

Niina Niskanen
Hanna Raatikainen
Tiia Roitto

NEUVOLAN
TERVEYDENHOITAJIEN
NÄKEMYKSIÄ SYNNYTYKSEN
JÄLKEISESTÄ RASKAUDEN
EHKÄISYSTÄ


Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma

Marraskuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU
Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>30.11.2010</p>
<p>Tekijä(t)</p> <p>Niina Niskanen, Hanna Raatikainen, Tiia Roitto</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</p> <p>Hoitotyön koulutusohjelma Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto</p>
<p>Nimeke</p> <p>Neuvolan terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä</p>	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomessa tehtiin vuonna 2009 10427 raskaudenkeskeytystä. 36,6 % keskeytyksistä tehtiin naisille, jotka olivat synnyttäneet aiemmin. Raskaudenkeskeytyksen riski kohoaa 6–8 kuukauden aikana synnytyksestä. Tänä ajankohtana lapsi alkaa saada lisäravintoa, ja imetyksen antama ehkäisysuoja heikkenee.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn haasteista ja ongelmista. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, mitä kehitettävää synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä on. Opinnäytetyötä varten haastateltiin yhdeksää Mikkelin terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajaa. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna, ja analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia.</p> <p>Synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn haasteiksi ja ongelmiksi aineiston perusteella nousivat puutteet terveydenhoitajan ohjauksessa ja ongelmat ehkäisymenetelmissä. Lisäksi haasteita ehkäisyyn asettivat erityisryhmät, asiakkaan asenne ja heikko motivaatio ehkäisyä kohtaan ja parisuhteen haasteet. Äitiysneuvolan yhteisen toimintamallin kehittäminen koettiin tarpeelliseksi synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn käsittelemiseksi.</p> <p>Terveydenhoitajan tulee käsitellä raskauden ehkäisyä äidin kanssa jo odotusaikana. Erityisryhmien ohjaamiseen ja tukemiseen raskauden ehkäisyyn liittyvissä asioissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Riittävän varhaisella ja hyvällä ehkäisyohjauksella on mahdollista vaikuttaa mekaanisten ja hormonaalisten ehkäisymenetelmien ongelmiin. Terveydenhoitajan on tärkeää ottaa huomioon myös puoliso raskauden ehkäisyä suunniteltaessa.</p> <p>Jatkotutkimusaiheiksi muodostuivat erityisryhmien ehkäisyneuvonnan tutkiminen ja siihen liittyvien haasteiden selvittäminen sekä äitiysneuvoloiden asiakkaiden näkemyksien selvittäminen synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä.</p>	
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>Raskauden ehkäisy, terveydenhoitaja, äitiysneuvola, perhesuunnittelu</p>	
<p>Sivumäärä</p> <p>32s. + liitteet (5s.)</p>	<p>Kieli</p> <p>Suomi</p>
<p>URN</p>	
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>	
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Riitta-Liisa Jukarainen</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Mikkelin terveyskeskus</p>

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the master's thesis 30.11.2010	
Author(s) Niina Niskanen, Hanna Raatikainen, Tiia Roitto		Degree programme and option Degree programme in nursing Public health nursing option	
Name of the master's thesis Clinics public health nurses` views on postpartum contraception			
Abstract <p>There were 10427 abortions in Finland in 2009. 36,6% of induced abortions were performed on women who had given birth in the past. The risk of induced abortion increases during 6-8 months postpartum. During this time the child begins to get more nourishment, and lactation by contraceptive protection weakens.</p> <p>Purpose of this thesis was to investigate nurses' views on postpartum contraception challenges and problems. Also, the purpose was to find out what should be developed in postpartum contraception. Thesis interviewed nine public health nurses who worked in health center for maternal and child health unit in Mikkeli. The study was conducted as a half-structured themed interview, and the analysis method used was content analysis.</p> <p>Material basis showed that challenges and problems in postpartum contraception were deficiencies under the guidance of the public health nurses and problems in contraceptive methods. In addition, challenges to prevention were caused by the special groups, customers attitudes and poor motivation towards contraception and challenges in a relationship. It was necessary to develop a common approach to postpartum contraception treatment in maternity clinic.</p> <p>Public health nurse should discuss contraception with the mother already during pregnancy. Particular attention should be given to guide and support special groups about contraception. Sufficiently early and good preventive control can affect the mechanical and hormonal contraception problems. It is also important to pay attention to spouse when planning contraception.</p> <p>Further research topics could be investigating contraceptive advice for special groups and determine the associated challenges, as well as to determine maternity clinics customers' views of postpartum contraception.</p>			
Subject headings, (keywords) Contraception, public health nurse, maternity clinic, family planning			
Pages 32p. +appendices (5p.)	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Riitta-Liisa Jukarainen		Master's thesis assigned by Mikkelis health centre	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TERVEYDENHOITAJA PERHESUUNNITTELUN TOTEUTTAJANA ÄITIYSNEUVOLASSA	2
2.1	Äitiysneuvolatoiminta Suomessa.....	2
2.2	Ehkäisyohjaus äitiysneuvolassa.....	2
2.3	Erityisryhmät äitiysneuvolan asiakkaina	3
3	SEKSUAALISUUS, PARISUHDE JA RASKAUDEN EHKÄISY SYNNYTYKSEN JÄLKEEN.....	4
3.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteinä.....	4
3.2	Synnytyksen vaikutukset seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen	5
3.3	Raskauden ehkäisymenetelmät synnytyksen jälkeen	7
3.3.1	Mekaaniset menetelmät	7
3.3.2	Hormonaaliset menetelmät	8
3.4	Imetys ja raskauden ehkäisy	9
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	10
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	11
5.1	Kvalitatiivinen tutkimus tutkimusmenetelmänä	11
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu.....	11
5.3	Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä ja haastattelun toteutus.....	12
5.4	Analyysimenetelmät	13
6	TERVEYDENHOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ SYNNYTYKSEN JÄLKEISESTÄ RASKAUDEN EHKÄISYSTÄ.....	14
6.1	Haastateltavien taustatiedot	14
6.2	Terveydenhoitajien antama ohjaus synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä	14
6.3	Ongelmat ehkäisymenetelmissä synnytyksen jälkeen	17
6.4	Erityisryhmät ja asiakkaiden asenteet äitiysneuvolan haasteena.....	19
6.5	Seksuaalisuus ja parisuhde osana raskauden ehkäisyä	20
6.6	Yhtenäinen toimintamalli äitiysneuvolan kehityksen kohteena	21
7	POHDINTA	22
7.1	Tulosten tarkastelu.....	22

7.2	Eettisyys.....	28
7.3	Luotettavuus	29
7.4	Johtopäätökset ja suositukset.....	30
	LÄHTEET	33

LIITE/LIITTEET

- 1 Toimeksianto
- 2 Tutkimuslupahakemus
- 3 Saatekirje terveydenhoitajille
- 4 Haastattelulomake

1 JOHDANTO

Suomessa tehtiin vuonna 2009 10 427 raskaudenkeskeytystä. Tämä vastaa 8,9 keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä (15–49-vuotiasta) naista kohti. Suomalaiset aborttitilastot osoittavat, että 36,6 %:lla abortin tekevästä naisista on entuudestaan yksi tai useampi lapsi. Raskaudenkeskeytyksiä tehtiin vuonna 2006 11,5 % samana tai edellisellä vuonna synnyttäneille naisille. Raskaudenkeskeytyksen tehneistä 62,9 % oli käyttänyt jotain ehkäisymenetelmää raskauden alkaessa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.)

Synnytyksen jälkeistä raskaudenehkäisyneuvontaa on tehostettava. Raskaudenkeskeytyksen riski on kohonnut 6–8 kuukautta synnytyksestä, jolloin lapsi alkaa saada lisäravintoa, ja imetyksen antama ehkäisy suoja heikkenee. (Vikat, Kosunen & Rimpelä 2002, 84.) Mikäli uudelta raskaudelta halutaan välttyä, ehkäisy tulisi olla kunnossa silloin, kun lapsi alkaa saada lisäravintoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 91).

Äiti käy synnytyksen jälkitarkastuksessa 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä (Hiilesmaa 2004, 369). Jälkitarkastuksessa käyminen on edellytys vanhempainrahan saamiselle (Kansaneläkelaitos 2010). Jälkitarkastuksessa selvitetään naisen ehkäisy tarve sekä keskustellaan sopivasta menetelmästä ja aloitusajankohdasta (Perheentupa 2004). Tarkastuksella on tärkeä merkitys synnytyksen jälkeisen ehkäisy hoitamiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 91).

Synnytyksen jälkeen on tavallista, että nainen tuntee halua sukupuolielämän aloittamiseen vasta joidenkin viikkojen kuluttua synnytyksestä (Oulasmaa 2006, 195). Kosunen (2006, 16) mukaan kuukauden sisällä synnytyksestä yhdynnät aloittaa 25 % naisista ja 5–8 kuukauden kuluttua synnytyksestä 64 % naisista on aloittanut yhdynnät. Vuoden kuluttua synnytyksestä yhdyntöjen aloittaneiden määrä on 79 %.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Mikkelin terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, mitä kehitettävää synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä on. Työn toimeksiantaja on Mikkelin terveyskeskus.

2 TERVEYDENHOITAJA PERHESUUNNITTELUN TOTEUTTAJANA ÄITIYSNEUVOLASSA

2.1 Äitiysneuvolatoiminta Suomessa

Äitiysneuvolan toimintaa ohjaa valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Asetuksen tarkoitus on varmistaa lasta odottavien naisten ja perheiden terveysneuvonta ja toteuttaa suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja tarpeet huomioivia terveystarkastuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11–12.) Äitiysneuvolan yleistavoitteena on turvata odottavan äidin, sikiön ja vastasyntyneen paras mahdollinen terveys. Tavoitteena on myös ehkäistä raskaudenaikaisia häiriöitä, todeta mahdolliset häiriöt varhain ja ohjata sujuvasti hoitoon sekä huolehtia vastasyntyneestä ja äidistä lapsivuodeaikana. (Neuvolakeskus 2010.)

Äitiysneuvolakäyntien määrä määritellään yksilöllisen tarpeen mukaan: ensisynnyttäjillä tarkastuksien vähimmäismäärä on 13–17 käyntiä ja uudelleensynnyttäjillä 9–13 käyntiä. Synnytyksen jälkeisiä äitiysneuvolan tarkastuksia ovat jälkitarkastus ja kotikäynti vastasyntyneen perheeseen. (Neuvolakeskus 2010.) Jälkitarkastus tehdään 5–12 viikkoa synnytyksestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 91). Lääkärin tarkastuksia on raskausaikana kolme ja yksi synnytyksen jälkeen (Neuvolakeskus 2010).

Synnytyksen jälkeisiä terveydenhoitajan käyntejä on nollostakolmeen. Vähän yli kaksi kolmasosaa ensisynnyttäjistä käy terveydenhoitajan vastaanotolla kerran ja viidesosa kaksi kertaa. Ensisynnyttäjistä 8 % ei käy ollenkaan terveydenhoitajan tarkastuksessa synnytyksen jälkeen. Uudelleensynnyttäjistä synnytyksen jälkeisessä terveystarkastuksessa käy kaksi kertaa 70 % äideistä, kerran 19 % ja 9 % ei kertakaan. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2007, 23–24.)

2.2 Ehkäisyohjaus äitiysneuvolassa

Äitiysneuvoloiden terveysneuvontaan kuuluvat seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen ja raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat (Ritamo, Kosunen & Liinamo 2006, 61). Sosiaali- ja terveysministeriön (2007, 91) mukaan synnytyksen jälkeistä ehkäisyä on käsiteltävä äitiysneuvolassa loppuraskauden aikana, kotihoito-ohjauksessa ja synnytyksen

jälkitarkastuksessa. Toimintaohjelman tavoitteena on synnytyksen jälkeisen ensimmäisen vuoden aikana tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrän väheneminen. Tavoitteeseen pääseminen vaatii toimenpiteitä: synnytyksen jälkeisen ehkäisyn neuvontaa on tehostettava, ja ehkäisyn aloittamista synnytyksen jälkitarkastuksessa on lisättävä. Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen äitiysneuvolan määräaikaistarkastusten ohjelmakaavion mukaan ehkäisyneuvonta sijoittuu ainoastaan terveydenhoitajan ja lääkärin jälkitarkastuskäynneille. (Äitiysneuvolan määräaikaistarkastusten ohjelmakaavio 2010.)

Terveydenhoitaja ohjaa ja tukee asiakasta ehkäisymenetelmän valinnassa. Synnytyksen jälkeiseen ehkäisyn tarpeeseen ja ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat äidin imetys, seksuaalisen aktiivisuuden palautuminen ja toiveet seuraavasta lapsesta. Terveydenhoitajien täytyy kuitenkin kunnioittaa äitien päätöstä kieltäytyä ehkäisystä esimerkiksi uskonnollisen vakaumuksen tai seksuaalisen suuntautumisen vuoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 91.)

2.3 Erityisryhmät äitiysneuvolan asiakkaina

Erityisryhmiä ovat päihteiden väärinkäyttäjät, mielenterveysongelmista kärsivät, maahanmuuttajat, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt, vammaiset, perheväkivaltaa ja parisuhdeongelmia sisältävät perheet, sairasta tai vammaista lasta odottavat perheet sekä monikkolapsia odottavat perheet. Erityisryhmiin kuuluvien asiakkaiden tunnistaminen on tärkeää. Tämän lisäksi ammattihenkilöiden on tiedettävä, miten erityisryhmien asiakkaita tulisi hoitaa, ja mitä palveluita heidän auttamisekseen voitaisiin käyttää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 65.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 62–67) mukaan terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestettävä siten, että asiakkaan erityisen tuen tarve tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tarpeen mukainen tuki tulee järjestää viiveittä. Neuvolatyöntekijöillä sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskentelevillä on hyvät mahdollisuudet tunnistaa lasten, nuorten ja perheiden ongelmia ja erityisen tuen tarpeita, koska he tapaavat työssään lähes kaikki lasten ja nuorten ikäluokat. Tämä mahdollistaa erityisen tuen tarpeen tunnistamisen ja tuen kohdentamisen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lastensuojelulaki edellyttää, että erityistä tukea anne-

taan äitiys- ja lastenneuvolassa sekä muussa terveydenhuollossa silloin, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana.

Varhaisella tuen tarpeen tunnistamisella ja sen järjestämisellä voidaan ehkäistä lapsen, nuoren ja perheen elämän ongelmien vaikeutumista. Varhaisen tuen avulla voidaan myös ehkäistä myös myöhempien korjaavien palveluiden käyttö. Määräaikaisten terveystarkastusten lisäksi erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi ja toteuttamiseksi tulee perheelle tarvittaessa järjestää lisä- ja kotikäyntejä ja laadittava suunnitelma erityisen tuen järjestämisestä. Terveydenhuollon henkilöstön on tarvittaessa tehtävä yhteistyötä kunnan eri toimijoiden, kuten päivähoidon, kotipalvelun, lastensuojelun, oppilas- ja opiskelijahuollon sekä erikoissairaanhoidon ja muiden tahojen kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 62–67.)

Mikäli lapsen, nuoren tai perheen ympäristössä on tekijöitä, jotka voivat vaarantaa lapsen tai nuoren terveyttä, kasvua tai kehitystä, tulisi erityisen tuen tarve aina selvittää. Tuen tarpeen tarkempaa selvittämistä tarvitsevat perheet, jotka ovat joutuneet rikosseuraamusten kohteeksi, kuuluvat sijaishuollon tai muun lastensuojelun piiriin tai ovat maahanmuuttajia. Myös matalampaa sosioekonomista asemaa edustavissa perheissä tuen tarpeen selvittäminen on tärkeää, sillä näissä perheissä voi mahdollisesti esiintyä taloudellisia ongelmia, työttömyyttä, päihteiden käyttöä, terveysongelmia ja terveyttä vaarantavia elintapoja. Tärkeää olisi tunnistaa myös ne ongelmat, jotka voivat siirtyä seuraavalle sukupolvelle, kuten vanhempien mielenterveyshäiriöt ja päihteiden käyttö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 62–67.)

3 SEKSUAALISUUS, PARISUHDE JA RASKAUDEN EHKÄISY SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

3.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteinä

Seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden käsitteitä on lähes aina käytetty yhdessä. Seksuaaliterveyden käsitettä käytettiin jo 1980-luvulla, mutta sen käyttö yleistyi vasta Kairossa vuonna 1994 pidetyn Yhdistyneiden Kansakuntien väestö- ja kehityskonferenssin hyväksymän käsittemäärittelyn jälkeen. (Lottes 2000, 12.) Aikaisemmin seksuaaliterveys oli sisältynyt lisääntymisterveyden käsitteeseen, mutta konferenssin jälkeen järjestys muuttui päinvastaiseksi, sillä seksuaaliterveyden koettiin olevan laa-

jempi osa-alue. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 20). Maailman terveysjärjestö WHO on käyttänyt seksuaaliterveyden ja seksuaalisen hyvinvoinnin käsitteitä jo 1970- ja 1980-luvuilla. Vielä silloin käsitteet ovat olleet epäselviä ja tulkinnanvaraisia. (Lottes 2000, 13.)

Seksuaaliterveys on osa ihmisen hyvinvointia, ja se kattaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen osa-alueen. (Ritamo ym. 2006, 60). Se on myös edellytys lisääntymisterveydelle. Seksuaaliterveys on käsitteenä laajempi kuin lisääntymisterveys; se on osa yksilöä koko elämänkaaren ajan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 20.) Lisääntymisterveyden käsitteeseen liitetään hedelmällisyyteen, raskauteen, synnytykseen ja imetykseen liittyvät osa-alueet (Ritamo ym. 2006, 60). WHO:n mukaan seksuaaliterveys ymmärretään kokonaisvaltaisena hyvinvoinnin tilana, jonka edellytyksenä on positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuuteen sekä halutessa mahdollisuus nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista syrjintää ja väkivaltaa. Nämä erilaiset psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät ovat hyvän seksuaaliterveyden edellytyksiä. (Lottes 2000, 13.)

Kansainvälisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden terminologia ei ole edelleenkään vakiintunutta. 2000-luvulta lähtien eurooppalaisissa yhteyksissä käsitteitä on käytetty rinnakkain (*sexual and reproductive health*). Silloin ei oteta kantaa käsitteiden päällekkäisyyteen, vaan ne ymmärretään osittain päällekkäisiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 20.)

3.2 Synnytyksen vaikutukset seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen

Synnytyksen jälkeen munasarjojen normaali hormonitoiminta palautuu vähitellen, jonka vuoksi nainen tuntee halua sukupuolielämän aloittamiseen usein vasta joidenkin viikkojen kuluttua synnytyksestä. Fysiologisesti seksuaalisuuden palautuminen synnytyksen jälkeen kestää noin 8–12 viikkoa. Tällöin emättimen ja klitoriksen seksuaaliset reaktiot, kostuminen ja laajentuminen, verenkierron lisääntyminen sekä orgasmin intensiivisyys jälleen normalisoituvat. Alatiesynnytyksessä emätin venyy voimakkaasti. Tämä muuttaa emätintä, vaikuttaa sitä tukevaan lihaksistoon sekä sidekudokseen. Emättimen lihaksiston ja sidekudoksen palautuminen alatiesynnytyksestä on yksilöllistä, ja kestää yleensä 6–8 viikkoa. Välilihan leikkaushaavan arkuus ja kipu kestävät noin 4–8 viikkoa. (Oulasmaa 2006, 195.) Reinholmin (1999, 78) mukaan miehistä 85

% koki kumppanin sukupuolielimien pysyneen ennallaan tai jopa muuttuneen paremmiksi synnytyksen jälkeen, 15 % koki sukupuolielinten muuttuneen synnytyksen jälkeen huonommiksi. Naisvastaajista 42 % koki synnytyksen vaikuttaneen negatiivisesti emättimensä kuntoon, ja 58 % koki sen pysyneen ennallaan tai muuttuneen paremmaksi. Naisista 81 %:lla oli ollut kivuliaita yhdyntöjä synnytyksen jälkeen. Seksuaalisesta kiihottumisesta huolimatta nainen ei välttämättä kostu, mikä aiheuttaa yhdyntäkipuja. Liukasteiden käyttö yhdynnöissä on suositeltavaa, kunnes elimistön oma hormonitoiminta palautuu. Barrettin ym. (2000) mukaan kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä 46 % naisista koki ongelmana emättimen kostumisen puutteen, 55 % naisista kertoi yhdyntöjen tuottaneen kipua ja 53 % prosenttia tunsu seksuaalisen halukkuuden puutetta. Myös imettäminen lisää emättimen limakalvojen kuivuutta (Oulasmaa 2006, 196).

On luonnollista, että parisuhteessa seksi jää hetkeksi lapsen syntymän jälkeen (Ihme & Rainto 2008, 129). Kosusen (2006) mukaan kuukauden sisällä synnytyksestä yhdynät aloittaa 25 % naisista, 5–8 kuukauden kuluttua 64 % naisista, ja vuoden kuluttua synnytyksestä yhdyntöjen aloittaneiden määrä on 79 %. Vauvan syntymä muuttaa parisuhdetta. Estrogeenitason mataluus ja valvotut yöt voivat aiheuttaa alakuloisuutta, itkeskelyä ja masentuneisuutta. Synnyttäneistä naisista 50–80 % kokee synnytyksen jälkeisen herkistymisen, baby bluesin. Oireet kestävät yleensä muutamia viikkoja, jonka jälkeen häviävät vähitellen. (Ihme & Rainto 2008, 128.) Tällöin parisuhde ja myös siihen kuuluva seksielämä voi joutua koetukselle (Oulasmaa 2006, 196).

Naisen seksuaalinen halukkuus kehittyy rauhassa, omaan tahtiinsa synnytyksen jälkeen, kun mies olisi useimmiten kykenevä jatkamaan seksielämää entiseen malliin. Fyysisten vaivojen lisäksi ristiriitaa miehen ja naisen halukkuuden välillä aiheuttaa väsymys. (Reinholm 1999, 68.) Synnytyksen jälkeen pareja olisi hyvä kannustaa tutustumaan synnyttäneen naisen vartaloon uudelleen. Tapoja rakastella, tuottaa toiselle mielihyvää ja nautintoa on lukuisia, joista yhdyntä edustaa vain yhtä osa-aluetta. Parisuhteessa molemmat ovat vastuussa hellyyden ja läheisyyden vaalimisesta. (Oulasmaa 2006, 197.) Äitiydellä voi toisaalta olla myös hyvin positiivinen ja syventävä vaikutus seksielämään. Miehistä 85 % ilmoitti seksuaalisen halukkuutensa lisääntyneen tai pysyneen ennallaan, ja 13 % kertoi sen vähentyneen kumppaninsa synnytyksen jälkeen. Naisista 60 % kertoi halukkuuden lisääntyneen tai pysyneen ennallaan ja 40 % vähentyneen synnytyksensä jälkeen. (Reinholm 1999, 56, 71.)

3.3 Raskauden ehkäisymenetelmät synnytyksen jälkeen

3.3.1 Mekaaniset menetelmät

Mekaanisiin ehkäisymenetelmiin kuuluvat erilaiset estemenetelmät, kuparikierukka ja sterilisaatio (Kivijärvi 2008, 1001). Kondomi on luotettava ehkäisymenetelmä oikein käytettynä, ja sitä voidaan käyttää heti synnytyksen jälkeen. Imetyksen aikaiseen ehkäisyyn se sopii hyvin, sillä sen käyttöä tukee imetyksen antama lisäsuoja. Kondomin haitta synnytyksen jälkeisessä ehkäisyssä on epämukavuus, joka johtuu vähäisen estrogeenimäärän aiheuttamasta limakalvojen arkuudesta ja ohuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 92.) Kondomi on yleisin synnytyksen jälkeen käytetty ehkäisymenetelmä: kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä imettävistä äideistä 63 % ja ei-imettävistä 42 % käyttivät kondomia. Vuoden kuluttua synnytyksestä kondomia käyttivät neljä kymmenestä. (Kosunen 2006, 19, 23.) Muita estemenetelmiä ovat naisten kondomi, pessaarit ja spermisidit (Kivijärvi 2008, 1001).

Kuparikierukka on pitkäaikainen ja varma ehkäisymenetelmä synnyttäneelle vakituksessa suhteessa elävälle naiselle. Kuparikierukka on mahdollista asettaa aikaisintaan kahdeksan viikkoa synnytyksen jälkeen, ja sen ehkäisyvarmuus kestää noin viisi vuotta. Menetelmän etu on, että sitä voidaan käyttää imetyksen aikana, sillä se ei vaikuta imettävän äidin maidon eritykseen. Menetelmä on myös riippumaton naisen ehkäisymotivaatiosta. Jälkiehkäisymenetelmänä kuparikierukka voidaan asentaa jo ennen jälkitarkastusta, mutta kuitenkin vasta kahdeksan viikkoa synnytyksen jälkeen. (Kivijärvi 2008, 1006–1007.) Kuparikierukan etu on sen myöhempi hyöty jatkoehkäisymenetelmänä: kuparikierukkaa voidaan käyttää viisi vuotta asennuksen jälkeen (Heikinheimo & Lähtemäki 2004, 162).

Sterilisaatio on hyvä ehkäisymenetelmä silloin, kun perheeseen ei haluta lisää lapsia (Kivijärvi 2009a). Menetelmää täytyy kuitenkin pitää lopullisena, joten tarkka harkinta molempien puolisoitten kanssa on tärkeää. Naiselle tehty sterilisaatio ei vaikuta imetykseen. Synnytyksen jälkeen tehtävä sterilisaatio on suunniteltava ajoissa etukäteen, eikä äkillisiä toivomuksia lähellä synnytystä pitäisi yleensä toteuttaa. (Perheentupa 2004.) Synnyttäneelle naiselle voidaan tehdä sterilisaatio 1–3 päivää synnytyksen jälkeen (Kivijärvi 2009b). Sektiossa voidaan tehdä sterilisaatio välittömästi synnytyk-

sen yhteydessä. Vuonna 2008 sterilisointeja tehtiin 4450, joista 67,3 % tehtiin naisille. Suurin osa sekä naisten että miesten steriloinneista tehdään 35–39-vuotiaille. Menetelmän suosio on laskenut: sterilisointien kokonaismäärä väheni vuodesta 2007 vuoteen 2008 5,9 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

3.3.2 Hormonaaliset menetelmät

Yhdistelmävalmisteita ovat yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisykapseli ja ehkäisyrenkas. Yhdistelmäehkäisytablettien käyttöä tulee välttää imetyksen aikana: joidenkin tutkimusten mukaan ne vähentävät maidon eritystä. Tutkimukset ovat kuitenkin vanhoja, eikä uusia tutkimuksia aiheesta ole tehty. Imettävälle äidille yhdistelmäehkäisy voidaan aloittaa ensimmäisten kuukautisten tai kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä. Ei-imettävä äiti voi aloittaa käytön kolmen viikon kuluttua synnytyksestä. (Kivijärvi 2008, 1001.) Kosunen mukaan (2006, 20,24) kukaan imettävistä naisista ei kuitenkaan käyttänyt menetelmää vuosi synnytyksen jälkeen. Yhdistelmäehkäisytabletteja käyttivät kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä 19 % ei-imettävistä. Vuoden kuluttua synnytyksestä menetelmää käyttivät 15 % ei-imettävistä äideistä.

Keltarauhashormoniin eli progesteroniin perustuvia ehkäisyvalmisteita ovat tabletit, ihon alle asetettavat kapselit, ruiske ja hormonikierukka. Menetelmiä voidaan käyttää imetysaikana turvallisesti: keltarauhashormonilla ei ole vaikutusta maidon eritykseen tai imeväisen kasvuun ja kehitykseen. (Perheentupa 2004.) Ehkäisyvalmisteen aloittamisen synnytyksen jälkitarkastuksessa, mutta tarvittaessa se voidaan aloittaa jo aikaisemmin (Kivijärvi 2008, 1001). Kosunen mukaan (2006, 30) keltarauhashormoniin perustuvien ehkäisytablettien käyttö on vähäistä synnytyksen jälkeen. Keltarauhashormonitablettien yleisyys synnyttäneiden naisten ehkäisytablettinä kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä on 2 % imettävistä ja 0 % ei-imettävistä äideistä. Vuoden kuluttua synnytyksestä tabletteja käyttivät 5 % imettävistä ja 1 % ei-imettävistä naisista. (Kosunen 2006, 20, 24.) Ihonalainen ehkäisykapseli voidaan asettaa synnyttäneelle naiselle jälkitarkastuksessa (Kivijärvi 2008, 1001).

Injektio- tai keltarauhashormoniehkäisy on medroksiprogesteroniasetaattia sisältävä ruiske, jonka vaikutus on kolme kuukautta. (Heikinheimo & Lähteenmäki 2004, 164.) Injektio pistetään lihakseen 12 viikon välein, ja ensimmäinen ruiske annetaan kuukautiskierron 1–5 päivänä. Ehkäisy voidaan aloittaa imettävälle naiselle kuuden

viikon kuluttua synnytyksestä, ei-imettävälle ehkäisy aloitetaan viimeistään viiden päivän kuluttua synnytyksestä. Menetelmän haittavaikutuksia ovat vuotohäiriöt, pahoinvointi, painon nousu ja päänsärky. (Kivijärvi 2008, 1006.) Toistaiseksi injektio-
muotoista keltarauhashormoniehkäisyä käytetään Suomessa vähän (Heikinheimo & Lähteenmäki 2004, 164).

Hormonikierukka on sopiva ehkäisymenetelmä synnyttäneille naisille. Se voidaan asettaa paikoilleen kahdeksan viikkoa synnytyksen jälkeen, ja sen ehkäisyteho on noin viisi vuotta. (Kivijärvi 2008, 1007.) Hormonikierukkaa käyttivät kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä 3 % imettävistä äideistä ja 5 % ei-imettävistä äideistä. Vuoden kuluttua synnytyksestä hormonikierukkaa tai kapselia käyttivät 9 % imettävistä ja 10 % ei-imettävistä äideistä. (Kosunen 2006, 20, 24.)

Hormonaalinen jälkiehkäisymenetelmä on tehokas: raskaustapauksia on korkeintaan 3 %. Imettävällä äidillä jälkiehkäisy on tarpeen vain, jos kuukautiset ovat alkaneet, lapsi on alle kuuden kuukauden ikäinen eikä lapsi saa lisäravintoa. Vaikka pieni määrä hormonia kulkeutuu rintamaidon mukana lapseen, sillä ei ole todettu haittavaikutuksia. (Käypä hoito 2010.) Jälkiehkäisytablettien ottamisen jälkeen voidaan jättää yksi imetyskertta väliin, jotta minimoidaan hormonien kulkeutuminen lapseen (Kivijärvi 2008, 1009). Synnyttäneistä naisista 72 % ilmoitti tietävänsä, miten jälkiehkäisyä käytetään. Kuitenkin jälkiehkäisyn aikarajasta oli epäselvyyksiä: vain 7 % synnyttäneistä naisista tiesi jälkiehkäisyn aikarajan olevan 72 tuntia. (Kosunen 2006, 26.)

3.4 Imetys ja raskauden ehkäisy

Imettävän äidin hedelmällisyys on huomattavasti alentunut. Kun kuukautiset eivät ole alkaneet, kypsiä munarakkuloita ei yleensä kehity ollenkaan. Keltarauhasen toiminta on myös vajavaista. On tavallista, kuukautisten palautuessa ensimmäistä vuotoa ei edellä varsinainen ovulaatio. Perimmäisiä syitä munasarjojen toiminnan estymiselle imetyksen aikana ei tunneta. Kuuden kuukauden jälkeen kuukautisvuotoa edeltävän ovulaation todennäköisyys lisääntyy. (Perheentupa 2004.)

LAM-menetelmässä (*The lactational amenorrhea method*) käytetään hyödyksi imetyksen raskauden ehkäisevää vaikutusta (Van der Wijden, Brown & Kleijnen. 2008). Imetystä voidaan pitää luotettavana raskauden ehkäisymenetelmänä tietyin ehdoin.

Imetyksen ehkäisyteho on vähintään 98 %, kun rintamaito on lapsen ainoa ravinnonlähde, kuukautiset eivät ole alkaneet ja synnytyksestä on enintään kuusi kuukautta. (Kivijärvi 2008, 1001.) Lasta imetetään ympäri vuorokauden, ja pisin imetysväli on alle kuusi tuntia. Yölläkin tulee imettää, jotta imetysväli ei venyisi liian pitkäksi. (Koskinen 2008, 42.) Jos yksikin kriteereistä jää täyttymättä, imetyksen ohella on käytettävä muuta ehkäisyä, jos raskautta ei haluta. Yksi syy suunnittelemattomiin raskauksiin synnytyksen jälkeen saattaa olla se, että imetyksen raskautta ehkäisevään tehoon luotetaan liikaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 91.) Yhdyntä aloittaneista äideistä 21 % ei käyttänyt mitään ehkäisyä kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä riippumatta siitä, olivatko lapset osittaisella vai täydellä imetyksellä. (Kosunen 2006, 20.)

Äidinmaidonkorvikkeen ja kiinteän ravinnon antaminen lapselle aloitetaan yleensä 3–4 kuukauden iässä. Lapsista 10 % saa pelkästään rintamaitoa neljän kuukauden iässä. Puolen vuoden ikäisistä lapsista 1 % on täysimetettyjä. (Perheentupa 2004.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisen ehkäisyn haasteista ja ongelmista. Tutkimuksessa pyritään selvittämään terveydenhoitajien näkemyksiä siitä, kuinka tärkeäksi synnyttäneet naiset kokevat raskauden ehkäisyn, kuinka paljon äitiys- ja lastenneuvolassa käsitellään raskauden ehkäisyä, sekä millaisia haasteita ja ongelmia eri ehkäisyssä ilmenee. Lisäksi selvitetään, mitä kehitettävää synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä on.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Millaisia ongelmia äitiys- ja lasten neuvoloiden terveydenhoitajat kokevat olevan synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä?
- 2) Millaisia haasteita äitiys- ja lasten neuvoloiden terveydenhoitajat kokevat olevan synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä?
- 3) Mitä kehitettävää äitiys- ja lasten neuvoloiden terveydenhoitajat kokevat olevan synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus tutkimusmenetelmänä

Laadullisen tutkimuksen erityispiirteitä ovat merkitysten, niiden välisten suhteiden ja kokonaisuuksien tarkastelu. Laadullinen tutkimus perustuu tutkittavan ilmiön laatuun, ei sen määrään, jolloin pienikin tutkimusaineisto on laaja. Aikaisempaa tutkimustietoa tutkittavasta ilmiöstä on yleensä vähän. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on usein induktiivisuus, jolloin päättely etenee yksittäistapauksesta yleiseen. Induktiivisuuteen liittyy myös se, että päättely tehdään aineistolähtöisesti. Tutkimuksen tavoitteena on osallistujien näkökulman ymmärtäminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–31.) Tarkoituksena ei ole totuuden löytyminen tutkittavasta asiasta. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista myös tutkimustehtävien tarkentuminen tutkimusprosessin aikana. Tutkimusprosessin edetessä voi syntyä myös uusia tutkimustehtäviä. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujat ovat valittu tarkoituksen mukaisesti, ja osallistujia on yleensä vähän. Aineistoa kerätään avoimin menetelmin, esimerkiksi haastatteleamalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–31; Vilka 2005, 97.)

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen kohderyhmä on yhdeksän Mikkelin terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa. Haastattelujen ajankohdat sovittiin terveydenhoitajien kanssa puhelimitse. Terveydenhoitajille lähetettiin ennen haastatteluja sähköpostitse saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja toteuttamisesta (Liite 3). Haastattelut toteutettiin kunkin terveydenhoitajan työhuoneessa heidän työaikanaan. Haastatteluja ohjasivat aikaisemmin laaditut haastattelukysymykset. Kunkin yksilöhaastatteluun varattiin aikaa 45 minuuttia. Haastatteluiden kestot vaihtelivat 12 minuutista 37 minuuttiin. Jokaisessa haastattelutilanteessa oli terveydenhoitajan lisäksi yksi haastattelija ja yksi tilanteen tarkkailija. Tarkkailija huolehti siitä, että haastattelu eteni johdonmukaisesti, ja tarvittaessa osallistui haastatteluun.

Opinnäytetyötä varten haettiin teoretietoa äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta, perhesuunnittelusta, synnytyksen jälkeisistä ehkäisymenetelmistä sekä seksuaalisuuden palautumisesta synnytyksen jälkeen. Työtä varten selvitettiin, miten ehkäisyohjaus toteutuu äitiys- ja lastenneuvolassa, ja miten terveydenhoitajat toteuttavat perhesuun-

nittelua (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008; Kosunen 2006). Lisäksi haettiin tietoa siitä, kuinka synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy toteutuu Suomessa ja kuinka sitä tulisi kehittää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007; Ritamo, Kosunen & Liinamo 2006). Teoriatiedon pohjalta laadittiin haastattelukysymykset. Terveydenhoitajien haastatteluista nousi esiin uusia teemoja, jonka seurauksena opinnäytetyön teoriaosuutta laajennettiin. Uusia kokonaisuuksia olivat erityisryhmät äitiysneuvolan asiakkaana ja parisuhteen asettamat haasteet ehkäisyyn.

5.3 Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä ja haastattelun toteutus

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä on teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu, joka toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelussa edetään valmisteltujen teemojen mukaan kysymyslomakkeen avulla, ja vastauksia tarkennetaan tarvittaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Teemahaastattelu on joustava menetelmä aineistoa kerätessä, ja se antaa enemmän mahdollisuuksia tulkita vastauksia kuin kyselylomake. Haastattelun etuna on haastattelutilanteen havainnointi, läheinen kontakti haastateltaviin ja haastattelijan aktiivinen rooli haastattelutilanteessa. Haastateltavilla on mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita ja kokemuksia mahdollisimman vapaasti. Haastattelussa on mahdollista myös selventää saatuja vastauksia sekä syventää tietoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 193–194.)

Teemahaastattelulle on ominaista, että haastattelun teemat ovat tiedossa, mutta haastattelurungon tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelu on monipuolinen, koska se ei ole vain kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmä, vaan käyttökelpoinen myös kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tuloksia voidaan analysoida ja tulkita monipuolisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 197–198.) Kaikkien haastateltavien kohdalla käydään läpi samat teemat, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys voivat vaihdella. Haastattelurunko on valmis, mutta tilanteen mukaan haastattelun rakenne muotoutuu haastateltavan ehdoilla, jolloin esimerkiksi tarkentavien kysymysten esittäminen mahdollistuu. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11–12.)

Aineiston käsittelyn yhteydessä tekijä saa monipuolisen kuvan tutkimusaineistosta. Puhtaaksi kirjoittaminen tarkoittaa aineiston kääntämistä tekstiksi, jolloin sen tutkiminen mahdollistuu. (Kylmä & Juvakka 2007, 64–65.) Litterointi lisää vuoropuhelua

tutkijan ja tutkittavan aineiston välillä. Se helpottaa tutkimusaineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, aineiston ryhmittelyä ja luokittelua. Haastateltavien puhetta ei saa litteroinnissa muuttaa tai muokata. Aineiston käsittelyn tulee vastata haastateltavien suullisia lausumia ja niitä merkityksiä, joita haastateltavat ovat asioille antaneet. (Vilka 2005, 115–119.) Haastattelut nauhoitettiin digitaaliselle kásinauhurille, josta haastattelut purettiin tietokoneelle, ja jokainen haastatteluista litteroitiin sanatarkasti. Jokainen opinnäytetyön tekijä kirjoitti puhtaaksi kolme haastattelua ja perehtyi samalla omaan aineistoonsa. Samalla opinnäytetyön tekijä merkitsi muistiin aineiston analyysistä hyviä ajatuksia myöhempää hyödyntämistä varten. Litteroinnit tulostettiin ja käytiin läpi yksi kerrallaan yhdessä tutkijoiden kesken. Haastatteluista poimittiin kohtia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen tekijä on vastuussa aineistonsa säilyttämisestä. Aineiston säilyminen kannattaa varmistaa varmuuskopioilla, mutta kopiot eivät saa joutua ulkopuolisten käyttöön. (Kylmä & Juvakka 2007, 65.) Haastattelut tuhottiin nauhurilta heti tietokoneelle siirron jälkeen ja tietokoneelta tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Jokaisella tutkijalla oli varmuuskopio tutkimusaineistosta.

5.4 Analyysimenetelmät

Opinnäytetyön analyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, johon kuuluvat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–134). Tutkimuksen sisällönanalyysi on aineistolähtöinen, koska analyysin perustana ovat terveydenhoitajien haastattelut. Aineisto litteroitiin ja käytiin läpi tutkimuskysymysten ohjaamana.

Sisällönanalyysissä kerätty aineisto pelkistetään ja ryhmitellään erilaisten aihepiirien mukaan, ja alustavan ryhmittelyn jälkeen aineistosta etsitään varsinaisia teemoja. Aineistosta etsitään kutakin teemaa kuvaavia näkemyksiä. Haastattelukysymykset teemoitetaan, jolloin aineiston analysointi helpottuu aihepiirien jäsentäessä aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.) Teemahaastattelun etuna on se, että aineistoa voidaan tulkita ja analysoida monin eri tavoin. Haastatteluiden tuloksista voidaan laskea frekvenssejä sekä saattaa tuloksia myös numeraaliseen muotoon. (Hirsjärvi ym. 2004,

203.) Haastattelurunkoon muodostui viisi erilaista teemaa: ohjaus, ehkäisymenetelmät, motivaatio ja asenteet, seksuaalisuus ja parisuhde sekä kehittäminen.

Sisällönanalyysin avulla koottiin terveydenhoitajien haastatteluissa esiin nousseita haasteita ja ongelmia (Kuva 1). Analyysiprosessissa edettiin pelkistettyjen ilmaisujen kautta ala- ja yläluokkien ryhmittelyyn. Aineistosta poimittiin yhteensä 19 pelkistettyä ilmaisua, joista muodostui viisi alaluokkaa. Jotkut pelkistetyistä ilmauksista kuuluivat useampaan alaluokkaan. Alaluokiksi muodostuivat puutteet terveydenhoitajan ohjauksessa, ongelmat ehkäisymenetelmissä, erityisryhmien asettamat haasteet ehkäisyyn, asiakkaan asenne ja heikko motivaatio ehkäisyä kohtaan ja perisuhteen haasteiden vaikutus ehkäisyyn. Alaluokat jakoutuivat edelleen kahteen yläluokkaan, terveydenhoitajalähtöisiin haasteisiin ja ongelmiin sekä asiakaslähtöiseen haasteisiin ja ongelmiin. Kehittämiseen liittyvä teema käsiteltiin erikseen omana osionaan.

6 TERVEYDENHOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ SYNNYTYKSEN JÄLKEISESTÄ RASKAUDEN EHKÄISYSTÄ

6.1 Haastateltavien taustatiedot

Tutkimusta varten haastateltiin yhdeksää Mikkelin terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa työskentelevää terveydenhoitajaa. Haastateltavien keski-ikä oli 52 vuotta. Terveydenhoitajien työkokemus äitiys- ja lastenneuvolassa oli keskimäärin 16 vuotta. Terveydenhoitajista yhdellä oli AMK-tutkinto ja muilla oli terveydenhoitajan opistotasoinen tutkinto. Kaikkien haastateltavien vastuualueena oli yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola. Osalla terveydenhoitajista vastuualueeseen kuuluivat myös joukkotarkastukset, perhesuunnittelu ja aikuisvastaanotto.

6.2 Terveydenhoitajien antama ohjaus synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä

Viisi terveydenhoitajaa kertoi käsittelevänsä synnytyksen jälkeistä raskauden ehkäisyä odotusaikana äidin kanssa. Yksi haastateltavista kertoi käsitelleensä ehkäisyä raskausaikana asiakkaan ottaessa asian itse puheeksi, kolme terveydenhoitajista ainoastaan synnytyksen jälkeen. Tilanteita, joissa terveydenhoitajat käsitelivät raskauden ehkäisyä odotusaikana, olivat ensimmäinen neuvolakäynti, raskauden toinen ja viimeinen

kolmannes sekä perhevalmennus. Synnytyksen jälkeen ehkäisyä käsiteltiin terveydenhoitajan jälkitarkastuksessa ja kotikäynnillä.

Terveydenhoitajista viisi koki raskauden ehkäisyyn liittyvien asioiden läpikäymisen tärkeäksi odottavan äidin kanssa, kaksi heistä ei kuitenkaan keskustele asiasta ellei asiakas ota ehkäisyä itse puheeksi. Neljä haastateltavista ei kokenut tärkeäksi synnytyksen jälkeisen ehkäisyasioiden läpikäymistä odotusaikana.

”No varmasti ihan olis tärkeätä, mutta myönnän että en sitä tee ellei asiakas kysy--- ei oo kyllä tullut ajateltuakaan puhua raskauden ehkäisystä jo odotusaikana---ehkä tässä vois ihan omaa toimintaa kehittää ja ottaa sen aikasemmin.”

”Se on tärkeä asia, mutta se ei välttämättä mee perille, koska tota se raskaus ja synnytys on niin voimakkaasti siinä ja se vauvan odotus, että ne asiat ei sillä hetkellä oo niinku ykkösasioita---.”

Kaikki haastateltavat kokivat raskauden ehkäisyyn liittyvien asioiden läpikäymisen tärkeäksi synnyttäneen äidin kanssa, ja käsittelivät aihetta jokaisen asiakkaan kanssa. Terveydenhoitajat käsittelivät ehkäisyä keskustelemalla asiakkaan kanssa sekä antamalla kirjallista materiaalia asiakkaalle luettavaksi.

Kahdeksan haastateltavan mielestä ehkäisyohjaus eroaa ensisynnyttäjän ja jo aiemmin synnyttäneen äidin kohdalla. Terveydenhoitajat kokivat, että ensisynnyttäjät tarvitsevat monipuolisempaa ohjausta verrattuna uudelleensynnyttäjiin. Yhden haastateltavan mielestä ensi- ja uudelleensynnyttäjälle annettavalla ehkäisyohjauksella ei ole oleellista eroa.

”Ehkä sit jos on jo kolmas tai neljäs synnytys niin ei ehkä käy sitä läpi, että ehkä sit vaan muistuttaa siitä ehkäisystä.”

”No eroaahan se ihan oleellisesti.”

Asioita, joita terveydenhoitajat kokivat haasteelliseksi synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä, olivat asiakkaan huolettomuus ehkäisyä kohtaan, asiakkaan vakaumus, ongelmat ehkäisymenetelmän valinnassa sekä ongelmat ohjaustilanteen vuo-

rovaikutuksessa. Viisi terveydenhoitajista koki haastaviksi tilanteet, joissa asiakkaan asenne ehkäisyä kohtaan oli huoleton. Tähän liittyi perheet, joilla on psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia sekä äidit, jotka eivät ota ehkäisyä todesta tai huolehdi muuten ehkäisystä.

”No haastetta tulee varmaan ainakin sillon, jos toisaalta ei oteta ihan todesta sitä raskauden ehkäisyä, ja tavallaan ei haluta tulla raskaaks, mutta sitten kuitenkin tulee raskaaks.”

”Mutta just nämä tämmöset joitten on vaikee toimia muutenkaan minkään oikeestaan tän yhteiskunnan normien mukaan. Niillä se tuottaa vaikeutta, siellä se haasteellisuus tulee kaikista eniten.”

Asiakkaan vakaumukseen liittyvät asiat mainitsi haasteelliseksi kolme terveydenhoitajaa. Asiakkaan vakaumuksiin vaikuttivat uskonto ja eettiset kysymykset. Tähän liittyi myös perheet, jotka eivät halua käyttää ehkäisyä. Terveydenhoitajat kokivat haasteelliseksi ehkäisystä keskustelemisen näiden asiakkaiden kanssa. He pelkäsivät loukkavansa asiakasta tai erehtyvänsä olettamaan asioita esimerkiksi uskonnollisen vakaumuksen perusteella.

Ongelmat ehkäisymenetelmän valinnassa koki haasteelliseksi kolme terveydenhoitajaa. Asiakkaalle oli toisinaan vaikeaa löytää synnytyksen jälkeen sopiva ehkäisymenetelmä. Joidenkin asiakkaiden kohdalla harhakäsitykset vaikeuttivat ehkäisymenetelmän valintaa.

”On hirveen paljon semmosia, jotka on sanonu, että heille ei käy yhdistelmäpil-lerit tai estrogeeni tai jotakin muuta, he ei missään tapauksessa halua kierukkaa, et semmosta ihmiseen työnnetään tai jotakin muuta. Ja sit keksiä siihen jotain, et onks viel olemassa jotain mitä vois edes tarjota ja kuitenkin ei pelkään kondominkaan luota.”

Seitsemän terveydenhoitajista koki ongelmat vuorovaikutustilanteissa haasteelliseksi. Haasteellisuutta vuorovaikutustilanteisiin toi äidin haluttomuus vastaanottaa tietoa, vauvan läsnäolo neuvolassa, asiakkaan hiljainen luonne sekä avoimuuden ja luotta-

muksen puute. Kahden terveydenhoitajan mielestä eri-ikäiset asiakkaat tarvitsevat erilaista ohjausta, mikä tekee ohjauksen haasteelliseksi.

”Ja yks haaste, mikä siinä sitten on niin, jos puhutaan kuus viikkoa synnytyksestä jollekin ehkäisystä, he kokee, että sille ei ole silloin tarvetta. Elikkä välttämättä ei ole vastaanottavaisia siinä, mut sit muutaman viikon kuluttua se tilanne voi muuttuakin eli kun se pikkuhiljaa lähtee sitten nää läheisyys ja yhdynnät tapahtumaan, tuntuu siinä kohtaa sitten kaukaselle, niin siihen täytyy muistaa palata sitten myöhemmin.”

”No se, että reilusti puhutaan oikeilla nimillä, ja se että asiakas tulee sillä lailla, että on luottamus puolin ja toisin tässä. Et uskaltaa olla sille auki, et ei oo mitään myyttejä, että ihan voidaan puhua ehkäisystä, yhdynnöistä ja sukupuolielämästä ihan niinku yhtä reilusti kuin syömistä tai liikunnasta.”

”--- koska siinä on yleensä vauva mukana se itkee ja kun sä kysyt siltä äidiltä asioita niin koko ajan se huomio tahtoo mennä siihen vauvaan niin ei välttämättä jää äidille mieleen ne asiat.”

”No ohjauksessa tietenkin se et jokainen ihminen ottaa eritavalla vastaan sitä tietoa, että osaa mennä siihen syvyyteen, mitä just se asiakas ajattelee siitä. --- aistit herkkänä sen asiakkaan tarpeille.”

6.3 Ongelmat ehkäisymenetelmissä synnytyksen jälkeen

Neljän haastateltavan mielestä asiakkaat ovat aika tietoisia eri ehkäisymenetelmistä ja vaihtoehtoista synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä. Kahden terveydenhoitajan mielestä toissynnyttäjillä on enemmän tietoa verrattuna ensisynnyttäjiin. Kahden haastateltavan mielestä äitien tietoisuus ehkäisymenetelmistä on yksilöllistä. Yksi haastateltavista ei kokenut äitien olevan kovinkaan tietoisia eri ehkäisymenetelmistä.

Ongelmia, joita terveydenhoitajien asiakkaat ovat kertoneet kondomin käytössä, olivat epämielilyttävyyys, epävarmuus, ehkäisymenetelmän väärinkäyttö ja allergiat. Kupari- kierukka koettiin väistyväksi ehkäisymenetelmäksi, sillä sitä ei enää juurikaan käytetä.

Kuparikierukan ongelmiksi koettiin vuodot, sopimattomuus ja kierukan lankojen tuntuminen yhdynnässä.

”Kondomi on sitten vähän sellanen kahden kauppa kans, toinen parista, paris-kunnasta, ---plus tietysti sitten se, että se ei ole varma, että se vaikuttaa ihan psyykkisesti, että just se mitä mä sanoin, et jos kokoajan pelkää, et jos mä tuun kuitenkin raskaaks ja tähän samaan nyt ei muutaman kuukauden päästä uutta raskautta missään tapauksessa halua.”

”Mut kyllä se kondomi niitä yllätyksiä aina välillä johonkin perheeseen on tuonu.”

”No siinä sitten sen (kondomi) epämukavuus ja menee rikki ja sitten kun on vakiparisuhde, niin siitähän ei pidetä...et muistaako sen ylipätään ostaa--- se koetaan tylsäks ja tyhmäks, epämiellyttäväks.”

Hormonaalisten menetelmien käytössä ilmenneitä ongelmia olivat haittavaikutukset, menetelmän virheellinen käyttö, korkea hinta, harhaluulot ja epävarmuus. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin haittavaikutukset, joita olivat vuotohäiriöt, mielialan muutokset, iho-ongelmat, painon nousu, häiriöt maidon tuotannossa imetyksen aikana ja muutokset vauvan käytöksessä. Virheelliseksi käytöksi katsottiin pillereiden ottamisen unohtaminen.

”Joittenkin asiakkaitten kokemus on se, että vauva muuttuu vähän erilaiseks ja yks äiti lopetti minipillereiden käytön ihan sillä, että oli sitä mieltä, että vauva oli hyvin ärtysä ja kättysä.”

”Jotkut tietysti sanoo, et mä en niitä voi syödä, et mä tuun ihan raivohulluks, et mun mielialat vaihtelee niin hirveesti, että ei kiitos, niitä mä en halua.”

Kaikki terveydenhoitajat olivat sitä mieltä, että imetys ei ole luotettava ehkäisykeino, eivätkä he suosittele sitä asiakkaille ainoana ehkäisynä. Terveydenhoitajat huomioivat kuitenkin imetyksen ehkäisymenetelmän valinnassa ja uutta raskautta suunniteltaessa.

”Imetys ehkäisymenetelmänä on ainakin muutamalle asiakkaalle tuottanut uuden vauvan...”

”Ihan huuhaata koko homma, että se just niinku mä sanoin, että jos haluaa kaks vauvaa yhen vuoden sisään, niin usko ken haluaa. Joo. Se on ihan koettu juttu. Ja nähty. Ei oo todellakaan mikään varma menetelmä. En suosittelen kenellekään.”

6.4 Erityisryhmät ja asiakkaiden asenteet äitiysneuvolan haasteena

Terveystenhoitajien mukaan asiakkaiden asenteisiin synnytyksen jälkeistä raskauden ehkäisyä kohtaan vaikuttivat sosiaalinen asema, vakaumukset, mielenterveys- ja päihdeongelmat, seksin kiinnostamattomuus sekä elämäntilanne. Muita asenteisiin vaikuttavia syitä olivat mies, perhesuunnitteluneuvolan sijainti ja tiedon puute. Kuusi terveydenhoitajista mainitsi asiakkaan vakaumuksen, kaksi terveydenhoitajaa sosiaalisen aseman, kolme mielenterveys- ja päihdeongelmat, kolme seksin kiinnostamattomuuden ja kolme elämäntilanteen ehkäisyyn vaikuttavana tekijänä.

”Niillä äideillä ehkä eniten se, että seksi ei välttämättä kiinnosta. On niin kipeet paikat tai on niin kiinni siinä vauvassa, taikka on väsynyt taikka jotakin muuta, että jos ei kiinnosta seksi, niin ei kiinnosta silloin ehkäisykään.”

”No siis tietysti tää koulutus ja sosiaaliluokat ja sit tietysti, onhan sit tietysti nää ongelmatapaukset, jos on jotain päihteidenkäyttöä, mielenterveysongelmaa tai tällästä, niin kyllähän niissä vois olla sitten semmosta välinpitämättömyyttä.”

”Mies voi olla hyvin dominoiva, että hallitsee sitä parisuhdetta, että määrää, että sekin voi olla semmonen alistava asenne vaimoon.”

Terveystenhoitajista kaksi koki, että äidit ovat kohtalaisen motivoituneita synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn odotusaikana. Neljä haastateltavista koki, että äideillä on vähemmän motivaatiota odotusaikana kuin synnytyksen jälkeen, ja kolme terveydenhoitajaa ei yleensä ottanut ehkäisyä puheeksi odotusaikana.

”---En tuu ottaneeksi sitä juurikaan puheeksi ellei asiakas ota sitä odotusaikana puheeks, ni en mä kyllä ehkäystä oikein millään käynnillä puhu siinä odotusaikana. Niin varmasti se niinkun... ei ne oo motivoituneita sit siinä vaiheessa, kun ei ne joudu miettimään sitä asiaa. Tai väärin sanoo, et ne ei oo motivoituneita. Mä en tiedä heidän kantaansa siihen asiaan, koska mä en oo ottanu sitä puheeksi oma-aloitteisesti.”

”En mä hirveesti oo suoraan sanoen puhunu odotusaikana. Jotenkin mä olen kokenut sen ite vielä semmoseks... Semmoseks, että... Enkä mä muista, että kylähän onhan näitä asetuksia kaikkia näitä, mitä niinku oletetaan, että puhutaan neuvolassa, niin mulla ei ees oo tullu mieleen onkohan siellä ees mainittu semmosta, että raskausaikana pitäis puhua hirveesti ehkäystä, että sitähan ei nyt vaan oo tullu puhuttua.--- En mä oo ees ajatellu sitä, että mä nyt voisin hirveesti tai et voihan sitä, mut et mä puhuisin raskaana olevalle ehkäystä, että jotenkin se vaan niinku sopii paremmin sit siihen synnytyksen jälkeen.”

Kaikki terveydenhoitajat kokivat asiakkaiden olevan yleensä hyvin motivoituneita synnytyksen jälkeen raskauden ehkäisyyn, mutta kaksi haastateltavista mainitsi motivaation olevan vielä heikompi heti synnytyksen jälkeen.

6.5 Seksuaalisuus ja parisuhde osana raskauden ehkäisyä

Varhaisen seksielämän palautumisen tuomia haasteita olivat ehkäisymenetelmään liittyvät ongelmat, pariskunnan näkemyserot ehkäisyn tarpeesta, pelko uudesta raskaudesta ja riski tulehduksista. Yksi terveydenhoitaja ei kokenut varhaisen seksielämän palautumisen aiheuttavan ehkäisyongelmia, ja yksi koki ongelmien olevan yksilöllisiä. Seitsemän terveydenhoitajaa koki asiakkaillaan olevan ehkäisyyn liittyviä ongelmia. Näitä olivat ehkäisymenetelmän valinnan haastavuus, vaikeudet kondomin käytössä ja tietämättömyys jälkiehkäisyn käytöstä.

”No se kondomiehkäsy pitää hallita, koska ei se kaks viikkoo synnytyksestä oo vielä se jälkitarkastus, että jos heti ruvetaan hommiin pitää osata käyttää kondomia. Siinä on kaikki tulehdusriskit ja kaikki vielä--- mä pitäisin sitä aika erikoisena tilanteena, että varhasessa vaiheessa, omat riskinsä siinä.”

”No jotkut ei varmaan sitä kondomia sitten halua käyttää, että jos mies ei halua käyttää tai voi se olla nainenkin, et tietysti sitten jos on se täysimetys, niin kyllähän se jonkunlainen kohtalaisen hyvä suoja, mut ei täydellinen, mut sit jos vielä saa niinku lisämaitoa ja siis rupee saamaan sit jotain muutakin, niin ainahan sit se raskaaks tulon mahdollisuus on suurempi.”

”Jälkiehkäisyypillerit koetaan jotenkin niin, että ne ois jotenkin tosi nuorten naisten, nuorten tyttöjen juttu, että siinä sitä tietoisuutta pitäis myös saada lisää.”

Kaikki terveydenhoitajat huomioivat isät synnytyksen jälkeisen ehkäisyn suunnittelussa. Isien kanssa keskustellaan perhevalmennuksessa, kotikäynnillä ja neuvolakäynteillä, jos he ovat mukana. Jos isä ei ole mukana, pyydetään äitiä keskustelemaan isän kanssa ehkäisystä kotona.

6.6 Yhtenäinen toimintamalli äitiysneuvolan kehityksen kohteena

Kahdeksan terveydenhoitajista koki synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn kehittämiskohteeksi yhtenäisen toimintamallin, johon kuuluvat selkeä kirjallinen materiaali, palaute asiakkailta ehkäisyn onnistumisesta, parempi kirjausjärjestelmä, yhtenäinen ehkäisyn puheeksi ottamisen ajankohta ja hoidon jatkuvuus eri toimintayksiköiden välillä. Terveydenhoitajat kokivat tarpeelliseksi kehittää omia valmiuksiaan seksuaalineuvontaan ja terveyskeskuksen resursseja tarjota lääkärin palveluja. Yhden terveydenhoitajan mielestä synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn liittyvissä asioissa ei ollut mitään kehittävää.

”Kyllä meillä pitäis niinkun saada semmonen ihan oikea toimintamalli, mun mielestä meillä jonkinlainen on olemassa, mutta sellainen yhteinen. --- Ihan käsin kirjoitettu, sovittu malli, miten meillä Mikkelissä toimitaan tässä raskauden jälkeisessä ehkäisyssä siten että, kun me ei voida kaikkee kuitenkaan mun mielestä säilyttää ihan noin vaan perhesuunnitteluun.”

”Koskaan ei tuu kyllä kirjattua, en mä ainakaan kirjaa mihinkään, kun nykyään jokaisessa on joku rasti ruutuun, et ne asiat ja ne asiat on käsitelty. Et voisko siinä sit ajatella, et ehkä systäkin olis joku, niin se tulis helpommin tehtyä, ois jo-

ku sellanen, että puhuitko ehkäisystä ja mistä ehkäisystä puhuit tai synnytyksen jälkeen näistä seksiasioista.”

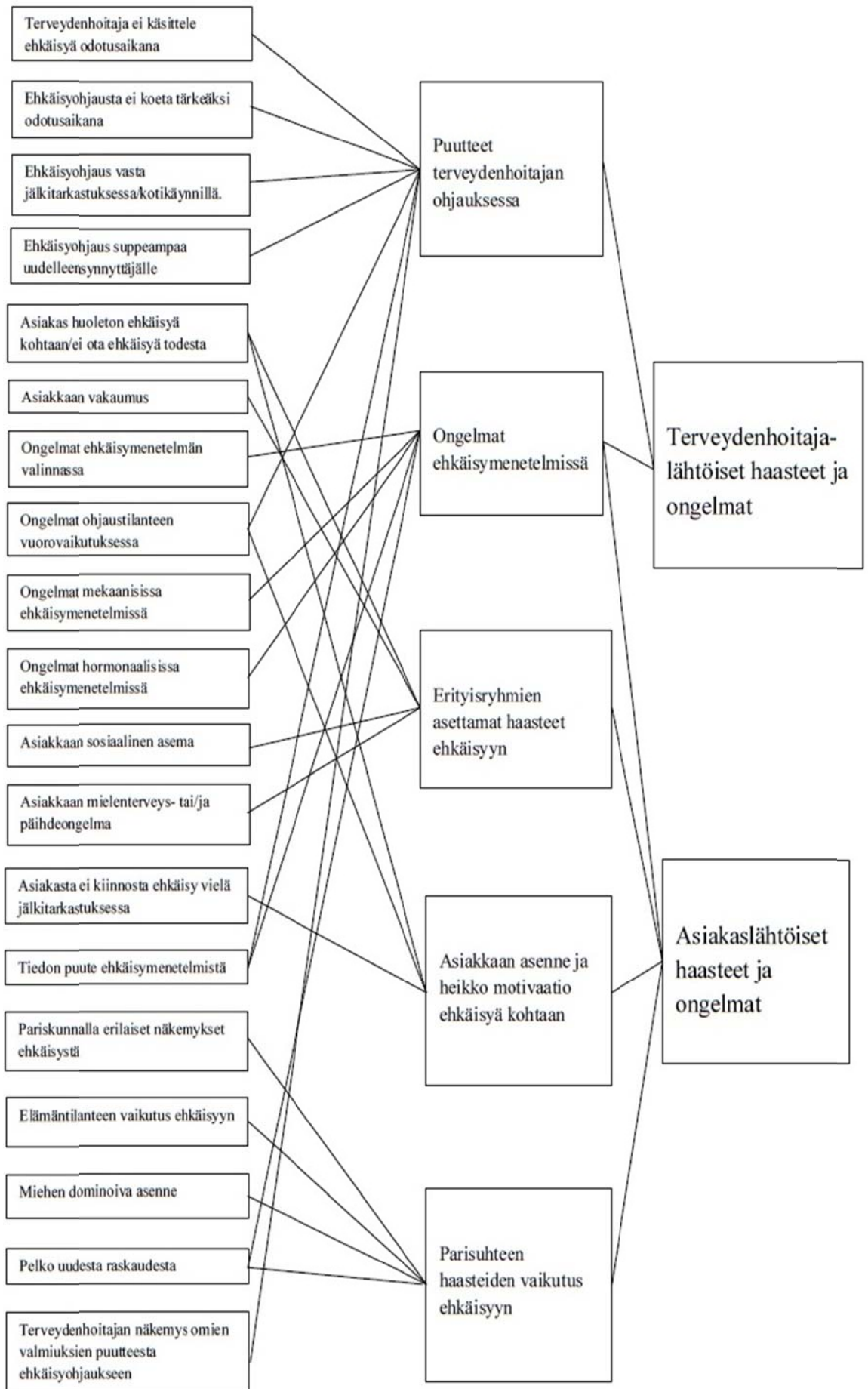
”Se et olis selkee perusrunko siihen siinä jossakin vaiheessa ja miks ei sitten se, että mitä asioita olis syytä kehittä, että nyt kun ajattelee omaa toimintaa itte, niin ois selkeesti meidän toimintaa suunniteltu jollain raskauden aikaisella käynnillä käydään läpi synnytyksen jälkeistä ehkäisyä, niin silloihan se tulis varmasti rutiinisti käytyä. Jos ei sillä, niin jollain sillä ympäröivällä käynnillä, et miten se tilanne asiakkaan kanssa menee. Mut tällä hetkellä se ei tuolta meidän ruksatus-ta rungosta löydy.--- silloin se tois sen ehkä selkeemmin, että olis sellanen yhdessä sovittu käytänne ihan siihen, että tietyt asiat puhuttaisiin jo siinä vaiheessa.”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Mikkelin alueen terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa synnytyksen jälkeisen ehkäisyn haasteista, ongelmista ja kehitystehtävistä. Haastattelun aineistosta saatiin monipuolisia, tutkimuskysymyksiin vastaavia tuloksia. Synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn haasteiksi nousivat puutteet terveydenhoitajan antamassa ohjauksessa, ongelmat ehkäisymenetelmissä, erityisryhmät, asiakkaan asenne ja heikko motivaatio sekä parisuhteen haasteiden vaikutus ehkäisyyn.

Tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Terveydenhoitajien haastatteluista poimittiin otteita, jotka pelkistettiin lyhyiksi ilmauksiksi. Analyysiprosessin selkiyttämiseksi aineistosta nousseista ilmauksista tehtiin kaavio (Kuva 1). Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ala- ja yläluokkiin. Jotkut pelkistetyt ilmaukset kuuluivat useampaan alaluokkaan. Teema, joka käsitteli terveydenhoitajien ajatuksia kehittää synnytyksen jälkeistä raskauden ehkäisyä, käsiteltiin omana osionaan ja tulokset koottiin erilliseksi kaavioksi (Kuva 1).



Kuva 1. Synnytyksen raskaudenehkäisyn haasteita ja ongelmia

Ensimmäiseksi yläluokaksi muodostui terveydenhoitajalähtöiset haasteet ja ongelmat. Näitä olivat puutteet terveydenhoitajan antamassa ohjauksessa ja ongelmat ehkäisy-menetelmissä. Haastateltavat kokivat puutteiksi terveydenhoitajan antamassa ohjauksessa sen, että terveydenhoitaja ei käsittele ehkäisyä odotusaikana. Lisäksi ehkäisyohjauksen antamista ei koeta tärkeäksi odotusaikana, ehkäisyohjaus annetaan vasta jälkitarkastuksessa tai kotikäynnillä, ohjaus on suppeampaa uudelleensynnyttäjän kohdalla, ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa on ongelmia ja terveydenhoitaja ei anna tarpeeksi tietoa eri ehkäisy menetelmistä. Terveydenhoitaja kokee lisäksi puutteita omissa valmiuksissaan ehkäisyohjauksen antamiseen. Seksuaaliterveyteen liittyvät ongelmat ovat yleisiä synnytyksen jälkeen, mutta vain 15 % naisista keskusteli niistä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa (Barrett ym. 2000).

Vaikeudet ehkäisy menetelmän valinnassa olivat tiedon puute eri menetelmistä ja pelko uudesta raskaudesta. Hormonaaliseen ja mekaaniseen ehkäisyyn liittyi myös erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia. Hormonaalisen ehkäisyn ongelmiksi koettiin mielialanmuutokset, vuotohäiriöt, painonnousu, maidontuotannon loppuminen, kallis hinta, harhaluulot, tablettien unohtelu, ehkäisyn pettäminen sekä äidin kokema muutos vauvan käytöksessä. Mekaanisten menetelmien ongelmat liittyivät lähinnä kondomin käyttöön. Asiakkaat kokivat kondomin epämiellyttäväksi ja epävarmaksi, ja sen koettiin aiheuttavan allergiaa. Joissakin tapauksissa toinen tai molemmat puolisoista eivät tykkää käyttää kondomia tai sitä ei osata käyttää oikein. Kosusen (2006, 30) mukaan kondomin käyttäjät olivat selvästi tyytymättömämpiä ehkäisyynsä ja seksuaalielämänsä kuin lääketieteellisten menetelmien käyttäjät.

Haastatteluissa nousi esiin, että kuparikierukkaa käytetään nykyään enää harvoin. Siihen liittyviä ongelmia olivat vuotohäiriöt, menetelmän sopimattomuus ja se, että puoliso oli tuntenut kierukan langat yhdynnässä. Ehkäisy menetelmien ongelmat luokiteltiin sekä terveydenhoitajalähtöisiksi että asiakaslähtöisiksi ongelmiksi. Terveydenhoitaja tukee asiakasta menetelmän valinnassa ja antaa riittävästi asianmukaista tietoa eri menetelmistä. Asiakaslähtöisiä haasteita ja ongelmia olivat mekaanisen ja hormonaalisen ehkäisyn aiheuttamat psyykkiset ja fyysiset ongelmat. Barretin ym. (2000) mukaan yli 80 % naisista koki ainakin yhden seksuaalisuuteen liittyvän ongelman kolmen kuukauden sisällä synnytyksestä. Ongelmista huolimatta vain vähäinen osa naisista sai tietoa seksuaaliterveydestä.

Toiseksi yläluokaksi muodostui asiakaslähtöiset haasteet ja ongelmat. Näitä haasteita ja ongelmia olivat erityisryhmien asettamat haasteet ehkäisyyn, asiakkaan asenne ja heikko motivaatio ehkäisyä kohtaan sekä parisuhteen haasteiden vaikutus ehkäisyyn. Erityisryhmien asettamiksi haasteiksi nousivat asiakkaan huoleton asenne ehkäisyä kohtaan tai se, että asiakas ei ota ehkäisyä todesta. Muita tekijöitä olivat asiakkaan vakaumus, sosiaalinen asema sekä asiakkaan mielenterveys- ja/tai päihdeongelma. Terveystenhoitajat kokivat erityisryhmien kanssa työskentelyn vaativaksi. Hakulisen ym. (2005, 101) mukaan terveydenhoitajat kokivat neuvolatyön kehittämistarpeena erityisryhmiin kuuluvien tunnistamista ja tukemista. Terveystenhoitajien mukaan työskentely mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kanssa asettaa terveydenhoitajan työlle haasteita.

Asiakkaan asenteeseen ja heikkoon motivaatioon liittyviä tekijöitä olivat asiakkaan huoleton asenne ehkäisyä kohtaan ja ongelmat ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa. Terveystenhoitajat kokivat myös ongelmaksi sen, että asiakasta ei aina kiinnosta ehkäisyasiat vielä jälkitarkastuksessa, jossa terveydenhoitajat usein ottavat sen puheeksi. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaan kuuluu synnytyksen jälkeisen raskaudenehkäisyn tehostaminen ja raskauden ehkäisyn aloittamisen varmistaminen viimeistään jälkitarkastuskäynnillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 110).

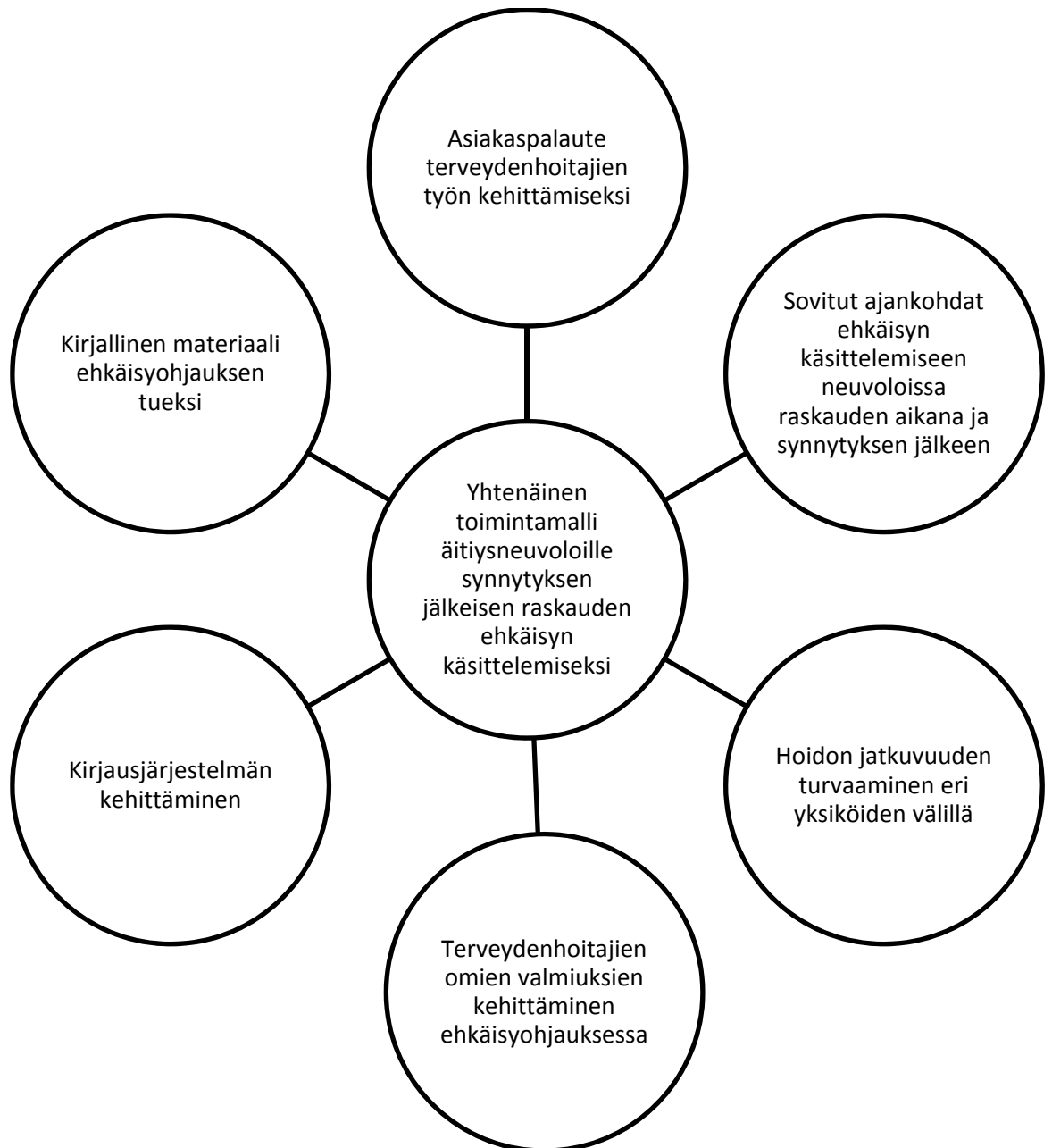
Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä terveydenhoitajat ilmaisivat huolensa parisuhteiden ongelmista ja perheiden rikkoutumisesta. He kokivat erityisen haasteelliseksi parisuhteiden tukemisen seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa sekä perheväkivallan tunnistamisessa ja hoitoonohjauksessa. (Hakulinen ym. 2005, 101.) Tässä opinäytetyössä terveydenhoitajat kokivat parisuhteen haasteilla olevan vaikutusta synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn. Parisuhteen haasteita olivat pariskunnan erilaiset näkemykset ehkäisystä, elämäntilanteen vaikutus ehkäisyyn, miehen dominoiva asenne ja pelko uudesta raskaudesta. Pariskunnan erilaiset näkemykset ehkäisystä tarkoittavat erilaisia näkemyksiä ehkäisyn tarpeesta ja ehkäisymenetelmästä. Jotkut terveydenhoitajat kokivat ongelmaksi erityisesti miehen dominoivan asenteen puolisoaan kohtaan, mikä osaltaan vaikutti ehkäisyn onnistumiseen. Elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä oli esimerkiksi suunnitellun lapsiluvun täyttyminen. Kosusen (2006, 29–30) mukaan puutteelliset tiedot lääketieteellisistä menetelmistä tai esimerkiksi erimielisyydet puolison kanssa ehkäisymenetelmien käytöstä ovat syitä ilman ehkäisyä tapah-

tuviin yhdyntöihin. Myös vääristä tiedoista johtuvat pelot rasittavat parisuhdetta, joka on muutenkin koetuksella synnytyksen jälkeen. Terveydenhoitajat kokivat seksuaalisuuden ja parisuhteen tarpeelliseksi isien tukemisen kehittämisalueeksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 42). Sosiaali- ja terveysministeriön uuden asetuksen (2009, 40) mukaan äitiysneuvolan laajassa terveystarkastuksessa tulisi kiinnittää huomiota aikaisempaa suunnitelmallisemmin koko perheen hyvinvointiin. Perheen hyvinvointiin kuuluu esimerkiksi vanhempien keskinäisen vuorovaikutuksen tukeminen.

Hakulisen ym. (2005, 99–102) mukaan keskeisimpiä kehittämistarpeita terveydenhoitajan työssä olivat yhteistyön lisääminen, laadukkaan neuvolatyön mahdollistaminen, lasten ja perheiden hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvolatyön arvostuksen lisääminen. Yhteistyön kehittämiseksi terveydenhoitajat toivoivat seutukunnallista yhteistyötä ja yhtenäistä valtakunnallista linjaa neuvolatyöhön. Työnjaon selkiyttämisen, moniammatillisen yhteistyön, hoitoketjujen ja yhteisten toimintamallien avulla neuvolatyö olisi laadukkaampaa. Terveydenhoitajien mielestä laadukkaaseen neuvolatyöhön tarvitaan ensisijaisesti myös henkilöresurssien lisäämistä. Myös vakituisten neuvolalääkäreiden nimeäminen, kehittämistyön suhteuttaminen resursseihin sekä säännöllinen koulutus tukevat laadukasta neuvolatyötä. Terveydenhoitajat pitivät tärkeänä kehittämisen kohteena erityistukea tarvitsevien perheiden tunnistamisesta ja tukemisesta. Lisäksi kehittämiskohteeksi koettiin parisuhteen tukeminen. Erityisiä haasteita parisuhteen tukemisessa ovat perheväkivallan tunnistaminen ja hoitoonohjaus sekä seksuaalisuuteen liittyvät asiat. Neuvolatyön arvostuksen lisäämiseen liittyi palkkauksen kohentaminen, tuen saaminen johdolta ja esimiehiltä sekä ehkäisevän työn arvostuksen lisääminen päättäjien taholla. Sosiaali- ja terveysministeriön uuden asetuksen (2009, 19) tarkoituksena on varmistaa, että esimerkiksi lasta odottavien naisten ja perheiden terveystarkastukset ja –neuvonta ovat tasoltaan yhtenäisiä, suunnitelmallisia sekä yksilön ja väestön tarpeet huomioon ottavia.

Tämän tutkimuksen tuloksista kehittämistarpeeksi nousi yhtenäisen toimintamallin laatiminen. (kuva 2) Toimintamallia käytettäisiin Mikkelin äitiysneuvoloissa synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn käsittelemiseen ja laadukkaan toiminnan turvaamiseen. Kehitettäviä alueita yhteisen toimintamallin mahdollistamiseksi ovat palauteasiakkailta äitiysneuvolan toiminnasta, määrätyt ajankohdat ehkäisyn käsittelemiseen neuvoloissa raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen, hoidon jatkuvuuden turvaami-

nen eri yksiköiden välillä, terveydenhoitajien koulutus, selkeä ja monipuolinen kirjausjärjestelmä sekä kirjallinen materiaali ehkäisyohjauksen tueksi.



Kuva 2. Äitiysneuvoloiden yhtenäinen toimintamalli.

Sekä tässä tutkimuksessa että sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (Hakulinen ym. 2005) kehittämistarpeiksi nousivat hoidon jatkuvuuden turvaaminen eri yksiköiden välillä ja säännöllinen koulutus. Hakulisen ym. (2005, 91) mukaan terveydenhoitajat tarvitsisivat eniten koulutusta vanhemmuuden ja parisuhteen tukemiseen sekä varhaiseen puuttumiseen. Kolmen viimeisen vuoden aikana terveydenhoitajista 61 % ei ollut saanut koulutusta seksuaaliterveyteen ja 69 % parisuhteeseen liittyvissä asioissa. Koulutuksen koki tarpeelliseksi seksuaaliterveyden osalta 45 % terveydenhoitajista ja 58 % terveydenhoitajista parisuhteeseen liittyvien asioiden osalta.

7.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on tieteellisen toiminnan perusta. Hyvään eettiseen toimintaan kuuluu tietoon perustuva suostumus tutkimuksen toteuttamisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.) Tutkimuksen toteuttamista varten haettiin tutkimuslupa toimittamalla tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupahakemus Mikkelin terveyskeskuksen äitiys- ja lastenneuvolan terveysneuvonnan esimiehelle Anneli Kupilalle (Liite 2).

Eettisyyteen liittyy, että tutkija kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja vapaata valintaa tutkimukseen osallistumiseen. Tutkittavien täytyy olla tietoisia tutkimukseen osallistumisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.) Eettisyyttä kunnioittaen haastateltaville kerrotaan ennen haastatteluja saatekirjeellä, mitä aihetta haastattelu koskee (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Terveydenhoitajat olivat tietoisia tutkimukseen osallistumisesta ja sen tarkoituksesta. Puhelun lisäksi haastateltaville lähetettiin neutraali ja asiallinen saatekirje, joka kertoi tutkimuksen taustasta, aiheesta, tarkoituksesta ja tavoitteista (Liite 3). Terveydenhoitajille kerrottiin jo haastattelua sovittaessa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Tutkijan tulee suojella tutkittavien yksityisyyttä, mikä tarkoittaa tutkittavan anonymiteettiä ja aineiston huolellista säilyttämistä ja hävittämistä. Tutkijan täytyy myös minimoida mahdolliset haitat ja varmistaa haastateltavien samanarvoisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.) Terveydenhoitajille kerrottiin haastatteluiden anonymiteetistä ennen haastattelua. Tulosten analysoinnissa otettiin huomioon aineiston pienuus, joten haastateltavien taustatiedot kuvattiin keskiarvoina, ei vaihteluväleinä. Tuloksista ei voi tunnistaa haastateltavia. Haastattelun materiaali hävitettiin digi-

taaliselta nauhurilta heti aineiston tietokoneelle siirtämisen jälkeen. Materiaali hävitettiin tietokoneelta tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Eettisyyteen kuuluu myös mahdollisten oletettujen ja havaittujen virheiden raportointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176). Puolistrukturoidun haastattelun mallin mukaisesti haastattelu sisälsi piirteitä sekä avoimesta että strukturoidusta haastattelusta. Haastattelut etenivät valmiin kysymysrungon mukaisesti. Jälkeenpäin haastattelutilanteita tarkasteltaessa haastatteluissa olisi voitu käyttää enemmän hyödyksi avoimen haastattelun ominaisuuksia, jolloin haastattelijan aktiivinen rooli olisi korostunut entistä enemmän. Jotta päätelmistä olisi voitu tehdä luotettavampia, joitakin haastattelukysymyksiä olisi voitu tarkentaa.

7.3 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida luotettavuuskriteereillä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Uskottavuus tarkoittaa aineiston ja tulosten kuvaamista selkeästi, jotta lukija ymmärtää miten analyysi on tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Myös vahvistettavuuteen liittyy tutkimusprosessin huolellista kirjautamista. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan paikannettavuutta, joka edellyttää tutkimuksen lähtökohtien tiedostamista ja huolellista kuvausta tutkimusraportissa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Siirrettävyys vaatii huolellista aineiston keruun, analyysimenetelmän, osallistujien valinnan ja taustatietojen ja tutkimuskontekstin kuvausta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Haastatteluaineiston luotettavuutta parantaa haastattelujen nopea litterointi, litteroinnin sääntöjen ja luokittelun yhteneväisyys tutkijoiden kesken ja haastatteluiden hyvä laatu (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185). Terveystieteiden haastatteluissa oli haastattelijan lisäksi mukana yksi tilanteen tarkkailija, joka seurasi haastattelun kulkua ja osallistui tarvittaessa haastatteluun. Osallistujat valittiin sattumanvaraisesti eri toimipisteistä ja heidän taustatietonsa selvitettiin. Tutkimuksen kannalta oleellisia taustatietoja olivat koulutus, työkokemus ja vastuualue työyksikössä. Aineisto litteroitiin yhteisesti

sovittujen sääntöjen mukaan sanatarkasti pian haastatteluiden jälkeen, ja analyysiprosessi tehtiin yhdessä. Nämä tekijät parantavat luotettavuutta tässä tutkimuksessa.

7.4 Johtopäätökset ja suositukset

Erityisesti raskausaikana toteutettavaa ehkäisyneuvontaa tulisi tehostaa. Synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn tehostaminen on myös yksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2007–2011 päämääristä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 94). Tässä tutkimuksessa selvisi, että neljä yhdeksästä terveydenhoitajasta ei käsitellyt synnytyksen jälkeistä raskauden ehkäisyä odottavan äidin kanssa. Kaksi terveydenhoitajista ei käsitellyt ehkäisyä odottavan äidin kanssa, vaikka kertoivatkin aiheen käsittelemisen olevan tärkeää jo odotusaikana. Ongelmaksi koettiin, että äidit eivät ole välttämättä kovin motivoituneita ehkäisyasioiden läpikäymiseen odotusaikana. Tästä huolimatta ehkäisyn puheeksi ottaminen on tärkeää, jotta äiti voisi pohtia ehkäisyasioita jo etukäteen, ja keskustella asiasta myös puolisonsa kanssa. Tällöin ehkäisymenetelmän valintaa olisi mietitty jo ennen terveydenhoitajan jälkitarkastusta. Ohjauksessa tulee korostaa ehkäisyn tarvetta heti ensimmäisestä yhdynnästä alkaen. Jos äiti ei imetä, raskaus on mahdollinen jo ennen jälkitarkastusta (Perheentupa 2004). Terveydenhoitajat antavat suppeampaa ehkäisyohjausta uudelleensynnyttäjälle verrattuna ensisynnyttäjään. Ohjauksen tulisi olla tasavertaista riippumatta synnytysten määrästä.

Riittävän varhaisella ja hyvällä ehkäisyohjauksella on mahdollista vaikuttaa mekaanisten ja hormonaalisten ehkäisymenetelmien ongelmiin. Esimerkiksi kondomin käyttöön liittyviä ongelmia voitaisiin vähentää järjestämällä toimiva lääketieteellinen ehkäisymenetelmä mahdollisimman nopeasti synnytyksen jälkeen.

Erityisryhmien ohjaamiseen ja tukemiseen raskaudenehkäisyyn liittyvissä asioissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä erityisryhmät asettavat haasteita raskaudenehkäisyn toteutumiselle. Esimerkiksi uskonnollinen vakaumus, sosiaalinen asema sekä mielenterveys- ja/tai päihdeongelma vaikuttavat asiakkaan asenteisiin ehkäisyä kohtaan.

Terveydenhoitajan on tärkeää ottaa huomioon myös puoliso raskauden ehkäisyä suunniteltaessa. Parisuhteen haasteilla on vaikutusta ehkäisyn onnistumiseen. Tällöin voi-

daan keskustella yhdessä pariskunnan näkemyksistä ehkäisyyn, elämäntilanteesta ja uuden raskauden pelosta.

Äitiysneuvolan toimintaa tulisi kehittää (Kuva 2). Tutkimuksen tuloksista nousi tarve kehittää äitiys- ja lastenneuvoloille yhtenäinen toimintamalli, joka käsittelee synnytyksen jälkeistä raskauden ehkäisyä. Toimintamallin avulla voitaisiin vähentää synnytysten jälkeisten raskauden keskeytysten määrää ja kehittää synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn toteuttamista ja turvata laadukasta perhesuunnittelua ja äitiysneuvolatoimintaa.

Tutkimuskysymyksillä pyrittiin selvittämään synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn ongelmia, haasteita sekä kehittämistarpeita. Haastatteluiden avulla kerätty aineisto oli suhteellisen laaja ottaen huomioon haastateltavien määrän. Aineistosta saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn haasteiksi ja ongelmiksi aineiston perusteella nousivat puutteet terveydenhoitajan ohjauksessa ja ongelmat ehkäisymenetelmissä. Lisäksi haasteita ehkäisyyn asettivat erityisryhmät, asiakkaan asenne ja heikko motivaatio ehkäisyä kohtaan ja parisuhteen haasteet. Äitiysneuvolan yhteisen toimintamallin kehittäminen koettiin tarpeelliseksi synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn käsittelemiseksi. Erityisryhmät äitiysneuvolan haasteena ja parisuhteen haasteet nousivat esiin uusina aihealueina aineistoa analysoitaessa.

Tutkimusprosessi eteni joustavasti ja suunnitellun aikataulun mukaan. Tutkimuksen toteuttaminen oli opinnäytetyön tekijöille uusi kokemus. Teoriatietoon äitiysneuvolan toiminnasta, raskauden ehkäisymenetelmistä, seksuaalisuudesta ja parisuhteesta synnytyksen jälkeen tutustuttiin ennen haastattelukysymysten laatimista, jotta haastattelun aineistosta tulisi mahdollisimman kattava. Myös kvalitatiivisesta tutkimuksesta etsittiin tietoa, jotta tutkimusprosessi olisi laadullisen tutkimuksen mukaisesti toteutettu. Työn hyvä pohjustus vaikutti merkittävästi opinnäytetyön onnistumiseen. Opinnäytetyötä oli mielekäästä tehdä, koska aihe oli kiinnostava ja ajankohtainen. Tutkimusten kriittinen tarkastelukyky ja tulosten hyödyntäminen kehittyivät prosessin aikana.

Jatkotutkimusaiheiksi muodostui erityisryhmien ehkäisyneuvonnan tutkiminen ja siihen liittyvien haasteiden selvittäminen. Monet haastatelluista terveydenhoitajista koki erityisryhmien asettavan haasteita äitiysneuvolalle. Lisäksi voitaisiin tutkia äitiysneuvolan asiakkaiden näkemyksiä synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä. Tällöin

voitaisiin selvittää asiakkaiden näkemyksiä esimerkiksi motivaatiosta käsitellä ehkäisyasioita ja ehkäisyohjauksen tarpeesta odotusaikana.

LÄHTEET

Barrett, Geraldine, Pendry, Elizabeth, Peacock, Janet, Victor, Christina, Thakar, Rane & Manyonda, Isaac 2000. Women`s sexual health and childbirth. British journal of obstretic and gynaecology.

Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Pelkonen, Marjaana & Haapakorva, Arja 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22.

Heikinheimo, Oskari & Lähteenmäki Pekka 2004. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa: Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.): Naistenaudit ja synnytykset 2004. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hiilesmaa, Vilho 2004. Äitiyshuolto. Teoksessa: Ylikorkala, Olavi & Kauppila, Antti (toim.) : Naistenaudit ja synnytykset 2004. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu- teema haastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ihme, Anu & Rainto, Satu 2008. Naisen terveys: Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYproOy.

Kansaneläkelaitos 2010. Vanhempainraha. WWW-dokumentti.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020103135411MH?OpenDocument>.
 Päivitetty 14.4.2010. Luettu 14.4.2010.

Kivijärvi, Anneli 2008. Hormonaalinen ehkäisy. Kirjassa: Kunnamo, Ilkka, Alenius, Heidi, Hermanson, Elina, Jousimaa, Jukkapekka, Teikari, Martti & Varonen, Helena (toim.): Lääkäriin käsikirja 2008. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

Kivijärvi, Anneli 2009a. Sterilisaatio. Lääkäriin käsikirja. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sterilisaatio Päivitetty 28.7.2009. Luettu 13.4.2010.

Kivijärvi, Anneli 2009b. Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. Lääkäriin käsikirja. WWW-dokumentti. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sterilisaatio Päivitetty 24.9.2009. Luettu 13.4.2010.

Kosunen, Elise 2006. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö ylempi AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä. WWW-dokumentti. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6269/TMP.objres.217.pdf?sequence=1>. Päivitetty 3.10.2006. Luettu 12.4.2010.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito 2005. Jälkiehkäisy. WWW-dokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantymisen/steriloinnit/steriloinnit.htm>. Päivitetty 10.11.2010. Luettu 10.11.2010.

Lottes, Ilsa 2000. New perspectives on sexual health. Kirjassa: Lottes, Ilsa & Kontula, Osmo (toim.): New views on sexual health: the case of Finland. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Neuvolakeskus 2010. WWW-dokumentti. <http://neuvolakeskus.stakes.fi/FI/neurolatyo/index.htm>. Päivitetty 13.4.2010. Luettu 13.4.2010.

Oulasmaa, Minna 2006. Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Kirjassa: Apter, Dan, Kaimola, Kari & Väisälä, Leena (toim.): Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Perheentupa, Antti 2004. Raskauden ehkäisy imetysaikana. Aikakausikirja Duodecim. WWW-dokumentti. <http://duodecimlehti.fi>. Päivitetty 14.4.2010. Luettu 13.4.2010.

Reinholm, Minna 1999. ”Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaus?” Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Väestöliitto.

Ritamo, Maija, Kosunen, Elise & Liinamo, Arja 2006. Terveystiedon edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) 2005. Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen: Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 17. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. Helsinki: Yliopistopaino.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2007. Äitiys- ja lasten neuvolatoiminta 2007. WWW-dokumentti. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R21-2008-VERKKO.pdf>. Päivitetty 3.9.2008. Luettu 4.4.2010.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009. Steriloinnit. WWW-dokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/steriloinnit/steriloinnit.htm>. Päivitetty 20.4.2010. Luettu 20.4.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Raskaudenkeskeytykset. WWW-dokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>. Päivitetty 19.4.2010. Luettu 19.4.2010.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Van der Wijden, Carla, Brown, Julie & Kleijnen, Jos 2008. Lactational amenorrhea for family planning. WWW-dokumentti. http://onlinelibrary.wiley.com/store/mrw_content/cochrane/clsystrev/articles/CD001329/image_n/CD001329.pdf?v=1&t=gghtmnl&s=edf6ed61cc92b6cf8d5fc1997fdf76cb5adb7593. Päivitetty 14.9.2010. Luettu 16.9.2010.

Vikat, Andres, Kosunen, Elise & Rimpelä, Matti 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. Perspectives on sexual and reproductive health.

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

Äitiysneuvolan määräaikaistarkastusten ohjelmakaavio 2010. Mikkelin kaupunki.

Liite 1 Toimeksianto

Liite 2 Tutkimuslupahakemus

Liite 3 Saatekirje terveydenhoitajille

Liite 4 Haastattelulomake



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Mikkelin neuvolaja Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitoksenhoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Niina Niskanen,
Hanna Raatikainen, Tiia RoittoOpinnäytetyön aihe: Opas synnytyksen jälkeisestä
raskauden ehkäisystä

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Riitta-Liisa JukarainenTyöelämäohjaaja: Tuija MöllerOpinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: Joulukuun 2010

Muut sopimusehdot:

24.2.2010 Mikkeli

Aika ja paikka

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

Tiia Roitto

Toimeksiantajan allekirjoitus

Tutkimuslupahakemus



PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Mikkelin terveyskeskus

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn haasteista ja ongelmista. Lisäksi selvitetään, mitä kehitettävää on synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä monipuolista tietoa, jonka pohjalta tuotetaan opas Mikkelin neuvoloiden asiakkaille synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Yhdeksän Mikkelin alueen äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajaa
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Yksilöhaastattelut
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	17.5–28.5.2010
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Joulukuu 2010
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	27 päivänä <u>HUHTI</u> kuuta 20 <u>10</u> <u>Riitta Liisa Jukarainen</u> opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Lehtori Riitta-Liisa Jukarainen, riitta-liisa.jukarainen@mamk.fi, puh. 040 842 0594
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi: Niina Niskanen	puh. [REDACTED]
Osoite: [REDACTED]	
Nimi: Hanna Raatikainen	puh. [REDACTED]
Osoite: [REDACTED]	
Nimi: Tiia Roitto	puh. [REDACTED]
Osoite: [REDACTED]	

Anomus käsitelty 28 4 2010

lupa myönnetty
 lupa evätty, peruste: _____

Allekirjoitus

Anneli Kupila
terveysneuvonnan esimies
Mikkelin kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimi

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen tutkimuslupahakemusta käsitteleville.

LIITTEET: Opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake

Saatekirje terveydenhoitajille

HYVÄ TERVEYDENHOITAJA

Tämä saatekirje koskee puhelimitse sopimaamme haastattelu-aikaa.

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita, ja teemme opinnäytetyön synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn haasteista ja ongelmista. Työn toimeksiantaja on Mikkelin terveyskeskus.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää terveydenhoitajien näkemyksiä synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn haasteista ja ongelmista. Lisäksi haluamme selvittää, mitä kehitettävää terveydenhoitajat kokevat aiheeseen liittyen. Tutkimustiedon pohjalta tuotetaan Mikkelin äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakkaille jaettavaksi opas synnytyksen jälkeisestä raskauden ehkäisystä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään yksilöhaastatteluina. Haastattelemme yhdeksää Mikkelin alueen äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevää terveydenhoitajaa. Haastattelut nauhoitetaan. Tiedot käsitellään täysin luottamuksellisesti, eikä haastateltava ole tunnistettavissa aineistosta. Haastattelun kesto on noin 45 minuuttia. Sinun ei tarvitse valmistautua haastatteluun etukäteen, vaan kysymyksiin vastataan henkilökohtaisen työkokemuksen pohjalta.

Opinnäytetyötämme ohjaa lehtori Riitta-Liisa Jukarainen. Jos sinulla on kysyttävää tutkimukseen tai haastatteluun liittyen, vastaamme mielellämme kysymyksiin. Yhteystiedot löytyvät tämän kirjeen lopusta.

Kiitos yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin,

Niina Niskanen puh.040 848 9641, niina.niskanen@mail.mamk.fi

Hanna Raatikainen puh. 050 596 5855, hanna.raatikainen@mail.mamk.fi

Tiia Roitto puh. 040 867 9922, tiia.roitto@mail.mamk.fi

HAASTATTELUKYSYMYKSET TERVEYDENHOITAJILLE

TAUSTATIEDOT

- Ikä
- Koulutus
- Työkokemus
- Vastuualue työyksikössä

OHJAUS

- Missä vaiheessa raskautta käsittelet synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn liittyviä asioita?
- Kuinka tärkeäksi koet raskauden ehkäisyyn liittyvien asioiden läpikäymisen
 - a) odottavan äidin kanssa
 - b) synnyttäneen äidin kanssa
- Millä tavalla käsittelet synnytyksen jälkeistä raskauden ehkäisyä asiakkaan kanssa?
- Millä tavalla ehkäisyohjaus eroaa ensisynnyttäjän ja jo aiemmin synnyttäneen äidin kohdalla?
- Millaiset asiat koet haasteelliseksi synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn ohjauksessa?

MENETELMÄT

- Kuinka tietoisia äidit ovat eri ehkäisymenetelmistä ja vaihtoehdoista synnytyksen jälkeisessä ehkäisyssä?
- Millaisia ongelmia asiakkailasi ilmennyt eri ehkäisymenetelmien käytössä?
 - a) Mekaaniset menetelmät: Kuparikierukka, kondomi
 - b) Hormonaaliset menetelmät: Yhdistelmäehkäisyvalmisteet (yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrengas- ja laastari) Keltarauhashormoniin perustuvat menetelmät (Minipillerit, hormonikierukka, ehkäisykapseli, injektio)
 - c) Imetys

- Miten huomioit imetyksen osana raskauden ehkäisyä?

MOTIVAATIO JA ASENTEET

- Mitkä tekijät vaikuttavat asenteisiin raskauden ehkäisyä kohtaan?
- Kuinka motivoituneita asiakkaasi ovat synnytyksen jälkeiseen raskauden ehkäisyyn
 - a) Odotusaikana
 - b) Synnytyksen jälkeen

SEKSUAALISUUS JA PARISUHDE

- Millaisia ongelmia varhainen seksielämän palautuminen aiheuttaa synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn toteutumisessa?
- Kuinka huomioit isät synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn suunnittelussa?

KEHITTÄMINEN

- Mitä asioita tulisi mielestäsi kehittää synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä?
- Miten kehittäisit synnytyksen jälkeisen raskauden ehkäisyn toteutumista?