

Katja Härkönen
Jenna Näppi

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden toteutuminen Helsingin kaupungin äitiysneuvoloissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Kätilö
Hoitotyö
Opinnäytetyö
14.9.2012

Tekijät Otsikko	Katja Härkönen ja Jenna Näppi Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden toteutuminen Helsingin kaupungin äitiysneuvoloissa
Sivumäärä Aika	43 sivua + 4 liitettä 14.9.2012
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaajat	Yliopettaja Arja Liinamo Lehtori Eija Raussi-Lehto
<p>Helsingin terveyskeskuksessa vuonna 2009 tapahtuneen organisaatiomuutoksen jälkeen on koettu tarpeelliseksi arvioida raskauden ehkäisypalveluiden järjestämistä ja niiden mahdollista uudelleen organisointia. Raskauden keskeytysten määrät ovat lisääntyneet Helsingissä synnyttäneiden osalta; muualla Suomessa ne ovat pysyneet lähes ennallaan. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden toteutumista on koettu tarpeelliseksi arvioida tässä muutosvaiheessa.</p> <p>Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden toteutumista Helsingin kaupungin äitiysneuvoloissa; erityisesti ehkäisyneuvontaa toteuttavien ammattihenkilöiden työmenetelmiä, ohjauksen ja neuvonnan sisältöä sekä kehitys- ja koulutustarpeita. Suunnitelmana oli toteuttaa tutkimus haastattelututkimuksena neljälle Helsingin kaupungin äitiysneuvolan ylihoitajalle. Haastatteluista kolme toteutui. Haastattelumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu, joka sisälsi kahdeksan kysymystä.</p> <p>Tutkimuksestamme kävi ilmi, että yhteisiä suosituksia ja ohjeistuksia ei kunnan tasolla ole. Yhteisten ohjeistusten saamiseksi oli perustettu erityinen työryhmä. Työryhmän tehtävänä oli alustaa yhteiset ohjeistukset toiminnan tueksi ja kirjavien toimintatapojen yhtenäistämiseksi. Haastattelututkimuksemme päättyessä helmikuussa 2012 työryhmä ei ollut vielä julkaissut mitään kirjallista ohjeistusta. Eri äitiysneuvolapalvelualueilla raskauden jälkeisiä ehkäisyneuvontapalveluita järjestettiin eri tavoin erilaisin henkilöstöresurssein. Alueesta riippuen osassa neuvoloita työskenteli ehkäisyneuvontaan perehtyneitä henkilöitä. Kävi myös ilmi, että äitiysneuvoloiden henkilöstön erityisosaaminen ei yksistään vaikuttanut palveluiden ja neuvonnan toteutumiseen tai laatuun, vaan myös kyseisen alueen terveyskeskuksen henkilöstön osaaminen sekä palveluiden järjestäminen muoivasivat neuvoloiden käyttämiä toimintatapoja. Haastateltavat kokivat hankalaksi sen, että raskauden ehkäisyyn liittyviä palveluita järjestettiin eri toimipisteissä. Kaksi kolmesta haastateltavasta esitti erinäisiä vaihtoehtoja toiminnan yhtenäistämiseksi. Tällaisia olivat esimerkiksi työpari-malli, seksuaali- ja lisääntymisterveyteen perehtyneiden hoitajien ja lääkäreiden keskittäminen palvelua tarjoaviin yksiköihin, äitiysneuvoloissa työskentelevien hoitohenkilöiden hallinnon yhdistäminen sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden entistä tehokkaampi keskittäminen suurempiin yksiköihin.</p>	
Avainsanat	seksuaaliterveys, lisääntymisterveys, ehkäisy, äitiysneuvola

Authors Title Number of Pages Date	Katja Härkönen and Jenna Näppi Implementation of the Sexual and Reproductive Health Services in Maternal Health Care of Helsinki 43 pages + 4 appendices 14 September 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing
Specialisation option	Midwifery
Instructors	Arja Liinamo, Senior Lecturer Eija Raussi-Lehto, Lecturer
<p>In the Health Center of Helsinki the contraception services are under evaluation and there is a consideration of the possibility to rearrange the services after the organizational change that was made 2009. The number of abortions has increased in Helsinki of women that have given birth. It has been necessary to evaluate the implementation of the sexual and reproductive health promotion and services.</p> <p>The purpose of the study was to survey the implementation of the sexual and reproductive health services in the City of Helsinki maternity clinics; especially of the professionals who put the contraception services in practice. The goal was to survey the methods, the content of supervision and counseling and the needs for improvement and education.</p> <p>The aim was to carry out the survey as an interview study for four head nurses of the City of Helsinki maternity clinics. Three of the interviews realized. As the method for the interviews we chose a half-structured interview which included eight questions. We found that there are no common references or directions at the communal level. A specific working group has been founded to achieve these guidelines. The purpose of this group was to introduce common directions to support the services and to standardize the varied procedures. In February 2011 the group had not published any literary directions.</p> <p>On different areas of the maternity clinics in Helsinki the contraception services were organized by unequal personnel resources. At part of the maternity clinics there were working nurses that are familiarized in contraception counseling. This was dependent on the health center and the area. We also found that the special know-how or the lack of it alone was not affecting to the implementation or quality of the services and counseling. Also the know-how of personnel and the arrangement of the services in a health center in question were having an effect on procedures used by the maternity clinics. The head nurses we interviewed saw it difficult that the contraception services were arranged at several units. Two out of three stated particular options on how to standardize the services. The options were for example a working pair model, the centralizing of the nurses and doctors familiarized in contraception services to units that offer the services, standardizing the administration of personnel working in maternity clinics and centralizing the sexual and reproductive health services even more effectively to larger units.</p>	
Keywords	sexual health, reproductive health, contraception, maternity clinic

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteitä	2
3	Seksuaaliterveys ja seksuaalineuvonta	3
3.1	Seksuaalisuus ja yksilö	5
3.2	Seksuaalineuvonta	6
3.2.1	PLISSIT –malli	7
4	Lisääntymisterveys ja ehkäisy	8
4.1	Lisääntymiskäyttäytyminen synnytyksen jälkeen	8
4.2	Anatomia ja fysiologia puerperium-aikana	10
4.2.1	Imetys	11
4.3	Raskauden ehkäisymenetelmät synnytyksen jälkeen	12
4.3.1	Estemenetelmät	12
4.3.2	Hormoniekhäisymenetelmät	13
4.3.3	Luonnonmenetelmät	16
5	Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut	18
5.1	Neuvolapalveluita ohjaavat lait, suositukset ja ohjelmat	18
5.2	Palveluiden nykytila ja kehittämistarpeet	19
5.3	Helsingin kaupungin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut	23
5.3.1	Helsingin kaupungin oman kyselytutkimuksen tulokset	24
6	Tutkimusmetodi ja opinnäytetyöprosessin kuvaus	25
6.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	25
6.2	Tutkimuskysymykset	26
6.3	Haastattelu menetelmänä	26
6.3.1	Puolistrukturoidun haastattelun kysymykset	27
6.4	Opinnäytetyö prosessina	28
7	Tutkimuksen tulokset	30
7.1	Toimintaa ohjaavat suositukset ja ohjeet	30
7.2	Arviointi- ja seurantamenetelmät	31

7.3	Neuvolatyön kehittämistarpeet	32
7.4	Koulutustarpeet ja neuvolatyön tulevaisuuden visiot	33
8	Tutkimuksen etiikka, reliabiliteetti ja validiteetti	34
9	Pohdinta	36

Lähteet

Liitteet

- Liite 1. Raskaudenkeskeytykset synnytys samana tai edellisenä vuotena 2000–2010
- Liite 2. Kysely raskaudenehkäisy palveluiden järjestämisestä, kevät 2010
- Liite 3. Tiedonhakutaulukko
- Liite 4. Tiedote tutkimuksesta

1 Johdanto

Opinnäytetyö toteutettiin osana Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin sekä Keravan terveyskeskusten ”Seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollon peruspalveluissa ja ammatillisessa koulutuksessa” -hanketta (2009–2011). Koko hankkeen yhteisenä tavoitteena oli arvioida seksuaaliterveyden edistämisen toteutumista useista näkökulmista sekä kehittää nuorten seksuaaliterveyden edistämisen osaamista ja työmenetelmiä kunnassa. Hankkeen sisällä tehdyissä opinnäytetöissä voidaan nähdä yksilön kehitys seksuaalisuuden osa-alueilla aina kouluikäisestä lisääntymisikään asti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa ehkäisyneuvontaa toteuttavien ammattihenkilöiden työmenetelmiä, ohjauksen ja neuvonnan sisältöä sekä kehitys- ja koulutustarpeita. Opinnäytetyö toteutettiin puolistrukturoituna haastattelututkimuksena kolmelle (3) Helsingin kaupungin äitiysneuvolan ylihoitajalle. Työ fokusoitui äitiysneuvoloissa annettavaan ohjaukseen ja hoitoon.

Suomessa äitiysneuvolakäyntejä tehtiin vuonna 2010 yhteensä 1 036 403, joista Helsingissä 103 913. Näistä Helsingin alueen käynneistä 18 789 oli lääkärikäyntejä ja 85 124 oli muita käyntejä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a.) Syntymärekisteritietojen perusteella palveluita käyttämättömien synnyttäjien osuus oli vain 0,2–0,3 % (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b).

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima valtakunnallinen ”Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007–2011”, tämän toimintaohjelman väliarviointi (Ritamo – Pelkonen - Nikula 2010) sekä käyttöön saamamme tulokset (2012) ovat ohjanneet tätä opinnäytetyötä. Toimintaohjelman tarkoituksena oli toimia ohjenuorana kuntien järjestäessä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita. Tehtyjen haastatteluiden tulosten perusteella voidaan tarkastella kunnan alueella seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjauksen toteutumista sekä ammattihenkilöiden osaamista. Ammattihenkilöstön osaamisen kehittäminen terveydenhuollon peruspalveluissa oli yhtenä painopisteenä toimintaohjelmassa. Lisäksi Väestöliiton julkaisemassa seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa mainitaan keskeisiä lähtökohtia tälle opinnäytetyölle, kuten perusterveydenhuollon vähäiset seurantajärjestelmät sekä yhtenäisten ohjeistusten puuttuminen seksuaaliterveyden ja ennaltaehkäisyyn alueella (Väestöliitto 2006: 2, 6.)

2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteitä

Seksuaalisuus on monialainen käsite. Se sisältää kaiken seksuaalisesta kehityksestä sukupuolen, suuntautumisen, nautinnon ja intiimiyden kautta suvun jatkamiseen. Seksuaalisuus koetaan ja sitä voidaan ilmaista lukuisin eri tavoin, joista mainittakoon ajatukset, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen sekä ihmissuhteet. Kuitenkaan kaikkia seksuaalisuuteen sisältyviä ilmiöitä ei aina koeta ja ilmaista. Seksuaalisuus kuuluu myös jokaisen ihmisen perusoikeuksiin. (Väestöliitto 2006: 8.)

Seksuaaliterveys voidaan nähdä fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana suhteessa seksuaalisuuteen. Positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuutta kohtaan on edellytys hyvälle seksuaaliterveydelle. Hyvän seksuaaliterveyden takaamiseksi on kaikkien yksilöiden seksuaalioikeuksia kunnioitettava ja suojattava. (Tampereen Yliopisto 2009.) Lisäntymis- ja seksuaaliterveys-käsitteillä voidaan käsittää eri asioita, mutta näillä termeillä on myös yhteisiä merkityksiä. Seksuaaliterveyskäsite kattaa laajemmin seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyviä asioita kuin lisääntymisterveys. Seksuaaliterveyskäsitteeseen liittyy myös neuvonta- ja hoitotyö, jonka päämääränä on elämänlaadun ja ihmissuhteiden parantaminen. (Koponen – Luoto – Hänninen-Nousiainen 2004: 9.)

Seksuaaliterveyspalveluita ovat kaikki palvelut, joissa käsitellään ihmisen seksuaalisuutta, seksuaalitoimintoja ja parisuhdetta. Henkilökohtaisessa vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa yksilöllisten, seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä kutsutaan **seksuaalineuvonnaksi**. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a: 21.)

Seksuaalioikeudet perustuvat kaikille yksilöille luonnostaan kuuluvaan vapauteen, tasavertaisuuteen ja arvokkuuteen. Seksuaalioikeuksien julistus julkaistiin Hongkongissa 1999 Seksologian maailmanjärjestön (WAS) maailmankongressissa. (World Association for Sexual Health 1999.) Näistä oikeuksista erityisesti oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti perusteltuun tietoon, oikeus monipuoliseen seksuaalikasvatukseen ja valistukseen, oikeus seksuaaliterveyspalveluihin sekä joiltain osin myös oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia ehkäisyvalintoja koskevat terveydenhuolto.

Lisäntymisterveydellä tarkoitetaan täyttä fyysistä, henkistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia kaikissa lisääntymiseen liittyvissä asioissa, toiminnoissa ja prosesseissa. Terveydellä ei siis tarkoiteta pelkästään sairaudettomuutta tai vammattomuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a: 185.) Lisäntymisterveyttä voidaan tarkastella tärkeä-

nä kansanterveyden osa-alueena, jolloin siihen katsotaan kuuluvan sukupuolielinten sairaudet ja toimintahäiriöt, hedelmällisyys sekä kliiniset palvelut. Tällöin voidaan ajatella, että lisääntymisterveydellä tarkoitetaan lisääntymiseen, seksuaalisuuteen sekä fysiologiseen lisääntymisjärjestelmään liittyviä ilmiöitä, joilla on terveysulottuvuus. (Pietiläinen 2009: 540.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2007–2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a: 21) mukaan **lisääntymisterveyspalveluita** ovat kaikki ne palvelut, jotka liittyvät raskauden ja synnytyksen suunnitteluun ja hoitoon.

3 Seksuaaliterveys ja seksuaalineuvonta

Suomalaisten seksuaaliterveyttä tarkastellessa voidaan todeta sen pysyneen suhteellisen hyvänä. Sukupuolitautien esiintyvyys sekä raskauden keskeytysten määrät ovat kansainvälisesti verrattuina pieniä. Seksuaaliterveys on kuitenkin aina uhan alla. Ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa on leikattu ja sosiaalinen eriarvoisuus on kasvanut. (Apter – Kontula – Ritamies – Sieberg – Hovatta 2005.)

Seksuaaliterveyden edistämällä voidaan pyrkiä ihmissuhteiden ja elämänlaadun parantamiseen. Seksuaaliterveyden edistämisen konkreettisena keinona voidaan nähdä seksuaalineuvonta. Seksuaalineuvonta on asiakas- tai potilastyötä, joka perustuu vuorovaikutukseen. Keskeisiä osa-alueita neuvonnassa ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat. Seksuaalineuvonta kuuluu olennaisena osana ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin, sillä seksuaaliterveyden edistäminen sisältyy useisiin viimeaikaisiin terveydenhuollon suosituksiin. Neuvonnan tavoitteena on avata yksilölle mahdollisuus tarkastella omaan seksuaaliterveyteen liittyviä asioita siten, että seksuaalinen elämä voitaisiin kokea mahdollisimman tyydyttäväksi sekä voimavaraistavaksi. (Ala-Luhtala 2008: 26–28.) Seksuaaliterveyspalveluiden laadukkuudesta kertovat palveluiden helppo saatavuus, kokonaisvaltaisuus, asiakkaan tiedonsaantimahdollisuus sekä saumaton vuorovaikutus (Sannisto – Mattila – Kosunen 2007: 2185).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2007–2011 mukaan seksuaalineuvontaa tulee olla saatavissa sisällytettynä normaaleihin terveydenhuoltopalveluihin. Neuvonnan tulee toteutua tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Toimintaohjel-

man mukaan kaikilla terveyskeskuksilla tulisi olla käytettävissään työntekijä, joka on saanut seksuaalineuvonnan täydennyskoulutuksen ja sairaanhoitopiirissä tulisi olla asiantuntijoiden hyväksymän erikoiskoulutuksen saaneita työntekijöitä. Ammattihenkilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen kartuttaminen eri tasoilla sekä eri ammattiryhmissä korostuu toimintaohjelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b: 28–34.)

Vuonna 2008 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman ”Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa” -kyselyn perusteella kävi ilmi, että 30 prosentissa Suomen terveyskeskuksia oli saatavilla seksuaalineuvojakoulutuksen saaneen henkilön palveluita. Palveluiden saatavuus oli osittain järjestetty terveyskeskuksen omana toimintana, osittain ostopalveluna. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan toimintaohjelma ei yksin selitä ilmiön hyvää tilannetta, sillä ohjelma oli julkistettu puolitoista vuotta ennen kyselyn toteuttamista. Voimme ajatella, että toimintaohjelman suositukset eivät näy vielä käytännössä näin konkreettisella tasolla. (Kosunen 2009: 237.)

Tämän hetkisestä seksuaaliterveyspalvelurakenteesta ja sen sisällöstä on mahdotonta saada kattavaa tietoa. Nykyiset tiedonkeruujärjestelmät eivät palvele keräämällä seurantatietoja perusterveydenhuollossa tarjottavista palveluista, vaan kaikki tieto on peräisin erillisistä palvelututkimuksista. Palveluiden kattavuudesta kerättävät tilastot ovat hyvin karkeita. Seksuaaliterveyspalvelut saattavat kuntien huonosta resurssi- ja rahatilanteesta johtuen rajoittua pelkkään raskauden ehkäisyyn. (Väestöliitto 2006: 15–16.)

Neuvolapalveluihin tulisi kiistatta luonnollisena osana kuulua seksuaalineuvonta. Äitiysneuvolassa tulisi keskustelun ja ohjauksen kautta kertoa perheelle raskausajan ja synnytyksen mahdollisista vaikutuksista sekä parisuhteeseen että seksuaalisuuteen. Toteuttamalla laadukkaasti seksuaalisuuteen liittyvää ohjausta voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa perheiden hyvinvointiin ja parisuhdetyytyväisyyteen. (Kosunen 2006b: 24.) Tätä voidaan selittää siten, että seksuaalinen vuorovaikutus ja tyydytys ovat nousseet parisuhteissa entistä tärkeämpään rooliin ja ne koetaan merkittäviksi parisuhteen onnellisuuden kannalta (Apter ym. 2005). Aikaisemmat tutkimukset tuovat esille, että ihmiset tarvitsevat tietoa, neuvontaa ja tukea seksuaaliterveyteen liittyvissä kysymyksissä. Ryttyläisen (2005) suomalaisille synnyttäneille naisille suunnatussa raskauden ja synnytyksen hallintaan vaikuttavien tekijöiden tutkimuksessa tuli selvästi esille naisten toiveet saada keskustella ammattihenkilöiden kanssa parisuhteeseen ja sen hoitamiseen liittyvistä kysymyksistä. (Ala-Luhtala 2008: 88–90.)

Äitiysneuvola-asiakkaiden mielestä seksuaalisuuteen liittyviä asioita käsitellään henkilökohtaisilla käynneillä aivan liian vähän. Kosusen (2006a: 31–32) tutkimuksen mukaan seksuaalisuutta on kuitenkin käsitelty raskauden aikana kaikille yhteisessä perhevalmennuksessa suurimmassa osassa Suomen neuvoloita, mutta synnytyksen jälkeisissä tapaamisissa paljon vähemmän. Ala-Luhtalan (2008: 90) tutkimuksen tuloksissa näkyi, että perheet kokivat neuvolan ryhmämuotoiset palvelut epämiellyttäväiksi ja he korostivat intiimiyden säilymisen tärkeyttä – nimenomaan seksuaaliterveyteen liittyvissä teemoissa. Yksilöllistä, vuorovaikutuksellista neuvontaa tässä teemassa arvostettiin ja toivottiin. Ruotsalaisen tutkimuksen tuloksista ilmeni, että synnyttäneet naiset toivoivat keskusteluja synnytyksen jälkeisestä seksielämästä ja yleensä seksuaalisuudesta jälkitarkastuksen yhteydessä. Lisäksi he toivoivat saavansa vahvistusta ja tukea ammattilaisilta oman kehon hyväksyntään ja sen ”normaaliin toimintaan palautumisesta”. (Olsson ym. 2005.)

3.1 Seksuaalisuus ja yksilö

Käytännössä seksuaalisuus näyttäytyy yksilön biologisena viettitoimintana, lisääntymisviettinä ja siihen tähtäävänä toimintana eli sukupuolielinten toimintana sekä seksuaalisena käyttäytymisenä. Seksuaalisuus on useissa lähteissä jaettu biologiseen, kulttuurilliseen, psyykkiseen ja eettiseen ulottuvuuteen Greenbergin seksuaalisuuden ulottuvuuksia tarkastelevan mallin mukaisesti. (Greenberg – Bruess – Mullen 1993: 5.)

Teorian mukaan seksuaalisuus on osa persoonallisuuttamme ja mallissa esitettävien eri ulottuvuuksien välinen suhde toisiinsa vaikuttaa siihen, kuinka yksilö kokee oman seksuaalisuutensa. Biologiseen ulottuvuuteen kuuluvat lisääntyminen, raskauden ehkäisy, seksuaaliset reaktiot ja nautinto, sukupuolielinten rakenne ja toiminta sekä fyysinen minäkuva. Kulttuurilliseen ulottuvuuteen kuuluvat perhe, muu lähipiiri, ystävät ja näiden väliset vuorovaikutussuhteet. Lisäksi tähän lukeutuvat yksilön parisuhdestatus, siviilisääty, lait, vallalla olevat tavat sekä yhteiskunnan yleinen näkemys seksuaalisuudesta. Psykologiseen ulottuvuuteen kuuluvat yksilön oppimat asiat, asenteet sekä tunteet seksuaalisuuteen liittyen. Eettiseen ulottuvuuteen liittyvät yksilön käsitykset oikeasta ja väärästä. Eettinen ulottuvuus pitää myös sisällään uskonnolliset sekä moraaliset käsitykset seksuaalisuudesta. (Ala-Luhtala 2008: 8, 10, 16, 19, 23.)

Yksilön fyysinen minäkuva on yksi merkittävimmistä seksuaalisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Fyysinen minäkuva alkaa kehittyä jo varhain lapsuudessa ja se muovautuu muiden minä-identiteetin tekijöiden sekä omien kokemusten mukana. Luonnollisesti tutkimuksissa on osoitettu, että eniten seksuaaliongelmia on todettu niillä ihmisillä, jotka olivat tyytymättömiä omaan minäkuvaansa. Perheen ja parisuhteen merkitykset korostuvat jo oman fyysisen minäkuvan muodostuessa, sillä yksilön oman kasvuperheen mallit sekä suhtautuminen seksuaalisuuteen vaikuttavat yksilön seksuaalisuuteen myöhemmissä vaiheissa. Niin miellyttävät kuin epämiellyttävätkin varhain opitut tunteet ovat vaikuttamassa yksilön seksuaalisuuteen läpi elämän, joko sitä edistäen tai heikentäen. (Ala-Luhtala 2008: 15–16, 20.)

Tunnesiteen uskotaan stimuloivan seksuaalisia reaktioita enemmän kuin fyysisen kosketuksen. Ristiriidat yksilöiden välillä heikentävät seksuaalireaktioita ja saattavat näin vaikuttaa yksilön seksuaalisuuteen. Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Olsson – Lundqvist – Faxelid – Nissen 2005) todettiin, että lapsen syntymän jälkeen äidit kokivat useasti tunnesiteensä puolisoon katkenneen, sillä läheisyys lapsen kanssa riitti tyydyttämään läheisyyden tarpeen. Mikäli yhteys puolisoon tuntui katkenneen, oli se kiistatta ollut vaikuttamassa myös äitien seksuaaliseen halukkuuteen. Kommunikaatio on ihmisen keino ilmaista omaa seksuaalisuuttaan. (Ala-Luhtala 2008: 20.)

3.2 Seksuaalineuvonta

Seksuaalineuvonta on tavoitteellista toimintaa vuorovaikutuksellisessa suhteessa ammattihenkilön ja asiakkaan välillä, jossa käsitellään yksilön seksuaaliterveyteen sekä seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Seksuaalisuuteen, seksuaaliterveyteen sekä sukupuolisuuteen liittyvät asiat ovat normaaleja hoito- ja huolenpitotehtäviä terveydenhuollon ja sosiaalialan henkilöstölle, jonka näitä tulisi toteuttaa. Oikealla hetkellä annettu seksuaalineuvonta ehkäisee seksuaaliongelmien pitkittymistä ja vaikeutumista. (Ryttläinen-Korhonen 2011a: 10.)

Vuonna 2008 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa toteutettiin Sekspro 2-hanke, jonka aikana järjestettiin kysely raskaana oleville ja synnyttäneille naisille. Kyselyyn vastanneista 76 % koki tarpeelliseksi keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista raskauden aikana, synnytyksen jälkeen tai sekä että. Suurin osa (60 %) naisista vastasi toivovansa keskustelua jälkitarkastuksen yhteydessä. (Järvinen 2011: 125.)

3.2.1 PLISSIT –malli

Seksuaalineuvonnan toteuttamisen tueksi on laadittu erilaisia toimintamalleja, joiden avulla voidaan helpottaa esimerkiksi seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen liittyviä haasteita.

Jack Annon loi vuonna 1976 käsitteellisen PLISSIT -mallin, jonka avulla voidaan hahmottaa seksuaalineuvonnan ja -terapian tasoja. Sen kirjaimet ovat lyhenteitä näistä neljästä tasosta seksuaalisuuden ja seksuaaliongelmien kohtaamisessa. Tasot ovat luvan antaminen seksuaaliterveyden asioista puhumiseen (Permission), rajattu tieto (Limited Information), erityisohjeet (Specific Suggestion) ja intensiivinen terapia (Intensive Therapy). (Stakes 2008: 29–30.)

PLISSIT -mallin avulla työntekijä voi arvioida asiakkaan tai potilaan tarvitsemaa seksuaalineuvonnan tasoa sekä käytettäviä menetelmiä. Mallin avulla voidaan myös arvioida oman pätevyyden riittävyttä ja se tarjoaa positiivisen ja mahdollisuuksia luovan näkökulman seksuaalisuuden kohtaamiseen. (Irwin 1997.) Perusterveydenhuollossa henkilöstön tulee pystyä toimimaan ainakin kahdella PLISSIT -mallin ensimmäisellä tasolla (Ilmonen 2006: 45–46; Ryttyläinen – Valkama 2010: 52).

Kaksi ensimmäistä tasoa (luvan ja tiedon antaminen) ja joiltakin osin myös erityisohjeiden antaminen muodostavat yhdessä kokonaisuuden, jota voidaan sanoa *seksuaalineuvonnaksi*. Neuvonnan tulisi toteutua terveydenhuollon peruspalveluissa. Työntekijän on tärkeää olla selvillä omista seksuaalisuuteen liittyvistä tunteistaan, tarpeistaan, arvoistaan, asenteistaan ja normeistaan. Luonteva suhde omaan seksuaalisuuteen on ensiarvoisen tärkeää. Oma ammatillisuuden laajentuminen mahdollistuu, kun voi työskennellä omien kielteisten tai rajoittavien asenteiden kanssa ja muuttaa niitä myönteisemmiksi tai ainakin neutraaleiksi. (Paalanen 2011: 23–26.)

Tiedon antamisessa lisääntymisterveyteen liittyen voidaan tärkeänä pitää tietoa anatomiasta, fysiologiasta, raskaudesta, raskauden ehkäisystä sekä raskauden keskeytyksestä. Seksuaalisuus on hyvin laaja alue, mutta edellytyksenä tiedon antamiselle on, että seksuaalineuvontaa tekevä ammatti-ihminen perehtyy kuhunkin osa-alueeseen voidakseen jakaa tietoa muille. Omat perustiedot tulee pitää ajan tasalla ja tietämyksen rajat tulee ilmaista, jotta estettä työskentelylle ei tule. (Paalanen 2011: 22.)

4 Lisääntymisterveys ja ehkäisy

Lisääntymisterveydellä tiedetään olevan suuri merkitys ihmisen kokonaisvaltaisen terveyden kannalta, mutta tähän liittyvät teemat ovat harvoin olleet valtakunnallisissa terveystarkastustutkimuksissa mukana (Koponen – Luoto – Hänninen-Nousiainen 2004: 9). Lisääntymisterveyteen liittyvät palvelut ovat suuressa merkityksessä naisen, pariskunnan ja perheen elämässä, joten asiakasnäkökulma palvelujen kehittämisessä on keskeinen (Koponen – Hakulinen – Pietilä 2002: 87).

4.1 Lisääntymiskäyttäytyminen synnytyksen jälkeen

Vanhemmukseen kasvaminen on yksilön elämän muutosvaiheista merkittävimpiä. Pariskunta alkaa lasta odottaessaan suunnata suhdettaan parisuhdekeskeisyydestä kohti perhekeskeisyyttä. Lapsen saaminen vaikuttaa monella tapaa yksilön kokemukseen seksuaalisesta hyvinvoinnistaan. Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat yleisimmillään heti synnytyksen jälkeen, jolloin pariskuntien suhde näyttää tutkimusten mukaan etääntyvän, aikaa suhteen hoitamiseksi ei enää ole yhtä paljon ja rooliristiriidat lisääntyvät. Parisuhdetyytyväisyyden on todettu vähentyneen lapsen kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana. (Ala-Luhtala 2008: 8, 19.)

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen (Hyde – DeLamater – Plant – Byrd 1996) mukaan 19 % äideistä oli aloittanut yhdynnät kuukauden sisällä synnytyksestä. Keskimääräisesti yhdynnät aloitettiin seitsemän viikon kuluttua synnytyksestä. Tutkimukseen osallistuneista 90 % oli aloittanut yhdynnät viimeistään neljän kuukauden kuluttua synnytyksestä. Englantilaisessa tutkimuksessa 62 % kertoi seksuaalielämänsä palautuneen kahden kuukauden sisään ja 81 % kolmen kuukauden sisään synnytyksestä (Barrett ym. 1999). Suomalaisessa selvityksessä kävi ilmi, että äidit kokivat palanneensa ennalleen vasta noin vuosi synnytyksen jälkeen. Kosusen kyselytutkimuksessa (2006a: 6–7, 18) suurin osa, 38 % äideistä vastasi aloittaneensa yhdynnät 5–8 viikon kuluttua synnytyksestä.

Juuri synnyttäneiden naisten raskauden keskeytysriski on kohonnut 6–18 kuukautta synnytyksen jälkeen, vahvimmin 6–8 kuukauden kohdalla. Tämä kertoo sen, että joiltain osin synnytyksen jälkeinen ehkäisyneuvonta ei ole ollut maassamme riittävän te-

hokasta. (Vikat - Kosunen – Rimpelä 2002: 89; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a: 91.) Monissa maissa on tehty tutkimuksia ja selvityksiä juuri synnyttäneiden naisten ehkäisymenetelmien käytöstä sekä lyhyistä synnytysten väleistä. Amerikkalaistutkimuksessa todetaan, että 21 % naisista synnytti 24 kuukauden kuluessa edellisestä synnytyksestä ja 49 % kaikista raskauksista on suunnittelemattomia. Vain 61,7 % ehkäisyä käyttävistä naisista käytti 2–9 kuukautta synnytyksen jälkeen menetelmää, joka mielletään erittäin tehokkaaksi. (Centers for Disease Control and Prevention 2009.) Tutkimuksessa (Ross – Winfrey 2001), jossa mukana oli 27 maan tilastot, tulokset ovat samankaltaisia: vaikka uusi raskaus ei ole toivottu ja lähes 40 % vastaajista kertoo aikovansa käyttää ehkäisyä seuraavien 12 kuukauden aikana, eivät he vielä käyttäneet mitään ehkäisymenetelmää.

Synnytyksen jälkitarkastuksessa keskustellaan raskaudenehkäisystä ja tarkoitus on tilanteen mukaan valita synnyttäneelle hyvä ehkäisymenetelmä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan tehokkaamman ehkäisyn aloittaminen siirtyy kuitenkin helposti pidemmälle kuin lääketieteellisesti olisi tarpeen. (Kosunen 2006a: 27.) Helsingin kaupungin seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijalääkäri Satu Suhonen pohtii artikkelissaan (Lääkärilehti 38/2010) jälkitarkastuksen ajankohdan oikeellisuutta sekä otollisuutta vanhempien suurimman mielenkiinnon ollessa tällöin enimmäkseen vastasyntyneessä eikä parisuhteessa ja seksuaalisuudessa. Jälkitarkastuksessa annettavan informaation vaikuttavuutta ja sisältöä on sekä arvioitava että kehitettävä. Myös ruotsalaisessa kyselytutkimuksessa (Olsson ym. 2005) synnyttäneet äidit toivat esiin kehitysehdotuksen, että jälkitarkastuksen lisäksi olisi hyvä olla jokin myöhempi käynti, jonka yhteydessä keskusteltaisiin muun muassa ehkäisymenetelmän valinnasta ja seksuaalisuudesta.

Liitteenä opinnäytetyössä on raskauden keskeytystilasto niiden osalta, jotka ovat synnyttäneet samana tai edellisenä vuotena ja joiden kotikunta on Helsinki (Liite 1). Tilasto kattaa vuodet 2000–2010. Tilastosta käy ilmi, että raskauden keskeytyksiä Helsingin alueella on kyseisellä aikavälillä vuositasolla tehty 1600–1821. Näistä samana vuonna synnyttäneitä on 27–39, mikä muodostaa 1,5–2,4 prosenttiosuuden kaikista keskeytyksistä. Edellisenä vuonna synnyttäneitä on 93–136, muodostaen 5,6–8,3 prosenttiosuuden keskeytyksistä. Yhteensä samana tai edellisenä vuonna synnyttäneiden raskauden keskeytysten prosentuaalisen osuuden vaihteluväli on 7,3–10,7 %.

4.2 Anatomia ja fysiologia puerperium-aikana

Synnytyksen jälkeistä aikaa on perinteisesti kutsuttu lapsivuodeajaksi (puerperium), joka käsittää synnytyksen jälkeiset 6–8 viikkoa. Tänä aikana synnytyselimet palautuvat raskautta edeltävään tilaan. Jälkivuoto kestää tavallisesti 4–6 viikkoa ja tänä aikana vuodon mukana poistuu kohdusta ja emättimestä limakalvoa, leukosyyttejä sekä muita eritteitä. Estrogeenituotanto romahtaa nopeasti matalalle tasolle synnytyksen jälkeen. Tällöin ovulaatiota ei tapahdu. Kohtu palautuu normaaliin tilaansa noin kuuden viikon sisällä synnytyksestä. Samanaikaisesti palautuvat myös esimerkiksi kohdunkannatinsiteet. Kohdunkaula sulkeutuu yleensä noin viikon kuluttua synnytyksestä, mutta kohdunnapukka jää sivuiltansa röpelöiseksi, eikä palaudu entiselleen. Emättimen palautuminen vie pisimpään. Äidin imettäessä estrogeenitaso pysyy edelleen pienenä; tämä vaikuttaa siihen, että myös limakalvot ovat hyvin ohuet. Ohut limakalvo saattaa vuotaa helposti verta. Emättimen pH on myös erilainen lapsivuodeajan, ollen lähellä neutraalia, kun se tavallisesti on hapan. (Ylikorkala 2004: 495–497.) Emättimen ja klitoriksen seksuaalisten reaktioiden, verkkyyden lisääntymisen, kostumisen ja laajentumisen ja orgasmin intensiivisyyden palautuminen saattaa viedä jopa 12 viikkoa synnytyksestä (Oulasmaa 2006: 191, 195).

Tavallisesti kuukautiskierto on pituudeltaan keskimäärin 28 vuorokautta. Kuukautiskierto jaetaan neljään vaiheeseen, jotka ovat: follikkelivaihe, ovulaatiovaihe, luteaalivaihe sekä kuukautisvaihe. (Huhtaniemi – Tapaninen 2004: 48–49.) Raskauden aikana erityisen korkeat estrogeeni- ja progesteronipitoisuudet ovat estäneet munasarjan normaalin toiminnan ja hormonien erityksen. Synnytyksen jälkeen edellä mainittujen hormonien pitoisuudet romahtavat nopeasti eikä äidin imettäessä hormonitoiminta pääse palautumaan normaaliksi. (Ylikorkala 2004: 497.)

Kuukautiskierron säätelyssä on kyse aivolisäkkeestä eli hypotalamuksesta rypäyksittäin erittyvästä gonadotropiinien vapauttajahormonista (GnRH), joka pitää yllä gonadotropiinien eritystä. Nämä gonadotropiinit säätelevät munasarjojen toimintaa. Gonadotropiineja ovat FSH eli follikkeliä stimuloiva hormoni ja LH eli luteinisoiva hormoni. (Perheentupa 2004: 1467.) Kuukautisvuodon päätyttyä follitropiinin (FSH) erityks kasvaa; tästä johtuen munasolut alkavat kasvaa. Munarakkula muodostuu munasolusta sekä sitä ympäröivästä granulaatiosolukosta. Granulaatiosolukko kasvaa ja jakautuu koko ajan ja niiden väliin muodostuu nestettä. Lopulta syntyy kypsä munasolu eli Graafin follikkeli. Tätä ympäröi munarakkulan kotelo, jonka solut erittävät estrogeeneja eli

naishormoneja. Yhden kuukautiskierron aikana muodostuu nesterakkula-asteelle useita munasoluja, usein näistä kuitenkin vain yksi kehittyy loppuun asti. Kehittynyt munarakkula repeää, jolloin sen sisällä oleva follikkelineste vuotaa ulos; tätä kutsutaan ovulaatioksi. Samalla munasolu lähtee follikkelinesteen mukana liikkeelle ja kulkeutuu tavallisesti munanjohtimen kautta kohtuun. Irronneen munasolun paikalle kehittyy lutropiinin (LH) vaikutuksesta keltarauhanen eli corpus luteum, joka erittää suuria määriä estrogeeneja sekä gestageeneja. Mikäli kohtuun kulkeutunut munasolu ei hedelmöity, keltarauhanen surkastuu ja seuraa kuukautisvuoto. Mikäli hedelmöityminen tapahtuu, keltarauhanen jatkaa kasvamistaan aina noin 3 cm:n läpimittaan. (Nienstedt – Hänninen – Arstila – Björkvist 2004: 443–444.)

4.2.1 Imetys

Teoriassa kaikki synnyttäneet äidit käyvät jälkitarkastuksessa, joten se on luonnollinen aika ja paikka lisätä naisen tietoutta hedelmällisyydestään, imetyksen ehkäisytehosta sekä käytettävissä olevista ehkäisymenetelmistä. Imettäessä naisen hedelmällisyys on alentunut. Imetysajan alussa, amenorrea-aikana, puhutaan täydellisestä hedelmällisyyden puuttumisesta, jolloin munarakkulan kehitystä eikä ovulaatiota tapahdu. Myös kuukautisten alettua naisen hedelmällisyys on yleensä alkuun alentunut, mikäli imetys jatkuu. Imettämisen aikaiselle munasarjojen toimimattomuudelle ei ole löydetty yksiselitteistä syytä, mutta hedelmällisyyden paluuseen liittyviä yksityiskohtia tunnetaan kuitenkin niin paljon, että on voitu luoda ohjeistus imetyksestä ehkäisymenetelmänä. (Perheentupa 2004: 1467, 1469.)

Kun istukka synnytyksen yhteydessä irtoaa, estrogeeni- sekä progesteronitasot putoavat ja prolaktiini-hormonin, jonka toiminnan ovat tähän asti edellä mainitut hormonit estäneet, erityis käynnistää maidontuotannon. Prolaktiini stimuloi maitorauhasten toimintaa ja saa täten aikaan maidonerityksen. Rinnan tyhjentäminen synnytyksen jälkeen pitää prolaktiinin eritystä sellaisella tasolla, jotta maidoneritys jatkuu. Jatkossa maidonerityksen riippuvuus prolaktiinista vähenee ja pelkkä rinnan stimulaatio riittää maidontuotannon ylläpitämiseen. Prolaktiinin tuotannon vaikutus näkyy munasarjan toiminnassa imetysaikana. Munarakkulan kasvuun tarvittavan FSH:n pitoisuus palaa pian normaalitasolle, mutta prolaktiinin erityis alentaa gonadoliberiinien ja LH:n vastetta niin, että ovulaatio estyy. (Litmanen 2006: 159). Imetyksen alkaessa LH:n erityis on

miltei tyystin laantunut. Munarakkuloiden kehitys lakkaa uudelleen kun tietty FSH pitoisuus ylittyy. Imetyksen jatkuessa GnRH:n erityis palautuu vähitellen normaaliksi. (Perheentupa 2004: 1468–1469.)

4.3 Raskauden ehkäisymenetelmät synnytyksen jälkeen

Raskauden ehkäisymenetelmiä on lukuisia ja lähes jokainen löytää niistä itselleen sopivan. Suomessa suositaan ehkäisytabletteja ja kondomia – noin puolet suomalaisista hoitaa ehkäisynsä niillä. Asiantunteva neuvonta on tarpeen kun valitaan oikeaa raskauden ehkäisymenetelmää. Valinnassa huomioidaan kunkin menetelmän edut ja haitat. Elämäntilanteesta riippuen huomioitavia tekijöitä ovat muun muassa turvallisuus, luotettavuus, mahdolliset sivuvaikutukset, systeemivaikutus, vaikutuksen kesto, hedelmällisyyden palautuvuus, terveyttä edistävät vaikutukset sekä hinta. (Taulukko 1.) Luotettavuus riippuu käyttäjästä ja sitä arvioidaan oikean käytön ja tyyppillisen käytön perusteella. Kun arvioidaan ehkäisymenetelmän luotettavuutta, käytetään vertailussa *Pearlin lukua*, joka ilmoittaa kuinka moni sadasta menetelmän käyttäjästä tulee raskaaksi vuoden kuluessa. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 155.)

4.3.1 Estemenetelmät

Estemenetelmiä ovat miehen ja naisen kondomi, spermisidit sekä pessaari. Spermisidejä ja pessaaria suositellaan yleensä käyttämään yhdessä. Ehkäisyn lisäksi estemenetelmillä voidaan vähentää sukupuolitautilien tarttumista eikä niillä ole sivuvaikutuksia. Pessaareja on kahdenlaisia: lateksista valmistettu emätinpessaari sekä servikaalinen pessaari, joka asetetaan kohdunnapukan päälle. Pessaarin valinnassa tarvitaan lääkärin tai hoitajan apua, jotta löydetään oikea koko. Suomessa pessaarit eivät ole suosittuja. Yhden koon pessaari (ehkäisyieni) on kertakäyttöinen. Se on valmistettu polyuretaanista ja siihen on imeytetty spermisidiä. Kostutettu sieni puristetaan kokoon ja työnnetään lähelle kohdunsuuta. Ehkäisyn teho tällä menetelmällä on vaatimaton. Estemenetelmien lukuisista ongelmista keskeisin on juuri niiden vaatimaton teho, sillä niiden käyttö on vain harvoin täydellistä. Haittana voidaan pitää myös niiden kallista hintaa. Hormonaalinen jälkiehkäisy pitäisi mieltää kondomin käytön tukimenetelmäksi,

sillä kondomin rikkoutuminen ilmoitetaan usein raskauden syyksi raskauden keskeytystä haettaessa. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 168.)

Sanniston kyselyyn vastanneista lääkäreistä ja hoitajista 81 % ilmoitti, että ei koskaan suosittele synnyttäneelle naiselle imetystä ehkäisymenetelmänä. Vastaajina oli 69 lääkäriä ja 80 hoitajaa, jotka tekivät työssään jälkitarkastuksia. Tavallisimmin jälkitarkastuksessa oli suositeltu ehkäisymenetelmäksi kondomia. Muissakin tutkimuksissa on osoitettu kondomin käytön jatkuneen pitkään synnytyksen jälkeen. Kondomi oli menetelmistä yleisin myös imetyksen jo lopettaneiden keskuudessa (Sannisto 2010: 150.) Kondomiehkäisyn luotettavuus oikein käytettynä on hyvä. Se soveltuu hyvin käytettäväksi ennen hormonaalisten ehkäisymenetelmien käytön aloittamista. Kondomin käyttöä opastettaessa tulee huomioida myös vesiliukoisten liukastusvoiteiden ja paikallisten estrogeenivalmisteiden käytön opastus limakalvoatrofiaan liittyen. (Perheentupa 2004: 1470.)

4.3.2 Hormoniehkäisymenetelmät

Hormoniehkäisymenetelmiä ovat yhdistelmävalmisteet sekä progestiiniehkäisy. Hormoniehkäisyllä pyritään estämään munasolun kehittyminen tai hedelmöityminen. Yhdistelmävalmisteita käytetään kolmen viikon ajan kuukautisten ensimmäisestä vuotopäivästä ja tämän jälkeen seuraa joko seitsemän päivän tauko tai lumetabletit. Yhdistelmävalmisteet voivat olla kiinteäannoksisia, (etinyyliestradiolin ja progestiinin määrä on sama kaikissa tableteissa), vaihtuva-annoksisia (estrogeenin ja progestiinin määrä vaihtelee tai keskinäinen suhde vaihtelee mukaillen kuukautiskierron eri vaiheita) tai parenttaalisia (laastari tai emätinrengas). (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 157.)

Suomessa lähes kaikki käytössä olevat yhdistelmätabletit sisältävät etinyyliestradiolia 20–40 µg. Estradiolivaleraattia sisältävät valmisteet on tarkoitettu naisille, jotka ovat yli 40-vuotiaita tai joille etinyyliestradiolivalmisteet eivät sovi. Yhdistelmätabletti on eniten käytetty hormonaalinen ehkäisymenetelmä. Se on turvallinen ja tehokas ja käyttäjän omassa kontrollissa. Lisäksi sillä on terveyttä edistäviä vaikutuksia, joista osa liittyy ovulaation estoon ja osa tablettien sisältämiin hormoneihin. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 157.) Yhdistelmävalmisteita ei suositella aloitettavaksi imettävälle äidille, sillä niiden on todettu vähentävän maidon eritystä. Tutkimuksissa on myös todettu, että yhdistelmävalmisteet ovat vaikuttaneet lapsen kasvuun ja kehitykseen, mikäli äi-

dinmaito on ollut ainut ravitseminen lapselle. Tarvittaessa yhdistelmävalmisteen käyttöä suositellaan aikaisintaan neljän kuukauden kuluttua synnytyksestä ja tuolloinkin olisi hyvä suosia markkinoilla olevia uusimpia tasaisesti hormonia vapauttavia valmisteita, kuten ehkäisyrengasta. (Perheentupa 2004: 1471.) Yhdistelmäehkäisyyn aloittaminen kolmen viikon kuluttua synnytyksestä on mahdollista naisille, jotka eivät imetä (Viisainen 1999: 98).

Progestiiniehkäisyvalmisteet sisältävät pelkästään progestiinia – desogestreelia, levonorgestreelia tai noretisteronia. Progestiini-valmisteisiin kuuluvat progestiinitabletit ("minipillerit"), kohdunsisäinen hormoniehkäisin (hormonikierukka), ihon alle asetettavat implantaatit, lihakseen annettavat injektiot sekä jälkiehkäisy. Progestiinitabletteja otetaan päivittäin ilman taukoja. Tällä saadaan aikaan kohdun liman muuttuminen sitkeäksi ja niukaksi, jolloin siittiöiden liikkuminen vaikeutuu. Implantaation mahdollisuus huononee kun kohdun limakalvon rauhaset pienenevät ja vähenevät. Myös ovulaation häiriintymistä tapahtuu 60 %:lla käyttäjistä ja se estyy kokonaan noin 15 %:lla. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 159–160.) Progestiini-pillereihin liittyy jonkin verran epäsäännöllistä tiputteluvuotoa, jota kuitenkin laktaation aikana esiintyy tavanomaista vähemmän (Perheentupa 2004: 1471). Progestiinitabletit, implantaatit ja progestiini-injektiot suositellaan aloitettaviksi kuusi viikkoa synnytyksen jälkeen naisille, jotka imettävät. Mikäli nainen ei imetä, voidaan progestiiniehkäisy aloittaa välittömästi synnytyksen jälkeen. (WHO 2004: 45–46.)

Suomessa kehitetyllä ja valmistetulla kohdunsisäisellä hormoniehkäisimellä voidaan progestiinia antaa suoraan kohtuonteloon. Ehkäisimestä vapautuu 20 µ levonorgestreelia vuorokaudessa ja vielä viiden vuoden kuluttua asennuksesta siitä vapautuu yli 10 µg vuorokaudessa. Tehokkuudeltaan se on Pearl-in luvulla mitattuna 0,1 eli erittäin tehokas. Oikea asennustekniikka ja oikea potilasvalinta ovat tämän ehkäisy menetelmän onnistumisen perusedellytyksiä. Vasta-aiheita asennukselle ovat raskaus tai sen epäily, diagnosoimaton vaginaalinen verenvuoto, aktiivinen maksasairaus, progestiini-riippuvainen kasvain, aktiivinen tromboembolinen prosessi sekä allergisuus valmisteen komponenteille. Ideaalikäyttäjänä voidaan nähdä synnyttänyt, vakaassa parisuhteessa elävä nainen. Ehkäisin sopii hyvin asennettavaksi raskauden keskeytyksen yhteydessä. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 164–165.)

Kansainväliset suositukset katsovat kierukkaehkäisyyn mahdolliseksi vaihtoehdoksi neljän viikon kuluttua synnytyksestä (WHO 2004: 65). Suomalaiset ohjeet ja käytännöt ovat kuitenkin poikenneet näistä suosituksista ja aikarajaksi on tavallisesti esitetty 6–8

viikkoa synnytyksestä. Kirjavat käytännöt ja ohjeistukset synnytyksen jälkeisen ehkäisyn käytöstä vaikuttavat merkityksellisesti myös kierukkaehkäisyn käyttöön. Kierukkaehkäisyn aloitusajankohdan suositukset vaihtelevat jopa kuusi viikkoa synnytyksestä aina normaalin kuukautiskierron alkamisen yhteyteen. (Sannisto 2010: 186.) Kierukan asetus tapahtuu käytännössä usein vasta 6–8 kuukautta synnytyksen jälkeen. Tätä perustellaan muun muassa kohdun perforaatoriskillä, jonka on esitetty olevan koholla synnytyksen jälkeen, erityisesti, jos nainen imettää. (Perheentupa 2004: 1470.) Tällöin kohtu on tavanomaista pienempi ja hauraampi (Suhonen 2010). On kuitenkin myös näyttöä siitä, että kierukkaehkäisy on turvallista aloittaa neljän viikon kuluttua synnytyksestä sekä siitä, että kierukan asetus voi olla helpompaa ja kivuttomampaa imettävälle naiselle ja että kierukkaehkäisyä suositellaan erityisesti imettäville. Suomessakin asiantuntijoiden mielipiteet ja suositukset ovat olleet ristiriidassa keskenään. (Perheentupa 2004: 1470; Heinonen 2007: 1743–1745.) Kuitenkaan käytäntöä kierukan asetuksesta välittömästi synnytyksen jälkeen ei ole omaksuttu.

Ihon alle asetettavat ehkäisyimplantaatit vapauttavat progesteriinia tasaisella nopeudella. Implantaatti vapauttaa joko levonorgestreelia tai etonogestreelia valmisteesta riippuen. Implantaatit ovat tehokas ja pitkäaikaisesti vaikuttava raskauden ehkäisymenetelmä. Etonogestreeli-implantaatin tärkein vaikutusmekanismi on ovulaation estyminen ja sen teho kesto on kolme vuotta. Levonorgestreeli-implantaatti estää hedelmöitymisen ja osalla käyttäjistä myös munasolun irtoamisen. Sen teho kestää viisi vuotta. Pearl-in luku etonogestreeli-implantaatilla on 0 ja levonorgestreeli-implantaatilla 0,1. Käyttäjien neuvonta ja oikea asennustekniikka ovat erittäin tärkeitä. Implantaatit asennetaan paikallispuudutuksessa steriilisti olkavarteen ihon alle. Poistaminen tapahtuu niin ikään paikallispuudutuksessa. Vasta-aiheita käytölle ovat pääasiassa samat kuin edellä mainituilla progesteriiniehkäisytableteilla. Lihakseen annettavia ehkäisyinjektioita on Suomessa saatavilla vain yhtä medroksiprogesteroniasetaattia 150 mg sisältävää valmistetta ja sitä käytetään meillä hyvin vähän. Valmiste antaa kolmeksi kuukaudeksi hyvän ehkäisytehon, joka perustuu ovulaation estoon. (Heikinheimo - Lähteenmäki 2004: 163–164.)

Jälkiehkäisyä voidaan tarvita, mikäli yhdynnässä on oltu ilman ehkäisyä tai käytetty ehkäisymenetelmä on pettänyt. Jälkiehkäisyn yleistymisellä on voitu tehokkaasti vähentää ei-toivottujen raskauksien sekä raskauden keskeytysten määrää. Suomessa tarvittaisiin yli puoli miljoonaa jälkiehkäisyhoitoa pelkästään yhdynnässä rikkoutuneiden tai pois luiskahtaneiden kondomien takia. Jälkiehkäisymenetelmistä eniten kokemusta on levonorgestreelia ja etinyyliestradiolia sisältävistä ehkäisytableteista. Hoito tulisi aloittaa

72 tunnin kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä. Raskaus alkaa vain 1–5 %:lla hoidetuista. Pelkkää levonorgestreelia sisältävä jälkiekhäisyvalmiste tuli reseptivapaaksi vuonna 2002. Hoidon tehokkuus määräytyy tablettien ottamisen ajankohdasta suhteessa suojaamattomaan yhdyntään: mitä aiemmin sitä käytetään, sitä tehokkaampi hoito on. Kuparikierukan asennusta voidaan myös käyttää yhtenä jälkiekhäisy menetelmänä. Se tulee tehdä viiden vuorokauden kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä. Raskaus alkaa vain 1–2 %:lla hoidetuista. Kuparikierukan asennuksen etuna on myös se, että jatkoekhäisy tulee hoidettua samalla. Asennuksen jälkeen tulee huomioida tulehduksen vaara, etenkin tilapäisen parisuhteen jälkeen ja harkinnan mukaan annetaan myös antibioottihoito. Vaikka raskaaksi tulon vaara on korkeimmillaan kuukautiskierron keskivaiheilla, tulisi jälkiekhäisy antaa kaikille, joilla ekhäisy on pettänyt tai jäänyt kokonaan hoitamatta. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 161–162.)

4.3.3 Luonnonmenetelmät

Luonnonmenetelmien (natural family planning) käyttö vaatii käyttäjältään melkoisesti vaivaa ja epäonnistumisen syy onkin usein sääntöjen noudattamisen laiminlyönti. Eri-laisia luonnonmenetelmiä ovat rytmimenetelmä, peruslämpömenetelmä, symptotermiaalinen menetelmä ja Billingsin ovulaatiomenetelmä. Rytmimenetelmässä kuukautiskierrosta lasketaan niin kutsutut ”varmat päivät”, peruslämpömenetelmässä kehonlämpöä mittaamalla arvioidaan munasolun irtoamista, symptotermialisessa menetelmässä hyödynnetään peruslämmön mittausta munasolun irtoamiseen liittyvien oireiden ohella ja Billingsin menetelmä puolestaan perustuu kohdunliman erityksen tarkkailuun. Myös synnytyksen jälkeinen imetys lasketaan luonnonmenetelmiin. Luotettavuus näillä menetelmillä Pearlin luvulla ilmaistuna vaihtelee suuresti (alle 1–40). Suuret erot johtuvat pääosin siitä, että täydellisten käyttäjien ja tyypillisten käyttäjien eroja ei ole eroteltu. Se miten käyttäjä voi ja haluaa luonnonmenetelmiä toteuttaa, vaikuttaa siihen kuinka hyviä menetelmät ovat. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 168–169.)

Sterilisaatio voidaan tehdä joko miehelle tai naiselle. Sterilisaatioon voidaan ryhtyä mikäli hakija täyttää lain vaatimat edellytykset. Näitä edellytyksiä ovat 30 vuoden ikä, kolme lasta, raskaus vaarantaisi terveyttä tai henkeä, syy otaksua, että jälkeläisillä olisi tai heille kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvamma, hakijan sairaus tai muu siihen verrattava syy vakavasti rajoittaa hänen kykyään hoitaa lapsia sekä hakijan epätavallisen

huonot mahdollisuudet ehkäistä raskautta muulla tavoin. Laki edellyttää myös, että sterilisaatiota hakevalle on selvitettävä sterilisaation merkitys ja vaikutukset sekä muut raskauden ehkäisymahdollisuudet. Avioliitossa olevan hakijan puolisolle on varattava mahdollisuuksien mukaan tilaisuus olla mukana sterilisaatiosta keskusteltaessa. Tällä tavoin voidaan arvioida, kumman sterilointi olisi tarkoituksenmukaisempaa. Puolison suostumusta ei sterilisaatioon kuitenkaan tarvita. Naisen sterilisaatio tehdään lähes aina laparoskopiassa munanjohtimiin asetettavilla puristimilla. Tekniikka on nopea ja tehokas. Naisen sterilisaatioon liittyy komplikaatioita, jotka riippuvat käytetystä tekniikasta. Tavallisimpia ovat verenvuodot ja infektiot toimenpiteen jälkeen. Naisen sterilisaatio pettää noin 0,4–1 %:lla, useimmiten ensimmäisen vuoden aikana operaation jälkeen. On myös huomattava, että sterilisaatioon liittyy riski kohdunulkoisesta raskaudesta. Miehen sterilisaatio voidaan tehdä joko avoleikkauksena tai ”suljetulla” menetelmällä. Avoleikkauksessa siemenjohtimet paljastetaan kivespussin tyvestä molemmin puolin ja niistä poistetaan pienet palat. ”Suljetussa” menetelmässä siemenjohtimet katkaistaan paikallispuudutuksessa nahan läpi pistäen. Miehen sterilisaatio pettää noin 1 %:lla; useimmiten rekanalisaatiosta johtuen. Sterilisaation purku onnistuu helpommin miehelle; teknisesti noin 50–90 %:ssa tapauksista ja raskaus alkaa noin 50 %:lla pareista. Naisen sterilisaation purku ei aina palauta hedelmällisyyttä. Riippuen sterilisaatiomenetelmästä palautusprosentti on 40–85 %. (Heikinheimo – Lähteenmäki 2004: 169–170.)

Taulukko 1. Ehkäisymenetelmän valinta synnytyksen jälkeen (Kivijärvi 2011)

MENETELMÄ	Synnytyksen jälkeen	Huomattavaa
Imetys	Heti	Suojaa hyvin raskaudelta 6 kuukautta, jos rintamaito on lapsen ainoa ravinto ja imetys on säännöllistä, eikä kuukautiset ole alkaneet
Estemenetelmät	Heti	Varmuus? (Imetyksen aiheuttaman amenorran aikana kondomi on varma menetelmä)
Kierukka	8 viikkoa, jälkitarkastus	Kohdun ollessa huomattavan pehmeä on perforaatoriski olemassa
Hormonikierukka	8 viikkoa, jälkitarkastus	Kohdun ollessa huomattavan pehmeä on perforaatoriski olemassa
Ehkäisykapselit	Jälkitarkastus	
Progestiinipillerit	Jälkitarkastus	
Progestiiniruiske	Jälkitarkastus	Käytetään harvoin synnytyksen jälkeen

MENETELMÄ	Synnytyksen jälkeen	Huomattavaa
Sterilisaatio Jälkiehkäisy	1–3 päivää	Peruuttamaton 1. Tarpeen vain, jos kuukautiset alkaneet 2. Pillereiden ottamisen jälkeen jätetään yksi imetyskerta väliin, jotta minimoidaan hormonien kulkeutuminen lapseen
EI SUOSITELTAVIA		
Yhdistelmäpillerit	Ensimmäiset kuukautiset	1. Valitaan hormonipitoisuudeltaan alhaisimmat pillerit 2. Voivat vähentää maidoneritystä
Hormonia vapauttavat vaginarenkaat ja laastarit	Ensimmäiset kuukautiset tai 6 kuukautta	Voivat vähentää maidoneritystä

5 Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut

5.1 Neuvolapalveluita ohjaavat lait, suositukset ja ohjelmat

Lait ja suositukset ohjaavat neuvolapalveluiden järjestämistä ja näin ollen myös äitiysneuvolapalveluita. 1.5.2011 voimaan astuneen Terveystieteiden lain 2. luvun 15. §:n mukaan kuntien tulee järjestää neuvolapalvelut asukkailleen. Uusi Terveystieteiden laki korvaa aiemman Kansanterveyslain. Kuntien tehtävänä on järjestää ehkäisyneuvontaa, raskaana olevien naisten ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut. (Finlex 2011.) Opinnäytetyön kannalta merkittäväksi laissa on mainittu seksuaalineuvonnan ja seksuaaliterveyden edistämisen tärkeys, sen merkitystä on haluttu korostaa.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta määrää vielä yksityiskohtaisemmin sen, kuinka kunnan tulisi laissa säädetty toiminta järjestää. Asetus neuvolatoiminnasta sisältää luvun 3, jossa § 16 käsittelee ehkäisy- ja seksuaalineuvontaa (Finlex 2011).

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on valmistellut suositukset seulontatutkimuksista, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä sekä työnjaosta äitiyshuollossa. Suositusten on tarkoitus tukea asetuksen toimeenpanoa kunnissa. Ehkäisy- ja seksuaaliterveysneuvonnan osalta mainitaan, että seksuaalineuvonta tulisi integroida osaksi kaikkia terveyspalveluita. Ehkäisy- ja seksuaalineuvonta kehoitetaan järjestä-

mään muiden palveluiden osana. Raskauden ehkäisyyn liittyvä neuvonta sekä muu seksuaaliterveysneuvonta kuuluvat ensisijaisesti neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Lisäksi muistutetaan, että ehkäisyneuvontaa tarvitsevat myös henkilöt, jotka eivät käytä äitiys- ja lastenneuvolan tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja. Suosituksessa tavoitteena on, että palvelut keskitettäisiin neuvolaan tai muuhun toimipisteeseen, jossa työskentelisi erityisosaamista taitava ammattihenkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 3, 94–95.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut kansallisen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman vuosille 2007–2011. Yhdeksi toimintaohjelman tavoitteeksi oli asetettu synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan ja ehkäisyvälineiden käytön lisääminen siten, että raskauden keskeytysten määrä synnytyksen jälkeisenä ensimmäisenä vuonna vähenee. Toimintaohjelman mukaan terveydenhuollossa olisi suoritettava erinäisiä toimenpiteitä, jotta tavoitteeseen päästäisiin. Näistä mainittakoon synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan tehostaminen ja ehkäisyn aloittamisen lisääminen jälkitarkastuksen yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b: 93–94.) Edellä mainittujen toimenpiteiden tulisi olla käytännön työstä tunnistettavissa olevia tavoitteita.

Merkittävä julkaisu seksuaaliterveyteen liittyen on Väestöliiton vuonna 2006 julkaisema Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma, jonka tavoitteena oli kehittää ennaltaehkäisevää terveydenhuoltopoliittikkaa 3–5 vuoden tähtäimellä. Ohjelman avulla voidaan suunnitella ennaltaehkäisevien palveluiden rakennetta tulevaisuudessa; siinä esitetään konkreettisia keinoja, joiden avulla seksuaaliterveyttä voitaisiin yhteiskunnan tasolla parantaa. (Väestöliitto 2006: 6, 16.)

5.2 Palveluiden nykytila ja kehittämistarpeet

Tilastoja ja palvelurakennemuutosten ajankohtia tarkasteltaessa voidaan havaita joitain yhdistäviä tekijöitä, joiden voidaan arvioida vaikuttaneen ennaltaehkäisevän terveydenhuollon järjestämiseen kunnissa. 1980-luvulla siirryttiin Suomessa terveyskeskuksissa väestövastuujärjestelmään, jonka on uskottu osaltansa vaikuttaneen epäsuotuisaan kehitykseen. Muutoksen taustalla oli se, että yksilölle haluttiin tarjota yhden yleislääkärin palvelut. Tämä on johtanut siihen, että kaikilla lääkäreillä ei voi olla erityisosaamista ehkäisyneuvonnan alueella. 1990-luvulla laman pakottamien supistusten on uskottu

kohdistuneen suurelta osin ennaltaehkäiseviin toimintoihin, kuten raskauden ehkäisy-palveluihin. 1990-luvun kynnyksellä ajettiin erityisten perheneuvolayksiköiden perustamista, joita todennäköisesti sitten taas lopetettiin laman seurauksena suuria määriä. (Sannisto 2010: 44–45.)

”Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla” -kyselytutkimuksen loppuraportin mukaan yli 100 000 asukkaan kunnissa 85,7 prosenttia ehkäisyneuvonnasta toteutettiin äitiysneuvoloissa ja 14,3 prosenttia muissa neuvoloissa. Muulla neivolalla tässä tarkoitettiin erillistä ehkäisy- tai perhesuunnitteluneuvolaa. (Raussi-Lehto - Regushevskaya – Gissler – Klemetti – Hemminki 2011: 22.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa toteutetun kyselytutkimuksen tuloksissa käy ilmi, että neuvolapalvelut järjestettiin 21 prosentissa terveyskeskuksista erillisessä ehkäisyneuvolassa, 54 prosentissa yhdistetyssä äitiys- ja ehkäisyneuvolassa, 8 prosentissa väestövastuualueen neuvolassa ja 17 prosentissa osana muuta vastaanottotyötä. Kyselytutkimus suunnattiin terveyskeskusten johtaville lääkäreille, hoitotyön johtajille sekä reilulle sadalle ehkäisytyötä tekevälle lääkärille ja samansuuruiselle joukolla hoitajia. Tutkimuksen päätelmien mukaan on epävarmaa onko ehkäisyneuvonnan järjestäminen väestövastuisesti vähentynyt, mutta yksiselitteisesti voidaan kuitenkin olettaa, että väestövastuu ei yksinään selitä ehkäisyneuvonnan ongelmia. Ehkäisyneuvolapalveluiden integroiminen osaksi äitiysneuvolapalveluita koettiin ongelmalliseksi juuri sen vuoksi, että nuorison saattaa olla vaikea mieltää äitiysneuvolan tarjoamia palveluita omikseen. Lisäksi pohdittiin työn kehitystä ja siihen paneutumista mikäli se on osana äitiysneuvolatyötä. Hoitohenkilöstö nosti esille huolensa työn kehittämiseen liittyen ehkäisyneuvontapalveluiden osalta. Palveluihin liittyvien kirjallisten ohjeiden ja seurantalomakkeiden huono yhteneväisyys kertoi tutkimuksessa johtamisen sekä suunnittelutyön puutteista. Saman terveyskeskuksen sisällä kahden toimipaikan välillä oli käytössä hyvin erilaisia ohjeita. Seksuaaliterveyteen liittyvää koulutusta ei työntekijöiden mukaan ollut järjestetty edeltävään kahteen vuoteen. (Sannisto – Mattila – Kosunen 2007: 2188–2189, 2191.) Tutkimuksessa huomattiin, että mikäli kyseiselle hoitotyön alueelle oli nimetty vastaava hoitaja, se korreloi parempaa hoitotyön laatua (Sannisto 2010: 171–172).

On ehdotettu, että äitiysneuvoloiden tilalle rakennettaisiin niin kutsuttuja naistenneuvoloita. Naistenneuvoloiden toiminta-alueeseen kuuluisivat kaikki lisääntymis- ja seksuaaliterveyteen sekä perhesuunnitteluun liittyvät asiat. Tämä pitäisi sisällään muun muassa lapsettomuusneuvonnan sekä perustutkimukset, sukupuolitautilien ehkäisy- ja hoitoasiat

sekä vaihdevuosisiat. Erikoissairaanhoidon rooli kyseisten asioiden hoidossa pysyisi ennallaan. Tämänkaltainen palvelurakennemuutos saattaisi vaikuttaa parantavasti moneen ongelmaan, joita nykyisessä palvelurakenteessa esiintyy. Hoidon jatkuvuus seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden osalta parantuisi, kun niihin liittyvät asiat hoidettaisiin yhdessä paikassa. Samalla lisääntymisterveysasioiden vaikutukset toisiinsa osattaisiin ottaa paremmin huomioon. On myös arvioitu, että ammattilaisten erityisosaaminen kehittyisi naistenneuvoloiden myötä. (Hemminki - Gissler 2007: 62–63.) Tämänkaltaisella yhdistetyllä äitiys- ja ehkäisyneuvolalla voisi olla myös huonoja puolia. Saattaisi käydä ilmi, että nuorten hakeutuminen palveluiden pariin olisi hankalaa, mikäli he mieltäisivät palvelun perhesuunnitteluun liittyväksi. Palveluita uudistettaessa tulisikin miettiä tarkoin palvelun nimeä sekä myös sitä, tulisiko nuorille olla aivan oma yksikkönsä. (Sannisto 2010: 177–178.)

Palveluiden parantaminen vaatii voimavaroja. Voimavaroja voidaan kartuttaa työtä ja työnjakoa organisoimalla. Lääkärin ja hoitajan työnjaon muuttamista on jo kokeiltu kansallisen terveyshankkeen piirissä. (Hukkanen – Vallimies-Patomäki 2005.) Tulisi kehittää ehkäisyneuvonnan palvelumalli, jolla vähennettäisiin alueella tehtävää turhaa ja päällekkäistä työtä – laadun kuitenkin säilyessä tasaisena. Suomalaisten tulisi ryhtyä palvelukäytäntöjen kehittämiseen, sillä meille suoraan sovellettavia toimintamalleja ei ulkomailta löydy. Seksuaaliterveyden edistäminen on tärkeää myös sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta. Heikko seksuaaliterveys kasaantuu niille, joilla jo muutenkin menee huonosti. Edellä mainitusta syystä seksuaaliterveyden kehittämistyö on oleellista myös valtakunnallisten terveyspoliittisten tavoitteiden suhteen. (Kosunen 2008.)

Työnjaon uudelleen organisoimisella saattaisi olla mahdollista kehittää toimintaa niin, että se palvelisi väestöä paremmin. Sairausvakuutuslain (21.12.2004/1224) mukaan kunta voi halutessaan siirtää synnytyksen jälkitarkastuksen kokonaan hoitajan hoidettavaksi. Laajasti esillä olleen rajatun reseptikirjoitusoikeuden antaminen hoitohenkilökunnalle saattaisi osaltaan vaikuttaa ehkäisyneuvonnan työnjakoon. Reseptikirjoitusoikeuden saaminen olisi merkittävä tekijä, sillä on myös pelätty, että mikäli kunta antaisi jälkitarkastuksen hoitajan tehtäväksi, se saattaisi edelleen heikentää lääketieteellisten menetelmien käyttöä. (STM 2007b: 47, 103; Sannisto 2010: 187.)

Ehkäisyneuvonnan henkilöstön tulisi olla tehtävänsä koulutettuja ja saada säännöllisesti täydennyskoulutusta kansainvälisten suositusten mukaan. Neuvonnassa keskeiseksi muodostuu seksuaaliterveysanamneesin laatiminen, joka taas edellyttää työnteki-

jältä erityisen hyviä vuorovaikutustaitoja ja perustaitoja seksuaalineuvonnassa. Kaiken tämän pohjalla tulee olla työntekijän tietous omista asenteistaan ja suhteestaan seksuaalisuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b: 104.) Väestöliiton julkaisemassa Seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa (2006: 13) parannusehdotukseksi mainitaan myös terveystoimessa työskentelevien täydennyskoulutuksen lisäämistä. Tämä mahdollistaa työntekijöiden osaamisen kehittymisen. Täydennyskoulutus on mainittu oleelliseksi myös Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b: 137).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma tunnettiin hyvin niukasti terveyskeskuksissa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2008 teettämän kyselytutkimuksen mukaan. Tutkimuksesta käy ilmi, että toimintaohjelman tuominen tunnetuksi johtotasolla on edelleen haasteena. Toimintaohjelman pohjalta työmenetelmiä olivat kehittäneet tai muuttaneet pääasiallisesti hoitotyötä tekevät henkilöt itse. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan ainakaan vielä vuonna 2008 toimintaohjelma ei näkynyt kuntatason johtoportaan luomissa ohjeistuksissa. (Kosunen 2009: 243.) Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 väliarvion mukaan seksuaalineuvonta on ammatillistunut ja sitä on saatavilla miltei jokaisen sairaanhoitopiirin alueella sekä noin joka kolmannessa terveyskeskuksessa. Edelleen seksuaalineuvojen määrää olisi terveyskeskuksissa lisättävä sekä heidän toimenkuvaansa avattava. Väliarvion haasteiden mukaan raskauden ehkäisyn Käypä hoito -suositus tulisi päivittää ja sen tulisi sisältää erityinen suositus myös synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä. (Ritamo – Pelkonen – Nikula 2010: 7, 9.) Käypä hoito -suositus synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä on tekeillä.

Vuonna 2011 toteutettiin sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille ja hallintoylihoitajille kysely, jolla pyrittiin selvittämään kuinka Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa asetetut tavoitteet ovat toteutuneet. Kysely lähetettiin 20 sairaanhoitopiiriin, joista 18 vastasi. Sairaanhoitopiireistä seitsemän vastasi nimenneensä seksuaaliterveyden yhteyshenkilön, seitsemän ei ollut nimennyt tehtävään ketään erityistä ja kaksi vastasi tällaisen toimenpiteen olevan suunnitteilla. Yhteyshenkilöiden tehtävänä oli muun muassa yhteydenpito erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä; tiedotus, koordinointi ja koulutus. Lähes kaikki sairaanhoitopiirit kertoivat synnytystä käsittelevien kirjallisten potilasohjeiden sisältävän seksuaaliterveyttä koskevaa tietoa. Seksuaalineuvontaan liittyvää sisäistä koulutusta oli järjestetty seitsemän sairaanhoitopiirin alueella ja terveyskeskuksille suunnattua koulutusta kuuden sairaan-

hoitopiirin alueella. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toiminnan edistämisen seuranta havaittiin kyselyssä hajanaiseksi. (Ryttyläinen-Korhonen 2011b.)

Näiden tietojen pohjalta toimintaohjelman loppuraportin alustavissa tuloksissa tärkeimmiksi haasteiksi sairaanhoitopiirien omasta mielestä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen osa-alueella jäivät aiheen lisääminen terveydenedistämisen ohjelmiin sekä hoitoketjuihin, yhteistyön parantaminen perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa, seksuaalineuvonnan järjestäminen tasapuolisesti sekä sairaanhoitopiirien hallinnollisten rakenteiden kehittäminen siten, että ne tukisivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä. Alustavien tulosten mukaan lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvät teemat tulivat esille selvemmin kuin seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvät teemat. Sairaanhoitopiirien sekä alueiden väliset erot olivat selviä ja ne olivat toisinaan riippuvaisia jonkun yhden henkilön aktiivisuudesta ja innostuneisuudesta. Toimintaohjelman on kuitenkin havaittu selvästi aktivoivan sekä laajentavan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintoja. (Ryttyläinen-Korhonen 2011b.)

5.3 Helsingin kaupungin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut

Helsingin kaupunki järjestää kuntalaisilleen terveyspalvelut, joihin kuuluvat myös äitiysneuvolapalvelut. Helsinki tarjoaa ehkäisy- ja seksuaalineuvontaa sekä terveysasemilla että neuvoloissa. Ehkäisyneuvonta on osa neuvolatyön ja terveyden edistämisen yksikön toimintaa. Tämän lisäksi Helsingissä toimii keskitetty ehkäisyneuvonta. (Helsingin kaupunki 2010b.)

Helsingin kaupungilla ehkäisyneuvonta ja perhesuunnittelupalvelut hoidetaan keskitetyssä ehkäisyneuvonnassa sekä terveysasemilla yleislääkäreiden vastaanotoilla erillisen ohjeistuksen mukaisesti. Ongelmaksi tässä saattaa muodostua se, että väestövastuu- lääkäreiden hoitaessa ehkäisyasioita mahdollinen erityisosaaminen saattaa jäädä hyödyntämättä. Moniammatillisten työtapojen vasta kehittyessä tällä organisaatiotasolla, on ammattilaisten epätarkoituksenmukainen ja sattumanvarainen työnjako yleistä (Väestöliitto 2010: 15)

5.3.1 Helsingin kaupungin oman kyselytutkimuksen tulokset

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen neuvolatyön ja terveyden edistämisen yksikön päällikön Hannele Nurkkalan keväällä 2010 tekemä kyselytutkimus raskauden ehkäisy-palveluiden järjestämisestä antaa ajankohtaista tietoa siitä, millä terveysasemilla ehkäisyneuvontaa toteutetaan. Kyselyssä kysyttiin myös muita aiheeseen liittyviä asioita, mutta tässä tarkasteltiin kysymystä: ”Hoidetaanko terveysasemallanne ehkäisyä?” Vastausvaihtoehtoina olivat: avovastaanotolla, äitiysneuvolassa tai molemmissa. Kyselyn tulokset on esitetty samassa muodossa kuin Nurkkala itse oli ne esittänyt tuloksissaan. (Liite 2.)

Helsingin kaupungin neuvolat on jaettu neljään alueelliseen osaan, jotka ovat keskusta, läntinen, pohjoinen ja itäinen. Aluejaoissa neuvolat on edelleen jaettu kaupunginosittain: keskustalla, itäisellä ja eteläisellä alueella on kuusi neuvolaa, läntisellä alueella viisi ja pohjoisella alueella kahdeksan neuvolaa. Keskustan Vallilla ja pohjoisen Pihlajamäki olivat ainoat asemat, jotka olivat vastanneet, että ehkäisyasioita hoidetaan vain äitiysneuvolan puolella. Keskustan Kallion ja Töölön asemat olivat eritelleet kyselyyn, että ehkäisyasioita hoidetaan äitiysneuvolan puolella vain jälkitarkastusten yhteydessä, ei muuten. Näiden neuvoloitten osalta oli myös vastattu, että ehkäisyasioita hoidetaan myös terveysaseman puolella avovastaanotoilla eli molemmissa. Jakomäki, Malmi, Oulunkylä ja Puistola olivat ainoana asemista ilmoittaneet, että ehkäisyä hoidetaan vain avovastaanotoilla. Neuvoloita on yhteensä 25, mutta kyselyyn Malminkartano ja Kannelmäki ovat vastanneet erikseen, vaikka ovat samaa yksikköä. Näin ollen vastaajia kyselyssä on 26. Vastaajista 19 oli ilmoittanut, että ehkäisyasioita hoidetaan molemmilla puolilla. Lisäksi Vallilassa, Pihlajamäessä ja Laajasalossa hoidetaan ehkäisyä äitiysneuvolan puolella. Voidaan päätellä, että Helsingin 26 neuvolasta 22 hoidetaan ehkäisyasioita. (Helsingin kaupunki 2010b.)

Kyselyssä Nurkkala on kysynyt myös kuinka monta terveydenhoitajaa neuvolassa tekee ehkäisytyötä. Keskustan alueella terveydenhoitajia ilmoitetaan olevan 23–24, läntisellä alueella 28, pohjoisella alueella 11 ja itäisellä alueella 31. Alueista Kallio, Jakomäki, Malmi, Oulunkylä ja Puistola ovat ilmoittaneet, että yksikään terveydenhoitaja ei tee ehkäisytyötä äitiysneuvolan puolella. Töölo ei ole vastannut neuvolan osalta tähän kohtaan.

Kyselytutkimuksen vastauksista voidaan havaita, että kaupungin alueella toteutettavien palveluiden järjestämisessä on laajalti eroja. Eri toimipaikkojen antaman lisääntymis- ja seksuaalineuvonnan sekä ehkäisyneuvonnan voidaan ajatella olevan hyvin eritasoista. Palvelujärjestelmän ja -ketjun toiminta eroaa todennäköisesti myös. Tämä aiheuttaa kunnan alueella eriarvoisuutta.

6 Tutkimusmetodi ja opinnäytetyöprosessin kuvaus

Tutkimusmetodi valitaan siten, että se parhaiten soveltuu juuri tutkittavaan aiheeseen. Pohdittaessa mihin tutkimuksella pyritään, mitä tietoja halutaan ja miten tietoa aiotaan käyttää, on myös tärkeää miettiä tutkimusmetodia tältä pohjalta. Tutkimusmetodiksi valikoitui haastattelu kyselyn sijaan vastaajien lukumäärän perusteella. Tarkoituksena oli haastatella neljää (4) Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ylihoitajaa, jotka vastaavat äitiysneuvoloiden toiminnasta.

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on, että kerätyn aineiston tulosten perusteella voidaan kehittää äitiysneuvoissa tapahtuvan seksuaali- ja ehkäisyneuvonnan työmenetelmiä. Kokonaisvaltaisena tavoitteena voidaan pitää sitä, että Helsingin kaupungin äitiysneuvoissa tehtävä työ toteutuisi lakien, suositusten sekä toimintaohjelman vaatimusten mukaisesti. Työmenetelmien muuttamisella tavoiteltaisiin muun muassa raskauden keskeytysten määrän vähenemistä synnytyksen jälkeisenä ensimmäisenä vuonna ja perhesuunnittelun esiin nostamista.

Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2007–2011 toimii valtakunnallisesti ohjenuorana muun muassa neuvolapalveluiden järjestämisessä ja niiden sisällöissä. Tämän perusteella kysymyksiin sisällytettiin kuinka toimintaohjelma on Helsingin kaupungilla viety käytäntöön ja kokevatko ylihoitajat, että sen tavoitteet ja toimenpiteet voidaan saavuttaa käytännön työssä. Lisäksi kysyttiin, millä tasolla henkilöstön osaaminen on liittyen seksuaalineuvontaan ja minkälaisia kehittämistarpeita käytännön työtä tekevät ovat välittäneet ylihoitajille tie-

doksi ehkäisyyn ja seksuaaliterveyden ohjaamiseen liittyvissä teemoissa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman väliarvioinnin (Ritamo – Pelkonen – Nikula 2010: 7) mukaan seksuaalineuvonnan osalta joitain parannuksia on tapahtunut, mutta edelleen haasteena on saada kentälle koulutettuja työntekijöitä vastaamaan seksuaalineuvonnasta terveyskeskuksissa. Tämän vuoksi oli perusteltua kysyä seksuaalineuvonnan toteutumisesta sekä henkilöstön kehittämistarpeesta tällä alueella.

6.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten seksuaalineuvonta toteutuu äitiysneuvoloissa?
2. Mitkä ohjeistukset ja suositukset ohjaavat neuvolapalveluiden järjestämistä sekä neuvonnan sisältöä?
3. Millä osa-alueilla seksuaali- ja lisääntymisterveyden neuvontapalveluissa tarvitaan koulutusta?

6.3 Haastattelu menetelmänä

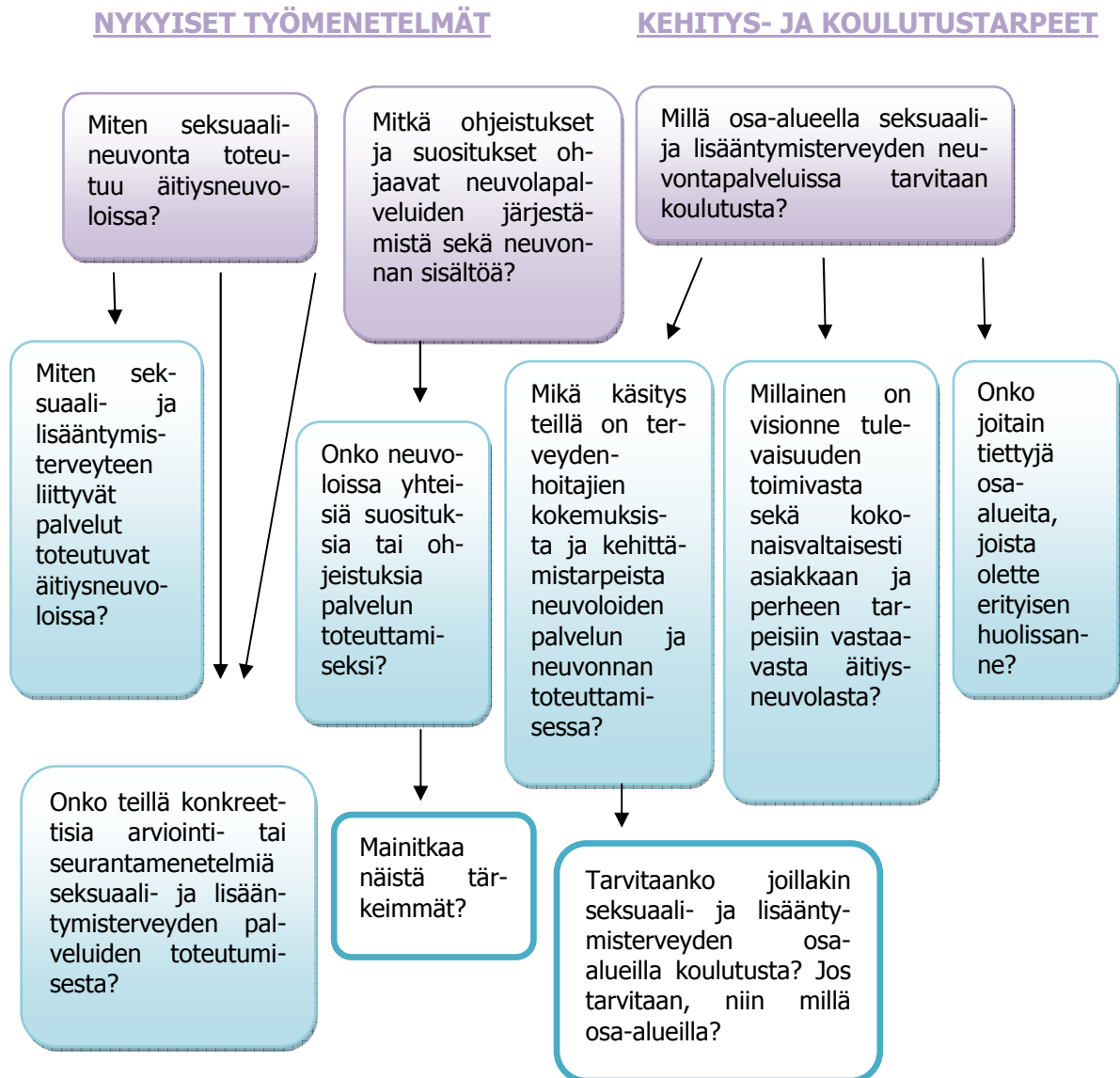
Haastattelu voi olla joko strukturoitu tai strukturoimaton riippuen kysymysten valmiudesta ja sitovuudesta. Strukturoiduista haastatteluista ääripäätä edustaa lomakehaastattelu, jossa kysymykset ovat kaikille vastaajille samat ja ne esitetään kaikille samassa järjestyksessä. Tällaisen haastattelumetodin tarkoituksena on varmistaa, ettei vastaajan mielipide pääse vaikuttamaan vastauksiin. Strukturoitujen ja strukturoimattomien haastattelujen välimuoto on puolistrukturoitu haastattelu, jossa on päätetty haluttavan tietoa juuri tietyistä näkökulmista, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys voivat vaihdella eri haastateltavien osalta. Puolistrukturoidun haastattelun etuna on, että haastateltavat pääsevät kertomaan asioita, joita he pitävät tärkeinä. Lisäksi mahdollisia väärinkäsityksiä voidaan korjata jo haastattelun aikana, sillä haastattelu tapahtuu usein kasvotusten. Teemahaastattelu on eräs puolistrukturoidun haastattelun muodoista. (Ruusuvoori 2005: 11.)

Tutkimusmetodiksi valikoitui teemahaastattelu pääasiallisesti siksi, koska se antaa mahdollisuuden ohjata tiedonhankintaa haastattelutilanteessa. Näin haastattelutilanteessa voidaan tarkentaa esimerkiksi vastauksen motiivia tai näkökulmaa. Teemahaastattelun avulla haastattelukysymykset voidaan luokitella eri teemoihin, mikä taas edesauttaa vastausten ryhmittelyä ja analysointia. Teemat pysyvät samoina jokaisessa haastattelussa, mutta kuten jo edellä mainittiin kysymysten järjestystä tai asettelua voidaan muuttaa. Teemahaastattelu on oiva valinta myös siksi, että se ei sido tutkimusta menemään tietylle tasolle, vaan tutkimuksen ”syvyyttä” voidaan muuttaa. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 34, 46–47.)

6.3.1 Puolistrukturoidun haastattelun kysymykset

Kysymykset on muodostettu ennalta määriteltyjen teemojen alle. Pääteemoja on kaksi ja kysymykset kuvataan kuviossa 1.

Kuvio 1. Haastattelukysymysten vastaaminen tutkimuskysymyksiin



6.4 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyön työstäminen "Seksuaaliterveyden edistäminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa" -opinnäytetyöhankkeeseen aloitettiin toukokuussa 2010. Yhteyshenkilöksi Helsingin kaupungin puolelta nimettiin ehkäisypalveluiden ylilääkäri Satu Suhonen, jonka esittämistä lähtökohdista opinnäytetyön toteutuksen suunnittelu aloitettiin. Aiheeksi täsmentyi synnytyksen jälkeinen ehkäisy ja sen toteutuminen Helsingin kaupungin äitiysneuvolapalveluissa. Lisäksi aiheen yhteyteen integroitiin myös seksuaali- ja

lisääntymisterveyteen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan tarjoaminen sekä sen toteutuminen.

Ensimmäisessä toteutussuunnitelmassa ehdotettiin, että Helsingin kaupungin äitiysneuvoloista valikoitaisiin kaksi äitiysneuvola-aluetta, joiden terveydenhoitajia tai vastuuhoitajia haastateltaisiin ehkäisyneuvonnan toteutumisesta; lopulta oli kuitenkin informatiivisempaa lähestyä aihetta siten, että haastattelututkimus toteutetaan haastattelemalla äitiysneuvoloiden ylihoitajia. Tähän suunnitelman muutokseen vaikutti esimerkiksi se, että neljän äitiysneuvola-alueen alueelliset erot väestöpohjaltaan ovat niin suuria, että kahden alueen valikoiminen ei olisi ollut tutkimuksellisesti luotettavaa. Suunnitelmana oli haastatella kaikkia neljän alueen ylihoitajia.

Helmikuussa 2011 tutkimuslupahakemus saatiin eteenpäin; lupa saatiin huhtikuussa 2011. Haastateltaville laadittiin tiedote tutkimuksesta (Liite 3) ja tutkimus- ja haastattelukysymykset täsmennettiin lopulliseen muotoonsa.

Syyskuussa 2011 ylilääkäri Suhoselta saatiin lupa lähestyä ylihoitajia sähköpostitse haastatteluajankohdan sopimiseksi; hän oli toimittanut haastateltaville tiedotteen tutkimuksesta. Haastateltavia lähestyttiin sähköpostitse ensimmäisen kerran syyskuussa 2011 toivoen, että haastattelut saataisiin tehdyiksi lokakuun loppuun mennessä. Useiden yhteydenottojen jälkeen marraskuun aikana onnistuttiin sopimaan vain yhdestä haastattelusta. Vuoden 2011 loppuun mennessä vain kaksi haastattelua oli toteutunut. Viimeisen yhteydenoton jälkeen tammikuussa 2012 saatiin sovittua vielä yksi haastattelu, joka toteutettiin helmikuussa 2012.

Kaikki kolme haastattelua toteutettiin ylihoitajien työpisteissä Vallilan terveysasemalla Helsingissä. Ensimmäisessä haastattelutilanteessa paikalla olivat haastateltavan ylihoitajan lisäksi molemmat opinnäytetyön tekijät haastattelijoina. Toisessa haastattelutilanteessa joulukuussa 2011 paikalla oli haastateltavan ylihoitajan lisäksi toinen opinnäytetyön tekijöistä haastattelijana. Helmikuussa 2012 kolmannessa haastattelutilanteessa paikalla oli niin ikään vain yksi haastattelijasta haastateltavan ylihoitajan lisäksi. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja niihin palattiin aineiston analysointivaiheessa. Pituudeltaan haastattelut olivat samankaltaisia; keskimäärin 25 minuuttia.

7 Tutkimuksen tulokset

Haastateltavat ylihoitajat on nimetty haastattelujärjestyksen mukaisesti A, B ja C.

Ensimmäisellä kysymyksellä selvitettiin palveluiden toteutumista äitiysneuvoloissa ylihoitajien näkemyksen mukaan. Kysyttiin kuka neuvontaa toteuttaa ja toteutuuko neuvonta kuten sen äitiysneuvolakäynneillä kuuluisi toteutua. Vastaukset olivat monimuotoisia ja kaikki haastateltavat lähestyivät asiaa eri näkökulmista. A-vastaajan mukaan äitiysneuvoloiden alueella ehkäisypalvelut toimivat ja toteutuvat hyvin, mutta hän toi esille, että avoterveydenhuollon puolella palveluiden järjestämisessä on suuria ongelmia. Äitiysneuvolassa jälkitarkastukset toteutuvat siis osaltansa hyvin, mutta epäselvä työnjako avoterveydenhuollon ja ehkäisevän terveydenhuollon välillä aiheuttaa sekaannusta. A-vastaaja toi esille, että mikäli synnyttänyt nainen valitsee ehkäisymenetelmäkseen jonkin sellaisen menetelmän, jonka aloitusta ei voida juuri sillä hetkellä toteuttaa, on hänen ohjaamisensa palvelun saamiseksi hyvin laajakirjoista. Vastaaja täsmensi, että alueesta ja jopa terveysasemasta riippuen äiti ohjataan joko oman alueen terveysasemalle tai keskitettyyn ehkäisyneuvolaan. Esimerkkinä hän mainitsi äidin, joka valitsi kierukkaehkäisyn. Tällöin äiti ohjataan omalle terveysasemalle, mikäli siellä työskentelee kierukan asennuksen hallitseva lääkäri. Muussa tapauksessa äiti ohjataan keskitettyyn ehkäisyneuvolaan.

B-vastaaja kertoi palveluiden toteutuvan hyvin. Avopuolen toimintaa hän ei osannut arvioida. C-vastaaja kertoi palveluiden toteutuvan vastaanotoilla raskauden aikana, heti synnytyksen jälkeen, vauvan ensimmäisillä käynneillä sekä jälkitarkastuksessa. Hän mainitsi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien palveluiden toteutuvan myös perhevalmennuksissa, joihin aihepiirin teemoja on sisällytetty. C-vastaaja mainitsi, että synnytyksen ja jälkitarkastuksen välisillä käynneillä annetaan ohjausta ehkäisyyn ja perhesuunnitteluun liittyen sekä kerrotaan lisääntymisterveyden palautumisesta synnytyksen jälkeen.

7.1 Toimintaa ohjaavat suositukset ja ohjeet

Seuraavalla kysymyksellä tahdottiin selvittää, mitkä ohjeet ja suositukset ohjaavat toimintaa. Käytännön tasolla haluttiin tietoa siitä, mitkä ohjeistukset nimettäisiin ylihoitajien toimesta ja mainittaisiinko Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymis-

terveyden toimintaohjelma. Neuvoloiden yhteisistä suosituksista ja ohjeista palveluiden toteuttamiseksi A-vastaaja kertoi, että vuonna 2009 tapahtuneen organisaatiotason muutoksen jälkeen ehkäisyyn liittyvää ohjeistusta on odotettu, mutta sitä ei ole vielä saatu käyttöön. Ehkäisyneuvontaa tekevän henkilöstön esimiehenä hän koki tämän suureksi puutteeksi, sillä hänellä ei ole antaa yksiselitteisiä ohjeistuksia työntekijöilleen. Hän toi esille, että valtakunnallisen tason suositukset eivät tässä yhteydessä suoranaisesti toimi palveluiden järjestämisen ohjenuorana, sillä toiminnan tulisi perustua kuntatason ohjeisiin. Nämä ohjeet voisivat puolestaan pohjautua valtakunnallisen tason suosituksiin. A-vastaajan kokemuksen mukaan toimintakulttuurit eri alueilla ovat hyvin kirjavia ja ne mukailevat osittain työtapoja, joihin on aikojen saatossa totuttu. Tämä vaikuttaa siihen, että asiakkaalle annettu ohjaus määräytyy sen antajan mukaan yksilötasolla. A-vastaaja kertoi myös keväällä 2011 perustetusta työryhmästä, jossa on sekä avoterveydenhuollon että neuvolan edustajia. Työryhmän tehtävänä on miettiä työnjakoa näiden kahden toimijan välillä ja pohtia mahdollisen lisäresursoinnin tarvetta.

B-vastaaja kertoi olemassa olevista kuntatason ohjeista, mutta mainitsi ohjeiden myös tulevan erityisen kehitystyöryhmän kautta. Hän ei maininnut nimeltä muita ohjeita tai suosituksia. C-haastateltava kertoi kuntatason yhteisistä suosituksista ja ohjeistuksista siten, että ne käyvät ilmi prosessi- ja vastaanottokuvauksista, jotka määrittelevät neuvonnan sekä palvelun sisällön. Lisäksi C-vastaaja kertoi uuden prosessikuvauksen ehkäisystä valmistuneen; tämän pohjalta on helmi–maaliskuussa 2012 suunnitteilla työntekijöille koulutuksia sekä työnkuvan päivityksiä.

7.2 Arviointi- ja seurantamenetelmät

Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin liittyvistä konkreettisista arviointi- ja seurantamenetelmistä kysyttiin, sillä sen toivottiin vastaavan osittain täydentävästi kahteen eri tutkimuskysymykseen. Kaikki kolme vastaajaa mainitsivat ensimmäisenä potilastietojärjestelmä Pegasoksesta saatavan toiminnanseurantatilaston, josta voidaan poimia perhesuunnittelukäyntien lukumäärä. B-vastaaja ei tuonut esiin muuta vastauksessaan. C-vastaaja mainitsi lisäksi, että laatumittareissa ei ole erillistä ehkäisyosiota. A-vastaaja vertasi tilastointiesimerkkinä yksittäistä itäiseen alueeseen kuuluvaa neuvolaa ja koko keskustan alueen seitsemää neuvolaa, joissa potilastietojärjestelmän tilastoinnin mukaan oli tehty yhtä paljon perhesuunnittelukäyntejä. Tilastointiesimerkkiä kertoessaan

haastateltava toi esille, että itäisen alueen neuvoloissa on erikseen nimettyjä ehkäisy-palveluita toteuttavia työntekijöitä, kun taas keskustan alueella ehkäisy-palveluita toteuttavat kaikki työntekijät. Lisäksi A-vastaaja mainitsi arviointi- ja seurantamenetelmien olevan ”retuperällä” ja koki, että niitä voidaan kehittää vasta sitten kun toimintaa ohjaavat suositukset ja ohjeet on saatu käyttöön.

7.3 Neuvolatyön kehittämistarpeet

Neuvolatyön kehitykseen liittyvissä kysymyksissä pyrittiin saamaan vastauksia, joista kävisi ilmi todelliset tarpeet sekä kehittämiskohteet, jotka lähtevät käytännön tasolta. Terveystieteiden kokemuksesta ja kehittämistarpeista neuvoloiden palvelun ja neuvonnan toteuttamisessa A-vastaaja toi esille jatkuvan koulutuksen tarpeen, kertoen esimerkkinä vuonna 2010 alueellaan aloittaneet kahdeksan uutta työntekijää. Vastauksessaan A-vastaaja nosti esille, että neuvolatyöhön liittyvät massiiviset muutokset ovat vieneet huomiota seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä täydennyskoulutuksista. B-vastaaja kertoo, että suurimmat kehittämistarpeet ovat ehkäisyneuvonnan kokonaisuuden saaminen selkeämmäksi ja työnjaon kehittäminen avoterveydenhuollon ja neuvolan välillä. B-vastaaja mainitsi, että samassa yhteydessä olisi syytä määritellä äitiysneuvolan perustehtävä. Työntekijätasolla osaamisen tason selvittäminen oli B-vastaajan mielestä merkittävää, sillä osassa äitiysneuvoloita työntekijät ovat enemmän ehkäisyasioihin perehtyneitä kuin toisissa. B-haastateltava ei osannut mainita mitään erityistä koulutustarvetta, koska ei itse työskentele kentällä. Esimiehenä hän kuitenkin koki täydennyskoulutuksen tärkeäksi. C-vastaaja toi esille, että aina tarvitaan ajankoh- taista, uutta tietoa ehkäisymenetelmistä. Lisäksi hän koki parisuhteisiin liittyvän koulu- tusten tarpeelliseksi. C-vastaaja pohti vastauksessaan eri tahojen järjestämien koulu- tusten saatavuutta äitiysneuvolan työntekijöiden näkökulmasta. Hän mainitsi näistä esimerkiksi maksulliset koulutukset, mutta pohti myös sitä miten olisi mahdollista hyö- dyntää lääkealan yritysten myyntiedustajien tuote-esittelyjä osana koulutusta. Lää- kealan edustajat tuovat tietoa markkinoilla olevista valmisteista pääsääntöisesti lääkä- reille, jolloin tieto ei välttämättä saavuta hoitohenkilöstöä. Vastaaja toi esille, että vaika lääkealan esittelytilaisuudet perustuvat kaupallisen tuotteen markkinointiin, niistä saatava aiheeseen liittyvä ajantasainen, uusin tieto olisi hoitohenkilöstöllekin ensiarvoi- sen tärkeää. C-vastaajan mukaan hoitohenkilöstön tulee itse aktiivisesti seurata esitte-

lyiden ja muiden mahdollisten ilmaisten koulutuksien tarjontaa, minkä hän koki harmilliseksi.

7.4 Koulutustarpeet ja neuvolatyön tulevaisuuden visiot

Kysyttäessä erityisiä huolenaiheita seksuaali- ja lisääntymisterveyden osa-alueisiin liittyen, haettiin vastausta kolmanteen tutkimuskysymykseen: millä osa-alueella seksuaali- ja lisääntymisterveyden neuvontapalveluissa tarvitaan koulutusta? Vastaajista sekä A että C toivat esille, kuinka merkityksellistä olisi saada äitiysneuvolatyöstä vastaavat omat lääkärit neuvolayksiköihin. A-vastaaja koki, että nimetyt lääkärit olisivat äitiysneuvolatyöhön perehdytettyjä, ohjeistettuja, motivoituneita ja aktiivisia verrattuna nykyiseen järjestelyyn lääkäreiden toiminnassa. Äitiysneuvolan kokonaisvaltaiseen toimivuuteen vaikuttaisi myös se, että kaikki toimisivat saman johdon alaisuudessa. C-vastaaja koki lisäksi erikoislääkäreille olevan tarvetta.

Visiota tulevaisuuden toimivasta, kokonaisvaltaisesti perheen ja asiakkaan tarpeisiin vastaavasta äitiysneuvolasta kysyttäessä vastaajat toivat esille olevansa osin tyytyväisiä nykytilanteeseen, mutta he toivat esille myös kehittämisideoita. A-vastaaja esitti ajatuksensa toimivasta äitiysneuvolasta, jonka mukaan jokaisella alueella olisi kaksi–kolme ehkäisyneuvolatyöhön perehtynyttä terveydenhoitajaa. Nämä työntekijät tekisivät ainoastaan ehkäisyneuvontaan liittyvää työtä. B-vastaajan mukaan ollaan jo lähellä kysymyksessä kuvattua äitiysneuvolaa. Hänen mielestään jokaisen alueen erityispiirteet tulisi huomioida palveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä. C-vastaaja kertoi olevansa tyytyväinen nykyiseen alueelliseen neuvolatyöhön. Työparimallia voitaisiin soveltaa myös neuvolatyössä siten, että hoitaja-lääkäripari tekisi pelkästään äitiysneuvolatyötä. Vastaajan mielestä tulisi päästä Sosiaali- ja terveysministeriön suositukseen terveydenhoitajan vastuulla olevien äitien ja lasten määrästä (340 lasta, 80 äitiä). Nykytilanteessa hänen alueellaan yhden terveydenhoitajan vastuulla on noin 400 lasta ja 80 äitiä. C-vastaaja mainitsi ideaaleiksi myös keskusneuvolat, joissa voisi työskennellä erikoislääkäreitä – esimerkiksi pediatreja. Sama vastaaja mainitsi myös nykyaikaisia, sekä työtä että asiakkaiden lähestymistä helpottavia työkaluja, kuten sähköisen ajanvarauksen sekä perhevalmennuksen joidenkin osa-alueiden viemisestä sähköiseen muotoon. Terapiahenkilöstön lisääminen, varhaisen tuen saatavuus, sosiaalipalveluiden tiiviimpi integroiminen osaksi äitiysneuvolaa, perhetyö, Kela-yhteistyö sekä lyhyet etäi-

syydet palveluihin mainittiin myös toimivan äitiysneuvolan yhteydessä. C-vastaaaja käytti sanoja ”monitoimijainen” ja ”moniammatillinen” kuvaillessaan kokonaisvaltaisesti toimivaa äitiysneuvolaa.

8 Tutkimuksen etiikka, reliabiliteetti ja validiteetti

Opinnäytetyötä tehdään, jotta siitä olisi mahdollisimman suurta hyötyä yhteiskunnalle, alalla työskenteleville, asiasta kiinnostuneille ja ennen kaikkea työelämän edustajalle. Erityisen tärkeää on myös oman tutkimus- ja kehittämisosaamisen kehittäminen. Me opinnäytetyön tekijöinä olemme vastuussa eettisistä ratkaisuista, joita teemme työmme tiimoilta. Erityisen tärkeää tutkimusetiikka on juuri terveystieteiden alueella – alueen arkaluontoisuuden vuoksi. (Leino-Kilpi 2003: 285.)

Suomessa tutkimusetiikan laadun varmistamiseksi tutkimuseettinen neuvottelukunta on luonut hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeet, joita jokaisen tulisi noudattaa. Lisäksi tutkimusetiikkaa ohjaavat myös lainsäädäntö ja sairaanhoitopiirien asettamat omat eettiset neuvottelukunnat. Opinnäytetyössämme toteutettavia haastatteluita varten olemme anoneet tutkimusluvan Helsingin kaupungin eettiseltä toimikunnalta. (Leino-Kilpi 2003: 287.)

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa hoitotyötä, jossa jokin päätöksenteko tai hoitotoimi perustuu tutkittuun tietoon. 1990-luvulta lähtien näyttöön perustuvan hoitotyön tekeminen on yleistynyt ja sitä on kehitetty. Hoitotyöntekijän on siis käytettävä työssään tutkittua tietoa ja hänen valintansa tulee perustua niihin. Lukiessaan tutkimuksia ja hyödyntäessään tutkimustuloksia on hoitotyöntekijän kyettävä arvioimaan tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta. Edellä mainittuihin seikkoihin perustuu myös tämä opinnäytetyö. Olemassa olevien toimintamallien muuttamiseksi on tiedettävä miksi näin tulisi tehdä ja oleellista olisi myös se, mihin suuntaan niitä tulisi muuttaa. Analysoituamme tekemämme haastattelututkimuksen tulokset, voidaan niistä havainnoida toteutuvia hoitokäytänteitä ja niiden tehokkuutta sekä mahdollisia kehityksen kohteeksi asetettavia osa-alueita. Koska tarkoituksenamme on tutkimuksen hyödyntäminen käytäntöä varten, meidän on oltava varmoja, että meitä hoitotyön käytännössä askarruttava kysymys on eettisesti perusteltu. (Leino-Kilpi 2003: 284.)

Opinnäytetyön tekijän on tunnettava tutkimuksen eri vaiheiden eettiset vaatimukset ja otettava ne huomioon sekä lukiessaan muiden tekemiä tutkimuksia että tehdessään omaansa. Tämän työn kannalta oleellista eettisesti on, että emme laiminlyö oman tutkimuksemme vaiheiden, tulosten tai lopputuloksen kirjaamista. Eettistä piittaamattomuutta on myös jättää referoimatta jo aiheeseen liittyviä tutkimuksia tai esimerkiksi lainata niistä luvattomasti. (Leino-Kilpi 2003: 284, 287.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimus kohdistuu osin hoitotyöntekijöihin ja heidän toimintatapoihinsa äitiysneuvoloissa. Hoitotyöntekijöillä on samat oikeudet kuin tutkittavilla yleensäkin joutuessaan työnsä puolesta tutkimuksen kohteeksi. Tällöin hoitotyöntekijöillä on perustellusta syystä oikeus kieltäytyä osallistumasta. Tämä tutkimus ei kuitenkaan kohdistu suoraan äitiysneuvoloissa työskenteleviin ammattihenkilöihin, vaan kysely toteutetaan heidän ylihoitajilleen, jolloin varsinaiselta hoitohenkilöstöltä ei tarvitse kysyä lupaa. On myös otettava huomioon, että hoitotyön ammattilaisilla on velvollisuus pyrkiä kehittämään omaa ammattiaan, jolloin tälle tutkimukselle löytyy eettisesti hyvät lähtökohdat. (Leino-Kilpi 2003: 291–292.)

Reliabiliteettiongelmia laadullisessa tutkimuksessa saattaa muodostua virhetulkinnoista tai aineiston koodauksesta. Analyysin haasteena haastattelututkimuksessa reliabiliteetin kannalta voidaan pitää sitä, miten onnistutaan aineiston pelkistämisessä ja kategorioiden muodostamisessa niin, että ne kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä, jolloin tämä osaltaan parantaa luotettavuutta. Tulkinnallista totuutta ei kuitenkaan voida asettaa, sillä tulkinnaan vaikuttavat tutkijan oma persoonallinen näkemys, omat tunteet ja intuitio. Luotettavuuden kannalta on oleellista lainata suoraan haastattelututkimuksen kohdehenkilöitä, jolloin tutkijoiden mahdollisten omien tulkintojen osuvuutta voidaan arvioida ja todentaa. (Hiller – Ikonen 1999.) Tämän opinnäytteen tulosten analysoimisessa on pyritty siihen, että koko aineisto hyödynnetään tieteellisesti hyväksytyllä tavalla. Tulokset tulee raportoida virheettömästi ja julkaista ne koko tiedeyhteisön käyttöön luotettavasti. (Leino-Kilpi 2003: 292, 294.) Luotettavalla julkaisulla tarkoitetaan tämän opinnäytetyön kohdalla mahdollista julkaisemista Theseus -tietokannassa.

9 Pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut on järjestetty Helsingin kaupungin äitiysneuvoloissa. Haluttiin myös selvittää mitkä suositukset ja ohjeet toimintaa ohjaavat. Käytännön tasolla toivottiin viitteitä siitä onko esimerkiksi Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007–2011 vaikuttanut palveluiden järjestämiseen tai ohjauksen sisältöön. Koulutustarpeesta kysyttiin, jotta voitaisiin tarkastella tulevaisuuden tarpeita seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen alueella.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että palveluiden hajanaisuus koettiin ongelmalliseksi äitiysneuvoloiden näkökulmasta. Haastateltavat toivat esille, että äitiysneuvoloiden vastuulla oleva raskauden jälkeinen ehkäisyneuvonta ja -ohjaus toteutuvat hyvin synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä. Tutkimuksemme taustan yhdessä tärkeimmässä julkaisussa, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa, synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan sekä ehkäisyvälineiden käytön tehostaminen oli yhtenä tavoitteena. Meidän tutkimuksemme tuloksissa tehostaminen ei konkreettisesti näkynyt, vaikka neuvonnan koettiin toteutuvan hyvin.

Haastatteluissa tuotiin myös esille, että jälkitarkastuksen aikaan synnytyksen jälkeinen ehkäisy jää vähälle huomiolle ja että äitien huomio saattaa olla muissa asioissa. Palveluita toivottiin yhtenäisemmiksi. Koettiin myös, että mikäli saataisiin hyvät yhtenäiset ohjeet palveluiden sekä ohjauksen sisällöstä, sekin parantaisi laatua. Yhtenäisten ohjeiden puuttumisesta kertoi myös, että eri alueilla palvelut järjestettiin eriarvoisesti. Samoin seurantamenetelmissä toivottiin parannusta, mutta uskottiin, että niiden kehittäminen ei ole mahdollista ennen kuin ohjeistukset ovat yhtenäiset.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa seksuaaliterveyteen liittyvää ohjausta antavan henkilöstön koulutustarve oli mainittu tärkeäksi. Tutkimuksestamme kävi yleisesti ilmi, että ehkäisyasioiden koettiin olevan sen verran pieni osa terveydenhuollon kokonaisuutta, että sen nähtiin jäävän taustalle muiden terveyteen liittyvien asioiden rinnalla. Tämä kävi ilmi nimenomaan koulutus- ja kehitystarpeesta kysyttäessä. Koettiin, että neuvolatyöhön liittyvät isot muutokset, kuten laajat terveystarkastukset ovat vieneet suuren osan koulutusresursseista.

Samansuuntaisia havaintoja on tehty myös Silja-Elisa Eskolinin ja Jannika Vuoren saman ”Seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollon peruspalveluissa ja ammatilli-

sessä koulutuksessa” -hankkeen sisällä aiemmin tehdyssä opinnäytetyössä ”Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen toteutuminen Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveysasemilla”. Myös heidän opinnäytteessään tutkimustulokset osoittivat toimintaohjelman ja suositusten toteutumisen olevan kirjavaa. Työnjaon häilyvät rajat avoterveydenhuollon ja äitiysneuvoloiden välillä sekä ehkäisyneuvontapalveluiden pirstaleisuus nostettiin esille työssä. (Eskolin – Vuori 2011.) Koko hankkeen yhteisenä tavoitteena oli arvioida seksuaaliterveyden edistämisen toteutumista useista näkökulmista ihmisen koko elinkaaren aikana. Opinnäytetyössämme on nähtävissä äitiysneuvolaikäisen asiakkaan sekä hänen perheensä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen erityispiirteitä.

Tutkimuksessa tavoiteltiin neljää haastattelua, joista kolme toteutui. Otoksen ollessa näin pieni, voidaan arvioida, että neljännellä haastattelulla olisi saattanut olla merkittävä vaikutus saatuihin tuloksiin. Saavutettujen vastausten perusteella voidaan todeta, että tutkijan näkökulmasta katsottuna vastaukset ja näin ollen tutkimuksen tulokset ovat hajanaiset. Tämä johtuu ensisijaisesti siitä, että vastaajat lähestyivät kysymyksiä hyvin eri tasoilta. Jokainen vastaaja katsoi kysymystä omasta näkökulmastaan – todennäköisesti pohjautuen oman alueensa erityispiirteisiin. Alueelliset erot niin palveluiden järjestämisen kuin väestöpohjankin osalta ovat suuria. Tästä johtuen vastausten erilaisuus on toki ymmärrettävää.

Joidenkin haastattelukysymysten vastausten sisältö osoittautui erityyppiseksi kuin oli ajateltu. Esimerkiksi ohjauksen sisällöstä tutkimus loi heikon kuvan. Tutkimuskysymyksestä syntyneellä haastattelukysymyksellä oli tarkoitus saada tietoa laajemmasta merkityksessä, jolloin vastaajat olisivat tuoneet esille myös esimerkiksi raskauden aikaisen seksuaaliväiväyksen, jonka tulisi kuulua normaaleihin äitiysneuvolakäynteihin. Päätelmiä katsomalla voidaan todeta, että tätä tutkimusta olisi siis mahdollista täydentää esimerkiksi haastatteleamalla lähityötä tekeviä hoitajia neuvoloissa. Tällöin olisi mahdollista saada laajempi käsitys myös siitä, kuinka hyvin esimiestason ja käytännön tason näkemykset kohtaavat palveluiden sisällössä ja laadussa.

Opinnäytetyön tulokset olivat siis kaiken kaikkiaan samansuuntaisia aiheeseen liittyvien muiden julkaisujen kanssa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman sisältämien ja muiden suositusten parannusehdotusten tuomisesta käytäntöön ei tullut konkreettista esimerkkiä. Merkittävää oli se, että kaikki haastateltavat eivät maininneet esimerkiksi toimintaohjelmaa. Toisaalta voidaan myös pohtia olisiko haastattelukysymyksen voinut muokata toisenlaiseksi tai olisiko sitä voitu täsmentää paremmin haastattelutilanteessa.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että palveluita tulisi kehittää. Ensisijaisen tärkeää olisi saada äitiysneuvoloiden käyttöön yhteiset ohjeet, joita voitaisiin soveltaa aivan käytännön tasolla. Palveluiden yhtenäistämisen eteen tulisi tehdä työtä ja eriarvoisuutta eri alueiden välillä tulisi kaventaa. Mahdollisesti tulisi pohtia tulisiko yksittäiset seksuaali- ja lisääntymisterveydestä kiinnostuneet ja aiheeseen erityisesti perehtyneet henkilöt myös äitiysneuvoloiden osalta keskittää yhteen toimipisteeseen. Laajemmassa kokonaisuudessa olisi mielenkiintoista pohtia lähteissäkin esitetyn naistenneuvolan mahdollista potentiaalia osana Helsingin kaupungin terveyskeskuksen palvelurakennetta. Terveystieteissä korostettu seksuaaliterveyden edistämisen tärkeys eivät suoranaisesti käyneet ilmi tutkimuksemme tuloksissa, joten niiden suhteen palveluita ja ohjauksen sisältöä tulisi kehittää. Laissa mainitut asiat ovat toki osa laajempaa kokonaisuutta, joka tulee ottaa huomioon.

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava. Tutkimuksemme ei valmistunut normaalin opinnäytetyöprosessin aikataulutuksen mukaisesti, joten olemme voineet tarkastella ammatillista kasvuamme useampaan otteeseen erilaisista näkökulmista. Työn eri vaiheissa esiintyneet haasteet ovat jokainen erilaisuudellaan antaneet syyn pysähtyä miettimään miten tulisi edetä ja samalla tehneet ensikertalaiselle prosessista vaikean. Pitkittynyt prosessi on toisaalta ajoittain pirstaloittanut omaa näkemystämme työstä ja toisinaan ”punainen lanka” on ollut kadoksissa. Samasta syystä työn jatkamiseen sekä kehittämiseen on kuitenkin tullut uutta perspektiiviä. Ammatillisen kasvun näkökulmasta olemme molemmat oppineet laajalti uutta tutkimusprosessista sekä sen mahdollisista ongelmista. Olemme oppineet tutkijan roolissa tarvittavista ominaisuuksista, kuten mallillisuudesta ja päättäväisyydestä, jotka ovat tärkeitä ominaisuuksia ammatti-identiteetin kehittämisessä.

Lähteet

- Ala-Luhtala, Riitta 2008. Kyselytutkimus neuvola-asiakkaiden seksuaalisesta hyvinvoinnista sekä seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Verkkodokumentti. <<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19251/AlaLuhtala.pdf?sequence=3>>. Luettu 2.1.2012
- Hukkanen, Eija – Vallimies-Patomäki 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteiden laitoksen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 21. <<http://pre20090115.stm.fi/pr1129788573664/passthru.pdf>>. Luettu 1.4.2012.
- Apter, Dan – Kontula, Osmo - Ritamies, Marketta – Sieberg, Rita – Hovatta, Outi 2005. Seksuaaliterveys. Terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00015#s5>. Luettu 17.2.2012.
- Barrett, Geraldine – Pendry, Elizabeth – Peacock, Janet – Victor, Christina – Thakar, Rane – Manyonda, Isaac 1999. Women's sexuality after childbirth: A pilot study. Archives of Sexual Behavior 28 (2). 179–191.
- Centers for Disease Control and Prevention 2009. Contraceptive use among postpartum women -- 12 states and New York City, 2004–2006. MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report, 2009 Aug 7; 58 (30): 821–826.
- Eskolin, Silja-Elisa – Vuori, Jannika 2011. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden toteutuminen Helsingin terveystieteiden laitoksen terveysasemilla. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Finlex 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>>. Luettu 16.1.2012.
- Greenberg, Jerrold S. – Bruess, Clint E. – Mullen, Kathleen D. 1993. SEXUALITY. Insights and Issues. WCB Brown & Benchmark. 5.
- Hakulinen-Viitanen, Terhi – Hastrup, Arja – Wiss, Kirsi – Kauppinen, Sari (toim.) 2010. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalveluiden tilasta. Peruspalvelujen 2010 -raportin tausta-aineisto. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 16.9.2010.
- Heikinheimo, Oskari – Lähteenmäki, Pekka 2004. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Kauppila, Antti (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Duodecim. Helsinki.
- Helsingin kaupunki. 2010a. Terveystieteiden keskus. Terveystieteiden palvelut. Äitiys- ja lastenneuvonta. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/wps/portal/Terveystieteiden_keskus/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/terke/fi/Terveystieteiden_palvelut/_itiys-+ja+lastenneuvonta>. Luettu 24.11.2010.

- Helsingin kaupunki. 2010b. Terveyskeskus. Terveyspalvelut. Ehkäisyneuvola. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Terveyspalvelut/Ehk_isyneuvola>. Luettu 17.9.2010.
- Hemminki, Elina – Gissler, Mika. Äitiysneuvolat – naistenneuvoloiksi vai hyvinvointineuvoloiksi? Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes 2007. 62–63
- Hermanson, Elina 2008. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 2010. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00086>. Luettu 16.9.2010.
- Hiller-Ikonen, Anne 1999. Tuumasta tekstiksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/lu-ku5f.html>>. Luettu 7.11.2010.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hyde, Janet – DeLamater, John – Plant, E. Ashby – Byrd, Janis 1996. Sexuality During Pregnancy and the Year Postpartum. Journal of Sex Research 33 (2). 143–151.
- Ilmonen, Tuisku 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, Dan – Väisälä, Leena – Kaimola, Kari (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Helsinki.
- Irwin, Robin 1997. Sexual Health promotion and nursing. Journal of Advanced Nursing 25 (1). 170–177.
- Järvinen, Salla 2011. Seksuaalisuus raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Julkaisussa Ritamo, Maija – Ryttyläinen-Korhonen, Katri – Saarinen, Saana (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. Raportti 27/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c>>. Luettu 17.2.2012.
- Kivijärvi, Anneli 2011. Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 127 (13). 1321-4. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Luettu 22.1.2012
- Koponen, Päivikki – Lindbohm, Marja-Liisa – Sihvo, Sinikka 2004. Lisääntymisterveys Suomessa – Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitos.
- Kosunen, Elise 2006a. Raskauden ehkäisy ensimmäisenä vuonna synnytyksen jälkeen. Opinnäytetyö. Ylempi AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kosunen, Elise 2006b. Verkkodokumentti. Päivitetty 2010. Terveyskirjasto. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp5-2006.pdf>>. Luettu 17.9.2010.
- Kosunen, Elise 2008. Raskauden ehkäisystä seksuaaliterveyden edistämiseen. Duodecim 124 (4). 4431–433.
- Kosunen, Elise 2009. Seksuaaliterveys. Julkaisussa Rimpelä, Matti – Saaristo, Vesa – Wiss, Kirsi – Ståhl, Timo (toim.) Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <www.thl.fi/thl-client/pdfs/c5c22bfa-6671-47fc-8d98-6b97af38e3d9>. Luettu 16.2.2012.

- Leino-Kilpi, Helena 2003. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta (toim.): Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY. 284–285, 287, 291–292, 294
- Litmanen, Kirsi 2006. Synnytyksen jälkeiset muutoksen äidin elimistössä. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-mari (toim.): Kättilötyö. Helsinki: Edita.
- Nienstedt, Walter – Hänninen, Osmo – Arstila, Antti – Björkvist, Stig-Eyrik 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Olsson, Ann – Lundqvist, Martina – Faxelid, Elisabeth – Nissen, Eva 2005. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19 (4). 381–387.
- Oulasmaa, Minna 2006. Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa Apter, Dan - Väisälä, Leena - Kaimola, Kari (toim.): Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.
- Paalanen, Tommi 2011. Etiikka seksuaalineuvonnassa. Teoksessa Ritamo, Maija - Ryttyläinen-Korhonen, Katri – Saarinen, Sanna (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi - raportti 27/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perheentupa, Antti 2004. Raskaudenehkäisy imetysaikana. *Duodecim* 120 (12). 1467–1473.
- Pietiläinen, Sirkka 2009. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen. Teoksessa Paananen, Ulla – Pietiläinen, Sirkka – Raussi-Lehto, Eija (toim.): Kättilötyö. Helsinki: Edita. 540.
- Raussi-Lehto, Eija - Regushevskaya, Elena - Gissler, Mika - Klemetti, Reija – Hemminki, Elina. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. Kyselytutkimuksen peruseräraportti. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/da06c9a3-9e36-43a1-ac3b-693b1601d26c>>. Luettu 6.2.2012.
- Ritamo, Maija – Pelkonen, Marjaana – Nikula, Minna 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2>>. Luettu 24.11.2010, 6.2.2012.
- Ross, John A. – Winfrey, WL 2001. Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives*, 2001 Mar; 27 (1): 20-27.
- Ruusuvuori, Johanna 2005. Haastattelu. Toim. Tiittula, Liisa. Jyväskylä: Gummerus.
- Ryttyläinen, Katri 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Yhteiskuntatieteen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Ryttyläinen, Katri – Valkama, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Ryttyläinen-Korhonen, Katri 2011a. Osa1: Seksuaalineuvojana toimiminen. Julkaisussa Ritamo, Maija – Ryttyläinen-Korhonen, Katri – Saarinen, Saana (toim.): Seksuaalineuvonnan tueksi. Raportti 27/2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c>>. Luettu 17.2.2012.

Ryttyläinen-Korhonen 2011b. Sairaanhoidopiirien toiminta 2011 kyselyn mukaan. Sek-suaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman arviointi-työseminaari 13.12.2011. Helsinki.

Sannisto, Tuire – Mattila, Kari – Kosunen, Elise 2007. Raskauden ehkäisyneuvonta ter-veyskeskuksissa kyselytutkimus TAYS:n erityisvastuualueella. Suomen lääkäri-lehti 22/2007. 62. 2185–21921.

Sannisto, Tuire 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampe-reen yliopisto. Lääketieteen laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a. Terveiden edistämisen laatusuositus. STM esittei-tä 2007: 5. Verkkodokumentti. <http://stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1059553>. Luettu 2.11.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopisto-paino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja so-veltamisohjeet. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLE-11139.pdf> Luettu 17.9.2010.

Stakes 2008. Ritamo, Maija (toim.): Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikaissairaiden terveyspalveluissa. Stakes, työpaperei-ta 26/2008. Helsinki: Valopaino Oy. 29–30.

Suhonen, Satu 2010. Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen. Suomen Lääkärilehti 65 (38). 3033–3035.

Terveyskirjasto. Duodecim. 2010. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.mangusti.com/supli/www.emedicine.com/derm/http//%5C%5Cwww.emedicine.com/derm/TOPIC234/tk.koti?p_osio=108&p_artikkeli=Ilt02562&p_teos=Ilt&p_selaus=>> Luettu 17.9.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a. Sotkanet. <<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?currentEvent=valuetype®ionCount=2&sexCount=1&eventParameter=absolute&setId=p85c1a784c430d86b9d29a8e42a4680b710da5102c7a65d&indCount=3&yearCount=1>>. Luettu 8.2.2012

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b. Äitiysneuvola. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanitfi/palvelut/neuvolat/aitiysneuvola>. Luettu 3.2.2012

Viisainen, Kirsi (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suosituk-set 1999. STAKES Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. Helsinki.

- Vikat, Andres – Kosunen, Elise – Rimpelä, Matti 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: a register-based study. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 34 (2). 84–90.
- Väestöliitto 2006. Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki. Verkkodokumentti. <<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/8f61732ddecf576b2cda06a180c54199/1333997551/application/pdf/906885/Sekstervpolohjelma.pdf>>. Luettu 6.2.2012.
- WHO 2004. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition. World Health Organization. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf>. Luettu 4.2.2012
- World Association for Sexual Health 1999. Declaration of Sexual Rights. Verkkodokumentti. <<http://www.worldsexology.org/sites/default/files/Declaration%20of%20Sexual%20Rights.pdf>>. Luettu 15.1.2012.
- Ylikorkala, Olavi 2004. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala, Olavi – Kauppila, Antti (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Duodecim.

Raskaudenkeskeytykset; synnytykset samana tai edellisenä vuotena 2000–2010

Raskaudenkeskeytykset, synnytys samana tai edellisenä vuotena 2000–2010, (kotikunta Helsinki)											
Lähde: THL, Raskaudenkeskeyttämisrekisteri, 8.2.2012											
Synnytyksvuosi											
Keskeytyksvuosi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2000	23										
2001	136	39									
2002	86	122	28								
2003	62	91	121	27							
2004	52	60	78	130	33						
2005	32	47	48	84	116	32					
2006	28	23	32	52	82	123	34				
2007	18	23	33	34	62	91	93	29			
2008	14	16	27	21	37	48	86	121	27		
2009	6	14	16	13	35	26	55	64	107	39	
2010	12	9	21	29	28	21	39	68	94	100	35
Helsinki						Helsinki					
LKM					%OSUDET						
Kaikki keskeytykset yht.	Synnytys edellisenä vuonna	Synnytys samana vuonna	Ko. synnytykset yht.		Synnytys edellisenä vuonna	Synnytys samana vuonna	Ko. synnytykset yht.				
2001	1634	136	39	175	2001	8,3	2,4	10,7			
2002	1706	122	28	150	2002	7,2	1,6	8,8			
2003	1748	121	27	148	2003	6,9	1,5	8,5			
2004	1821	130	33	163	2004	7,1	1,8	9,0			
2005	1762	116	32	148	2005	6,6	1,8	8,4			
2006	1678	123	34	157	2006	7,3	2,0	9,4			
2007	1673	93	29	122	2007	5,6	1,7	7,3			
2008	1670	121	27	148	2008	7,2	1,6	8,9			
2009	1600	107	39	146	2009	6,7	2,4	9,1			
2010	1629	100	35	135	2010	6,1	2,1	8,3			
Helsinki						Helsinki					
LKM					%OSUDET						
Kaikki synnytykset yht.	Keskeytyks seuraavana vuonna	Keskeytyks samana vuonna	Ko. keskeytyks et yht.		Keskeytyks seuraavana vuonna	Keskeytyks samana vuonna	Ko. keskeytykset yht.				
2001	6075	122	39	161	2001	2,01	0,64	2,65			
2002	5990	121	28	149	2002	2,02	0,47	2,49			
2003	6240	130	27	157	2003	2,08	0,43	2,52			
2004	6147	116	33	149	2004	1,89	0,54	2,42			
2005	6121	123	32	155	2005	2,01	0,52	2,53			
2006	6450	93	34	127	2006	1,44	0,53	1,97			
2007	6277	121	29	150	2007	1,93	0,46	2,39			
2008	6916	107	27	134	2008	1,55	0,39	1,94			
2009	7007	100	39	139	2009	1,43	0,56	1,98			
2010	7259		35		2010		0,48				

Kysely raskaudenehkäisy palveluiden järjestämisestä, kevät 2010.

Neuvola-alue	Avovastaanotolla	Äitiysneuvolassa	Molemmissa
KESKUSTA			
Kallio		X	X
Koskela			X
Lauttasaari			X
Töölö		X	X
Vallila		X	
Viiskulma			X
LÄNSI			
Haaga			X
Laakso			X
Kannelmäki			X
Munkkiniemi	X	X	X
Pitäjänmäki			X
POHJOINEN			
Jakomäki	X		
Malmi	X		
Maunula			X
Oulunkylä	X		
Paloheinä			X
Pihlajamäki		X	
Puistola	X		

Neuvola-alue	Avovastaanotolla	Äitiysneuvolassa	Molemmissa
Suutarila			X
ITÄINEN			
Itäkeskus			X
Herttoniemi			X
Kivikko			X
Kontula			X
Laajasalo		X	
Vuosaari			X

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusana(t)	Hakujen määrä	Käytetyt tulokset
Medic	raskaudenehkäisy OR seksuaalineuvonta AND äitiysneuvola	246	9
Medic	raskaudenkesk* OR seksuaalineu* AND äitiysneuvola	78	11
Medic	raskaudenehk* AND imetys	17	1
Cinahl	contraception AND postnatal period	28	8
Cinahl	sexual counseling OR sex education AND postnatal period OR pregnancy	405	2

Käyttämistämme tietokannoista Medic sisältää viitteitä suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista kun taas Cinahl on kansainvälinen terveydenhuollon ja hoitotieteen viitetietokanta.

Aineiston valintakriteereinä olivat:

- Julkaisuvuodet 2000–2011
- Julkaisukielenä suomi tai englanti
- Cinahl -tietokannassa julkaisualue Eurooppa

Hakuja tehdessämme katsoimme hakutulokset ensin lävitse otsikkotasolla. Tämän jälkeen kävimme läpi valitsemamme aineiston tiivistelmät ja valitsimme artikkelit, jotka sopivat lähteiksi työhömmme. Yllämainittujen hakujen lisäksi teimme 73 hakua Cinahl -tietokannasta käyttäen seuraavia hakusanoja eri tavoin yhdistelemällä sekä rajaamalla: sexual health, sex education, sexual advice, postnatal period, pregnancy, maternal health services, maternal-child health, maternal-child care ja contraception. Työmme kannalta merkitykselliset julkaisut olivat kuitenkin löytyneet jo edellä kuvatun taulukon mukaisesti tehdyissä hauissa, joten emme eritelleet hakuja tarkemmin.

Tiedote tutkimuksesta

TIEDOTE 16.8.2011

**SEKSUAALITERVEYDEN PALVELUT HELSINGIN KAUPUNGIN
ÄITIYSNEUVOLOISSA****Opinnäytetyö**

Olemme Metropolia Ammattikorkeakoulun kättilöopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä Helsingin kaupungin äitiysneuvoloiden palveluista ja neuvonnan sisällöstä. Opinnäytetyö toteutetaan osana Metropolia Ammattikorkeakoulun Seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollon peruspalveluissa ja ammatillisessa koulutuksessa -hanketta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää seksuaaliterveyspalveluissa ehkäisyneuvontaa toteuttavien ammattihenkilöiden työmenetelmiä, ohjauksen ja neuvonnan sisältöä sekä kehitys- ja koulutustarpeita.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelututkimuksena Helsingin kaupungin neuvoloiden ylihoitajille. Tutkimusmenetelmänä on puolistrukturoitu teemahaastattelu. Lähestymme Teitä lähiaikoina sähköpostitse sopiaksemme haastatteluaikaa. Haastattelun olemme arvioineet vievän aikaa noin 45 minuuttia.

Haastattelujen purku ja litterointi tapahtuu syksyllä 2011 ja opinnäytetyön on tarkoitus valmistua vuoden 2011 loppuun mennessä, jonka jälkeen lähetämme Teille työmme. Lisäksi tulemme mielellämme kertomaan opinnäytteen tuloksista yksikköönne.

.....

Lisätietoja:

Katja Härkönen p. 0405293069, katja.harkonen2@metropolia.fi

Jenna Näppi p. 0505543997, jenna.nappi@metropolia.fi

Arja Liinamo p. 0207835735, arja.liinamo@metropolia.fi