



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sanna Maarit Emilia Lammi & Johanna Annika Ylinen

# FYYSINEN MINÄKUVA JA SEKSUAALISUUS RASKAUSAIKANA

- Äitien kokemuksia minäkuvastaan ja äitiysneuvolan  
seksuaalineuvonnasta

Sosiaali- ja terveysala

2012

## TIIVISTELMÄ

Tekijät	Sanna Lammi ja Johanna Ylinen
Opinnäytetyön nimi	Fyysinen minäkuva ja seksuaalisuus raskausaikana – Äitien kokemuksia minäkuvastaan ja äitiysneuvolan seksuaalineuvonnasta
Vuosi	2012
Kieli	suomi
Sivumäärä	62 + 3 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten fyysisen minäkuvan muuttuminen raskauden myötä vaikuttaa seksuaalisuuteen ja millaisia seksuaalisuuden muutoksia äidit kokevat raskauden aikana. Lisäksi haluttiin selvittää olivatko äidit tyytyväisiä saamaansa seksuaalineuvontaan äitiysneuvolassa ja millaista seksuaalineuvontaa äidit haluaisivat saada. Tutkimukseen osallistui yhteensä 71 odottavaa äitiä, joista suurin osa oli raskauden viimeisellä kolmanneksella.

Naisen elimistössä tapahtuu raskauden aikana monia fysiologisia muutoksia, jotka saattavat vaikuttaa radikaalisti naisen seksuaalisuuteen. Seksuaalisuuden eri osat alueet ovat ihmisen kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin perustarpeen elementtejä. Tämän vuoksi koettiin tärkeäksi tutkia naisten seksuaalisia kokemuksia raskauden aikana.

Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin Internetissä e-lomakkeella kahdelta eri keskustelusivustolta. Kyselylomake sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tulokset analysoitiin Microsoft Office Excel ja Word 2007 -ohjelmilla. Kyseessä oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus.

Tutkimustuloksista ilmeni, että raskausaikana naisen kyky ilmaista ja vastaanottaa rakkautta ja hellyyttä ei muutu merkittävästi. Kuitenkin seksuaalinen halukkuus ja yhdyntöjen määrä vähenivät. Ennen raskautta 59 % harrasti seksiä muutamia kertoja viikossa, raskausaikana tämä osuus oli 31 %. Suurin seksuaalista halukkuutta rajoittava tekijä oli suuri vatsa, joka teki seksuaalisesta kanssakäymisestä vaikeampaa. Yleisimpiä muutoksia, mitä raskaana olevat äidit olivat itsessään huomanneet, olivat psyykkisiä ja fyysisiä. Seksuaalisista muutoksista yleisin oli seksuaalinen haluttomuus. Vastaajista 70 % ei ollut saanut seksuaalineuvontaa/-ohjausta äitiysneuvolassa, mutta suuri osa vastaajista ei kokenut äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa kovinkaan tärkeäksi. Eniten tietoa haluttiin mm. parisuhteen muuttumisesta ja kumppanin haluttomuudesta. Kyselyyn osallistuneiden mielestä terveydenhoitajan tulisi ottaa seksuaalisuus rohkeasti puheeksi äitiysneuvolassa.

## ABSTRACT

Authors	Sanna Lammi and Johanna Ylinen
Title	Physical Self-Image and Sexuality during Pregnancy – Mothers' Experiences of Their Self-Image and the Sexual Counselling Provided by Prenatal Clinic
Year	2012
Language	Finnish
Pages	62 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

---

The purpose of this research was to find out how changes in physical self-image affect sexuality and what kind of changes mothers experience during pregnancy. A further purpose was to find out whether mothers were satisfied with the sexual counselling at prenatal clinics and what kind of sexual counselling mothers would like to receive. The study was participated by 71 pregnant mothers, most of which had their last trimester of pregnancy at that time. During pregnancy women experience many physical changes, which may have a radical influence on the women's sexuality. Different parts of sexuality are elements of human's basic needs and a part of holistic health and wellbeing. This was the reason why it was felt to be important to study women's sexual experiences during pregnancy.

The study data collection was carried out on the Internet with an e-form on two different discussion forums. The questionnaire consisted of structured and open ended questions. Results were analyzed by Microsoft Excel and Word 2007 – programs. This was a quantitative research.

The results show that during pregnancy a woman's ability to express and receive love and affection does not change significantly. However, sexual desire and the amount of sexual intercourse decreases during pregnancy. Before the pregnancy 59 % had sex a few times a week, during pregnancy this number was 31 %. The big belly was the biggest reason for the decreasing of sexual desire, because it makes sexual intercourse much more difficult. Changes that mothers had noticed were mostly physical and mental. The most common change in sexuality was sexual reluctance. Of the respondents, 70 % had not received sexual counselling in the prenatal clinic, but a large proportion of the respondents did not experience sexual counselling to be very important. The respondents would have wanted to have information about the changes in the relationship and about the partner's sexual reluctance. The respondents felt that the public health nurse should not hesitate to talk about sexuality at the prenatal clinic.

---

Keywords Pregnancy, sexuality, maternity care, self-image

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1 JOHDANTO .....	8
2 RASKAUS .....	10
2.1 Hedelmöitys ja raskauden varmistaminen .....	10
2.2 Normaalin raskauden kulku .....	12
2.3 Raskaudenaikaiset fysiologiset muutokset äidin elimistössä.....	14
2.4. Raskaudenaikainen hormonitoiminta.....	18
3 SEKSUAALISUUS .....	20
3.1. Mitä seksuaalisuus on?.....	20
3.2. Seksuaalioikeudet ja seksuaaliterveys.....	22
3.3. Naisen seksuaalisuus.....	24
3.4. Seksuaalisuus raskauden aikana.....	26
3.5. Seksuaalisuuden huomioiminen hoitotyössä .....	29
4 ÄITIYSHUOLTO .....	32
4.1. Normaalin raskauden aikainen hoitotyö.....	32
4.2. Ensikäynti neuvolassa ja muut seurantakäynnit.....	33
4.3. Raskaudenaikaiset seulonnat.....	37
5 MINÄKÄSITYS .....	39
5.1. Minäkuva .....	39
5.2. Erilaisia minäkuvia.....	40
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT ..	41
6.1 Tarkoitus ja tavoite.....	41

6.2 Tutkimusongelmat .....	41
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	42
7.1 Kohderyhmä.....	42
7.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu .....	42
7.3 Aineiston analysointi.....	43
8 TUTKIMUSTULOKSET .....	44
8.1 Taustatiedot.....	44
8.2 Seksuaalisuus ja fyysinen minäkuva.....	44
8.3 Seksuaalineuvonta äitiysneuvolassa.....	49
9 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	53
10 POHDINTA .....	55
10.1 Tutkimustulosten tarkastelua .....	55
10.1.1 Seksuaalisuus ja fyysinen minäkuva.....	55
10.1.2 Seksuaalineuvonta äitiysneuvolassa.....	56
10.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	57
10.3 Tutkimuksen eettisyys.....	59
10.4 Oppimisprosessi .....	60
10.5 Jatkotutkimusaiheet.....	61
LÄHTEET.....	62
LIITTEET	

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

<b>Kuvio 1.</b>	Vastaajien raskauden vaihe raskausviikkoina (% , n=71)	s. 44
<b>Kuvio 2.</b>	Vastaajien tyytyväisyys ulkonäköönsä ennen raskautta ja raskauden aikana (% , n=71)	s. 45
<b>Kuvio 3.</b>	Vastaajien seksuaalinen halukkuus raskausaikana (% , n=71)	s. 46
<b>Kuvio 4.</b>	Vastaajien seksuaalinen aktiivisuus (n=71)	s. 47
<b>Kuvio 5.</b>	Miten raskaudenaikaista seksuaalisuutta käsiteltiin äitiysneuvolassa (%)	s. 50

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Seksuaalioikeuksien julistus

**LIITE 2.** Saatekirje

**LIITE 3.** Kyselylomake

# 1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten fyysisen minäkuvan muuttuminen raskauden myötä vaikuttaa seksuaalisuuteen ja ovatko äidit tyytyväisiä raskauden aikaiseen seksuaalineuvontaan/-ohjaukseen äitiysneuvolassa. Kyselyyn osallistuneilla äideillä oli mahdollisuus nostaa esiin tapoja, joilla äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa/-ohjausta voitaisiin kehittää.

Raskauden myötä naisen elimistö käy läpi suuria muutoksia, joilla voi olla merkittäviä vaikutuksia naisen fyysiseen minäkuvaan eli miten nainen näkee itsensä ja ulkoisen olemuksensa. Fyysinen minäkuva on käsityksemme oman kehomme ominaisuuksista ja tapamme arvioida omaa ulkoista olemustamme verrattuna muihin ihmisiin (Ahlqvist & Peltomaa 2008, 117). Myös seksuaalisuus käy läpi muutoksen ja vaikuttaa parisuhteeseen ja naisen seksuaaliseen kokemusmaailmaan. Raskausaikana seksuaalisuus siirtyy hyvin usein taka-alalle, kun ajatukset siirtyvät kohdussa kasvavaan lapseen. Seksuaalisuus rakentuu koko elämän ajan ja siihen kuuluu hellyyden, aistillisuuden, yhteenkuuluvuuden, kontaktin, lämmön ja läheisyyden sekä fyysisen tyydytyksen, avoimuuden ja turvallisuuden tunteet. Nämä ovat ihmisen kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin perustarpeen elementtejä, siksi on tärkeää tutkia raskaana olevien naisten seksuaalisuuden tilaa. Näihin aiheisiin paneudumme tarkemmin opinnäytetyömme teoria-osuudessa. Tutkimuksemme tuo tietoa siitä, miten seksuaalisuus muuttuu raskauden aikana ja kuinka fyysisen minäkuvan muuttuminen vaikuttaa siihen. Halusimme saada äitien omin sanoin kertomia muutoksia heidän fyysisessä, psyykkisessä ja seksuaalisessa olemuksessaan. Lisäksi halusimme saada tietoa siitä, miltä muutokset heistä tuntuvat.

Omien kokemustemme mukaan äitiysneuvolan seksuaalineuvonta/-ohjaus on varsin vähäistä. Pääosin äidit saavat jonkin pienen ohjelehtisen ja muutaman sanan seksuaalisuudesta, jos sitäkään. Seksuaalisuus on monille arka ja yksityinen aihe, jolloin äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa/-ohjausta pitäisi kehittää vastaamaan odottavan äidin ja hänen kumppaninsa tarpeita.



Opinnäytetyömme tutkimustulokset saatiin Internetin kautta e-lomakkeella. Kyselylomake koostui monivalintakysymyksistä, mukana oli myös muutama avoin kysymys, joissa vastaajat saivat kirjoittaa yksilöllisempiä vastauksia ja tarkentaa joitain monivalintakysymyksiä. Kyselyymme sai vastattua Kaksplus- ja Vauva.fi-sivustoilla 15.12-27.12.2011 välisenä aikana. Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin Microsoft Office Excel 2007- ja Microsoft Office Word 2007- ohjelmia. Teoria osuuden kokosimme käyttäen eri hakukanavia, mm. Vaasan kaupunginkirjasto, Tiedekirjasto Tritonian TRIA kirjastotietokanta, Internetin hakukanavat ja lisäksi omasta kirjahyllystä löytyi useita teoriaosuutemme sopivia teoksia.

## 2 RASKAUS

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen yksi käsite on raskaus. Teoria käsittelee hedelmöitystä, normaalin raskauden kulkua ja raskauden mukanaan tuomia fyysisiä ja hormonaalisia muutoksia.

### 2.1 Hedelmöitys ja raskauden varmistaminen

Noin 200 miljoonaa siittiötä siirtyy yhdynnässä miehen siemennesteen mukana naisen emättimeen, mutta niistä vain noin 10000 siittiötä pääsee munanjohtimiin, ja näistä vain 100-200 pääsee munasolun lähelle. Jo vajaan kahden tunnin kuluttua siittiöt kohtaavat munasolun. Munasolun sisään voi päästä ainoastaan yksi siittiö, sillä munasolun ketto (zona pellucida) muuttuu heti siittiöitä läpäisemättömäksi, kun ensimmäinen siittiö on läpäissyt munasolun pinnan. Munasolu kuljettaa äidin kromosomeja ja siittiö isän kromosomeja, ja hedelmöitymisessä solujen solukalvot sulautuvat yhteen, ja munasolun solulimaan vapautuu siittiössä oleva soluaines. Munanjohtimen uloimmassa kolmanneksessa tapahtuu hedelmöitys, jonka jälkeen 2-4 vuorokauden kuluessa hedelmöittynyt munasolu (tsygootti) kulkeutuu kohtuun. Hedelmöityksen seurauksena muodostunut tsygootti sisältää 46 kromosomia, joista puolet on peräisin äidiltä ja puolet isältä. Kromosomit sisältävät geeniperimän, joka vaikuttaa lapsen fyysisiin ominaisuuksiin, esimerkiksi silmien väriin. 7-8 vuorokaudessa tsygootista kehittyy useiden solunjakautumisten kautta solurykelmä, jonka keskellä on nesteen täyttämä ontelo eli alkiorakkula (blastokysta). Alkiorakkula kiinnittyy muutaman päivän kuluttua kohdun seinämään ja sen uloimman solukerroksen solut alkavat kasvaa kohdun limakalvon sisään ja sanalla tuhoavat limakalvon soluja. Alkiorakkulan päälle kasvaa vähitellen limakalvo ja alkiorakkula jää kokonaan limakalvon sisään. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 420-422.)

Alkiorakkulan uloimman solukerroksen soluista muodostuu vähitellen sormimaisia ulokkeita eli nukkalisäkkeitä (korion villuksia), jotka kasvavat kiinni kohdunlimakalvon syvempiin kerroksiin. Nukkalisäkkeiden väliin jäävissä pienissä raoissa virtaa veri, joka on peräisin kohdun verenkierrosta, joten nukkalisäkkeitä ympäröi äidin veri. Sikiöstä kasvaa nukkalisäkkeisiin verisuonia,

joiden verenkierrosta huolehtii sikiön sydän. Sikiön ja kohdun soluista kasvaa vähitellen kiekkomainen elin eli istukka (placenta). Istukan kaksi eri verenkiertojärjestelmää eivät missään vaiheessa varsinaisesti sekoitu keskenään eli äidin ja sikiön veret eivät sekoitu. Nukkalisäkkeiden kautta tapahtuu aineiden vaihto äidin ja sikiön välillä. Ravintoaineet siirtyvät äidin verestä sikiön verenkiertoon ja kuona-aineet sikiöstä äidin vereen. Istukka huolehtii sikiön tärkeistä elintoiminnoista; munuaisten, keuhkojen ja ruoansulatuskanavan tehtävistä. Napanuora (funiculus umbilicalis) yhdistää sikiön istukkaan ja muuten sikiö ui vapaasti lapsiveden (liquor amnii) täyttämässä kalvopussissa, joka on sikiön ympärille kehittynyt ohut ja kiiltävä kalvo, vesikalvo (amnion) (Eskola & Hytönen 2002,111.). Vesikalvo peittää napanuoran sikiön ihoon asti sekä istukan ja vuoraa koko kohdun (Eskola & Hytönen 2002,111.). Vesikalvoa ympäröi suonikalvo (chorion). Raskauden loppuvaiheessa lähes 300 litraa verta kiertää napanuoran kautta yhden vuorokauden aikana. Istukka on raskauden loppuvaiheessa elimistön suurin umpirauhanen ja se erittää lukuisia hormoneja, esimerkiksi hCG:tä eli istukkagonadotropiinia, joka vaikuttaa samalla tavalla kuin aivolisäkkeen erittämä lutropiini (LH). (Bjälje ym. 2007, 422-424.) Se myös kuljettaa äidin elimistöstä sikiölle suojaavia vasta-aineita, ravinteita ja kaasuja sekä siirtää äidin elimistöön sikiön kuona-aineet poistettaviksi (Eskola & Hytönen 2002,111).

Raskaus voidaan varmistaa yksinkertaisilla testeillä, joissa mitataan raskaushormonien tasoa virtsassa (hCG). Luotettavimman tuloksen testi näyttää kun se tehdään silloin kun kuukautisten tulisi alkaa. Ensimmäinen merkki raskaudesta on kuukautisten poisjäänti. Raskaustestin voi tehdä kotona, apteekista saatavilla raskaustesteillä. Nykyajan kotitestit ovat luotettavia mutta testeissä suositellaan käytettävän aamuvirtsaa, sillä silloin HCG hormonitaso on korkeimmillaan. (Mackonochie & Lewis 2003, 16.)

Verestä tehtävä raskaustesti tehdään vain lääkärin vastaanotolla. Näitä verestä tehtäviä raskaustestejä on kahta eri tyyppiä; kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen veritesti. Kvantitatiivisessa veritestissä mitataan raskaushormonin tarkka määrä

verestä, testi näyttää pienimmänkin mahdollisimman raskaushormonin määrän. Kvalitatiivinen veritesti näyttää sen, onko veressä raskaushormonia vai ei, eli se kertoo vastauksen kyllä tai ei. (Raskaustesti 2010.)

Jos kotona tehty raskaustesti on positiivinen, tulee ottaa yhteyttä neuvolaan tai lääkäriin, jossa varmistetaan raskaus (Raskaustesti 2010.).

Ennen kuin raskaus näkyy ulkoisesti, osa naisista havaitsee varhaisia raskauden merkkejä kun taas toiset eivät huomaa minkäänlaisia oireita ensimmäisinä viikkoina. Naiset saattavat tuntea itsensä erittäin väsyneeksi ja tällöin tulisikin yrittää levätä mahdollisimman paljon. Myös rinnat saattavat olla arat kuten tavallisesti kuukautisten aikana ja nännit voivat olla tummemmat, turvonneet ja suonet näkyvät paremmin. Näistä oireista lähtien kannattaa aina lapsen syntymään saakka käyttää hyvin tukevia rintaliivejä. Raskauden alkuaikoina osa naisista kokee pahoinvointia, erityisesti aamuisin. Pahoinvointi on usein pahimmillaan kun maha on tyhjä, kannattaa myös välttää suuria ruoka-annoksia ja rasvaisia ruokia. Aamuisin kannattaa syödä jokin kevyt välipala, ennen kuin nousee sängystä. Kun kasvava kohtu painaa virtsarakkoa, erityisesti loppuraskaudesta, virtsaamistarve kasvaa. (Mackonochie ym. 2003, 16-17.)

## **2.2 Normaalin raskauden kulku**

Normaali raskaus kestää noin 40 viikkoa eli 280 vuorokautta, laskettuna viimeisten kuukautisten alkamispäivästä. Vaihteluväli täysiaikaisessa raskaudessa on 38-42 viikkoa, eli 266-294 vuorokautta. (Eskola ym. 2002, 94.) Määriteltäessä laskettua aikaa, oletuksena on, että kuukautiskierron pituus on kaikilla 28 vuorokautta (Kauppila & Ylikorkala 2004, 317.). Laskettu aika arvioidaan ensimmäisellä neuvolakäynnillä, ns. Naegelen kaavan avulla. Lasketun ajan määrittämisessä käytetään myös taulukoita ja kalenterikielkoa, jossa 1-3 vuorokauden poikkeamat ovat tavallisia. Kaikututkimuksella, joka tehdään ensimmäisen kolmanneksen lopulla, voidaan myös määrittää laskettu aika. Ennenaikaisesti syntyneeksi katsotaan lapsi, joka syntyy ennen 37. raskausviikon loppua ja yliaikaiseksi jos synnytys alkaa vasta raskausviikon 42 päätyttyä. (Eskola ym. 2002, 94-95.)

Raskaus jaetaan kolmeen vaiheeseen eli trimesteriin sikiön kasvun perusteella. Ensimmäisen trimesteri alkaa hedelmöityksestä ja hedelmöittyneen munasolun kiinnittymisestä kohdun seinämään. Tämän raskauskolmanneksen aikana myös sikiön kudokset ja elimet muotoutuvat ja kasvavat nopeasti. Tänä aikana kehittyvä alkio on ympäristön eri vaaratekijöille erittäin altis ja tämän trimesterin aikana tapahtuu suurin osa keskenmenoista. Sikiön eri elimet ovat kehittyneet valmiiksi ensimmäisen raskauskolmanneksen lopussa. Ensimmäinen trimesteri päättyy 13. raskausviikon loppuun. Tässä raskauden alkuvaiheessa nainen käy läpi monia tunteita ja tuntemuksia; muuttuva ulkonäkö, lisääntyvä vastuu, parisuhteen roolien muuttuminen, muutos seksuaalisessa kanssakäymisessä. Hormonaaliset tekijät aiheuttavat muutoksia verenkierrossa, hengityksessä, ruoansulatuksessa sekä munuaisten ja monien sisäelinten toiminnassa. Tässä vaiheessa nainen voi olla halukas muuttamaan elämäntapojaan terveellisemmäksi, esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen. (Eskola ym. 2002, 95-96.)

Toinen trimesteri kestää raskaus viikot 14-28. Tässä vaiheessa sikiön elinjärjestelmät kasvavat ja kehittyvät ja äiti alkaa tuntea sikiön liikkeit (raskausviikot 18-20). Toisella raskauskolmanneksella voidaan sikiön sydänääniä kuulla sikiöstetoskoopilla ja mikäli sikiö syntyisi tässä vaiheessa raskautta, saattaa sikiö selvitä elossa. Tälle vaiheelle on tyypillistä, että somaattiset oireet (väsymys, pahoinvointi) ja psyykkiset oireet (tunteiden ailahtelu, ahdistuneisuus ja masennus) vähenevät, kun taas fyysiset muutokset lisääntyvät. Raskauden ensimmäiset ulkoiset merkit ilmaantuvat toisen trimesterin aikana. Nainen on kiinnostuneempi omasta terveydenhoidostaan entistä enemmän ja hankkii tietoa kehossaan tapahtuvista muutoksista kirjoista, lehdistä, ystäviltä ja muilta raskaana olevilta. Neuvolatarkastukset, joissa kuunnellaan sikiön sydänääniä, mitataan kohdunpohjan korkeutta, seurataan verenpainetta, painoa ja otetaan verinäytteitä, tukevat sitoutumista äitiyteen. (Eskola ym. 2002, 96.)

Viimeinen eli kolmas trimesteri alkaa 29. raskausviikosta ja kestää aina lapsen syntymään asti. Tämän raskauskolmanneksen aikana sikiö kasvaa nopeasti ja näkyvästi ja se onkin sikiölle kasvamisen ja kohdun ulkopuoliseen elämään

kypsymisen aikaa. Sikiön liikkeet tuntuvat, kohtu kasvaa ja paino lisääntyy. Naisen olo helpottuu kun elimistö ja sikiö mukautuvat tulevaan synnytykseen. Tällöin sikiö laskeutuu kohdussa alemmaksi ja kohdun muoto muuttuu ulkonevammaksi ja kohdussa on ennakoivia supistuksia. Naisella ilmenee myös somaattisia oireita, esimerkiksi ummetusta, tihentyntä virtsaamistarvetta, unettomuutta, selkäkipuja, suonenvetoa jaloissa ja turvotuksia. Raskauden viimeisellä kolmanneksella nainen tuntee ahdistusta ja epävarmuutta tulevan synnytyksen kulusta ja pelkoa synnytyskivuista, itsekontrollin menettämisestä ja lapsen vahingoittumisesta. Raskauden loppuaikaa kuvaillaan usein parisuhteen onnelliseksi ja tasapainoiseksi ajanjaksoksi, kun nainen kokee voimakasta yhteenkuuluvuutta miehensä kanssa. (Eskola ym. 2002, 96-97.)

### **2.3 Raskaudenaikaiset fysiologiset muutokset äidin elimistössä**

Äidin elimistössä tapahtuu raskauden aikana monia fysiologisia muutoksia. Alkuraskauden aikana odottava äiti voi kärsiä pahoinvoinnista ja voimakkaasta väsymyksestä. Väsymys, joka johtuu hormonaalisista syistä, voi olla niin voimakasta, että odottava äiti voi joutua muuttamaan elämänrytmiaan unentarpeen lisääntymisen seurauksena. (Eskola ym 2002, 105.)

Raskauden aikana rinnat voivat aristaa ja tuntua pingottuneilta, ja niistä saattaa erittyä nestettä (kolostrum). Estrogeeni ja progesteroni hormonit valmistavat raskauden aikana rintarauhasia maidon erittämiseen ja muodostamiseen. Nämä hormonit saavat aikaan rintojen kasvamisen. Raskauden alkamisesta jo muutamien viikkojen kuluessa äiti voi tuntea rinnoissaan pistelyä. Rinnat ovat jo selvästi suurentuneet toisella raskauskuukaudella. Verisuonien lisääntyminen aiheuttaa alussa rintojen suurenemisen ja myöhemmin rintakudos kasvaa. Suurentuneet rinnat saattavat aiheuttaa naiselle täyttävää ja painavaa tunnetta, ja käsiteltäessä ne tuntuvat muhkuraisilta, epätasaisilta ja aroilta. Nännipiha laajenee ja tummenee progesteronin vaikutuksesta. Montgomeryn rauhaset, jotka ovat nännipihassa olevia pieniä rauhasia, lisääntyvät ja kasvavat. Ne tulevat esiin ja alkavat erittää talia, joka suojaa ja voitelee nännipihaa ja nänniä, ja näin ollen suojaa äitiä rintatulehdukselta. Myös nännit tulevat entistä enemmän esille.

Raskauden aikana on tärkeää pitää rinnat lämpiminä ja käyttää tukevia ja istuvia rintaliivejä, myös öisin. (Eskola ym. 2002, 105-106.)

Raskauden seurauksena naisen sukuelimissä tapahtuu fysiologisia muutoksia. 3-4 viikon kuluttua hedelmöityksestä voidaan gynekologisissa tutkimuksissa todeta kliinisiä oireita, esim. ulkosynnyttimet muuttuvat tavallista pehmeämmiksi sekä emättimen ja kohdun kaulaosat muuttuvat turpeiksi ja löystyvät, myös alueen vererkkyys lisääntyy. Näiden vaikutuksesta limakalvot muuttuvat sinertäviksi ja kohdunkaula pehmenee. Eritystoiminta emättimessä kiihtyy ja hormonien vaikutuksesta emättimen pH muuttuu, mikä lisää tulehduksien riskiä. Tarkempaa tutkimusta ja hoitoa vaativia oireita ovat kirvely ja kutina ulkosynnyttimissä, kun taas lisääntynyt valkovuoto on fysiologisesti tavallista. Raskauden aikana kohdun paino nousee noin kilon. Lihassolut lisääntyvät estrogeenin vaikutuksesta ensimmäisen kolmanneksen aikana, myöhemmin lihassolut kasvavat lisää ja niiden koko jopa 100-kertaistuu. Aluksi kohdun kasvu on nopeampaa kuin sikiön, mutta raskauden myöhemmässä vaiheessa tilanne on päinvastainen. Raskauden myötä kohdun kaulaosa muuttuu, sen kollageenisäikeet ja sidekudos löystyvät. Kohdunkaulankanavaa infektioilta suojaava limatulppa muodostuu kun kohdunkaulakanavan rauhaset lisääntyvät ja erittävät paksua limaa. Normaalisti synnytyksen alkaessa limatulppa poistuu. (Eskola ym. 2002, 105-107.)

Verivolyyymi eli veren määrä kasvaa raskauden aikana noin 1,5 litraa (40%), myös sydämen minuuttivolyyymi kasvaa. Plasman määrä veressä kasvaa huomattavasti enemmän kuin punasolumassan, jonka seurauksena hemoglobiinin määrä vähenee eli veri ”laimenee”. Raskausviikoilla 28-32 ilmiö on maksimissaan ja tämän jälkeen punasolumassa kasvaa tasaisesti raskauden loppua kohti. Verivolyymin kasvaminen ja hemoglobiini määrän väheneminen on täysin normaalia raskauden aikana, eikä kyseessä ole raskaudenaikainen anemia. Hemoglobiinipitoisuutta seurataan koko raskauden ajan määrittämällä seerumin ferritiinipitoisuus. Toisella raskauskolmanneksella hemoglobiinipitoisuus voi laskea arvoon 100 g/l ja kolmannella eli viimeisellä kolmanneksella arvoon 110 g/l. (Ylikorkala ym. 2004, 320.)

Normaali raskaudenaikainen painonnousu on 8-15 kg riippuen naisen koosta. Kohtu painaa noin kilon, sikiö 3-4 kg, lapsivesi 500-1000g, istukka 500-600 g eli painonnousu johtuu monista eri seikoista. Lisäksi äidin verivolyymin ja elimistön nestemäärä kasvu aiheuttavat painon nousua. Raskausviikon 20 jälkeen tapahtuu suurin osa painon noususta. Mikäli paino nousee raskauden alussa rajusti, on kyse lihomisesta. Energiatarve lisääntyy vain noin 10 % loppuraskaudessa. Jo ennen raskautta huomattavasti ylipainoisen äidin (yli 90 kg) painon ei tarvitse raskauden aikana nousta kuin muutaman kilon, koska äidillä on runsaasti vararavintoa, ei sikiö tällöin kärsi. (Ylikorkala ym. 2004, 319.)

Ihomuutokset raskauden aikana ovat tavallisia. Raskausaikana ihon pigmenttialueet tummuvat, esim. vatsan alakeskiviivassa, välilihassa ja rinnan nännipihan alueella ilmenee pigmentin lisääntymistä. Kasvoihin saattaa ilmestyä maksaläiskiä ja luomet tummuvat. Steroidihormoneja ja melanosyyttejä stimuloivaa hormonia pidetään pigmentin lisääntymisen syynä. Pigmenttialueet vaalenevat entiselleen synnytyksen jälkeen. Toinen raskausaikaan liittyvä ihomuutos on raskausarvet (striae gravidarum). Raskausarpia ilmestyy lähinnä reisien, vatsan ja rintojen alueelle, ja ne johtuvat ihon venymisestä eikä niitä välttämättä tule kaikille raskaana oleville, sillä sidekudoksen geneettiset ominaisuudet vaikuttavat niiden syntyyn. Raskausarvet eivät häviä täysin, mutta vaalenevat ajan kuluessa. (Ylikorkala ym. 2004, 322.)

Osa raskaana olevista kokee alkuraskaudesta voimakasta pahoinvointia, erityisesti aamuisin. Pahoinvointi häviää 12.-14. raskausviikon jälkeen eli se on pahimmillaan ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Perimmäistä syytä pahoinvointiin ei tiedetä, mutta sen on arveltu liittyvän hCG:n erityykseen. Pahoinvointi aiheuttaa sen, että tutut ruoka-aineet ja juomat muuttuvat vastenmielisiksi ja moni lopettaakin esimerkiksi kahvin juonnin raskauden aikana. Raskauden aikana monilla äideillä ilmenee mielihaluja tiettyihin ruokiin (ns. pica-oire). Kohdun kasvun seurauksena voi ilmetä närästystä, jota voidaan hoitaa antasideilla. Kohdun kasvu ja suoliston sileän lihaksiston vähentynyt liikkuvuus aiheuttaa ummetusta, joka on hyvin tavallista raskauden aikana. Ummetusta



helpottaa kuitupitoisten ruokien nauttiminen. Myös peräpukamat ovat yleinen vaiva erityisesti loppuraskaudesta, mutta pahimmillaan ne ovat synnytyksen jälkeen. Vesisuihkut ja istumakylvyt ovat tavallisin hoito peräpukamiin, mutta pahimpiin vaivoihin kannattaa käyttää salvoja tai peräpuikkoja paikallishoitona. (Ylikorkala ym. 2004, 322.)

Toisilla naisilla ilmenee raskauden aikana suonikohjuja ja öisin esiintyviä suonenvetoja. Loppuraskaudesta jalkojen ja sormien turvotus voi olla niin runsasta että normaalit kengät eivät mahdu jalkoihin ja sormukset kiristävät. (Ylikorkala ym.2004, 322.)

Äiti alkaa tuntea sikiön liikkeit noin 18.-20. raskausviikolla, vaikka jo ensimmäisellä raskauskolmanneksella sikiö liikkuu vilkkaasti. Uudelleen synnyttäjät tuntevat liikkeit pari viikkoa aiemmin kuin ensisynnyttäjät. Sikiön vointia voidaan arvioida liikkeiden perusteella, jos liikkeet vähenevät, voi tämä olla merkki sikiön vaaratilanteesta. (Ylikorkala ym. 2004, 322.)

Lyhytkestoisia alavatsakipuja ja painontunnetta alavatsalla saattaa ilmetä ensimmäisen raskaus kolmanneksen aikana. Kohdun kannattimien venymisen, kohdun kasvamisen sekä kohdun ja sivuelinten lisääntyneen verettyden arvellaan aiheuttavan nämä kivut. Keltarauhasen erittämän relaksiinin vaikutuksesta, jo ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana nivelsiteet alkavat löystyä, mikä aiheuttaa kipuja lonkissa, ristisuoliluunivelissä ja häpyliitoksessa. Tällä tavalla äidin elimistö valmistautuu synnytykseen, sillä loppuraskaudessa lantiorengas joustaa sikiön koon mukaan. Raskauden viimeisillä viikoilla voi häpyliitoksen instabiliteetti, symfyseolyysi, olla niin kivulias että pystyasento ja kävely eivät onnistu. (Ylikorkala ym. 2004, 323.)

Normaalissa raskaudessa osalla naisista on koko raskauden ajan kivuttomia ja epäsäännöllisiä supistuksia, mikä on täysin normaalia. Supistuksia ilmenee erityisesti reippaassa kävelyssä, portaita noustessa, kylkeä kääntäessä tai muuten fyysisen rasituksen yhteydessä. Toisilla naisilla supistuksia on vasta synnytyksen alkaessa. (Ylikorkala ym. 2004, 323.)

Jo ensimmäisestä raskauskolmanneksesta lähtien aina raskauden loppuun saakka, ilmenee tihentynyttä virtsaamisen tarvetta. Tämä johtuu kohdun kasvamisesta. Jos naisella on jo ennestään taipumus virtsatietulehdukseen, saattaa raskaus herkistää näitä naisia saamaan virtsatietulehduksen raskauden aikana. (Ylikorkala ym. 2004, 323.)

#### **2.4. Raskaudenaikainen hormonitoiminta**

Raskauden aikana naisen elimistössä tapahtuu monia hormonaalisia muutoksia. Osa hormoneista erittyy vain istukasta ja osa muista rauhasista. Raskaustestit mittaavat hCG-hormonin määrää virtsasta tai veren seerumista, sillä raskauden aikana hCG:n määrä naisen elimistössä lisääntyy ja se pitää yllä keltarauhasen (corpus luteum) progesteronineritystä raskauden alkuvaiheessa. Progesteronin eritysi siirtyy 7.-9. raskausviikolla vähitellen keltarauhasesta istukkaan, jonka jälkeen istukka yksin huolehtii progesteronituotannosta 11.-12. raskausviikosta eteenpäin. Progesteroni ja estradioli ovat tärkeimmät steroidihormonit raskausaikana, ja raskauden loppua kohti molempien eritysi lisääntyy tasaisesti. Progesteroni estää kohdun lihasten supistelua ja näin ollen ylläpitää raskautta. Progesteronin suhteellinen ylimäärä estää estradioli-hormonin tarkoituksenmukaista tehtävää, joka on herkistää kohtua supistelemaan. Yksi syy kohdun supistusherkkyyden lisääntymiselle raskauden edetessä on se, että estradioli lisää oksitoinireseptoreiden määrää kohtulihaksessa ja desiduaalisesti muuttuneessa kohdunlimakalvossa. Loppuraskaudessa seerumin oksitosiinipitoisuudessa ei tapahdu huomattavia muutoksia. Estrogeeneihin kuuluvaa estronia muodostuu raskauden aikana vähemmän kuin estradiolia, yhdessä nämä metaboloituvat eli hajoavat aineenvaihdunnassa estrioliksi, joka erittyy äidin virtsaan. Estriolin erittymisellä virtsaan ei ole biologisia vaikutuksia raskauteen, mutta estrogeeneilla on monia metabolisia vaikutuksia kohtuun. (Ylikorkala ym. 2004, 321-322.)

Istukka ja synsytiotrofoblastisolut, jotka ovat kohdun limakalvon ulomman kerroksen monitumaisia soluja ilman tarkkoja solurajoja, erittävät istukan laktogeenistä hormonia (HPL). Laktogeeninen hormoni (HPL) stimuloi

rintarauhasen kasvua ja kehitystä sekä valmistelee rintaa imetykseen. Lisäksi HPL vaikuttaa raskaudenaikaiseen aineenvaihduntaan. Aivolisäke, äidin ja sikiön desidia erittävät rintarauhasta imetykseen valmistavaa ja maidoneritystä ylläpitävää hormonia, prolaktiinia (PRL). Myös oksitosiini-hormonia erittyy aivolisäkkeestä ja se saa kohdun supistelemaan, käynnistää rintarauhasissa virtaamis- eli herumisrefleksin, jolloin maitoa alkaa erittyä äidin rinnoista. Muun muassa kohdunkaula erittää prostaglandiinia, joka kypsyttää kohdunkaulaa ja saa kohdun supistelemaan. Lisäksi keltarauhasen erittämä relaksiini-hormoni lisää kollageenin vesipitoisuutta, pehmentää nivelsiteitä ja kohdunkaulaa sekä relaxoi eli rentouttaa kohtua. (Ylikorkala ym. 2004, 321.)

### 3 SEKSUAALISUUS

Ihminen voi kokea ja ilmaista seksuaalisuuttaan monin eri tavoin, ja se on osa ihmiselämää kaikkina ikäkausina. Seksuaaliterveys on osa seksuaalisuutta, eikä sillä tarkoiteta vain sairauden puuttumista, vaan se on fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila suhteessa seksuaalisuuteen. Positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuutta kohtaan, on hyvän seksuaaliterveyden edellytys. (Väestöliitto 2012.) Teoriaosuudessa on lisäksi eritelty naisen seksuaalisuus, seksuaalisuus raskauden aikana ja seksuaalisuuden huomioiminen hoitotyössä.

#### 3.1. Mitä seksuaalisuus on?

Sukupuolta ja seksuaalisuutta tutkiva ja käsittelevä tieteenala, seksologia, jonka tieto koostuu eri tieteenalojen lähtökohdista, esim. lääketiede, sosiologia, psykologia, filosofia ja terveystieteet. Seksologia on ennaltaehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa toimintaa, ja siihen kuuluu seksuaalisuutta säätelevä lainsäädäntö. Seksuaalisuutta ja sukupuolisuutta tutkittaessa tarvitaan monipuolista osaamista, sillä seksuaalisuus ja sukupuolisuus ulottuvat monille elämänalueille. Hoitotyössä pyritään edistämään, säilyttämään ja palauttamaan ihmisen seksuaaliterveys seksologisen tiedon avulla, ja näin tuetaan ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. 1900-luvulta lähtien seksuaalisuus-käsitettä alettiin käyttää yleisemmin. Seksuaalisuus-käsite tulee latinan kielen sanasta *sexus*, ja se viittaa biologiseen sukupuoleen. *Sexus* –sanan vastakohta on *genus*-käsite, joka viittaa sukuun. Nykyisin englannin kielen sana *sex* viittaa biologiseen sukupuoleen ja sana *gender* sosiaaliseen sukupuoleen. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 11.)

Seksuaalisuudelle on mahdoton löytää yksiselitteistä tai yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Se että, ihminen kykenee olemaan yhteydessä itseensä ja toiseen ihmiseen omana itsenään, ja hyväksyy oman kehonsa sellaisena kuin se on sekä nauttii seksuaalisuudestaan ja kunnioittaa toisia ihmisiä, ovat merkkejä eheästä seksuaalisuudesta. Seksuaalisuus kuuluu myös yksin eläville, ei ainoastaan parisuhteeseen. Ainoastaan seksi ja seksuaalinen toimintakyky eivät ole seksuaalisuuden synonyymeja. Seksuaalisuus on jokaisen perusoikeus ja osa

ihmissyyttä, hyvinvointia, elämänlaatua ja terveyttä. Seksuaalisuus rakentuu koko elämän ajan ja siihen kuuluu hellyyden, aistillisuuden, yhteenkuuluvuuden, kontaktin, lämmön ja läheisyyden sekä fyysisen tyydytyksen, avoimuuden ja turvallisuuden tunteet. Nämä ovat ihmisen kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin perustarpeen elementtejä. Seksuaalisuuteen liittyy parisuhteen merkitykselliset tunteet ja tarpeet, haavoittuvuus ja alastomuus sekä elämän tarkoitus ja jatkuvuus. (Ryttyläinen ym. 2010, 11-14.)

WHO:n (2002) määritelmän mukaan seksuaalisuus on mukana ihmisessä koko elinkaaren ajan. Biologinen sukupuoli, sukupuoli-identiteetti ja roolit sekä seksuaali-identiteetti, erotiikka, mielihyvä, läheisyys ja lisääntyminen ilmentävät seksuaalisuutta. Seksuaalisuudella on myös muita määrittelyjä, sitä on määritetty esimerkiksi viettinä, ominaisuutena, tunteena, voimavaran lähteenä, yhdistävänä ja integroivana voimana tai käyttäytymisen muotona. Psykkiseen seksuaalisuuteen kuuluu tärkeimpänä muun muassa rakkaus ja hellyys. Seksuaalisuudella on kolme ulottuvuutta: psykologinen, biologinen ja sosiokulttuurinen. Seksuaalisuuden psykologiseen ulottuvuuteen kuuluvat kokemukset, ilmaisukyky, minäkuva, kehonkuva sekä opitut asenteet ja käyttäytyminen. Lait, uskonto, kulttuuri, kansallinen perintö, informaatiovälineet, eettisyys, omaiset, naapurit ja ystävät kuuluvat seksuaalisuuden sosiokulttuuriseen ulottuvuuteen. Seksuaalisuuden kolmas ulottuvuus on biologinen ulottuvuus, johon kuuluvat sukupuoli- ja perinnöllisyyttä koskevat asiat, esim. lisääntyminen, syntyvyyden säännöstely sekä seksuaalinen kiihottuminen ja reagointi. Myös fysiologinen kierto ja sen muutokset, fyysinen ulkonäkö sekä kasvu ja kehitys kuuluvat seksuaalisuuden biologiseen ulottuvuuteen. (Ryttyläinen ym. 2010, 11-13.)

Seksuaalisuuden yksilöllinen kehitys on osa seksuaali-identiteettiä ja siihen sisältyy kokemus siitä kuka on, kokemukset sukupuoli-identiteetistä, sukupuoliroolista sekä seksuaalisen suuntautumisen muotoutuminen. Murrosiän loppupuolella ihmiselle syntyy ymmärrys omasta seksuaali-identiteetistä. Läheisyyden jakaminen, itsestä ja kumppanista huolehtiminen sekä rakastaminen

kuuluvat seksuaalisuuteen mutta jokaisella on yksilölliset kokemukset erotiikasta, seksuaalisesta nautinnosta sekä intiimiydestä. Tunteet ovat läheisyyden tarvetta ja emotionaalista vuorovaikutusta. Tietoisuus omasta kehosta sekä sen fysiologiset ja psykologiset mahdollisuudet nautintoon ovat aistillisuutta, joka toteutuu esimerkiksi fantasioissa ja kosketuksissa. Jos henkilö poikkeaa valtaväestön seksuaali-identiteetistä, saattaa kehitys- ja kasvuprosessi olla erityisen haastava. Seksuaali- ja sukupuoli-identiteetin muotoutuminen saattaa olla koko elämän kestävä prosessi, joka voi vaikuttaa myös terveyteen ja hyvinvointiin. (Ryttyläinen ym. 2010, 13-14.)

Seksuaalisuuteen voi liittyä väkivaltaa, kielteistä kontrollia ja vaikuttamista toiseen ihmiseen, vaikka usein seksuaalisuus on tyydytyksen lähde. Raiskaus, insesti, seksuaalinen työpaikkahäirintä, seksistä pidättäytyminen (parisuhteessa) ja sopimaton viettely-flirtti ovat seksuaalisuuteen sisältyviä kielteisiä ilmauksia. (Ryttyläinen ym. 2010, 13.)

Seksuaalisuuteen sisältyy seksi, joka on seksuaalisuuteen kuuluvaa toimintaa, johon liittyy ajatuksia, tunteita, mielikuvia, haluja ja tarpeita. Ihminen voi seksin avulla ilmaista seksuaalisuuttaan monipuolisesti, hakea kontakteja, tavoitella ja kokea seksuaalista nautintoa yksin tai kumppanin kanssa. Myös yhdynnät, rakkauden saaminen ja antaminen ovat osa seksiä. Seksin laatuun vaikuttaa merkittävästi tunteet, jotka usein syventävät seksuaalisia kokemuksia. (Ryttyläinen ym. 2010, 14.)

### **3.2. Seksuaalioikeudet ja seksuaaliterveys**

Seksuaalioikeudet (Liite 1. World Association for Sexology-Seksologian maailmanjärjestö, Hong Kong, 1999) ovat seksuaaliterveyden rinnalle Kairon konferenssin myötävaikuttamana syntynyt käsite ja jokaisen tulee suojella ja kunnioittaa niiden toteutumista. Seksuaalioikeudet kuuluvat ihmisoikeuksiin ja niiden mukaan jokaisella ihmisellä ja parilla on oikeus päättää muun muassa ihmissuhteiden solmimiseen ja lasten hankintaan liittyvistä asioista. WHO:n (2002) mukaan hyvän seksuaaliterveyden saavuttamiseen ja ylläpitämiseen vaaditaan seksuaalioikeuksien kunnioittamista. Ihmisellä on oikeus saada tietoa

seksuaalisuudesta, seksuaaliopetusta ja – valistusta, oikeus kehon koskemattomuuden kunnioittamiseen ja puolison valintaan. Lisäksi ihmisellä on oikeus päättää seksuaalisesta aktiivisuudesta, oikeus tavoitella tyydyttävää, turvallista ja nautinnollista seksuaalielämää sekä olla vapaa pakottamisesta, riistosta ja väkivallasta (WHO 2002). Vaikka joissain maissa seksuaalioikeuksien toteutumisessa ei ole kehuttavaa, on seksuaalioikeuksien toteutumisessa yleisesti ottaen tapahtunut kehitystä parempaan suuntaan. Monissa kehitysmaissa seksuaalioikeudet eivät toteudu kaikkien kohdalla kun puhutaan oikeudesta ehkäisypalveluihin ja lapsiluvun rajoittamiseen. Myös seksuaalisuuteen liittyvään tiedon saamiseen perustuvien oikeuksien toteutuminen on puutteellista näissä maissa naisten, nuorten ja HIV-tartunnan saaneiden keskuudessa. Myös Suomen lähialueilla ja Itä-Euroopassa HIV/aids leviää nopeasti ja suunnittelemattomia raskauksia on paljon, jonka vuoksi raskaudenkeskeytystä käytetään ehkäisykeinona. Suomessa seksuaalioikeuksien toteutuminen on paljon esillä pohdittaessa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen kysymyksiä, esimerkiksi homoseksuaalien avioliitto. Ikääntyneiden ja seksuaalisen väkivallan uhrien seksuaalioikeuksien toteutumisen pohtiminen on tärkeää. (Rytyläinen ym. 2010, 14-17.)

Seksuaaliterveyden käsitettä on varsinaisesti alettu käyttämään Kairossa pidetyn YK:n väestö- ja kehityskonferenssin hyväksymän käsitelmäärittelyn jälkeen vuonna 1994. Seksuaaliterveys sisältyi määrittelyn mukaan lisääntymisterveyteen mutta pian konferenssin jälkeen keskusteltiin siitä, että lisääntymisterveys kuuluisi seksuaaliterveyteen eli käsitteiden suhteet olisivat päinvastaiset, sillä seksuaaliterveys kuuluu ihmiselämään koko elämän ajan eikä vain silloin kun lisääntyminen on ajankohtaista. Seksuaaliterveyskäsite liittyy vahvasti globalisaatioon, kulttuuriin, aikaan sekä uskontoon ja poliittiseen ilmastoon, ja yhteiskunnan arvot, normit ja uskomukset heijastuvat vahvasti seksuaaliterveyden toteutumisessa. Sairauksista, toimintahäiriöstä, vajavuuksista tai vammautumisesta huolimatta voidaan saavuttaa seksuaaliterveys, joka on WHO:n (2002) mukaan seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin tila. Hyvän seksuaaliterveyden edellytys on

positiivinen ja kunnioittava suhtautuminen seksuaalisuuteen ja seksuaalisuhteisiin, ja muun muassa seksuaalikasvatuksen, seksuaalisen kehityksen ja sukupuolisen kypsymisen suojaamisen ja tukemisen avulla voidaan edistää ja ylläpitää hyvää seksuaaliterveyttä. Sukupuolten ja erilaisuuden arvostaminen, riittävä ja oikea tieto sekä laadukkaat seksuaaliterveyspalvelut vaikuttavat hyvän seksuaaliterveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen. Seksuaalisuuden myönteinen näkemys korostuu WHO:n määritelmässä. Vastuullisesti käyttäytyvä ja kehoaan arvostava ihminen on seksuaalisesti terve, mutta lisäksi hyvä seksuaaliterveys edellyttää kunnioitusta omia ja toisen ihmisen seksuaalioikeuksia kohtaan. Elämänlaadun tavoittelu voi liittyä seksuaaliterveyteen, jolloin se voidaan ymmärtää päämääränä. (Ryttyläinen ym. 2010, 17-18.)

### **3.3. Naisen seksuaalisuus**

Kautta aikojen naisen seksuaalisuutta on pidetty miehelle vaarallisena ja sitä on myös vähätelty. Kristillisen kirkon dualistinen näkemys jakoi naiset äiteihin ja prostituoiduiksi, mutta viktoriaanisen ajan loppuun mennessä tämä näkemys jäi pois. Miehillä oli puolellaan kaksinaismoralismi, jonka mukaan vain miehillä oli oikeus seksuaalisiin seikkailuihin ja naisilta vaadittiin siveää käytöstä. Aikanaan psykoanalyytikko Sigmund Freud korosti, että seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisen persoonallisuutta ja ihmissuhteiden perusta. Hänen mukaansa ”peniskateus” oli naisen seksuaalisuuden pohjalla, koska hän uskoi, että pienen tytön peniskateus johtaa huonommuudentunteeseen, josta tyttö ei voi koskaan toipua täysin. Ensimmäinen maailmansota oli muutosten aikaa, tällöin naiset tekivät ns. miesten töitä, mutta vaativat enemmän itsenäisyyttä, seksuaalista avoimuutta ja vapautta sodan jälkeen. Kun 1960-luvulla ehkäisytabletti ilmestyi markkinoille, se oli luotettavin ehkäisymenetelmä ja naiset pystyivät olemaan sukupuoliyhteydessä ilman raskaudenpelkoa. (Eskola ym. 2002, 64-65.)

Nainen kokee elämänsä aikana seksuaalisuuden eri muodoissa lapsuudesta vanhuuteen, kuitenkin kokemuksen kautta syntyneet tunteet, oma identiteetti, ihmissuhteet ja tapa antaa ja vastaanottaa rakkautta, ovat olennainen osa seksuaalisuutta. Myös seksi on merkittävä osa naisen seksuaalisuutta, sillä sen



merkitys muuttuu eri aikoina, mielialojen ja asenteiden muuttuessa. Seksi voi ajankohdasta riippuen olla rentoa, intohimoista tai epätoivoista, kokemukseen vaikuttaa naisen elämäntilanne, joka voi siis olla hyvä tai huono. Seksillä on vaikutusta itsetuntoon, identiteettiin ja oman arvontunteeseen. (Eskola ym. 2002, 64.)

Naisen kuukautiskierto vaikuttaa hormonitoiminnan vaihteluun ja sitä kautta myös seksuaalisuuteen. Premenstruaalisia oireita (PMS), kuten ärtymistä, mielialan vaihtelua, keskittymisen vaikeuksia, väsymystä ja seksuaalista haluttomuutta, esiintyy hyvin monilla naisilla kuukautiskierron loppupuolella. Kuukautisia edeltävää dysforista häiriötä (PMDD) esiintyy noin 5 %:lla naisista, tällöin PMS-oireet ovat niin vaikeat, että ne estävät normaalin elämän. PMS/PMDD:n on todettu liittyvän hormonaalisesti normaaliin kuukautiskiertoon ja lievempiin PMS-oireisiin käytetään hoitona ehkäisytabletteja. (Apter, Kaimola & Väisälä 2006, 102.)

Seksuaalitoiminnoista kiihottumiseen, pariutumiseen, parisuhteen ylläpitämiseen ja jälkeläisten hoitoon vaikuttaa oksitosiini-hormoni. Tämä on todettu eläintutkimuksissa, mutta on ollut vaikeaa toteuttaa samanlaisia tutkimuksia ihmisillä. Oksitosiinin vaikutuksesta maitoa erittyy imetyksen yhteydessä ja lisäksi oksitosiini on aivojen välittäjäaine. Oksitosiinipitoisuudella on vaikutus emättimen verkkyyteen ja kostumiseen naisen fysiologisen kiihottumisen aikana. Tutkimusten avulla on havaittu, että yksi minuutti orgasmin jälkeen oksitosiinipitoisuus oli selvästi perustasoa korkeampi, tämä on havaittu molemmilla sukupuolilla. (Apter ym. 2006, 102.)

Aivolisäke erittää valkuaisainehormonia eli prolaktiinia, jonka pitoisuus nousee merkittävästi orgasmiin johtavan seksuaalisen ärsytyksen jälkeen ja pitoisuus nousee noin tunnin ajan. Näin ollen prolaktiinilla on vaikutusta seksuaalisuuteen, vaikka seksuaalista käyttäytymistä säätelevistä hormoneista on varsin vähän luotettavaa tietoa. (Apter ym. 2006, 102-103.)

### 3.4. Seksuaalisuus raskauden aikana

Kun nainen tulee raskaaksi ja elämässä alkaa uusi vaihe, myös seksuaalielämä saattaa muuttua haasteellisemmaksi, erityisesti raskaus- ja pikkulapsiaikana. Raskaus ja vanhemmaksi tulo muovaavat parisuhdetta ja parin välistä sidosta. Miesten huolet liittyvät useimmiten kykyyn olla isä tai elättää uutta perheenjäsentä, kun taas nainen pohtii omaa äitisuhdettaan ja anoppi-miniäsuhde aktivoituu. Suunnittelematon raskaus aiheuttaa usein parisuhdekriisin, joka vaikuttaa myös seksuaalielämään. Parisuhteessa voi olla epäselvyyttä liittyen perheenlisäykseen ja raskauden alkaessa yllättäen, joudutaan tekemään suuria päätöksiä lyhyessä ajassa. Odotusajan ristiriidat parisuhteessa liittyvät usein vähäiseen tuen saantiin, somaattiseen sairasteluun ja lisääntyneeseen stressiin. Seksuaalisuus on saattanut ajoittain painua taka-alalle, mikäli pariskunta on ollut yhdessä jo vuosia ja pari on kokenut ajan, jolloin sukupuolielämä oli huomattavan aktiivista ja monipuolista. Lapsen saaminen usein vähentää intiimin kanssakäymisen halua, joten parit joille seksuaalinen haluttomuus on ollut ongelma jo ennen raskautta, raskaus/lapsen saaminen tuskin lisää halukkuutta seksuaaliseen kanssakäymiseen. (Apter ym. 2006, 191.)

Ensimmäinen raskauskolmannes on epäseksuaalinen ajanjakso, jolloin nainen kokee hormonaalisia, fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia lyhyessä ajassa. Raskautta ylläpitävät hormonit (keltarauhashormoni ja estrogeeni), joita keltarauhanen erittää, saavat kohdun ja rinnat kasvamaan sekä veden ja natriumin kertymään verenkiertoon ja kudoksiin. Rinnat, erityisesti nännit, voivat olla erittäin kosketusarat, jolloin nainen ei halua puolison koskevan niihin. Myöhemmässä vaiheessa nainen toivoo hellempää kosketusta rintojen arkuuden vuoksi. Lisäksi nainen saattaa tuntea olonsa ei-halutuksi, kun ruumiinkuva muuttuu. Väsymys, tihentynyt virtsaamistarve ja pahoinvointi vähentävät seksuaalista halukkuutta. Näihin muutoksiin vaikuttavat mm. naisen ikä, psyykkinen ja fyysinen kunto sekä parisuhteen toimivuus ja sosiaaliset verkostot. Pelot ja uskomukset liittyen raskaudenaikaisiin yhdyntöihin, ovat usein epämääräisiä ja niitä esiintyy sekä miehillä että naisilla. Erään tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että lähes puolet naisista ja 50 % miehistä pelkäsi yhdyntän aiheuttavan sikiölle vahinkoa. Jotkut

miehet kokevat, että rakastelutilanteessa on mukana ”kolmas pyörä”, mikä taas voi aiheuttaa seksuaalisen halukkuuden vähenemistä ja yhdyntätilanteiden välttelyä. Yhdyntästä ei kuitenkaan ole varsinaista vaaraa sikiölle. (Apter ym. 2006, 192.)

Toisella raskauskolmanneksella alkuraskauden väsymys vähenee eikä unentarve ole enää niin suuri, jolloin monet äidit tuntevatkin olonsa energisiksi ja hyvinvoiviksi. Raskausajan kokemukset ovat hyvin yksilöllisiä, osaa kiusaavat pikkuvaivat ja osa tuntee olevansa paremmassa kunnossa kuin koskaan aikaisemmin. On tutkittu, että valtaosa raskaana olevista naisista ei ole tyytyväisiä ulkonäköönsä, jolloin naisen on vaikea tuntea itseään seksuaaliseksi. Raskaana ollessaan nainen tarkastelee ja arvioi omaa vartaloaan, ja pohtii miten kumppani siihen suhtautuu. Pikkulapsivaiheen seksuaalinen haluttomuus voi johtua raskauden aikana koetuista loukkauksista, jotka ovat jääneet selvittämättä. Vaikka naisen elämäntilanne olisi kunnossa, saattaa nainen raskauden aikana kokea epävarmuutta, itkuherkkyyttä, pelkoa ja masennusta, mutta se on ohimenevää ja kuuluu normaaliin raskauteen. Myös minäkuvalla ja raskauteen liittyvillä odotuksilla on vaikutusta naisen erilaisiin kokemuksiin. Mikäli kumppani ei täytä vanhemmuuden terveydellisiä vaatimuksia ja toivottua käyttäytymistä, saattaa esiintyä seksuaalista haluttomuutta. Mielessään oikeanlainen kuva äitiydestä ja isyydestä, nainen ja mies yrittävät sovittaa siihen myös seksuaalisen kumppanin. (Apter ym. 2006, 192-193.)

Yksilölliset erot seksuaalisessa halukkuudessa ja tuntemuksissa ovat suuret, erityisesti toisen raskauskolmanneksen aikana, jolloin ne voivat vähentyä, pysyä ennallaan tai lisääntyä. Naiset, jotka eivät yleensä koe seksin aikana orgasmeja, saattavat raskausaikana saada moninkertaisia ja voimakkaita orgasmeja, jotka saattavat kestää jopa minuutin. Raskauden toista kolmannesta pidetäänkin seksuaalielämän parhaimpana ajanjaksona, koska tänä aikana tapahtuu useita suotuisia fysiologisia muutoksia, mm. lantion alueen verekkyyys lisääntyy, orgasmit voimistuvat, rinnat suurenevat ja emätin kostuu runsaammin. Naisen seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen vaatii myös kumppanilta

sopeutumiskykyä. Erään tutkimuksen mukaan naisista joka kolmas tyydytti itseään raskausaikana enemmän kuin aikaisemmin. (Apter ym. 2006, 193-194.)

Raskaudenaikainen painonnousu on yksilöllistä, paino nousee keskimäärin 15 kg. Painonnousu ja suuri vatsa tuovat omat haasteensa seksuaalielämään, nainen ei tunne itseään seksuaaliseksi eikä rakastelu ole tärkeysjärjestyksessä ensimmäisenä. Raskauden viimeisellä kolmanneksella naisen ajatukset keskittyvät suurimmalta osin syntyvään vauvaan ja äitiyden rooliin syventymiseen. Osa pariskunnista on seksuaalisesti aktiivisia aina raskauden viime metreille saakka, sillä ymmärtäväisyys, puolison sitoutuminen parisuhteeseen, naiseuden huomioiminen ja vahvistaminen sekä ison mahan ihailu vaikuttavat joissain tapauksissa myönteisesti seksuaalielämän ylläpitoon raskauden loppuvaiheessa. (Apter ym. 2006, 194.)

Raskauden loppuvaiheessa parit voivat joutua käyttämään mielikuvitustaan miettiessään yhdyntäasentoja, jotka eivät paina naisen kohtua tai vatsaa. Tämä tulee ajankohtaiseksi 33.-36. raskausviikoille tullessa, naisen vatsan suuren koon vuoksi. Yhdyntä nainen miehen päällä istuen, yhdyntä takaapäin tai kyljellään maaten ovat raskauden loppuvaiheeseen sopivia yhdyntäasentoja. Närästys on hyvin yleinen vaiva naisilla raskauden loppuvaiheessa, millä on vaikutusta myös yhdyntäasentoihin, koska närästystä esiintyy erityisesti ruokailun yhteydessä ja makuuasennossa. Närästys johtuu mahan tyhjenemisen hidastumisesta ja mahansuun löystymisestä, johon vaikuttaa keltarauhashormoni. Myös kohtu nostaa mahalaukkua ylös raskauden lopulla ja aiheuttaa närästystä. (Apter ym. 2006, 194.)

Raskaus jättää naisen vartaloon pysyviä jälkiä, mm. raskausarvet ja muutokset rinnoissa. Jotkut naiset pitävät niitä rumina ja hävettävinä, kun taas osa naisista pitää niitä äitiyden pysyvinä ”kunniamerkkeinä”. Raskausarvet syntyvät nopean lihomisen ja lisämunuais hormonin erityksen lisääntymisen seurauksena, myös yksilöllinen taipumus vaikuttaa arpien syntymiseen, jolloin niiden syntymisen estäminen on mahdotonta. Vatsa, reidet ja rinnat ovat alttiita ihon alaisen rasvakerroksen repeämille eli raskausarville. Raskauden aikana venynyt iho ja

sidekudos eivät enää palaudu ennalleen, esimerkiksi kun rintojen maitorauhaset ovat tyhjt imetyksen ptttytty ja niissä ei ole enää yhtä paljon rasvaa, jää jäljelle veltompi ja pienempi rinta, kun rinnassa on isossa pussissa vähemmän sisältöä. Raskauden jttämät jäljet saattavat vaikeuttaa naista pitämään kehoaan haluttavana ja naisellisena, mutta itse asiassa juuri nämä merkit kertovat naiseudesta ja kunniaista olla äiti. (Apter ym. 2006, 194-195.)

### **3.5. Seksuaalisuuden huomioiminen hoitotyössä**

Seksuaalinen suuntautuminen eli seksuaalinen identiteetti kertoo ihmisen tavasta ilmaista seksuaalisuuttaan. Seksuaalinen identiteetti on osa persoonallisuutta ja se muodostuu vähitellen ja haavoittuu herkästi. Seksuaalisen identiteetin vahingoittuminen johtaa ongelmiin myös elämän muilla osa-alueilla. (Ihme & Rainto 2008, 26.)

Naisen itsetuntoon kuuluu sukupuolisuuden ilmentyminen eli naiseuden kokeminen. Naisen ulkoinen ja sisäinen olemus, läheisyys, yhteenkuuluvuus, turvallisuus, hellyys ja avoimuus kertoa omasta seksuaalisuudesta ovat osa naisen seksuaalisuutta, eikä vain fyysisen tyydytyksen hakeminen. Nainen voi kokea itsensä seksuaaliseksi riippumatta ulkonäöstään, mahdollisesta vammasta tai terveysongelmasta. (Ihme ym. 2008, 26-27.)

Terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää seksuaalioikeuksia apuna (ks liite 1) seksuaali- ja lisääntymisterveyttä käsittelevässä ohjauksessa. Seksuaalioikeudet kuuluvat ihmisoikeuksiin ja ne on määritelty koskemaan ihmisiä maailmanlaajuisesti. Hoitotyössä, erityisesti naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävssä hoitotyössä, ollaan tekemisissä asioiden kanssa, jotka liittyvät seksuaalisuuteen ja intiimiyteen. Hoitajien tulee luoda turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, että potilas/asiakas pystyy tuomaan esille arkoja ja vaikeitakin asioita. Lisäksi hoitajan tehtävä on antaa tietoa ja keskustella naisen kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, ja näin saada nainen luopumaan häpeästä ja syyllisyydestä, jotka mahdollisesti liittyvät seksuaalisuuteen. Hoitajan pitää myös havaita kuinka paljon nainen on valmis puhumaan seksuaalisuudestaan ja siihen liittyvistä kysymyksistä. Jos nainen ei ole heti halukas keskustelemaan

kaikkein henkilökohtaisimmista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, voidaan niihin palata myöhemmin hoitajakson aikana. Seksuaalisuuteen liittyvä ohjaus ja neuvonta ovat tärkeä osa hoitosuhdetta, ja sen tavoitteena on saada nainen hyväksymään oma seksuaalisuutensa. Jokaisen potilaan/asiakkaan kanssa keskustellaan yksilöllisesti, eikä hoitaja saisi tehdä oletuksia siitä mitä nainen on pyytämässä, vaan tärkeintä on kuunnella. Asiakkaan kanssa pyritään pääsemään samalle aaltopituudelle, jotta pystytään keskustelemaan aroista ja intiimeistä asioista, kuten masturboinnista, kiihotustavoista, rakasteluasunnoista, seksivälineistä ja seksuaalifantasioista. Keskustelun aiheet riippuvat asiakkaan iästä, esimerkiksi nuoret tytöt haluavat keskustella ensimmäisestä yhdyntäkerrasta ja ehkäisyn tarpeesta, aikuiset seksuaalisesta haluttomuudesta ja ikääntyneet yhdyntäongelmista, joita voi aiheuttaa mm. emättimen kuivuminen. (Ihme ym. 2008, 27-28.)

Hoitajan tulee hyväksyä oma seksuaalisuutensa ennen kuin hän pystyy tukemaan asiakkaan seksuaalisuutta ja kohtaamaan sen. Tämän vuoksi seksuaalisuuden puheeksi ottaminen voi olla myös hoitohenkilökunnalle vaikeaa. Jokainen kokee seksuaalisuuden yksilöllisesti ja sen kuinka paljon se on mukana arkielämässä, siksi hoitohenkilökunnalla pitää olla riittävästi tietoa seksuaalisuuden ilmenemisestä eri ikäkausina ja erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaudet ja toimenpiteet, jotka liittyvät naisen sukuelimiin ja rintoihin, ovat yhteydessä sukupuoli-identiteettiin ja sen vuoksi aiheuttavat naisessa pelkoa ja ahdistusta, esimerkiksi jos nainen sairastuu rintasyöpään ja rinta poistetaan, saattaa nainen, jolle rinnat ovat tärkeä osa seksuaalisuutta, kokea menettäneensä osan seksuaalisuudestaan. Tärkeintä on, että hoitaja antaa aikaa, kuuntelee ja myötäelää, ja saa tätä kautta asiakkaan tuomaan seksuaalisuuteen liittyviä ajatuksiaan esille ja pohtimaan niihin ratkaisuja. Naisen ja hänen perheensä kykenee hoitajan auttamana ymmärtämään terveysongelman aiheuttamia muutoksia naisen seksuaalisuudessa. (Ihme ym. 2008, 27-28.)

Hoidettaessa naisen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä joudutaan koskettamaan naisen kehon intiimialueita, joka voi tuntua epämiellyttävältä tai luonnolliselta,

riippuen naisen iästä, menneisyydestä tai kulttuurisesta taustasta. Häpeä, joka aiheutuu intiimialueille koskettamisesta, saattaa estää hyvän hoitosuhteen muodostumisen tai gynekologin vastaanotolle hakeutumisen. Luvan kysyminen intiimialueisiin koskettaessa on toimenpidettä tekevän hoitajan tehtävä ja sen voi pyytää ohjaustilanteen yhteydessä, kun keskustellaan naisen terveysongelmasta ja tulevasta toimenpiteestä. Hoitotoimenpidettä tehtäessä on hyvä kertoa mitä tehdään, sillä usein tämä rauhoittaa asiakasta, esimerkiksi katetroitaessa tai tehtäessä sisätutkimusta. (Ihme ym. 2008, 29-30.)

## 4 ÄITIYSHUOLTO

Suurin osa äideistä käy säännöllisesti neuvolassa raskauden aikaisessa seurannassa, johon perustuu koko Suomen äitiyshuolto. Äitiysneuvolatoiminnan tarkoitus on tukea vanhempia tulevassa vanhemmuudessa, seurata raskauden kulkua ja valmistaa vanhempia synnytykseen. Äitiysneuvolassa pyritään tunnistamaan riskit, jotka vaarantavat sikiön tai äidin terveyden ja tarvittaessa äiti ohjataan erikoissairaanhoidon, esimerkiksi äitiyspoliklinikalle. Äidillä voi olla esimerkiksi jokin perussairaus, joka vaatii seurantaa myös erikoissairaanhoidossa. (Terveyskirjasto 2012.) Opinnäytetyömme teoriaosuus keskittyy normaalin raskauden aikaiseen hoitotyöhön äitiyshuollossa.

### 4.1. Normaalin raskauden aikainen hoitotyö

Lisääntymis- ja seksuaaliterveyden tukeminen, terveelliset elämäntavat sekä parisuhteen ja vanhemmuuden tukeminen ovat terveydenhuollon ammattilaisten antaman ohjauksen painopistealueita, jonka tavoitteena on vaikuttaa naisten elämäntapoihin ja sitä kautta seksuaaliterveyteen. Syntyvyys pyritään pitämään hyvällä tasolla raskausajan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämällä. (Ihme & Rainto 2008, 74.) Tiivistetysti äitiyshuolto koostuu raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidosta (Kauppila ym. 2004, 365).

Äidit varaavat ajan äitiysneuvolaan ja tulevat hoito- ja seurantakäynnit suunnitellaan yksilöllisesti. Terveysneuvonta, terveystarkastukset seulontoineen ja perhevalmennus ovat äitiyshuollon työmuotoja. Yhteiskunnan tarjoamat perheen perustamista tukevat tuet ja toimet, esim. lapsilisä ja vanhempainraha käsitellään ohjauskäyntien yhteydessä. (Ihme ym. 2008, 74.)

Äitiysneuvoloiden seurantakäyntien päämääränä on taata naisen, kehittyvän sikiön, syntyvän lapsen ja koko perheen kokonaisvaltainen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Myös vanhempien tukeminen ja auttaminen on neuvolan henkilökunnan ensisijainen tehtävä. (Ihme ym. 2008, 76.)



Raskauden oireet aiheuttavat huolta tuleville vanhemmille ja neuvolan terveydenhoitajan onki autettava ja tuettava vanhempia tunnistamaan normaaliin raskauteen kuuluvat hyvänlaatuiset oireet, tuntemukset ja muutokset, joita ovat mm. lisääntynyt valkovuoto, pahoinvointi, lisääntynyt virtaamistarve, painontunne ja vihlonta alavatsassa, ummetus sekä selkä- ja symfyysikivut. Seurannoissa pyritään huomaamaan ajoissa raskauskomplikaatiot, esim. raskausmyrkytys eli pre-eklampsia, jotka uhkaavat äidin tai sikiön terveyttä. (Ihme ym. 2008, 74-75.) Ensisynnyttäjille neuvolan terveydenhoitaja on kuin isosisko, joka ohjaa ja antaa tukea raskauteen liittyvissä asioissa, kun aikaisempaa kokemusta raskaudesta ei ole. Äidit ja isät saavat tukea ja ohjausta myös perhevalmennuskursseilta, joissa he tapaavat myös muita samassa elämäntilanteessa olevia perheitä. (Kauppila ym. 2004, 367.)

Synnytyospelko, ongelmat lapsen isän kanssa, taloudelliset vaikeudet, työolot ja mielenterveysongelmat ovat tyypillisiä raskauteen ja omaan elämään liittyviä ongelmia raskaana olevilla naisilla, ja ne asettavat oman haasteensa neuvontatyölle. Liiallinen päihteiden käyttö on myös yksi tämän päivän suurimmista ongelmakohdista odottavien äitien ja perheiden keskuudessa. (Ihme ym. 2008, 75.)

Neuvolakäynnit, perhevalmennus ja tutustumiskäynti synnytyssairaalaan auttavat vanhemmuuteen kasvamisessa (Ihme ym. 2008, 76.).

#### **4.2. Ensikäynti neuvolassa ja muut seurantakäynnit**

Molemminpuoliseen avoimuuteen perustuva luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeää muodostaa heti ensimmäisellä neuvolakäynnillä. Neuvolakäyntejä on keskimäärin 10-15, ja paikkakunnasta riippuen 3-4 kertaa lääkärin vastaanotolla (Ihme ym. 2008, 85-86.) Raskausviikolla 8-12 on ensisynnyttäjillä ensimmäinen neuvolakäynti, kun taas uudelleensynnyttäjät menevät ensimmäiselle neuvolakäynnille 8.-16. raskausviikolla. Ensimmäisellä neuvolakäynnillä käydään läpi äidin yleinen terveydentila, johon kuuluvat mm. aikaisemmat merkittävät sairaudet, aikaisemmat raskaudet ja synnytykset. On erityisen tärkeää selvittää, onko äidillä ollut aikaisemmin raskauskomplikaatioita tai gynekologisia

sairauksia. Käynnillä otetaan myös selvää äidin päihteiden käytöstä ja ohjataan esim. tupakoinnin vähentämiseen ja lopettamiseen. Lisäksi äidiltä kysytään kohteliaasti sosiaaliseen taustaan liittyviä asioita, kuten koulutus, ammatti, siviilisääty, suhde tulevan lapsen isään, asunto- ja työolosuhteet, harrastukset jne., kuitenkin liikaa utelematta. (Kauppila ym. 2004, 368.) Näiden tietojen avulla saadaan kokonaiskuva naisen fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista (Ihme ym. 2008, 86).

Ensimmäisellä neuvolakäynnillä määritetään raskauskiekon tai Internetin laskurin avulla synnytyksen laskettu aika, joka saadaan lisäämällä viimeisten kuukautisten alkamispäivämäärään 280 vuorokautta ja sitä voidaan tarkentaa tai korjata kaikututkimuksen avulla. Raskauden kesto voidaan luotettavimmin määrittää ensimmäisellä sikiön mittauksella. (Kauppila ym. 2004, 368.)

Raskauden aikana seurataan tarkasti äidin elimistön toimintaa (mm. verenpaine, Hb), koska monet raskauskomplikaatiot eivät oireile heti alkuraskaudesta, näitä ovat mm. pre-eklampsia, sikiön kasvuhidastuma, Rh-immunisaatio ja raskausdiabetes. Raskauden seurannan perusohjelmassa on kaikki raskauden aikana tehtävät seurannat. Raskauden alussa äidit käyvät noin neljän viikon välein neuvolassa ja raskausviikon 28 jälkeen noin kahden viikon välein. Tullessa 34. viikolle, käydään neuvolassa noin viikon välein. Esimerkiksi pre-eklampsia voi kehittyä 1-2 viikossa ja tämän vuoksi neuvolan käyntikertoja ei voida vähentää liikaa, edes uudelleensynnyttäjillä. 5-12 viikon kuluttua synnytyksestä, tehdään äidille jälkitarkastus. (Kauppila ym. 2004, 369.)

Jokaisella neuvolakäynnillä mitataan äidin verenpaine, joka kuuluu yksinkertaisiin tutkimuksiin, joiden avulla voidaan huomata monia raskauskomplikaatioita (Kauppila ym. 2004, 369). Verenpaineen nousu voi olla merkki pre-eklampsian kehittymisestä. Raskauden aikana yläpaine eli systolinen arvo ei saa nousta 30 mmHg:a ja alapaine eli diastolinen arvo ei saa nousta yli 15 mmHg:a tai verenpaine ei saa olla yli 140/90 mmHg. (Ihme ym. 2008, 101.)

Muita tutkimuksia ovat mm. kohdun tunnustelu, virtsan valkuaisen ja sokerin liuskatesti. Alkuraskaudessa virtsan sokeri ja valkuainen tutkitaan kuukausittain liuskatestillä, ja raskauden loppuvaiheessa 1-2 viikon välein. Verenpaineen nousemisen lisäksi, virtsassa oleva valkuainen on merkki pre-eklampsian kehittymisestä. Raskausdiabetes todetaan kahden tunnin sokerirasituskokeen avulla, ja se tehdään, mikäli liuskatestissä havaitaan virtsassa sokeria. (Kauppila ym. 2004, 369-370.) Myös virtsan bakteerit tutkitaan raskauden aikana muutamia kertoja ja tarvittaessa. Äiti ohjataan yleensä erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle jatkotutkimuksiin, mikäli virtsanäytteestä löytyy poikkeavaa. Virtsatie-infektio voi aiheuttaa sikiön ennenaikaisen syntymisen, siksi se tulee hoitaa pikimmiten. (Ihme ym. 2008, 101.)

Äidin hemoglobiinitaso laskee raskauden aikana, kun veriplasman määrä elimistössä lisääntyy (n. 1,5 litraa) ja punasolutuotanto pysyy ennallaan. Tämän vuoksi hemoglobiinia seurataan koko raskauden ajan. (Ihme ym.2008, 101-102.) Useimmiten riittää, että hemoglobiini tutkitaan noin 3-5 kertaa raskauden aikana (Kauppila ym. 2004, 370). Veren laimeneminen voi aiheuttaa äidille huonoa oloa ja pyörtyilyä. 120 g/l on anemian raja, ja äidille voidaan määrätä rautalääkitystä estämään anemiaa, mikäli siihen on tarvetta. Jotta rauta imeytyisi riittävän hyvin, on hyvä huolehtia C-vitamiinin riittävästä saannista. Myös sikiö tarvitsee omaa verenmuodostustaan varten rautaa, jota se saa äidin verenkierrosta. (Ihme ym. 2008, 102.)

Sikiön vointia seurataan kuuntelemalla sydänääniä, jotka voidaan 11.-13. raskausviikoista lähtien kuulla dopplerlaitteella ja ultraäänitutkimuksissa sitäkin aikaisemmin (Ihme ym. 2008, 102). Äiti lähetetään välittömästi äitiyspoliklinikalle jatkotutkimuksiin, mikäli sydänääniä kuunneltaessa herää pienikin epäily häiriöstä, näin suljetaan pois tai varmistetaan mahdollinen poikkeavuus (Kauppila ym. 2004, 369). Sikiön sydän lyö normaalisti 120-160 kertaa minuutissa. Sydänäänten kuuleminen on konkreettinen merkki vanhemmille kehittyvästä lapsesta ja siksi heille on tärkeää kuulla sikiön sydänäänet. (Ihme ym. 2008, 102.)

Raskauden aikana tehtävän ulkotutkimuksen avulla saadaan tietoa lapsiveden määrästä, sikiön tarjonnasta ja koosta. Ulkotutkimuksella tutkitaan sikiön kasvua, joka tehdään mittaamalla kohdun kokoa SF-mitan eli symfyysi-fundus-mitan (häpyluunliitos-kohdunpohjamitta) avulla. Kuten muutkin mittaustulokset, SF-mitta merkitään neuvolakortin normaalikäyrästöön ja pisteet yhdistetään kohdun kasvukäyräksi. Äiti lähetetään jatkotutkimuksiin äitiyspoliklinikalle, jos SF-mitan kasvussa on muutoksia tai poikkeavuuksia. (Ihme ym. 2008, 102.)

Seurantakäyntien yhteydessä neuvolan terveydenhoitaja kysyy äidiltä sikiön liikkeestä ja ohjaa äitiä laskemaan sikiön liikkeitä. Tavallisesti sikiön liikkeiden tarkkailu aloitetaan suunnilleen raskauden puolivälissä. Sikiö voi nukkua yhtäjaksoisesti jopa 45 minuuttia, mutta liikehdintä on vilkkaampaa noin 30-60 kertaa tunnissa. Esimerkiksi hapenpuutteen vuoksi sikiö voi liikkua keskimääräistä vähemmän, siksi on tärkeää, että äidit osaavat arvioida ja seurata sikiön liikkeitä. (Ihme ym. 2008, 103.)

Jokaisella neuvolakäynnillä äiti punnitaan ja käydään läpi mahdolliset turvotukset. Raskaudenaikaiseen energiantarpeeseen vaikuttaa äidin energiankulutus, mihin taas vaikuttavat äidin koko, liikunnan määrä ja työn laatu. Jotta äidin ja sikiön hyvinvointi voidaan turvata, määritellään turvalliset painonnousun rajat jokaiselle äidille yksilöllisesti. Odottavan äidin lähtöpaino, aikaisemmat muutokset painossa ja loppuraskauden mahdollinen nesteen kertyminen elimistöön, otetaan huomioon määriteltäessä painonnousun rajoja. Sikiön kasvu hidastua, mikäli äidin paino ei nouse riittävästi. Äidin energiansaannin turvaamiseen riittää pienet ateriat useasti päivässä. (Ihme ym. 2008, 101.)

Kun odottava äiti tulee ensimmäiselle neuvolakäynnilleen, tutkitaan häneltä veriryhmävasta-aineet, joista yleisin on anti-D-vasta-aine (Kauppila ym. 2004, 369). Jos raskauden kuluessa tai synnytyksessä on ongelmia ja äiti tarvitsee verensiirtoja synnytyksen aikana tai sen jälkeen tai synnytys tapahtuu keisarileikkauksella, ovat veriryhmän määritykset elintärkeitä. ABO-veriryhmät jaetaan kahteen ryhmään Rh-tekijän eli veriryhmä- eli reesus-tekijän mukaan, joka on veren punasolujen ominaisuus. Tämä veren punasolujen ominaisuus voi olla

joko negatiivinen tai positiivinen. Raskausviikoilla 28-36 otetaan kontrollinäytteet, mikäli äidin Rh-tekijä on negatiivinen. Jos syntyvä lapsi on Rh-positiivinen ja äiti Rh-negatiivinen, voi äidin elimistö alkaa tuottaa vasta-aineita lapsen Rh-tekijää vastaan, mikä on uhka lapsen terveydelle. Äidille annetaan lihaksensisäisesti anti-D-immunoglobuliini-rokote, jos vauvan Rh-tekijä todetaan synnytyksen jälkeen positiiviseksi. Veriryhmävasta-aineiden muodostuminen aiheuttaa raskauskomplikaatioita ja antamalla äidille anti-D-immunoglobuliini-rokote suojataan tulevat raskaudet komplikaatioilta. (Ihme ym. 2008, 98.)

### **4.3. Raskaudenaikaiset seulonnat**

Alkuraskaudessa tehdään kaikille äideille kardioliipinittesti (lues-testi) eli kuppataartunnan seulonta, koska hoitamatta jätetty kuppa voi aiheuttaa keskenmenon, sikiön kuoleman tai lapsella voi olla syntyessään kuppataartunta. (Ihme ym. 2008, 98.)

On tärkeää, että raskauden aikana seulotaan hepatiitti B, koska tällöin voidaan rokottaa kaikki riskiryhmään kuuluvat vastasyntyneet. Tällä rokotteella, joka annetaan välittömästi syntymän jälkeen, estetään 85-90 % tartunnoista. Jos lasta ei rokoteta, jää tartunnan saaneista lapsista 90 % viruksen kantajiksi. Synnytyksessä tulee huomioida verivarotoimet, jos äiti on hepatiitti B positiivinen. Äiti voi imettää lastaan vasta, kun lapsi on saanut rokotteen hepatiitti B:tä vastaan. (Ihme ym. 2008, 98-99.)

Hepatiitti C-tartuntaan ei ole hoitokeinoa eikä ehkäisyä, siksi se ei kuulu raskaudenaikaisiin rutiiniseulontoihin. Suurimmalla osalla suonensisäisten huumeiden käyttäjistä on C-hepatiitti tartunta, jolloin huumeita käyttävät odottavat äidit seulotaan. Jos PCR-koe on positiivinen, ei imetystä suositella, koska hepatiitti C-virus erittyy äidinmaitoon. (Ihme ym. 2008, 99.)

Hiv-infektio ei vaikuta raskauden kulkuun ja hiv-positiivisten äitien yksilöllisen hoidon ja raskaudenaikaisen hiv-seulonnan avulla voidaan estää vastasyntyneen infektoituminen. Hiv-positiiviselle äidille aloitetaan viruslääkitys, joka vähentää

huomattavasti lapsen riskiä saada tartunta. Äiti ei saa imettää lastaan ja myös lapselle aloitetaan viruslääkitys. (Ihme ym. 2008, 99.)

Äideille tehdään raskauden aikana kaksi ultraäänitutkimusta, joista ensimmäinen tehdään 10.-13. raskausviikolla. Ensimmäisessä ultraäänitutkimuksessa mitataan sikiön niskaturvotus (NT-mittaus), jonka avulla saadaan tietoa kromosomihäiriön riskistä. (Ihme ym. 2008, 103.) Osassa trisomiatapauksista, esim. 21-trisomia eli Downin oireyhtymä, seerumin alfafetoproteiinin ja hCG:n pitoisuudet ovat poikkeavat. Trisomiariski ei vaikuta ainoastaan niskaturvotuksen määrä, vaan myös ikä ja seerumin merkkiaineiden pitoisuudet otetaan huomioon laskettaessa sikiön trisomiariski. Riskitapaukset ohjataan lapsivesipunktioon tai istukkabiopsiaan. (Kauppila ym. 2004, 371.) Toinen ultraäänitutkimus eli ns. rakenneultraääni tehdään 19.-22. raskausviikolla, jonka tarkoituksena on tarkastella sikiön rakennetta tarkemmin (Ihme ym. 2008, 103-104). Rakenneultraäänessä havaitaan helpommin sikiön mahdolliset suuremmat epämuodostumat (Kauppila ym. 2004, 371). Myös muissa raskauden vaiheissa voidaan tarpeen mukaan tehdä ultraäänitutkimuksia, esim. 4D-ultraääntutkimus (Ihme ym. 2008, 104).

## 5 MINÄKÄSITYS

Minäkäsitys koostuu useista minäkuvista. Tässä opinnäytetyössä keskitytään erityisesti fyysiseen minäkuvaan ja sen vaikutuksiin seksuaalisuuteen raskauden aikana.

### 5.1. Minäkuva

Ihmisen itseensä kohdistamat tunteet ja ajatukset kuuluvat minäkäsitykseen, johon sisältyy useita minäkuvia. Suoriutumisminäkuva, sosiaalinen minäkuva, tunne-minäkuva ja fyysinen minäkuva ovat palautteen ja tulkinnan kautta syntyviä ja muuttuvia minäkuvia. (Ahlqvist ym. 2008, 117.) Minäkuva tarkoittaa käsitystä omasta itsestä ja suhteesta ympäröivään maailmaan. Muilta ihmisiltä saatu palaute vaikuttaa minäkuvan muodostumiseen ja muuttumiseen. Minäkuvan muodostuminen on koko elämänkaaren mittainen prosessi, kun ihminen saa käsityksen siitä, millainen hän on, mitä hän osaa ja mitä ei. Esimerkiksi älykkyys, toimintatapa, ailahtelevuus, sukupuoli, ulkonäkö ja luotettavuus ovat minäkuvan erilaisia piirteitä ja puolia. Jokainen ihminen arvostaa itsessään tiettyjä piirteitä ja ominaisuuksia, joita joku toinen voi pitää merkitykseltään päinvastaisena. Jotta ihminen pystyy olemaan toimintakykyinen, tulee hänellä olla realistinen käsitys omasta itsestään. Epärealistinen käsitys itsestä johtaa siihen, että ihminen ei pysty toimimaan parhaalla mahdollisella tavalla, kun toiminnasta saatavan palautteen käsittely vaikeutuu vääristyneen minäkuvan vuoksi. Ihminen, jolla on realistinen käsitys itsestään, pystyy arvioimaan syitä ja muuttamaan käyttäytymistään ja toimintatapojaan. (Oppimateriaalit 2010.)

Koti, vanhemmat, ikätoverit, työtoverit ja oma perhe ovat vuorovaikutuksessa minäkuvan kehittymisen kanssa, erityisesti lapsuusvaihe on tärkeä, sillä minäkuva rakentuu lapsuudessa luodulle kestäväälle pohjalle. Ihminen kestää vaikeitakin elämäntilanteita, jos hänellä on realistinen ja positiivinen minäkuva sekä perusluottamus omiin kykyihinsä, kun taas negatiivisen minäkuvan omaavan henkilön kohdalla pienelläkin vastoinkäymisellä tai epäonnistumisella voi olla kohtalokkaita seurauksia. Koko ihmisen sosiaalista toimintaa ohjaa minäkuva,

joka ohjaa myös koko elämänkatsomuksen muodostumista. (Oppimateriaalit 2010.)

## **5.2. Erilaisia minäkuvia**

Minäkäsitykset sisältävät monia eri minäkuvia, joista yksi on suoriutumisminäkuva. Suoriutumisminäkuvalle tarkoitetaan henkilön käsitystä omista taidoistaan ja suoriutumismahdollisuuksistaan erilaisissa haasteissa. Se, kuinka helposti tutustumme ihmisiin ja kuinka tulemme heidän kanssaan toimeen sekä millainen asema meillä on ihmisryhmissä, kuuluu sosiaaliseen minäkuvaan. (Ahlqvist ym. 2008, 117.) Sosiaalinen minäkuva kertoo henkilön käsityksestä omista vuorovaikutussuhteistaan (Juureton 2010). Tapamme ilmaista tunteita ja kokea niitä, liittyy tunneminäkuvaamme, johon liittyy käsitys omasta tunteellisuudesta tai vastaavasti omien tunteiden hallinta kaikissa olosuhteissa (Ahlqvist ym. 2008, 117). Yksilön käsitys luonteestaan ja muista persoonallisista ominaisuuksistaan heijastuvat tunneminäkuvan kautta. Muun muassa yksilön ruumiinkuva, käsitys ulkoisesta olemuksesta ja liikkuvana yksilönä olemisesta ovat keskeinen osa fyysistä minäkuvaa (Juureton 2010). Fyysinen minäkuva on siis käsityksemme oman kehomme ominaisuuksista ja tapamme arvioida omaa ulkoista olemustamme verrattuna muihin ihmisiin (Ahlqvist ym. 2008, 117).

Opinnäytetyössämme keskitymme ainoastaan fyysisen minäkuvan muuttumiseen raskauden aikana, koska raskaus tuo mukanaan suuria muutoksia naisen vartaloon. Muutokset saattavat hämmentää naista ja niitä voi olla vaikea hyväksyä, sitä kautta ne voivat vaikuttaa myös seksuaalisuuteen.



## **6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT**

### **6.1 Tarkoitus ja tavoite**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten äidin fyysisen minäkuvan muuttuminen raskauden myötä vaikuttaa seksuaalisuuteen. Lisäksi haluttiin selvittää olivatko äidit tyytyväisiä saamaansa seksuaalineuvontaan äitiysneuvolassa ja millaista seksuaalineuvontaa äidit haluaisivat saada. Tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa siitä, miten äidit kokevat seksuaalisuuden raskauden aikana fyysisen minäkuvan muuttuessa ja nostaa esiin mahdolliset puutteet äitiysneuvolan seksuaalineuvonnassa. Tavoite oli myös löytää keinoja kehittää äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa.

### **6.2 Tutkimusongelmat**

1. Miten fyysisen minäkuvan muuttuminen vaikutti äitien seksuaalisuuteen?
2. Millaisia seksuaalisuuden muutoksia äidit kokivat raskauden aikana?
3. Olivatko äidit tyytyväisiä saamaansa seksuaalineuvontaan äitiysneuvolassa?
4. Millaista seksuaalineuvontaa äidit toivoivat saavansa?
5. Miten äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa voitiin kehittää?

## **7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

### **7.1 Kohderyhmä**

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat raskaana olevat naiset ympäri Suomen. Toivomuksena oli saada vastauksia erityisesti raskauden loppuvaiheessa olevilta äideiltä.

Tutkimukseen osallistui yhteensä 71 odottavaa äitiä, joista 54 % (n=38) oli raskauden viimeisellä kolmanneksella eli raskausviikoilla 29-42.

### **7.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu**

Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, jossa oli sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Kyselylomake laadittiin tutkimuksen tekijöiden toimesta, jolloin kysymysten laatimisessa ei käytetty valmista kyselypohjaa. Kysymykset laadittiin tutkimusongelmien ja tutkimuksen kannalta tärkeiden aiheiden pohjalta. Kyselylomake koottiin Internetin e-lomake-sovelluksessa ja vastaajat pääsivät lomakkeelle linkin kautta. Kysymykset 1-4 käsittelivät vastaajien taustatietoja. Kysymykset 5-10, 12-16 sekä 19-22 olivat monivalintakysymyksiä. Kysymykset 11, 17, 18, 23 ja 24 olivat avoimia kysymyksiä, lisäksi kysymyksissä 19-20 oli mahdollisuus avoimeen vastaukseen. Kyselylomakkeen kysymykset 5-19 käsittelivät seksuaalisuutta ja fyysistä minäkuvaa, kun taas kysymykset 20-24 koskivat tyytyväisyyttä äitiysneuvolan seksuaalineuvontaan/-ohjaukseen.

Strukturoiduissa kysymyksissä oli 2-5 vastausvaihtoehtoa, joista suurin osa oli muodostettu Likert-asteikon tapaan. Kysymyksissä 19 ja 20 oli lisäksi vastausvaihtoehto ”Joltain muulta, miltä?” ja ”Jotenkin muuten, miten?”.

Kyselylomakkeen esitestaus suoritettiin kahdella alle kaksi kuukautta sitten synnyttäneellä naisella. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen lisättiin yksi kysymys, muita muutoksia ei tehty. Kun lopullinen kyselylomake oli valmis, lähetettiin se sähköpostitse Vauva.fi-sivuston Osallistu tutkimukseen-osiosta vastaavalle henkilölle, joka lisäsi kyselylomake-linkin ja saatekirjeen sivustolle.

Lisäksi kyselylomake ja saatekirje lisättiin Kaksplus-sivuston odotusaikaan liittyvään keskustelufoorumiin.

Kaksplus-sivustolla aineiston kerääminen tapahtui 15.12.2011-27.12.2011 välisenä aikana, Vauva.fi-sivustolla 19.12.2011-27.12.2011. 27.12.2011 kyselylomakkeen linkki päätettiin sulkea, koska vastauksia oli tullut jo yli toivotun määrän. Kyselylomakkeita säilytettiin tietokoneilla, jonne oli pääsy ainoastaan salasanan kautta.

### **7.3 Aineiston analysointi**

Aineiston analysointi aloitettiin 5.1.2012.

Strukturoidut kysymykset analysoitiin Microsoft Office Excel 2007- ohjelmalla ja avoimet kysymykset luokiteltiin sisällön perusteella Microsoft Office Word 2007-ohjelmalla. E-lomake-sovelluksen kautta saatiin kyselylomakkeen vastaukset kätevästi siirrettyä suoraan Microsoft Office Excel-ohjelmaan. Tulokset ilmoitettiin lukumäärinä ja prosentteina.

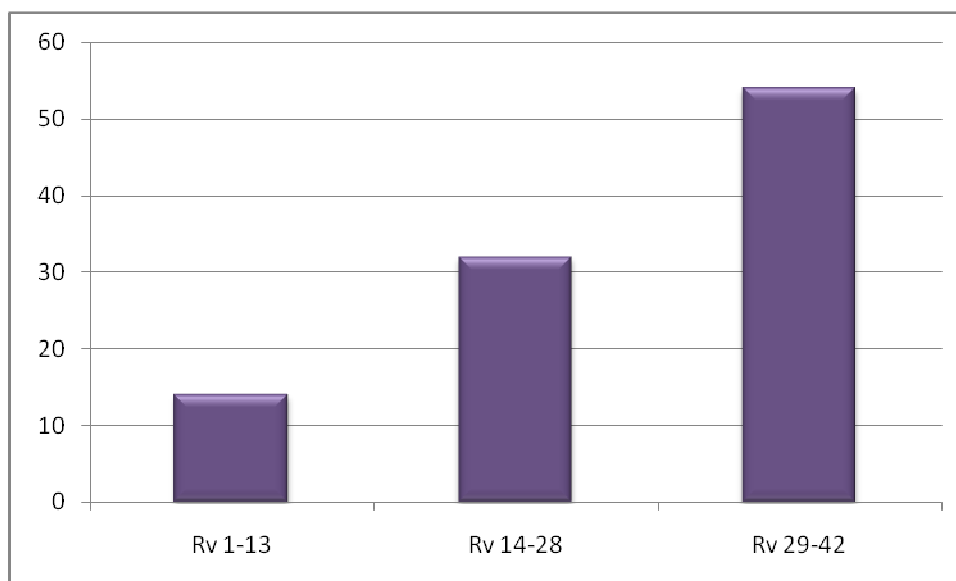
Avointen kysymysten vastaukset olivat laajoja ja sisältö oli monipuolista. Vastaukset ryhmiteltiin yläkäsitteiden alle, joten jokainen vastaus tuli käytyä läpi ja kirjattua ylös.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 15.12.-27.12.2011 välisenä aikana yhteensä 71 raskaana olevaa naista. Vastaajista 34 % (n=24) oli 20-25-vuotiaita, 60 % (n=43) oli 26-35-vuotiaita ja loput 6 % (n=4) olivat yli 35-vuotiaita. Ensisynnyttäjiä vastaajista oli 56 % (n=40) ja uudelleensynnyttäjiä oli 44 % (n=31). Lisäksi taustatiedoissa kysyttiin, onko vastaaja parisuhteessa vai ei, vastaajista vain yksi ilmoitti, ettei ole tällä hetkellä parisuhteessa.

Kyselyyn vastanneista valtaosa (54%) oli raskauden viimeisellä kolmanneksella, raskausviikolla 14-28 oli joka kolmas vastaaja (32%) ja ensimmäisellä raskauskolmanneksella 14 % vastaajista. (Kuvio 1)

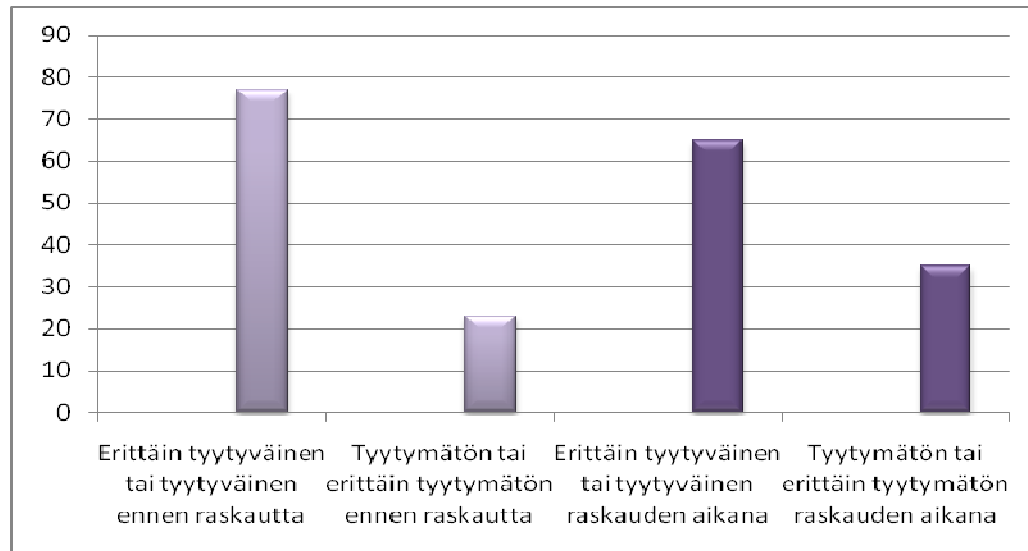


**Kuvio 1.** Vastaajien raskauden vaihe raskausviikkoina (% , n=71).

### 8.2 Seksuaalisuus ja fyysinen minäkuva

Valtaosa eli 77% (n=55) oli erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä ulkonäköönsä ennen raskautta ja vastaavasti 23% (n=16) oli erittäin tyytymättömiä tai tyytymättömiä. Raskauden aikana ulkonäköönsä erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä

oli 65 % (n=46) vastaajista ja erittäin tyytymättömiä tai tyytymättömiä 35 % (n=25). (Kuvio 2)



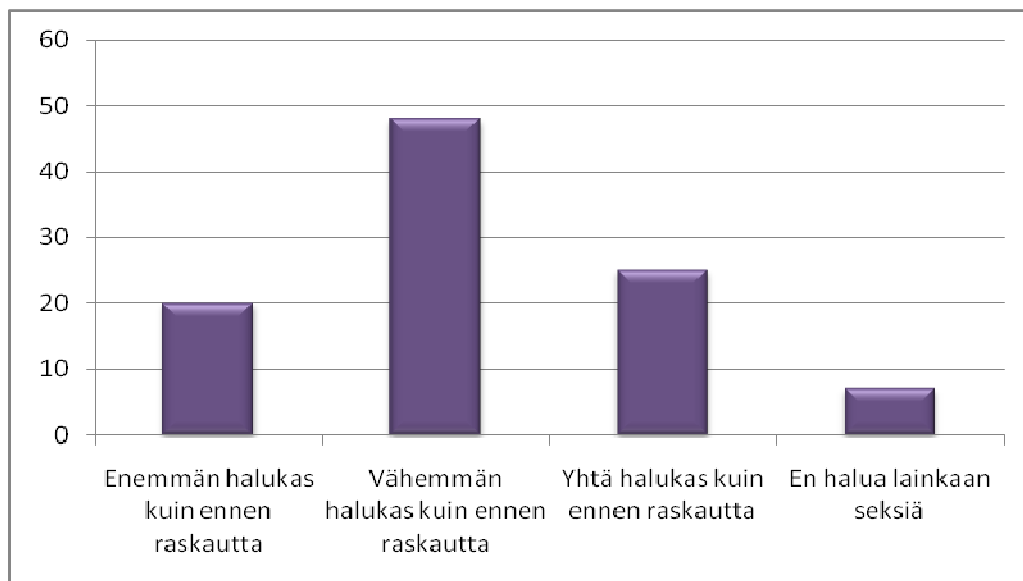
**Kuvio 2.** Vastaajien tyytyväisyys ulkonäkönsä ennen raskautta ja raskauden aikana (% , n=71).

Yli puolet vastaajista (58%, n=41) koki itsensä joskus viehättäväksi ja haluttavaksi. Vastaajista 28 % (n=20) koki itsensä viehättäväksi ja haluttavaksi seksuaalisena yksilönä myös raskauden aikana. 11 % (n=8) koki itsensä harvoin ja 3 % (n=2) ei kokenut itseään koskaan viehättäväksi ja haluttavaksi seksuaalisena yksilönä raskauden aikana.

Suurin osa vastaajista (n=46, 65 %) pystyi aina nauttimaan kumppaninsa hellyydenosoituksista ja kosketuksesta samalla tavalla kuin ennen raskautta. 28 % (n=20) pystyi nauttimaan kumppaninsa hellyydenosoituksista ja kosketuksesta joskus, 6 % (n=4) harvoin ja yksi vastaaja ei pystynyt nauttimaan koskaan kumppaninsa hellyydenosoituksista ja kosketuksesta raskausaikana.

Enemmistö vastaajista kykeni aina (n=46, 65 %) tai joskus (n=18, 25 %) ilmaisemaan rakkauttaan samalla tavalla kuin ennen raskautta. 8 % (n=6) vastasi ”harvoin” ja yksi vastasi ”en koskaan”.

Seksuaalista halukkuutta käsittelevään kysymykseen lähes puolet kyselyyn osallistuneista (48 %, n=34) vastasi seksuaalisen halukkuuden vähentyneen raskauden aikana, vastaavasti joka viides (20%, n=14) kertoi halukkuuden lisääntyneen. Seksuaalinen halukkuus oli pysynyt entisellään 25 % (n=18) vastaajista. Vastaajista 7 % (n=5) vastasi, ettei heillä ole lainkaan seksuaalista halukkuutta. (Kuvio 3)



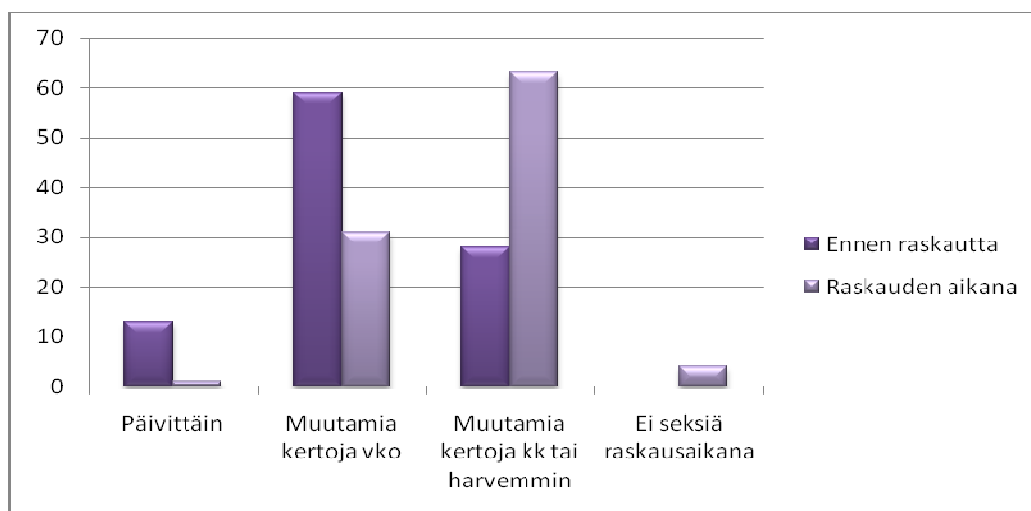
**Kuvio 3.** Vastaajien seksuaalinen halukkuus raskausaikana (% , n=71).

Kysymys 11 käsitteli seksuaalisen halukkuuden muuttumista kehon muutosten myötä. 39 % (n=28) vastaajista kertoi, että halukkuuteen ei ole vaikuttanut kehon muutokset, vaan yhdyntätilanteet olivat muuttuneet haastavammiksi esimerkiksi kasvavan vatsan vuoksi. 13 %:lla (n=9) vastaajista seksuaalinen halukkuus oli vähentynyt tai lisääntynyt muista kuin kehon muutoksista johtuvista syistä. 31 % (n=22) vastaajista listasi erinäisiä kehon muutoksista johtuvia syitä seksuaalisen halukkuuden lisääntymiseen tai vähentymiseen. Yleisin syy seksuaalisen halukkuuden vähentymiseen oli rintojen arkuus, suuri vatsa ja erilaiset kivut. Myös oman kehon muuttuminen mainittiin useassa vastauksessa seksuaalista halukkuutta vähentäväksi. Kehon muutoksista positiivisesti vaikutti selkeästi eniten rintojen kasvu. Vastaajista 17 % (n=12) oli ymmärtänyt kysymyksen väärin ja näin ollen nämä vastaukset jouduttiin hylkäämään.

*”Raskaus on ehdottomasti vaikuttanut positiivisesti myös halukkuuteen. Pienirintaisena on ihana kun rinnat kasvavat.”*

*”Koen itse runsaat muotoni ja kasvaneen vatsan eroottisiksi, mutta puolison mielestä en olisi yhtä haluttava nyt kuin ennen raskautta. Myös kuivat limakalvot ja seksin hankaloituminen on vähentänyt minun ja mieheni halukkuutta seksiin.”*

Kysymykset 12 ja 13 koskivat yhdyntäkertojen määrää ennen raskautta ja raskauden aikana. Kysymyksen 12 vastausvaihtoehdot olivat ”päivittäin”, ”muutamia kertoja viikossa” ja ”muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin”. Lisäksi kysymyksessä 13, joka koski yhdyntäkertojen määrää raskauden aikana, oli lisänä vastausvaihto ”en ole harrastanut lainkaan seksiä raskauteni aikana”. Ennen raskautta yli puolet (59 %, n=42) vastaajista harrasti seksiä muutamia kertoja viikossa, kuitenkin raskauden aikana enemmistö (n=45, 63 %) harrasti seksiä muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin. Raskausaikana 22 (31 %) vastaajaa harrasti seksiä muutamia kertoja viikossa. 13 % (n=9) vastaajista kertoi harrastaneensa seksiä päivittäin ennen raskautta, mutta raskausaikana vain yksi vastasi harrastavansa seksiä päivittäin. Vastaajista kolme ei ollut harrastanut lainkaan seksiä raskauden aikana. Kaksi näistä vastaajista oli raskauden viimeisellä kolmanneksella (Rv 29-42). Yhdyntöjen määrän riittäväksi koki 61 % (n=43) vastaajaa. (Kuvio 4)



**Kuvio 4.** Vastaajien seksuaalinen aktiivisuus (n=71).

Kun verrattiin seksistä saatavan nautinnon määrää ennen raskautta ja raskauden aikana, havaittiin tuloksista, että seksin nautinnollisuus oli selvästi vähentynyt raskausaikana. Lähes kaikki vastaajat 94 % (n=67) kokivat seksin erityisen nautinnolliseksi tai nautinnolliseksi ennen raskautta, vastaavasti raskausaikana noin puolet (n=40) äideistä kokivat seksin erityisen nautinnolliseksi tai nautinnolliseksi. Raskausaikana seksi toimi tarpeiden tyydyttäjänä tai se tuotti vain vähän nautintoa 41 % (n=29) vastaajista, vastaavasti ennen raskautta tämä luku oli 5 % (n=4). Raskausaikana 3 % (n=2) vastaajista koki, että seksi ei tuonut heille lainkaan nautintoa.

Kun äideiltä kysyttiin, mitkä tekijät vaikuttavat eniten siihen, että seksi ei aina kiinnosta, selkeästi yleisimmäksi syyksi ilmoitettiin väsymys (n=35, 49 %). Muita syitä olivat kivut (n=15), oma/kumppanin haluttomuus (n=13), limakalvojen kuivuus (n=7), pahoinvointi (n=7), iso vatsa tiellä (n=4) ja pelko keskenmenosta/sikiön vahingoittumisesta (n=1).

*”Pahoinvointi ja väsymys ovat olleet pahemmit seksin karkoittajat kuin ulkomuodolliset muutokset.”*

Yleisimpiä muutoksia, mitä raskaana olevat äidit olivat itsessään huomanneet, olivat pääosin psyykkisiä ja fyysisiä. Psykkisistä muutoksista yleisimpiä olivat itkuherkkyys (n=13), ärtyisyys (n=7), kykenemättömyys tuntea itsensä viehättäväksi (n=7), mielialan vaihtelut (n=6) ja erilaiset pelot (n=4). Yksi vastaaja kertoi kärsivänsä masennuksesta. Yleisempiä äitien havaitsemia fyysisiä muutoksia olivat rintojen kasvu ja arkuus (n=17), vatsan kasvaminen (n=12), painonnousu (n=9), kivut (n=6), väsymys (n=6), vatsavaivat (n=5) ja turvotus (n=2). Myös seksuaalisia muutoksia oli havaittu, esimerkiksi oma tai kumppanin haluttomuus (n=18) oli mainittu useassa vastauksessa. Toisaalta monet äidit kokivat seksuaalisen halukkuuden lisääntyneen ja orgasmit olivat voimakkaampia (n=11) kuin aikaisemmin. Kysymykseen jätti vastaamatta yhteensä 10 % (n=7) odottavista äideistä.



*”ennen seksi oli hyvin tärkeä osa parisuhdettamme, nyt ei kiinnosta. Kun taas läheisyydestä, yhteisistä suihkuhetkistä ja hellyydestä on tullut paljon tärkeämpiä kuin mitä ne oli ennen raskautta.”*

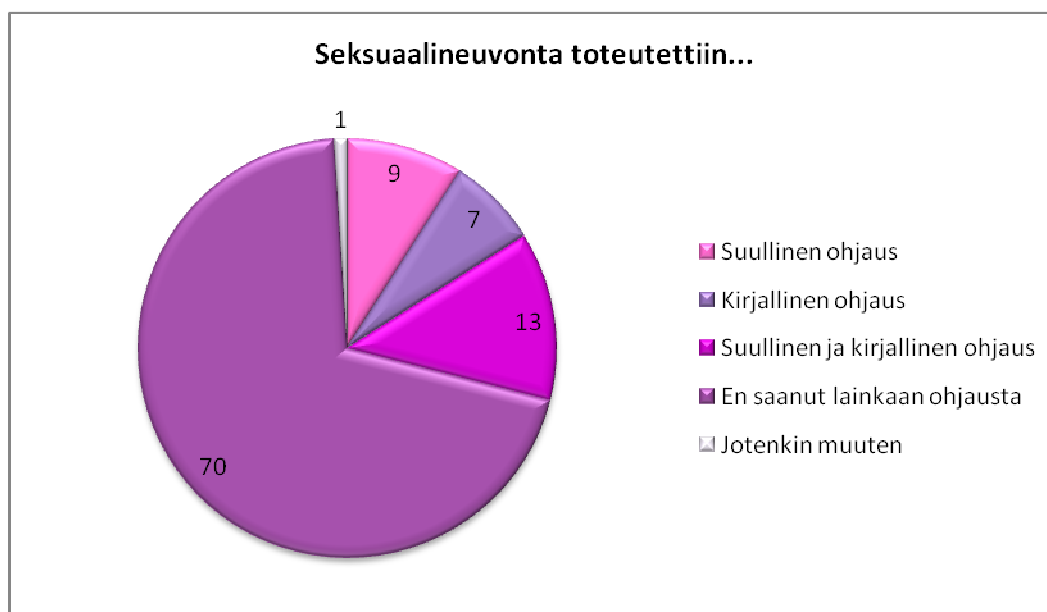
*”Pyöristyminen joka paikasta; koen olevani vieras kehossani enkä pysty hallitsemaan mitään, mitä sille tapahtuu. Koen myös olevani jatkuvan ulkopuolisen arvioinnin kohteena ja kehoni on muille vapaata riistaa, jota muut saavat kommentoida miten haluavat.”*

Raskauden mukanaan tuomat fyysiset, psyykkiset ja seksuaaliset muutokset koettiin suurimmassa osassa (69 %, n=49) vastauksia luonnollisena osana raskautta. Kahdeksan vastaajaa koki muutokset pelottavina tai ahdistavina. Vastaajista 11 ei osannut sanoa, miltä muutokset tuntuivat. Kysymyksessä 19 oli myös vastausvaihtoehto ”joltain muulta, miltä?” ja tämän vaihtoehdon valitsi yhteensä kolme vastaajaa. Näiden kolmen mukaan muutokset tuntuivat ärsyttäviltä, hämmentäviltä sekä osittain luonnolliselta ja osittain ahdistavalta.

*”Osittain luonnolliselta, mutta osittain ahdistavalta. On sellainen olo että palautuuko tästä ”normaaliksi” ikinä.”*

### **8.3 Seksuaalineuvonta äitiysneuvolassa**

Kun odottavilta äideiltä kysyttiin, miten raskauden aikaista seksuaalisuutta käsiteltiin äitiysneuvolassa, vastasi suurin osa (n=50, 70 %), että sitä ei oltu käsitelty lainkaan. Suullista ohjausta oli saanut 9 % (n=6) vastanneista, kirjallista ohjausta 7 % (n= 5), ja näitä molempia oli saanut 7 % (n=5) vastanneista. Yksi vastanneista ei ollut vielä saanut ohjausta ja siksi oli valinnut vastausvaihtoehdon ”Jotenkin muuten, miten?”. (Kuvio 5)



**Kuvio 5.** Miten raskaudenaikaista seksuaalisuutta käsiteltiin äitiysneuvolassa (%).

Kysymyksessä 21 odottavilta äideiltä kysyttiin, kuinka tärkeäksi he kokevat seksuaalineuvonnan/-ohjauksen äitiysneuvolassa. Enemmistö vastanneista (n=37, 52 %) ei kokenut äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa/-ohjausta kovinkaan tärkeäksi, vastaavasti 39 % vastaajista (n=28) koki, että äitiysneuvolan seksuaalineuvonta/-ohjaus on erittäin tärkeää tai tärkeää. 9 % (n=6) vastaajista ei kokenut sitä lainkaan tärkeäksi.

Kun äideiltä kysyttiin, ovatko he tyytyväisiä saamaansa seksuaalineuvontaan/-ohjaukseen, vajaa puolet (44 %, n=31) oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen/neuvontaan. Tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä oli yhteensä 34 % (n=24) vastaajista. Lisäksi 24 % (n=16) vastaajista oli jokseenkin tyytyväisiä saamaansa neuvontaan/ohjaukseen. Kysymyksessä 23 ”Jokseenkin tyytyväinen” tai ”Tyytymätön tai erittäin tyytymätön” vastanneilta kysyttiin, mistä seksuaalisuuteen liittyvästä aiheesta he toivoivat (enemmän) tietoa ja/tai ohjausta. Odottavista äideistä, joiden vastaus oli ”Tyytymätön tai erittäin tyytymätön” tai ”Jokseenkin tyytyväinen” (n=40), puolet (n=20) ei ollut saanut lainkaan ohjausta. Heistä 16 olisi kuitenkin kaivannut jonkinlaista seksuaaliohjausta/-neuvontaa. Loput 4 ei olisi kaivannutkaan äitiysneuvolan seksuaaliohjausta/-neuvontaa.

Asiat, joista toivottiin lisää tietoa ja ohjausta, olivat parisuhteen muuttuminen (n=6), kumppanin haluttomuus (n=2), kehon muutosten vaikutus seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen (n=4) ja yleensäkin seksuaalisuusaiheesta keskustelu (n=11). Myös miehet haluttiin mukaan ohjaus-/neuvontatilanteisiin (n=6).

*”Halujen muuttumiseen. Miten suhtautua, kun mies ei halua sinua enää. Miten palauttaa normaali seksielämä vauvan syntymän jälkeen.”*

*”Seksuaalisuudesta ei neuvolassa ole juurikaan puhuttu, lähinnä vain kommentoitu, että tuskin sitä enää näillä viikoilla +30, onkaan. Edellisen raskauden aikana sain asianmukaista ja riittävää ohjausta.”*

*”Kehon muutokset raskauden aikana, niiden yksilöllinen kokeminen ja vaikutus seksuaalisuuteen (ja parisuhteeseen)”*

Kyselylomakkeen viimeisessä kysymyksessä äideiltä kysyttiin, miten he toivoisivat äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa/-ohjausta kehitettävän. Yleisin (n=21) vastaus oli, että terveydenhoitajan tulisi ottaa raskaudenaikainen seksuaalisuus herkemmin puheeksi äitiysneuvolassa ja vastauksissa toivottiin keskustelua myös parisuhteesta (n=5). Myös miehen huomioiminen ohjauksessa/neuvonnassa nostettiin esiin muutamassa vastauksessa.

*”Ehkäpä etenkin miehen toiveista ja näkökulmasta olisi syytä keskustella enemmän ja pohtia sitten millaisia vaihtoehtoja voisi olla. Minä äitinä en nyt raskausaikana koe kovin voimakkaina seksuaalisia tarpeita, ajatukset ovat enemmän kohdussa olevassa vauvassa. Miestäni nämä seksuaalisuusasiat enemmän koskettavat ja huolettavat.”*

*”Terveydenhoitajille resursseja lisää, että olisi aikaa puhuakin ”rutiinien lisäksi”.”*

*”Toivoisin että neuvolassa otettaisi aihe enemmän esille, eikä vain sivutettaisi seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä lauseilla ”se on ihan normaalia, menee ohi raskauden jälkeen”.”*

*”En halua ohjausta ellen itse asiaa jotenkin kysy. Asia on henkilökohtainen enkä koe terveydenhoitajaa niin läheiseksi, että haluaisin asiasta hänen kanssaan keskustella.”*

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustuloksista voidaan todeta, että raskauden aikana naisten tyytyväisyys ulkonäköönsä väheni. Tyytyväisyys laski 12 %-yksikköä, vastaavasti tyytymättömyys ulkonäköön kasvoi 12 %-yksikköä. Kuitenkin valtaosa vastaajista kykeni nauttimaan kumppaninsa hellyydenosoituksista ja kosketuksesta myös raskausaikana, joukkoon mahtui muutamia, jotka eivät kyenneet lainkaan nauttimaan kumppanin hellyydenosoituksista tai kykenivät siihen vain harvoin. Enemmistö vastanneista tunsi olevansa aina tai joskus seksuaalisesti viehättävä ja haluttava, jolloin raskaudella ei tunnu ainakaan tässä otoksessa olevan kovin merkittävää vaikutusta. Tuloksista ilmeni myös, että raskaus ei vaikuta naisen kykyyn ilmaista rakkauttaan samoin kuin ennen raskautta, sillä yli 90 % vastaajista kykeni ilmaisemaan rakkauttaan aina tai joskus samoin kuin ennen raskautta.

Kun tutkittiin raskaana olevien äitien seksuaalisen halukkuuden muuttumista, puolet vastaajista (48 %) vastasi seksuaalisen halukkuuden vähentyneen raskausaikana. Tutkimukseen osallistuneista noin joka viides vastasi halukkuuden lisääntyneen. Enemmistön mielestä seksuaalinen halukkuus ei varsinaisesti vähentynyt raskauden tuomien muutosten vuoksi, vaan yhdyntätilanteet muuttuivat yksinkertaisesti hankalammiksi suuren vatsan ollessa tiellä, kuitenkin muutamat vastaajat kertoivat, että kehon muuttuminen vaikutti seksuaaliseen halukkuuteen vähentävästi. Tutkimustuloksista voidaan siis todeta, että fyysisen minäkuvan muuttuminen vaikutti seksuaaliseen halukkuuteen vain muutamissa tapauksissa. Muita syitä halukkuuden vähentymiseen olivat rintojen arkuus ja kivut. Halukkuuteen positiivisesti vaikuttava muutos oli selkeästi rintojen kasvu. Naisten seksuaalinen aktiivisuus väheni raskauden aikana, kuitenkin 2/3 koki yhdyntöjen määrän riittäväksi. Suurin osa vastaajista oli seksuaalisessa kanssakäymisessä ennen raskautta muutamia kertoja viikossa, vastaavasti raskausaikana suurin osa oli seksuaalisessa kanssakäymisessä muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin. Joukkoon mahtui muutama, joka ei ollut ollut lainkaan seksuaalisessa kanssakäymisessä raskauden aikana. Myös seksistä

saatavan nautinnon määrä väheni raskausaikana, kuitenkin yli puolet (56 %) kertoi seksin olleen nautinnollista tai erityisen nautinnollista myös raskausaikana.

Odottavat äidit havaitsivat itsessään useita muutoksia raskauden edetessä, suurin osa muutoksista oli fyysisiä tai psyykkisiä. Useimmat naiset huomasivat olevansa itkuherkempiä ja ärtyisämpiä raskausaikana. Kaiken kaikkiaan mielialanvaihtelut olivat yleinen raskauden mukanaan tuoma ”vaiva”. Muutamalla odottavalla äidillä oli myös pelko keskenmenosta tai sikiön vahingoittumisesta. Rintojen kasvu ja arkuus, vatsavaivat, kivut, väsymys, turvotus, painonnousu ja vatsan kasvaminen olivat yleisimpiä äitien huomaamia fyysisiä muutoksia. Yleisesti muutokset koettiin luonnollisena osana raskautta, osa koki muutokset ahdistavina, pelottavina, ärsyttävinä tai hämmentävinä.

Tutkimustuloksista ilmeni, että suurin osa vastanneista (70 %) ei ollut saanut lainkaan seksuaalineuvontaa/-ohjausta äitiysneuvolassa. Heistä, jotka olivat saaneet ohjausta, enemmistö oli saanut ohjauksen kirjallisessa muodossa. Yli puolet vastaajista (56 %, n=40) oli tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä saamaansa neuvontaan/ohjaukseen. Asiat, joista haluttiin lisää tietoa ja neuvontaa olivat parisuhteen muuttuminen, kehon muutosten vaikutus seksuaalisuuteen ja kumppanin haluttomuus. Useassa vastauksessa toivottiin, että miehet otettaisiin mukaan keskusteluihin ja neuvonta/-ohjaustilanteisiin, joissa käsitellään raskaudenaikaista seksuaalisuutta. Äitiysneuvolan seksuaalineuvonnan/-ohjauksen kehittämisehdotuksissa tuotiin esiin terveydenhoitajan roolin tärkeys neuvonnan/ohjauksen antajana ja puheeksi ottajana. Eräässä vastauksessa toivottiin mm. lisää resursseja terveydenhoitajille, jolloin heillä olisi aikaa paneutua ohjaus/-neuvontatilanteisiin rutiinien lisäksi. Vastaajat toivoivat, että terveydenhoitaja ottaisi seksuaalisuuden rohkeasti puheeksi, koska se voi olla arka aihe monelle raskaana olevalle tai hänen kumppanilleen. Muutama vastaaja ei ollut halukas keskustelemaan terveydenhoitajan kanssa seksuaalisuusasioista.

## **10 POHDINTA**

### **10.1 Tutkimustulosten tarkastelua**

Tässä osiossa tuomme esiin omia pohdintojamme tutkimustuloksista tutkimusongelmiemme pohjalta.

#### **10.1.1 Seksuaalisuus ja fyysinen minäkuva**

Kun tarkastellaan fyysisen minäkuvan muuttumista raskauden aikana, voidaan tutkimustulostemme pohjalta sanoa, että naisten tyytyväisyys ulkonäköönsä väheni raskauden myötä jonkin verran, ei kuitenkaan kovin merkittävästi. Tämän vuoksi on luonnollista, että nainen tunsi itsensä viehättäväksi ja haluttavaksi entistä harvemmin. Tulosten perusteella äidit pystyivät myös raskausaikana ilmaisemaan rakkauttaan kuten aikaisemminkin ja nauttivat kumppanin hellyydenosoituksista ja kosketuksesta. Useasta vastauksesta kävi ilmi, että naiset kaipasivat raskausaikana hellyyttä ja koskettelua, ei niinkään itse yhdyntää. Lisäksi naiset ajattelevat seksiä vähemmän, mitä lähempänä synnytys oli. Ajatukset olivat tällöin syntyvässä vauvassa, ei seksuaalisissa haluissa. Tuloksistakin kävi ilmi, että naiset olivat haluttomampia raskaana ollessaan. Yllättävää tuloksissa oli se, että jopa runsas kolmannes vastaajista kertoi, että kehon muutokset eivät olleet vaikuttaneet seksuaaliseen halukkuuteen.

Seksistä saatavan nautinnon määrä väheni raskauden aikana selvästi, mikä on ymmärrettävää, kun erilaiset kivut ja sopivien asentojen löytämisen vaikeus hankaloittavat yhdyntää. Kuten teoriassammekin kerrotaan, erilaiset pelot, esimerkiksi pelko sikiön vahingoittumisesta yhdynnässä olivat odottavien äitien ja heidän kumppaninsa mielessä. Tällaiset tuntemukset/ajatukset ovat normaaleja ja terveydenhoitajan kuuluu kertoa niistä vanhemmille ja yrittää auttaa heitä käsittelemään niitä.

Yksi tutkimuksemme tavoite oli saada tietoa, miten fyysisen minäkuvan muuttuminen vaikuttaa äitien seksuaalisuuteen. Oli selvää, että suurin osa raskaana olevista kokee olevansa ulkoisesti vähemmän viehättävä ja haluttava, jolloin se vaikuttaa myös seksuaalisuuteen. Kuitenkin tutkimuksemme perusteella

suurimmaksi seksuaalisuutta rajoittavaksi tekijäksi nousi yhdyntän vaikeus suuren vatsan vuoksi, ei niinkään se, että äidit tunsivat itsensä vähemmän kauniiksi, vaikka tällaisiakin vastauksia tuli useita.

Kyselyymme vastanneet äidit listasivat selkeästi eniten psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia, kun kysyttiin millaisia muutoksia he ovat itsessään havainneet. Tutkimusongelmamme oli kuitenkin tutkia millaisia seksuaalisuuden muutoksia äidit huomaavat itsessään. Tähän kysymykseen saimme yhden selkeän vastauksen, seksuaalinen haluttomuus on suurin muutos, mitä äidit olivat itsessään huomanneet. Vastaajat mainitsivat myös sen, että seksuaalisuus ei tunnu raskauden aikana tärkeältä. Myös kumppanin haluttomuus oli mainittu muutamassa vastauksessa seksuaalisena muutoksena.

Enemmistö vastaajista kertoi, että raskauden tuomat muutokset tuntuvat luonnolliselta osalta raskautta. Havaitsimme tuloksista, että vastaajista ne, jotka kertoivat muutosten tuntuvan ahdistavilta tai pelottavilta, suurin osa heistä oli ensisynnyttäjiä. Tämän perusteella, erityisesti ensisynnyttäjien kohdalla, on syytä käydä raskauden tuomia muutoksia tarkemmin läpi.

### **10.1.2 Seksuaalineuvonta äitiysneuvolassa**

Yksi äitiysneuvolan seksuaalineuvontaan liittyvistä tutkimusongelmistamme oli saada tietoa kuinka tyytyväisiä äidit olivat saamaansa seksuaalineuvontaan ja miten he haluaisivat sitä kehitettävän. Ennakko-oletuksemme oli, että äidit eivät saa riittävästi neuvontaa/ohjausta, mutta sitä pidetään kuitenkin tärkeänä. Oletuksemme osui osittain oikeaan, sillä kolme vastaajaa neljästä ei ollut saanut seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta/neuvontaa äitiysneuvolassa. Heistä, jotka olivat saaneet ohjausta, enemmistö oli saanut ohjauksen kirjallisessa muodossa.

Oman opinnäytetyömme tuloksista voitiin huomata myös se, että vaikka suurin osa ei ollut saanut minkäänlaista ohjausta, yli puolet ei pitänyt seksuaalineuvontaa/-ohjausta kovinkaan tärkeänä tai lainkaan tärkeänä ja yli 40 % oli tyytyväinen saamaansa ohjaukseen eli moni vastaaja oli tyytyväinen, vaikkei ollut saanut ohjausta. Tämän uskomme johtuvan siitä, että seksuaalisuuteen



liittyvät asiat/murheet eivät ole raskaudenaikaisilla neuvolakäynneillä päällimmäisenä mielessä, vaan äidit ovat enemmän kiinnostuneita sikiön hyvinvoinnista. Seksuaalisuus voi myös olla joillekin niin arka tai nolostuttava aihe, ettei sitä haluta käsitellä äitiysneuvolassa. Kaikista vastaajista (n=71) yli puolet (56 %, n=40) oli vastannut olevansa tyytymätön tai jokseenkin tyytyväinen saamaansa ohjaukseen ja vastaavasti heistä puolet ei ollut saanut ohjausta/neuvontaa äitiysneuvolassa. Vastaajat, jotka olivat vastanneet ”tyytymätön tai erittäin tyytymätön” tai ”jokseenkin tyytyväinen” eivätkä olleet saaneet ohjausta/neuvontaa, enemmistö (80 %) olisi toivonut jonkinlaista ohjausta/neuvontaa raskaudenaikaisesta seksuaalisuudesta. Vaikka reilusti yli puolet ei kokenut neuvontaa tärkeäksi, silti vain noin 43 % oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa neuvontaan. Odotimme, että suurempi osa olisi ollut tyytyväisiä saamaansa neuvontaan, koska he eivät kokeneet sitä tärkeäksi ja näin ollen voisi olettaa, että he ovat tyytyväisiä huolimatta siitä saivatko he ohjausta vai eivät. Mielenkiintoista on myös se, että neuvontaan tyytymättömiä oli 25 vastaajaa, kun taas vastaajia, jotka eivät olleet saaneet lainkaan neuvontaa/ohjausta oli yhteensä 50.

Vastaajat toivoivat, että terveydenhoitaja puhuisi seksuaalisuudesta avoimesti. Pohdimme syitä siihen, miksi terveydenhoitajat eivät useimmissa tapauksissa ota seksuaalisuutta puheeksi. Tähän voi olla syynä rajallinen vastaanottoaika tai seksuaalisuus voi terveydenhoitajalle itselleen olla arka tai nolostuttava aihe. On siis tärkeää, että terveydenhoitajat ovat itse sinut seksuaalisuutensa kanssa, vasta tämän jälkeen äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa/-ohjausta voidaan todenteolla kehittää.

## **10.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimustuloksia analysoitaessa tutkijan tulee koetella tulosten luotettavuutta, tarkistaa paikkansa pitävyyttä ja yleistettävyyttä. On tärkeää, ettei tutkimuksen virheitä ja niiden vaikutuksia tuloksiin peitellä. Tutkimustulosten julkaisemisessa täytyy huomioida tulosten arviointi- ja hyödyntämismahdollisuus myös kollegoiden ja suuren yleisön keskuudessa. (Mäkinen 2006, 102.)

Mittarin luotettavuutta, pysyvyyttä ja sitä missä määrin mittari mittaa tutkittavaa ominaisuutta, voidaan tarkastella reliabiliteetin pohtimisella. Luotettava mittari antaa samassa mittaustilanteessa saman tuloksen eli myös reliabiliteetti toteutuu. (Mäkinen 2006, 87.) Oma kyselylomakkeemme on mittarina varsin luotettava ja pysyvä, lukuunottamatta kysymystä 11, jonka 17 % (n=12) vastaajista oli ymmärtänyt väärin. Uskomme, että mittarimme reliabiliteetti toteutuu ja samassa mittaustilanteessa saisisimme samansuuntaisia vastauksia.

Kun halutaan tutkia mittarin pätevyyttä eli sitä, mittaako se tutkittua asiaa, tarkoitetaan mittarin validiteettia. Mittarin validiteettia pohditaan jo mittarin eli kyselylomakkeen laatimisvaiheessa, jolloin pohditaan sitä vastaavakko kysymykset tutkijan tutkimusongelmiin ja eritellään tutkimusongelmat useammaksi sanaksi, joiden pohjalta kootaan kysymyksiä. (Mäkinen 2006, 87.) Oman tutkimuksen kohdalla mittarin validiteetti toteutui, mutta kehitettävääkin mittarissa validiteetin eli pätevyyden suhteen oli. Emme saaneet yhtä tarkkoja vastauksia kuin olimme toivoneet.

Kyselylomakkeen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että kysely testataan skeptisillä ja kriittisillä vastaajilla, näin vältetään monilta virheiltiltä, joita ei voi korjata enää silloin kun varsinainen tutkimus on tehty. Jos tulosten analyysivaiheessa huomataan, että kysely ei mitannut asiaa, josta haluttiin tietoa, ei kyselylomaketta saa enää korjata, vaan täytyy vain todeta tutkimuksen validiteettiongelma. (Mäkinen 2006, 93.)

Opinnäytetyömme kyselytutkimus esitettiin aluksi kahdella hiljattain synnyttäneellä naisella. Esitestauksella halusimme tuoda esiin mahdolliset virheet/kehittämiskohteet kyselylomakkeessamme. Kyselylomakkeemme kysymykset olivat täysin meidän itse keksimiämme, jolloin virheitä voi helposti tulla. Kysymykset laadittiin siten, että ne vastasivat parhaalla mahdollisella tavalla tutkimusongelmiimme. Esitestauksen jälkeen lomakkeeseen ei tehty suuria muutoksia.

Varsinainen kyselytutkimus toteutettiin Internetissä e-lomakkeena, johon pääsi linkin kautta. Linkin kyselytutkimukseemme laitoimme kahdelle eri sivustolle. Ohjaavalta opettajaltamme saimme suuntaa antavan vastaajamäärän, joka oli 70-90. Suljimme linkin, kun vastauksia oli tullut 71 kappaletta.

Analysointivaiheessa havaitsimme ikäväksemme, että eräs kyselylomakkeemme kysymys oli ymmärretty 12:ssa (17 %) vastauksessa väärin. Tämä vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen. Suurimpaan osaan avoimista kysymyksistä saimme laajoja vastauksia, mikä lisää tulosten monipuolisuutta ja laatua. Erityisesti äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa koskeviin kysymyksiin saimme hyviä ja mielenkiintoisia vastauksia. Kuitenkin tulosten luotettavuutta horjuttaa se, että emme pysty koskaan olemaan täysin varmoja, että Internetissä kyselyymme osallistuneet ovat antaneet rehellisiä vastauksia. Kokonaisuudessaan kyselytutkimuksen tulokset vastasivat tutkimusongelmiimme. Mielestämme saamiemme tuloksia voidaan pitää suuntaa-antavina myös kollegoiden ja muiden ammattilaisten keskuudessa.

### **10.3 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimusetiikan kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että tutkittavat saavat halutessaan säilyttää anonymiteettinsa, jolloin heidän henkilöllisyytensä salataan. Anonymiteetin säilyttäminen kuuluu tutkimusetiikan perusteisiin. Kun tutkittavat henkilöt säilyvät anonymineina, saa tutkija enemmän vapautta, kun arkojakin asioita käsiteltäessä ei tarvitse pelätä aiheuttavansa haittaa tutkittaville. Ihmiset rohkaistuvat puhumaan rehellisemmin ja suuremmin, kun heille luvataan, että henkilötiedot pysyvät salassa. Näin ollen myös tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen kerääminen helpottuu. Tutkijan tulee aina huolehtia siitä, että tutkittavien henkilöllisyys säilyy suojattuna niin sovittaessa. Tutkija voi oman harkintansa mukaan jättää tutkimuksesta pois vastauksia, jotka ovat epäasiallisia tai perusteettomia johtuen anonymiteetin käyttämisestä ”kilpenä”. Tutkittaville tulisi yksityiskohtaisesti selvittää, kuinka luottamuksellisuus käytännössä taataan tutkimuksen eri vaiheissa. Luottamuksellisuuden takaamisesta on olemassa laki ja

sen lisäksi se on myös tutkijan moraalinen velvollisuus. (Mäkinen 2006, 114-116.)

Internetin e-lomakkeen kautta tapahtunut vastaaminen mahdollisti vastaajien anonyymiteetin säilyttämisen, kuka tahansa pääsi linkin kautta vastaamaan ilman henkilötietojen ilmoittamista. Koska lomakkeemme oli Internetissä, saattoi vastaaja olla mistäpäin Suomea tahansa, jolloin vastausten yhdistäminen tiettyyn henkilöön on mahdotonta. Ennen linkin julkaisua kysyimme tutkimusluvan molempien sivustojen yhteyshenkilöiltä. Kyselylomakkeen saatekirjeessä painotimme, että vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaajien henkilöllisyys ei tule kenenkään tietoon. Kyselylomakkeita säilytimme salasanoin lukitussa tietokoneessa, jonne vain meillä oli pääsy. Kun vastaukset oli kirjattu ylös ja analysoitu, hävitettiin ne asianmukaisesti.

Teoriaosuutemme lähteinä käytetyt teokset on lisätty lähdeluetteloon opinnäytetyönohjeiden vaatimalla tavalla.

#### **10.4 Oppimisprosessi**

Opinnäytetyö prosessina on ollut meille varsin raskas, johtuen selkeän suunnitelman puuttumisesta ja aikatauluongelmista. Yllätyimme, kuinka paljon tutkimuksen tekemisessä on työtä ja kuinka paljon se vie aikaa. Aihe löytyi helposti ja se vaikutti heti mielenkiintoiselta, kuitenkin työn edetessä ilmeni yllättäviäkin ongelmia, mikä laski motivaatiotamme ja jouduimme toden teolla kannustamaan toinen toistamme jatkamaan. Työn alussa teoria saatiin koottua kasaan varsin lyhyessä ajassa, mutta kyselylomakkeen laatiminen ja tulosten analysointi vaativat paljon ponnistelua. Työn edistyminen toi meille onnistumisen tunteen ja saimme taas lisää intoa jatkaa työn tekemistä. Loppuvuodesta 2011 työmme eteni nopealla aikataululla ja saimmekin kyselylomakkeen vastaukset alle kahdessa viikossa, jonka jälkeen alkoi tulosten analysointi. Tulosten purkamisvaiheessa huomasimme, että jotkut kyselylomakkeemme kysymykset olisi voinut muotoilla paremmin, jotta olisi saatu mahdollisimman ”hyviä” vastauksia.

Opinnäytetyön myötä erilaiset tietokoneohjelmat ovat tulleet tutuiksi, olemme oppineet hakemaan tietoa eri tietokannoista ja myös tutkimusprosessin eteneminen on selkiytynyt.

Vaikka valmistumisemme viivästyi parilla kuukaudella, olemme silti tyytyväisiä tuotokseemme ja uskomme, että tulokset ovat yleisesti hyödyllisiä. Erityisesti äitiysneuvoloiden terveydenhoitajat saavat tietoa, mitä äidit todella kaipaavat ja tätä kautta terveydenhoitajat voivat kehittää omaa ammattitaitoaan.

### **10.5 Jatkotutkimusaiheet**

Sopiva jatkotutkimusaihe olisi tutkia kuinka miehet kokevat puolisonsa raskauden ja sen mukanaan tuomat muutokset sekä kuinka miesten seksuaalisuus muuttuu. Lisäksi voisi kysyä miesten toiveita ja kokemuksia äitiysneuvolan seksuaalineuvonnan/-ohjauksen suhteen.

Muu jatkotutkimusaihe voisi olla tutkimus terveydenhoitajien kokemuksista seksuaalineuvonnan/-ohjauksen toteuttajana, millaisia valmiuksia terveydenhoitajilla on antaa ohjausta/neuvontaa.

Myös tämän saman tutkimuksen toteuttaminen laajemmassa mittakaavassa, voisi olla hyvä jatkotutkimusaihe.

## LÄHTEET

Ahlqvist, S. & Peltomaa, H. 2008. Psykologian verkot, lukion kurssit 4 ja 5, Taitava ja terve mieli. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Apter, D., Kaimola, K. & Väisälä, L. 2006. Seksuaalisuus. Helsinki. Duodecim.

Bjälle J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ö.V. & Toverud, K. C. 2007. Ihminen-Fysiologia ja anatomia.1.-4. painos. Helsinki. WSOY.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Porvoo. WSOY.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki. Edita.

Juureton 2010. [viitattu 15.12.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi) <URL:<http://www.juureton.fi/?sid=101>>

Kauppila, A. & Ylikorkala, O. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki. Duodecim.

Mackonochie, A., Lewis, S. 2003. The illustrated guide to pregnancy , babycare and baby food. London. Southwater.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Tammi.

Oppimateriaalit 2010. [viitattu 15.12.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi) <URL:<http://oppimateriaalit.internetix.fi/fi/avoimet/1filosofiapsykologia/psykologia/elamanhallinta/minakuva>>

Raskaustesti 2010. [viitattu 24.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi) <URL:<http://www.raskaustesti.info/>> Copyright Suomen kotitesti.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki. Edita.

Sexpo. Seksuaalioikeuksien julistus. [viitattu 15.12.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi) <URL:[http://http://www.sexpo.fi/?seksuaalioikeuksien\\_julistus](http://http://www.sexpo.fi/?seksuaalioikeuksien_julistus)>

Terveyskirjasto 2012. [Viitattu 21.02.2012]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi) <URL:[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00186](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00186)>

Väestöliitto 2012. [Viitattu 21.02.2012]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa.fi) <URL:<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>>

World Association of Sexology:n Seksuaalioikeudet

## SEKSUAALIOIKEUKSIEN JULISTUS

*”WAS (World Association of Sexology. Seksologian maailmanjärjestö). Hong Kong 1999.*

Seksuaalisuus on olennainen osa jokaisen ihmisyksilön persoonallisuudesta. Sen täysi kehittyminen riippuu siitä miten inhimilliset perustarpeet tyydyttyvät. Näitä ovat kaipuu ja halu kontaktiin, läheiseen suhteeseen, tunneilmaisuuksiin, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen.

Seksuaalisuus rakentuu yksilön ja sosiaalisten rakenteiden välisessä vuorovaikutuksessa. Seksuaalisuuden täysi kehittyminen on välttämätöntä yksilölliselle, ihmisten väliselle ja yhteiskunnalliselle hyvinvoinnille.

Seksuaalioikeudet ovat universaaleja ihmisoikeuksia, jotka perustuvat kaikille ihmisyksilöille luonnostaan kuuluvaan vapauteen, arvokkuuteen ja tasavertaisuuteen. Koska terveys on perustava ihmisoikeus, tulee myös seksuaaliterveyden olla perusoikeus. Voidaksemme varmistaa sen, että yksittäiset ihmiset ja yhteiskunnat saavuttavat terveen seksuaalisuuden, seuraavat seksuaalioikeudet tulee tunnustaa ja niitä tulee edistää, kunnioittaa ja puolustaa kaikissa yhteiskunnissa ja kaikin keinoin. Seksuaaliterveys on tulos elinympäristöstä, joka tunnustaa, kunnioittaa ja toteuttaa näitä seksuaalioikeuksia.

**1. Oikeus seksuaaliseen vapauteen.** Seksuaalinen vapaus sisältää yksilöiden mahdollisuuden ilmaista seksuaalisuuttaan täydesti. Se sulkee kuitenkin pois seksuaalisen väkivallan, hyväksikäytön ja riiston kaikissa tilanteissa koko elämän ajan.

**2. Oikeus seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, seksuaaliseen loukkaamattomuuteen ja fyysiseen turvallisuuteen.** Tämä oikeus sisältää mahdollisuuden tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta seksuaalielämästä oman henkilökohtaisen ja sosiaalisen etiikan mukaisesti. Siihen sisältyy myös oman kehon hallinta ja nautinto vapaana kidutuksesta, silpomisesta ja kaikesta väkivallasta.

**3. Oikeus seksuaaliseen yksityisyyteen.** Tähän sisältyy oikeus tehdä yksilöllisiä päätöksiä ja käyttäytyä yksilöllisesti intiimeissä suhteissa siten, että se ei loukkaa muiden seksuaalisia oikeuksia.

**4. Oikeus seksuaaliseen tasa-arvoisuuteen.** Tämä tarkoittaa vapautta kaikesta syrjinnästä riippumatta sukupuolesta, seksuaalisesta suuntautumisesta, iästä, rodusta, sosiaaliluokasta, uskonnosta ja fyysisestä tai psyykkisestä vammaisuudesta.

5. **Oikeus seksuaaliseen mielihyvään.** Seksuaalinen mielihyvä, mukaan lukien itsetydytys, on fyysisen, psyykkisen, älyllisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde.

6. **Oikeus seksuaalisten tunteiden ilmaisuun.** Seksuaalinen ilmaisu on enemmän kuin eroottista mielihyvää ja seksuaalista toimintaa. Yksilöllä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan kommunikoimalla, koskettamalla, tunteiden ilmaisulla ja rakkaudella.

7. **Oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen.** Tämä tarkoittaa mahdollisuutta mennä tai olla menemättä naimisiin, mahdollisuutta erota ja mahdollisuutta solmia muunlaisia vastuullisia seksuaalisia suhteita.

8. **Oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia lisääntymisvalintoja.** Tämä sisältää oikeuden päättää siitä, hankkiiko lapsia vaiko ei, päättää lasten lukumäärästä ja ajoituksesta sekä oikeuden kattaviin ehkäisyvalintoihin.

9. **Oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti tutkittuun tietoon.** Tämä oikeus sisältää periaatteen, että seksuaalisuutta koskevat tiedot tuotetaan riippumattoman ja tieteellisesti eettisen tutkimusprosessin avulla, ja että tätä tietoa jaetaan sopivilla tavoilla yhteiskunnan kaikille tahoille.

10. **Oikeus monipuoliseen seksuaalisuutta koskevaan opetukseen.** Tämä on elämän pituinen prosessi syntymästä läpi elämänkaaren, ja sen tulisi koskea yhteiskunnan kaikkia instituutioita.

11. **Oikeus seksuaaliterveyspalveluihin.** Seksuaaliterveyspalveluiden tulisi olla käytettävissä kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä huolenaiheissa, ongelmissa ja toimintahäiriöissä niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.”



## SAATEKIRJE

Hei!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme parhaillaan opinnäytetyötä liittyen raskauden aikaisiin seksuaalisiin muutoksiin ja seksuaalineuvontaan äitiysneuvolassa. Tavoitteena on saada tietoa siitä, miten fyysisen minäkuvan muuttuminen vaikuttaa seksuaalisuuteen. Lisäksi tutkimme äitien tyytyväisyyttä äitiysneuvolan seksuaalineuvontaan ja millaista seksuaalineuvontaa äidit toivovat saavansa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu anonyymisti, jolloin vastaajan henkilöllisyyttä ei voi saada selville. Vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

Ohessa ovat kysymykset, joihin toivomme teidän vastaavan. Jotta tutkimuksemme olisi luotettava ja onnistunut, toivomme mahdollisimman monen osallistuvan kyselyyn, erityisesti toivomme vastauksia raskauden viimeisellä kolmanneksella (Rv 29-42) olevilta äideiltä.

Suuret kiitokset vastauksistanne jo etukäteen!

Jos sinulle herää kysymyksiä, ota rohkeasti yhteyttä:

Johanna Ylinen (Yhteystiedot poistettu)

Sanna Lammi (Yhteystiedot poistettu)

## TAUSTATIEDOT

**1. Ikä \_\_\_\_\_**

**2. Olen tällä hetkellä raskausviikolla...**

\_\_\_ Rv 1-13

\_\_\_ Rv 14-28

\_\_\_ Rv 29-42

**3. Olen...**

Ensisynnyttävä \_\_\_

Uudelleensynnyttävä \_\_\_

**4. Olen parisuhteessa**

\_\_\_ Kyllä

\_\_\_ En

## SEKSUAALISUUS &amp; FYYSINEN MINÄKUVA

Läheisyyden jakaminen, itsestä ja kumppanista huolehtiminen sekä rakastaminen kuuluvat seksuaalisuuteen mutta jokaisella on yksilölliset kokemukset erotiikasta, seksuaalisesta nautinnosta sekä intiimiydestä. Seksuaalisuuteen sisältyy seksi, joka on seksuaalisuuteen kuuluvaa toimintaa, johon liittyy ajatuksia, tunteita, mielikuvia, haluja ja tarpeita. Seksuaalisuus on toisen ihmisen kunnioittamista, omasta seksuaalisuudesta nauttimista ja oman kehon hyväksymistä.

Fyysinen minäkuva sisältää yksilön ruumiinkuvan, käsityksen ulkoisesta olemuksesta ja liikkuvana yksilönä olemisesta. Fyysinen minäkuva on siis käsityksemme oman kehomme ominaisuuksista ja tapamme arvioida omaa ulkoista olemustamme verrattuna muihin ihmisiin.

**Valitse monivalintakysymyksissä VAIN yksi vastausvaihtoehto!**

**5. Olitko tyytyväinen ulkonäköösi ennen raskautta?**

Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen

Tyytymätön tai erittäin tyytymätön

**6. Oletko tyytyväinen ulkonäköösi nyt (raskauden aikana)?**

Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen

Tyytymätön tai erittäin tyytymätön

**7. Koetko olevasi viehättävä ja haluttava seksuaalisena yksilönä?**

Kyllä, aina

Joskus

Harvoin

En koskaan

**8. Nautitko kumppanisi hellydenosoituksista ja kosketuksesta samalla tavalla kuin ennen raskautta?**

Kyllä, aina

Joskus

Harvoin

En koskaan

**9. Kykenetkö ilmaisemaan rakkauttasi samalla tavalla kuin ennen raskautta?**

Kyllä, aina

Joskus

Harvoin

En lainkaan

**10. Miten kuvailisit seksuaalista halukkuuttasi nyt (raskauden aikana)?**

**Enemmän** halukas kuin ennen raskautta

**Vähemmän** halukas kuin ennen raskautta

Yhtä halukas kuin ennen raskautta

En halua lainkaan seksiä

**11. Miten kehon muuttuminen raskauden myötä on vaikuttanut seksuaaliseen halukkuuteesi? (Esim. vatsan kasvaminen, rintojen kasvu)**

---

---

---

**12. Kuinka usein harrastit seksiä ENNEN raskautta?**

Päivittäin

Muutamia kertoja viikossa

Muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin

**13. Kuinka usein harrastat seksiä nyt (raskauden aikana)?**

Päivittäin

Muutamia kertoja viikossa

Muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin

En ole harrastanut lainkaan seksiä raskauteni aikana

**14. Koetko yhdyntöjen määrän riittäväksi?**

Kyllä

En

**15. Kuinka paljon nautit seksistä ENNEN raskautta?**

Seksi oli erityisen nautinnollista

Nautin seksistä

Seksi tyydytti tarpeeni

Seksi tuotti vain vähän nautintoa

Seksi ei tuonut minulle lainkaan nautintoa

**16. Kuinka paljon nautit seksistä nyt (raskauden aikana)?**

\_\_\_ Seksi on erityisen nautinnollista

\_\_\_ Nautin seksistä

\_\_\_ Seksi tyydyttää tarpeeni

\_\_\_ Seksi tuottaa vain vähän nautintoa

\_\_\_ Seksi ei tuo minulle lainkaan nautintoa

**17. Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että seksi ei aina kiinnosta?**

---

---

**18. Mitä muutoksia olet havainnut itsessäsi raskaaksi tultuasi?**

---

---

**19. Miltä muutokset ovat sinusta tuntuneet?**

- Luonnolliselta osalta raskautta
- Ahdistavilta tai pelottavilta
- En osaa sanoa
- Joltain muulta, miltä? \_\_\_\_\_

**SEKSUAALINEUVONTA ÄITIYSNEUVOLASSA****20. Miten raskaudenaikaista seksuaalisuuta käsiteltiin äitiysneuvolassa?**

- Suullinen ohjaus
- Suullinen ja kirjallinen ohjaus
- Kirjallinen ohjaus
- En saanut lainkaan ohjausta
- Jotenkin muuten, miten? \_\_\_\_\_

**21. Kuinka tärkeäksi koet seksuaalineuvonnan/-ohjauksen äitiysneuvolassa?**

- Erittäin tärkeäksi
- Tärkeäksi
- En kovinkaan tärkeäksi
- En lainkaan tärkeäksi

**22. Oletko tyytyväinen saamaasi seksuaalineuvontaan/-ohjaukseen äitiysneuvolassa?**

\_\_\_ Erittäin tyytyväinen

\_\_\_ Tyytyväinen

\_\_\_ Jokseenkin tyytyväinen

\_\_\_ Tyytymätön tai erittäin tyytymätön

**23. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”Jokseenkin tyytyväinen” tai ”Tyytymätön tai erittäin tyytymätön” mihin seksuaalisuuteen liittyvästä aiheesta olisit toivonut (enemmän) tietoa ja/tai ohjausta äitiysneuvolassa?**

---

---

**24. Miten toivoisit äitiysneuvolan seksuaalineuvontaa/-ohjausta kehitettävän?**

---

---