

Korhonen Veera

Minkkinen Reeta

OPAS SYNNYTYKSEN JÄLKEISEEN
JA IMETYKSEN AIKAISEEN
RASKAUDEN EHKÄISYYN

Opinnäytetyö
Hoitotyö


Huhtikuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkelin University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 3.4.2013	
Tekijä(t) Veera Korhonen & Reeta Minkkinen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma	
Nimeke Opas synnytyksen jälkeiseen ja imetyksen aikaiseen raskauden ehkäisyyn		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö synnytyksen jälkeisestä ja imetyksen aikaisesta raskauden ehkäisystä. Tavoitteenamme oli tuottaa opas, joka tarjoaa tuoreille vanhemmille tietoa raskauden ehkäisymenetelmistä, seksuaalisuudesta sekä äidin kehon palautumisesta vuoden sisällä synnytyksestä. Oppaan tarkoituksena on tuottaa tietoa päätöksen tueksi ehkäisyasioissa ja näin vähentää suunnittelemattomia raskauksia sekä niistä aiheutuvia abortteja vuoden sisällä edellisestä synnytyksestä. Toimeksiantomme saimme Viitasaaren neuvolasta, jossa koettiin tällaiselle oppaalle olevan tarvetta.</p> <p>Pääpaino tuottamassamme oppaassa on raskauden ehkäisymenetelmissä ja niiden soveltuvuudessa synnytyksen jälkeiseen aikaan. Oppaassa esitellään lapsivuodeaikana sekä imetyksen aikana parhaiten soveltuvimmat raskauden ehkäisymenetelmät sekä niiden hyödyt ja haitat. Opas sisältää tietoa myös naisen hedelmällisyydestä ja hormonitoiminnasta sekä kehon palautumisesta synnytyksen jälkeen, jotta ehkäisymenetelmän valinta on helpompaa. Seksuaalisuus on lisäksi yksi tärkeä aihealue, josta annamme oppaassa tietoa tuoreille vanhemmille.</p> <p>Opas on laadittu tilaajalähtöiseksi sekä asiakkaiden tarpeita vastaavaksi ja se sisältää mahdollisimman tuoretta ja monipuolista tietoa. Näiden takaamiseksi toteutimme tiedonhakuja erilaisista tietokannoista. Lähdeaineistomme koostuu kirjallisuudesta, aiheita koskevista tutkimuksista, artikkeleista sekä luotettavista Internet-lähteistä. Oppaan sisältö ja ulkoasu muokkautui omien ajatuksiemme sekä toimeksiantajamme toiveiden pohjalta niin, että opas on mahdollisimman tiivis ja selkeä kokonaisuus. Opinnäytetyön tuloksena tuotettu opas on luettavissa Internetin kautta.</p>		
Asiasanat (avainsanat) raskauden ehkäisy, imetus, lapsivuodeaika, seksuaalisuus, jälkitarkastus		
Sivumäärä 36+3	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Elisabet Montonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Viitasaaren neuvola	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 3.4.2013
Author(s) Veera Korhonen ja Reeta Minkkinnen	Degree programme and option Degree programme of nursing, health care	
Name of the bachelor's thesis Guide for contraceptive after childbirth and during breastfeeding		
Abstract <p>Our bachelor's thesis is functional thesis about contraceptive after childbirth and during breastfeeding. Our goal was to produce guide, which offers knowledge for new parents about contraceptive methods, sexuality and body's recovery in a year after childbirth. The purpose of this guide is to give information about contraceptive methods for couples to help them to make informed consent about contraceptive. That will also reduce unplanned pregnancies and the resultant abortions in a year after childbirth. Commission was given by Viitasaari maternity clinic, where the guide is needed.</p> <p>The main content in our guide is in contraceptive methods and their suitability after birth. We want to tell which contraceptive methods are best in puerperium and during breastfeeding. We also want share information about advantages and disadvantages of contraceptive methods. The guide includes information about women's fertility, hormonal activity and body recovery after childbirth, so that it is easier to choose contraceptive method. Recovery of sexuality is also one important area, from which we are giving information for new parents.</p> <p>The guide is made to fulfill orderer's and customers hopes including as fresh and diverse knowledge as possible. Assuring these we made search from different databases. Our source materials consists of literature, researches, articles and reliable Internet sources. The income and outcome of this guide is based on our own thoughts and orderer's wishes so that the guide as compact and clear package as possible. The guide which is result of the bachelor's thesis has been made in Power-Point form, which is available for everyone at the Internet. We also produced a short flyer, which includes the main information and the further details of the full version.</p>		
Subject headings, (keywords) contraceptive, breast feeding, puerperium, sexuality, re-examination		
Pages 36+3	Language Finish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Elisabet Montonen	Bachelor's thesis assigned by Maternity clinic of Viitasaari	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KUUKAUTISKIERTO	2
2.1	Hypotalamus ja aivolisäke	2
2.2	Aivolisäkkeen hormonit	3
2.3	Kuukautiskierron hormonaalinen säätely	3
3	LAPSIVUODEAIKA	5
3.1	Synnytyksen jälkeinen hormonitoiminta	5
3.2	Imetyksenaikainen hedelmällisyys, hedelmällisyyden palautuminen	7
3.3	Emätin, kohtu, jälkivuoto ja vatsanpeitteet	8
3.4	Jälkitarkastus	10
4	RASKAUDEN EHKÄISY	11
4.1	Ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavia tekijöitä	11
4.2	Luonnonmenetelmät	13
4.3	Estemenetelmät	13
4.4	Kuparikierukka	15
4.5	Hormonaaliset menetelmät	16
4.5.1	Yhdistelmäehkäisymenetelmät	16
4.5.2	Progestiiniehkäisy	18
4.5.3	Jälkiehkäisy	20
4.6	Sterilisaatio	21
5	RASKAUDEN EHKÄISY IMETYKSEN AIKANA	23
5.1	Imetykseen ehkäisymenetelmänä	23
5.2	Imetyksen merkitys	24
6	SEKSUAALISUUS SYNNYTYKSEN JÄLKEEN	25
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
7.1	Aineiston keruu	26
7.2	Toimiva opas	27
7.3	Oppaan toteutus	29
8	POHDINTA	30
8.1	Oppaan arviointi	30
8.2	Kehittämiskohteet tulevaisuudessa ja jatkotutkimusajatuksia	31

LÄHTEET 32

LIITTEET

1 Matriisi

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena on luoda synnytyksen jälkeistä ja imetyksen aikaista raskauden ehkäisyä koskeva opas Viitasaaren neuvolaan. Aihe on ajankohtainen, sillä synnytyksen jälkeisessä ehkäisyssä on havaittu puutteita. Suomessa yksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden tavoitteista vuosina 2007–2011 olikin, että raskauden keskeytykset vähenevät ensimmäisenä vuonna synnytyksestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Synnytyksen jälkeiseen ehkäisyyn liittyviä toimintakäytänteitä oli kehitetty, mutta ei kuitenkaan kaikissa sairaanhoitopiireissä (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2012). Kosunen (2006) mukaan synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn tulisi kiinnittää enemmän huomiota sekä väestön tietoutta ehkäisymenetelmistä tulisi parantaa. Synnytyksen jälkeinen ehkäisy tukee myös äidin ja lapsen terveyttä (Tepper ym. 2010.)

Ei-toivotun raskauden riski synnytyksen jälkeen on kohonnut. Suomessa kaikista raskauden keskeytyksistä 10 prosenttia tehdään naisille, joilla raskaus on alkanut vuoden sisällä edellisestä synnytyksestä. Suurin riski ajautua raskauden keskeytykseen onkin 6–8 kuukauden kuluttua synnytyksestä. Tutkimusten mukaan 21 prosenttia äideistä, jotka olivat kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä aloittaneet yhdynnät, eivät käyttäneet mitään ehkäisyä. Lisäksi 26 prosenttia osittain imettävistä ja imetyksen lopettaneista äideistä ei käyttänyt ehkäisyä lainkaan. Imetykseen raskauden ehkäisykeinona luotetaan liikaa. (Vikat ym. 2002; Kosunen 2006.)

Suomessa täysimetystä suositellaan kuuden kuukauden ikään asti normaalipainoisina syntyneille lapsille. Täysimetys on myös oikein käytettynä synnytyksen jälkeinen luonnollinen ehkäisykeino. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos teetti vuonna 2010 tutkimuksen imeväisikäisten ruokinnasta Suomessa. Tutkimuksen mukaan täysimetettyjä oli vain noin puolet alle kuukauden ikäisistä lapsista. Samassa tutkimuksessa ilmeni, että imeväisten ollessa alle neljän kuukauden ikäisiä oli täysimetettyjä enää reilut 20 prosenttia ja kuuden kuukauden iässä enää vajaa prosentti. Tällöin täysimetys ei enää ole riittävä raskauden ehkäisykeino, joten lääketieteellistä ehkäisymenetelmää tarvitaan. Sosiaali- ja terveysministeriön suositukset täysimetyksestä eivät toteudu, mutta kuitenkin vastasyntyttäneet äidit luottavat liikaa imetyksen tehoon raskauden ehkäisykeinona ja joutuvat siksi liian usein turvautumaan raskaudenkeskeytykseen. (Uusita-

lo ym. 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009; Vikat ym. 2002; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Kosunen 2006.)

Suurin osa äideistä eli 79 prosenttia on jo aloittanut yhdynnät kolmen kuukauden kulluttua synnytyksestä, mutta täysimetyksen määrä puolestaan vähenee radikaalisti ensimmäisien imetyskuukausien jälkeen. Vaikka täysimetus vähenee ja yhdynnät lisääntyvät, lääketieteellisiin ehkäisymenetelmiin siirrytään kuitenkin hitaasti. Raskauden ehkäisyä tarvitaan siis suhteellisen varhain synnytyksen jälkeen, joten jälkitarkastus on otollinen aika aloittaa ehkäisy. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Kosunen 2006.)

2 KUUKAUTISKIERTO

Kuukautiskierron aikana munasolu kypsyy, irtoaa ja kulkee munatorven kautta kohtuun. Tuona aikana naisen elimistössä ja kohdussa tapahtuu muutoksia, jotka ovat hormonisäätelyn alaisia. Kuukautiskierron pituus on keskimäärin 25–35 vuorokautta. Kierto jaetaan kolmeen vaiheeseen, joita ovat vuoto, ovulaatiota edeltävä vaihe sekä ovulaation jälkeinen vaihe. Kuukautiskierrot päättyvät aina kuukautisvuotoon ja uuden kierron katsotaan alkavan ensimmäisestä vuotopäivästä. (Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 47; Paananen ym. 2006, 109.)

2.1 Hypotalamus ja aivolisäke

Hypotalamus on ihmisen umpieritysjärjestelmän ylin keskus, koska se koordinoi hormoneillaan koko umpieritysjärjestelmää, esimerkiksi aivolisäkkeen toimintaa. Myös keskushermoston rakenteet osallistuvat hormonitoiminnan säätelyyn, sillä hypotalamus muodostuu toisiinsa sekä muihin aivoalueisiin yhteydessä olevista tumakkeista. Tästä syystä monet ulkoiset ärsykkeet stimuloivat hormonien eritystä. Hypotalamus pitää yllä aivolisäkkeen hormonituotantoa. Se erittää ainakin viittä aivolisäkkeen toimintaa spesifisesti säätelevää hormonia. Tällainen hormoni on esimerkiksi sysäyksittäin aivolisäkkeeseen erittyvä gonadotropiinin vapauttajahormoni eli GnRH. Tämä hormoni saa aivolisäkkeen erittämään sukupuolirauhasten toimintaa sääteleviä hormoneja. (Haug ym. 2009, 140; Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 30, 32; Eskola & Hytönen 2002, 40.)

Aivolisäke kiinnittyy hypotalamuksen alapintaan aivolisäkkeen varren avulla. Aivolisäke on pieni keskeinen umpirauhanen, joka osallistuu umpieritysjärjestelmän toimintaan erittämällä hormoneja. Kaikki aivolisäkkeen tuottamat hormonit vaikuttavat lisääntymistoimintoihin. Aivolisäke jakaantuu etulohkoon eli adenohypofyysikseen sekä takalohkoon eli neurohypofyysikseen. (Haug ym. 2009, 140–141; Eskola & Hytönen 2002, 40; Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 32.)

2.2 Aivolisäkkeen hormonit

Aivolisäkkeen takalohkon hormoneja ovat antidiureettinen hormoni sekä oksitosiini. Aivolisäkkeen etulohko erittää useita hormoneja. Keskeisiä sukupuolirauhasten hormonitoiminnan säätelijöitä ovat follikkeali stimuloiva hormoni (FSH) sekä luteinisoiva hormoni (LH). Aivolisäkkeen etulohko erittää myös prolaktiinia (PRL), joka on tärkeä imetyksen aikainen hormoni. (Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 33–34, 37–38.)

Kaikki aivolisäkkeen etulohkon hormonit ovat peptidihormoneja, joista tärkeimpiä sukupuolirauhasten hormonitoiminnan säätelijöitä ovat gonadotropiinit. Gonadotropiineja ovat FSH ja LH. Ne säätelevät sukusolujen kypsymistä sekä hormonien tuotantoa munasarjoissa ja kiveksissä, joissa niillä on spesifiset kohdesolut. FSH vaikuttaa munasarjoissa oleviin munarakkuloihin eli follikkeleihin. FSH saa follikkelin ja sen sisällä olevan munasolun kasvamaan, kehittymään ja tuottamaan estrogeenejä. LH puolestaan saa aikaan ovulaation. LH:n lisääntyneen erityksen vaikutuksesta kypsynyt munasolu puhkeaa follikkelista, jonka jälkeen follikkeli muuttuu keltarauhaseksi. Myös aivolisäkkeen tuottama prolaktiini (PRL) on tärkeä hormoni lisääntymistoiminoissa. (Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 33–34; Paananen ym. 2006, 109; Eskola & Hytönen 2002, 40; Haug ym. 2009, 141–143.)

2.3 Kuukautiskierron hormonaalinen säätely

Kuukautiskierron hormonaalinen säätely lähtee umpieritysjärjestelmän ylimmästä keskuksesta eli hypotalamuksesta. Hypotalamus erittää GnRH:ta aivolisäkkeeseen, jotta puolestaan aivolisäke voi tuottaa ja vapauttaa FSH:ta ja LH:ta. GnRH säätelee näiden kahden gonadotropiinin määrää. (Haug ym. 2009, 140–141; Eskola & Hytönen 2002, 40; Paananen ym. 2006, 109.)

Ovulaatiota edeltävän eli preovulatorisen vaiheen aikana FSH:n vaikutuksesta munasarjoissa munarakkulat eli follikkelit kasvavat ja kypsyvät. Kuukautiskierron alussa kypsymisen aloittaneista munarakkuloista yksi valikoituu dominantiksi eli johtavaksi munarakkulaksi. Dominantin munarakkulan sisällä kehittyy ja kasvaa munasolu. Kunkin kuukautiskierron aikana pääsääntöisesti kypsyä vain yksi munasolu. Kypsä munasolu puhkeaa munarakkulasta LH piikin eli erityis huipun aikana. Munasolun irtoamista munasarjasta kutsutaan ovulaatioksi. (Eskola & Hytönen 2002, 40; Paananen ym. 2006, 110–111.)

Ovulaation jälkeisen eli postovulatorisen vaiheen aikana kehittyy LH:n vaikutuksesta keltarauhanen, joka muodostuu puhjenneen munarakkulan kohdalle munasarjoihin. Keltarauhanen tuottaa hieman estrogeenejä sekä keltarauhashormoneja, joista tärkein on progesteroni. Jos munasolu ei hedelmöity, keltarauhanen surkastuu ja sen kohdalle munasarjoihin jää vaalea arpi. Keltarauhasen surkastuttua progesteronin pitoisuus elimistössä vähenee, mikä johtaa kuukautisvuotoon. (Eskola & Hytönen 2002, 40; Paananen ym. 2006, 111.)

Kuukautiskierron aikana kohdun limakalvomuutokset tapahtuvat hormonitoiminnan vaihteluiden vuoksi. Kuukautiskierron alussa kohdun limakalvo on ohuimmillaan. Tämän jälkeen alkaa kohdun limakalvon proliferaatio- eli kasvuvaihe munasarjojen estrogeenien vaikutuksesta ja kestää noin 10 päivää. Tuona aikana kohdun limakalvon sisin kerros eli endometrium paksunee ovulaatiovaiheeseen saakka. Ovulaation jälkeen progesteronin ja estrogeenin vaikutuksesta käynnistyy noin kaksi viikkoa kestävä sekraatio- eli eritysvaihe, jolloin kohtu valmistautuu vastaan ottamaan hedelmöittyneen munasolun. Paksuimmillaan limakalvo on noin 4–6 mm juuri ennen kierron loppua. Jos hedelmöitystä ei tapahdu, keltarauhanen surkastuu, jolloin progesteronin ja estrogeenin tuotanto vähenee. Näiden hormonien alhainen pitoisuus saa kohdun limakalvon suonet supistelemaan, jolloin kuukautisvuoto alkaa. Vuoto koostuu verestä ja kuolleesta kudoksesta. Kuukautisvuoto kestää noin 3–8 päivää, jonka aikana vuodon määrä on noin 50–150 millilitraa. (Eskola & Hytönen 2002, 42–43; Paananen ym. 2006, 83, 109–110; Nuutila & Ylikorkala 2011, 474–475.)

3 LAPSIVUODEAIKA

Puerperium eli lapsivuodeajalla tarkoitetaan aikaa, jonka kuluessa naisen elimistö palautuu synnytyksestä miltei raskautta edeltäneeseen tilaan. Naisen elimistö palautuu synnytyksestä hiljalleen. Puerperium-ajaksi luetaan 6–8 ensimmäistä synnytyksen jälkeistä viikkoa, mutta palautuminen jatkuu vielä vuoden ajan synnytyksestä. Lapsivuodeaikana synnytyselimet palautuvat raskautta edeltäneeseen tilaan sekä maidon erityys käynnistyy. Tuona aikana naisen kehossa tapahtuu siis palautumisen lisäksi myös edistäviä muutoksia. Palautumisen tarkoituksena on saavuttaa mahdollisimman nopeasti valmius uuteen raskauteen. Toisaalta luonto haluaa varmistaa jo syntyneen lapsen selviytymisen hidastamalla raskausvalmiutta laktation eli imetyksen avulla. Lapsivuodeaikana äiti käy jälkitarkastuksessa, jossa otetaan esille raskauden ehkäisy. (Eskola & Hytönen 2002, 259; Nuutila & Ylikorkala 2011, 474, 477–478.)

3.1 Synnytyksen jälkeinen hormonitoiminta

Synnytyksen jälkeen nainen kokee suuria hormonaalisia muutoksia kehossaan. Imetykseen valmistautuminen käynnistyy jo raskausaikana, jolloin imetyksajan hormoneiden eli oksitosiinin ja prolaktiinin erityys lisääntyy. Normaalin hedelmällisyyden saavuttaminen synnytyksen jälkeen on yksilöllistä, tuota ajankohtaa on vaikea ennustaa. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 478; Perheentupa 2004.)

Oksitosiini on aivolisäkkeen takalohkon erittämä hormoni. Sen pääasiallinen vaikutuspaikka on kohdun sileä lihas sekä rinnan sileälihassyt. Oksitosiinilla on siis tärkeä merkitys synnytyksessä, mutta myös lapsivuodeaikana äidin kehon palautuessa raskaudesta. Oksitosiini edistää kohtulihaksen supistelua synnytyksen jälkeen. Oksitosiini vaikuttaa myös imetykseen supistamalla rintatiehyitä, jolloin maidon heruminen käynnistyy. (Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 33–34; Haug ym. 2009, 142; Deufel & Montonen 2010, 56.)

Prolaktiini on yksi aivolisäkkeen etulohkon hormoneista. Se käynnistää maidon erityksen ja ylläpitää maidon tuotantoa. Tämän lisäksi sillä on myös yhteys imetyksajan amenorreaan, jota käytetään raskauden ehkäisykeinona synnytyksen jälkeen. Aivolisäkkeessä on prolaktiinin tuotantoon erikoistuneita soluja, jotka lisäävät tai vähentä-

vät sen eritystä hypotalamuksen hormonisäätelyn mukaan. Hypotalamuksesta erittyy dopamiinia aivolisäkkeeseen, joka estää prolaktiinin tuotantoa. Lapsen imiessä äidin rintaa dopamiinin erityks estyy ja prolaktiinipitoisuus pääsee kohoamaan, jolloin maitoa alkaa erittyä. Imemisen aikana prolaktiini pitoisuus äidin elimistössä kaksinkertaistuu. Nämä prolaktiinin erityspiikit pitävät yllä maidon eritystä. On useita eri fysiologisia tapahtumia, jotka vaikuttavat helpottaen tai estäen prolaktiinin eritystä. Prolaktiineritystä estävät esimerkiksi stressi ja fyysinen rasitus, kun taas puolestaan raskaudella ja seksillä on positiivisia vaikutuksia prolaktiinin tuotantoon. Prolaktiinin erityksen voimakkain stimulus on kuitenkin imetys. (Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 37–38; Haugh ym. 2009, 143, 149–150; Deufel & Montonen 2010, 56–58.)

Raskauden loppupuolella prolaktiinipitoisuus voi olla 10–20-kertainen ennen raskautta vallinneeseen prolaktiinipitoisuuteen verrattuna, mutta ensimmäisen puerperiumviikon aikana taso laskee noin 50 prosenttia. Prolaktiinia erittyy sysäyksittäin 7–20 kertaa vuorokaudessa ja sen erityks lisääntyy unen aikana. Mitä useammin äiti imettää, sitä korkeampi on hänen seerumin prolaktiinipitoisuutensa. Prolaktiinitaso ei laske imetyskertojen välillä, jos lasta imetetään yli kahdeksan kertaa vuorokaudessa. Prolaktiinitaso laskee hiljalleen lapsivuodeaikana ja sen jälkeen ennen raskautta vallinneeseen pitoisuuteen. Elimistön prolaktiinitaso normalisoituu kuuden kuukauden kuluessa synnytyksestä, vaikka imetys jatkuisikin. Imettämättömillä äideillä prolaktiinitaso normalisoituu jo viikossa. (Deufel & Montonen 2010, 56–60; Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 37–38; Haugh ym. 2009, 143, 149–150; Perheentupa 2004.)

Prolaktiinilla on myös vaikutus naisen hedelmällisyyden palautumiseen synnytyksen jälkeen, sillä se estää munasolun irtoamisen. Tämä perustuu prolaktiinin FSH:n ja LH:n erityksen estämiseen. Prolaktiinin erityspiikit siis estävät FSH:n ja LH:n erittymisen, minkä johdosta äidin kuukautiset puuttuvat eikä munasoluja irtoa. Imetysaikana kuukautisten puuttumista kutsutaan laktaatio- eli imetysamenorreaksi, jota voidaan myös käyttää raskauden ehkäisykeinona. On päätelty, että imetysamenorreaa voi käyttää ehkäisykeinona tiettyjen kriteerien täytyessä. Aihekokonaisuutta käsittelemme tarkemmin myöhemmin työssämme. (Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 37–38; Haugh ym. 2009, 149–150; Deufel & Montonen 2010, 57; Perheentupa 2004.)

Estrogeenit sekä **progesteroni** ovat tärkeimpiä naisen sukupuolihormoneja. Estrogeenit vaikuttavat naisen sukupuoliominaisuuksiin sekä säätelevät kohdun toimintoja. Sukupuolihormoneja tuotetaan pääsääntöisesti sukurauhasissa eli naisilla munasarjoissa, mutta myös keltarauhanen ja istukka erittävät estrogeenejä. Estrogeeneistä tärkein on estradioli, joka herkistää kohtua supistelemaan raskauden aikana. (Haugh ym. 2009, 416; Duodecim 2012a; Lamusuo 2007; Sariola & Tikkanen 2011, 311.)

Progesteronia kutsutaan keltarauhashormoniksi, sillä sen pääasiallinen muodostumispaikka on keltarauhasessa, mutta myös istukka erittää sitä raskauden aikana. Raskauden aikana progesteroni estää kohtulihaksen supistelua ja ylläpitää raskautta. Progesteroni on yhdessä estradiolin kanssa tärkein raskauden aikainen hormoni. (Haugh ym. 2009, 416; Duodecim 2012a; Lamusuo 2007; Sariola & Tikkanen 2011, 311.)

Raskauden aikana progesteronin ja estrogeenien erityis lisääntyy ja niiden pitoisuus veressä on korkeampi. Progesteronin ja estrogeenien pitoisuudet kuitenkin laskevat nopeasti synnytyksen jälkeen. Estrogeenitasojen palautuminen on osittain riippuvaista imetyksen kestosta ja määrästä. Imetysamenorrean aikana estrogeenitaso pysyy usein matalalla, sillä munasarjojen toiminta on tuolloin estynyt. Synnytyksen jälkeen naisen hedelmällisyyden palautuessa munasarjojen toiminta on epäsäännöllistä, jolloin myös estrogeenipitoisuudet vaihtelevat elimistössä. Hedelmällisyyden palautuessa myös keltarauhasen toiminta on aluksi puutteellista. (Perheentupa 2004, Kettunen & Koistinen 2008.)

3.2 Imetyksenaikainen hedelmällisyys, hedelmällisyyden palautuminen

Synnytyksen jälkeen naisen hedelmällisyys on huomattavasti alentunut. Etenkin äideillä, jotka imettävät säännöllisesti synnytyksen jälkeen, hedelmällisyys voi olla heikentynyt useita kuukausia. Imettävillä äideillä on aluksi täydellinen hedelmällisyyden lama. Synnytyksen jälkeen ja imetyksen aikana naisen hedelmällisyys on heikentynyt useista eri syistä. Tuolloin GnRH:n erityis hypotalamuksesta on muuttunut, jolloin FSH:n ja LH:n erityis on vähäistä ja niiden pitoisuus elimistössä on matala. Synnytyksen jälkeen GnRH:n erityksen puuttuminen estää naisen munasarjojen toiminnan, jolloin munarakkuloita ei kehity normaalisti, eikä ovulaatiota tapahdu. Synnytyksen jäl-

keen myös naisen kuukautiset puuttuvat. (Perheentupa 2004; Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 38; Suhonen 2010.)

Synnytyksen jälkeen naisen elimistön hormonien erityks alkua hiljalleen palautua normaaliksi. Hedelmällisyyden täydellistä lamaa seuraa vähentyneen hedelmällisyyden kausi, jolloin ovulaatiot eivät vielä ole normaaleja ja keltarauhasen toimintakin on puutteellista. Imetyksen aikana naisen elimistön GnRH tuotanto on muuttunut, mutta se alkaa asteittain normalisoitua. Myös LH:n ja FSH:n erityks käynnistyvät. Munasarjojen toiminnan käynnistyminen alkaa myös asteittain, sillä se on yhteydessä GnRH:n erityksen palautumiseen. Munasarjojen toiminta voi olla vaihtelevaa useidenkin kuukausien ajan. Munarakkuloiden kypsyminen alkaa tietyn FSH rajapitoisuuden ylittyttyä elimistössä. Tuon rajapitoisuuden saavuttamisen ajankohta on hyvin yksilöllistä ja sitä on vaikea ennustaa etukäteen. Kuukautiskierron palautuessa prolaktiinipitoisuuksissa imetyksen aikana esiintyy paljon yksilöllisiä eroja. (Perheentupa 2004; Suhonen 2010.)

Täysimettävillä äideillä normaalin hedelmällisyyden saavuttamiseen saattaa kulua useita kuukausia. Imetyksen vaikutus hedelmällisyyden alentumiseen on merkittävä, sillä korkea prolaktiini pitoisuus viivästyttää hedelmällisyyden palautumista. Äidin elimistön prolaktiini pitoisuus palautuu normaaliksi ensimmäisen puolen vuoden aikana synnytyksestä. Normaalin ovulaation todennäköisyys siis lisääntyy kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä, vaikka lapsi olisikin vielä täysimetty. Suomessa suositellaan myös aloittamaan lapselle kiinteä lisäruoka viimeistään kuuden kuukauden iässä, mikä tarkoittaa sitä että lapsi siirtyy osittain imetetyksi. Tällöin täysimetyksen kriteerit eivät enää täyty, eikä sen enää katsota olevan riittävä raskauden ehkäisykeino. (Perheentupa 2004; Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 38; Suhonen 2010; Deufel & Montonen 2010, 58; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

3.3 Emätin, kohtu, jälkivuoto ja vatsanpeitteet

Emätin on putkimainen elin, joka koostuu levyepiteelistä, sidekudoksesta ja lihaskerroksesta. Normaalisti emättimen pH on 4,0–5,0 eli hapan glykokeenin ja Döderleinin grampositiivisten sauvabakteerien vaikutuksesta. Synnytyksen jälkeen emättimen pH on lähellä neutraalia eli 6–7 ja Döderleinin bakteerikanta on korvautunut sekaflooral-

la. Näiden muutosten takia tulehdusriski synnytyksen jälkeen kasvaa. Lapsivuodeaikana emättimen limakalvot ovat ohuita alhaisen estrogeenipitoisuuden takia. Emättimen palautuminen normaalitilaan eli ennen raskautta vallinneeseen tilaan vaatii aikaa noin 6–8 viikkoa. Yhdyntäminen on turvallista aloittaa vasta kun arkuus ja kipu ovat hävinneet eli noin 1–2 kuukauden kuluttua synnytyksestä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476; Paananen ym. 2006, 36; Haugh ym. 2000, 413.)

Normaalisti kohtu painaa noin 60–100 g. Synnytyksen jälkeen sen paino on noin 1 kg. Kohdun palautuminen normaaliin painoonsa vaatii noin kuusi viikkoa. Palautumisen aikana kohdun lihassäikeet supistelevat, jolloin kohtu pienenee. Lihassäikeiden supistelu heikentää verenkiertoa, jolloin kohdun kudosten ravinnonsaanti vaikeutuu ja tällöin raskauden aikana muodostuneista lihassoluista suurin osa tuhoutuu. Oksitosiini edistää kohtulihaksen supistelua. Myös matala estrogeenitaso myötävaikuttaa kohdun verenkierron vähenemiseen sekä kohdun pienemiseen. Kohdun pienentyessä myös sen tukisteet, jotka raskauden aikana ovat venyttyneet ja löystyneet, kutistuvat. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 474–475; Eskola & Hytönen 2002, 262; Paananen ym. 2006, 271; Haugh ym. 2009, 142.)

Kohdun palautuessa myös sen limakalvot palautuvat entiselleen. Kohdun seinämän sisin kerros eli endometrium uusiutuu suurimmalta osin 2–3 viikossa. Istukankiinnitysmiskohtaan jää kuitenkin haavapinta, joka pienenee kohdun supistellessa. Istukankiinnittymiskohdan endometriumin uusiutuminen vaatii 6–8 viikkoa. Lapsivuodeaikana naisella esiintyy jälkivuotoa noin 4–6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Ohut limakalvo, emättimen haavaumat ja repeytymät lisäävät vuodon määrää. Kohdun limakalvon verenvuoto vähenee kun verisuonet jäävät puristuksiin lihassolujen väliin kohtulihasten supistellessa. Verenvuoto vähenee edelleen kun verisuonten päihin muodostuu trombeja tukkimaan vuotoja eli tapahtuu verisuonten trombosoituminen. Endometriumin uusiutuminen kerää leukosyyttejä pintasolujen alle, mikä ehkäisee tulehduksia. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 474–476; Paananen ym. 2006, 83, 271; Eskola & Hytönen 2002, 262.)

Raskauden ja synnytyksen aikana vatsanpeitteet venyttyvät huomattavasti. Vatsanpeitteiden päältä voi seurata kohdun pienemistä. Vatsanpeitteiden palautuminen on yksilöllistä, mutta vaativat useita kuukausia palautuakseen entiseen muotoonsa. Ras-

kausarvet eivät täysin koskaan häviä, mutta ne vaalenevat ajan kuluessa. Raskauden aikana syntyneet suonikohjut ja peräpukamat usein häviävät muutamina ensimmäisinä lapsivuodeaikakuukausina. Kudoksia ja lihaksien palautumista voi nopeuttaa ja tukea harjoittamalla vatsa- ja lantionpohjalihaksia. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 475, 477.)

3.4 Jälkitarkastus

Synnyttäneen äidin jälkitarkastus suoritetaan 5–12 viikon kuluessa synnytyksestä. Jälkitarkastuksen suorittaa julkisessa terveydenhuollossa työskentelevä lääkäri, kätilö tai terveydenhoitaja, jolla on riittävä koulutus. Jälkitarkastuksessa tulee tehdä kaikki tarvittavat tutkimukset, jotta äidin terveydentila sekä mahdolliset synnytysvauriot selvitetään. Tarvittaessa jälkitarkastuksen suorittajan on huolehdittava äiti asianmukaiseen jatkohoitoon. (Finlex 2004a; Finlex 2004b.)

Jälkitarkastuksessa keskitytään äidin fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä synnytyksestä palautumiseen. Jälkitarkastuksessa käydään läpi äidin raskaus- ja synnytyskokemuksia. Siellä huomioidaan äidin mieliala, jaksaminen sekä mahdolliset masennuksen merkit. Äiti voi käynnillä ottaa esille mitä tahansa häntä askarruttavia kysymyksiä tai asioita. Jälkitarkastus voidaan suorittaa neuvolassa, äitiyspoliklinikalla tai yksityislääkärillä. (Paananen ym. 2006, 301–302; Eskola & Hytönen 2002, 283–284; Nuutila & Ylikorkala 2011, 477–478; Uotila 2010.)

Jälkitarkastuksessa äidiltä tutkitaan verenpaine ja paino. Äidiltä kontrolloidaan myös laboratoriotulokset hemoglobiini sekä virtsanäyte, jolla tutkitaan sokeri- ja proteiinipitoisuuksia. Jälkitarkastuksen suorittaja varmistaa myös imetyksen onnistumisen ja vauvan hyvinvoinnin. Tarvittaessa äidille annetaan ohjausta esimerkiksi ruokavaliosta, imetyksestä ja ehkäisystä. (Paananen ym. 2006, 301–302; Eskola & Hytönen 2002, 283–284; Nuutila & Ylikorkala 2011, 477–478; Uotila 2010.)

Jälkitarkastuksessa suoritetaan gynekologinen tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää äidin elimistön asiallinen palautuminen raskaudesta ja synnytyksestä. Tarkoituksena on myös huomioida, ettei synnytyselimiin ole jäänyt hoidettavaa tulehdusta tai haavaumaa. Ensin tarkistetaan ulkosynnyttimet ja välilihan repeämän tai leikkaushaavan paraneminen. Tämän jälkeen suoritetaan sisätutkimus, jossa tutkitaan kohdun

asento, koko ja sivuelinten arkuus. Erityistä huomiota kiinnitetään kohdunsuuhun ja otetaan tarvittaessa Papa-koe. Poikkeavat löydökset hoidetaan asianmukaisesti. Äidille kirjoitetaan jälkitarkastustodistus, joka edellytetään täyden äitiysrahan saamiseksi. (Paananen ym. 2006, 301–302; Eskola & Hytönen 2002, 283–284; Nuutila & Ylikorkala 2011, 477–478; Uotila 2010.)

Jälkitarkastuksen yhtenä tavoitteena ja tehtävänä on ottaa esille ehkäisyn tarve. Äiti on mahdollisesti jo ehtinyt miettiä seuraavan raskauden ajoitusta sekä ehkäisyn tarvetta. Äiti voi yhdessä terveydenhoitajan, kättilön tai lääkärin kanssa keskustella sopivista ehkäisymuodoista. Ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat monet seikat muun muassa imetys sekä kuinka pitkää ja luotettavaa ehkäisyä äiti kaipaa. Jälkitarkastuksen yhteydessä äidille voidaan tarvittaessa kirjoittaa resepti raskauden ehkäisyyn. (Paananen ym. 2006, 301–302; Eskola & Hytönen 2002, 283–284; Nuutila & Ylikorkala 2011, 477–478; Uotila 2010.)

4 RASKAUDEN EHKÄISY

Raskauden ehkäisyllä tarkoitetaan sellaisia menetelmiä, joilla pyritään estämään raskauden alkaminen. Ehkäisy mahdollistaa myös seksin harrastamisen ilman pelkoa raskaudesta. Ehkäisymenetelmien tulee täyttää tiettyjä kriteereitä, ollakseen hyviä. Menetelmän luotettavuus, sopivuus, nopeavaikutteisuus, helppokäyttöisyys ja kohtuullinen hinta ovat haluttuja kriteereitä. Lisäksi on tärkeää, että ehkäisymenetelmä ei uhkaa terveyttä eikä se saa myöskään vaikuttaa syntyneiden tai synnyttävien lasten terveyteen. Lisäksi sitä tulee olla mahdollista vaihtaa elämäntilanteen ja tarpeen muuttuessa. Ehkäisymenetelmät jaetaan luonnonmenetelmiin ja estemenetelmiin, hormonaalisiin menetelmiin, kierukkaehkäisyyn, jälkiehkäisyyn sekä sterilisaatioon. (Eskola & Hytönen. 2002, 72–73; Heikinheimo ym. 2011, 154–167.)

4.1 Ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavia tekijöitä

Raskauksien ehkäisemiseksi on olemassa monia eri keinoja. Kaikki keinot eivät sovi jokaiselle, joten oikean menetelmän löytämiseksi on hyvä, että nainen on keskustellut kumppaninsa kanssa ehkäisyyn liittyvistä toiveista. Ehkäisymenetelmistä sekä niiden eduista ja haitoista on mahdollista saada neuvoja terveydenhuollon ammattilaisilta.

Terveydenhuollon ammattilainen selvittää ehkäisyn aloittajan taustatekijöitä. Taustatekijöitä ovat ikä, paino, gynekologinen anamneesi, tupakointi, alkoholinkäyttö ja käytössä oleva mahdollinen lääkitys. Lisäksi selvitetään mahdolliset sairaudet, joista merkittävimpiä riskitekijöitä ovat aurallinen migreeni, verisuonitukokset, syömishäiriöt, epilepsia, diabetes ja masennus. Myös suvussa esiintyneet sydän- ja verisuonisairaudet, laskimotukokset sekä verenpainetauti tulee ottaa huomioon. Naiselle tehdään myös rintojen tarkastuksen lisäksi gynekologinen tutkimus, jonka yhteydessä otetaan tarvittaessa Papa-näyte. (Heikinheimo ym. 2011, 156; Kivijärvi 2009; Tiitinen 2012a.)

Terveydenhuollon ammattilaisen on tärkeää huomioida ehkäisyn aloittavan parisuhde- ja elämäntilanne. Tällöin ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat ehkäisytarpeen kesto, yhdyntätiheys, seksikumppanin vaihtuvuus sekä mahdollinen raskaustoive tulevaisuudessa. Naisen kanssa tulee keskustella hänen omista toiveistaan ehkäisyyn liittyen, esimerkiksi ehkäisymenetelmän hinnasta, luotettavuudesta, turvallisuudesta ja vaikutuksen kestosta, sekä naisen omasta motivaatiosta. Menetelmän valinnassa tulee huomioida myös naisen kulttuurin ja uskonnon merkitys. Menetelmien etujen ja haittojen läpikäyminen auttavat sopivan ehkäisyn valitsemisessa. Ehkäisymenetelmää valittaessa on hyvä huomioida naisen aikaisemmin käyttämät ehkäisymenetelmät ja niiden sopivuus. (Kivijärvi 2009; Heikinheimo ym. 2011, 154–156; Paananen ym. 2006, 601.)

Lisäksi on tärkeää selvittää ehkäisyä aloittavan naisen raskausanamneesi eli aiemmat raskaudet sekä niihin liittyneet mahdolliset komplikaatiot. Synnyttäneiden naisten raskauden ehkäisyä suunnitellaan jälkitarkastuksessa yhdessä terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa. Mikäli nainen on vasta synnyttänyt, tulee ehkäisykeinoa valittaessa ottaa huomioon kohdun palautuminen raskaudesta. Useimmiten emättimen ja kohdun palautuminen synnytyksestä vaativat noin kuudesta kahdeksaan viikkoa. Mikäli synnytyksestä on vielä niin vähän aikaa, ettei naisen elimistö ole ehtinyt palautua, kohdunsisäisten ehkäisykeinojen käyttö ei vielä ole suositeltavaa. Imetys on huomioitava ehkäisykeino valinnassa synnytyksen jälkeen. Imettävillä äideillä tulee ottaa huomioon, ettei ehkäisykeino vaikuta maidon eritykseen, lapsen kasvuun ja kehitykseen. (Kivijärvi 2009; Perheentupa 2004; Nuutila & Ylikorkala 2011, 475, 478; Finlex 2004b.)

4.2 Luonnonmenetelmät

Luonnonmenetelmäksi lasketaan niin kutsuttu rytmimenetelmä, joka perustuu naisen kuukautiskierron tarkkailemiseen eli ovulaation tunnistamiseen. Ovulaatio eli munarakkulan irtoaminen tapahtuu keskikierron aikana, ja myös tähän kierron aikaan nainen on hedelmällisimmillään. Hedelmällisimpänä ajanjaksona eli noin 10 vuorokauden aikana, raskaaksi tulemisen todennäköisyys on suurin, joten rytmimenetelmää käyttäessä yhdynnästä tulee pidättäytyä noina päivinä. Nainen voi arvioida ovulaation ajankohtaa helpoiten silloin, kun kuukautiset ovat säännölliset, jolloin voidaan sanoa, että kierron ensimmäiset kahdeksan ja viimeiset 11 päivää ovat ”turvallisia” päiviä. Ovulaation ajankohtaa voidaan arvioida myös käyttämällä peruslämpömenetelmää. Siinä nainen mittaa kehon peruslämmön aamulla ennen ylös nousemista. Mikäli peruslämpö on noussut 0,3–0,5 astetta on hedelmällisin ajanjakso ohitettu. Lisäksi ovulaation aikaa voidaan arvioida kohdunliman erittymistä tarkkailemalla. Eniten kohdunlimaa esiintyy hedelmällisimpään aikaan. Tällainen luonnollinen ehkäisymenetelmä on hyvin epävarma ja vaatii käyttäjältään tarkkuutta ja motivoitumista. Tarkkaa luotettavuutta on vaikea arvioida. (Heikinheimo ym. 2011, 166–167; Tiitinen 2012a.)

Luonnollisiksi ehkäisymenetelmiksi lasketaan myös keskeytetty yhdyntä sekä imetys. Keskeytetyn yhdynnän ideana on pyrkiä estämään siittiöiden pääsy emättimeen. Tämä tapahtuu keskeyttämällä yhdyntä ennen siemensyöksyä. Ehkäisymenetelmänä tämä on erittäin epävarma, sillä siittiöitä erittyy jatkuvasti yhdynnän aikana jo ennen varsinaista siemensyöksyä. (Eskola & Hytönen 2002, 75; Perheentupa 2004.) Imetyksen käyttäminen ehkäisykeinona perustuu imetysamenorreaan, jota käsittelemme myöhemmin tekstissämme.

4.3 Estemenetelmät

Estemenetelmiin luokitellaan kondomi, pessaarit ja spermisidit. Pessaaria ja spermisidejä suositellaan käytettäväksi yhdessä. Pessaari on kuminen kuppi, jonka nainen asettaa kohdunnapukan suojaksi 10–30 minuuttia ennen yhdyntää. Ennen asennusta kuppiin annostellaan spermisidiä. Oikean kokoinen kuppi valitaan lääkärin vastaanotolla, jonka jälkeen sopivan kokoisen kupin voi tilata sitä tilaavista apteekeista tai itse tilaamalla Internetistä. Yhtä pessaaria voi käyttää useammin, kunhan huolehtii sen

oikeanlaisesta puhdistuksesta. (Heikinheimo ym. 2011, 166; Paananen ym. 2006, 603.)

Spermisidit ovat kemiallisia aineita voiteen, geelin, vaahdon tai vagitorion muodossa, jotka tuhoavat siittiöitä. Sitä annostellaan naisen emättimeen ennen yhdyntää, sillä sen teho kestää noin yhdestä kahteen tuntia. Spermisidit voivat aiheuttaa paikallisärsytystä, se on epäsiisti ja sen ehkäisyteho on kondomia selkeästi heikompi. Sitä ei suositellaan käytettäväksi ainoana menetelmänä. Spermisidit ja pessaari eivät ole Suomessa suosittuja ja saatavuuskin on vaihtelevaa. (Eskola & Hytönen 2002, 76; Paananen ym. 2006, 603; Tiitinen 2012a.)

Kondomi sen sijaan on paljon käytetty. Se on ohut, kuminen suoja, joka asetetaan jäykistyneen siittimen päälle ja hävitetään yhdynnän jälkeen. Se on ainut ehkäisy menetelmä, joka suojaa oikein käytettynä sukupuolitaudeilta. Kondomin käyttöä suositellaankin satunnaisissa ja uusissa suhteissa, vaikka käytössä olisi jokin muukin ehkäisy menetelmä. Kondomin käyttö on kuitenkin teholtaan huonompi kuin monet muut menetelmät, sillä sen käyttöön liittyy riski kondomin rikkoutumisesta. Tällöin ehkäisy- ja tartunnanestosuoja häviää. Huolella käytettynä kondomi on kuitenkin hyvä ehkäisy menetelmä. Haittavaikutuksena voi esiintyä ainoastaan paikallisärsytystä tai allergiaa. (Heikinheimo ym. 2011, 166; Eskola & Hytönen 2002, 75; Tiitinen 2012a.)

Imetyksen aikana kondomi on hyvä ehkäisy menetelmä, sillä sen käyttö ei vaikuta maidon laatuun tai määrään. Se on myös luotettava menetelmä imetysamennorreen rinnalla, ja se suojaa kumpaakin osapuolta infektioilta. Kondomi on synnytyksen jälkeen yleisimmin käytetty ehkäisy menetelmä. Kondomin käytön yhteydessä saattaa esiintyä kuitenkin normaalia enemmän paikallisärsytystä, joka on seurausta matalan estrogeenitason aiheuttamasta limakalvoatrofiasta eli limakalvojen kuivumisesta tai limakalvojen ohentumisesta. Tästä johtuvaa paikallisärsytystä voidaan yrittää ehkäistä liukastusvoiteilla tai paikallisella estrogeenilla. Öljypohjaiset liukasteet tai emättimeen laitettavat lääkkeet voivat kuitenkin vahingoittaa kondomia. (Kosunen 2006; Nylander 2002, 293; Perheentupa 2004; Puolakka 2010, 473; Tiitinen 2012a.)

4.4 Kuparikierukka

Kuparikierukka on kohdunsisäinen ehkäisin, johon on lisätty kuparilankaa. Kuparikierukan tehtävänä on aiheuttaa kohdunlimakalvolla vierasesinereaktio. Tämän seurauksena kohdussa ja munanjohtimissa oleva erite muuttuu sulusolulle epäsuotuisaksi, jolloin hedelmöittyneen munasolun kiinnittyminen on epätodennäköistä. Kuparikierukka asennetaan gynekologisen tutkimuksen yhteydessä lääkärin toimesta ja mieluiten kuukautisten aikana. Tällöin kohdunsuu on avautunut enemmän ja siksi kierukan asentaminen ei ole naiselle niin kivuliasta. Kuparikierukka on luotettava ehkäisin, ja se sopii erityisesti synnyttäneille ja vakiintuneessa parisuhteessa oleville naisille, ja silloin kun halutaan pitkäaikaista ehkäisyä. Kierukan suositeltu käyttöaika on keskimäärin viisi vuotta, jonka jälkeen se voidaan vaihtaa uuteen. Käytön aikana kuitenkin suositellaan vuotuisia tarkastuksia, sekä asentamisen jälkeen sisätutkimus olisi hyvä tehdä jo 3–6 kuukauden kuluttua. (Heikinheimo ym. 2011, 164–165; Paananen ym. 2006, 605; Tiitinen 2012c.)

Kuparikierukan haittavaikutuksina voi esiintyä kuukautisvuotojen runsastumista ja kuukautiskipujen lisääntymistä. Kipuja on kuitenkin mahdollista hoitaa Prostaglandiinin estäjillä. Kierukan käyttäjillä esiintyy myös normaalia enemmän pahanhajuista valkovuotoa. Mikäli pahanhajuiset vuodot uusiutuvat usein hoidoista huolimatta, tulee kierukan käytön keskeyttämistä muutamaksi kuukaudeksi harkita. Lisäksi kierukka saattaa poistua itsestään jopa huomaamatta. Näin tapahtuu noin viidellä prosentilla käyttäjistä. Kierukan oikea sijainti varmistetaan ensisijaisesti kaikututkimuksessa. Kuparikierukan yhtenä haittana ovat myös kohdunulkoiset raskaudet, joiden osuus kierukkaraskaudesta ovat kolmesta yhdeksään prosenttia. Riski kohdunulkoiseen raskauteen on kuitenkin huomattavasti pienempi kierukan käyttäjillä kuin naisilla, jotka eivät käytä ehkäisyä lainkaan. Kuparikierukan käyttäjät ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä. (Heikinheimo ym. 2011, 165; Paananen ym. 2006; 605.)

Imetyksen aikana ja synnytyksen jälkeen kuparikierukka on toimiva ehkäisykeino. Se ei vaikuta maidon laatuun tai erittymiseen. Kierukka on hyvä asentaa aikaisintaan kuuden viikon kuluttua synnytyksestä, jolloin esimerkiksi jälkitarkastus olisi tälle otollinen aika. Synnytyksen jälkeen kohtu on kuitenkin tavallista pehmeämpi, joten kierukan asentajan on oltava varovainen, jotta vältytään perforaatiolta eli kohdun puh-

keamiselta. Mikäli kierukka asennetaan välittömästi synnytyksen jälkeen, on tavallista, että kierukka poistuu itsestään. Yleistä on, että kierukka asennetaan vasta kun kuukautiset ovat alkaneet, jolloin kohtu on ehtinyt palautua normaaliksi. (Paananen ym. 2006, 605; Perheentupa 2004; Puolakka 2010, 473.)

4.5 Hormonaaliset menetelmät

Hormonaalinen ehkäisy juontaa juurensa 1950-luvulle, jolloin kehitettiin ensimmäiset ehkäisytabletit. Silloin hormonimäärät olivat suurempia ja aiheuttivat myös siksi enemmän sivuvaikutuksia. Jatkuvan kehityksen tuloksena nykypäivänä ehkäisytabletit sisältävätkin vain noin sadasosan ensimmäisten pillereiden hormonimäärästä. Hormonien ehkäisyn tarkoituksena on estää munarakkulan kehittyminen ja munasolun hedelmöittyminen tai molemmat. (Heikinheimo ym. 2011, 156; Punnonen 2004, 215–217.)

4.5.1 Yhdistelmäehkäisy menetelmät

Yhdistelmätabletti on eniten käytetty hormonaalinen ehkäisy menetelmä ja noin viidesosa suomalaisista hoitaa ehkäisynsä kyseisellä menetelmällä. Yhdistelmätabletti sisältää progestiinia eli keltarauhashormonia sekä estrogeeniä eli naishormonia. Hormonien määrä vaihtelee valmisteesta riippuen. Hormonit saavat naisen elimistössä aikaan munasolun kehittymisen estymisen eli ovulaatiota ei tapahdu. Tällöin myös hedelmöittyminen estyy. Yhdistelmäehkäisytabletit soveltuvat erityisen hyvin synnyttämättömille nuorille naisille, jotka eivät tupakoi. Tupakoinnin lisäksi vasta-aiheita tablettien käytölle ovat myös muun muassa huomattava ylipaino, aurallinen migreeni, lisääntynyt tukosriski, yli 40-vuoden ikä tabletteja aloitettaessa, verenpainetauti sekä hormoneihin liittyvä syöpä. Tablettien käyttöä voi jatkaa jopa menopausiin saakka, mikäli on terve ja tupakoimaton. Yhdistelmätabletti on luotettava ja turvallinen ehkäisykeino, mikäli sen käyttö on ohjeiden mukaista. (Heikinheimo ym. 2011, 155, 158–159; Paananen ym. 2006, 607–608; Tiitinen 2012b.)

Yhdistelmäehkäisyn käytössä on valmisteesta riippuen pieniä eroavaisuuksia, mutta yleisimmin tabletteja otetaan kolmen viikon jaksoissa eli 21 päivänä. Tämän jälkeen pidetään viikon tauko, jonka aikana tulee kuukautisvuoto. Yhdistelmäehkäisyä aloitet-

taessa tulisi ensimmäinen tabletti ottaa kuukautisten ensimmäisenä päivänä, jotta ehkäisyä ei aloiteta raskauden aikana. Tabletti, eli niin sanottu e-pilleri tulisi ottaa päivittäin suunnilleen samaan aikaan, jotta ehkäisyteho olisi mahdollisimman hyvä. Ehkäisyteho säilyy myös taukoviikon ajan. Nykypäivänä on yleistynyt kolmen viikon jaksojen yhdistäminen niin, että viikon tauko jätetään pois. Tämän avulla voidaan kuukautisvuotovälejä pidentää jopa niin, että kuukautiset tulevat vain kaksi kertaa vuodessa. Tästä on hyötyä etenkin silloin, jos kärsii kivuliaista tai runsaista kuukautisista tai jos käyttäjällä on esimerkiksi endometrioosi eli kohdun limakalvon sirottumatauti. Pitkien kuukautisvuotovälien haittana saattaa esiintyä kuitenkin välivuotoja. Yhdistelmäehkäisyssä on todettu olevan myös terveyttä edistäviä vaikutuksia. Ne antavat suojaa munasarja- ja kohtusyöpää vastaan, ehkäisevät kohdunulkoisia raskauksia ja vähentävät endometrioosia. Lisäksi munasarjatulehduksia ja sisäsynnytintulehduksia sekä rintojen hyvälaatuisia kasvaimia esiintyy vähemmän pillereitä käyttävillä. (Eskola & Hytönen 2002, 77; Heikinheimo ym. 2011, 158; Paananen ym. 2006, 607; Tiitinen 2012b; Tiitinen 2012e; Väestöliitto 2012.)

Yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä saattaa aiheutua sivuvaikutuksia, mutta useimmiten niitä ilmenee vain ensimmäisen kolmen käyttökuukauden aikana. Yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat rintojen aristaminen ja pingotus, painonnousu ja turvotus, vuotohäiriöt, pahoinvointi, seksuaalinen haluttomuus, päänsärky sekä mielialavaihtelut. Mahdolliset sivuvaikutukset voivat hävitä kokeilemalla toista pillerimerkkiä. Yhdistelmäehkäisyssä liittyy myös riski saada laskimoveritulppa, mutta se on harvinaista. Laskimoveritulppariski on korkeimmillaan käytön alkuvaiheessa ja riskiä nostaa myös ylipaino, ikääntyminen sekä perinnöllinen tukostaipumus. (Heikinheimo ym. 2011, 158–159; Paananen ym. 2006, 608.)

Ehkäisyrenkas ja -laastari ovat myös yhdistelmäehkäisy menetelmiä. Ne sisältävät samoja hormoneja ja niiden käytössä on samat hyödyt, haitat sekä kontraindikaatiot kuin yhdistelmäehkäisytableteissa. Ehkäisyrenkas asetetaan emättimeen kolmeksi viikoksi kerrallaan, jonka jälkeen pidetään yksi renkaaton viikko. Sinä aikana tulee kuukautisvuoto. Viikon jälkeen emättimeen asennetaan uusi rengas. Ehkäisyrenkas vapauttaa hormoneja verenkiertoon emättimen limakalvoilta tehokkaasti ja tasaisesti. Ehkäisy-laastari asetetaan puolestaan iholle, mielellään olkavarteeseen. Se on paikallaan viikon, jonka jälkeen vaihdetaan uusi. Kolmen viikon jälkeen pidetään taukoviikko, kuten

pillereissä ja laastarissakin. Rengas ja laastari antavat käyttäjilleen enemmän vapautta, sillä ne eivät vaadi päivittäistä tablettien ottamista. (Heikinheimo ym. 2011, 158; Paananen ym. 2006, 607.)

Imetyks on yhdistelmäehkäisyyn suhteellinen vasta-aihe, sillä se vaikuttaa heikentävästi imetykseen pillereiden sisältämän estrogeenin vuoksi. Estrogeeni vähentää imetyksen kestoa ja sen onnistumista. Yhdistelmäehkäisyyn voi kuitenkin nykysuositusten mukaan aloittaa neljä kuukautta synnytyksen jälkeen. Tällöin tulee vain varautua maidon erityksen vähenemiseen ja turvata siksi lapsen ravitsemusta imetyksen lisäksi myös muulla ravinnolla. Tepperin ym. (2010) mukaan imettämättömien äitien on turvallista aloittaa yhdistelmäehkäisy 42 vuorokauden kuluttua synnytyksestä. Suomessa Sanniston (2011) tekemän väitöstutkimuksen mukaan lääkärit ja hoitajat suosittelivat yhdistelmäehkäisyyn siirtymistä vasta kuukautiskierron käynnistyttyä ja imetyksen loputtua. Myös Viitasaaren neuvolan lääkäri Ulla Aunola (2013) suosittelee yhdistelmäehkäisyyn siirtymistä vasta imetyksen loputtua tai erityistapauksissa kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä. (Aunola 2013; Heikinheimo ym. 2011, 159; Perheentupa 2004; Puolakka 2010, 474; Tepper ym. 2010.)

4.5.2 Progestiiniehkäisy

Pelkästään progestiinia sisältäviä ehkäisy menetelmiä ovat progestiiniehkäisytabletit eli minipillerit, ehkäisykapseli, ehkäisyruiske sekä kohdunsisäinen hormoniehkäisy. Progestiiniehkäisyä tulee harkita silloin, kun estrogeeniä sisältäviä valmisteita ei voida käyttää esimerkiksi lisääntyneen tukostaipumuksen takia. Progestiinin raskautta ehkäisevä teho perustuu kohdunkaulan limaan ja kohdunlimakalvoon kohdistuviin vaikutuksiin sekä osittain myös ovulaation häiriintymiseen. Progestiiniehkäisyyn käytön vasta-aiheita ovat raskaus tai sen epäily, diagnosoimaton vaginaalinen verenvuoto, aktiivinen tromboembolinen tapahtuma, aktiivinen maksasairaus, progestiiniiriippuvainen kasvain tai allergia valmisteiden sisältämille aineille. (Heikinheimo ym. 2011, 156–162; Paananen ym. 2006, 609–610.)

Minipillerit sopivat naisille, joilla on kohonnut verenpaine tai aurallinen migreeni. Ne sopivat myös imettäville sekä yli 35-vuotiaille tupakoiville naisille. Minipillerien käyttö aloitetaan kuukautisvuodon ensimmäisenä päivänä, jonka jälkeen niitä otetaan

samaan vuorokauden aikaan päivittäin. Minipillerien ottamisessa ei pidetä taukoja. Minipillereiden haittana ovat usein vuotohäiriöt, joka on kiusallinen vaiva, mutta vaaraton. Vuodot voivat kuitenkin olla myös säännöllisiä tai jäädä jopa kokonaan pois. Muita sivuvaikutuksia esiintyy vähemmän kuin yhdistelmäehkäisytablettien käyttäjillä. (Kivijärvi 2009; Paananen ym. 2006, 610)

Ehkäisykapseli tai -implantaatti on tehokas ehkäisy menetelmä ja se sopii naisille, jotka tarvitsevat pitkäaikaista ehkäisyä. Kapseli asetetaan olkavarteen ihon alle paikallispuudutuksessa kuukautisten aikana, ja se voi olla paikoillaan kolmesta viiteen vuoteen valmistuksesta riippuen. Ehkäisyteho on luotettava vuorokauden kuluttua asennuksesta. Ehkäisykapseleiden haittana on myös vuotojen epäsäännöllisyys, mutta niitä esiintyy lähinnä ensimmäisinä käyttökuukausina. Painonnousua saattaa myös esiintyä. (Eskola & Hytönen 2002, 78; Heikinheimo ym. 2011, 162; Paananen ym. 2006, 610.)

Ehkäisyruiske on Suomessa vähän käytetty, vaikka se onkin hinnaltaan edullinen. Sen ehkäisyteho perustuu ovulaation estoon. Ehkäisyruiske annetaan injektiona syväälle lihakseen kolmen kuukauden välein. Haittavaikutuksina ovat vuotohäiriöt, turvotukset sekä ihon rasvoittuminen. Lisäksi hedelmällisyys ehkäisyruiskeen käytön lopettamisen jälkeen palautuu hitaasti. Ruisketta käyttävillä myös osteoporoosin riski on hieman korkeampi, sillä estrogeenin tuotanto munasarjoissa estyy injektion jälkeisinä viikkoina. (Heikinheimo ym. 2011, 162; Paananen ym. 2006, 610.)

Hormonikierukka on kohdunsisäinen ehkäisin, joka vapauttaa progestiinia tasaisella nopeudella kohtuontelon kautta verenkiertoon. Hormonikierukka on todella tehokas ehkäisy menetelmä, sillä sen varmuus on jopa sterilisaation tasoa. Se sopii erityisen hyvin synnyttäneille ja vakaassa parisuhteessa oleville naisille, mutta se sopii myös synnyttämättömille. Hormonikierukka on myös hyvä vaihtoehto naisille, jotka kärsivät runsaista kuukautisista, sillä se vähentää vuodon määrää ja osalla kuukautiset jäävät jopa kokonaan pois ensimmäisen käyttövuoden aikana. Hormonikierukka vähentää myös riskiä saada sisäsynnytintulehdus. Sivuvaikutuksina saattaa ensimmäisinä käyttökuukausina esiintyä tiputteluvuotoa, päänsärkyä, masennusta, turvotusta sekä ihon ja hiusten rasvoittumista. Nämä kuitenkin usein häviävät kuuden kuukauden sisällä käytön aloittamisesta. Lisäksi joillakin naisilla saattaa esiintyä tilapäistä rintojen aristusta.

Hormonikierukan hankintahinta on korkea, mutta pitkässä käytössä se tulee suhteellisen edulliseksi. (Heikinheimo ym. 2011, 163–164; Paananen ym. 2006, 606.)

Progestiini ei vähennä maidon erityistä tai sen laatua. Se ei myöskään vaikuta lapsen kehitykseen. Se on siis turvallinen vaihtoehto imettävillekin äideille. Minipillereitä, ehkäisykapseleita, ehkäisyruisketta sekä hormonikierukkaa on siis turvallista käyttää imetyksen aikana. Minipillerit ovat olleet jo kauan käytössä imetyksen aikaisessa ehkäisyssä. Minipillereistä voidaan myös helposti siirtyä imetyksen jälkeen yhdistelmäehkäisytabletteihin. Ehkäisyruiske voidaan antaa imettäville äideille kuuden viikon kuluttua synnytyksestä, mutta imettämättömille naisille sen voi aloittaa jo viiden vuorokauden kuluessa synnytyksestä. Hormonikierukasta erittyy progestiinia verenkiertoon ja äidinmaitoon vielä pienempi määrä kuin minipillereistä ja sopivat siksi myös imetyksen aikaiseen ehkäisyyn. Hormonikierukan voi asentaa jälkitarkastuksen yhteydessä, mutta otollisin aika kierukan asentamiselle on noin neljä kuukauden kuluttua synnytyksestä tai kun kuukautiskierto on käynnistynyt. Jälkitarkastus on hyvä aika progestiiniehkäisyn aloittamiselle, jotta lasta ei altisteta äidinmaidon mukana kulkeutuvalla hormonilla liian aikaisin. (Heikinheimo ym. 2011, 164; Paananen ym. 2006, 611; Perheentupa 2004; Tepper ym. 2010.)

4.5.3 Jälkiehkäisy

Jälkiehkäisy on menetelmä, joka on tarkoitettu käytettäväksi suojaamattoman yhdynnän jälkeen ja silloin, jos ehkäisy on pettänyt. Ilman reseptiä saatava jälkiehkäisyvalmiste sisältää ainoastaan levonorgestreelia, eli progestiinia. Alle 15-vuotiaat tarvitsevat valmisteeseen reseptin. Valmiste otetaan kerta-annoksena mahdollisimman pian suojaamattomasta yhdynnästä. Teho on parempi mitä nopeammin valmiste otetaan ja se tulisikin ottaa 72 tunnin kuluessa yhdynnästä. Kuitenkin 24 tunnin jälkeen otettuna lääkkeen teho madaltuu huomattavasti, sillä yleensä raskaudet alkavat 24 tunnin sisällä yhdynnästä. Jälkiehkäisyn toiminta perustuu siihen, että valmisteen sisältävät ainesosat tekevät munasolusta siittiöille vaikean läpäistä. Se ei siis keskeytä jo alkanutta raskautta. Alle 10 prosentilla levonorgestreelin käyttäjistä esiintyy haittavaikutuksia viikon sisällä lääkkeen ottamisesta. Näitä ovat huimaus, päänsärky, verinen vuoto, väsymys, rintojen aristaminen, kuukautisten myöhästyminen, alavatsakivut, pahoin-

vointi ja runsaat kuukautiset. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2008, 181; Heikinheimo ym. 2011, 161; Käypä hoito 2010.)

Reseptivalmisteena on saatavana myös ulipristaalia eli progesteronireseptorimuuntelijaa sisältävä valmiste, joka on reseptivalmiste. Sen vaikutus perustuu ovulaation estoon. Ulipristaali otetaan levonorgestreelin tapaan kerta-annoksena, mutta sen käyttö tulisi tapahtua viiden vuorokauden sisällä suojaamattomasta yhdynnästä. Ennen valmisteen käyttöä tulee kuitenkin varmistaa, ettei raskaus ole vielä alkanut. Kliinisten lääketutkimusten mukaan ulipristaali on pettänyt 0,9–2,1 prosentilla sen käyttäjistä. Haittavaikutukset ovat samankaltaiset kuin levonorgestreelin käytössä. Kumpikaan hormonaalisista jälkiekhäisyypillereistä ei kuitenkaan aiheuta keskenmenoa eikä vaaraa sikiölle, mikäli raskaus on jo ehtinyt alkaa ennen pillerin ottamista. (Heikinheimo ym. 2011, 161; Käypä hoito 2010.)

Jälkiekhäisyypillereiden vaihtoehtoinen menetelmä on kuparikierukan asentaminen kohtuun. Se on reseptittä saatavissa, mutta sen asentaa lääkäri. Asennuksen tulee tapahtua viiden vuorokauden sisällä suojaamattomasta yhdynnästä, jolloin raskauden alkamisen riski on käypähoito suositusten (2010) mukaan vain 0,1 prosenttia. Kuparikierukan etuna on jatkoehkäisyn hoituminen samalla, mutta kierukka on mahdollista poistaa myös ensimmäisten kuukautisten jälkeen. Haittana on mahdollinen tulehdus. (Heikinheimo ym. 2011, 161; Käypä hoito 2010.)

Synnytyksen jälkeen imetysaikana jälkiekhäisyypillerin käyttö on turvallista, mutta se saattaa hieman vähentää maidon eritystä. Maidon kautta lapseen kulkeutuvilla hormoneilla ei ole havaittu olevan vaikutusta imeväiseen, mutta lapseen kulkeutuvaa hormonimäärää voidaan minimoida jättämällä yksi imetyskerta väliin pillerin ottamisen jälkeen. Myös kuparikierukan käyttöön jälkiekhäisyynä ei ole vasta-aiheita imetyksen aikana. (Käypä hoito 2010; Perheentupa 2004.)

4.6 Sterilisaatio

Sterilisaatiolla tarkoitetaan sukuelimiin kohdistuvaa toimenpidettä, jossa poistetaan miehen tai naisen kyky suvunjatkamiseen. Sterilisaatio on pysyvä ehkäisymenetelmä, ja se on eniten käytetty menetelmä silloin, kun perheeseen ei haluta enempää lapsia.

Sterilisaatio on tehokas, mutta ei kuitenkaan täysin pettämätön ehkäisymenetelmä. (Eskola ym. 2002, 82; Tiitinen 2012d.)

Sterilisaatiota koskee laki, jonka mukaan sterilisaatio on mahdollista saada mikäli tietyt edellytykset täyttyvät. Yksi lääkäri voi myöntää sterilisaation, mikäli sterilisaatiota hakeva henkilö on täyttänyt 30 vuotta. Tämä on yleisin sterilisaation syy. Yhden lääkärin myöntämällä luvalla voidaan sterilisaatio tehdä myös silloin, kun hakija on synnyttänyt kolme lasta tai hänellä on huollettavanaan yksin tai puolisonsa kanssa kolme alaikäistä lasta. Kahden lääkärin päätös tarvitaan tapauksissa, joissa sterilisaation syy olisi se, että raskaudesta olisi hakijan terveydelle tai hengelle vaaraa, tai mikäli raskaudenehkäisy muilla keinoilla olisi ongelmallista. Kahden lääkärin päätöksen lisäksi tarvitaan Valviran päätös, mikäli voidaan olettaa, että syntyvällä lapsella olisi tai hänelle kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika. Sterilisaatio Valviran päätöksellä on mahdollinen myös silloin, kun hakijalla on sairaus tai muu vastaava syy, joka heikentää hänen kykyään hoitaa lapsia. (Heikinheimo ym. 2011, 167; Tiitinen 2012d.)

Naisten sterilisaatiolle on kaksi eri menetelmää, joista molemmat tehdään laparoskopiateitse eli tähystyksessä. Sterilisaatio voidaan tehdä vatsaontelon tähystyksessä, jossa munanjohtimiin viedään metalliset puristimet. Ne tukkivat munanjohtimet niin, että siittiöt eivät pääse munasoluun. Toimenpide on nopea ja se tehdään nukutuksessa päiväkirurgisesti. Sairauslomaa saa 3–5 vuorokautta. Sterilisaatio voidaan tehdä tähystyksenä myös kohtuontelon kautta eli hysteroskopisesti. Siinä munanjohtimiin viedään spiraaliset implantaatit, jotka tukkeuttavat munanjohtimet pysyvästi niin, että sterilisaatio on täysin peruuttamaton. Toimenpide voidaan tehdä polikliinisesti ilman yleisanestesiaa. Ehkäisytehoon voidaan alkaa luottaa kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä. Sterilisaatio pettää naisilla noin 0,4–1 prosentilla. Mahdollinen uusi raskaus alkaa useimmiten ensimmäisen vuoden aikana sterilisaatiosta ja merkittävä osa näistä raskauksista on kohdunulkoisia. (Eskola & Hytönen 2002, 84; Heikinheimo ym. 2011, 168; Tiitinen 2012d.)

Miesten sterilisaatiossa siemenjohtimet katkaistaan, jotta siittiöt eivät pääse siemennesteeseen. Toimenpidettä kutsutaan myös nimellä vasektomia. Toimenpide tehdään paikallispuudutuksessa niin, että teräväkärkinen instrumentti viedään kivespussin nahan läpi, jonka jälkeen siemenjohdin katkaistaan. Siemenneste tulee tutkia noin kym-

menen siemensyöksyn jälkeen, jotta varmistutaan, että se ei sisällä enää siittiöitä. Tähän asti on hyvä käyttää muuta ehkäisyä. Miehillä sterilisaation pettämisen todennäköisyys on noin yksi prosentti. Tämä johtuu tavallisimmin rekanalisaatiosta eli siemenjohdinten uudelleen yhdistymisestä. Näin tapahtuessa tulee toimenpide uusia. (Eskola & Hytönen 2002, 84–85; Heikinheimo ym. 2011, 168; Tiitinen 2012d.)

Sterilisaatio ei vaikuta miehen tai naisen hormonitoimintaan eli miehen siemensyöksy tapahtuu normaalisti ja naisen kuukautiset jatkuvat. Sterilisaatioon liittyy kumminkin katumisen riski, sillä toimenpide on lopullinen. Noin viisi prosenttia sterilisaatioon päätyneistä katuu myöhemmin ja alle 30 vuoden ikä on katumisen merkittävin riskitekijä. Muita riskitekijöitä ovat muun muassa puolison tai lapsen kuolema sekä avioero. Sterilisaation purkaminen on mahdollista sekä miehillä että naisilla, mutta raskauden mahdollisuus tämän jälkeen on kuitenkin heikentynyt. Täytyykin olla varma, ettei enempää lapsia tahdota tulevaisuudessa, silloin kun sterilisaatiota haetaan. (Heikinheimo ym. 2011, 168; Tiitinen 2012d.)

Synnytyksen jälkeen ja imetyksen aikana sterilisaatio voidaan toteuttaa, sillä se ei vaikuta maidoneritykseen. Välittömästi synnytyksen jälkeen sterilisaatiota ei kuitenkaan suositella tehtäväksi, sillä tällöin päätöksenteko ei ole yhtä harkittua ja siihen voi vaikuttaa esimerkiksi väsymys. Mikäli sterilisaatio halutaan kumminkin tehdä heti synnytyksen jälkeen, tulee sitä olla suunniteltu jo tarpeeksi aikaisin ennen synnytystä. Kuitenkin mitä pidempi on sterilisaation ja edeltäneen synnytyksen väli, sitä pienempi katumisriski on. (Eskola & Hytönen 2002, 84; Nilsson 2007; Perheentupa 2004; Puolakka 2010, 475; Tiitinen 2012d.)

5 RASKAUDEN EHKÄISY IMETYKSEN AIKANA

5.1 Imetys ehkäisymenetelmänä

Täysimetys on synnytyksen jälkeinen luonnollinen ehkäisymenetelmä. Se perustuu munasarjojen toiminnan vähenemiseen jo raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Imettäessä elimistössä erittyy hormonia, jonka seurauksena kuukautiskierto ei käynnisty eikä munasoluja irtoa. Tätä kutsutaan imetysamenorreaksi. Imetyksen ehkäisyvaikutus on luotettava kuitenkin vain silloin, kun vauva ei saa rintamaidon ja mahdol-

listen vitamiinilisien ohella muuta ruokaa, lapsi on alle puolen vuoden ikäinen, eivätkä äidin kuukautiset ole vielä alkaneet. Imetyksen täytyy myös olla säännöllistä ja toistua vähintään neljän tunnin välein myös öisin, sillä rintaruokintakertojen vähentyessä naisen kuukautiskierto palautuu nopeasti. Mikäli nainen ei imetä, voi munasolu irrota jo 45 vuorokauden kuluttua synnytyksestä, jolloin uusi raskaus on mahdollinen. Täysimetystä ehkäisykeinona käyttävistä naisista vain 1–2 sadasta tulee raskaaksi. Täysimetys ehkäisykeinona vastaa kondomin luotettavuutta vielä kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä, mikäli äidin kuukautiset eivät ole alkaneet. Vastasyntyttäneet äidit luottavat kuitenkin liikaa imetyksen tehoon raskauden ehkäisykeinona ja joutuvat siksi liian usein turvautumaan raskaudenkeskeytykseen. Sanniston (2011) Suomessa tekemän tutkimuksen mukaan imetystä ehkäisykeinona suositellaan harvoin. (Paananen 2006, 611; Nylander 2002, 292; Puolakka 2010, 472; Huhtaniemi & Tapanainen 2011, 38; Suhonen 2010.)

Suurin osa vanhemmista on jo aloittanut yhdynnät kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä, mutta täysimetyksen määrä puolestaan vähenee radikaalisti ensimmäisien imetyskuukausien jälkeen. Vaikka täysimetys vähenee ja yhdynnät lisääntyvät, lääketieteellisiin ehkäisymenetelmiin siirytään näihin nähden hitaasti. Raskauden ehkäisyä tarvitaan siis suhteellisen varhain synnytyksen jälkeen, joten jälkitarkastus on otollinen aika aloittaa ehkäisy. Suomessa yksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden tavoitteista vuosina 2007–2011 olikin, että raskauden keskeytykset vähenevät ensimmäisenä vuonna synnytyksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Kosunen 2006.)

5.2 Imetyksen merkitys

Imetyksen terveysvaikutukset ovat moninaisia. Imetys tukee äidin terveyttä ja se on yhteiskunnallisesti katsoen taloudellista ja ekologista. Lapselle äidinmaito on elinehto. Se on turvallinen ja luonnollinen ravinnonlähde, joka sisältää kaiken lapsen tarvitseman ravinnon oikeassa suhteessa. (Nuutila & Ylikorkala 2011; Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Imettäminen tukee äidin painonhallintaa, muttei se suoranaisesti jouduta painon palautumista entiselle tasolle. Imetys vähentää myös riskiä sairastua joihinkin pitkäaikais-sairauksiin, joita ovat verenpainetauti, diabetes, hyperlipidemia sekä sydän- ja veri-

suonitaudit. Lyhyt imetys tai imettämättömyys on yhteydessä synnytysmasennukseen. Suomalaiset Syöpäjärjestöt suosittelevat imetystä, sillä sen on tutkittu vähentävän riskiä sairastua rinta- ja munasarjasyöpään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Täysiaikaisen ja terveen lapsen ravinnoksi riittää kuuden kuukauden ajan täysimetyksellä saatu ravinto. Se takaa tuona aikana lapsen normaalin kasvun ja kehityksen. Äidin maidosta lapsi saa kaikki tarvitsemansa ravintoaineet, jotka myös imeytyvät paremmin kuin korvikkeista. Äidin maito sisältää myös sellaisia ainesosia, jotka vahvistavat lapsen puolustusmekanismeja sekä ovat tutkitusti hyväksi lapsen suolen kasvulle ja kehitykselle. Imetyksellä voidaan myös vähentää joitakin lapsuusiän sairauksia, kuten leukemiaa, diabetesta sekä lihavuutta. Kätkytkuolemia esiintyy myös vähemmän imetetyillä lapsilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

6 SEKSUAALISUUS SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Lapsen syntymä tuo uudenlaisia haasteita parisuhteeseen sekä muutoksia perherooleihin. Lapsen syntymä vaikuttaakin miehen ja naisen seksuaalielämään monella eri tavalla. Seksuaalisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat raskauden ja synnytyksen aiheuttamat naisen kehon muutokset sekä psyykinen hyvinvointi uudessa elämäntilanteessa. Seksuaaliset halut palaavat vähitellen ja yksilöllisesti naisen kehon palautuessa synnytyksestä. Yleisimmin seksuaalihalut palautuvat 7–12 viikon jälkeen synnytyksestä, mutta joillakin naisilla seksuaalihalujen palautuminen vie useita kuukausia. Yhdyntöjen aloittamista suositellaan vasta kun kivut ja arkuus ovat hävinneet. (Kosunen ym. 2003; Oulasmaa 2006, 195–196.)

Synnytyksen jälkeen kestää noin 8–12 viikkoa, että naisen sukupuolielimet ovat palautuneet niin, että nainen kykenee yhdyntään ja on seksuaalisesti halukas. Jälki-
vuodon aikana tulehdusriski on suurentunut, joten yhdyntöjä ei tuona aikana suositella laisinkaan. Naisen halukkuutta ja valmiutta yhdyntään vähentävät synnytyksestä aiheutuneet repeämät ja leikkausarvet, lantionpohjalihasten toimintahäiriöt, hormonitason sekä vartalon muutokset. Psyykkisesti seksuaalisen halukkuuden saavuttamista vähentävät lapsen hoidosta aiheutuva väsymys, äidin mahdollinen masennus sekä pelko uudesta raskaudesta. Naista voi askarruttaa myös miltä seksi tuntuu synnytyksen

jälkeen ja kuinka kumppani kokee muuttuneen vartalon. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010; Oulasmaa 2006, 195; Ryttyläinen & Valkama 2010, 114.)

Myös miehelle muuttunut elämäntilanne voi aiheuttaa seksuaalisuuteen vaikuttavia muutoksia. Isä ei koe samanlaista haluttomuutta seksiin kuin tuore äiti. Isän onkin hyvä tiedostaa jo etukäteen, että naisen seksuaalisten halujen palautuminen saattaa viedä aikaa ja yhdynnöistä täytyy pidättäytyä jonkin aikaa. Äidin kiintymys uuteen vauvaan voi aiheuttaa isälle ulkopuolisuuden tunnetta. Parisuhteessa tulisikin muistaa, että myös mies kaipaa tukea, hellyyttä ja huomiota. Parisuhteessa tulee löytää keinoja, joilla seksuaalisuus saadaan sovitettua muuttuneeseen perhetilanteeseen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 114; Oulasmaa 2006, 197.)

Synnytyksen jälkeistä seksuaalielämän palautumista voidaan edistää eri keinoin. Lantionpohjalihaksia harjoittamalla nainen voi edesauttaa oman kehonsa palautumista synnytyksestä. Hyvät lantionpohjalihakset voivat tuottaa myös lisäästimuksia yhdynnän aikana. Nainen saa lantionpohjalihasten harjoitusohjeet joko synnytyssairaalaan tai neuvolaan. Kuivat ja hauraat limakalvot saattavat vaikeuttaa yhdyntöjä, ja siksi liukastusvoiteiden käyttö on suositeltavaa. Lääkäri voi myös määrätä estrogeenia paikallishoitona kuivuuteen. Pariskunnan on hyvä yhdessä tutustua naisen muuttuneeseen vartaloon ennen yhdyntöjen aloittamista, sekä keskustella omista seksiin liittyvistä tarpeista, toiveista ja ajatuksista. Pelkoa uudesta raskaudesta voidaan vähentää keskustelemalla jälkitarkastuksessa erilaisista ehkäisy mahdollisuuksista. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010; Ryttyläinen & Valkama 2010, 116; Oulasmaa 2006, 197.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Aineiston keruu

Tiedon hankinnan tueksi teimme kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksesta on hyötyä kerätessä tutkimuksia yhteen ja sen avulla on helpompaa hahmottaa aiemmin tehtyjen tutkimusten kokonaisuutta. Sitä voidaan käyttää apuna kun halutaan saada selville kuinka paljon tutkimustietoa on olemassa jostakin aiheesta ja millaisia tutkimukset ovat sisällöllisesti. (Leino-Kilpi 2007, 2.)

Haimme aiheestamme kotimaista sekä kansainvälistä tutkittua tietoa. Jaoimme opin-
näytetyön kirjallisen osuuden laatimisen käytännön syistä kahtia, joten molemman
hakivat tietoa myös itsenäisesti omiin osioihinsa. Tiedonkeruun tueksi rajasimme
hieman tiedonhakua. Halusimme mahdollisimman tuoreita lähteitä. Haimme ainoas-
taan suomen- sekä englanninkielistä aineistoa. Tärkein tiedonhakumme kriteeri oli
lähteiden luotettavuus. Käyttämämme tietokannat olivat tuttuja ja turvallisia mm. Ter-
veysportti, Medic, Mikki sekä Nelli tietokannat. Hakusanoja meillä oli useita sekä
englanninkielisiä että suomenkielisiä muun muassa lapsivuodeaika, puerperium, syn-
nytyksen jälkeinen ehkäisy, contraceptive after childbirth, raskauden ehkäisy imetyk-
sen aikana, contraceptive during breastfeeding .

Tiedonkeruussa meillä oli hieman ongelmia löytää kansainvälisiä lähteitä tai luotetta-
via tutkimuksia aiheestamme. Löytämämme aiheeseen liittyvät tutkimukset ovat laa-
jempaan kokonaisuuteen liittyviä ja synnytyksen jälkeistä ehkäisyä on niissä käsitelty
niukasti. Saimme kirjastosta apua tiedonhakuun ja opimme käyttämään meille uusia
tietokantoja Google Scholar, Hoidokki, Melinda, Cinal sekä ProQuest. Näiden tietokan-
tojen avulla löytyikin muutama tutkimus sekä kansainvälinen lähde, jotka on esitetty
liitteessä 1, aineistoksemme.

Opinnäytetyön keskeiset tutkimukset ja lähteet on esitetty Liitteessä 1. Taulukkoon on
koottu neljä tutkimusta sekä kaksi tutkimusraporttia kirjallisuuskatsaukseksi. Kirjalli-
suuskatsauksesta ilmenee tekijä, tutkimuksen kohde sekä keskeiset tulokset. Lisäsim-
me kirjallisuuskatsaukseen vielä yhden sarakkeen, jossa esitetään keskeiset tulokset
meidän työmme kannalta, sillä tämä helpotti omaa työskentelyämme. Kirjallisuuskat-
saukseen kootut tutkimukset antavat hyvän näyttöön perustuvan teoriapohjan opinnäy-
tetyöllemme ja perustelee sen tarpeellisuutta.

7.2 Toimiva opas

Kirjalliset potilasohjeet toimivat osana terveystiedotusta. Ne täydentävät ja tukevat
suullista ohjausta. Kirjallisten potilasohjeiden avulla tuetaan potilaan ja hänen omais-
tensa ymmärrystä heidän tarvitsemastaan tiedosta. Jatkohoito on usein potilaan omalla
vastuulla, joten hyvien kirjallisten ohjeiden tarve on kasvussa. (Torkkola ym. 2002,
22–25, 72.)

Hyvä ohje on luotu potilaan tarpeita vastaavaksi. Sen kehittämisessä onkin tarkoin harkittu kenelle ensisijaisesti kirjoitetaan. Kirjoitetut ohjeet tulee myös perustella potilaan hyödyn näkökulmasta. Potilas noudattaa ohjeita helpommin, kun hän ymmärtää siitä itselleen koituvan hyödyn. Teksti ei kuitenkaan saa mennä liian yksityiskohtaiseksi, ettei lukija hämmenny turhaan. (Torkkola ym. 2002, 35–36; Hyvärinen 2005.)

Hyvä potilasohje on looginen eli johdonmukainen. Hyvästä potilasohjeesta saa johdonmukaisen luomalla siihen juonen, jota lukijan on helppo seurata. Jotta potilasohje on myös ymmärrettävä, tulee asioiden esittämisjärjestykseen kiinnittää huomiota. Esittämisjärjestyksiä on muun muassa tärkeysjärjestys, aikajärjestys tai aihepiireittäin etenevä. Ohjeen luonteesta riippuen valitaan paras mahdollinen esittämisjärjestys, joka yleisimmin on tärkeysjärjestys. Tässä tapauksessa tärkein asia kerrotaan ensin ja loppuun jätetään merkityksettömämmät seikat. (Hyvärinen 2005.)

Hyvästä ohjeesta käy selkeästi ilmi mistä se kertoo, joten pääotsikoilla on iso rooli. Pääotsikoiden lisäksi ohjetta hahmottelee ja selkeyttää väliotsikot, joiden avulla lukijan on helppo löytää haluamansa tieto sekä päästä tekstissä eteenpäin. Otsikoinneilla kirjoittajan on helpompi jäsenellä asiakokonaisuudet sekä jakaa yhteenkuuluvat asiat kappaleisiin. Kappaleiden tukena voidaan myös hyödyntää luetelmia, joissa kohdat erotellaan toisistaan esimerkiksi luetelmaviivoin. Niiden avulla tekstin jaksottaminen on helpompaa sekä tärkeiksi katsotut kohdat voidaan helposti nostaa esiin. Ohje ei kuitenkaan saa koostua pelkistä luetelmista, jotta ohjeen luettavuus säilyy. (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Potilasohjeissa kirjoitetaan havainnollista yleiskieltä sekä noudatetaan oikeinkirjoitusta. Ohjetta laatiessa tulee ottaa huomioon, että lukija on usein maallikko, joten ”sairaalaslangia” tai turhia termejä tulisi välttää ja niiden sijaan pyritään käyttämään yleiskielen sanoja. Myös vierasperäisiä sanoja tulee välttää, koska niiden käyttöön sisältyy riski väärinymmärryksestä. Tarvittaessa hankala termistö voidaan kuitenkin avata potilaalle sanastoa käyttäen. Termistön huomioimisen lisäksi tekstissä tulee myös huomioida virkkeiden selkeys. Tekstissä virkkeet eivät saa olla liian pitkiä, mutta niiden tulee kuitenkin sisältää sekä pää- että sivulauseita. Tekstin sisältöä laatiessa tulee

myös huomioida oikeinkirjoitus, jotta asian ymmärrettävyys säilyy. (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2002, 42, 46.)

Ulkoasulla on merkitys ohjeen luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen. Ulkoasussa merkittävintä on sivujen taitto eli tekstin ja kuvien asettelu paperille, sillä suunnittelemaan ulkoasu ei houkuttele lukemaan. Ohjeessa käytetyt kuvat voivat herättää mielenkiintoa sekä selkeyttää ohjeen ymmärrettävyyttä ja luettavuutta. Kuvia valittaessa tulee ottaa huomioon myös tekijänoikeudet. (Torkkola ym. 2002, 40–41, 53; Hyvärinen 2005.)

Viimeisenä hyvässä ohjeessa käy ilmi yhteystiedot, mikäli ohjeeseen liittyen lukijalla on jotain kysyttävää. Lisäksi loppuun voidaan lisätä tärkeimmät ohjeessa käytetyt lähteet, jotta lukija voi halutessaan etsiä sieltä lisätietoja. Ohjeesta ilmenee myös sen tekijän tiedot. (Torkkola ym. 2002, 44; Hyvärinen 2005.)

7.3 Oppaan toteutus

Aloitimme oppaan laatimisen valitsemalla aihekokonaisuudet, jotka olivat tärkeitä tai oleellisia tuoda esiin. Aihekokonaisuuksien valintaan vaikuttivat tilaajan toiveet sekä lähteiden pohjalta löytyneet tiedot raskauden ehkäisyohjauksesta. Tämän jälkeen valitsimme ja muokkasimme kuhunkin aihealueeseen tulevan tiedon. Tiedonvalinta prosessissa otimme huomioon myös asiakkaan toiveet.

Oppaassamme käsittelemme tiiviissä muodossa naisen normaalia hedelmällisyyttä, lapsivuodeaikaa sekä kehon palautumista synnytyksestä. Oppaan pääpaino ei ole näissä kokonaisuuksissa, mutta mielestämme kyseisten aihealueiden on tärkeä tulla ilmi oppaassa, jotta ymmärretään kehon toimintaa ennen synnytystä ja sen jälkeen. Mielestämme äitien tulee myös ymmärtää kehon palautuminen raskaudesta ja synnytyksestä, jotta he pystyvät valitsemaan parhaaksi näkemänsä ehkäisymenetelmän. Myös Perheentuvan (2004) mukaan synnyttäneet äidit tarvitsevat riittävästi tietoa ehkäisyn tarpeellisuudesta sekä hedelmällisyydestä, jotta ei-toivotuilta raskauksilta vältyttäisiin.

Oppaan pääpaino on raskauden ehkäisymenetelmissä ja niiden soveltuvuudessa synnytyksen jälkeiseen aikaan. Tämä on tärkein kokonaisuus oppaassamme, sillä oppaamme

käsittelee synnytyksen jälkeistä ehkäisyä. Käymme oppaassa läpi kaikki ehkäisymenetelmät. Halusimme, että oppaasta käy selkeästi ilmi lapsivuodeaikana sekä imetyksen aikana parhaiten soveltuvimmat raskauden ehkäisymenetelmät sekä niiden hyödyt ja haitat. Kaikki ehkäisymenetelmät eivät sovi kaikille eivätkä kaikki sovellu imetyksen aikaiseen ehkäisyyn, joten oppaan on tarkoitus antaa yksityiskohtaisempaa tietoa kunkin raskauden ehkäisymenetelmän soveltuvuudesta.

Käsittelemme oppaassa tilaajan pyynnöstä vielä seksuaalisuutta ja sen muuttumista synnytyksen jälkeen. Vanhempien on hyvä tietää mahdollisista seksuaalisista muutoksista raskauden ja synnytyksen jälkeen. Tieto vastaa kysymyksiin ja antaa turvallisuuden tunteen.

Pohdimme myös millaisen oppaan haluamme ulkonäöllisesti luoda. Halusimme tehdä mahdollisimman selkeän ja yksinkertaisen, mutta houkuttelevan lukea. Tärkein oppaan ulkonäöllinen kriteeri meille oli luoda opas, jossa on käsitelty selkeästi ja helpolukuisesti eri ehkäisymenetelmät. Torkkola ym. (2002) sekä Hyvärinen (2005) kehittivät lisäämään ohjeen loppuun lähteet siltä varalta, että lukija haluaa lisätietoa. Noudatimme tätä kehotusta laittaen oppaan loppuun neuvoloiden yhteystiedot, joista lukijat voivat halutessaan kysyä lisätietoja. Loppuun lisäsimme myös Internet osoitteen, josta opinnäytetyömme kirjallinen tuotos on luettavissa kokonaisuudessaan. Oppaaseen emme laittaneet kuvia, koska sopivien kuvien saaminen oli haasteellista. Koimme myös, että oppaan sisältö on sellainen, ettei se tarvitse kuvia havainnollistamaan asiaa. Muuten noudatimme opasta tehdessämme Torkkolan ym. (2002) ja Hyvärisen (2005) ohjeita.

8 POHDINTA

8.1 Oppaan arviointi

Meille molemmille tällaisen oppaan tekeminen oli uutta, mutta suoriuduimme siitä mielestämme hyvin. Opas on laadittu selkeäksi kokonaisuudeksi, joka sisältää olennaista tietoa synnyttäneille naisille sekä heidän kumppaneilleen. Mielestämme yhteistyö asiakkaan kanssa sujui ongelmitta. Onnistuimme yhdistämään oppaassa asiakkaan toiveet sekä hankkimamme tiedon toimivaksi kokonaisuudeksi. Opas on ulkoasultaan

hillitty ja selkeä. Aihealueita on pyritty korostamaan otsikoiden väreillä sekä kappalejaoilla. Laitoimme loppuun yhteystiedot, jotta opasta lukevat henkilöt voivat saada niiden kautta halutessaan lisätietoja aiheesta. Olimme sitoutuneita opinnäytetyön sekä oppaan tekemiseen. Sovelsimme aikaisempaa oppaan toteutustapaa paperiversiosta nettiversioksi, mikä oli myös tilaajan mieleen.

8.2 Kehittämiskohteet tulevaisuudessa ja jatkotutkimusajatuksia

Aiheestamme löytyi niukasti nykypäiväistä tutkimustietoa, joten mielestämme synnytyksen jälkeinen ehkäisy olisi tarpeellinen tutkimuskohde. Aiheeseen liittyen tarvittaisiin lisää tuoretta ja luotettavaa tietoa, joten aiheesta olisi hyvä tehdä uusia tutkimuksia sekä kansainvälisesti että Suomessa. Mielestämme hyvä opinnäytetyön aihe olisi tutkia kyselyiden avulla, millaista ohjausta äidit saavat raskauden jälkeisestä ehkäisystä sekä kuinka he ohjauksen kokevat. Näin saataisiin mahdollisesti tietoa ohjauksen tueksi, sekä tarvittaessa pystyttäisiin kehittämään synnytyksen jälkeisen ehkäisyn ohjausta.

LÄHTEET

Aunola, Ulla 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 22.3.2013. Lääkäri. Viitasaaren neuvola.

Bildjuschkin, Katriina & Ruuhilahti, Susanna 2008. Seksiä vaatteet päällä. Helsinki: Tammi.

Bildjuschkin, Katriina & Ruuhilahti, Susanna 2010. Tietoa potilaalle: Raskaus ja seksi. WWW-dokumentti.

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00632&p_haku=j%C3%A4lkitarkastus. Päivitetty 3.5.2010. Luettu 19.1.2013.

Deufel, Maila & Montonen, Elisabet 2010. Maidon eritykseen vaikuttavat hormonit. Teoksessa Deufel, Maila & Montonen, Elisabet (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-63.

Duodecim 2012a. Estrogeeni. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00774. Ei päivitystietoja. Luettu 13.12.2012.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Finlex 2004a. Valtioneuvoston asetus sairaskorvauslain täytäntöönpanosta. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041335>. Päivitetty 30.12.2004. Luettu 16.2.2013.

Finlex 2004b. Sairaskorvauslaki. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>. Päivitetty 21.12.2004. Luettu 16.2.2013.

Haug, Egil, Bjålie, Jan G., Sand, Olav, Sjaastad, Qystein V. & Toverud, Kari C. 2009. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY

Heikinheimo, Oskari 2011. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Tapanainen, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huhtaniemi, Ilpo & Tapanainen, Juha 2011. Kuukautiskierron hormonaalinen säätely. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Tapanainen, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30-52.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim. WWW-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>. Päivitetty 2005. Luettu 24.10.2012.

Kettunen, Pirjo & Koistinen, Eeva 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus ja estrogeenihoito. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=Synnytyksen%20j%C3%A4lkeinen%20masennus%20ja%20estrogeenihoito. Päivitetty 2008. Luettu 25.3.2013.

Kivijärvi, Anneli 2009. Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. Duodecim. WWW-dokumentti. [http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00649&p_haku=raskauden ehkäisy](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00649&p_haku=raskauden%20ehk%C3%A4isy). Päivitetty 24.9.2009. Luettu 25.10.2012.

Kosunen, Elise 2006. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.

Kosunen, Elise, Cacciatore, Raisa & Hervonen, Antti 2003. Seksuaalisuuselämäkäärassa. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00632&p_haku=j%C3%A4lkitarkastus. Päivitetty 2003. Luettu 19.1.2013.

Käypä hoito 2010. Jälkiehkäisy. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50039#s10>. Päivitetty 10.11.2010. Luettu 15.1.2013.

Lamusuo, Salla 2007. Nainen ja epilepsia – hormonit, ehkäisy, raskaus ja imetys. Epilepsialiitto. WWW-dokumentti. <http://www.epilepsia.fi/files/450/NAISENEPI.pdf>. Päivitetty 20.5.2007. Luettu 13.12.2012.

Leino-Kilpi, Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Johansson, Kirsi, Axelin, Anna, Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto

Nilsson, Carl Gustaf 2007. Sterilisaatio – edelleen varteenotettava vaihtoehto raskaudenehkäisyssä. Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96696&p_haku=vasektomia. Päivitetty 2007. Luettu 2.11.2012.

Nuutila, Mika & Ylikorkala, Olavi 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Tapanainen, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 474-484.

Nylander, Gro 2002. Äidiksi ensikertaa. Helsinki: WSOY

Oulasmaa, Minna 2006. Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa Apter, Dan, Väisälä, Leena & Kaimola, Kari (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Paananen ym. 2006. Kätilötyö. Tampere: Edita Publishing Oy.

Perheentupa, Antti 2004. Raskaudenehkäisy imetyksenaikana. PDF-dokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94346.pdf>. Päivitetty 2004. Luettu 3.12.2012.

Punnonen, Reijo 2004. Estrogeeniä koko elämä. Helsinki: WSOY.

Puolakka, Jukka 2010. Raskauden ehkäisy imetyksen aikana. Teoksessa Deufel, Maila & Montonen, Elisabet (toim.) Onnistunut imetys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ryttyläinen, Katri & Valkama, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.

Sannisto, Tuire 2011. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. PDF-dokumentti.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66691/978-951-44-8308-0.pdf?sequence=1>. Päivitetty 2011. Luettu 11.2.2013.

Sariola, Anna & Tikkanen, Minna 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala, Olavi & Tapanainen, Juha (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 308-314.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lapsi, perhe ja ruoka – imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. PDF-dokumentti. <http://pre20090115.stm.fi/pr1095673148360/passthru.pdf>. Päivitetty 2004. Luettu 17.2.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen – Toimintaohjelma 2007- 2011. PDF-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf. Päivitetty 2007. Luettu 20.1.2013.

Suhonen, Satu 2010. Raskaudenehkäisy synnytyksen jälkeen. WWW-dokumentti. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL382010-3033.pdf>. Päivitetty 2010. Luettu 3.12.2012.

Tepper, Naomi, Curtis, Kathryn, Jamieson, Denise & Marchbanks, Polly 2010. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods. Päivitetty heinäkuu 2010. Luettu 11.2.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa - Toimintaohjelma 2009-2012. PDF-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>. Päivitetty 2009. Luettu 20.1.2013.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä – Raportti. PDF-dokumentti. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/59b23ab5-6bb0-487f-9080-a3c8c8d282d1>. Päivitetty 2012. Luettu 8.4.2013.

Tiitinen, Aila 2012a. Tietoa potilaalle: Raskauden ehkäisy. Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00165&p_haku=kondomi. Päivitetty 18.9.2012. Luettu 15.10.2012.

- Tiitinen, Aila 2012b. Tietoa potilaalle: Ehkäisytabletit (yhdistelmäehkäisy). Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00752. Päivitetty 17.9.2012. Luettu 14.11.2012.
- Tiitinen, Aila 2012c. Tietoa potilaalle: Kierukka (ehkäisy). Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00730. Päivitetty 17.9.2012. Luettu 3.11.2012.
- Tiitinen, Aila 2012d. Tietoa potilaalle: Sterilisaatio. Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00655&p_haku=sterilisaatio. Päivitetty 18.9.2012. Luettu 3.11.2012.
- Tiitinen, Aila 2012e. Endometriosisi. www-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00119. Päivitetty 17.9.2012. Luettu 19.1.2013.
- Torkkola, Sinikka, Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Uotila, Jukka 2010. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Duodecim. WWW-dokumentti.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00632&p_haku=j%C3%A4lkitarkastus. Päivitetty 31.1.2012. Luettu 17.11.2012.
- Uusitalo, Liisa, Nyberg, Heidi, Pelkonen, Marjaana, Sarlio-Lahteenkorva, Sirpa, Hakulinen-Viitanen, Tuovi & Virtanen, Suvi 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. PDF-dokumentti.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ee5adaff-90c4-4005-a3ad-77887817f091>. Päivitetty 2012. Luettu 11.2.2013.
- Vikat, Andreas, Kosunen, Elise & Rimpelä, Matti 2002. Risk of Postpartum Induced Abortion in Finland: A Register-Based Study. WWW-dokumentti.
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3408402.html>. Päivitetty 2002. Luettu 25.10.2012.

Väestöliitto 2012. Yhdistelmäehkäisypillerit. WWW-dokumentti.

<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa->

seksuaalisuudes-

ta/aikuiset/seksuaalisuuden_suloja_ja_seksin/raskauden_ehkaisy/yhdistelmaehkaisypil

lerit/. Päivitetty 2012. Luettu 17.11.2012.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyöemme keskeiset tutkimukset.

Tekijä(t), Vuosi, Nimi	Tutkimuskohde	Keskeiset tulokset	Merkitys opinnäytetyöemme kannalta
Kosunen, Elise 2006. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen.	Tutkimus on osittain laajempaa Äitien hyvinvointi hanketta. Tutkimuskohdeena synnytäneiden äitien seksuaalinen hyvinvointi ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen Suomessa.	Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä 79% äideistä oli aloittanut yhdynä, mutta heistä 21% ei käyttänyt mitään ehkäisyä. Kondomi oli synnytäneiden äitien keskuudessa yleisin käytetty raskauden ehkäisy menetelmä.	Kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä 21% ei käyttänyt mitään ehkäisyä, myös osittain imettävistä tai imetyksen lopettaneista äideistä 26% ei käyttänyt lainkaan ehkäisyä. Näistä 26 prosentista neljännes ei kuitenkaan aikoonut hankkia lisää lapsia. Kaikista synnytäneistä äideistä 36 prosenttia oli aloittanut lääketieteellisen ehkäisy menetelmän. Synnytyksen jälkeistä ehkäisyneuvontaa tulee tehostaa.
Vikat, Andreas ym. 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: a register-based study.	Raskaudenkeskeytysten riski sekä määrä Suomessa.	Kahdeksan kuukauden sisällä synnytyksestä alkaneet raskaudet päättyvät todennäköisemmin aborttiin kuin myöhemmin alkaneet. Abortin riski on korkein 6-8 kuukauden jälkeen synnytyksestä.	Vuoden sisällä synnytyksestä alkaneet raskaudet päättyvät todennäköisemmin aborttiin kuin myöhemmin alkaneet. Abortin riski on korkein 6-8 kuukauden jälkeen synnytyksestä.
Tepper, Naomi	Joidenkin ehkäisy-	Imettämättömille	Yhdistelmäehkäisyä ei

ym. 2010. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period	symenettelmien soveltuvuus synnytyksen jälkeisenä aikana Yhdysvalloissa.	äideille suositellaan yhdistelmä ehkäisyvalmisteita, mutta vasta 42 vuorokauden kuluttua synnytyksestä. Kaikille synnyttäneille (mukaan lukien imettävät) suositellaan progestiini ehkäisyvalmisteita.	suositella imettäville äideille. Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden sisältämällä estrogeenillä katsotaan olevan vaikutusta imetyksen kestoon ja imetyksen onnistumiseen kuukauden sisällä synnytyksestä. Progestiini ehkäisyvalmisteet ovat turvallisia imettävillekin äideille ja se voidaan aloittaa heti synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeen ehkäisymenetelmien käyttö on tärkeää jotta äidin ja lapsen terveys on tuettu.
Sannisto, Tuire 2011. Seksuaalipalvelut terveyskeskuksissa.	Terveyskeskusten seksuaalipalveluiden tarjonta ja niiden toteutumistavat.	Ehkäisyneuvontapalvelujen laadussa oli vaihteluita sekä palveluita tarjottiin eritavoin, mutta niiden tarjontaa pidetään hyvänä.	Synnytyksen jälkitarkastuksessa sekä hoitajien että lääkärin yleisin suositeltu ja aloitettu ehkäisymenetelmä oli kondomi. Imetystä ehkäisykeinona suosittelivat harvat (hoitajista ei yksikään). Yhdistelmäehkäisy aloitettiin vasta kuukautiskierron käynnistyttyä sekä imetyksen loputtua.
Sosiaali- ja terveysministeriö	Ohjelman tavoitteena oli edistää	Toimintaohjelman tulokset, raportti	Monissa sairaanhoitopiireissä synnytyksen

<p>2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen – Toimintaohjelma 2007-2011.</p>	<p>seksuaali- ja lisääntymisterveyttä Suomessa (mm. synnytyksen jälkeisten raskauden keskeytyksien määrä vähenee). Tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville henkilöille.</p>	<p>vuodelta 2012: Seksuaalineuvontaa lisättiin, raskausajan hoitoa on kehitetty, imetysohjausta on lisätty, toistuvasti aborttia hakeville tarjottiin pidempikestoista raskaudenehkäisyä.</p>	<p>jälkeistä ehkäisyneuvontaa ja seksuaalisuuden tukemista lisättiin.</p>
<p>Uusitalo, Liisa ym. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010.</p>	<p>Raportin kohteina olivat alle 1-vuotiaiden lasten imetus, lisäruokinta historia, perheen sosio-ekonominen tausta sekä neuvolatyöntekijän koulutus.</p>	<p>Tulosten mukaan 47 prosenttia alle kuukauden ikäisistä lapsista oli täysimetettyjä. 8 prosenttia vastasyntyneistä ei imetetty laisinkaan. Neljä kuukautta täytäneistä 23 prosenttia oli enää täysimetyksen varassa ja puolen vuoden ikäisistä enää vajaa prosentti. Korkeammin koulutettujen vanhempien lapsia imetettiin pidempään.</p>	<p>Tulosten mukaan 47 prosenttia alle kuukauden ikäisistä lapsista oli täysimetettyjä. Neljä kuukautta täytäneistä 23 prosenttia oli enää täysimetyksen varassa ja puolen vuoden ikäisistä enää vajaa prosentti.</p>