



RASKAUDEN EHKÄISY ENSIMMÄISENÄ VUONNA SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Elise Kosunen

Opinnäytetyö

YLEMPI AMK-TUTKINTO

Toukokuu 2006



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Elise Kosunen	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 41 sivua	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <div style="text-align: center;">Salainen saakka</div>	
Työn nimi Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen		
Koulutusohjelma Terveystieteiden ja elämäntieteiden tutkimuskeskus. Seksuaaliterveyden edistämisen suuntautumisvaihtoehto.		
Työn ohjaaja(t) Leena Liimatainen, ThT, Maija Sironen, THM, kliininen seksologi (NACS)		
Toimeksiantaja(t) Riittakerttu Kaltiala-Heino (Äitien hyvinvointi – hanke, TaY, terveystieteen laitos)		
Tiivistelmä <p>Rekisteritutkimus (2002) osoitti kohonneen raskauden keskeytyksen riskin 6 – 8 kuukauden kuluttua synnytyksestä, mikä viittaa ongelmiin raskauden ehkäisyssä synnytyksen jälkeisenä aikana. Imetys suojaaa raskaudelta riittävän tehokkaasti vain silloin, kun äiti täysimettää, kuukautiset eivät ole palanneet ja lapsi on alle 6 kk ikäinen. Ehkäisyn tulisi olla tehokkaasti järjestetty viimeistään täysimetyksen loppuessa, ellei uusi raskaus ole heti suunnitelmassa.</p> <p>Äitien hyvinvointi -tutkimuksessa seksuaalinelämän palautumista, imetystä ja ehkäisymenetelmien käyttöä tiedusteltiin kyselylomakkeella kahden äitiysneuvolan asiakkailta kolme kuukautta (n=218) ja vuosi synnytyksen jälkeen (n=142). Kolmen kuukauden päästä synnytyksestä 79 % äideistä oli aloittanut sukupuolielämän, heistä 58 % käytti kondomia, lääketieteellisiä menetelmiä käytti 14 % ja 21 % ei mitään. Osittain imettävillä tai imetyksen lopettaneilla äideilläkin kondomi oli yleisimmin käytetty menetelmä (51 %), 24 % käytti lääketieteellisiä menetelmiä (hormonaalisia menetelmiä tai kierukkaa) ja 26 % ei mitään. Ei ehkäisyä käyttäneistä neljännes ei kuitenkaan halunnut lisää lapsia tai ei osannut sanoa kantaansa asiaan. Vuoden kuluttua synnytyksestä kondomi oli edelleen yleisimmin käytetty ehkäisy (42 %). Lääketieteellisen menetelmän oli aloittanut 36 %, näistä kolmannes oli aloittanut sen vasta, kun synnytyksestä oli kulunut jo yli puoli vuotta. Jälkiehkäisyn käyttö tunnettiin heikosti: kaikista kolmen kuukauden kohdalla vastanneista 7 % tiesi jälkiehkäisyn käytön oikean taka-aikarajan (72 tuntia). Vaikka aineisto oli pieni, viittaavat tulokset vahvasti siihen, että synnytyksen jälkeisiä raskauden ehkäisykäytäntöjä on syytä tehostaa. Aihe tulee huomioida terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja täydennyskoulutuksessa. Väestölle suunnattua tiedostusta ehkäisymenetelmistä (imetysehkäisy ja jälkiehkäisy mukaan lukien) tulisi tehostaa</p>		
Avainsanat (asiasanat) imetys; raskauden ehkäisy; seksuaalisuus; äitiysneuvonta		
Muut tiedot		

Author(s) Elise Kosunen	Type of Publication Master's Thesis	
	Pages 41 pages	Language Finnish
	Confidential Until <input type="checkbox"/>	
Title Contraception during the first year post-partum		
Degree Programme Postgraduate Degree Programme in Health Promotion and Preventive Care. Orientation: Sexual Health Promotion.		
Tutor(s) Leena Liimatainen, PhD and Maija Sironen, M.Sc, Specialist in Clinical Sexology (NACS)		
Assigned by Riittakerttu Kaltiala-Heino, MD, PhD		
Abstract A register-based study (2002) indicated that risk of induced abortion was elevated 6-8 months post-partum, which suggests need of improvement in contraceptive practices after delivery. Lactational amenorrhea method (LAM) is effective only, if all three conditions are fulfilled: mother is not feeding her baby with supplements, she's amenorrheic and the baby is aged under 6 months. Effective contraception is needed at latest, when supplement nutrition is started. This report was based on a study on well-being of mothers during pregnancy and first post-partum year. Resume of sexual activity, breast-feeding and contraceptive practices were asked from clients of two maternity health clinics in primary care during one year. A questionnaire was completed three months and one year post-partum, the number of participants being 218 and 142, respectively. At first inquiry, 79% of mothers had resumed coital activity. Of them, 58% used condoms, 14% used medical methods and 21% no method at all. Of mothers who were already at risk or pregnancy (only partially or not at all breast-feeding), 51 % used condoms, 24 % medical methods and 26 % no methods. One quarter of those who used no contraception did not want more children or could not say if they wanted or not. One year after delivery, condoms were still the most popular contraceptive method (42%). Around one third (36%) used medical methods, and one third of those who did had started the use more than six months after delivery. Knowledge of hormonal emergency contraception was poor: only 7 % knew the time limit (72 hours). Even if this study was based on a small sample, it strongly indicates the need of improvement in contraceptive practices in post-partum period. The topic should be handled in undergraduate and post-graduate training of health care professionals. More information on contraception, including LAM and emergency contraception, should be provided to the population.		
Keywords contraception; maternal care; post-partum care; breast-feeding; sexuality		
Miscellaneous		

SISÄLLYSLUETTELO

SISÄLLYSLUETTELO	4
1 JOHDANTO	5
2 KIRJALLISUUSKATSAUS	6
2.1 Seksuaalielämän palautuminen synnytyksen jälkeen	6
2.2 Imetyskäytännöt	7
2.3 Imettäminen ja raskauden ehkäisy	7
Imetysehkäisy (LAM)	8
Kondomi ja muut estemenetelmät	9
Keltarauhashormoniin perustuvat menetelmät	9
Kuparikierukka	10
Jälkiehkäisy	12
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	12
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	13
5 TULOKSET	16
5.1 Vastaajien taustatiedot	16
5.2 Sukupuolielämän palautuminen synnytyksen jälkeen	16
5.3 Imetystilanne ja raskauden ehkäisy kolme kuukautta synnytyksen jälkeen	19
5.4 Osittain imettävien ja imetyksen lopettaneiden äitien ehkäisymenetelmien käyttö kolme kuukautta synnytyksen jälkeen	22
5.5 Imetystilanne ja raskauden ehkäisy vuosi synnytyksen jälkeen	23
5.6 Ehkäisyn aloittamisen ajankohta	25
5.7 Synnyttäneiden äitien jälkiehkäisy tietous	26
6 POHDINTA	27
6.1. Yhteenvetoa tuloksista	27
6.2 Imettäminen ehkäisymenetelmänä	28
6.3 Ehkäisymenetelmien valinta ja käyttö	29
6.4 Seksuaalisuus ja parisuhde	31
6.5 Seksuaali- ja ehkäisyneuvonnan tehostamistarpeita	32
6.6 Tutkimuksen arviointia	34
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8 LÄHTEET	37
9. LIITTEET	40

1 JOHDANTO

Synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy ratkaistaan viimeistään äitiysneuvolassa tehtävässä jälkitarkastuksessa, joka tehdään yleensä 6–7 viikon kuluttua synnytyksestä. Jälkitarkastuksessa käyvät lähes kaikki äidit, sillä siinä käyminen 12 viikon sisällä synnytyksestä on ehto vanhempainrahan jatkumiselle.

Ehkäisymenetelmän valinnassa on aina huomioitava monenlaisia lääketieteellisiä ja yksilön elämään ja kokemuksiin liittyä seikkoja. Synnytyksen jälkeisessä tilanteessa vaikuttavat ennen kaikkea imettäminen, pariskunnan seksuaalisen aktiivisuuden palautuminen, suunnitelmat seuraavan raskauden ajoittumisesta ja äidin aiemmat kokemukset hänelle soveltuvista menetelmistä. Periaatteessa ensimmäisen synnytyksen jälkeen käytössä olevien menetelmien valikoima laajenee, koska myös kohdunsisäiset ehkäisimet tulevat silloin kyseeseen. Vaikka kierukan asettaminen synnyttämättömälle naiselle ei olekaan vasta-aiheista, aiheuttavat asettamiseen liittyvät tekniset seikat (kohdunkaulan ahtaus, kohdun pienuus) ja elämäntilanteeseen liittyvät asiat (infektioriski vakiintumattomissa suhteissa) sen, että käytännössä kierukka on synnyttämättömille naisille poikkeusratkaisu.

Imettäminen on ehkäisyn valinnassa tärkeä näkökohta, sillä se itsessään ehkäisee raskauksia tietyin edellytyksin ja toisaalta rajaa hormonaalisten menetelmien käyttöä todettujen ja oletettujen haittavaikutusten vuoksi. Suomalaisissa ehkäisykäytännöissä imettäminen on ollut tärkeä valinnan kriteeri, sillä sen on katsottu sulkevan pois ainakin yhdistelmäehkäisytablettien käytön, mutta usein myös muut hormonaalisen ehkäisyn muodot (Viisainen 1999). Suomessa on noudatettu suurta varovaisuutta myös kierukoiden asettamisessa, sillä kohdun puhkeamisvaaraa on pidetty suurena sekä jälkitarkastuksen yhteydessä tehtävissä asetuksissa että imetysamenorrhean aikaisissa asetuksissa.

Suomalaisiin rekisteriaineistoihin perustuvassa tutkimuksessa todettiin, että raskauden keskeytyksen riski on kohonnut 6-8 kuukauden kuluttua synnytyksestä muihin ajankohtiin verrattuna, erityisen selvästi alle 20-vuotiaiden ikäryhmässä sekä naimattomilla äideillä (Vikat ym. 2002). Raskauden keskeytyksen riskin kohoamisen ajankohta sopii hyvin yhteen lapsen lisäruokinnan alkamisen kanssa, jolloin

imettäminen vähenee ja hedelmällisyys lisääntyy. Tulos viittaa siihen, että synnytyksen jälkeinen ehkäisy ei ole järjestetty parhaalla mahdollisella tavalla.

Suomessa ei ole tiettävästi tähän mennessä tehty tutkimuksia synnytyksen jälkeisestä ehkäisyn käytöstä. Stakesin perhesuunnittelututkimuksessa (1994) asiaa ei suoranaisesti kysytty, mutta synnytysajankohtien perusteella tehdyt analyysit antoivat viitteitä siitä, että varsin pitkään turvaudutaan pelkästään kondomiin ja tehokkaammat menetelmät otetaan käyttöön huomattavan myöhään (Kosunen & Sihvo 1998, 26-27).

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Seksuaalielämän palautuminen synnytyksen jälkeen

Ulkomaisten tutkimusten mukaan pariskuntien yhdyntäaktiivisuus vähenee yleensä loppuraskautta kohti (Bogren 1991, Bartellas ym. 2000, De Judicibus 2002). Tuoreessa suomalaisaineistossa 63 % äideistä ilmoitti seksuaalisen halun alentuneen loppuraskaudessa, mutta lähes kaikilla yhdyntöjä kuitenkin oli, kolmanneksella viikoittain (Valkama ym. 2006). Seksuaalielämän palautumisesta synnytyksen jälkeen tiedetään huomattavasti vähemmän. USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan 19 % äideistä oli aloittanut yhdynnät kuukauden sisällä synnytyksestä, neljän kuukauden sisällä noin 90 %. Keskimäärin yhdynnät alkoivat seitsemän viikkoa synnytyksen jälkeen (Byrd et al. 1998). Englantilaisessa tutkimuksessa seksuaalielämän oli palautunut 62 %:lla ensimmäisen kahden kuukauden sisällä ja 81 %:lla kolmeen kuukauteen mennessä (Barrett ym. 2000).

Imetyksen aikainen hormonitilanne saattaa vaikuttaa seksuaalielämään mm. siten, että se vähentää seksuaalista halukkuutta, tosin asiasta vallitsee ristiriitaisia käsityksiä (Barret ym. 2000). Vähäinen estrogeenimäärä elimistössä aiheuttaa limakalvojen haurautta ja kuivuutta, mikä saattaa aiheuttaa yhdyntäkipuja ja edelleen vähentää halukkuutta seksuaaliseen kanssakäymiseen.

Suomalaisia tutkimuksia synnytyksen jälkeisestä seksuaalielämästä ei löydy kirjallisuushauilla. Pääkaupunkiseudun äitiysneuvolassa tehdyssä pienessä selvityksessä todettiin, että monilla naisilla seksuaalinen halu palautui vasta useita

kuukausia synnytyksen jälkeen ja että pariskunnilla oli aiheesta keskenään ristiriitaisia toiveita (Reinholm 2000). Monet äidit totesivat, että synnytyksen jälkeen he kokivat palanneensa fyysisesti ja psyykkisesti ennalleen vasta noin vuoden kuluttua synnytyksestä (Reinholm 2000).

2.2 Imetyskäytännöt

Suomessa on annettu imeväisikäisten ravitsemussuosituksia 1970-luvun puolivälistä lähtien. Vuonna 1994 sosiaali- ja terveysministeriö suositteli kiinteän lisäruoan aloittamisiin siirtämistä kolmesta neljään kuukauteen. (Hasunen 2002, 14). Tuoreessa lastenneuvolatyön oppaassa suositellaan täysimetyksen jatkamista kuuden kuukauden ikään saakka (STM 2004).

Täysimetystä koskevat suositukset eivät ole kuitenkaan toteutuneet kovin hyvin. Neuvoloiden asiakkaille tehty imetyskäytäntöjen tutkimus vuodelta 1995 kertoi, että vain 17 % kuukauden ikäisistä vauvoista oli täysimetettyjä WHO:n kriteerien mukaan. Jos lasketaan mukaan rintamaidon lisäksi vain vettä saaneet, täysimetyksessä oli 68 %. Yhden kuukauden jälkeen osuus väheni nopeasti, ja neljän kuukauden ikäisinä täysin rintaravinnolla oli 10 % vauvoista. (Sairanen ym. 1997). Vuonna 2000 vastaavalla tavalla tehdyssä tutkimuksessa täysimetettyjä oli noin 40 % lapsista kolmen kuukauden iässä, ja 3 – 4 kuukauden välillä valtaosa alkoi saada lisäravintoa, muutakin kuin äidinmaidon korviketta (Hasunen 2002, 21). Tuoreessa isoon otokseen (n=3565) perustuvassa väestökyselyssä yksinomaisen imetyksen kesto oli keskimäärin 1,5 kuukautta. Neljän kuukauden ikäisistä vauvoista vain 20 % oli täysimetettyjä. (Erkkola 2005, 87).

2.3 Imettäminen ja raskauden ehkäisy

WHO on luokitellut kaikki ehkäisymenetelmät eri kliinisissä tilanteissa neljään luokkaan:

1 = käytölle ei ole mitään rajoituksia;

2= menetelmän edut voittavat teoreettiset tai tunnetut haitat;

3= teoreettiset tai tunnetut haitat yleensä ottaen ylittävät saavutetut edut

4= menetelmän käyttöön liittyy niin suuria haittoja, että sen käyttöä ei voi hyväksyä

Samalla periaatteella WHO on luokitellut kaikki ehkäisymenetelmät myös sen mukaan, miten sen soveltuvat synnytyksen jälkeiseen ja imetyksen aikaiseen ehkäisyyn. Ohjeet päivitetään muutaman vuoden välein. (WHO 2004).

Brittiläinen Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (FFPRHC) antaa näyttöön perustuvia suosituksia erilaisista perhesuunnitteluun liittyvistä aiheista. Viimeisimmän suosituksensa imettävien äitien ehkäisystä se on antanut vuonna 2004 (FFPRHC 2004).

Suomessa ei ole tehty hoitosuosituksia imetyksen aikaisesta raskauden ehkäisystä. Seuraavassa esitetyt kannanotot perustuvat pääasiallisesti kahteen edellä mainittuun lähteeseen.

Imetysehkäisy (LAM)

Imetyaikana hedelmällisyys on alentunut merkittävästi. Alkuvaiheessa munarakkulan normaalia kehitystä tai ovulaatiota ei tapahdu. Imemisen aiheuttama ärsyke mitä ilmeisimmin säätelee jollain mekanismilla gonadotropiineja vapauttavien hormonien eritystä, mutta perimmäistä syytä munasarjojen lamaantumiseen ei tunneta. Sen vuoksi imetysehkäisyn fysiologinen perustakaan ei ole täysin selvillä. (McNeilly 2001). Jos äiti ei lainkaan imetä, hormonitoiminta normalisoituu nopeasti raskauden aikana vallinneesta tilasta ja munasolu voi vapautua jo kuuden viikon sisällä synnytyksen jälkeen. (Perheentupa 2004).

Kuukautiskierron palautuessaakin on tavallista, että ensimmäinen kierto on anovulatorinen eli kuukautisia ei edellä munasolun irtoaminen. Näin ei kuitenkaan ole säännönmukaisesti, ja siksi uusi raskaus on mahdollinen ilman, että yksiäkään kuukautisia ehtii ilmaantua raskauksien välillä. Kuukautisten palaamista ilmeisesti seuraa alentuneen hedelmällisyyden kausi, jolloin ovulaatio ja keltarauhasrakkulan toiminta eivät ole täysin normaalia (Perheentupa 2004). Siksi esimerkiksi säännölliseen kiertoon ja ovulaatioajankohtaan perustuvat ns. luonnollisen raskauden ehkäisyn menetelmät ovat tavanomaistakin epävarmempia.

Vuonna 1988 pidetyn kansainvälisen konsensuskokouksen mukaan imetyksen raskautta ehkäisevä teho on riittävä (98 %) kuuden kuukauden ajan, mikäli lapsi ei saa muuta ravintoa kuin rintamaitoa ja äidin kuukautiset eivät ole palanneet. Myöhemmin on ravitsemuksesta esitetty tiukennettuja ehtoja, joiden mukaan lapselle ei saa tällöin antaa edes vettä ja lasta tulee imettää myös öisin. Imetyksen väheneminen mistä tahansa syystä heikentää sen raskautta ehkäisevää vaikutusta. (FFPRHC 2004).

Heti kun täysimetyksen ehdot eivät täyty, on alettava käyttää lisänä muuta ehkäisyä, jos raskautta ei haluta. Kuukautisten puuttuminen ei vaikuta asiaan. Suomessa valtaosa vauvoista alkaa saada lisäravintoa kolmen ja neljän kuukauden iän välillä (Hasunen 2002, 21), tuoreimman imetystiedon perusteella vieläkin aikaisemmin (Erkkola 2006, 87). Jos kehityssuuntana on täysimetyksen lyheneminen, täytyy tehokkaan ehkäisyn aloitustakin vastaavasti aikaistaa.

Kondomi ja muut estemenetelmät

Kondomi on oikein käytettynä luotettava ehkäisymenetelmä. Sen Pearlin indeksi on täydellisellä käytöllä vain 2, mutta käyttövirheet huomioiva todellinen luku on 15 eli huomattavasti korkeampi kuin kuparikierukalla (0,8) tai yhdistelmä- ja minipillereillä (8). Naisten kondomilla käyttövirheet huomioiva indeksi on 21 ja pessaarilla 16. (WHO 2004).

Imetyksen aikaiseen ehkäisyyn estemenetelmät sopivat periaatteessa hyvin, koska mahdollisten käyttöhavereiden sattuessa mukana on kuitenkin imetyksen tuoma lisäsuoja. Kondomin käyttö imetyksen aikaisena ehkäisynä saattaa tuottaa vaikeuksia siksi, että elimistön vähäisen estrogeenimäärän vuoksi vaginan limakalvot ovat ohuet ja arat, mikä voi tehdä käytön epämukavaksi.

Keltarauhashormoniin perustuvat menetelmät

Progestiiniin eli keltarauhashormoniin perustuvia menetelmiä on valittavissa nykyisin useita. Ns. minipillerit ovat olleet olemassa jo vuosikymmeniä ja viime vuosina niiden rinnalle on tullut uudentyyppiseen progestiiniin perustuvia, ilmeisesti paremmin siedettyjä valmisteita. Pillereinä nautittavan keltarauhashormonin ohelle on vuosien saatossa tullut ihonalainen kapseli ja hormonikierukka. Monissa maissa käytetään keltarauhashormonia myös pistoksina kolmen kuukauden välein, mutta Suomessa

pistosehkäisyn käyttö on ollut vähäistä. Lisäksi jälkiehkäisy perustuu keltarauhashormonille (kts. myöhemmin).

Keltarauhashormoniin perustuvien ehkäisymenetelmien on jo 1970-luvulta lähtien katsottu soveltuvan myös imettäville äideille. Progestiiniehkäisy voidaan aloittaa viimeistään kuuden viikon kuluttua synnytyksestä, imetyksestä riippumatta.

Amerikkalaisten gynekologien suosituksen mukaan minipillerit voidaan aloittaa jo 2-3 viikon kuluttua synnytyksestä (Queenan 2004). Hormonikierukka voidaan asettaa, kun synnytyksestä on kulunut vähintään neljä viikkoa. (WHO 2004).

Kuparikierukka

Kuparikierukka on Suomessa pitkään ollut synnytyksen jälkeisen ehkäisyn kulmakivi. Käsitykset siitä, minä ajankohtana se asetettaisiin, ovat kuitenkin olleet vaihtelevia. Tutkimuksia vallitsevista käytännöistä ei ole julkaistu, mutta kenttäkokemusten perusteella on varsin tavallista, että kierukan asettamista synnytyksen jälkeen pitkitetään ensimmäisten kuukautisten ilmaantumiseen saakka (Perheentupa 2004). Taustalla ovat vaikuttaneet vanhentuneet käsitykset, joiden mukaan kohdun puhkeamisriski olisi suuri jälkitarkastuksessa tai ylipäätään imetyksen aikana kierukkaa asettaessa.

Amerikkalainen raskauden ehkäisyn käsikirja totesi jo kymmenen vuotta sitten, että kohdun suurentunutta puhkeamisriskiä imetysamenorrhean aikaisessa asetuksessa ei ole voitu tutkimuksissa näyttää toteen. Käsikirjan mukaan nykyaikainen kuparikierukka voidaan asettaa 4-8 viikon kuluttua synnytyksestä ilman kasvanutta komplikaatoriskiä. Kierukka voidaan hyvin asettaa myös myöhemmin imetyksen aikana raskaustestin tarkistuksen jälkeen. (Speroff & Darney 1996, 288). Tuoreimpien suositusten mukaan kierukka voidaan asettaa joko heti synnytyksen jälkeen (48 tunnin sisällä) tai sitten, kun vähintään neljä viikkoa on kulunut (WHO 2004, FFRHC 2004). Asetusten rajoittaminen ko. aikavälillä johtuu spontaanien poistumien kasvaneesta riskistä (WHO 2004).

Hormonaaliset yhdistelmävalmisteet

Hormonaalisilla yhdistelmävalmisteilla tarkoitetaan perinteisiä yhdistelmäehkäisytabletteja ja vastaavia uudempia valmistemuotoja, ehkäisyrenkasta ja -laastaria. Koska kaikki yhdistelmävalmisteet sisältävät etinyyliestradiolia,

koskevat uusia valmistemuotoja periaatteessa samat rajoitukset, mitä seuraavassa esitetään yhdistelmäpillereiden osalta.

Yhdistelmäehkäisy pillereiden on osoitettu vähentävän maidon eritystä (Croxatto ym. 1983). Vaikutuksia lapsen kasvuun ja kehitykseen ei ole todettu pitkässäkään seurannassa paitsi että imetysaika jäi lyhyemmäksi kuin kontrolliryhmässä (Nilsson ym. 1986). Molemmat tutkimukset ovat vanhoja ja ne on tehty pillereillä, jotka sisälsivät huomattavasti enemmän enemmän etinyyliestradiolia kuin nykyiset valmisteet. Moderneilla ehkäisy pillereillä, joissa etinyyliestradiolia on 25–35 mikrogrammaa, ei ole julkaistu laadukkaita tutkimuksia (Truitt ym. 2006). Nykyaikaisten yhdistelmäpillereiden vaikutusta imetykseen ei siis tiedetä (Perheentupa 2004).

WHO luokittelee yhdistelmäehkäisy pillerit imettävillä äideillä ryhmään 3 (ei suositeltava, mutta ei kokonaan kiellettykään), kun synnytyksestä on kulunut aikaa 3 viikon ja 6 kuukauden välillä. Luokitus nousee ryhmään 2, kun synnytyksestä on kulunut yli puoli vuotta. Yhdistelmäehkäisy pillereitä ei pidä ei-imettävilläkään aloittaa ennen kuin synnytyksestä on kulunut kolme viikkoa (WHO 2004). WHO:n suosituksia arvioidessa on huomioitava, että ne on laadittu etenkin kehitysmaita ajatellen. Siellä pillereiden rintamaidon herumista vähentävä vaikutus voi olla jopa kohtalokasta, jos äidinmaidon vastikkeita tai muuta ravintoa ei ole saatavilla.

Brittiläinen suositus on samoilla linjoilla WHO:n suosituksen kanssa. Sen mukaan imettävät voivat käyttää yhdistelmäpillereitä kuuden kuukauden jälkeen synnytyksestä rajoituksetta. Sitä ennenkin niitä voidaan käyttää, jos maidoneritys on vakiintunut ja muut ehkäisy menetelmät eivät tule kyseeseen. (FFPRHC 2004).

Amerikkalaisen gynekologiyhdistyksen kannan mukaan yhdistelmä pillerit pitäisi aloittaa, jos ne aloitetaan, aikaisintaan kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen. Silloin tulisi varmistua siitä, että imetys on vakiintunut ja lapsen ravitsemustilaa pystytään seuraamaan (Queenan 2004).

Suomessa yhdistelmäehkäisy pillereitä on näihin aikoihin saakka pidetty käytännössä kokonaan vasta-aiheisina imetyksen aikana (Viisainen 1999). Perheentuvan artikkelissa vuonna 2004 esitettiin ensi kerran, että matalahormonisia

yhdistelmäehkäisytablettien käytön voisi aloittaa neljä kuukautta synnytyksen jälkeen imetyksestä huolimatta, kunhan varaudutaan mahdolliseen maidonerityksen vähenemiseen. (Perheentupa 2004). Uusimmassa Yleislääkärin käsikirjassa imetys mainitaan vasta-aiheena ensimmäisen kuuden kuukauden aikana (Yleislääkärin käsikirja 2006).

Jälkiehkäisy

Jälkiehkäisy on varamenetelmä muiden ehkäisymenetelmien käytön epäonnistumisen varalta. Erityisesti kaikkien kondomien pääasiallisena ehkäisymenetelmänä käyttävien tulisi olla tietoisia jälkiehkäisyyn mahdollisuudesta ja käytön ajoituksesta kondomin rikkoutumisen tai muun haverin varalta. Jälkiehkäisyyn voi turvautua myös imetyksen aikana, sillä levonorgestreelijälkiehkäisyyn käytön ei katsota vaikuttavan maidon määrään tai laatuun. Pieni määrä kulkeutuu äidinmaidon mukana lapseen, mutta sillä ei katsota olevan haitallisia vaikutuksia lapseen. Jotkut asiantuntijat ovat ehdottaneet, että rintamaito lypsetään pois jälkiehkäisyyn nauttimista seuraavina imetyskertoina. Suositukset eivät ole perusteltavissa levonorgestreelin farmakokinetiikalla eivätkä ne perustu näyttöön haittavaikutuksista. (Käypä hoito – suositus 2006).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tarkoituksena on kartoittaa kahden äitiysneuvolan asiakkaisiin perustuvassa aineistossa

- 1) sukupuolielämän palautumista synnytyksen jälkeen
- 2) raskauden ehkäisyyn käytettäviä menetelmiä synnytyksen jälkeen imettävillä ja ei-imettävillä äideillä
- 3) äitien tyytyväisyyttä käytössä olevan ehkäisymenetelmään
- 4) äitien tyytyväisyyttä seksuaalielämään ja tyytyväisyyden yhteyttä käytössä olevaan ehkäisymenetelmään

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus on osa laajempaa Äitien hyvinvointi –hanketta, joka toteutettiin kyselynä Kangasalan ja Lempäälän kunnissa. Mukaan kutsuttiin äitiysneuvolaan hakeutuneet ensi- ja uudelleensynnyttäjät kevään 2002 ja kevään 2003 välisenä aikana. Terveystenhoitajat pyysivät äitejä mukaan tutkimukseen ensimmäisten neuvolakäyntien yhteydessä. Tuolloin suostumuksensa antaneille äideille esiteltiin tutkimus tarkemmin, jaettiin kyselylomakkeet ja pyydettiin kirjallinen suostumus. Ensimmäinen kyselylomake jaettiin alkuraskaudessa (raskausviikolla 14-17), toinen loppuraskaudessa (raskausviikolla 34-37), kolmas noin kolme kuukautta ja neljäs vuosi synnytyksen jälkeen. Tutkimus on saanut hyväksynnän Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisessä toimikunnassa.

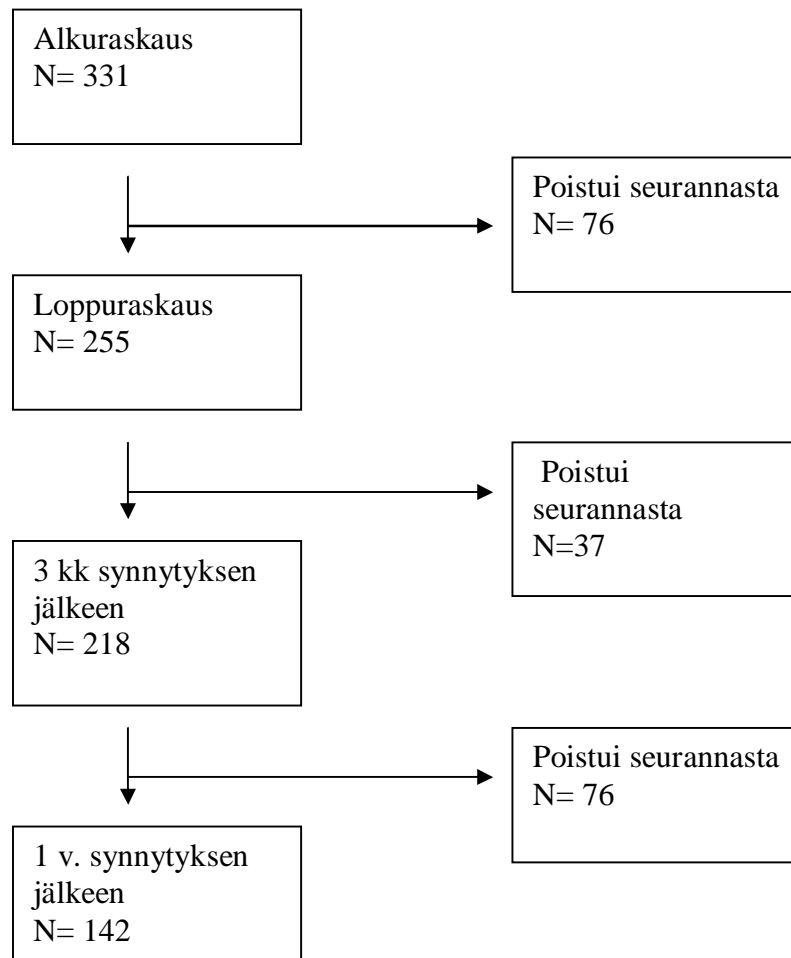
Alkuraskauden kyselylomakkeessa kartoitettiin äitien taustatietoja, kuten perheoloja, sosioekonomista asemaa ja raskaushistoriaa. Näitä kysymyksiä ei toistettu myöhemmissä kyselyissä. Äidin mielialaa tutkittiin kaikkina ajankohtina Beckin 21-osioisella depressioseulalla. Sosiaalisen tuen mittaamiseen käytettiin PSSS-R-mittaria (Perceived Social Support Scale), joka koostuu 12 kohdasta. Kaikkiaan ensimmäisessä lomakkeessa oli 117 kysymystä ja myöhemmissä 62 – 97.

Pariskuntien sukupuolielämää kartoitettiin useilla kysymyksillä. Seksuaalikäyttäytymistä ja seksuaalista tyytyväisyyttä tiedusteltiin pääosin samoilla kysymyksillä, joita on käytetty aiemmin FINSEX-tutkimuksen lomakkeessa (Kontula & Haavio-Mannila 1993, 555-579). Loppuraskaudessa ja synnytyksen jälkeisissä kyselyissä tiedusteltiin tyytyväisyyttä seksuaalielämään, yhdyntätiheyttä ja yhdyntöjen miellyttävyyttä sekä raskauden ehkäisyn käyttöä. Seksuaalielämää, imetystä ja raskauden ehkäisyä käsittelevä osuus kyselylomakkeesta on liitteenä (Liite 1).

Tyytyväisyyttä seksuaalielämään käsittelevät muuttujat dikotomisoitiin analyyseissa siten, että luokat erittäin tyytyväinen ja tyytyväinen yhdistettiin ja muut vastaukset yhdistettiin toiseksi luokaksi. Vastaavasti ehkäisymenetelmiä koskevassa kysymyksessä luokat erittäin tyytyväinen ja melko tyytyväinen yhdistettiin.

Imetystä ja lapsen saamaa lisäravintoa tiedusteltiin kahdella kysymyksellä. Analyyseissa imetys luokiteltiin täysimetykseksi, jos lapsi sai vain rintamaitoa ja sen ohella korkeintaan vettä.

Tutkimukseen lähti alunperin mukaan 331 äitiä. Tutkimuksesta kieltäytyneiden äitien määrästä ja heidän taustoistaan ei ole tietoa. Kieltäytyneistä oli tarkoitus pitää kirjaa, mutta tämä toteutui vain osin ja vain toisessa neuvoloista. Osa äideistä luopui tutkimuksesta eri kyselykertojen välillä (kuvio 1). Tässä raportoitaviin synnytyksen jälkeisiin kyselyihin osallistui 218 äitiä kolmen kuukauden kohdalla ja 142 äitiä vuosi synnytyksen jälkeen.



KUVIO 1. Vuokaavio Äitien hyvinvointi –tutkimuksen kulusta ja äitien aineiston kertymisestä

Aineiston analyysissä käytettiin suoria jakaumia ja ristiintaulukointia. Ristiintaulukoitujen muuttujien kohdalla tilastollisen riippuvuuden testaamiseen käytettiin khiin neliötestiä.

5 TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Ensimmäiseen synnytyksen jälkeiseen kyselyyn vastanneista äideistä 37 % oli 25–29 –vuotiaita ja 28 % oli 30–34 –vuotiaita (taulukko 1). Lähes kaikki olivat avio- tai avoliitossa ja puolella oli lapsia ennestään. Kahdella kolmasosalla oli ylioppilastutkinto. Keskiasteen tutkinto oli 38 %:lla, ammattikorkeakoulututkinto 10 %:lla ja korkeakoulututkinto 24 %:lla. Ensimmäiseen synnytyksen jälkeiseen kyselyyn osallistuneet eivät poikenneet alkuraskaudessa tutkimukseen osallistuneista merkitsevästi minkään muuttujan suhteen.

Vuosi synnytyksen jälkeen tehtyyn kyselyyn osallistui 142 äitiä. Osallistuneet olivat hiukan vanhempia kuin tutkimuksen aiemmissa vaiheissa, mutta ikäjakauman ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

5.2 Sukupuolielämän palautuminen synnytyksen jälkeen

Tutkimukseen osallistujista 79 % oli aloittanut yhdynnät ensimmäiseen synnytyksen jälkeiseen kyselyyn mennessä (taulukko 2). Kuukauden sisällä aloittaneita oli yhteensä neljännes ja kahteen kuukauteen mennessä kumulatiivinen määrä oli noussut kahteen kolmasosaan. Yhdyntöjä oli 43 %:lla vähintään viikottain, 29 %:lla niitä oli 2–3 kertaa kuukaudessa. Kymmenellä prosentilla yhdyntöjä oli harvemmin kuin kerran kuussa.

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden äitien taustatiedot jakaumina alkuraskaudessa sekä 3 kuukauden ja vuoden kuluttua synnytyksen jälkeen (pp=post-partum)*

	Alku (n=331)	3 kk pp (n=218)	1 vuosi pp (n=142)
Äidin ikä (v)	%	%	%
<25	19	20	18
25-29	35	37	33
30-34	30	28	33
35 +	16	14	17
	<u>100</u>	<u>99</u>	<u>101</u>
	(311)	(206)	(131)
Aviosäätty			
Avio-/avoliitto	98	99	99
Naimaton	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	100	100	100
	(311)	(206)	(131)
Peruskoulutus			
Peruskoulu	40	38	34
Ylioppilas	60	62	66
	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
	(310)	(205)	(131)
Ammatill. koulutus			
Ei koul.	9	7	5
Ammattikoulu	21	21	22
Keskiaste	37	38	38
Ammattikorkea	12	10	9
Korkeakoulu	<u>21</u>	<u>24</u>	<u>26</u>
	100	100	100
	(309)	(205)	(130)
Lapsia ennestään			
Ei	42	50	47
Kyllä	<u>58</u>	<u>50</u>	<u>53</u>
	100	100	100
	(308)	(205)	(131)

*poikkeamat 100 %:sta johtuvat pyöristyksistä

Yhdyselämänsä aloittaneista 78 % vastasi synnytyksen jälkeisten yhdyntöjen olleen hyvin tai melko miellyttäviä. Epämiellyttäviksi niitä kuvasi 8 % ja 13 % ei osannut arvioida. Yhdynnät aloittaneista 72 % vastasi olevansa tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä seksuaalielämäänsä kyselyhetkellä, kun ei-aloittaneiden ryhmässä tyytyväisiä oli 20 %. Tyytymättömyyden seksuaalielämäänsä ilmaisi 17 % yhdynnät aloittaneista ja 33 % ei-aloittaneista äideistä. Ero tyytyväisyydessä yhdynnät aloittaneiden ja ei-aloittaneiden välillä oli merkitsevä ($p<0,001$).

Vuoden kuluttua synnytyksestä neljä vastaajaa ilmoitti, että heillä ei ollut yhdyntöjä synnytyksen jälkeen. Heistä kolme eli parisuhteessa (avio- tai avioliitossa) raskauden alkaessa.

TAULUKKO 2. Yhdyntöjen aloittaneiden osuus ja yhdyntöjen alkamisen ajankohta viikkoina synnytyksen jälkeen (n=218).

Yhdyntöjen alku (viikkoja)	Osuus (%)	(n)	Kumulatiivinen (%)
0-2	7	(16)	7
3-4	19	(42)	26
5-8	38	(82)	64
9-12	14	(31)	78
Yli 12	1	(2)	79
Ei ole aloittanut	19	(41)	98
Tieto puuttuu	2	(4)	100

5.3 Imetystilanne ja raskauden ehkäisy kolme kuukautta synnytyksen jälkeen

Kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä koko vastaajajoukosta 79 % (n=172) imetti, osuus oli pienempi yhdynnät aloittaneilla kuin ei-aloittaneilla (taulukko 3). Imettävistä äideistä 60 % antoi vauvalle pelkästään rintamaitoa ja 3 % vettä rintamaidon lisäksi. Vauvoista 36 % sai imetyksen ohella lisäravintoa (äidinmaidon vastiketta, soseita tai muuta vastaavaa).

TAULUKKO 3. Vauvojen saama ravinto kolme kuukautta synnytyksen jälkeen äidin sukupuolielämän palautumisen mukaan (rm= rintamaito)

Vauvan ravinto	Aloittanut yhdynnät		Ei aloitt. yhdyntöjä		Yhteensä	
	%	n	%	n	%	n
Vain rm	44	78	63	26	48	104
Rm ja vesi	3	5	2	1	3	6
Rm ja lisäruoka	29	51	27	11	29	62
Ei rintamaitoa	24	42	7	3	21	45
	100	176	*99	41	*101	217

*poikkeamat 100 %:sta johtuvat pyöristyksistä

Kondomi oli eniten käytetty ehkäisymenetelmä, sitä käytti 58 % yhdynnät aloittaneista äideistä (taulukko 4). Imettävistä 63 % käytti kondomia ehkäisynään, 21 % ei käyttänyt mitään ja kierukoiden tai pillereiden käyttäjiä oli yhteensä 8 %. Imetyksen lopettaneillakin kondomi oli yleisimmin käytetty menetelmä (42 %), kierukoiden tai pillereiden käyttäjiä oli yhteensä 36 %. Ilman ehkäisyä ilmoitti olevansa 21 % imetyksen lopettaneista äideistä.

Kohtaan ”muu ehkäisy” vastanneita oli kaikkiaan 12 ja heistä kahdeksan oli sanallisesti kuvannut, mitä se oli. Näistä neljä oli ns. luonnollisia menetelmiä (keskeytetty yhdyntä tai rytmimenetelmä), kolme ”pistosehkäisyä” (keltarauhashormoni) ja yksi oli kemiallisen ehkäisyn käyttäjä.

TAULUKKO 4. Ehkäisymenetelmien käyttö kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä imettävillä ja ei-imettävillä äideillä (mukana yhdynnät aloittaneet, n=177).

Menetelmä	Imettävät		Ei-imettävät		Kaikki	
	%	n	%	n	%	n
Kuparikierukka	3	4	12	5	5	9
Hormonikierukka	3	4	5	2	3	6
E-pillarit	0	0	19	8	5	8
Minipillerit	2	2	0	0	1	2
Kondomi	63	85	42	18	58	103
Muu	8	11	2	1	7	12
Ei ehkäisyä	21	28	21	9	21	37
Kaikki	100	134	101	43		177

Jatkoanalyysia varten ehkäisymenetelmien käyttö jaettiin kolmeen ryhmään: ns. lääketieteellisten (terveydenhuollon käyntiä vaativien) menetelmien käyttäjiin (kuparikierukka, hormonaaliset menetelmät), kondomin käyttäjiin ja ei ehkäiseviin. Keltarauhashormonipistoksen saaneet (n=3) luokiteltiin mukaan lääketieteellisiä menetelmiä käyttäneisiin. Keskeytettyä yhdyntää, rytmimenetelmää tai kemiallista ehkäisyä käyttäneet luokiteltiin ei ehkäisyä käyttäneisiin. Ryhmät analysoitiin imetyksen, ehkäisymenetelmään tyytyväisyyden, seksuaalisen tyytyväisyyden, raskauspelkojen ja lastenhankkimissuunnitelmien mukaan.

Lääketieteellisiä ehkäisymenetelmiä käyttävät imettivät merkitsevästi vähemmän kuin kondomia tai ei mitään ehkäisyä käyttäneet (taulukko 5), ja he olivat merkitsevästi tyytyväisempiä ehkäisyynsä kuin kondomia käyttäneet.

Runsaas 70 % lääketieteellisiä menetelmiä käyttäneistä ja ilman ehkäisyä olleista äideistä oli tyytyväisiä seksielämäänsä (taulukko 5). Kondomin käyttäjillä osuus oli pienempi (62 %).

TAULUKKO 5. Käytössä olleen ehkäisyn yhteys imetykseen, tyytyväisyyteen ehkäisyyn ja seksielämään, raskauspelkoihin ja lapsitoiveisiin kolme kuukautta synnytyksen jälkeen (mukana synnytyksen jälkeen yhdynnässä olleet)

	Läaket* (n=25)	Kondomi (n=102)	Ei ehk. (n=49)	Kaikki (n=176)	P-arvo
Imetystyyli (n=176)					
Täysimetys	12	54	51	47	P<0.001
Imettää osittain	28	30	29	29	
Ei imetä	60	17	20	24	
Tyytyväisyys e-menetelmään (n=130)					
Eritt./melko tyytyväinen	96	53	-	62	P<0.001
Muu	4	47	-	38	
Tyytyväisyys seksielämään (n=176)					
Tyytyväinen	71	62	74	67	P=0.291
Tyytymätön/ei osaa sanoa	29	38	26	33	
Raskauden pelko (n=175)					
Ei pelkoa	79	85	41	73	P<0.001
Kyllä	14	9	13	11	
Ei, toivoo raskautta	7	6	46	17	
Lisää lapsia (n=173)					
Kyllä	39	51	73	55	P=0.037
Ei	25	19	7	17	
Ei osaa sanoa	36	30	20	28	

*lääketieteellinen ehkäisy: kierukka, hormonikierukka, ehkäisytabletit, minipillerit, ihonalaiset kapselit tai keltarauhashormonipistokset

Ilman ehkäisyä olevista äideistä 46 % ilmaisi toivovansa uutta raskautta, ja raskauden pelkoa he olivat siten kokeneet synnytyksen jälkeisenä aikana vähemmän kuin lääketieteellisten menetelmien tai kondomin käyttäjät (taulukko 5). Ilman ehkäisyä olevista 73 % ilmaisi suunnittelevansa vielä lisää lapsia, kun lääketieteellisiä menetelmiä käyttävistä näin oli vastannut 39 % ja kondomia käyttäneistä 51 %. Viimeksi mainituissa ryhmissä kolmannes ei osannut sanoa kantaansa asiaan.

5.4 Osittain imettävien ja imetyksen lopettaneiden äitien ehkäisymenetelmien käyttö kolme kuukautta synnytyksen jälkeen

Sukupuolielämän synnytyksen jälkeen aloittaneet tutkittavat jaettiin niihin, joilla raskauden riski on hyvin pieni (täysimettävät) ja niihin, joilla raskauden riski on jo suurentunut (osittain imettävät tai ei lainkaan imettävät). Täysin imettävistä vain kolme oli aloittanut lääketieteellisen menetelmän, 66 % käytti kondomia ja 30 % ei mitään muuta ehkäisyä täysimetyksen ohella (taulukko 6). Suurentuneen raskausriskin ryhmässä (osittain tai ei lainkaan imettävillä) lääketieteellisen menetelmän oli aloittanut noin neljännes ja puolet käytti kondomia. Ilman ehkäisyä oli 26 %.

TAULUKKO 6. Ehkäisymenetelmien käyttö täysimettävillä ja osittain tai ei lainkaan imettävillä

Ehkäisy	Täysimetys		Osittain/ei lainkaan		Yhteensä	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Lääket.	4	3	24	22	14	25
Kondomi	66	55	51	47	58	102
Ei mitään	30	25	26	24	28	49
	100	83	100	93	100	176

Jatkoanalyysiin poimittiin ne äidit, jotka kolmen kuukauden kohdalla imettivät vain osittain tai olivat jo lopettaneet imetyksen, mutta eivät olleet vielä aloittaneet mitään lääketieteellistä menetelmää (n=71). Tässä joukossa verrattiin kondomin käyttäjiä ja ei mitään ehkäisyä käyttävien perheellisyyttä ennen tätä raskautta ja synnytystä sekä suunnitelmia lasten hankinnasta. Kondomia käyttävistä 53 %:lla oli lapsia ennestään ja ei mitään ehkäisyä käyttävistä 48 %:lla. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (p=0,671). Kondomia käyttävistä 47 % tiesi haluavansa lisää lapsia, 19 % ei halunnut ja 34 % ei osannut sanoa. Ei lainkaan ehkäisyä käyttävistä 76 % ilmoitti haluavansa lisää lapsia, 5 % ei halunnut ja 19 % ei osannut sanoa. Tilastollinen ero oli lähes merkitsevä (p=0,067).

5.5 Imetystilanne ja raskauden ehkäisy vuosi synnytyksen jälkeen

Vuoden kuluttua synnytyksestä neljä äitiä ilmoitti, että yhdyntöjä ei ole ollut lainkaan synnytyksen jälkeen ja 13 ilmoitti olevansa uudelleen raskaana. Ehkäisymenetelmien käyttö analysoitiin 125 äidiltä, joista edelleen imettäviä oli 22.

Kondomi oli edelleen suosituin ehkäisymenetelmä, sitä käytti neljä kymmenestä riippumatta imetyksestä (taulukko 7). Kuparikierukkaa käytti 12 % ja keltarauhashormonia sisältävää (hormonikierukka, ihonalainen kapseli tai minipillerit) ehkäisyä 10 %, osuudet olivat suunnilleen yhtä suuret imettävillä ja ei-imettävillä äideillä. Imettävät ja ei-imettävät äidit poikkesivat toisistaan eniten ehkäisypillereiden käytön suhteen, sillä kukaan edelleen imettävistä äideistä ei käyttänyt pillereitä. Lisäksi imettävistä suurempi osuus (27 %) ilmoitti olevansa kokonaan ilman ehkäisyä kuin ei-imettävistä (18 %). Kaikkiaan ilman mitään ehkäisyä oli 19 %.

TAULUKKO 7. Ehkäisymenetelmien käyttö vuoden kuluttua synnytyksestä imettävillä ja ei-imettävillä äideillä (mukana yhdynät aloittaneet, ei raskaana olevat).

Menetelmä	Imettävät		Ei-imettävät		Kaikki	
	%	n	%	n	%	n
Kuparikierukka	14	3	12	12	12	15
Hormonikier/kapse li	9	2	10	10	10	12
E-pillerit	-	-	15	15	12	15
Minipillerit	5	1	1	1	2	2
Kondomi	46	10	42	43	42	53
Muu	-	-	4	4	3	4
Ei ehkäisyä	27	6	17	18	19	24
Kaikki	101*	22	101*	103	100	125

*poikkeamat 100 %:sta johtuvat pyöristyksistä

Jatkoanalyysia varten ehkäisymenetelmien käyttö jaettiin lääketieteellisiin menetelmiin (kierukat, hormonaaliset menetelmät) ja muut. Ryhmät analysoitiin imetyksen, ehkäisymenetelmään tyytyväisyyden, seksuaalisen tyytyväisyyden, raskauspelkojen ja lastenhankkimissuunnitelmien mukaan.

Tyytyväisyys ehkäisymenetelmään oli edelleen vuosi synnytyksen jälkeen merkitsevästi suurempi lääketieteellisen menetelmän käyttäjillä kuin kondomin käyttäjillä (taulukko 8). Lääketieteellisen menetelmän käyttäjät ja ehkäisyä käyttämättömät äidit olivat tyytyväisempiä seksielämäänsä kuin kondomia käyttävät. Ne, jotka eivät käyttäneet lainkaan ehkäisyä, olivat kokeneet muita vähemmän raskauden pelkoa ja he vastasivat myös muita ryhmiä useammin haluavansa lisää lapsia. Kondomia käyttäneistä 42 % ei halunnut lisää lapsia tai ei osannut sanoa kantaansa asiaan (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Vuosi synnytyksen jälkeen käytössä olleen ehkäisyn yhteys imetykseen, tyytyväisyyteen ehkäisyyn ja seksielämään, raskauspelkoihin ja lapsitoiveisiin (mukana synnytyksen jälkeen yhdynnässä olleet, ei raskaana olevat äidit)

Imetys	Lääket. (n=44)	Kondomi (n=53)	Muu/ei ehkäisy ä (n=28)	Kaikki (n=125)	P-arvo
Imetys (n=125)					
Imettää edelleen	14	19	21	18	p=0.664
Ei imetä	86	81	79	82	
Tyytyväisyys e-menetelmään (n=96)					
Eritt./melko tyytyväinen	96	79	-		p=0.018
Muu	4	21	-		
Tyytyväisyys seksielämään (n=125)					
Tyytyväinen	82	60	75	71	p=0.059
Tyytymätön/ei osaa sanoa	18	40	25	29	
Raskauden pelko (n=123)					
Ei pelkoa	80	79	39	71	p<0.001
Kyllä	11	9	4	9	
Ei, toivoo raskautta	9	11	58	20	
Lisää lapsia (n=122)					
Kyllä	34	58	77	53	p=0.012
Ei	25	17	8	18	
Ei osaa sanoa	41	25	15	29	

5.6 Ehkäisyn aloittamisen ajankohta

Vuosi synnytyksen jälkeen tutkimuksessa oli mukana 101 sellaista äitiä, jotka eivät olleet uudelleen raskaana ja käyttivät jotain ehkäisymenetelmää. Käytössä olleen ehkäisymenetelmän aloituksen ajankohtaa koskeva tieto saatiin näistä vain 72 äidiltä. Vastaamattomat olivat pääosin kondomin käyttäjiä.

Kaikista niistä, joilla oli käytössä lääketieteellinen menetelmä vuoden päästä synnytyksen jälkeen, 32 % (13/41) oli aloittanut sen käytön kolmen kuukauden sisällä synnytyksestä, 39 % (16/41) oli aloittanut kolmen kuukauden ja kuuden kuukauden välillä ja 29 % (12/41) myöhemmin kuin kuusi kuukautta synnytyksestä. Tarkempi menetelmäkohtainen analyysi tai analyysi suhteessa imetykseen ei ollut mahdollista tapausten vähäisyyden vuoksi.

Niistä, jotka käyttivät kondomia vuoden päästä synnytyksestä (n=53), oli käytön aloittamista koskevaan kysymykseen vastannut vain 30. Valtaosa (21/30) ilmoitti aloittaneensa käytön kolmen kuukauden sisällä synnytyksestä. Neljä äitiä oli aloittanut kondomin käytön kolmen ja kuuden kuukauden välillä, ja viisi äitiä vasta puolen vuoden jälkeen. Tarkempi analyysi kondomin käytön aloittamisesta suhteessa imetyksen intensiteettiin ei ollut mahdollista tapausten vähäisen määrän vuoksi.

5.7 Synnyttäneiden äitien jälkiehkäisytiätous

Kaikista ensimmäiseen synnytyksen jälkeiseen kyselyyn vastanneista 72 % ilmoitti tietävänsä, miten hormonaalista jälkiehkäisyä käytetään. Lähes kaikki vastasivat silti myös jälkiehkäisyn nauttimisen taka-aikarajaa koskevaan kysymykseen. Vain seitsemän prosenttia ilmoitti oikean aikarajan (72 tuntia). Selvästi liian lyhyen aikarajan (24 tuntia tai sitä vähemmän) vastasi 64 % ja 26 % ilmoitti aikarajan 48 tuntia. Kun verrattiin aikarajan tuntemusta lääketieteellistä ehkäisyä käyttävien, kondomia käyttävien tai ei mitään ehkäisyä käyttävien välillä, tiedoissa ei ollut merkitsevää eroa ryhmien välillä.

6 POHDINTA

6.1. Yhteenvetoa tuloksista

Aiheen tämän tutkimuksen tekoon antoi rekisteriaineistojen analyysiin perustuva havainto siitä, että raskauden keskeytyksen riski on suomalaisilla naisilla kohonnut 6-8 kuukautta synnytyksen jälkeen (Vikat ym. 2002). Tulos herätti ajatuksen, että raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen ei ole hoidettu riittävän tehokkaalla tavalla. Käytäntöön perustuva kokemus on, että lääketieteelliset menetelmät (hormoni- ja kierukkaehkäisy) aloitetaan usein vasta imetyksen loputtua ja kuukautisten alettua (Perheentupa 2004), mutta tutkimustietoa asiasta ei ole julkaistu.

Tässä tutkimuksessa todettiin, että noin neljällä viidesosalla äideistä sukupuolielämä palautuu kolmen kuukauden sisällä synnytyksestä. Vain vajaa puolet heistä imettää siinä määrin, että se todennäköisesti toimii myös raskauden ehkäisynä. Runsas puolet yhdynnät aloittaneista tarvitsee tässä vaiheessa jo muuta raskauden ehkäisyä, mikäli uutta raskautta ei haluta. Yleisimmin synnytyksen jälkeen käytetään ehkäisynä kondomia riippumatta siitä, imettääkö vai ei. Vielä vuoden kuluttua synnytyksestäkin kondomi on yleisimmin käytetty ehkäisy, lääketieteellisen menetelmän on aloittanut kolmannes äideistä. Jos lääketieteellinen menetelmä on aloitettu, se on yleisimmin aloitettu yli kolme kuukautta synnytyksen jälkeen, ja kolmanneksessa yli kuusi kuukautta synnytyksen jälkeen. Kokonaan ilman ehkäisyä oli ensimmäisessä kyselyssä noin neljännes ja jälkimmäisessä kyselyssä viidennes äideistä, vaikka kummassakin tapauksessa vain puolet toivoi uutta raskautta.

Tutkimus vahvisti sitä käsitystä, että lääketieteelliset ehkäisymenetelmät otetaan synnytyksen jälkeen hitaasti käyttöön. Osalle äideistä tämä merkitsee altistumista ei-toivotulle raskaudelle. Sama havainto on tehty mm. Tanskassa (Wilkinson-Jensen & Pedersen 2000, 106) ja sitä pidetään yleisestikin eräänä lapsivuodeajan ongelmana. Yleismaailmallisesti syyksi on arveltu mm. perhesuunnittelupalvelujen heikkoa saatavuutta ja organisointia. Suomessa palvelujen saannin vaikeus ei voi olla selitys asialle, sillä äitiyshuolto on hyvin järjestetty. Lisäksi sosiaaliturva on sidottu siihen, että äiti käy jälkitarkastuksessa synnytyksen jälkeen. Lähes kaikki äidit käyvät jälkitarkastuksessa ja ovat siten ehkäisyneuvonnan tavoitettavissa.

6.2 Imettäminen ehkäisymenetelmänä

Eräs mahdollinen syy tehokkaan ehkäisyn hitaaseen käyttöön ottoon saattaa olla liian optimistinen käsitys imetyksestä ehkäisykeinona. Imetyksen raskautta ehkäisevästä vaikutuksesta annetut ohjeet ovat olleet puutteellisia, sillä varsinaisen imetysehkäisyn kriteerejä ei ole tarpeeksi korostettu suomalaisessa kirjallisuudessa ennen kuin aivan viime vuosina. Näin on saattanut syntyä se käsitys, että imettäminen sinällään riittää ehkäisyksi silloin, kun kuukautiset eivät ole vielä alkaneet. Imetysehkäisy on luotettava vain, jos kaikki kolme kriteeriä täyttyvät: 1) imetys on täysimetystä; 2) kuukautiset eivät ole palanneet ja 3) lapsi on alle kuuden kuukauden ikäinen. Jos yksikin kriteereistä jää täyttymättä, on imetyksen ohella käytettävä muuta ehkäisyä, jos raskautta ei haluta (FFPRHC 2004). Puuttuvat kuukautiset yksinään eivät siis merkitse sitä, että raskauden riskiä ei ole. Tanskalaisessa raskaudenehkäisyoppaassa painotetaan erityisesti, että tämä informaatio tulisi antaa kaikille naisille äitiysneuvonnassa (Wilkinsen-Jensen & Pedersen 2000, 105).

Amerikkalaiset gynekologit ovat hoitosuosituksessaan antaneet vieläkin yksityiskohtaisempia suosituksia siitä, milloin imetys on riittävää suojatakseen raskaudelta. Imetysten väli saisi päivällä olla korkeintaan neljä tuntia ja yöllä kuusi tuntia. Lisäksi huomautetaan, että jos imetyksen riittävydestä on pienikin epäily, kannattaa aloittaa muu ehkäisy rinnalle. (Queenan 2004). Amerikkalaiset ovat jo aiemminkin soveltaneet tiukempia kriteerejä ehkäisyn aloitukselle suhteessa imetykseen. Amerikkalaisessa raskauden ehkäisyn käsikirjassa (1996) mainitaan ns. kolmosen sääntö (The Rule of 3's): jos äiti täysimettää, ehkäisy pitää aloittaa kolmannen kuukauden aikana synnytyksen jälkeen. Jos äiti ei imetä tai imettää osittain, ehkäisy aloitetaan kolmannella viikolla synnytyksen jälkeen (Speroff & Darney 1996, 75).

Imettäminen ei ole siis luotettava ehkäisykeino enää silloin, kun lapsi alkaa saada lisäravintoa. Kymmenisen vuotta sitten kerätyn suomalaisen tutkimusaineiston mukaan runsas neljännes äideistä täysimetti lapsen ollessa kolmen kuukauden ikäinen ja 90 % oli aloittanut lisäravinnon annon siihen mennessä, kun lapsi oli täyttänyt neljä kuukautta (Sairanen ym. 1997). Tässä tutkimuksessa noin puolet äideistä, joiden seksuaalielämä oli palautunut, imetti kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä siten, että sen voi katsoa täysimetykseksi. Toinen puolet äideistä sen sijaan oli periaatteessa

jo raskauden ehkäisyn tarpeessa, ellei uudelleen raskaaksi tulo ollut toiveissa. Lääketieteellisten menetelmien käyttö oli kuitenkin suhteellisen vähäistä osittain imettävilläkin äideillä, saati imetyksen jo lopettaneilla, lisäksi neljännes oli kokonaan vailla ehkäisyä. Vielä vuoden kuluttua synnytyksestä kondomi oli yleisimmin käytetty ehkäisymenetelmä, vaikka periaatteessa koko ehkäisymenetelmien kirjo olisi käytettävissä.

6.3 Ehkäisymenetelmien valinta ja käyttö

Ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttaa myös se, onko perheeseen tarkoitus hankkia lisää lapsia ja miten pitkällä aikavälillä. Keskimääräinen lasten lukumäärä naista kohti on nykyisin alle kaksi. Ensimmäisen lapsen hankkimisikä on siirtynyt koko ajan myöhemmäksi viimeisten vuosikymmenien aikana, ja samalla synnytysten aikaväli on lyhentynyt (Koskinen ym. 1994, 91 – 92). Tämän tutkimuksen puitteissa ei pystytty osoittamaan, selittivätkö suunnitelmat uudesta raskaudesta ehkäisemättä jättämisen tai pitäytymisen estemenetelmissä. Tutkimuksessa ei kysytty yksityiskohtaisia suunnitelmia mahdollisesta seuraavasta lapsesta ja raskauden ajoituksesta. Raskauspelkoja koskevan kysymyksen yhteydessä sen sijaan ilmeni, että ei lainkaan ehkäisevistä naisista kuitenkin vain vajaa puolet toivoi uutta raskautta, ja kondomin käyttäjistä vain harva. Tulokset viittaavat siihen, että lapsen alkaessa saada lisäravintoa osalla äideistä raskauden ehkäisy ei ollut riittävän tehokkaasti järjestetty suhteessa ajatuksiin uudesta raskaudesta. Tutkimuksen tulokset sopivat hyvin yhteen rekisteriaineistosta tehdyn analyysin kanssa, joka viittasi raskauden ehkäisyn heikon kohdan osuvan yksiin lapsen lisäruokinnan alkamisen kanssa (Vikat ym. 2002).

Pienimuotoisen pääkaupunkiseudulla tehdyn selvityksen mukaan uuden raskauden pelko on tänäkin päivänä yleinen huoli synnytyksen jälkeisessä parisuhteessa (Reinholm 2000). Tässä tutkimuksessa joka kymmenes äiti vastasi kolme kuukautta synnytyksen jälkeen tehdyssä kyselyssä pelänneensä uutta raskautta. Eniten pelkoa olivat kokeneet lääketieteellisen menetelmän valinneet äidit, ja pelko ilmeisesti olikin ohjannut heidät valitsemaan mahdollisimman tehokkaan ehkäisyn. Toisaalta kokonaan ilman ehkäisyä olleet olivat kokeneet raskauden pelkoa lähes yhtä paljon, mutta se ei ollut saanut heitä silti aloittamaan minkäänlaisen ehkäisyn käyttöä. Tämän valinnan takana saattavat olla puutteelliset tiedot lääketieteellisistä menetelmistä tai esimerkiksi erimielisyydet puolison kanssa estemenetelmien käytöstä. Raskauspeloista ja niiden

taustoista kannattaisi keskustella äitiysneuvonnan kohtaamisissa. Turhat, vääristä tiedoista johtuvat pelot saattavat rasittaa parisuhdetta, joka muutenkin on koetuksella synnytyksen jälkeisenä aikana.

Huomionarvoista on, että kondomin käyttäjät olivat selvästi tyytymättömämpiä ehkäisyynsä kuin lääketieteellisten menetelmien käyttäjät. Lisäksi he olivat useammin tyytymättömiä myös seksuaalielämäänsä. Kondomin käyttö imetyksenaikaisena ehkäisyinä saattaa tuottaa vaikeuksia siksi, että imetyksen hormonaalisen tasapainon (vähäisen estrogeenimäärän) vuoksi vaginan limakalvot ovat ohuet ja arat. Tämä aiheuttaa monille yhdyntäkipuja ja siksi ehkä haluttomuutta kondomin käyttöön tai jopa kieltäytymisen yhdynnöistä. Molemmat seuraukset ovat tavallaan turhia, sillä yhdynnän teknisiin vaikeuksiin on kuitenkin olemassa yksinkertainen hoito eli liukasteiden ja/tai paikallisten estrogeenivalmisteiden käyttö kondomin ohella. Tämä asia tulisi äitiysneuvonnassa opastaa kaikille äideille, mutta etenkin kondomin ehkäisyyn valinneille. Yksinkertainen neuvo saattaa lisätä halukkuutta kondomin säännölliseen käyttöön ja tehostaa siten raskauden ehkäisyä.

Kierukkaehkäisy oli kolmen kuukauden kuluttua synnytyksestä käytössä vain kahdeksalla prosentilla äideistä. Nykyisen käsityksen mukaan kierukka sopii hyvin asetettavaksi jälkitarkastuksen yhteydessä (FFPRHC 2004). Joka tapauksessa se olisi hyvä olla valmiina paikallaan viimeistään siinä vaiheessa, kun lapsi alkaa saada lisäravintoa, imettäminen vähenee ja raskauden riski kasvaa. Näin ei kuitenkaan tämän tutkimuksen mukaan tapahtunut. Ilmeisesti näyttöön perustumaton käytäntö siitä, että kierukka asetetaan vasta ensimmäisten kuukautisen jälkeen, on edelleen vahvasti vallalla ja mahdollisesti osasyynä suunnittelelemattomiin raskauksiin synnytyksen jälkeisenä aikana. Käytännön muuttamiseksi tarvitaan oma suomalainen hoitosuositus.

Keltarauhashormoniin perustuvien ehkäisymenetelmien käyttö oli suhteellisen vähäistä. Kolmen kuukauden kohdalla käyttäjiä oli muutama prosentti ja vuoden kuluttua synnytyksestä 12 %. Muita progestiinimenetelmiä kuin hormonikierukkaa käytti vain muutama vastaaja. Vaikka hormonikierukka on yleisesti kasvattanut suosiotaan viimeisen 10 – 15 vuoden aikana, suosio ei näytä ulottuvan synnytyksen jälkeiseen aikaan. Keltarauhasvalmisteilla voitaisiin ehkäisyä tehostaa jo varhaisessa vaiheessa, kun imetyksen sujuvuudesta ja riittävydestä ehkäisyn näkökulmasta ei ole varmuutta. Keltarauhashormonit eivät vaikuta rintamaidon määrään ja imetykseen.

Pieniä määriä progestiinia kulkeutuu rintamaidon mukana lapseen, mutta tästä ei ole katsottu olevan haittaa lapselle. Kun ihonalaista kapselia imetyksen aikana käyttäneiden äitien lapsia seurattiin kuuden vuoden ajan, ei lasten kasvussa todettu eroa kuparikierukalla ehkäisseitten lapsiin verrattuna (Schiappacasse ym. 2002). Hiljattain julkaistun tutkimuksen mukaan myöskään hormonikierukka ei vähennä maidon eritystä eikä vaikuta lapsen kasvuun ensimmäisen elinvuoden aikana (Shaamash ym. 2005).

Ehkäisyn ongelmatilanteissa on hyvä muistaa, että yhdistelmäehkäisytablettien ei ole imetyksen aikana täysin kontraindisoituja, vaan ne ovat yksi kyseeseen tuleva (joskaan ei ensisijainen) vaihtoehto etenkin silloin, kun maitoa heruu runsaasti ja lapsi alkaa saada jo muutakin ravintoa eli noin neljän kuukauden iässä. Tanskalaisessa raskaudenehkäisyoppaassa todetaan, että hormonaalinen ehkäisy, mukaanlukien matalahormoniset yhdistelmäehkäisytabletit voidaan aloittaa siinä vaiheessa, kun imetys on vakiintunut eli yleensä noin neljän viikon kuluttua synnytyksestä (Wilkinson-Jensen & Pedersen 2000. 106). Kööpenhaminan perhesuunnitteluklinikassa yhdistelmäehkäisytabletteja on määrätty jo pitkään imettäville äideille ilman erityisiä ongelmia (Wilkinson-Jensen 2001). Suomessa ensimmäinen tämänsuuntainen kannanotto julkaistiin vuonna 2004 (Perheentupa 2004). Kyseisessä artikkelissa todettiin lisäksi, että teoriassa uudet tasaisesti hormoneja luovuttavat yhdistelmämenetelmät (ehkäisyrenkas ja -laastari) saattaisivat olla pillereitä parempi vaihtoehto imetyksenaikana (Perheentupa 2004). Suomalaista hoitosuosittelusta hormonaalisten yhdistelmävalmisteiden käytöstä imetyksen aikana ei ole toistaiseksi kuitenkaan annettu.

6.4 Seksuaalisuus ja parisuhde

Ehkäisyn ja etenkin lääketieteellisten menetelmien käytön aloitusta saattavat viivästyttää osaltaan myös synnytyksen jälkeiseen seksuaalielämään liittyvät asenteet ja käsitykset. Lapsivuodeaika nähdään myyttisesti lapselle omistautumisen aikana, johon seksuaalisuus ei kuulu. Sekä asiakkailta että terveydenhuollon henkilökunnalla saattaa olla todellisuudesta poikkeavat käsitykset seksuaalielämän palautumisen tavallisesta aikataulusta. Asian tabuluonteisuus heijastuu mm. siinä, että seksuaalisuutta käsitellään äitiyshuollon kohtaamisissa asiakkaiden mielestä aivan liian harvoin (Reinholm 2000, Bartellas 2000, Montgomery 2000). Äitiyshuollon

ohjeissa seksuaalineuvonta on jäänyt vähälle huomiolle (Viisainen 1999), eikä seksuaalielämän palautumista ole Suomessa aiemmin tutkittu. Tämän tutkimuksen mukaan sukupuolielämä alkaa valtaosalla pareista jo kahden kuukauden sisällä synnytyksestä. Seksielämän palautumisen aikataulua koskevat tulokset vastaavat erittäin hyvin Englannissa joitain vuosia sitten saatuja tuloksia (Barret ym. 2000), samoin kuin aiempia ulkomaisia tutkimuksia (Byrd ym. 1998, Montgomery 2000,). Huomioarvoinen on myös tulos yhdyntätiheydestä: kun seksielämä on palautunut, se jatkuu lähes yhtä aktiivisena kuin väestöllä keskimäärin näissä ikäluokissa (Kontula & Haavio-Mannila 1993, 123).

Tieto raskauden jälkeisen sukupuolielämän tavanomaisen palautumisen aikataulusta on tärkeä äitiysneuvonnan kannalta. Se on tärkeä paitsi raskauden ehkäisyn suunnittelun, myös muun seksuaalineuvonnan kannalta. Ulkomaisten tutkimusten mukaan erilaiset seksuaalielämän vaikeudet (yhdyntäkivut, välilihan ja lantionpohjan kiputilat, haluttomuus) ovat erittäin tavallisia synnytyksen jälkeisenä kautena (Barret ym. 2000, Montgomery 2000). Brittiläisessä aineistossa niitä esiintyi 83 %:lla kolmen synnytystä seuraavan kuukauden aikana (Barret ym. 2000). Tässä tutkimuksessa ei kysytty yksityiskohtaisemmin sukupuolielämän vaikeuksista. Tulosten mukaan kuitenkin ne, joilla sukupuolielämän alkaminen viivästyi, olivat merkittävästi useammin myös tyytymättömiä seksielämäänsä. Tämä saattaa heijastaa yleisemminkin parisuhteeseen liittyviä ongelmia, joita tulisi käsitellä neuvolakäyntien yhteydessä. Ongelmien puheeksi ottaminen neuvolakäynneillä saattaa olla pariskunnan psykososiaalisen hyvinvoinnin kannalta hyvinkin merkityksellistä. Tuoreen äitiysneuvolatutkimuksen mukaan parisuhdetta ja seksuaalisuutta käsitellään raskaudenajan perhevalmennuksessa runsaassa 70 %:ssa neuvoloista, mutta synnytyksen jälkeisissä tapaamisissa paljon vähemmän, isäryhmissä tuskin lainkaan (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Parisuhde- ja seksuaalineuvonnan sisältöalueita ei tarkemmin määritelty kyseisessä tutkimuksessa.

6.5 Seksuaali- ja ehkäisyneuvonnan tehostamistarpeita

Tämän tutkimuksen eräs tärkeä sivuhavainto oli, että aikuisikäisillä naisilla on heikosti tietoa hormonaalisesta jälkiehkäisystä. Runsas neljännes ilmoitti suoraan, ettei tiedä, miten sitä käytetään. Vain seitsemän prosenttia äideistä osasi ilmoittaa jälkiehkäisyn käytölle oikean taka-aikarajan. Yleisesti aikaraja ilmoitettiin aivan liian

lyhyeksi, mikä saattaa johtaa turhaan jälkiekhäisyn käyttämättä jättämiseen silloin, kun sitä tarvittaisiin. Vastaus 48 tunninaikarajasta on jossain määrin ymmärrettävä, koska tämä aikaraja oli 1990-luvun alussa vielä käytössä. Aikaraja 72 tuntia on ollut käytössä ainakin 10 vuotta (Yleislääkärin käsikirja 1996, 747). Yhden vuorokauden aikaraja, jonka kolmannes vastaajista antoi, ei ole koskaan sisältynyt jälkiekhäisyinformaatioon.

Hormonaalisen jälkiekhäisyn tuntemus on tärkeä erityisesti niille, jotka käyttävät kondomia pääasiallisena ehkäisynään. Käytön epäonnistumiset (hajoamiset, paikoiltaan luiskahdukset) ovat kuitenkin suhteellisen yleisiä. Kondomi oli vastasyntyneisyyskaudella tässäkin tutkimuksessa tärkein ehkäisyväline, ja siksi heikko tietämys jälkiekhäisyn käytöstä on erityisen huolestuttavaa. Kuparikierukan avulla toteutettavan jälkiekhäisyn tuntemusta ei tutkimuksessa kysytty. Todennäköisesti se ei olisi ollut yhtään parempi, sillä kierukkajälkiekhäisy tunnetaan yleensäkin huonosti ja se on terveydenhuollossakin liian harvoin sovellettu käytäntö. Jälkiekhäisystä informoiminen on tärkeä osa äitiyshuollon ehkäisyneuvontaa, ja se tulee rutiininomaisesti liittää aina osaksi kondomin käyttäjien neuvontaan.

Jälkiekhäisyn käytön heikko tuntemus herättää kysymyksen siitä, miten syvällisestä väestön tietämys ehkäisymenetelmistä on kaiken kaikkiaan. Asiaa ei ole Suomessa milloinkaan kunnolla tutkittu. Systemaattista aikuisille suunnattua tiedotusta tai valistuskanavaa ei Suomessa ole käytössä, ja kuntien verkkosivuiltakin tietoa löytyy harvoin. Todennäköisesti maassamme luotetaan paljon siihen, että peruskoulu on aikanaan antanut seksuaaliopetuksen kaikille ja aikuisväestö päivittää itse tietonsa median ja internetin välityksellä. Jälkiekhäisyä koskeneiden väärin vastausten ja vanhentuneiden tietojen suuri määrä kuitenkin osoittaa, että tietämys päivittyy heikosti nykyisillä käytännöillä. Asiallisen tiedon puutteesta kertonevat myös edellä esitetyt tulokset ehkäisymenetelmien käytöstä imetyksen vähentyessä. Tulokset osoittavat selviä tehostamistarpeita paitsi väestölle suunnatun informaation kehittämiseksi myös henkilökohtaiselle neuvonnalle äitiyshuollon asiakaskohtaamisissa.

Uusimmat lastenneuvolatyön ohjeet suosittavat, että täysimetystä jatketaan kuusi kuukautta ja osittaista imettämistä siihen saakka, kun lapsi täyttää vuoden (STM 2004, 183). Jos näitä ohjeita aletaan noudattaa ja vastaavasti imetyksen aikaisen ehkäisyn käytäntöjä ei uudisteta, on todennäköisesti odotettavissa lisää perhesuunnittelun

epäonnistumisia. On huomattava, että raskauden keskeytykset ovat vain näkyviin tuleva osa niistä tilanteista, joissa perhesuunnittelu epäonnistuu. Jos uusi raskaus alkaa suunniteltua aikaisemmin ja raskaus päätetään viedä loppuun, asia ei tule näkyviin missään tilastoissa. Tässä tutkimuksessa 13 äitiä oli uudelleen raskaana vuoden kuluttua synnytyksestä, mutta sitä, oliko raskaus suunniteltu, ei tutkimuksessa kysytty. Jos uusi raskaus alkaa suunnittelematta ennen aikojaan, tilanteet voivat olla kiristyneiden työelämän vaatimusten ja lapsiperheiden tiukan talouden aikana huomattava lisärasitus, jonka seuraukset näkyvät muulla tavoin perheiden heikentyneenä hyvinvointina pitemmällä aikavälillä.

Raskaus- ja lapsivuodeajan seksuaalineuvontaa tulee kehittää ja sen sisällöstä tarvitaan yksityiskohtaisia ohjeita. Yllättävää on, että maailmanlaajuisestikaan synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan organisoinnista, sisällöstä, ajoituksesta ei ole olemassa kunnollista tutkimusta (Hiller ym. 2006). Aihepiirin koulutus tulisi varmistaa myös terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutuksessa, samoin kuin täydennyskoulutuksessa. Tuoreen äitiysneuvolatutkimuksen mukaan äitiysneuvolan henkilökunnan saama täydennyskoulutus seksuaaliterveydestä on varsin vähäistä (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 176).

6.6 Tutkimuksen arviointia

Tutkimus tehtiin ainoastaan kahdessa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivassa terveyskeskuksessa, joten parhaimmillaankin tutkimusaineisto voisi edustaa vain kahden kunnan terveyskeskusten käytäntöjä. Saman sairaanhoitopiirin terveyskeskuksilla tulisi periaatteessa olla olemassa yhteneviä käytäntöjä, sillä sairaanhoitopiiri järjestää alueellista koulutusta äitiyshuollon aihepiiristä. Tässä mielessä tulokset voivat olla viitteellisiä myös useampien terveyskeskusten käytäntöjen suhteen.

Tutkimuksen luotettavuutta heikentää jonkin verran se, ettei tiedetä, edustivatko tutkimukseen mukaan tulleet äidit neuvoloiden äitiysneuvolan asiakaskuntaa vai olivatko he jossain suhteessa valikoituneita. Tutkimussuunnitelman mukaan tarkoitus oli pyytää tutkimukseen kaikki alkuraskaudessa asiakkaiksi hakeutuvat äidit vuoden ajalta. Suunnitelmassa oli varauduttu siihen, että osa äideistä kieltäytyy ja

kieltäytyneistä oli tarkoitus pitää kirjaa. Tämä ei kuitenkaan toteutunut suunnitelman mukaisesti, ja siten tutkittavien mahdollista valikoituneisuutta ei voida arvioida.

Toinen tutkimusta haitannut seikka oli verrattain suuri kato. Ensimmäisessä synnytyksen jälkeisessä kyselyssä oli mukana 66 % ja jälkimmäisessä 43 % niistä äideistä, jotka lupautuivat mukaan ja täyttivät lomakkeen alkuraskaudessa. Tutkimuksesta poistuneet eivät kuitenkaan olleet valikoituneet sosioekonomisten tekijöiden tai lapsiluvun suhteen, joten myöhempienkin vaiheiden vastaukset edustavat koko tutkimukseen valikoitunutta joukkoa. Vuoden kuluttua synnytyksestä tutkittavien määrän väheneminen aiheutti sen, että tarkemmat analyysit imetys- ja ehkäisykäytäntöjen suhteista eivät olleet mahdollisia ja tulokset jäivät siltä osin vain suuntaa antaviksi.

Edellä kuvatuista puutteista huolimatta tutkimus antoi uutta tietoa aiheesta, joka koskettaa suuria määriä ihmisiä jatkuvasti ja jota ei ole aiemmin tutkittu. Vaikka tulokset jäivät osin viitteellisiksi, ne antavat jo sellaisenaan aiheutta synnytyksen jälkeisen ehkäisyn käytäntöjen tarkistamiseen ja neuvonnan parantamiseen äitiys- ja ehkäisyneuvoloissa. Tulokset osoittavat myös, että laajempi tutkimus aihepiiristä on tarpeen jatkossa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimus osoitti todeksi olettamuksen, että synnytyksen jälkeisessä raskauden ehkäisyssä on tehostamisen varaa. Kondomi on pitkään yleisimmin käytetty ehkäisymenetelmä, mutta sen varamenetelmän, hormonaalisen jälkiehkäisyn käyttö tunnetaan kuitenkin heikosti. Lääketieteellisten menetelmien käyttöön siirrytään hitaasti, vaikka imetykseen liittyvät rajoitukset koskevat vain hormonaalisia yhdistelmävalmisteita, eikä niitäkään ehdottomasti. Erityistä huomiota on kiinnitettävä vain osittain imettävien äitien ehkäisyyn kuukautisten palautumisesta riippumatta. Ehkäisyn tulee olla tehokkaasti hoidettu silloin, kun lapsi alkaa saada lisäravintoa, mikäli seuraava raskaus ei ole toiveissa heti edellisen perään.

Raskauden aikaista ja synnytyksen jälkeistä seksuaalivouontaa tulee tehostaa sekä raskauden ehkäisyn että parisuhteen ja perheen hyvinvoinnin näkökulmasta katsoen. Aihepiiri tulee käsitellä systemaattisesti perusterveydenhuollon tehtäviin koulutettavan henkilökunnan peruskoulutuksessa ja siitä tulee järjestää

täydennyskoulutusta. Synnytyksen jälkeistä ehkäisyä koskevan hoitosuosituksen laatiminen on tarpeen yhtenäisten ja näyttöön perustuvien toimintakäytäntöjen luomiseksi ja vanhentuneiden käsitysten poistamiseksi. Myös väestölle suunnattua informaatiota asiasta on tarvetta kehittää, jotta äidit ja isät pystyvät tekemään tietoon pohjautuvia ratkaisuja omassa elämässään.

8 LÄHTEET

- Bogren, L. 1991. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*. 20, 35 - 45.
- Bartellas, E, Crane, J, Daley, M ym. 2000. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*. 107, 964 - 8.
- Barret, G, Pendry, E, Peacock, J ym. 2000. Women's sexual health and childbirth. *BJOG*, 107, 2, 186 - 195.
- Byrd, J, Hyde, J, Delamater, J ym. 1998. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice*, 47, 305 - 8.
- Croxatto, HB, Diaz, S, Peralta. O ym. 1983. Fertility regulation in nursing women: IV. Long-term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 27, 13 - 25.
- De Judicibus, MA, McCabe, MP. 2002. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research* 39, 2, 94 - 103.
- Erkkola M. 2005. Diet in early life and antibody responses to cow's milk and type 1 diabetes associated autoantigens. Väitöskirja. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A24/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 87.
- FFPRHC (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care). 2004. FFPRFC Guidance (July 2004). Contraceptive choices for breastfeeding women. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 30, 3, 181 - 189.
- Grimes, DA, Schulz, KF, Van Vliet, H, Stanwood, N, Lopez, LM. 2006. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.
- Hakulinen-Viitanen, T, Pelkonen, M, Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki: Yliopistonpaino.
- Hasunen, K. 2002. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:12. Helsinki: Oy Edita Ab, 14 ja 21.
- Hiller, JE, Griffith, E, Jenner, F. 2006. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006.
- Kontula, O, Haavio-Mannila, E (toim.). 1993. Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. Juva: WSOY, 123 ja 555 – 579.
- Koskinen, S, Martelin, T, Notkola, I-L, Notko, V, Pitkänen, K (toim.). 1994. Suomen väestö. Hämeenlinna: Gaudeamus, 91 – 92.
- Kosunen, E, Sihvo, S. 1998. Vakiintuneita tapoja ja uusia tuulia raskauden ehkäisyssä. Kirjassa: Sihvo, S ja Koponen, P (toim.). Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Sivut 21-32. Stakes. Raportteja 220. Helsinki: Stakes, 21 – 32.

- Käypä hoito. Jälkiehkäisy. Viitattu 10.5.2006. <http://www.kaypahoito.fi>.
- McNeilly, AS. 2001. Lactational control of reproduction. *Reprod Fertil Dev* 13, 7-8, 583 - 90.
- Montgomery, A. Breastfeeding and postpartum maternal care. 2000. *Primary Care* 27, 1, 237 - 241.
- Nilsson, S, Mellbin, T, Hofvander, Y, Sundelin, C, Valentin, J, Nygren, KG. 1986. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers using oral contraceptives. *Contraception* 34, 443 - 57.
- Perheentupa, A. 2004. Raskaudenehkäisy imetyaikana. *Duodecim* 120, 1467 - 73.
- Queenan, J. 2004. Contraception and breastfeeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 47, 3, 734 - 739.
- Reinholm, M. 2000. ”Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipausta?” Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Helsinki: Väestöliitto.
- Sairanen, S, Heinonen, K, Hasunen, K. 1997. Imetys Suomessa 1995. *Suomen Lääkärilehti* 52, 3057 - 60.
- Schiappacasse, V, Soledad, D, Zepeda, A, Alvarado, R, Herreros, C. 2002. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception* 66, 57 - 63.
- Shaamash, AH, Sayed, GH, Hussien, MM, Shaaban, MM. 2005. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception* 72, 5, 346 - 51.
- Speroff L, Darney P. 1996. *A Clinical Guide for Contraception*. Second edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
- STM. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Oppaita 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Truitt, ST, Fraser, A, Gallo, MF, Lopez, LM, Grimes, DA, Schulz, KF. 2006. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Valkama, N, Kosunen, E, Kaltiala-Heino, R. 2006. Seksuaalinelämä loppuraskaudessa – kyselytutkimus kahdessa Pirkanmaan äitiysneuvolassa. *Yleislääkäri* 21, 2, 24 - 29.
- Van der Wijden C, Kleijnen J, Van der Berk T. 2006. Lactational amenorrhea for family planning. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Viisainen, K (toim.). 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijatyöryhmä. Oppaita 34. Jyväskylä: Stakes.

Vikat, A, Kosunen, E, Rimpelä, M. 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. *Perspect Sexual Reprod Health* 34, 84 - 90.

Wilkensen-Jensen, C. 2000. Antikonception i kvindens forskellige aldre. Kirjassa: Wilkensen-Jensen C, Pedersen BL (toim.): *Preventions guide*. Gyldendal Uddannelse. Kööpenhamina: Gyldendalske Boghandel, 106.

Wilkensen-Jensen C. Henkilökohtainen tiedonanto. Kööpenhamina 11.3.2001.

WHO. 2004. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Third edition. World Health Organization. Viitattu 10.5.2006.
http://www.who.int/topics/family_planning/en/

Yleislääkärin käsikirja '96. 1995. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Yleislääkärin käsikirja 2006. 8. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

9. LIITTEET

Liite 1. Kysymyslomakkeessa esitetyt imetystä, ehkäisyä ja seksuaalielämää koskeneet kysymykset

Imetätkö edelleen tai oletko imettänyt vauvaasi

- 1 imetän edelleen noin ____ kertaa vuorokaudessa
- 2 en imetä enää, lopetin lapsen ollessa _____ viikon ikäinen
- 3 en ole imettänyt lainkaan

Mikäs euraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten vauvasi ravitsemusta tällä hetkellä?

Vauva saa

- 1 pelkästään rintamaitoa
- 2 rintamaitoa ja vettä
- 3 rintamaito ja lisäksi äidinmaidon vastiketta tai soseita tai muuta ravintoa
- 4 äidinmaidon vastiketta tai soseita tai muuta ravintoa, mutta ei lainkaan rintamaitoa

Oleko ollut synnytyksen jälkeen yhdynnässä?

- 1 kyllä
- 2 en

Jos olet ollut, kuinka pitkä aika kului synnytyksen ja ensimmäisen yhdynnän välillä?

_____ viikkoa

- 0 eb ole ollut yhdynnässä raskauden jälkeen

Oletko tyytyväinen seksuaalielämään kumppanisi kanssa nyt?

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 tyytyväinen
- 3 en osaa sanoa
- 4 tyytymätöm
- 5 erittäin tyytymätöm

Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten nykyistä yhdyntätiheyttä?

- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 noin kerran kuukaudessa
- 3 2-3 kertaa kuukaudessa
- 4 kerran viikossa
- 5 2 kertaa viikossa tai useammin
- 6 yhdyntöjä ei ole ollut lainkaan synnytyksen jälkeen

Ovatko synnytyksen jälkeen kokemasi sukupuoliyhdynnät enimmäkseen olleet

- 1 hyvin miellyttäviä
- 2 melko miellyttäviä
- 3 ei miellyttäviä eikä epämiellyttäviä
- 4 melko epämiellyttäviä
- 5 hyvin epämiellyttäviä
- 6 vaikea arvioida

Mikä raskauden ehkäisymenetelmä sinulla kumppanisi kanssa nyt on käytössä ja milloin sen käyttö on aloitettu synnytyksen jälkeen?

- | | |
|------------------------------|---|
| 1 Kuparikierukka | asetettu ___ viikkoa synnytyksen jälkeen |
| 2 Hormonikierukka | asetettu ___ viikkoa synnytyksen jälkeen |
| 3 Ihonalainen kapseliehkäisy | asetettu ___ viikkoa synnytyksen jälkeen |
| 4 E-pillerit | aloitettu ___ viikkoa synnytyksen jälkeen |
| 5 Minimipillerit | aloitettu ___ viikkoa synnytyksen jälkeen |
| 6 Kondomi | aloitettu ___ viikkoa synnytyksen jälkeen |
| 7 Sterilisaatio | |
| 8 Muu ehkäisy, mikä? _____ | |
| 9 Ei mitään ehkäisyä | |

Oletko tyytyväinen nykyiseen ehkäisymenetelmään?

- 1 olen erittäin tyytyväinen
- 2 olen melko tyytyväinen
- 3 en ole tyytyväinen, haluaisin vaihtaa menetelmää (mihin? _____)
- 4 emme käytä ehkäisyä

Oletko pelännyt raskaaksi tuloa synnytyksen jälkeen?

- 1 en ole pelännyt, mutta en liioin toivo raskautta
- 2 kyllä
- 3 en vaan toivon uutta raskautta

Tiedätkö miten hormonaalista jälkiehkäisyä käytetään?

- 1 kyllä
- 2 en

Milloin viimeistään tietääksesi ensimmäinen jälkiehkäisytablettiannos tulee nauttia suojaamattoman yhdynnän jälkeen?

_____ yhdynnän jälkeen

- 0 en tiedä

Suunnitteletko hankkivasi lisää lapsia?

- 1 kyllä
- 2 en
- 3 en osaa sanoa