läpiviemiseen (Kasila ym. 2003).

Lapsettomuushoidoissa olevat naiset kokivat saaneensa riittävästi tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja tukea elämäntilanteessaan lapsettomuusyksiköiden hoitohenkilökunnan antamassa neuvonnassa (Miettinen 2011, Verhaak ym. 2007). Noin joka kymmenes olisi kaivannut lisätietoa hoitoihin liittyvistä asioista. Epävarmuus ja lisätiedon tarve korostui varsinkin hoitojen alkuvaiheessa. Tietoja kaivattiin myös hoitojen aikatauluista ja kestosta sekä niiden vaikutuksesta muuhun elämään. Lähes 70 % vastaajista oli hakenut tietoa lapsettomuudesta ja sen hoitomahdollisuuksista internetistä (Miettinen 2011). Lapsettomuushoitojen alkuvaiheessa tiedon hakeminen lapsettomuudesta ja sen psykososiaalisista vaikutuksista auttaa osallistumaan hoitoratkaisuihin sekä helpottaa lapsettomuuteen liittyvän stressin ja ahdistuksen hallintaa (Schmidt ym. 2005).

Lapsettomuusklinikoilla olisi tärkeää järjestää yksilöllistä neuvontaa ja laatia suunnitelma elintapamuutosten toteuttamisesta yhdessä asiakkaan kanssa. Ongelmaksi koettiin, että elintapamuutosprosessit usein keskeytyvät, eikä tavoitteisiin päästy. Neuvonnalla ja kannustuksella voitaisiin tukea asiakasta ja parantaa hänen sitoutumista muutoksien läpiviemiseen ja sen myötä päästäisiin pysyviin muutoksiin (Mutsaerts ym. 2013). Homan ym. (2012) tutkimuksessa parit saivat yksilöllistä ohjausta elintavoista, jotka parantaisivat hedelmällisyyttä. Seuranta alkoi arviointikeskustelulla, jossa käytettiin motivoivan haastattelun tekniikoita. Neljän kuukauden ajan tarjottiin jatkuvaa tukea elintapamuutosprosessissa esimerkiksi puhelimesta.

Tutkimuksen alkaessa suurimmalla osalla ruokavalio ei ollut suositusten mukainen, mutta seurannan aikana lähes kaikki olivat parantaneet ruokailutottumuksiaan ja lisänneet liikuntaa hedelmöityshoitojen aikana. Tutkimus osoitti, että osallistujilla oli tietoa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen, mutta elintapamuutosprosessin aloittaminen oli haasteellista ja siihen tarvittiin erityistä tukea. Lapsettomuustutkimuksiin hakeutuva tai hedelmöityshoidoissa oleva nainen oli motivoitunut tekemään muutoksia raskauden saavuttamiseksi (Homan ym. 2012).

Mutsaerts ym. (2010) tutkimuksessa lapsettomuudesta kärsiville pareille järjestettiin elintapoihin kohdistettua neuvontaa ja kannustettiin pareja tekemään elintapamuutoksia. Ensimmäisellä kerralla lapsettomuushoidoissa olevien parien kanssa käytiin läpi heidän elintavat ja niiden pohjalta asetettiin tavoitteet elintapojen muuttamiseen. Kyseisessä tutkimuksessa lapsettomuushoidoissa olevat parit saivat neuvontaa, ohjausta ja tukea useita kertoja seurantajakson aikana. Kuuden kuukauden kuluttua tavoitteet ja elintavat arvioitiin uudelleen. Tapaamisia oli yhteensä kuusi ja niiden välissä oli neljä puhelinkeskustelua ja sähköpostin välityksellä lähetettyjä viestejä. Tulokset viittasivat siihen, että yksilöllinen neuvonta ja jatkuva tuki edistivät elintapojen muutosta (Mutsaerts ym. 2010).

Homan ym. 2012 korostavat sairaanhoitajien roolia lapsettomuustutkimuksiin tulevien naisten ohjaamisessa, motivoinnissa ja tukemisessa. Heidän näkemyksen mukaan sairaanhoitajat auttoivat asettamaan tavoitteet ja tarjosivat tukea niiden saavuttamisessa. Tärkeää olisi, että terveydenhuoltojärjestelmä toimisi siten, että lapsettomille pareille pystyttäisiin tarjoamaan oikea aikaista neuvontaa ja tietoa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen (Homan ym. 2012).

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

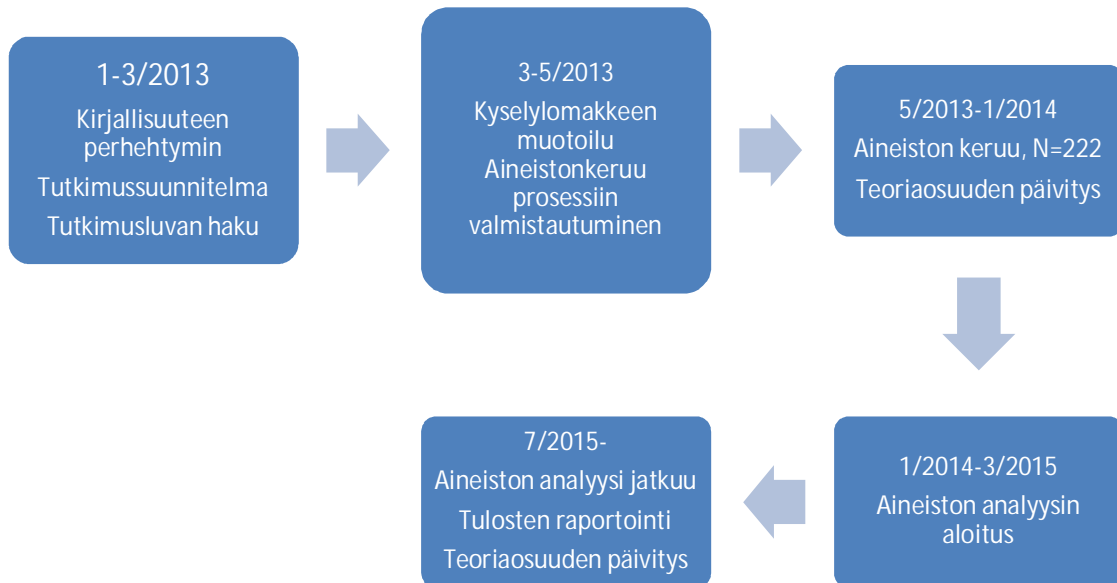
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien ja hedelmöityshoidoissa olevien naisten näkemyksiä elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Elintavoilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin painonhallintaa, ravitsemusta ja liikuntaa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millainen näkemys tutkittavilla oli painonhallinnan, ravitsemuksen ja liikunnan vaikutuksesta hedelmällisyyteen?
2. Minkä sisältöistä neuvontaa tutkittavat olivat saaneet?
3. Millaisia elintapamuutoksia tutkittavat olivat tehneet?
4. Mitkä taustatekijät olivat yhteydessä elintapamuutoksiin?

5. TUTKIMUSAINEISTO- JA MENETELMÄT

Tutkimuksen aineiston on kerätty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvalla Naistenklinikan lapsettomuuspoliklinikalla. Sairaalassa koettiin aihe tärkeänä ja siihen liittyvää lisätietoa pidettiin ajankohtaisena. Kuvassa 1. on kuvattu tutkimusprosessi ja tutkimusaikataulu.



KUVA 1. Tutkimusprosessi

Tutkimuslupa haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin naistentautien ja lastentautien tulosyksiköltä ja eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon 4.3.2013. Kyselylomaketta ei esitettävä, mutta sen tarkasti useampi lapsettomuusklinikan henkilökuntaan kuulunut terveydenhuollon ammattilainen ja yksi maallikko.

5.1. Aineiston kuvaus ja aineiston keruu

Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeella (LIITE 2). Kysymykset pohjautuivat osittain FINRISKI -tutkimuksen kysymyksiin (Peltonen ym. 2008). Lisäksi hyödynnettiin Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytymisen ja terveys tutkimuksen kysymyksiä (Helldan ym. 2012). Kyselyssä esiintyvät aihepiirit olivat terveydentila, elintavat, elintapoihin liittyvä

ohjaus ennen lapsettomuusklinalle tuloa ja toiminta lapsettomuusklinalla. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä vastaajan taustatiedoista, joita olivat ikä, siviilisääty, koulutus, paino ja pituus. Tutkimuksessa keskityttiin painonhallintaa, ravitsemusta, liikuntaa ja neuvontaa koskeviin kysymyksiin. Tässä kyselyssä käytettiin monivalintakysymyksiä, dikotomisias vastausvaihtoehtoja ja lisäksi oli kaksi avointa kysymystä.

Tutkimuksesta tiedotettiin lapsettomuusklinaln henkilökuntaa osastotunnilla, jossa kerrottiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, sekä esiteltiin kyselylomaketta. Lisäksi henkilökunnalle jaettiin erillinen tutkimustiedote (LIITE 3), joka sisälsi ohjeet lomakkeiden jakamisesta asiakkaille. Tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Naistentautien tulosityksikössä, Naistenklinaln lapsettomuuspoliklinikalla 5/2013-1/2014 välisenä aikana.

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat ensimmäistä kertaa lapsettomuustutkimuksiin tulevat ja enintään viisi vuotta lapsettomuushoidoissa olevat naiset. Kyselylomakkeet sisälsivät saatekirjeen, josta selvisi tutkimuksen tarkoitus ja tavoite (LIITE 1). Lisäksi siinä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, eikä tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta millään tavalla asiakkaan hoitoon tai kohteluun lapsettomuusklinalla. Osa kyselylomakkeista lähetettiin ajanvarauskirjeen yhteydessä kotiin ensimmäistä kertaa lapsettomuushoitoihin tuleville. Osa kyselylomakkeista jaettiin lapsettomuusklinaln henkilökunnan toimesta vastaanoton yhteydessä tai vastaaja sai itseohjautuvasti ottaa lomakkeen odotustilasta.

Aineistonkeruun aikana tutkija kävi useita kertoja lapsettomuusklinalla ja oli yhteydessä henkilökuntaan aktiivisesti. Lisäksi henkilökuntaa muistutettiin lomakkeiden jakamisesta kahteen kertaan sähköpostin muodossa. Näin varmistuttiin, että tutkimus eteni suunnitellulla tavalla. Tästä huolimatta aineistoa kertyi hitaasti. Tutkija piti huolen, että lomakkeita ja kirjekuoria oli poliklinikalla koko ajan riittävästi. Täytetyt lomakkeet palautettiin odotustiloissa oleviin suljettuihin laatikkoihin suljettavassa kirjekuoressa.

Vastausajan päättyessä täytettyjä kyselylomakkeita oli palautunut yhteensä 225, joista kolme oli erittäin puutteellisesti täytetty joten ne jätettiin tilastollisen analyysin ulkopuolelle. Tutkimukseen

sisällytettiin 222 asiakkaan vastaukset. Aineisto koostui seuraavasti; ensikäynnille tuleville lähetetyistä lomakkeista 35,92 % palautui. Lapsettomuushoidoissa enintään viisi vuotta olleille jaetuista tai odotustilasta otetuista kyselylomakkeista 53,17 % palautui.

Tutkijalla ei ole tiedossa vastaajien henkilö- tai yhteystietoja ja kaikki lomakkeet palautettiin nimettöminä. Lomakkeita säilytettiin asianmukaisesti, niin etteivät ne joutuneet ulkopuolisten käsiin ja tutkimuksen päätyttyä ne hävitettiin asianmukaisesti.

5.2. Tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysi

Kyselylomakeaineiston kysymykset analysoitiin tilastollisin tutkimusmenetelmin SPSS 23.0 -ohjelmalla. Tilastollisten testien merkitsevyytasoksi asetettiin $p < 0,05$. Kyselylomakkeet koodattiin numeroimalla (1, 2, 3...), mikä helpotti lomakkeiden käsittelyä. Aineiston käsittely aloitettiin tarkastelemalla muuttujien tunnuslukuja ja frekvenssejä.

Muuttujia luokiteltiin uudelleen yhdistämällä luokkia tutkimushenkilöiden demografisten taustatietojen osalta (ikä, BMI, koulutus). Ikä jaettiin kolmeen luokkaan; 1) 23–29, 2) 30–35, 3) 36–41-vuotiaat. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajien paino ja pituus, joista laskettiin vastaajien BMI (body mass index, kehon painoindeksi). BMI:n tuloksista muodostettiin luokat Käypä hoito suosituksen (2013) mukaan seuraavasti; BMI alle 18.49 = alipaino, 18.5–24.99 = normaali paino, 25.0–29.9 = ylipaino, 30.0–34.9 = lihavuus, 35,0–39,9= vaikea lihavuus. Analyysien edetessä tiivistettiin BMI-luokkia vielä siten, että lihavuus ja vaikea lihavuus yhdistettiin. Luokassa vaikea lihavuus oli neljä henkilöä. Osassa analyyseistä BMI:n mukaan alipainoisten (n=6) vastaajajoukkoa ei käytetty. Koulutusta koskevat tiedot jakautuivat kolmeen luokkaan seuraavasti; 1) peruskoulu ja lukio, 2) ammattikoulu ja opistotasoinen tutkinto, 3) ammattikorkeakoulu ja akateeminen tutkinto. Edellä kuvattuja uudelleen luokiteltuja muuttujia tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja ristiintaulukoinnin merkitsevyyttä testattiin χ^2 -riippumattomuustestillä. Haluttiin selvittää, oliko asiakkaiden vastauksilla ja taustamuuttujien välillä yhteyttä (Metsämuuronen 2009).

Kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, ensimmäinen oli kohdassa *Elintapoihin liittyvä*

ohjaus ennen Naistenklinikalle tuloa ”Mitä toiveita teillä on elintapoihin liittyvän ohjauksen suhteen?”. HUS:n Naistenklinikan lapsettomuuslinikalla hoidetaan erikoissairaanhoidoa vaativia naisia, jotka kärsivät lapsettomuudesta. Klinikalla annettava neuvonta tulisi olla kokonaisvaltaista ja elintapatekijöistä tulisi puhua lapsettomuustutkimuksiin tulevien kanssa. Toinen avoin kysymys koski *Neuvontaa klinikalla*, ”Mihin asioihin olisitte toivoneet kiinnitettävän enemmän huomioita?” Tutkija muodosti avoimen kysymyksen vastauksista luokat sisällön erittelyllä (Tuomi & Sarajärvi 2003). Kysymyksen ”Mitä toiveita teillä on elintapoihin liittyvän ohjauksen suhteen?” luokat jakautuivat seuraavasti 1) Ravitseminen, 2) Liikunta, 3) Painonhallinta, 4) Kokonaisvaltainen ohjaus, tuki ja informaatio, 5) Ei tarvetta ohjaukselle tai kaikki riittävä informaatio tuli esiin. Kysymyksen ”Mihin asioihin olisitte toivoneet kiinnitettävän enemmän huomioita?” vastaukset jaettiin neljään luokkaan seuraavasti 1) Psykkinen puoli, stressi ja kannustus, 2) Elintavat; ravitseminen, ruokavalio, liikunta ja painonhallinta, 3) Kokonaisvaltainen hoito, ohjaus ja enemmän aikaa potilaalle, 4) Kaikki tarvittava tieto tuli esiin, ei erityisiä toiveita.

Binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla selvitettiin, miten BMI, koulutus, ikä ja elintapoihin saatu neuvonta olivat yhteydessä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Tutkimuksessa riippuvina eli selittävinä muuttujina olivat BMI, ikä, koulutustaso ja elintapaneuvonta (ravitseminen, liikunta ja paino) kun taas riippumattomana eli selitettävänä muuttujana oli tarve muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Binääriseen logistiseen regressioanalyysiin valittiin Enter-menetelmä, jossa selittävät muuttujat valittiin malliin yhtä aikaa. Ryhmien väliset erot raportoitiin ristitulosuhteina (Odds Ratio, OR), ja niihin estimoitiin 95 %:n luottamusväli.

6. TULOKSET

6.1. Tutkittavien taustatiedot

Kysely osoitettiin lapsettomuustutkimuksiin hakeutuville tai lapsettomuuslinikalla enintään viisi vuotta hoidossa olleille naisille (N=222). Tutkimukseen osallistuvat naiset olivat iältään 23 -41-vuotiaita, keskiarvon ollessa 32,8 vuotta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli iältään 30 - 35-vuotiaita (53,2 %). Lähes kaikki (96 %) olivat naimisissa tai avoliitossa (Taulukko 2).

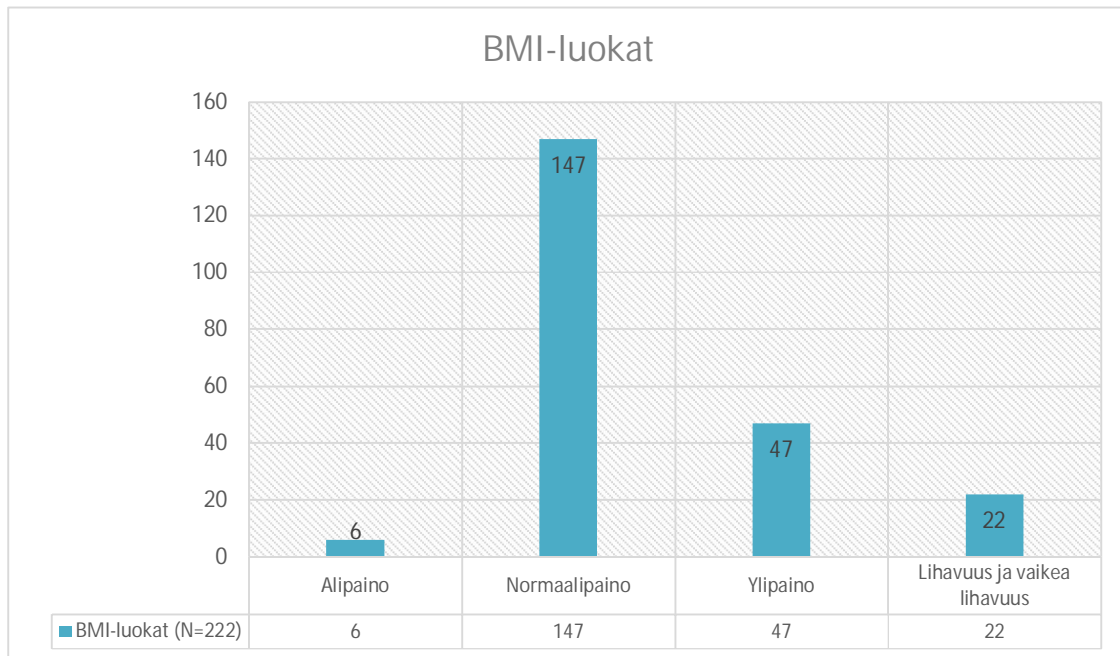
Akateemisen tutkinnon omaavat olivat tämän tutkimuksen suurin ryhmä (n=82), vastaajista 34,7 %:lla oli ammattikorkeakoulutasoinen tutkinto (n=77). Ammattikoulun tai opistotasoinen tutkinnon oli suorittanut viidesosa (19 %) vastaajista ja vain pienellä osalla (9.5 %) ei ollut ammatillista tutkintoa peruskoulun tai lukion jälkeen (n=21).

TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (N=222)

	Taustatiedot	n	%
Ikä	23-29 vuotta	45	20,2
	30-35 vuotta	118	53,2
	36-41 vuotta	59	26,6
Koulutus	Peruskoulu	6	2,7
	Lukio	15	6,8
	Ammattikoulu	21	9,5
	Opistotutkinto	21	9,5
	Ammattikorkeakoulu	77	34,6
	Akateeminen tutkinto	82	36,9

Aineistossa BMI jakautui välille 17-37 kg/m², keskiarvon ollessa 23,9 kg/m² (Kuva 2). Suurin osa vastaajista oli normaalipainoisia, mutta ylipainoisia ja lihavia oli kuitenkin hieman yli 30 %

vastaajista. Alipainoisten osuus oli pieni (n=6).



KUVA 2. BMI-luokkinen jakautuminen tutkimusaineistossa

Valtaosa vastaajista (93,7 %) koki terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi (n=208). Vain pieni osa (n=14) koki terveydentilansa keskitasoiseksi, melko huonoksi tai huonoksi.

6.2. Elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen

Tutkittavilta kysyttiin näkemyksiä, oliko elintavoilla (painonhallinta, ravitsemus ja liikunta) vaikutusta naisen hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon. Painon merkitysestä 83,4 % vastaajista oli sitä mieltä, että sen vaikutus oli suuri tai melko suuri (n=185). Vain 9,9 % vastaajista piti painon vaikutusta vähäisenä naisen hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon. Vastaajista 63,1 % oli sitä mieltä, että ravitsemus vaikutti paljon tai hyvin paljon naisten hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon (n=140). Lähes viidennes (19 %) piti ravitsemuksen vaikutusta vähäisenä tai erittäin vähäisenä ja viidennes ei osannut sanoa ravitsemuksen vaikutuksesta mitään. Vastaukset liikunnan vaikutuksesta hajaantuivat hieman enemmän, yli puolet (53,8 %) oli kuitenkin sitä mieltä, että liikunta vaikutti erittäin paljon tai paljon hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon. Hieman yli

viidennes (21,3 %) ei osannut ottaa asiaan kantaa ja sama osuus vastaajista oli sitä mieltä, että vaikutus oli vähäinen.

6.3. Omien elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen

Tutkimuksessa kysyttiin vastaajien näkemyksiä omien elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon (Taulukko 3). Vastaajista 41,3 % piti ravitsemuksen merkitystä suurena. Liikunnan vaikutusta erittäin suurena tai suurena piti vastaajista 37,7 %. Vastaajista 42,2 %:n mielestä painolla oli suuri merkitys, mutta 43,8 % vastaajista oli sitä mieltä, että painolla oli vähän tai erittäin vähän merkitystä hedelmällisyyden parantamisessa heidän omissa elintavoissaan.

TAULUKKO 3. Vastaajien käsitys omien elintapojen merkityksestä hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon (N=219)

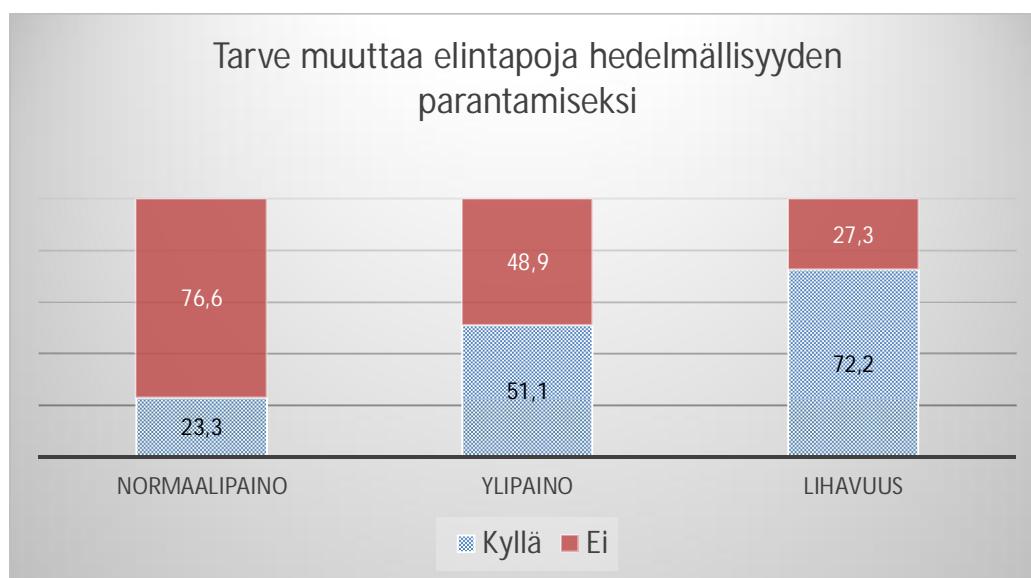
Elintapa	Erittäin paljon/paljon % (n)	Ei osaa sanoa % (n)	Vähän/ erittäin vähän % (n)
Ravitsemus	41,3 (90)	23,4 (51)	35,3 (77)
Liikunta	37,7 (83)	21,8 (48)	40,5 (89)
Paino	42,2 (92)	14,0 (31)	43,8 (96)

Vastaajista 64,9 % ei kokenut tarvetta muuttaa elintapojaan hedelmällisyyden parantamiseksi. Hieman yli puolet (57,7 %) vastasi tehneensä muutoksia elintapoihin hedelmällisyyden parantamiseksi. Yleisemmin muutoksia oli tehty ruokavalioon 43,0 %. Lisäksi muutoksia elintapoihin oli tehty liikuntaa lisäämällä 29,0 %, laihduttamalla 21,5 % ja painoa lisäämällä 6,5 % (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Ennen lapsettomuustutkimuksiin tuloa tehdyt elintapamuutokset hedelmällisyyden parantamiseksi (N=200).

Elintapamuutos	n	%
Laihdutus	43	21,5
Painon lisääminen	13	6,5
Liikunnan lisääminen	58	29,0
Ruokavalion muuttaminen	86	43,0

Painoindeksin mukaan ylipainoisten ja lihavien ryhmässä nähtiin enemmän tarvetta elintapamuutoksiin kuin normaalipainoisten ryhmässä ($\chi^2=28,550$, $df=3$, p -arvo $<0,001$) (Kuva 3).



KUVA 3. Tarve muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi BMI luokkien mukaan (N=222)

Ylipainoisista yli puolet (51,1 %) oli sitä mieltä, että omalla painolla oli erittäin paljon tai paljon merkitystä hedelmällisyyteen tai raskaaksi tuloon ($p=<0,001$). Normaalipainoisista 49,0 % oli sitä mieltä, että painolla oli vähän tai erittäin vähän merkitystä hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon ($p=<0,001$).

6.4. Elintapoihin liittyvä neuvonta

Vastaukset elintapoihin liittyvästä neuvonnasta ennen lapsettomuuslinikalle tuloa ja ensikäynnillä lapsettomuuslinikalla (Taulukko 5) olivat hyvin samansuuntaiset kummassakin ryhmässä. Valtaosa vastaajista ei ollut saanut elintapoihin (ravitseemus, liikunta ja painonhallinta) liittyvää neuvontaa ennen lapsettomuuslinikalle tuloa, eikä ensimmäisen käynnin yhteydessä lapsettomuuslinikalla.

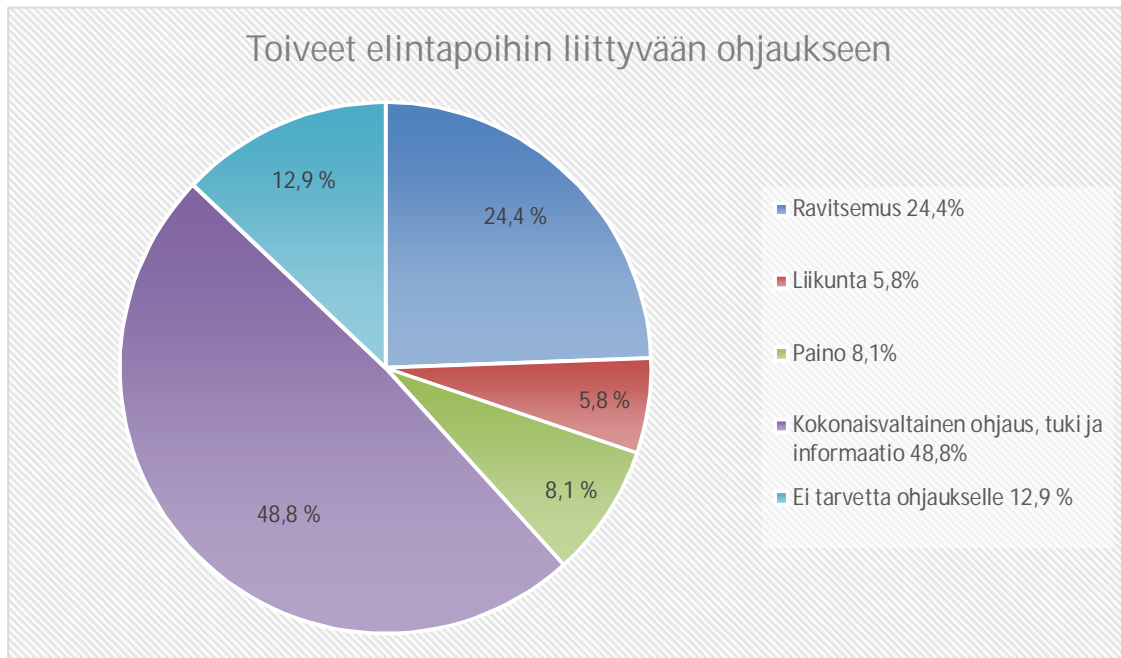
TAULUKKO 5. Elintapoihin liittyvä neuvonta ennen lapsettomuuslinikalle tuloa ja lapsettomuusklinikan ensikäynnillä.

	Neuvonta ennen lapsettomuuslinikkaa		Neuvonta ensikäynnillä lapsettomuuslinikalla	
	Kyllä % (n)	Ei % (n)	Kyllä % (n)	Ei % (n)
Ravitsemus	19.5 (43)	80.5 (177)	21.2 (43)	78.8 (160)
Liikunta	14,2 (31)	85.8 (188)	14.7 (31)	82.0 (173)
Paino	29.7 (65)	70.3 (154)	31.1 (66)	65.4 (138)

Eniten elintapoihin liittyvää neuvontaa vastaajat olivat saaneet terveysaseman lääkäriltä (n=41) ja terveysaseman hoitajalta (n=15). Muutoin vastaukset jakautuivat eri ammattiryhmien kesken: erikoislääkäri, työterveyshuollon ammattilainen, yksityisen lääkäriaseman ammattilainen ja ravitsemusterapeutti. Erittäin vähän tutkimukseen osallistujat (n=10) olivat hakeneet tietoa internetistä. Vastaajista hieman yli neljäsosa koki (n=64), ettei tarvinnut ohjausta elintapoihin liittyen.

Asiakkaista 38,7 % (n=86) vastasi avoimeen kysymykseen ”Mitä toiveita teillä on elintapoihin liittyvän ohjaukseen?” (Kuva 4). Heistä 48.8 % toivoi kokonaisvaltaista ohjausta, tukea ja informaatiota. He toivoivat yksilöllistä, kunnioittavaa ja asiantuntevaan ohjausta, psyykkistä tukea unohtamatta. Toiseksi eniten (24,4 %) haluttiin tietoa ravitsemuksesta, oikeanlaisesta ruokavaliosta ja vitamiineista. Vastaajista 12.9 % ei kokenut tarvitsevansa ohjausta tai heidän mielestä kaikki oleellinen oli jo käsitelty. Pieni osa toivoi lisää tietoa painon (8.1 %) ja liikunnan (5.8 %) ohjaukseen.

vaikutuksista hedelmällisyyteen.

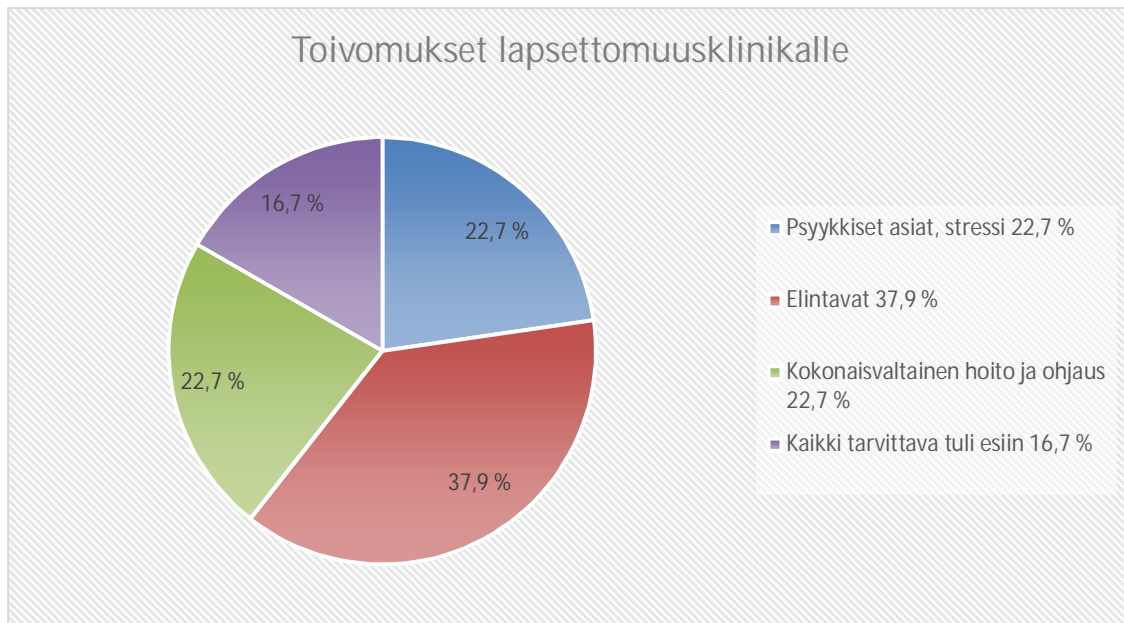


KUVA 4. Toiveet elintapoihin liittyvään ohjaukseen (n=86).

Alipainoisten, normaalipainoisten ja ylipainoisten ryhmissä valtaosa ei ollut saanut ravitsemuksen merkitykseen liittyvää neuvontaa ($p=0,001$) ennen lapsettomuuslinikalle tuloa. Ylipainoisista naisista reilusti yli puolet (61,7 %) ei ollut saanut neuvontaa, kun taas alipainoisista ja lihavista 66,7 % oli saanut neuvontaa ($p<0,001$). Ensimmäisellä käynnillä lapsettomuuslinikalla ei keskusteltu ravitsemuksen ($p<0,001$) ja painon ($p=0,003$) merkityksestä suurimman osan normaalipainoisten ja ylipainoisten ryhmään kuuluvien kanssa.

Tutkimukseen osallistuneista kolmasosa (29,7 % n=66) vastasi avoimeen kysymykseen ”Mihin asioihin olisitte toivoneet kiinnitettävän enemmän huomiota?” (Kuva 5). Eniten 37,9 % toivottiin kiinnitettävän huomiota elintapoihin (liikunta, ravitsemus ja paino). Vastajaat kertoivat haluavansa yksilöllistä tietoa siitä, miten juuri heidän omat elintavat vaikuttavat hedelmällisyyteen. Vastajista 22,7 % toivoi, että psyykkiset asiat ja stressin vaikutukset huomioitaisiin lapsettomuushoidoissa. Lapsettomuusongelma koettiin kriisinä, joka aiheuttaa masentuneisuutta ja kovaa stressiä. Hieman vajaa neljännes (22,7 %) toivoi, että hoito ja ohjaus olisi kokonaisvaltaista ja yksilöllistä ja että

potilaalle pitäisi olla enemmän aikaa vastaanotolla. Vastaajista 16,7 % koki saaneensa kaiken tarvittavan tiedon lapsettomuuslinikalla, eikä esittänyt lisätoiveita, vaikka vastasi avoimeen kysymykseen.



KUVA 5. Toivomukset lapsettomuuslinikalle (n=66)

Binäärisellä logistisella regressioanalyysillä haluttiin selvittää, miten BMI, koulutus, ikä ja elintapoihin saatu neuvonta olivat yhteydessä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. BMI:n, koulutuksen, iän ja elintapoihin saadun neuvonnan yhteys tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi (N=222) (95 %:n luottamusväli)

Tarve muuttaa elintapoja	OR	(95 % CI)
BMI		
Normaali/alipaino	1,00	
Ylipaino/lihavuus	3,571	(1,847-6,903) ***
Koulutus		
Peruskoulu, opistoaste	,526	(,243-1,141)
Ammattikorkeakoulu	1,00	
Akateeminen tutkinto	,591	(,275-1,270)
Ikä		
23-29 vuotta	,699	(,309-1,577)
30-35 vuotta	1,00	
36-41 vuotta	1,399	(,566-3,459)
Saatu elintapaneuvonta		
Ravitsemus		
Kyllä	1,00	
Ei	,431	(,152-1,225)
Liikunta		
Kyllä	1,00	
Ei	1,479	(,504-4,338)
Paino		
Kyllä	1,00	
Ei	2,499	(1,111-5,620) *

*) Selitetään todennäköisyyttä tarpeesta muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi

Vertailuryhmä merkitty 1,00

OR= Odds Ratio, ristiolosuhde

*= p<0,05, **=p<0.01, ***=p<0,001

BMI osoittautui olevan yhteydessä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Ylipainoisilla ja lihavilla oli 3,6-kertainen tarve muuttaa elintapoja verrattuna normaalipainoisiin.

Saatu elintapaneuvonta painon merkityksestä oli myös yhteydessä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Vastajaat kokivat tarvetta muuttaa elintapojansa hedelmällisyyden parantamiseksi, mitä enemmän he olivat saaneet neuvontaa painon merkityksestä hedelmällisyyteen, OR 2,499 (95 %:n luottamusväli 1,111-5,620).

Koulutustaustalla ja iällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Sama voitiin todeta myös elintapoihin liittyvästä neuvonnasta ravitsemuksen ja liikunnan osalta.

7. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien ja hedelmöityshoidoissa olevien naisten näkemyksiä elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Elintavoilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin painonhallintaa, ravitsemusta ja liikuntaa. Lisäksi oltiin kiinnostuneita, millaista neuvontaa tutkittavat olivat saaneet. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää toteutettaessa elintapoihin liittyvää terveysneuvontaa.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että lapsettomuudesta kärsivät naiset näkivät elintapojen vaikuttavan hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon. He tiedostivat tarpeen elintapamuutoksiin. Neuvontaa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon oli saatu vähän.

7.1. Tutkimustulosten tarkastelu

Vastaajista yli puolet olivat sitä mieltä, että ravitsemus vaikutti paljon tai hyvin paljon naisten hedelmällisyyteen. Lähes viidennes ei osannut sanoa ravitsemuksen vaikutuksesta mitään. Kirjallisuudessa todetaan ravitsemuksen olevan merkittävä tekijä hedelmällisyyden parantamisessa, terveelliseen ravitsemukseen kannattaa panostaa (Anttila 2008, Chavarro ym. 2007, Homan ym. 2007, Tiitinen 2015). Tässä tutkimuksessa naiset olivat tehneet elintapoihin muutoksia hedelmällisyyden parantamiseksi. Eniten muutoksia oli tehty ruokavalioon, myös liikuntaa oli lisätty ja painoa pudotettu. Kuten aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa todettiin, elintapojen muutoksella voidaan vaikuttaa raskauden alkamisen todennäköisyyteen ja parantaa lapsettomuushoitojen onnistumisen mahdollisuutta (ks. esim. Homan ym. 2007). Gormack ym. (2015) näkemyksen mukaan naiset tekivät hyvin vähän muutoksia elintapoihin esimerkiksi ravitsemuksen osalta valmistuessaan hedelmöityshoitoihin. Vaikka aikaisemmin on todettu, että naiset tekivät elintapamuutoksia vähän, tässä tutkimuksessa näytti naisilla olevan tarvetta muuttaa elintapojaan hedelmällisyyden parantamiseksi.

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että ylipainolla ja lihavuudella on haitallisia vaikutuksia hedelmällisyydelle (ks. esim. Anttila 2008, Hassan & Killick 2004, Koskela-Koivisto ym. 2012, Tiitinen ym. 2000, Tiitinen 2015, Wang ym. 2000). Kyseisessä tutkimuksessa valtaosa naisista piti

painon vaikutusta merkittävänä. Ylipainoiset tiedostivat painon vaikutukset hedelmällisyyteen. Lihavilla ja ylipainoisilla vähäinenkin painon pudotus parantaa raskauden alkamisen mahdollisuutta (Koskela-Koivisto ym. 2012, Tiitinen ym. 2000, Wang 2000). Tässä tutkimuksessa hieman yli viidennes oli laihduttanut. Painonhallinnan tulisi kuulua tahattoman lapsettomuuden hoitoprosessiin jo ennen hedelmöityshoitoja (Anttila 2008, Koskela-Koivisto ym. 2012).

Parhaimmillaan neuvonta on vastavuoroista ja asiakasta osallistavaa (ks. esim. Kettunen 2001, Kettunen ym. 2006, Vertio 2009). Neuvonnan myötä ymmärrys omasta terveydestä lisääntyy ja kyky tehdä päätöksiä oman terveyden suhteen vahvistuu (Kettunen 2001, Green & Tones 2010). Tutkimuksen mukaan neuvontaa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon oli saatu vähän ja näin ollen neuvonta oli joltakin osin puutteellista. Huomionarvoinen tulos oli myös se, että ylipainoisista yli puolet ei ollut saanut neuvontaa painon merkityksestä hedelmällisyyteen, kun taas alipainoisista ja lihavista kuitenkin yli puolet oli saanut neuvontaa painon vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Tutkimus ei kuitenkaan antanut tietoa neuvonnan laadusta, oliko se osallistavaa ja vastavuoroista. Tuloksissa myös ilmeni, että elintapaneuvonta painon merkityksestä osoittautui olevan yhteydessä tarpeeseen muuttaa elintapoja hedelmällisyyden parantamiseksi. Vastaajat kokivat tarvetta muuttaa elintapojansa hedelmällisyyden parantamiseksi, mitä enemmän he olivat saaneet neuvontaa painon merkityksestä hedelmällisyyteen.

Kyseisessä tutkimuksessa toivottiin, että vastaanotolla lapsettomuuslinikalla olisi enemmän aikaa, lisäksi toivottiin yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja henkistä tukea. Terveysneuvonnan keskeisinä tehtävinä on tukea potilaan kasvua ja selviytymistä, lisätä terveydellistä pääomaa ja motivoida terveyteen liittyvissä muutospyrkimyksissä (Kettunen ym. 2006). Tutkimuksen tuloksissa toive yksilöllisestä neuvonnasta nousi esiin. Aikaisemmat tutkimukset vahvistavat sitä näkemystä, että lapsettomuuden vuoksi hoitoon hakeutuvat parit tarvitsevat runsaasti perusteltua neuvontaa (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, Toivanen ym. 2004). Useissa tutkimuksissa (Homan 2012, Gormack ym. 2015, Mutsaerts ym. 2013) korostettiin, että elintapatekijöistä tulisi puhua lapsettomuudesta kärsivien kanssa.

Erittäin vähän tietoa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen oli haettu itsenäisesti internetistä

(n=10). Tulos antaa aihetta pohtia, eikö olla kiinnostuneita omien elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen, kun yli 70 % vastaajista omasi kuitenkin korkeakoulutason tutkinnon. Tämän oli täysin päinvastainen tulos verrattaessa esimerkiksi Miettisen (2011) tutkimuksen tuloksiin, jossa tietoa internetistä oli hakenut noin 70 % lapsettomuushoitoihin hakeutuneista. Myös Schmidt ym. (2005) näkemyksen mukaan tiedon hakeminen lapsettomuudesta ja sen vaikutuksista auttoi osallistumaan hoitoratkaisuihin sekä helpotti lapsettomuuteen liittyvää stressiä.

Aikaisempien tutkimusten perusteella lapsettomuuden kokemiseen liittyi usein vaikeasti siedettäviä tunteita (Tulppala 2002) ja sen tiedostaminen koettiin raskaana. Lapsettomuuskriisin kokeminen on hyvin yleistä ja lähes kaikki lapsettomat parit käyvät läpi jonkinlaisen kriisin lapsettomuusprosessin aikana (Toivanen ym. 2004, Tiitinen & Unkila-Kallio 2011). Tässä tutkimuksessa vastaajat toivoivat saavansa enemmän tukea psyykkiseen puoleen ja stressin hallintaan. Toivottavaa olisi, että lapsettomuusklinikoilla pyrittäisiin potilaslähtöiseen työskentelyyn ja hoitojen yksilöllinen suunnittelu näyttäisi vähentävän lapsettomuusstressiä tehokkaasti (Aarts ym. 2012).

7.2. Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tutkimusta tehdessä on monia eettisiä tekijöitä, jotka tulee huomioida. Tätä tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naistentautien ja lastentautien tulosyksiköltä. Eettinen toimikunta antoi puoltavan lausunnon ja ohjeisti toimittamaan suljettavat kirjekuoret palautuvia kyselylomakkeita varten. Näin voitiin varmistua, ettei vastauksia näe kukaan ulkopuolinen. Tutkija toimi eettisen toimikunnan ohjeiden mukaisesti.

Tutkimukseen osallistuminen oli asiakkaalle vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuneet saivat kyselylomakkeen mukana kirjallisen tiedotteen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, kerättävän aineiston käyttötarkoitus sekä se, että osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta hoitoon millään tavalla. Se sisälsi myös ohjeen, mihin täytetty lomake palautettiin. Tiedotteessa oli myös tutkijan yhteystiedot asiakkaiden mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Tutkijalle ei paljastunut missään vaiheessa potilaiden henkilöllisyys. Tutkimusaineisto säilytettiin asianmukaisesti, palautetut vastauslomakkeet ovat

olleet vain tutkijan käytössä. Tutkimuksen päätyttyä ne hävitettiin siten, etteivät ne joudu ulkopuolisten käsiin.

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä selvittää, tutkitaanko sitä, mitä oli tarkoitus tutkia. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimus yleistettävissä ja sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen omaa luotettavuutta. Reliabiliteetti tutkimuksessa tarkoittaa samaa tulosta, joka saadaan kahden eri tutkijan toimesta, tulokset ovat toistettavia ja ei-sattumanvaraisia. Tutkimuksen validiteetti eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2001, Metsämuuronen 2009, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti ovat merkittäviä käsitteitä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa luotettavuutta voidaan tarkastaa erilaisilla tilastollisilla testeillä. Lisäksi tarkka selvitys tutkimuksen eri vaiheista ja valituista menetelmistä lisää luotettavuutta. Tutkimuksen validiutta voidaan arvioida eri näkökulmista katsottuna. Ulkoinen validius kertoo tutkimustulosten yleistettävyydestä. Sisäinen validiteetti kertoo sisällön validiuden, käsitevalidiuden ja kriteerivalidiuden. Käsitevalidiudessa tarkastelun kohteena on yksittäinen käsite (Metsämuuronen 2009).

Hyvän ja luotettavan mittarin kehittäminen on pitkäaikainen ja vaativa prosessi. Se koostuu monista eri vaiheista ja sisältää asiantuntijoiden korjausehdotukset. Tämän jälkeen mittaria tulee tarkentaa ja sitä kannattaa testata pilottitutkimuksella. Sen avulla saadaan tärkeää tietoa siitä, miten mittaria tulisi edelleen kehittää sen toimivuuden parantamiseksi. Valmiin mittarin etuna on se, että sen reliabiliteetti ja validiteetti on tarkasti testattu ja mittarin luotettavuus on tutkittu (Metsämuuronen 2009). Tässä tutkimuksessa kyselylomake muotoiltiin itse, mutta hyödynnettiin joitain osin jo olemassa olevia mittareita. Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat osittain FINRISKI - tutkimuksen kysymyksiin (Peltonen ym. 2008). Lisäksi hyödynnettiin Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys tutkimuksen kysymyksiä (Helldan ym. 2012). Mittaria ei varsinaisesti esitettävä, mutta sen tarkasti useampi lapsettomuusklinikan henkilökuntaan kuulunut terveydenhuollon ammattilainen ja yksi maallikko. Mittarin luotettavuutta varmasti olisi lisännyt se, jos se olisi esitettävä kunnolla ja sen olisi tarkistanut tilastotieteen asiantuntijat. Jälkikäteen voidaan todeta, että kyselylomake oli joiltakin osin puutteellinen. Lisäkysymysten avulla olisi voinut saada täsmällisempää tietoa esimerkiksi neuvonnan sisältöön ja laatuun liittyviin asioihin.

Osan kysymyksistä olisi voinut myös muotoilla toisella tavalla, joka olisi antanut analyysivaiheessa enemmän mahdollisuuksia tulosten tarkasteluun. Kaikkia kysymyksiä ei tässä tutkimuksessa analysoitu vaan tietoisesti keskityttiin painonhallintaan, liikuntaan, ravitsemukseen ja ohjaukseen liittyviin asioihin.

Kyselytutkimuksessa kysymysten tulee olla täsmällisiä ja selkeitä siten, että ne ymmärretään ainoastaan yhdellä tavalla. Kysymykset ilmaistaan yksinkertaisesti ja termien tulee olla kaikkien vastaajien ymmärrettävissä (Krause & Kiikkala 1996). Mittarin reliabiliteettia parantavat ennen tutkimusta annetut hyvät ja selkeät ohjeet (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1997). Kyseisessä tutkimuksessa kysymykset oli helposti ymmärrettävissä, eikä epäselvyyttä ilmennyt. Kyselylomake jaettiin eri pääkohtiin ja ne olivat seuraavat; terveydentila, terveystottumukset, oma terveystottumukset ja terveystottumukset, elintapoihin liittyvä ohjaus ennen lapsettomuusosastolle tuloa ja toiminta lapsettomuusosastolla. Lisäksi kysyttiin vastaajan perustiedoissa ikä, siviilisääty, koulutus, paino ja pituus. Jokaisen pääkohdan alla oli ohje, miten kyseisiin kohtiin tuli vastata, esimerkiksi ”Kohdassa 9 rastittakaa parhaiten kuvaava vaihtoehto” tai ”Ympyröikää kysymyksissä 10-11 parhaiten kuvaava vaihtoehto”.

Tutkimusaihetta valittaessa tulee huomioida, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Hirsjärvi ym. 2001). Tämän tutkimuksen aihe oli ajankohtainen ja siihen liittyvää tietoa kaivattiin terveydenhuollon toimipisteissä, joissa hoidetaan lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvia asiakkaita. Tutkimuksen etiikan kannalta voidaan pitää tärkeänä tutkijan ja tutkimusorganisaation välistä suhdetta (Vehviläinen-Julkunen 1997). Yhteistyö HUS:n naistenklinikan lapsettomuusosaston henkilökunnan kanssa sujui hyvin. Prosessi alkoi osastotunnilla, jossa tutkija esitteli aiheen ja kertoi, miten aineiston keruu toteutetaan. Lisäksi osaston henkilökunnalle jaettiin kirjallinen ohje siitä, kenelle kyselylomakkeita jaetaan ja lähetetään. Aineiston keruu oli melko pitkä prosessi ja vastauksia tuli alkuun hitaasti. Tutkija keskusteli poliklinikan henkilökunnan kanssa ja päädyttiin yhteisymmärryksessä toimittamaan kyselylomakkeita myös odotustilaan, jossa asiakkaat saivat niitä vapaaehtoisesti täyttää. Tutkija huolehti asianmukaiset tiedotteet odotustilaan. Tämä vauhditti selvästi kyselyiden palautumista. Prosessin aikana tutkija oli yhteydessä osaston henkilökuntaan sähköpostitse ja vieraili poliklinikalla. Tutkija itse huolehti, jotta kyselylomakkeita oli koko ajan riittävästi poliklinikalla ja

huolehti myös palautuneiden lomakkeiden noudosta säännöllisin väliajoin.

Paitsi luotettavuutta on tutkijan tutkimusta tehdessään huomioitava myös eettiset periaatteet ja arvioitava tutkimuksen eettisyyttä. Eettiset kysymykset liittyvät tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaa koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuseen tutkimustulosten analyysistä ja tulosten soveltamisesta (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkimusetiikan kannalta huomioitava asia on tutkimuksen vahingoittavuus. Tutkimus ei saa vahingoittaa psyykkisesti, fyysisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Hyödyn on oltava haittaa suurempi. Osallistumisen vapaaehtoisuutta tulee korostaa (Vehviläinen- Julkunen & Paunonen 1997). Aihe voidaan kokea arkaluontoiseksi, koska tutkimukseen osallistuvat joutuvat arvioimaan omia elintapoja ja hedelmällisyyttään. Tämän tutkimuksen tarkoituksena ei ollut aiheuttaa haittaa, vaan tutkimustulosten toivottiin tuottavan tietoa terveyskasvatuksen ja -neuvonnan pohjaksi. Näitä asioita korostettiin kyselylomakkeen mukana jaetussa saatekirjeessä.

7.3. Johtopäätökset ja tutkimustulosten hyödyntäminen

- Lapsettomuustutkimuksiin ja hedelmöityshoitoihin hakeutuneiden naisten näkemyksen mukaan elintavoilla oli merkitystä hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon
- Naiset olivat valmiita elintapamuutoksiin
- Neuvontaa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon oli saatu vähän, vaikka ylipainoisia ja lihavia oli yli 30 % vastaajista

Potilaiden tunteiden huomioiminen ja asiantiedon antaminen yksilöllisesti ovat terveydenhuollon ammattilaisten parhainta osaamisaluetta neuvontakeskusteluissa (Kettunen ym. 2006). Kyseisen tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että neuvontaa elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen oli saatu vähän. Lapsettomuuslinikalla olisi hyvä kehittää neuvontaa ja kiinnittää huomiota neuvonnan laatuun ja sisältöön. Hyvälle neuvonnalle ominaisia piirteitä ovat seuraavat asiat. Voimavarakeskeisessä neuvontatilanteessa ammattilainen kunnioittaa asiakkaan asiantuntijuutta ja kannustaa häntä vaikuttamaan hoitoratkaisuihin sekä osallistumaan hoitopäätöksiin. Neuvonnassa keskitytään asiakkaan arkipäivän tarpeisiin ja selviytymiseen, voimavaroihin, toimintatapoihin ja tukiverkoston (Kettunen 2001). Potilaan osallistumista tuetaan ja häntä kannustetaan ilmaisemaan

omia näkemyksiään. Vastavuoroisen neuvontasuhteen rakentaminen eli potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen tapahtuu kysymällä hänen näkemyksiään ja mielipiteitään. Ammattilaisten tulisi huomioida entistä paremmin potilaan elämäntilanne hoitoratkaisuja pohdittaessa ja hoitopäätöksiin osallistumisessa (Kettunen ym. 2006)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille olisi luotava toimintaprosessit ja selvitettävä vastuut lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien naisten neuvonnasta. Tärkeää olisi oikea aikainen neuvonta. Perusterveydenhuollon täytyisi ottaa vastuuta neuvonnan antamisesta, ennen kuin naiset ohjautuvat erikoissairaanhoidon lapsettomuustutkimuksiin.

7.4. Jatkotutkimusehdotukset

Seuraavassa tutkimuksessa olisi mielenkiintoista selvittää miesten näkemyksiä elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Kokevatko miehet, että heidän elintavoilla on vaikutusta. Lähes kaikki hoitotoimenpiteet tehdään naiselle ja useasti miehen rooli on vähäisempi. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että miehenkin elintavoilla on suuri merkitys.

Mielenkiintoista olisi myös pitkittäistutkimuksen avulla selvittää ohjauksen ja tuen merkitystä elintapamuutosprosessissa lapsettomuushoitoihin hakeutuvien keskuudessa. Pystytäänkö tarvittaviin elintapamuutoksiin paremmin, jos saatavilla olisi jatkuvasti neuvontaa ja tukea. Mielenkiintoista olisi myös selvittää niiden osalta, jotka tekevät elintapamuutoksia, ovatko ne pysyviä. Tärkeänä näkisin myös neuvonnan laadun tutkimista.

Yhtenä tärkeänä asiana pidän myös stressin ja psyykkisten tekijöiden vaikutusten tutkimista lapsettomuuden kanssa tekemisissä olevien keskuudessa. Miten stressi ja psyykkiset tekijät vaikuttavat hedelmällisyyteen.

LÄHTEET

- Aarts, J. W., Huppelschoten, AG.& van Empel, IW. 2012. How patient-centred care relates to patients quality of life and distress. *Human Reproduction* 27, 488-95.
- Anttila, L. 2008. Elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen. *Duodecim* 124, 2438-42.
- Anttila, L. 2002. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. *Duodecim* 118, 527-30.
- Arojoki, M. & Anttila, L. 2000. Syömishäiriöt, laihuus ja hedelmättömyys. *Duodecim* 116 (3), 259-264.
- Augood, C., Duckitt, K. & Templeton, A.A. 1998. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 13, 1532-39.
- Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., Daniels, K. R., Darwish, J., Guerra-Diaz, D., Hammar, M., McWhinnie, A., Strauss, B., Thorn, P., Wischmann, T. & Kentenich, H. 2001. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human reproduction* 16, 1301-1304.
- Brandes, M., van der Steen, J. O. M. & Bokdan, S. B. 2009. When and why do superfertile couples discontinue their fertile care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human reproduction* 24, 3127-35.
- Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., Rosner, B. A. & Willett, W. C. 2007. Diet and lifestyle in the prevention of ovulatory disorder infertility. *Obstetrics & Gynecology* 110, 1050-1058.
- Clark, A., Thornley, B., Tomlinson, L., Gallethey, C. & Norman, R. 1998. Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Human Reproduction* 13, 1502-05.

- Ebbesen, S. M. S., Zachariae, R., Mehlsen, M. Y., Thomsen, D., Hojgaard A., Ottosen, L. Petersen, T. & Ingerslev H J. 2009. Stressful life events are associated with a poor in-vitro fertilization (IVF) outcome: a prospective study. *Human Reproduction* 24, 2173-82.
- Eggert, J., Theobald, H. & Engfeldt, M. 2004. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertility & Sterility* 81, 379-83.
- Green, J. & Tones, K. 2010 *Health Promotion. Planning and strategies*. 2. painos. London: Sage.
- Gormack, A. A., Peek, J.C., Derraik, J. G. B., Gluckman, P. D., Young, N. L. & Cutfield, W. S. 2015. Many women undergoing fertility treatment make poor lifestyle choices that may affect treatment outcome. *Human reproduction* 30 (7), 1617-1624.
- Hassan. M. & Killick, S. 2004. Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility & Sterility* 81, 384-92.
- Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanteen kehitys ja terveys, kevät 2012. THL, raportti 2013_015
- Hippeläinen, M. & Räsänen, M. 2002. Lapsettomuuden perustutkimukset. *Duodecim* 118, 497-502.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2001. *Tutki ja kirjoita*. 6. painos. Helsinki; Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Homan, G., Davies, M. & Norman, R. 2007. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction* 13, 209-23.
- Homan, G., Litt, J. & Norman R J. 2012. The FAST study: Fertility Assessment and advice

targeting lifestyle choice and behaviours: a pilot study. *Human Reproduction* 27, 2396-2404

Kelly-Weeder, S. & Cox, C. 2007. The impact of lifestyle risk factors on female infertility. *Women & Health* 44, 1-23

Klemetti, R., Sihvo, S. & Koponen, P. 2004. Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. Teoksessa Koponen, P., Luoto, R. (toim.) *Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5. Kansanterveyslaitos*, 45-53.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto E. (toim.) 2014. *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Viitattu 1.10.2015.*

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO.pdf?sequence=1

Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P. & Kettunen, T. 2003. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *Hum Nutr Dietet* 16, 159-166.

Kettunen, T. 2001. *Neuvontakeskustelu. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.*

Kettunen, T, Karhila P, Poskiparta M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14 (5), 213-222.

Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U. 2006. Developing empowering health counseling measurement. Preliminary results. *Patient education and counseling* 64, 159-166.

Kettunen, T., Poskiparta, M., Kiuru, P. & Kasila, K. 2006. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: A case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication & Medicine* 3(1), 3-14.

- Korhonen, S. 1999. Lihavuus ja hedelmällisyys. *Kättilölehti* 1, 21-23
- Koskela-Koivisto, T., Juuti, A., Tiitinen, A. 2012. Lihavuusleikkaus ja lisääntymisterveys. *Duodecim* 128, 259-265.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kuivasaari-Pirinen, P. 2013. The pathway from infertility to parenthood through assisted reproductive technology. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopiston.
- Lihavuus (aikuiset). 2013. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.10.2015. www.kaypahoito.fi
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidoilla. Väestötutkimuslaitos, katsauksia E40/2001. Helsinki: Väestöliitto.
- Mutsaerts, M.A.Q., Kuchenbecker, W.K.H., Mol B.W., Land, J.A. & Hoek. A. 2013. Dropout is a problem in lifestyle intervention programs for overweight and obese infertile women: a systematic review. *Human Reproduction* 28,979-986.
- Mutsaerts, M.A.Q., Groen, H., CW ter Bogt, N., Bolster, J., Land, J. A., Bemelmans, W., Kuchenbercer, W., Hompes, P., Macklon, N., Stolk, R., van der Veen, F., Maas, J., Klijin, N., Kaajik, E., Oosterhuis, G., Bouckaert, P., Schierbeek, J., van Kasteren Y., Nap, A., Broekmans, F., Brinkhuis, E., Koks, C., Burggraaff, J., Blankhart, A., Perquin, D., Gerards, M., Mulder, R., Gondrie, E., Mol, B., Hoek, A. 2010. The LIFESTYLE study: costs and effects of a

structured lifestyle program in overweight and obese subfertile women to reduce the need for fertility treatment and improve reproductive outcome. A randomised controlled trial. *BMC Women's Health* 10:22.

Nienstedt, W. & Pirttimaa, H. 2002. *Lääketieteen termit*. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nuojua-Huttunen, S. & Anttila, L. 2000. Lapsettomuuden ensivaiheen tutkimukset selvittävät pysyvää hedelmättömyyttä ja heikentynyttä lisääntymiskykyä. *Suomen Lääkärilehti* 64, 367-73.

Peltonen, M., Harald, K., Männistö, S., Saarikoski, L., Peltomäki, P., Lund, L., Sundvall, J., Juolevi, A., Laatikainen, T., Aldén-Nieminen, H., Luoto, R., Jousilahti, P., Salomaa, V., Taimi, M. & Vartiainen, E. 2008. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 34/2008*. Viitattu 7.1.2015 http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b34.pdf

Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T., Liimatainen, L. & Vähäsarja K. 2004. Uusi työväline elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. *Terveydenhoitaja* 7/2004, 15-17.

Prochaska, J., Redding, C. & Evers, K. 1997. The transtheoretical model and stages of change. Teoksessa: Glanz, K., Lewis, F. & Rimer, B. (toim.). 1997. *Health behaviour and health education. Theory, research and practice*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 60-69.

Repokari, L. 2008. Transition to parenthood after assisted reproductive treatment: follow-up study of singleton pregnancies. Helsinki: University of Helsinki.

Repokari, L., Punamäki, R. L. & Unkila-Kallio, L. 2007. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod* 22, 1481-91.

- Roth, L. & Taylor, H. 2000. Risks of smoking to reproductive health: Assessment of women's knowledge. *Am J Obstet Gynecol* 184,934-39.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christiansen, U. & Bovin J. 2005. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human reproduction* 20,3248-56.
- Schmidt, L., Holstein, B. E., Christiansen, U. & Bovin J. 2005. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in infertility treatment. *Patient Educ Couns* 59, 244-51.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki.
- Suonio S, Saarikoski S, Rynänen M, Kauhanen O. 1993 Nautintoaineiden ja työperäisten altisteiden vaikutus raskaaksitulon viivästymiseen ja raskauden ennusteeseen. Viitattu 11.11.2013. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000001708>
- Tiitinen, A., Rissanen, A. & Mustajoki, P. 2000. Lihavuus ja naisen lisääntymisterveys. *Duodecim* 116, 495-501.
- Tiitinen, A. 2002. Lapsettomuus – laajeneva ongelma? *Duodecim* 118, 493-494.
- Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuus. Teoksessa O. Ylikorkala. & J. Tapanainen (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5. painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 175-192.
- Tiitinen, A. 2015. Lapsettomuus. Viitattu 25.10.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151&p_haku=lapsettomuus

- Tiitinen, A. 2013. Lapsettomuus. Lääkäriin käsikirja (online). Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.
- Toivanen, R., Vilska, S. & Tulppala, M. 2004. Sylillinen surua- lapsettomuuden kokemus. Suomen lääkärilehti 59, 4115-20.
- Tulppala, M. 2002. Näkökulmia parisuhteeseen ja lapsettomuuteen kiintymyssuhdeteorian pohjalta. Perheterapia 2, 50-57.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 2. painos. Helsinki: Tammi
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 26-34.
- Vehviläinen-Julkunen, K, Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206-213.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaymaat, F. W. & Braat, D. D. 2007. Women`s emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Human Reproduction 13, 27-36.
- Vertio H. 2009. Terveysneuvonnan perusteet. Viitattu 13.1.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00146
- Wang, J., Davies, M., & Norman, R. 2000. Body mass and probability of pregnancy during assisted reproduction treatment: retrospective study. BMJ 321, 1320-1321.
- Wirtberg I. 1992. His and her childlessness. Stockholm: Karolinska institutet.

LIITE 1 Tiedote potilaalle

Hyvä vastaaja,

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien naisten terveyskäyttäytymistä ja näkemyksiä elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Elintavoilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan alkoholin käyttöä, tupakointia, ravitsemusta, liikuntaa ja painonhallintaa.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää toteutettaessa elintapoihin liittyvää terveyskasvatusta.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä vastaaminen vaikuta saamaanne hoitoon millään tavalla. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule tutkimuksen missään vaiheessa esille. Tutkimus toteutetaan Jyväskylän Yliopiston pro gradu-tutkielmana.

Vastauksenne on tärkeä, sillä tutkimuksen avulla pyritään lisäämään tietoisuutta elintapojen merkityksestä ja sitä kautta parantamaan raskaaksi tulon mahdollisuuksia.

Kyselylomakkeen voitte palauttaa odotustilassa olevaan laatikkoon.

Kiitos vaivannäöstänne!

Tutkija
Terveystieteiden kandidaatti/kätilö
Terhi Alanen
terhi.j.alanen@hus.fi
p. 040 5861466

Ohjaaja
Dosentti, erikoislääkäri
Mervi Halttunen-Nieminen
mervi.halttunen-nieminen@hus.fi

Ohjaaja
Professori
Tarja Kettunen
tarja.kettunen@jyu.fi



KYSELYLOMAKE

A) TERVEYDENTILA

Ympyröikää kysymyksessä 1 parhaiten kuvaava vaihtoehto.

1. Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä?

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskitasoinen
- 4 melko huono
- 5 huono

2. Onko teillä jokin perussairaus? Mikä _____

B) TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Ympyröikää kysymyksissä 3-6 parhaiten kuvaava vaihtoehto.

3. Tupakoitteko?

- 1 kyllä, päivittäin _____kpl
- 2 satunnaisesti
- 3 en lainkaan

4. Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

- 1 en koskaan
- 2 noin kerran kuussa tai harvemmin
- 3 2-4 kertaa kuussa
- 4 2-3 kertaa viikossa
- 5 4 kertaa viikossa tai useammin

5. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1 1-2 annosta
- 2 3-4 annosta
- 3 5-6 annosta
- 4 7-9 annosta
- 5 10 tai enemmän

6. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 1 en koskaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuussa
- 3 kerran kuussa
- 4 kerran viikossa
- 5 päivittäin tai lähes päivittäin

ravintola-annos (4 cl) väkeviä

Yksi alkoholiannos on
pullo (33 cl) keskiolutta tai mietoa siideriä
lasi (12 cl) mietoa viiniä
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä

C) YLEINEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Kohdassa 7 rastittakaa parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.

7. Kuinka paljon elintavoilla on mielestänne vaikutusta naisten hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon?

	Erittäin paljon	Paljon	En osaa sanoa	Vähän	Erittäin vähän
Ravitsemus					
Liikunta					
Paino					
Tupakka					
Alkoholi					

8. Arvioikaa seuraavassa kysymyksessä hedelmällisyyteen vaikuttavien tekijöiden tärkeysjärjestys numeroimalla esitetyt vaihtoehdot. Mielestänne tärkein merkitään numerolla 1, toiseksi tärkein numerolla 2 jne.

____ Ravitseemus

____ Liikunta

____ Paino

____ Tupakka

____ Alkoholi

D) OMA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA TERVEYSTOTTUMUKSET

Kohdassa 9 rastittakaa parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.

9. Kuinka paljon **omilla** elintavoillanne on mielestänne vaikutusta hedelmällisyyteen ja raskaaksi tuloon?

	Erittäin paljon	Paljon	En osaa sanoa	Vähän	Erittäin vähän
Ravitseemus					
Liikunta					
Paino					
Tupakka					
Alkoholi					

Ympyröikää kysymyksissä 10-11 parhaiten kuvaava vaihtoehto.

10. Onko Teillä mielestänne tarvetta muuttaa elintapojanne hedelmällisyytenne parantamiseksi?

- 1 kyllä
- 2 ei

11. Oletteko tehneet muutoksia elintapoihinne hedelmällisyyden parantamiseksi?

- 1 kyllä
- 2 en
- 3 olen harkinnut

Ympyröikää kysymyksissä 12-13 parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.

12. Jos olette tehneet muutoksia elintapoihinne hedelmällisyyden parantamiseksi, mitä nämä muutokset olivat?

- 1 laihduttanut
- 2 lisännyt painoa
- 3 vähentänyt tupakointia
- 4 lopettanut tupakoinnin
- 5 vähentänyt alkoholin käyttöä
- 6 lopettanut alkoholin käytön
- 7 lisännyt liikuntaa
- 8 muuttanut ruokavaliota
- 9 muuta, mitä? _____

13. Jos koette tarvetta, mihin muutokseen olisitte valmiita ryhtymään hedelmällisyyttä parantaaksenne?

- 1 laihduttamaan
- 2 lisäämään painoa
- 3 vähentämään tupakointia
- 4 lopettamaan tupakoinnin
- 5 vähentämään alkoholin käyttöä
- 6 lopettamaan alkoholin käytön
- 7 lisäämään liikuntaa
- 8 muuttamaan ruokavaliota
- 9 muuta, mitä? _____

E) TOIMINTA KLINIKALLA

Rastittakaa kysymyksessä 14 klinikalla toteutettua neuvontaa parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.

14. Keskusteltiinko elintapoihin liittyvistä tekijöistä ollessanne ensikäynnillä klinikalla?

	Kyllä	Ei
Ravitsemuksen merkityksestä		
Liikunnan merkityksestä		
Painon merkityksestä		
Tupakoinnin merkityksestä		
Alkoholin merkityksestä		

15. Mihin asioihin olisitte toivoneet kiinnitettävän enemmän huomiota?

F) ELINTAPOIHIN LIITTYVÄ OHJAUS ENNEN NAISTENKLINIKALLE TULOJA

Rastittakaa kysymyksessä 16 parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.

16. Mihin elintapoihin liittyvää ohjausta olette saaneet?

	Kyllä	Ei
Ravitsemuksen merkitykseen		
Liikunnan merkitykseen		
Painon merkitykseen		
Tupakoinnin merkitykseen		
Alkoholin merkitykseen		

Ympyröikää kysymyksessä 17 parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.

17. Keneltä saitte ohjausta?

- 1 terveysaseman lääkäriltä
- 2 terveysaseman hoitajalta
- 3 joltain muulta terveydenhuollon ammattilaiselta, keneltä? _____
- 4 joltain muulta, keneltä? _____
- 5 en keneltäkään
- 6 jostain muualta, mistä? _____
- 7 ei tarvetta elintapaohjaukselle

Rastittakaa kysymyksessä 18 parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.

18. Jos olette saaneet ohjausta elintapoihin liittyen, miten saamanne ohjaus vaikutti?

	Ohjauksella ei ollut vaikutusta	Harkitsen muutosten tekemistä	Olen tehnyt muutoksia	Olen lopettanut
Ravitseminen				
Liikunta				
Paino				
Tupakka				
Alkoholi				

19. Mitä toiveita teillä on elintapoihin liittyvän ohjauksen suhteen?

PERUSTIEDOT

20. Ikä _____ vuotta

21. Siviilisääty

- 1 Naimisissa tai avoliitossa
- 2 Naimaton

22. Koulutus

- 1 Peruskoulu
- 2 Ammattikoulu
- 3 Lukio
- 4 Opistotutkinto
- 5 Ammattikorkeakoulututkinto
- 6 Akateeminen tutkinto

23. Paino _____ kg

24. Pituus _____ cm

Tutkimustiedote henkilökunnalle

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lapsettomuustutkimuksiin hakeutuvien naisten terveyskäyttäytymistä ja näkemyksiä elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Elintavoilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan alkoholin käyttöä, tupakointia, ravitsemusta, liikuntaa ja painonhallintaa.

Tutkimuksen kohteena on lapsettomuustutkimuksiin ensimmäistä kertaa hakeutuvat tai enintään viisi vuotta hoidossa olleet naiset.

Hoitaja jakaa kyselyn edellä mainituun ryhmään kuuluville poliklinikan asiakkaille ja pyytää täyttämään kyselyn heti vastaanoton jälkeen. Kysely palautetaan odotustilassa olevaan suljettuun laatikkoon. Kyselyn täyttäminen vie aikaa 10-15 minuuttia.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä vastaaminen vaikuta hoitoon millään tavalla. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä tutkittavan henkilöllisyys tule tutkimuksen missään vaiheessa esille.

Tutkimus toteutetaan Jyväskylän Yliopiston pro gradu-tutkielmana.

Suuret kiitokset avustanne tutkimuksen toteuttamisessa, Vastaan mielelläni lisäkysymyksiin.

Terhi Alanen p. 040 586 1466 työ p. 61353

terhi.j.alanen@hus.fi

