



# **NUORTEN NAISTEN KUUKAUTIS- JA VUOTOHÄIRIÖT TERVEYDENHOITAJAN TYÖSSÄ**

Heidi Lahtinen

Silja Viitanen

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystieteiden suuntautumis-  
vaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

HEIDI LAHTINEN & SILJA VIITANEN:

Nuorten naisten kuukautis- ja vuotohäiriöt terveydenhoitajan työssä

Opinnäytetyö 105 sivua, josta liitteitä 34 sivua  
Marraskuu 2012

---

Opinnäytetyön aiheena oli nuorten kuukautishäiriöt terveydenhoitajan työssä. Tavoitteena oli edistää terveydenhoitajien tietämystä alle 22 –vuotiaiden kuukautishäiriöiden hoidosta ja niissä ohjaamisesta. Tarkoituksena oli kartoittaa terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarvetta nuorten kuukautishäiriöistä. Lisäksi selvitettiin heidän jo käytössään olevia toimintamalleja kuukautishäiriöiden hoidossa, ohjauksessa ja neuvonnassa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen kaupungin kanssa käyttäen aineistona nuorisoneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien antamia lausuntoja. Opinnäytetyöhön kuului teemahaastattelu avoimin kysymyksin kahdelle nuorisoneuvolan terveydenhoitajalle, jonka pohjalta laadittiin sähköinen kyselylomake antamaan enemmän tietoa lisäkoulutuksen tarpeesta laajemmalla terveydenhoitajajoukolta.

Kuukautishäiriöt ovat osa monen nuoren naisen elämää. Moni terveydenhoitaja kaipasi lisäkoulutusta nuorten kuukautishäiriöistä, niiden hoidosta ja ohjauksesta. Nuorten kuukautishäiriöt itsessään ovat erittäin moniulotteisia, joten nuoren tarkastelu kokonaisvaltaisesti on terveydenhoitajan työssä tärkeää. Monet nuorten kuukautishäiriöt voivat olla ehkäistävissä pelkillä elämäntavoilla. Lisäksi erilaiset ohimenevät tilat, kuten sukupuolitaudit ja tulehdukset, voivat aiheuttaa vuotohäiriöitä, kuten myös huonosti soveltuvat ehkäisymenetelmät. Toiset kuukautishäiriöt taas voivat olla täysin geneettisiä ja sisäsyntyisiä. Myös jokin krooninen sairaus tai sen lääkehoito voivat häiritä kuukautiskiertoa.

Ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi ovat rajatumpi keskittyminen johonkin yhteen aiheeseen, esimerkiksi endometrioosiin tai kuukautiskipuihin, ja niissä painottaa enemmän naisen kokemuksellisuutta. Ehkäisymenetelmiä, niihin liittyviä yleisiä uskomuksia ja niiden käyttöä kuukautishäiriöiden hoidossa kannattaa tutkia. Lisää tietoa kaivattiin maahanmuuttajanaisten ja kehitysvammaisten lisääntymisterveyden erityiskysymyksistä. Terveydenhoitajat kaipasivat materiaalia kuukautiskierron selittämiseen. Kehittämis-tehtävänä pidettiin koulutustilaisuus kuukautishäiriöistä Tampereen kaupungin koulu- ja opiskeluterveydenhoitajille.

---

Asiasanat: kuukautishäiriö, vuotohäiriö, lisääntymisterveys, kuukautiskierto

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Option of Public Health Nursing

HEIDI LAHTINEN & SILJA VIITANEN:

Menstrual Disorders of a Young Woman as a Part of the Public Health Nurse's Expertise

Bachelor's thesis 105 pages, appendices 34 pages  
November 2012

---

The overall goal of this bachelor's thesis was to widen public health nurses' knowledge about the menstrual disorders of young women and the treatments and counselling related to them. The aim of this bachelor's thesis was to chart the nurses' need for additional education on menstrual disorders, and find out what kind of procedures and counselling they currently provide to clients.

The research material consisted of interviews of two nurses working at Tampere Youth Counselling and of an inquiry that was answered by public health nurses working at Tampere School- and Student Health Care.

According to the research, menstrual disorders are very common and complicate the everyday life of several women. Prevention is essential because menstrual disorders may be prevented by a healthy lifestyle. Early interference can prevent bigger health problems when these disorders can be treated in advance through guidance or by medical or operational treatment.

In addition to some disorders caused by unhealthy lifestyle, also some temporary health problems such as sexually transmitted diseases and infections can cause these disorders. Furthermore, contraceptives can affect the menstrual cycle and gynecological health in many ways. On the other hand, some disorders can be genetic. Moreover, some chronic diseases or their medical treatment can disturb the menstrual cycle.

Many public health nurses thought that they need more information about menstrual disorders. On basis of the information gained in this study, a seminar was held for the public health nurses working at School- and Student Health Care.

Further research should be done on one special disorder, such as menstrual pain and the experience of women should be emphasized in the process. Also contraceptives used as a treatment in menstrual disorders and the beliefs related to them should be researched. Furthermore, more information on the special matters regarding immigrants' reproductive health is needed.

---

Key words: menstrual disorder, bleeding irregularity, reproductive health, menstrual cycle

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TERVEYDENHOITAJA NUORTEN NAISTEN TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ.....	7
2.1	Terveydenhoitaja terveyden edistäjänä.....	7
2.2	Terveydenhoitaja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.....	9
2.3	Nuorten naisten terveys .....	11
2.4	Tampereen nuorisoneuvola lisääntymisterveyden edistäjänä.....	13
3	KUUKAUTISHÄIRIÖT NUORUUSIÄSSÄ .....	14
3.1	Normaali puberteetti ja normaali kuukautiskierto .....	14
3.2	Nuorten kuukautishäiriöiden hoidon aloittaminen perusterveydenhuollossa .....	18
3.3	Teini-ikäisen anovulatoriset vuotohäiriöt .....	20
3.4	Epäsäännölliset kuukautiset.....	20
3.5	Erityyppiset kuukautiskierron häiriöt ja poikkeavat vuodot.....	21
4	LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ.....	25
4.1	Liikuntatottumusten ja painon vaikutus lisääntymisterveyteen.....	25
4.2	Stressin vaikutus lisääntymisterveyteen .....	28
4.3	Päihteiden vaikutus lisääntymisterveyteen .....	29
4.4	Lisääntymisterveydelliset sairaudet .....	31
4.5	Yleissairaudet kuukautishäiriöiden taustalla .....	34
4.6	Raskaudenehkäisy vuotohäiriöiden taustalla .....	35
4.7	Maahanmuuttajanaisen lisääntymisterveyden erityiskysymyksiä .....	36

5	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	40
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	41
6.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta .....	41
6.2	Opinnäytetyön toteutusprosessin kuvaus .....	43
6.3	Nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelu .....	45
6.4	Kyselylomake koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajille .....	54
6.5	Haastattelun ja kyselylomakkeiden yhteenveto .....	55
7	POHDINTA.....	58
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	58
7.2	Opinnäytetyön tarkastelu .....	60
7.3	Jatkotutkimusaiheet .....	63
7.4	Kehittämistehtävä .....	64
	LÄHTEET .....	66
	LIITTEET .....	71
	Liite 1. Syventävää tietoa erityyppisistä kuukautishäiriöistä .....	71
	Liite 2. Syventävää tietoa endometrioosista .....	75
	Liite 3. Haastattelukysymykset nuorisoneuvolan terveydenhoitajille.....	77
	Liite 4. Haastattelulupa nuorisoneuvolan terveydenhoitajille .....	80
	Liite 5. Kyselylomake opiskelu- ja kouluterveydenhuoltoon .....	81
	Liite 6. Arviointi- ja seurantalomake (Käypä hoito 2009, runsaat kuukautisvuodot) .....	87
	Liite 7. Kutsu koulutustilaisuuteen.....	91
	Liite 8. Koulutustilaisuuden diat .....	92



## 2 TERVEYDENHOITAJA NUORTEN NAISTEN TERVEYDEN EDISTÄJÄNÄ

### 2.1 Terveydenhoitaja terveyden edistäjänä

Terveydenhoitaja on terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija. Hän huomioi eri ikävaiheissa olevien ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Oleellista on yhteisön, väestön, perheiden ja yksilöiden aktivoiminen ylläpitämään omaa terveyttään. Tämä tapahtuu voimavaraistumisen ja itsehoidon vahvistamisella. Terveydenhoitajan työn pyrkimyksenä muun muassa on ennaltaehkäistä, huomata varhain sairauksia sekä hoitaa niitä. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 22.) Eräs terveydenhoitajan osaamisalueen ydin on asiakkaan kasvun ja kehityksen tunnistaminen suhteessa hänen elämänsä kulkuunsa sekä hoitotyön osaaminen (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 36–37).

Terveyden edistäminen on prosessi, jossa asiakas on aktiivinen toimija omassa elämässään terveytensä hyväksi. Prosessiin vaikuttavat asiakkaan ympäristö, yhteisölliset ja yksilölliset tekijät. Terveyteen kuuluu esimerkiksi fyysinen, psyykkinen, emotionaalinen, hengellinen, seksuaalinen ja sosiaalinen ulottuvuus. (Haarala & Mellin 2008, 51–54.) Terveyden edistäminen edellyttää yksittäisten toimenpiteiden lisäksi sitä tukevaa yleistä ilmapiiriä ja yhteiskunnallisia rakenteita. Varmuutta oikeista toimintatavoista ei voi olla, sillä tieto on muuttuvaa. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas, & Pirttilä 2010, 26–27.)

Terveydenhuollon ammattilaisella on lain mukainen velvoite antaa potilaalle tietoa hänen terveydestään, hoidoista ja riskitekijöistä siten, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 5 §.) Laadukkaassa ohjauksessa oleellista on potilaslähtöisyys eli potilaan tiedon tarpeen ja esimerkiksi omaisten huomioiminen. Asiakkaat kaipaavat usein ohjaukselta tietoa sairaudesta sekä tukea siitä selviämiseen. Ohjauksessa mutkikasta on se, että ohjattava ei aina sisäistä ohjausta, kieltää sen tai välttää sitä. (Kääriäinen 2007, 33–35.) Valmentavan elämäntapaohjauksen ydin on siinä, ettei pelkkä tieto terveellisistä elämäntavoista riitä muutokseen. Ohjaaja ei kaada tietoa asiakkaalle, vaan mahdollistaa oppimista. Asiakkaalla on vastuu omasta ter-

veydestään ja mahdollisuus edistää sitä itsehoidolla. Psykososiaalisuuden merkitys terveydelle on huomattava, esimerkiksi stressin vaikutus elimistöön. (Turku 2007, 13–32.)

Varhainen puuttuminen on olennainen osa terveydenhoitajan työtä. Kun terveydenhoitajan subjektiivinen huoli herää, on harkittava tarvittavia toimenpiteitä ja tarjottava tukea. Huolen puheeksi ottaminen on seuraava askel, ja siinä terveydenhoitaja pyrkii hakemaan varmistusta havainnoilleen pyytämällä asiakasta yhteistyöhön huolensa vähentämiseksi. Tärkeää on ottaa puheeksi jo pienikin huoli. Huolen vyöhykkeistön (taulukko 1) avulla terveydenhoitaja voi arvioida huolen määräänsä ja päättää puuttuako heti vai jäädäkö vielä seuraamaan tilannetta vai tarvitaanko jo moniammatillista yhteistyötä tilanteen ratkaisemiseksi. Varhainen puuttuminen on tarkoitettu alkuun lähinnä psykososiaalisten ongelmien käsittelyyn, mutta levinnyt sittemmin myös fyysisten ongelmien käsittelyyn. (Honkanen & Mellin 2008, 168–173). Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattien edustajat toimivat yhdessä käyttäen omaa ydinosaamistaan ja pitäen huolen omasta roolistaan. Perustana on asiakas ja hänen tarpeensa. Työtä tukevat hoito- ja palveluketjut, jotka terveydenhoitajan on hyvä hallita. Tavoitteena on epätietoisuuden vähentäminen toimintatavoista ja jatkohoitoon lähettämisestä. (Honkanen & Mellin 2008, 117–127.)

TAULUKKO 1. Huolen vyöhykkeistö (Arnkil & Eriksson 2009)

EI HUOLTA	PIENI HUOLI	TUNTUVA HUOLI	SUURI HUOLI
1	2	3	4
Ei huolta lainkaan.	Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessä.  Luottamus omiin mahdollisuuksiin hyvä.  Ajatuksia lisävoimavarojen tarpeesta.	Huoli kasvaa ja on tuntuva.  Luottamus omiin mahdollisuuksiin heikkenee.  Omat voimavarat ehtymässä.  Selvästi koettu lisävoimavarojen ja kontrollin *) lisäämisen tarve.	Huolta on paljon ja jatkuvasti, huoli on erittäin suuri.  Omat keinot loppumassa tai lopussa.  Lisävoimavaroja, kontrollia ja muutos tilanteeseen saatava heti.

\* kontrollilla tarkoitetaan tilanteen hallinnan lisäämistä rajoittamalla jotakin epätoivottavaa asiaa esimerkiksi päihteiden käyttöä



## 2.2 Terveydenhoitaja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

Terveydenhoitaja kohtaa nuoria eri koulutustasojen terveydenhuolloissa. Hyvän koulu-terveydenhuollon edellytys on terveydenhoitajan laaja tietämys nuorten kehityksestä ja terveydestä sekä sairauksista ja niiden ehkäisystä. (Terho 2002, 19–21.) Merkittäväksi nuoret ovat kokeneet surun, kriisien, syömishäiriöiden, ylipainon ja kilpaurheilun liittyvien valmennusohjelmien käsittelyn (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2002, 233–235). Kopäiväistä terveydenhoitajaa kohti suositellaan korkeintaan 600 oppilasta. Vuosina 2005 ja 2006 laatusuositukset sopivasta oppilasmäärästä eivät toteutuneet. (Rimpelä, Wiss, Saaristo, Happonen, Kosunen & Rimpelä 2007, 34–37.) Kuitenkin vuonna 2011 koululaisista suurin osa koki että terveydenhoitajan vastaanotolle on halutessa helppo päästä (THL 2011a).

Kouluterveydenhoitajan työ voi olla yksilö- tai yhteisökeskeistä. Yksilöön kohdistuva työ on esimerkiksi tarkastuksia, seulontoja, keskustelua ja sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Oppilaan kanssa käydään luottamuksellista keskustelua käyttäen interventiivisen haastattelun menetelmää. Yhteisöön kohdistuva työ on taas esimerkiksi yhteisön terveyden edistämisen suunnittelua ja toteutusta. (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 377.) Yhteisön eteen terveydenhoitaja voi toimia osana oppilashuoltoa, jonka pääpaino on ennaltaehkäisyssä (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 382). Mäenpään (2008) mukaan kouluterveydenhuollossa perheen huomioiminen on erityisen tärkeää, sillä se voi olla lapsen kannalta kuluttava tai voimaannuttava tekijä. Vanhemmat kaipaavat yksilöllisempää kohtaamista, jossa keskityttäisiin enemmän kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Lisäksi he kaipaavat terveydenhoitajan tukea lapsen siirtymävaiheissa, esimerkiksi murrosiän alkaessa. (Mäenpää 2008, 60–74.)

Opiskeluterveydenhoitaja kohtaa ammattikorkeakoululaisia, yliopistolaisia, lukiolaisia, toisen asteen ammatillisen oppilaitoksen sekä aikuiskoulutuksen opiskelijoita. Kolmannen asteen oppilaitoksissa painoalue on enemmän terveysneuvonnassa, sairassaanotossa ja ohjauksessa, verrattuna lukioihin ja ammattikouluihin, joissa terveystarkastukset vievät lähes puolet ajasta. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 18, 27.) Tampereen kaupungin internetsivuilla kerrotaan, että opiskeluterveydenhuolto antaa esimerkiksi syömiseen ja rentoutumiseen liittyvää ohjausta (Tampereen opiskelutervey-

denhuolto 2011). Nuorilla, jotka käyttävät opiskeluterveydenhuollon palveluita, on usein haastava elämäntilanne uusine muutoksineen, joka heijastuu koettuun psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen. Nuoret tekevät elämäntapoihin liittyviä valintoja, jotka kantavat aikuisuuteen asti. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006, 59.) Laaksosen mukaan terveydenhoitajat kirjasivat yleisimmin nuorten fyysisistä asioista, eivätkä juurikaan psyykkisistä, vaikka aikaisemmat tutkimustulokset kertovat, että noin kymmenesosalla nuorista on psyykkisiä ongelmia (Laaksonen 2012, 47–48).

Terveydenhoitajan työ opiskeluterveydenhuollossa koostuu yksilöön ja yhteisöön kohdistuvasta työstä sekä vastaanottotoiminnasta. Yhteisöön kohdistuva toiminta sisältää opiskeluhuoltotyötä, päihde- ja kriisityötä ja laajaa verkostotyötä eri toimijoiden, kuten mielenterveystoimiston ja opiskelijayhdistysten kanssa. Yhteisötasolla konkreettisia keinoja edistää terveyttä on esimerkiksi opiskeluympäristön kehittäminen. Yksilötasolla terveydenhoitaja tekee erilaisia tarkastuksia, kuten ammatinvalintaan liittyviä tarkastuksia sekä alku- ja seurantatarkastuksia. Vastaanottotoiminnassa terveydenhoitajan työ sisältää muun muassa sairaanhoitoa, ehkäisyneuvontaa, tutkimuksia, psykososiaalista tukea, rokotuksia ja ensiapua. Vastaanotolla voidaan antaa terveysneuvontaa käyttäen oheismateriaalina esitteitä ja nettimateriaalia. Haasteita opiskeluterveydenhuollossa ovat vastavalmistuneiden nuorten epäterveelliset elintavat ja työstressi. (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 399–402.)

Nuoren elämässä merkittävää on vastuun lisääntyminen. Päätöksiä saa ja pitääkin tehdä enemmän, esimerkiksi terveyden ylläpidon ja ammatinvalinnan suhteen. Nuoren itsemääräämisvalta toteutuu kuitenkin yleensä muiden sallimissa rajoissa. Sosiaalinen ympäristö vaikuttaa nuoren päätöksen tekoon, vaikka nyky-yhteiskunnassamme ihannoitaisiinkin itsenäisiä päätöksiä. (Vanhalakka-Ruoho 2007, 27–29.) Yksi merkittävä sosiaalinen rooli nuorten elämässä on seurustelusuhteilla. Seurustelun kautta nuori heijastaa omaa kuvaansa yhteisössä. Ohjaajan on siis tärkeää huomioida tämäkin osa-alue, sillä nuoren ohjaamisen tulee olla mahdollisimman kokonaisvaltaista. Yleensä terveydenhoitaja on koettu ammattihenkilöksi, jolle nuori voi puhua yksityisemmistä asioistaan. (Juuti & Kinnunen 2007, 59–61, 73.)

### 2.3 Nuorten naisten terveys

Koulunkäynti ja sen sujuminen kertovat nuorten terveydestä, ja suomalaiset nuoret ovatkin menestyneet koulussa hyvin verrattuna muihin maihin huolimatta siitä, etteivät nuoret pidä koulunkäynnistä. Melko moni nuori kokee, että koulunkäyntiin liittyvä työmäärä on liian suuri, eikä opiskeluun saada tarpeeksi tukea ja ohjausta. (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 366–367.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitos on teettänyt vuosien ajan kouluterveyskyselyitä peruskoulun 8.–9. -luokkaisille, lukion 1.–2. -luokkalaisille ja ammatillisten oppilaitosten 1.–2. -luokkalaisille. Vuosina 2010–2011 kyselyyn vastanneista tytöistä 30–50 prosenttia kokee kouluun liittyvän työmäärän olevan liian suuri ja oppilaiden mielipiteitä ei huomioida tarpeeksi koulutyön kehittämisessä. Lisäksi 40–60 prosenttia tytöistä kokee, ettei opettajia kiinnosta opiskelijoiden mielipide. Noin 15 prosenttia kokee koulu-uupumusta. (THL, 2011a.)

Jorosen (2005) väitöskirjassa tutkitaan nuorten hyvinvointia ja perheen vaikutusta siihen. Selvisi että suurin osa nuorista on tyytyväisiä elämäänsä, vaikka joka kymmenes ei koe elämäniloa. Keskeistä elämänilossa on perhesuhteet ja sisäinen tasapaino. Joronen tuo esiin, että tytöt kärsivät pahasta olostakin enemmän kuin pojat. (Joronen 2005, 88.) Kouluterveyskyselyn mukaan peruskoulussa ja lukiossa tytöistä 13–18 prosenttia kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta, kun taas ammatillisessa oppilaitoksessa jopa 49 prosenttia. (THL, 2011a.)

Lukioissa ja peruskoulussa viidennes tytöistä kokee terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi, ammatillisissa oppilaitoksissa puolet. Ammatillisissa oppilaitoksissa tytöistä 45 prosenttia harrastaa hengästyttävää liikuntaa korkeintaan tunnin viikossa, kun taas lukioissa ja peruskouluissa noin kolmannes. Ylipainoiseksi itsensä kokee noin kymmenesosa, ja aamupalan jättää puolet peruskoululaisista tytöistä syömättä, lukiossa 37 prosenttia ja ammatillisissa oppilaitoksissa 17 prosenttia. (THL, 2011b.) Kautiainen (2008) tekemässä väitöskirjassa tarkasteltiin nuorten lihavuutta ja ylipainoa vuosina 1977–1999. Tutkimustuloksena saatiin, että lihavuus on yleistynyt tasaisesti ja painoindeksijakauman yläpäässä tapahtui enemmän kasvua kuin alapäässä. Tutkimuksessa selvisi myös, että lihavuus on niillä tytöillä yleisempää, jotka käyttivät vertailuryhmää enemmän aikaa television ja tietokoneen parissa. (Kautiainen 2008, 11–12.)

Ylipainoon on puututtava heti koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, koska ylipainolla on kauaskantoisia vaikutuksia myöhempään lisääntymisterveyteen. Yhä useampi lapsi tai nuori on ylipainoinen, ja lapsuudenaikainen ylipaino myös usein säilyy aikuisikään saakka. Ylipainon esiintymishuiput ajoittuvat tytöillä esikouluikään (5–7 vuotta) ja ikävuosiin 14–18. (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899–1907.) Peruskoululaisista ja lukiolaisista tytöistä 15–21 prosenttia sekä ammatillisissa oppilaitoksissa jopa yli puolet viettää arkipäivänä neljä tuntia tai enemmän aikaansa tietokoneella, katsellen televisiota tai kännykkänsä parissa. Nukkumaan nuorista naisista kolmasosa menee myöhemmin kuin yhdeltätoista illalla. Tupakointi päivittäin on yleisempää ammatillisisten oppilaitosten (31 %) tytöillä kuin lukiossa (11 %) ja peruskoulussa (14 %). Ammatillisissa oppilaitoksissa olevat tytöt (39 %) myös juovat itsensä todella humalaan vähintään kerran kuussa, useammin kuin lukiolaiset (23 %) ja peruskoululaiset (16 %). (THL, 2011a.)

Lisääntymisterveydellä tarkoitetaan seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen liittyviä toimintoja, kuten raskauteen ja lasten hankintaan liittyviä ilmiöitä, joilla on terveysulottuvuus. Suomessa seksuaali- ja lisääntymisterveydessä on tapahtunut muutoksia. Alle 30-vuotiaat käyttävät ehkäisykeinona kondomia entistä enemmän ja ehkäisy pillereitä vähemmän. Sukupuolitaudit ovat yleistyneet. Hedelmättömyys, raskaaksi tulemisen vaikeus ja tahaton lapsettomuus on yleistynyt. Lisääntymisterveyteen vaikuttaa muun muassa asuinalue ja koulutustaso. Korkeasti koulutetuilla on vähemmän raskauksia ja niiden keskeytyksiä. Pohjois-Suomessa raskauksia, synnytyksiä ja keskenmenoja on enemmän. (Koponen & Luoto 2004, 4.)

Koposen ja Luodon (2004, 4) mukaan kuukautisten alkamisikä on varhaistunut. Kuitenkin Apterin (2005, 1863) mukaan menarkeiän alkaminen on pysynyt pitkään samana Suomessa. Biologinen ja sosiaalinen kypsyminen voivat tapahtua eri rytmissä, jolloin nuori voi olla biologisesti kypsä esimerkiksi seksuaaliseen kanssakäymiseen, vaikei sosiaalisesti tätä olisi. Dunkel ja Wehkalampi (2009) ilmaisevat artikkelissaan huolensa lapsuuden lyhenemisestä. Kuukautisten varhaistumiseen liittyy monia ilmiöitä, kuten ylipainon lisääntyminen useissa teollisuusmaissa, median korostama seksuaalisuus, ympäristön kemikaalit sekä elintaso. (Dunkel & Wehkalampi 2009, 1490–1491.)

Kuortin (2012) mukaan nuorten seksuaalisesta käyttäytymisestä muodostunut kuva saattaa olla yksipuolinen. Tutkimuksissa usein lähestytään ilmiötä riskikäyttäytymisen pohjalta. Tyttöjen seksuaalisessa käyttäytymisessä ihmissuhteilla ja vastuulla on merkitystä enemmän verrattuna mahdollisiin riskeihin, joita seksuaalisesta kanssakäymisestä voisi seurata. Esimerkiksi ensiyhdyntämisessä valintoihin vaikuttivat enemmän perheen ja kumppanin suhtautuminen. Lisäksi taloudellinen pärjääminen ja opinnot olivat esillä ratkaisuja tehdessä. Nuorten kanssa työskentelevien olisi tärkeää huomioida nuorten tekemiä valintoja ja tekijöitä, jotka vaikuttavat valintoihin. Kukin nuori tulee kohdata yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti, sillä nuorten luokittelu kategorioihin ei hyödytä ketään. (Kuortti 2012, 9–10.)

## **2.4 Tampereen nuorisoneuvola lisääntymisterveyden edistäjänä**

Tampereen nuorisoneuvolaan, jota kutsutaan myös ehkäisyneuvolaksi, lähetetään usein ehkäisyn aloittavat nuoret naiset. Nuoret saavat apua myös kuukautisvaikeuksiin, seurusteluongelmiin ja raskauden keskeytykseen. (Nuorisoneuvola 2011.) Nuorisoneuvolassa terveydenhoitaja voi aloittaa ehkäisypillerit. He saavat antaa ilmaisen kolmen kuukauden aloituspaketin mikäli anamneesissa ei ilmene mitään erityistä. Sitten lääkäri arvioi kahden kuukauden käytön jälkeen valmisteen sopivuuden asiakkaalle, tekee gynekologisen tutkimuksen ja kirjoittaa reseptin jatkoa varten. Tampereella ei yleensä aloiteta yläasteikäisille kouluterveydenhuollossa pillereitä, ja lukioikäisillekin vain silloin, kun on ehkäisyasioihin perehtynyt opiskeluterveydenhuollon lääkäri, joka tarkastuksen yhteydessä voi helposti aloittaa pillerit.

Nuorisoneuvola palvelee noin 13–22 -vuotiaita, alaikäraja ei kuitenkaan periaatteessa ole. Nuorisoneuvola palvelee nuoria, jotka eivät kuulu opiskeluterveydenhuoltoon, esimerkiksi yläasteikäisiä ja väliavuotta pitäviä. Vaikka lukiolaiset kuuluvat opiskeluterveydenhuoltoon, ohjataan heidät ehkäisyasioissa nuorisoneuvolaan, samoin kuin monet väliavuotta pitävät, jotka kuuluvat myös työterveyshuoltoon. Ammattikoululaiset eivät kuulu asiakaskuntaan, mutta toisinaan hekin käyttävät nuorisoneuvolan palveluita. Nuorisoneuvolaan ei tarvitse lähetettä. (Juvonen & Pyykkönen 2012.)

### 3 KUUKAUTISHÄIRIÖT NUORUUSIÄSSÄ

#### 3.1 Normaali puberteetti ja normaali kuukautiskierto

Puberteettikehitys etenee hyvin yksilöllisen kaavan mukaan. Se aktivoituu tuntemattomasta syystä, kun gonadotropiinien erityis lisääntyy aiemmin gonadotropiinien vapauttajahormoniin (GnRH) kohdistuneen estovaikutuksen hävittyä (Laine 2005, 1875–1879). Aivolisäkkeestä vapautuvat FSH (follikkelia stimuloiva hormoni) ja LH (luteinisoiva hormoni) saavat tytön munasarjojen munarakkulat kasvamaan ja estrogeenituotannon käyntiin. Hypotalamus-hypofyysi-sukurauhaset –akselin toiminta kypsyy jo sikiökaudella, mutta on vaiennettuna lapsuusiän kuitenkin pysyen toimintavalmiudessa. Mikäli tähän vaiennusjärjestelmään tulee häiriö, voi puberteetti käynnistyä poikkeavan varhain. (Keskinen & Saha 2009, 5–14.)

Useimmilla tytöillä rintarauhasen kasvu 8–13 vuoden iässä on puberteetin ensimmäinen merkki, joillakin taas häpykarvoituksen lisääntyminen. Kun kiivaimman kasvupyrähdyksen aika alkaa olla ohi ja ollaan kasvun hidastuman vaiheessa, on usein menarken aika. Rintojen kehityksen alkamisesta menarkeen kuluva aika voi olla 0,3–4,4 vuotta. (Laine 2005, 1875–9.) Sukupuolista kehitystä kuvataan Tannerin asteikolla (taulukko 2), jotta kaikki terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtäisivät vaiheet samalla tavalla, kun niistä puhutaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon läheteissä. Vaihe 5 tarkoittaa että kehitys on jo saavuttanut täydellisyytensä ja vaihe 1, että kehitys ei ole vielä tältä osalta käynnistynyt. Puberteettikehityksen arviointi kuuluu kouluterveydenhuollon tärkeisiin tehtäviin. (Keskinen & Saha 2009, 5–14.)

TAULUKKO 2. Puberteettikehityksen asteet Tannerin arviointiasteikon mukaan (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011, 38)

Tytön kehitys: rinnat	
M1	Lapsen rinta, vain nänni on koholla
M2	Nuppuaste, rinta ja nänni kohoavat hieman, ja rauhaskudosta tuntuu tunnusteltaessa, nännipiha on suurentunut
M3	Rinta ja nännipiha ovat edelleen suurentuneet, niiden ääriviiva muodostaa sivulta katsottuna yhtenäisen kaaren
M4	Nännipiha kohoaa ja muodostaa päälle erillisen kummun
M5	Kypsä rinta, vain nänni on koholla rinnasta nännipihan laskettua takaisin yhtenäiseen ääriviivaan
Pojan kehitys: sukupuolielimet	
G1	Kivekset (pituus <20 mm), kivespussi ja penis ovat suunnilleen samankokoiset ja mittasuhteiset kuin varhaislapsuudessa
G2	Kivespussi ja kivekset ovat suurentuneet (pituus >20 mm), kivespussin iho on punertunut ja ohentunut, mutta penis ei ole vielä suurentunut
G3	Penis on pidentynyt, ja kivekset ja kivespussi ovat edelleen kasvaneet
G4	Penis on edelleen kasvanut, myös paksuuntunut, terska on kehittynyt, kivekset ja kivespussi ovat edelleen suurentuneet, kivespussi on tummentunut
G5	Aikuisen kokoa ja muotoa olevat sukupuolielimet
Häpykarvoitus (tytöt ja pojat)	
P1	Kuten lapsella, häpyseudun karvoitus ei poikkea vatsan karvoituksesta
P2	Pitkiä, vähän pigmentoituneita, untuvaisia, suoraa tai hieman kihartuvia karvoja niukasti häpyhuulissa tai peniksen tyvessä
P3	Huomattavasti tummempi, karkeampi ja kiharampi karvoitus, joka leviää niukasti häpyliitoksen päälle
P4	Aikuistyyppinen karvoitus, mutta vielä huomattavasti pienemmällä alueella, ei leviä reisien sisäisivuille
P5	Aikuistyyppinen karvoitus, yläraja vaakasuora, ei leviä navan suuntaan, mutta kylläkin reisien sisäisivuille
P6	Karvoitus leviää myös navan suuntaan

Mikäli puberteettikehitys ei etene samassa tahdissa kuin muilla samanikäisillä, juuri siinä iässä kun on tärkeää olla samankaltainen ikäistensä kanssa, aiheutuu tästä usein nuorelle suurta huolta ja hätäännystä. Tällöin on tärkeää myötäelää tämän tunteen kanssa ja tarjota asiallista informaatiota. Muutenkin kun puberteettiaika on henkisen myllerryksen ja sopeutumisen aikaa. (Keskinen & Saha 2009, 16–20.)

On kehitetty seulontasääntöjä löytämään ne nuoret, joiden puberteettikehitys etenee varhaisessa tai myöhäisessä aikataulussa. Heidän kohdallaan on varmistettava, ettei taustalla ole puberteettikehitystä hidastavaa sairautta, ja vaikkei olisikaan, tarvitsevat he psyykkistä tukea poiketessaan fyysiseltä olemukseltaan valtavirrasta. (Keskinen & Saha 2009, 16–20.) Viivästyneessä ja varhaisessa puberteetissa löytyy usein lähiomaisilla samalla lailla etenevää puberteettikehitystä. Jos tytön rintarauhasen kasvu ei ole alkanut

13 ikävuoteen mennessä, on hänet syytä lähettää erikoissairaanhoidon arviointiin. Yhden lisävuoden seuranta sallitaan kuitenkin, jos jompikumpi vanhemmistakin on ollut myöhään kypsynyt. Kuitenkin sukupuolihormonien vajaaeritys eli hypogonadismi tulisi havaita varhain, jotta tyttö ei poikkeaisi liiaksi ikätovereistaan ja tästä aiheutuisi haittaa psykososiaaliselle ja persoonallisuuden kehitykselle. Samoin on syytä epäillä kuukautisvuodon tyyppisen vuodon syynä olevan muu kuin kuukautisiin liittyvä, mikäli rintarauhasen kehitys ei ole lainkaan alkanut. (Laine 2005, 1875–9.) Joskus harvoin menarke voi olla ensimmäinen merkki puberteetista, mutta tilanne vaatii selvittelyä. Usein kahden vuoden kuluttua rintarauhasen kehittymisen alusta koittaa menarke. Häpykarvoituksen kasvu voi alkaa jo ennen rintojen kehityksen alkamista. (Keskinen & Saha 2009, 12–14.) Ohessa taulukko, joka selventää puberteettikehityksen varhaisimpia ja myöhäisimpiä ajankohtia (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Puberteettiseula (Mäki, Wikström, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011, 41)

Tytöt	Ei ennen	Viimeistään
M2	8,0 v	13,0 v ja 1,25 v:n kuluttua P2:sta
P2	9,0 v	13,5 v
Kasvun nopeutuminen	9,0 v	13,5 v
Menarke	10,5 v	15,5 v ja 4,5 v:n kuluttua M2:sta
Pojat	Ei ennen	Viimeistään
G2	9,5 v	13,5 v
P2	10,0 v	14,0 v
Kasvun nopeutuminen	10,5 v	15,5 v

Pituuskasvulla ja puberteettiasteella on yhteys toisiinsa. Kasvupyrähdysten taustalla on sekä estrogeenivaikutus että kasvuhormonin lisääntyminen. Suuri määrä estrogeenia pysäyttää kasvun luoduttamalla kasvulinjat, pieni määrä taas kiihdyttää sitä. Ennen puberteetin käynnistymistä eletään hitaimpia lapsuudenaikaisia kasvuvaiheita. Mitä myöhemmäksi kasvupyrähdys sijoittuu, sitä hitaammaksi kasvupyrähdys ehtii hiipua ennen sitä. Tytöt ottavat kasvupyrähdysten usein varhaisessa vaiheessa (noin 12 v., vaihe M3). Menarken alkaessa kasvupyrähdys alkaa olla ohitse hitaamman pituuskasvun jatkuessa menarken jälkeen vielä noin kaksi vuotta. (Keskinen & Saha 2009, 5–14.)

Varhainen puberteettikehitys on tytöillä yleisempää kuin pojilla. Tyttöillä nopeutuneen aikataulun takana ei ole niin usein jokin sairaus kuin pojilla, on vain kyse tuntematto-



masta syystä tapahtuneesta ”puberteettikontrollin pettämisestä” eli idiopaattisesta ennaikaisesta puberteetista. Hoitoa voidaan haluta kuitenkin sosiaalisista syistä tai pituuskasvun jatkumisen varmistamiseksi. Ennaikaisen puberteettikehityksen tutkimiseksi erikoissairaanhoidossa voidaan tehdä hormonitutkimuksia, tutkia luustoikä sekä tehdä keskushermoston ja sukurauhasten kuvantamistutkimuksia. (Keskinen & Saha 2009, 16–20.)

Varhaisen puberteettikehityksen arvioinnissa on tärkeä arvioida, ovatko ilmaantuneet sukupuoliominaisuudet androgeenisia, estrogeenisia vai molempia. Estrogeenisiin kuuluu telarke, joka tarkoittaa ohimenevää rintarauhasen kehittymistä, vaikkei muita puberteetin merkkejä ole. Androgeenista adrenarkea, eli mieshormonien käynnistämää ennaikaista puberteettia, esiintyy usein ennen varsinaista murrosikää, mutta sen esiintyessä ennen kahdeksan vuoden ikää, on sitä syytä tutkia erikoissairaanhoidossa. Lisämunuaisien erittämien mieshormonien ilmaantumiseen viittaavat aikuistyyppinen hikoilu, häpy ja kainalokarvoitus, hiusten ja ihon rasvoittuminen sekä kiihtynyt pituuskasvu. (Laine 2005, 1875–1879.)

Tyttöjen hidas puberteettikehitys on harvinaista ja vaatii harvoin asiaan puuttumista normaalivariaationa esiintyessään. Hitaan puberteettikehityksen taustalla voi olla kromosomaalinen tai hormonituotannon vika sekä sairaudet, jotka hidastavat pituuskasvua, esimerkiksi keliakia tai tulehdukselliset suolistosairaudet. Ongelma voi olla keskushermoston tai sukurauhasten tasolla. Viimeksi mainitusta on esimerkkinä tytöillä yleisin kromosomihäiriö Turnerin oireyhtymä. Tässä tilanteessa puberteetti voi käynnistyä normaalisti, muttei etene odotetulla tavalla. Kasvuhormonin puutteen lisäksi munasarjojen toiminta hiipuu vähitellen, ja tulee ennaikainen menopaussi, jota varten tarvitaan hormonikorvauslääkitys. (Keskinen & Saha 2009, 31–32.)

Keskimääräinen kuukautisten alkamisikä on 12,5 vuotta. Kuukautiskierto kestää normaalisti 23–35 päivää ja keskimäärin 28 päivää. Kuukautiskierto alkaa ensimmäisestä vuotopäivästä. Kuukautisvuoto kestää 3–8 vuorokautta ja sinä aikana verta menetetään n. 30–50 ml. (Eskola & Hytönen 2002, 40–43.) Yleensä menarken jälkeisen ensimmäisen vuoden keskimääräinen kierron pituus on 32,2 vuorokautta, vaihdellen kuitenkin 21–45 vuorokauden välillä (Tinkanen 2011, 1279–1282).

Hormonitoiminnan vaihtelut aiheuttavat muutokset kohdun limakalvoon eli endometriumiin. Väliaivojen alaosassa oleva hypothalamus erittää gonadoliberiinia eli gonadotropiineja vapauttavaa hormonia (GnRH = gonadotropin releasing hormone) aivolisäkkeeseen eli hypofyysiin. Tämä taas vapauttaa verenkiertoon gonadotropiineja eli FSH:a (follitropiini, follikkelia stimuloiva hormoni) ja LH:a (lutropiini, luteinisoiva hormoni), jotka vaikuttavat sukurauhasten toimintaan. FSH kypsyttää munarakkulaa ja sen sisällä olevaa munasolua, LH taas saa aikaan munasolun puhkeamisen munarakkulasta ulos eli ovulaation. Syntyvä keltarauhanen erittää keltarauhashormonia ja estrogeenia. Ovulaation yhteydessä esiintyvä puolen asteen lämmön nousu johtuu erittyvästä progesteronista. Keltarauhasen surkastuessa progesteronin erityys vähenee, ja kuukautisten aikaan estrogeenien ja progesteronin erityys on pienimmillään. Tämä taas saa aktivoitua kierron alkamisen uudelleen, kun hypothalamus saadaan vähäisillä hormonimäärillä ärsytettyä erittämään GnRH:a johtuen verenkierrossa kiertävien hormonien ja keskushermoston välisestä palautevaikutuksesta. (Eskola & Hytönen. 2002, 40–43.)

Limakalvo on ohuimmillaan menstuaation päätyttyä, ja estrogeenin vaikutuksesta se alkaa vähitellen paksuuntua kymmenen päivän ajan ovulaatioon asti, jolloin sen paksuus on 2-3 millimetriä. Tätä vaihetta kutsutaan proliferaatiovaiheeksi, jolloin endometriumiin muodostuu rauhasia ja verisuonia, jotta hedelmöittynyt munasolu voisi siihen kiinnittyä. Sitten kasvuvaihe loppuu, ja alkaa progesteronin eli keltarauhashormonin ja estrogeenin yhdessä aiheuttama sekreetio- eli eritysvaihe. Silloinkin limakalvo paksuuntuu siihen kertyessä rasvaa ja glykogeenia. Rauhaset laajenevat ja niiden erityys lisääntyy. Limakalvo on 4-6 millimetrin paksuinen muutamaa päivää ennen kuukautisvuotoa. Sitten keltarauhanen surkastuu, progesteronia ei erity ja limakalvon toiminnallinen osa poistuu menstuaatiossa. Jäljelle jää 0,5-1 millimetrin paksuinen tyvikerros, josta alkaa vuoden loputtua rakentua uusi toiminnallinen kerros. (Eskola & Hytönen. 2002, 40–43.)

### **3.2 Nuorten kuukautishäiriöiden hoidon aloittaminen perusterveydenhuollossa**

Hoitoa vaativat kuukautishäiriöt, kuten vaikea runsas vuoto ja pitkittyneet kuukautishäiriöt hoidetaan erikoissairaanhoidossa, mutta ensikohtaaminen ja syiden selvittämi-

nen alkaa jo perusterveydenhuollossa (Tinkanen 2011, 1279). Perusterveydenhuollossa selvitetään esitiedot, yleistila sekä voidaan tehdä esimerkiksi laboratoriokokeita (Halttunen & Suhonen 2005, 1884).

Terveystenhoitaja voi pyytää asiakasta pitämään kuukautispäiväkirjaa, johon kirjataan vuodon alkamis- ja loppumisajankohdat sekä vuodon määrä. On tärkeää kysellä liikunta- ja ravintotottumuksista, painon muutoksista, yhdynnöistä sekä ottaa selvää käytössä olevasta lääkityksestä. (Tinkanen, 2011, 1279–1282.) Terveystenhoillon ammattilaisen, kuten terveystenhoitajan, on tunnettava nuoren naisen kehossa tapahtuvat normaalit muutokset murrosiässä, jotta hän kykenee tunnistamaan poikkeukset, jotka vaativat jatkohoitoa (Apter 2005, 1863). Jatkohoitoon lähettäminen on tärkeää, sillä vaivojen takana voi olla jokin todellinen ongelma (Tinkanen, 2011, 1279–1282). Jos kyse on esimerkiksi primaarisesta amenorrasta jonkin geneettisen syyn takia, tästä kärsivä tyttö on yleensä varsin järkyttynyt hedelmällisyyttä koskevista uutisistaan. Silloin hän kaipa keskustelua ammattilaisen kanssa omasta kehityksestään, hedelmällisyydestään ja seurustelusta. Päällimmäisenä saattaa olla ajatus siitä, onko normaali vai erottuuko jotenkin muista. Heidän mieltänsä saattaa askarruttaa sekundaaristen sukupuoliominaisuuksien kehittymiseen liittyvä huoli sekä epätietoisuus tulevasta ehkäisyntarpeesta. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–1888.)

Tutkimukset voidaan aloittaa ottamalla pituus, paino, verenpaine ja arvioida rintojen kehitysastetta, karvoitusta ja aknea. Raskaustesti on hyvä tehdä raskauden mahdollisuuden poissulkemiseksi vuotohäiriötilanteissa. Perusterveydenhuollossa esimerkiksi amenorreaa tutkittaessa otetaan ensivaiheen laboratoriokokeet ja kokeillaan progesteriinikokeella kohtuvaste eli saadaanko kuukautisvuoto aikaiseksi niiden avulla. Jos ei, potilas siirtyy erikoissairaanhoidon, sillä kyse saattaa olla hypoestrogenisestä tilasta tai rakenneviasta. Myös FSH- ja LH -pitoisuudet voidaan ottaa jo perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon varten. Suuret pitoisuudet viittaavat munasarjaperäiseen amenorreaan, kun suuret gonadotropiinipitoisuudet yrittävät saada munasarjoja toimimaan. Pienet pitoisuudet viittaavat aivolisäkeperäiseen tai hypotalaamiseen amenorreaan, jolloin naishormonien tuotanto ei ole mahdollista niiden aivoperäisten esiasteiden puuttuessa. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–1888.)

### 3.3 Teini-ikäisen anovulatoriset vuotohäiriöt

Anovulatoriset vuotohäiriöt ovat tavallisia niin hedelmällisen kauden alku- kuin loppupäässäkin, pian menarken jälkeen ja ennen menopaussia. Menarken lähivuosina ovulaatiota ei tapahdu välttämättä ollenkaan tai se tapahtuu harvoin. Tämä johtuu hypotalamus-hypofyyssi-munasarja – akselin kypsyttömyydestä ja sen aiheuttamasta hormonihäiriöstä. Kun munasolu ei irtoa ja ovulaatiota ei tapahdu, ei erity keltarauhashormonia, joka muuttaisi kohdun limakalvon tukevaksi. Tällöin estrogeenin kasvattama kohdunlimakalvo poistuu epätasaisesti ja omaan tahtiinsa estrogeenitasojen vaihdellessa ja aiheuttaessa limakalvon hauraiden suonien vuotoa epäsäännöllisesti ja määrältään vaihtelevasti. (Tinkanen 2011, 1279–1282.) Vuotojen väli voi olla pitkä. Endometrium on voinut kasvaa estrogeenin vaikutuksesta muodostaen isoja kystisiä rauhasia, jolloin vuoto voi olla hengenvaarallisen runsastakin. Tätä kutsutaan juveniiliksi metropatiaksi (Ylikorkala & Kauppila 2004, 86.)

Nuorelle naiselle ja tämän vanhemmille on syytä kertoa, että yleensä kahden vuoden kuluttua menarkesta kierto usein säännöllistyy suurimmalla osalla nuorista, helpoimmin niillä, joiden kuukautiset ovat alkaneet varhaisemmassa iässä. Noin viidesosalla häiriöitä esiintyy vielä viiden vuodenkin jälkeen, ja pienikin stressi pystyy niihin myötävaikuttamaan näinä ensimmäisinä vuosina. (Tinkanen 2011, 1279–1282.) Erotuksena anovulatorisiin häiriöihin ovulatoriset vuotohäiriöt johtuvat keltarauhasen vajaatoiminnasta, ilmentyen niukkoina vuotoina. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 86–87.)

### 3.4 Epäsäännölliset kuukautiset

Mikäli vuotopäivien alkamisajankohta vaihtelee vain vähän eivätkä vuodot ole pitkittyneitä, ei ole kyse sairaudesta tai sen oireesta. Lääkəriin on kuitenkin syytä mennä, jos aiemmin säännölliset kuukautiset ovat poissa yli kolme kuukautta, esiintyy vaikeita elämää haittaavia yleisoireita, pitkittynyttä vuotoa tai epämääräistä välivuotoa. (Tiitinen 2011b.)

Epäsäännöllisten kuukautisten syyn selvittäminen lähtee käyntiin kartoittamalla ensin raskauden mahdollisuus. Selvitetään anamneesi kuukautistilanteesta, muista oireista ja gynekologisista sairauksista. Sitten verikokein selvitetään kilpirauhasen toimintaa kuvaava TSH sekä aivolisäkkeen maitohormoni prolaktiini. Viitteitä hormonitoiminnasta ja rakenteellisista poikkeamista antaa vielä munasarjojen ja kohdun kaikututkimus. Hoidtoa hormonilääkityksellä ei välttämättä tarvita, jos kuukautiset tulevat itsestään muuttaman kerran vuodessa. Voidaan kuitenkin käyttää jaksoittaista keltarauhashormonia tasoittamaan kierto. Sitä käytetään kerran kuukaudessa 10–12 päivän ajan aikaansaamaan vuoto. Yhdistelmäehkäisytabletti on kuitenkin parempi vaihtoehto, mikäli lisäksi tarvitaan raskauden ehkäisyä. (Tiitinen 2011b.) Jos yhdistelmäehkäisytabletit on aloitettu epäsäännöllisistä kuukautisista kärsivillä, eikä vaiva ole korjaantunut ennen tätä, on tyypillistä, että pillereiden lopettamisen jälkeen kuukautiset jatkuvat edelleen epäsäännöllisinä. Yhdellä 200:sta pillereiden lopettajista kuukautiset voivat olla poissa kokonaan 3-6 kuukautta. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–1888.).

### 3.5 Erityyppiset kuukautiskierron häiriöt ja poikkeavat vuodot

*Amenorrea* (liite 1) tarkoittaa kuukautisten puuttumista kokonaan. Se voidaan jakaa *primaariin* ja *sekundaariin*. Primaariamenorreaa sairastavalla ei ole ikinä ollutkaan kuukautisia, ne eivät ole ilmaantuneet 16 ikävuoteen mennessä tai puberteettikehitystä ei ole havaittavissa 13 ikävuoteen mennessä. Sekundaariamenorreaa sairastavalla taas on joskus ollut kuukautiset, mutta ne ovat loppuneet yhtäkkiä. (Tinkanen, 2011, 1279–1282.) Sekundaariamenorreasta on kyse, jos kuukautisia ei ole ollut kuuteen kuukauteen tai menarken jälkeen kolme kuukautisvuotoa on jäänyt pois. Kumpikin tyyppi voi olla niin hypotalamus-, aivolisäke- kuin munasarjaperäinen tai johtua rakennepoikkeavuudesta. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–1888.)

*Hypomenorrea* (liite 1) tarkoittaa niukkoja ja lyhytkestoisia kuukautisia. Sitä esiintyy yleensä ehkäisytablettien tai hormonikierukan käyttäjillä, ja se on täysin vaaratonta, johtuen hormonin endometriumia ohentavasta vaikutuksesta, joka loppuu pillereiden käytön loputtua. Osalla niistä, jotka käyttävät estrogeenimäärältään pienien annoksien ehkäisytabletteja, ei tule taukovuotoa lainkaan. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 86.) Koska

hypomenorrea voi johtua myös liian alhaisesta estrogeenin erityksestä, on se tavallista syömishäiriöisillä munasarjojen toiminnan hiipuesssa, edetessä ehkä kohti amenorreaa (Halttunen 2004, 79).

Alle 23 vrk:n välein tulevat kuukautiset merkitsevät *polymenorreaa* (liite 1). Silloin munarakkulan kypsyminen on häiriintynyt, kierron follikkelivaihe jää liian lyhyeksi ja anovulatoriseksi. Nuorilla tämä on yleistä hypotalamus-aivolisäke-munasarja – akselin kypsymättömyyden takia, ja ajan kanssa vaiva korjaantuu. Ehkäisytableteilla kierto saadaan normaalin mittaiseksi ja raskauden alkua voidaan edesauttaa annettavin FSH-pistoksia, jotka myötävaikuttavat munarakkulan kypsymiseen. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 79.)

Jos kuukautiskierto on yli 36 vrk, on kyse *oligomenorreasta* (liite 1) eli harvoista kuukautisista. Kyse on munarakkulan kypsymisen häiriöstä. Syömishäiriöisellä potilaalla oligomenorrea on tavallista hypomenorrean ohella. Myös monirakkulaiset munasarjat (PCOS) tai hyperprolaktinemia voivat olla taustalla. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 79.) Samoin myös hypotyreoosissa kuukautiset tulevat harvemmin. Niin anorektikoilla kuin ylipainoisillakin harvat kuukautiset voivat ennakoita amenorreaa. Hoitovaihtoehtona on syklinen progestiinihoidot kolmen kuukauden välein 12–14 vuorokauden ajan, joka saisi aikaan kuukautisvuodon kohdun kannalta riittävästi eli neljästi vuodessa. Toinen vaihtoehto on yhdistelmäehkäisyvalmisteet, jotka sopivat lisäksi raskauden ehkäisyä tarvitseville. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–1888.)

*Dysmenorreaa* (liite 1), eli niin kivuliaita kuukautisia, että ne haittaavat naisen elämää, on primaarista ja sekundaarista. Primaarisesta eli heti menarkesta lähtien olevasta kivusta kärsii n. 13 %. Oireina esiintyy supistuksenomaista alavatsakipua säteillen reisiin ja selkään, pahoinvointia ja oksentelua. Voi esiintyä ripulia, huimausta, päänsärkyä ja väsymystä. Sekundaarista dysmenorreaa taas voi esiintyä monien gynekologisten sairauksien tai kuperakierukan käytön yhteydessä, ja se voi alkaa vasta myöhemällä iällä. Primaarista dysmenorreaa hoidetaan parhaiten yhdistelmäehkäisytableteilla. Prostaglandiinisynteesinestäjät tehoavat hyvin molempiin dysmenorrean muotoihin. On tärkeä neuvoa potilasta ottamaan lääke ajoissa ennen kivun alkamista ja riittävän suurella annoksella. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 80–83.) Vaikka moni nuori nainen kärsii kivu-

liaista kuukautisista, jotka aiheuttavat suuren osan poissaoloista koulussa, eivät he ota asiaa esiin, ellei siitä erikseen kysytä. (Perheentupa, Erkkola & Koulu 2005, 1416.) Dysmenorreassa olennaista on taustatekijän hoitaminen pois. On hyvä ohjata potilas tarkempiin gynekologisiin tutkimuksiin sairauksien poissulkemiseksi. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 80–83.) Esimerkiksi jos tulehduskipulääkkeistä ja yhdistelmäehkäisytableteista ei ole apua kuukautiskipuihin, tulee epäillä endometrioosia (Setälä, Härkki, Perheentupa, Heikkinen, & Kauko 2009, 4141–4145).

*Menorragia* (liite 1) tarkoittaa normaalin kestoista, mutta runsasta (yli 80 ml) kuukautisvuotoa. Oireina esiintyy hyytymällisiä vuotoja, hygieniavaikeuksia ja raudanpuuteanemiaa. Primaarissa muodossa ei ole mitään elimellistä vikaa tai hyytymissairauksia, ja se johtuukin synnynnäisestä endometriumien toimintahäiriöstä. Sekundaarissa muodossa syynä on kohtusairaus, kierukan käyttö tai jokin systeeminen sairaus kuten von Willebrandin tauti. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 85–86.) Diagnosointi, hoito ja seuranta on mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa, mutta jos oireet jatkuvat, nuori lähetetään erikoissairaanhoidon. Hoitona käytetään hormonikierukkaa, hyytymisjärjestelmään vaikuttavia traneksaamihappoa ja tolfeenamihappoa, yhdistelmäehkäisytabletteja ja tulehduskipulääkkeitä. Von Willebrandin tautia sairastava ei saa käyttää tulehduskipulääkkeitä, vaan tällöin hoitona on desmopressiini. (Käypä hoito 2009.)

*Metrorragialla* (liite 1) tarkoitetaan pitkää vuotoa, jonka määrä ja väliajat vaihtelevat. Varsinaisten kuukautisten välillä esiintyy tiputteluvuotoa. Syy voi olla toiminnallinen tai elimellinen. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 86.) Ylimääräisten vuotojen suhteen on otettava huomioon myös raskauden mahdollisuus. Keskenmeno ja kohdun ulkopuolinen raskaus aiheuttavat lisäksi alavatsakipuja. Myös vääränlaiset ehkäisyvalmisteet ja gynekologiset infektiot aiheuttavat epäsäännöllisiä vuotoja. (Tinkanen 2011, 1279–1282.) Veristä vuotoa voi aiheuttaa erityisesti klamydia, joka on yleistynyt alle 20-vuotiaiden keskuudessa. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–8.) Kohdun myoomat ja polyypit voivat myös aiheuttaa vuotohäiriöitä. Mikäli vuotoa esiintyy yhdynnän jälkeen, syy on usein limakalvossa, esimerkiksi orgasmin supistusten aiheuttama vuoto. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.)

Kun syy on toiminnallinen, on tavallisimmassa muodossa kyse asiaan kuuluvista anovulatorisista kierroista lähivuosina menarken jälkeen, jolloin pitkien kiertojen jälkeen tulee usein runsaat ja kauan kestävät vuodot ja lyhyiden kiertojen jälkeen niukkaa tiputteluvuotoa. Kierto voi olla myös säännöllinen ja ovulatorinen, mutta silti tiputtelua voi esiintyä. Jos tiputtelua esiintyy ennen kuukautisia, voi olla kyse keltarauhasen vajaatoiminnasta, jolloin kohdun limakalvo hajoaa enneaikaisesti. Jos taas on kyse tiputtelusta kuukautisten jälkeen, voi olla kyse estrogeenin vähäisyydestä alkukierrossa limakalvon vahvistamiseksi. Voi esiintyä myös vaaratonta ovulaatiovuotoa keskikierrossa ennen keltarauhasen muodostumista, joka aiheutuu estrogeenitason romahtamisesta. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.)



## 4 LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

### 4.1 Liikuntatottumusten ja painon vaikutus lisääntymisterveyteen

Liikunta ja paino vaikuttavat kuukautisten alkamiseen, kuukautiskiertoon ja kuukautisia edeltävään mielialaoireiluun. Ylipaino aikaistaa kuukautisten alkamisikää, puberteettia, lisää PMS-oireilua ja kuukautiskierron häiriöitä heikentäen hedelmällisyyttä. Ylipaino altistaa hirsutismille, aknelle, primaarille amenorrealle, oligomenorrealle, epäsäännöllisille kuukautisille sekä pitkittyneille kuukautisvuodoille. Mahdollisesti se vaikuttaa myös munasarjojen monirakkulaoireyhtymän syntymiseen. Tämä kaikki taas voi ennakoita ylipainoisen nuoren tulevia lapsettomuus-, raskaus- ja synnytysongelmia. Lapsettomuuden riski on yli kolminkertainen normaaliväestöön verrattuna naisilla, joiden BMI on yli 30. Toisaalta taas myös ehkäisytablettien teho voi heiketä ylipainoisilla naisilla huomattavasti pillerihormonien rasvakudokseen katoamisen tai maksan tehostuneen hormoni-indusoinnin takia. Kun painoindeksi on yli 27,3, ei-toivotun raskauden mahdollisuus on 60 % suurempi verrattuna kyseisen painoindeksin alittaviin naisiin. Lisäehkäisy voi olla ylipainoisilla suositeltua. (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899–1907.)

Ylipainoiselle kehittyvä insuliiniresistenssi vaikuttaa suoraan hormonitoimintaan. Munasarjojen androgeenien tuotanto lisääntyy insuliinipitoisuuksien suurentuessa, ja tämä taas pahentaa insuliiniresistenssiä noidankehämäisesti. Androgeeneistä muodostuu rasvakudoksessa toimivan aromataasientsyymin takia liikaa estrogeenia, mikä häiritsee gonadotropiinin erityistä ja aiheuttaa häiriöitä ovulaatioon vaikeuttamalla munarakkulan kypsymistä (kuva 2). On huomattava myös harvinaisempien syiden, kuten Cushingin oireyhtymän, lisämunuaisen kasvaimen tai hyperplasian mahdollisuudet, jotka kaikki aiheuttavat kortisolin liikatuotantoa ja painonnousua, ja voivat tätä kautta vaikuttaa kuukautiskiertoon. (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899–1907.) Etenkin, jos puberteetti-ikäisellä nuorella esiintyy painonnousua samaan aikaan kun pituuskasvu hidastuu, on syytä lähettää nuori eteenpäin piilevän endokrinologisen häiriön, esimerkiksi hypotyreoosin poissulkemiseksi (Keskinen & Saha 2009, 22–23).



KUVA 1. Mekanismi, jolla ylipaino johtaa ovulaatiohäiriöihin

Ylipainon ja sen sivuvaikutusten vaikutus tyttöjen itsetuntoon ja seksuaalisen identiteetin kehittymiseen on myös huomattava tässä hoikkuutta ja ulkonäöllistä virheettömyyttä ihannoivassa yhteiskunnassa. Ylipainoinen tyttö on alttiimpi seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle, harkitsemattomille suojaamattomille sukupuoliyhteyksille ja tätä kautta sukupuolitaudeille ja raskaudelle. Tyttö voi kokea, ettei hänellä ole valinnanvaraa niin paljon seksipartnerin suhteen, ja on erityisen altis myös psyykkiselle haavoittuvuudelle. (Morin-Papunen & Tapanainen 2007, 1899–1907.)

Aerobinen liikunta usein vähentää PMS-oireilua. Tämän suotuisan vaikutuksen arvelaan johtuvan endorfiini- ja estrogeenitasojen kohoamisesta sekä sokeriaineenvaihdunnan paranemisesta. Liikunnalla on suotuisa vaikutus hedelmällisyyteen myös ilman painonmuutosta. Jos liikunta taas kuormittaa liikaa, seurauksena voi olla kuukautisten poissaolo eli amenorrea. Tämän ilmaantuminen riippuu urheilulajista ja aloittamisiästä. Mitä nuorempa aktiivinen harjoittelu aloitetaan, sitä enemmän kuukautishäiriöitä on. (Fogelholm, Vuori, Vasankari 2011, 105–107.) Positiivista on kuitenkin se, että nuoruudessa harrastettu urheilu ei altista aikuisiän hormonihäiriöille tai lapsettomuudelle, vaan kuukautiset palautuvat, kun rasitus vähentyy. Usein kovasti urheilevilla puberteetti viivästyy, kuukautiset alkavat 1-2 vuotta myöhemmin ja kasvupyrähdyskin ajoittuu myöhemmäksi. Rintojen kehittyminen saattaa viivästyä, mutta karvoituksen kehitys on lähes normaalia. (Heinonen & Kujala 2001, 647–652.) Häiriö alkaa keltarauhasen vajaa-toiminnasta, josta aiheutuu anovulaatio ja amenorrea. Gonadotropiinipitoisuudet ovat normaalia pienemmät. Liikuntaan liittyvässä amenorreassa gonadoliberiinin eli GnRH:n

sykähdyksittäinen erityys ja vaste gonadotropiineille on vaimentunut ja näin naishormonien erittyminen vähenee. (Halttunen & Suhonen 2005, 1882.) Myös energiansaanti saattaa olla liian vähäistä ja altistaa häiriöille (Heinonen & Kujala 2001, 647–652). Liialliseen liikuntaan ja laihduttamiseen liittyvässä amenorreassa kyseessä ei ole pelkästään ovulaation pois jääminen, vaan alhainen estrogeenitaso. Alhainen estrogeenitaso aiheuttaa sen, että kohdun limakalvo ei kasva. (Fogelholm ym. 2011, 105–107.)

Alipainon tai liiallisen fyysisen rasituksen aiheuttama amenorrea voi aiheuttaa rasisuurtumia altistaessaan luun mineraalitiheyden vähenemiselle. Hoitona onkin sopivan liikuntamäärän määrittäminen, hiilihydraattien riittävä saaminen ravinnosta painoa nostamaan ja tarvittaessa rasvakudosta lisäämään sekä D-vitamiinin ja kalsiumin riittävä saanti. Ellei tämä auta, voidaan tarvita hormonikorvaushoitoa. Tutkimuksiin on ohjattava, mikäli kuukautiset eivät ole alkaneet 14 vuoden ikään mennessä eikä ole myöskään muita alkavan puberteetin merkkejä. Mikäli kuukautiset eivät ole alkaneet 16–17 ikävuoteen mennessä, mutta puberteetin merkkejä kuitenkin on, on tutkimuksiin ohjattava tässä vaiheessa. Samoin myös silloin jos amenorreaa on kestänyt kuusi kuukautta. Silloin tutkitaan gynekologinen status, seerumin FSH (follikkelia stimuloiva hormoni), LH (luteinisoiva hormoni), kilpirauhashormoni TSH, prolaktiini sekä estrogeeni määrittämällä estradioli. (Heinonen & Kujala 2001, 647–652.)

Kun kyseessä on alipaino tai anoreksia, tarvitaan moniammatillisen tiimin tukea nuoren naisen tervehtymiseen (Tinkanen 2011, 1280). Anoreksiaan liittyy nuorella tytöllä amenorrean lisäksi alhainen syke ja verenpaine, hypotermia sekä lanugokarvoitusta (Halttunen & Suhonen 2005, 1882). Psykkisten ja sosiaalisten tekijöiden osuus ilmenee syömishäiriöisen murrosikäisen liikunnan harrastamisessa. Yleisesti liikunta edistää tyttöjen positiivisen minäkuvan muodostumista. Kuitenkin syömishäiriöitä saattaa esiintyä eniten ns. esteettistä liikuntaa tai juoksulajeja harrastavilla tytöillä, eikä heillä huolimatta aktiivisesta liikunnan harrastamisesta välttämättä ole positiivista minäkuvaa eikä liikunta paranna heidän omaa arviota vartalostaan. (Fogelholm ym. 2011, 105–107.)

## 4.2 Stressin vaikutus lisääntymisterveyteen

Stressillä tarkoitetaan hallitsemattomaksi ja epämiellyttäväksi koettua elimistön vireystasoa. Stressin sietäminen on yksilöllistä, samoihin stressitekijöihin reagoidaan eri tavoin. Sen lisäksi, että stressireaktiossa lisämunuaisen ytimessä syntyy adrenaliinia välitömien stressioireiden laukaisemiseksi, myös hypothalamus-aivolisäke-akselilla syntyy kortikotropiinia ja siitä adrenokortikotropiinia (ACTH), joka laittaa lisämunuaisen kuoren erittämään stressihormonia kortisolia. (Anttila & Korkeila 2012, 2076–2080.)

Stressi häiritsee kuukautiskierron säätelyä vaikuttamalla hormonitasapainoon kahdella tavalla: se nostaa prolaktiinitasoa ja häiritsee hypothalamuksen gonadoliberiinin tuotantoa, ja tätä kautta myös gonadotropiinien erittymistä aivolisäkkeestä. Tämä johtuu siitä, että stressihormonien erittymisen käynnistyminen ”samoilla alueilla” eli hypothalamuksessa ja aivolisäkkeessä samalla vaientaa hypothalamus-aivolisäke-gonadiakselia. Seurauksena on eriasteisia munasolun kypsymis- ja ovulaatio-ongelmia, jotka näkyvät pitkittyneinä kuukautiskiertoina ja raskauden viipymisinä. (Anttila & Korkeila 2012, 2076–2080.)

Fyysisen ja psyykkisen stressin yhteisvaikutus näkyy urheilijan amenorreassa, johon liittyy usein myös pitkittynyt tai tilapäinen energiavaje. Henkinen kuormittuminen ei nykykäsityksen mukaan aiheuta pysyvää lapsettomuutta, kuitenkin heikentää hedelmällisyyttä. Paradoksaalista onkin, että esimerkiksi hedelmöityshoidoissa pitäisi hedelmöitymisen onnistumisen kannalta olla mahdollisimman stressitön, vaikka tällainen elämäntilanne on jotakin aivan muuta. (Anttila & Korkeila 2012, 2076–2080.)

Psyykkistä stressiä aiheuttavat myös positiiviset elämänmuutokset, kuten nuorilla naisilla esimerkiksi muutto kotoa tai vaihto-oppilasvuosi. Kiurun, Koskivirran ja Sillankosken (2003) opinnäytetyössä suurimmiksi stressiä aiheuttaviksi tekijöiksi lukioikäisellä tytöllä todettiin kouluasiat, perhe ja ihmissuhteet. Vanhemmat odottavat hyvää koulumenestystä, välit heidän kanssaan voivat olla heikot ja riitaiset tai avioero kuormittaa perhettä tuoden samalla uuden äiti- tai isäpuolen perhekuvioihin. Ihmissuhteissa kuormittavat ystävän menettämisen pelko, epävarma suhde poikaystävänsä tai parisuhteen päättymisen, pitkät välimatkat kavereihin ja luottamuksen puute. Koulussa kuormittavat

liiat koulutehtävät, koeviikot, paineet koulumenestyksestä, pitkät koulupäivät ja vapaa-ajan jääminen vähälle sekä uusien asioiden sisäistäminen. Stressaavia muutoksia elämässä ovat koulunvaihto, lukion aloittaminen sekä läheisen sairastuminen ja kuolema. Muita tekijöitä ovat esiintymistilanteet, päihteiden käyttö ja pitkittynyt sairaus. (Kiuru, Koskivirta & Sillankoski 2003, 28–32.)

Stressi vaikuttaa välillisesti ajaen helposti sellaisiin elintapoihin, jotka eivät ole hyväksi lisääntymisterveydelle. Näitä ovat päihteiden ja alkoholin käytön sekä tupakoinnin lisääntyminen, jotka saattavat johtaa fyysisen suorituskyvyn heikkenemiseen. Huonot elintavat voivat vaikuttaa haitallisesti kuukautiskierron säännöllisyyteen. (Anttila & Korkeila 2012, 2076–2080.)

### **4.3 Päihteiden vaikutus lisääntymisterveyteen**

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan tupakoinnilla on yhteys PMS -oireisiin. Tupakoitsijoilla on tutkimuksen mukaan jopa kaksinkertainen riski saada PMS -oireita. Tutkimukseen osallistui 27–44 -vuotiaita naisia, joista tuhannelle kehittyi PMS -oireita kymmenen vuoden aikana. Heitä verrattiin kahteen tuhanteen oireettomaan tai vähäoireiseen naiseen. Riskiä lisää tupakoinnin aloittaminen nuorena ja runsas tupakointi. Tupakka vaikuttaa estrogeeniin, progesteroniin, gonadotropiineihin ja androgeeneihin. (Bertone-Johnson, Hankinson, Johnson, & Manson 2008, 938–945.) Tupakointi muun muassa voimistaa yhdistelmäehkäisytabletteja käytettäessä estrogeenin metaboliaa (Kivijärvi 2009a). Naisten, jotka kärsivät PMS oireista, katsotaan käyttävän useammin alkoholia, polttavan tupakkaa ja olevan ylipainoisia. Englannissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin elämäntapojen ja hormonaalisen ehkäisyn yhteyttä PMS -oireisiin. Tutkimukseen osallistui 24–30 -vuotiaita naisia noin tuhat ja heitä arvioitiin muun muassa heidän kuuden viikon ajan pitämänsä aiheeseen liittyvän päiväkirjan perusteella. Tutkimuksen tuloksena naiset, joilla on korkeampi koulutus ja vähemmän stressiä, kärsivät vähemmän PMS oireista. Tupakan, ruokavalion, iän, BMI:n, liikunnan ja alkoholin yhteyttä PMS oireisiin ei löydetty. (Sadler, Smith, Hammond, Bayly, Borland, Panay, Crook & Inskip 2010, 1–10.) Tupakoinnin on katsottu myös olevan yhteydessä kuukau-

tiskipuihin (Perheentupa ym. 2005, 1411–1418) ja runsaisiin kuukautisvuotoihin (Käypä hoito 2009).

Alkoholi vaikuttaa sukurauhasten toimintaan monella tapaa. Naisilla se johtaa miehistyneisiin piirteisiin, kun estrogeenin pitoisuus vähenee ja testosteronin suhteellinen osuus kasvaa. Tämä johtuu alkoholin häiritsevästä vaikutuksesta aivolisäkehormonien eritykseen. Jo vähäinenkin alkoholin kertakäyttö (2-3 ravintola-annosta) nostaa testosteronitasoja. Pitkäaikaisessa alkoholin käytössä tämä muutos ei enää välttämättä korjaannu. Tällöin kuukautishäiriöitä, munasolun irtoamisen estymistä ja lapsettomuutta saattaa esiintyä. (Jaatinen 2010.) Runsas, mutta kertaluontoinen alkoholinkäyttö ei vaikuta munasarjan tai aivolisäkkeen hormonituotantoon, toisin kuin päivittäinen tai runsas alkoholinkäyttö. Erityisesti alkoholismi ja pitkään jatkunut suurkulutus voivat aiheuttaa amenorreaa jopa pysyvästi. (Halmesmäki 2000, 11.) Alkoholinkäyttö krapulaoireineen aiheuttaa elimistölle myös tietynlaisen stressireaktion, joka aiheuttaa hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselilla aktivoitumista ja vaikuttaa tätä kautta lisämunuaisten glukokortikoidituotantoon, jolloin kortisolintuotanto kohoaa häiriten naishormonien eritystä (Eriksson & Sarkola 2002, 1325–1330).

On katsottu, että satunnaisella kannabiksen käytöllä ei olisi vaikutusta naisen hedelmällisyyteen, mutta jo yksi savuke saattaa laskea LH-tasoa, kun taas estradioli- ja progesteronipitoisuudet eivät muutu. Apinanaarailla tehdyillä eläinkokeilla todettiin kannabiksen tetrahydrokannabinolin estävän LH:n, FSH:n sekä prolaktiinin eritystä, ja siten vähentävän munasarjojen sukupuolihormonituotantoa. Jatkuva käyttö ja suuret annokset voivat aiheuttaa kuukautishäiriöitä. Myös opiaatit laskevat LH -ja FSH tasoja. Kahdella kolmesta opiaatteja käyttävistä naisista esiintyy amenorreaa. Usein käytön lopettamisen jälkeen se ja muutkin kuukautishäiriöt häviävät. Amfetamiinia käyttävät naiset kertovat kuukautistensa olevan normaalit. (Halmesmäki 2000, 26–29.)

#### 4.4 Lisääntymisterveydelliset sairaudet

*Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä* eli PCOS, on tavallisin hormonihäiriö naisilla, sitä esiintyy noin 5-10 prosentilla naisista (Tiitinen 2011c). Polykystisistä munasarjoista kärsivillä kuukautiset pysyvät epäsäännöllisinä. Tätä sairastavan lähisuvun naisilla esiintyy usein samaa ongelmaa. Sairauteen liittyy hyperandrogenismi, joka altistaa liialliselle karvankasvulle eli hirsutismille, keskivartalolihavuudelle ja aknelle usein jo nuoruusiässä. (Tinkanen 2011, 1279–1282.) Jos ylipainoisella murrosikäisellä tytöllä huomataan hirsutismia ja kuukautishäiriöitä, tulee hänet lähettää erikoissairaanhoidon, jossa selvitetään onko kyseessä munasarjojen monirakkulatauti (Käypä hoito 2005). Jatkohoitoon lähettäminen on aiheellista, mikäli oligomenorrea ei ole korjaantunut kahden vuoden kuluessa menarkesta, ja varsinkin jos siihen liittyy hirsutismia. (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899–1907.)

PCOS:an patologiaa ei ole selvitetty, mutta sitä voidaan pitää eräänlaisena metabolisen oireyhtymän ilmentymänä. Noin puolella esiintyy lihavuutta ja heillä on myös insuliiniresistenssiä ja heikentynyt glukoosinsieto. Lihavuutta voidaan pitää laukaisevana tekijänä tämän geenialttiuden omaavilla naisilla. Raskausaikana on lisäksi suurentunut riski verenpaineen nousuun, gestatiidiabetekseen ja alkuraskauden keskenmenoon, ja myöhemmälläkin iällä verenpainetaudin, sepelvaltimotaudin ja diabeteksen riskit ovat suuret. (Morin-Papunen & Tapanainen 2007, 1899–1907.) Tyypillisiä oireita kuukautisten epäsäännöllisyyden lisäksi ovat niiden poisjäänti, pitkittyneet vuodot, lisääntynyt karvankasvu (ylähuuli, leuka, rintojen väli, alavatsa, selkä) ja lapsettomuus. (Tiitinen 2011c). PCOS todetaan jopa 90 % naisilla, joilla ilmenee hirsutismia. Pelkästään polykystisiä munasarjoja (PCO) ilman varsinaista oireyhtymää ilmenee jopa 10-20 % oireetomilla 30-35 -vuotiailla naisilla ja niiden esiintyminen vähenee iän myötä ja oireet myös helpottavat. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 112.)

PCOS:sta kärsivät nuoret tytöt tarvitsevat laaja-alaista elämäntapaneuvontaa, jossa annetaan tietoa lihavuuden pitkäaikaishaitoista, annetaan tukea ja motivoidaan (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899–1907). Itsehoitona ylipainoisten tulisi pudottaa painoa. Se voi säännöllistää kierrot palauttamalla ovulaation, vähentää karvankasvua, mahdollistaa raskauden ja vähentää raskauteen liittyviä riskejä. Jo 5-10 % painonpudotus

riittää. Liikunta on hyväksi, vaikka paino ei tippuisikaan, sillä se parantaa insuliinin vaikutusta kudoksissa. Ruokavaliossa pitäisi kiinnittää huomiota vähärasvaisuuteen. Lääkehoitona voidaan käyttää yhdistelmäehkäisytabletteja säännöllistämään kierto. (Tiitinen 2011c). Se myös vähentää oireyhtymän pahenemista ja parantaa hedelmällisyyssennustetta. Mikäli keltarauhashormonina käytetään vielä syproteroniasetaattia, saadaan sillä muutamassa kuukaudessa edullinen vaikutus hirsutismiin ja akneen. Pillereiden käytön lopettamisen jälkeen oireet palaavat sitä hitaammin, mitä kauemmin tätä lääkitystä on käytetty. (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899–1907.) Myös jaksotaiset progestiini- ja estrogeenivalmisteet estävät epäsäännölliset vuodot estämällä kohdun limakalvon liikakasvua, joka johtuu jatkuvasta estrogeenivaikutuksesta ja puutteellisesta keltarauhashormonivaikutuksesta. Tällä on merkitystä, sillä pitkällä tähtäimellä näin voidaan ehkäistä kohdunrunon syövän riskiä. Liikakarvoituksen hoitoon voidaan käyttää antiandrogeneja ja insuliiniherkkyyttä parantamaan metformiinia, jolloin insuliinitaso laskee ja sen mukana testosteronipitoisuudet. (Tiitinen 2011c).

*Endometrioosi* (liite 2) on yleinen lisääntymiselimistön sairaus, noin kymmenesosalla naisista esiintyy sitä, mutta sen perussyitä ei tunneta. Se on krooninen, vahvasti perinnöllinen sairaus, joka huonontaa oleellisesti hedelmällisessä iässä olevan naisen elämänlaatua. Täysin parantavaa hoitoa ei ole, mutta oireisiin voidaan vaikuttaa. Siinä kohdun limakalvon tavoin reagoivaa kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella, kolmenlaisina pesäkkeinä: esimerkiksi vatsakalvon tai vatsaontelon kudosten pinnalla tai syvinä pesäkkeinä, emättimen ja peräsuolen välissä tai munasarjan pinnalla eli endometriumina. Vatsaontelossa on tällöin jatkuva tulehdustila. Pesäkkeet reagoivat kuukautiskierron vaiheisiin kuten kohdun limakalvokin ja aiheuttavat tällöin kipuoireita sijaintipaikkansa mukaan. Oireina esiintyy voimakasta alavatsakipua jo muutamaa päivää ennen kuukautisvuotoa voimistuen vuodon aikana, eikä se helpotu tulehduskipulääkkeillä. Alussa kipuoireet esiintyvät vain kuukautisten aikana, mutta myöhemmin niitä esiintyy jatkuvasti. Endometrioosiin voi liittyä vuotohäiriöitä, yhdyntä-, virtsaamis-, ja ulostamiskipuja sekä veristä virtsaa ja ulostetta riippuen pesäkkeiden sijainnista. Myös säännölliset kipuoireet, kuten nivustaipeenkipu, hartiapisto (palleaendometrioosi) tai iskiaskipu (iskiashermo-pesäke) saattavat olla endometrioosin oireita. (Heikkinen, Härkki & Setälä 2011, 1837–1847.)



Sairauteen liittyy usein lisääntynyt hedelmättömyyden riski, mutta raskaus on mahdollinen yli puolella potilaista joko luonnollisesti tai hedelmöityshoitojen avulla. Hoitona endometrioosiin käytetään hormonaalista hoitoa, tai vaikeimmissa tapauksissa lääkehoidon ollessa tehoton, kiinnikkeiden poistamista kirurgisesti. Lääkehoidolla pyritään estämään estrogeenin endometrioosikudosta stimuloiva vaikutus latistamalla omaa hormonitoimintaa, jolloin pesäkkeiden koko pienenee. Lääkehoito voidaan aloittaa ilman varmaa diagnoosia, ja mikäli oireet sen avulla helpottuvat, sitä jatketaan, muuten tutkitaan paremmin erikoissairaanhoidossa. Endometrioosi uusii helposti, joten lääkehoito on pitkäaikaista ja hormonaalista hoitoa tarvitaan usein leikkauksenkin jälkeen. (Heikkinen ym. 2011, 1837–1847.)

*Adenomyoosissa* kohdun limakalvon rauhasista muodostuu ulokkeita, jotka ovat sirottautuneina kohdun lihasseinämän sisään. Ne reagoivat estrogeeniin kohdun limakalvon tapaan. Sairautta esiintyy lisääntymisikäisillä naisilla, mutta se on yleisempi yli 40-vuotiailla ja synnyttäneillä. Synnytykset, kaavinnat, keskenmenot ja runsaat vuodot lisäävät riskiä adenomyoosiin. Adenomyoosi voi olla oireetonkin, mutta yleensä oireina on alavatsakipuja, runsaat kuukautisvuodot, joskus tihentynyttä virtsaamisen tarvetta johtuen kohdun tasaisesta suurentumisesta, painon tunnetta alavatsalla ja yhdyntäkipuja. Adenomyoosi myös heikentää alkion kiinnittymistä kohdun limakalvoon ja voi näin olla osatekijänä lapsettomuudessa. Kipuoireita voidaan hoitaa tulehduskipulääkkeillä sekä yhdistelmäehkäisyvalmisteilla niiden vähentäessä myös vuotoa. Myös hormonikierukka helpottaa oireita. Kirurgista hoitoa voidaan käyttää jos adenomyoosia on yhtenä pesäkkeenä, ja tällä tavalla parantaa hedelmällisyyttä. (Tiitinen 2011a.)

*Hyperprolaktinemia* eli seerumin suurentunut prolaktiinihormonin pitoisuus aiheuttaa naisille kuukautiskierron epäsäännöllisyyttä tai täydellistä puuttumista sekä lapsettomuutta. Oireina näkyy lisäksi maitovuotoa eli galaktorreaa rinnoista. Se johtuu aivolisäkkeen lisääntyneestä prolaktiinin tuotannosta, joka voi aiheutua aivolisäkkeen adenoomasta (prolaktinooma) tai myös joidenkin yleissairauksien kuten hypotyreoosin tai lääkkeiden, erityisesti psyykenlääkkeiden, seurauksena. Diagnoosi tehdään verinäytteellä, josta määritetään prolaktiinipitoisuus. Viitearvojen rajoilla oleva tulos voi johtua normaaleista fysiologisista reaktioista kuten rintojen ärsyttämisestä, mutta kaksinkertainen pitoisuus on syytä tutkia. Hoitona yksinkertaisesti lopetetaan häiriötä aiheuttava

lääkitys tai hoidetaan perussairaus kuntoon. Aivolisäkkeen adenoomaa voidaan hoitaa sitä pienentävillä lääkkeillä ja kirurgisesti poistamalla kasvain. (Sane 2007.)

#### 4.5 Yleissairaudet kuukautishäiriöiden taustalla

Yleissairaudet tai niiden lääkityksen aiheuttamat sivuvaikutukset voivat aiheuttaa gynekologisia vuotohäiriöitä. Yleissairaus voi häiritä aivolisäke-munasarja-akselin toimintaa endokriinisin mekanismein tai sukupuolihormonien tuotanto voi vähentyä vaikeassa yleissairauksessa. Aivolisäke-munasarja-akseli on herkkä häiriintymään esimerkiksi hypotyreoosista, autoimmuunisairauksista sekä maksan ja munuaisten toiminnan häiriöistä aiheuttaen ovulaatiohäiriöitä. (Tiitinen 2001, 3193–3195). Hypo- tai hypertyreoosia sairastavista viidesosalla on vuotohäiriöitä (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304).

Erilaiset primaariset tai sekundaariset hyytymishäiriöt aiheuttavat yleistä vuoto-ongelmaa sekä gynekologisia vuotohäiriöitä. Näistä yleisin primaarinen hyytymishäiriö on von Willebrandin tauti, jonka esiintyvyys pohjoismaissa on 1-2 %. Joka neljännellä menorragiasta kärsivällä voidaan todeta von Willebrandin oireyhtymä. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.) Anamneesista löytyy tällöin usein mustelmataipumusta sekä pieniin toimenpiteisiin, kuten hampaanpoistoon liittyvää pitkittynyttä vuotoa. (Tiitinen 2001, 3193–3195). Sekundaarisia hyytymishäiriöitä taas aiheuttavat esimerkiksi infektiot kuten sepsis, syöpä, sydän-, sidekudos- ja munuaissairaudet sekä erilaiset jonkin sairauden aiheuttamat maksan toiminnanvajakset, jolloin hyytymistekijöistä on vajausta tai maksan steroidimetabolia on muuttunut. Estrogeenikaan ei tällöin metaboloitu ja kehittyy hyperestrogenismi, joka aiheuttaa endometriumien kasvamista ja tiputteluvuotoa tai vuodon runsastumista. Tällaista voi aiheuttaa esimerkiksi kehittyvä maksakirroosi. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.) Trombosytopenia eli verihiutaleiden vähyys vuotohäiriön syynä voi kertoa kehittyvästä leukemiasta tai tavallisimmin autoimmuunisairaudesta (Tiitinen 2001, 3193–3195).

Ylipaino ja siitä kehittyvä insuliiniresistenssi ja kakkostyypin diabetes aiheuttavat vuotohäiriöitä. Insuliini stimuloi munasarjojen androgeenieritystä ja vähentää sukupuoli-hormoneja sitovan globuliinin (SHBG) eritystä maksasta aiheuttaen ovulaatiohäiriöitä,

pitkittyneitä vuotoja, epäsäännöllisiä kuukautiskiertoja ja kuukautisia edeltävää tiputetta. Bulimia aiheuttaa kuukautisten epäsäännöllisyyttä. (Tiitinen 2001, 3193–3195.)

Lääkityksistä antikoagulanttihoito sekä pitkittynyt, suuriannoksinen asetyyilisalisyylihappohoito voivat aiheuttaa menorragiaa eli suurentunutta vuotoa. Nesteenpoistolääkkeenä käytetty spironolaktoni tai sienilääke ketokonatsoli voivat aiheuttaa metrorragiaa vaikuttaessaan antiandrogenin tavoin. Psykylliset lääkkeet vaikuttavat usein prolaktiinitasoihin nostavasti, erityisesti neuroleptit, mutta myös uudemmat masennuksen hoitoon tarkoitetut SSRI-lääkkeet voivat tehdä sen. Epilepsialääkkeet voivat aiheuttaa gynekologisia ongelmia, valproaatin aiheuttaessa PCO:n kaltaisen tilanteen vuotohäiriöineen ja fenytoiinin kiihdyttäessä estrogeenin metaboliaa. Tällöin on käytettävä isompia hormoniannoksia ehkäisyarkoituksessa. Myös kroonisissa tulehdussairauksissa käytetty suuriannoksinen kortisonilääkitys voi häiritä kuukautiskiertoa. (Tiitinen 2001, 3193–3195.)

#### 4.6 Raskaudenehkäisy vuotohäiriöiden taustalla

Noin joka kolmanneksella yhdistelmäehkäisyä käyttävällä on tiputteluvuotoa, jolloin ehkäisyn jatkaminen ohjeiden mukaan on kuitenkin tärkeää (Kivijärvi 2009a). Läpäisyvuoto koskee kuitenkin enemmän ehkäisyimplantaattia, hormonikierukkaa ja minipillereitä. Näiden pitäisi kuitenkin yleensä lievittää kuukautiskipuja ja niukentaa vuodon määrää. Haittavaikutuksena vuodot voivat olla epäsäännöllisiä ja ennustamattomia. Usein vuodot kuitenkin harvenevat tai jäävät kokonaan pois näitä ehkäisyvuotoja käytettäessä. Lopetettaessa ehkäisyinjektion käyttö hedelmällisyys voi palautua viipeellä (Ehkäisyopas.)

Kuparikierukka herkistää keskikierron vuodoille ja yhdynnän jälkeiselle vuodolle. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304). Se lisää runsaiden ja kivuliiden kuukautisten riskiä, jotka ovat myös kuparikierukan vasta-aiheita. Lisäksi vuodon kesto saattaa pidentyä. Yleensä haittavaikutusten ilmaantuessa tilalle suositellaan hormonikierukkaa. (Kivijärvi 2009b.)

Yhdistelmäehkäisytabletteja käyttäessä vuotojen ajoittaminen on mahdollista ja kuukautiskierto pysyy näiden avulla säännöllisenä. Ne myös vähentävät kuukautisvuodon määrää ja lieventävät kipuja. Samalla tavalla vaikuttavat myös muut yhdistelmähormonivalmisteet eli viikon välein vaihdettava ehkäisylaastari ja kolmen viikon välein vaihdettava matalahormoninen ehkäisyrengas. Näitä kaikkia käytetään usein samalla syklillä: kolme viikkoa hormonin vapautumista verenkiertoon ja viikon tauko, jolloin taukovuoto tulee. Yhdistelmäehkäisytabletteja käyttäessä vuotohäiriöitä esiintyy harvemmin, usein vain johtuen käyttövirheistä kuten pillereiden unohtamisesta tai käyttöohjeiden väärinymmärryksestä. Kuitenkin mahdollisia ovat myös kohdun limakalvon toimintaan tai hormonipitoisuuksiin vaikuttavat tekijät. (Ehkäisyopas.)

Jälkiehkäisy, eli raskaudenehkäisyn varamenetelmä, saattaa vaikuttaa kuukautisiin usein joko viivytäten tai aikaistaen niitä. Vaikuttavina lääkeaineina sekä levonorgestreeli että ulipristaali aiheuttavat vatsakipuja ja kuukautishäiriöitä. Myös kuparikierukkaa voi käyttää jälkiehkäisyä. (Käypä hoito 2010.)

#### **4.7 Maahanmuuttajanaisen lisääntymisterveyden erityiskysymyksiä**

Monet maahanmuuttajat ja adoptoidut lapset tulevat puutteellisista oloista, joissa on kärsitty aliravitsemuksesta ja turvattomuuden tunteesta. Tullessaan vauraaseen maahan, alkaa heillä helposti saavutuskasvu, kun tarjolla on monipuolisempaa ravintoa ja huolenpitoa. Puberteettikehitys ja menarke alkavat täten aikaisemmin. Tummaihoisilla ja aasialaisillakin puberteetti alkaa usein aikaisemmin, koska oman perheen perintötekijöiden lisäksi siihen vaikuttavat myös rodulliset tekijät. Puberteettikehityksessä lähellä seulontarajoja olevat eivät kuitenkaan tarvitse jarrutushoitoja. Adoptiovanhemmilla on usein virheellinen käsitys siitä, että ulkomailta adoptoitu lapsi tarvitsee hormonaalisia hoitoja normaalin puberteettikehityksen ja kasvun läpikäydäkseen, mutta tämä ei pidä paikkaansa. Lisäksi huomioitavana seikkana on epävarmuus maahanmuuttajalapsen iästä, sitä ei välttämättä tarkkaan tiedetä puutteellisten syntymärekisteritietojen tai lapsen hylättynä löytämisen takia, joten se vaikeuttaa puberteettikehityksen arviointia. (Keskinen & Saha, 2009, 24–27.)

Lisääntymisterveyteen liittyviä haasteita löytyy paljon. Yksi näistä ovat infektiot ja sukupuolitaudit, joita maahanmuuttajilla on usein enemmän kuin kantaväestöllä. Kondomin käyttöön voidaan suhtautua kielteisesti, koska se liitetään helposti avioliiton ulkopuolisiin suhteisiin ja miehet käyttävät niitä helpommin vain ollessaan sukupuoliyhteydessä paikallisten naisten kanssa. Raskauden ehkäisyyn ja aborttiin suhtaudutaan vaihtelevasti. Moraaliset ja terveyteen liittyvät tulkinnat vaihtelevat eri kulttuurien mukaan, esimerkiksi abortin suhteen Venäjältä tai muista vanhoista sosialistimaista tulleilla on suvaitsevaisempi näkökanta kuin kantaväestössä. Alkanut raskaus saatetaan kokea olevan vain merkki hedelmällisyydestä ja hormonaalisiin keinoihin suhtaudutaan vieroksuvasti. Yli puolet aborttiin päätyneistä eivät käyttäneet mitään ehkäisyä ennen sitä, joten ehkäisyneuvontaan on panostettava. Kuitenkin keskimäärin maahanmuuttajanaisten abortit ovat väestössä harvinaisempia kuin suomalaisilla. (Apter, Eskola, Säävälä, & Kettu 2009, 15–20.)

Neitsyys on monissa uskonnoissa elintärkeää. Naisen keho on yhteisölle hyvin tärkeä, joten sen pitää olla puhdas. Miehen on hallittava naisensa kehoa, synnyttäähän nainen poikalapsia miehen sukuun, ja perimäketjun aitoudesta on oltava varma. (Brusila 2008, 86.) Lapsettomuus taas on suuri häpeän leimaa aiheuttava asia maahanmuuttajanaيسille, jos heidän kulttuurinsa on hyvin perhekeskeinen ja heidän arvonsa muodostuu heidän synnyttamiensä lasten perusteella. Esimerkiksi islaminuskoiset voivat haluta lapsettomuusongelmiin hoitoa hyvinkin nuorena ja kaikkia mahdollisia menetelmiä halutaan kokeilla, käyttäen kuitenkin vain omia sukusoluja. Yleensäkin lapset tehdään hyvin nuorena iässä. Jos nainen on hedelmätön, voi islaminuskossa mies hylätä naisen, tosinpäin se ei kuitenkaan käy. Katolisessa uskonnossa taas ajatellaan, että ihmisen lisääntyminen on aviollisen aktin rakkauden hedelmä, eikä sitä voida antaa lääkärin ja biologin käsiin. (Brusila 2008, 94–95.)

Tyttöjen sukuelinten silpominen on suuri ongelma itäisestä, keskisestä ja läntisestä Afrikasta kotoisin oleville naisille, se vaikeuttaa naisten seksuaalielämää ja synnyttämistä, ja sitä vastaan olisikin toimittava yhdessä maahanmuuttajayhteisöjen kanssa. Seksuaalinen ja sukupuoleen sidottu väkivalta on myös yleistä. (Apter ym. 2009, 15–20.) Ympäri-ikäisikään vaihtelee muutamasta päivästä teini-ikään. Somaliassa tytöt leikataan 4–14 vuoden iässä, Etiopiassa muutaman päivän ikäisinä vauvoina ja Nigeriassa joskus vasta

häiden jälkeen tai ennen ensimmäisen vauvan syntymää. Silpomisen korjaavia leikkauksia eli defibulaatioleikkauksia tehdään sen haitoista kärsiville helpottamaan kuukautisveren tuloa, seksuaalielämää ja synnytystä. (Brusila 2008, 124–125.)

Islamilaisten maiden kouluissa ei anneta minkäänlaista sukupuolikasvatusta, vaan lisääntymisbiologiaa vain sivutaan biologian opetuksessa. Sukupuolikasvatus voidaan nähdä yllyttämisenä sukupuolikokeiluihin joissakin muslimiyhteisöissä. Myöskään perhepiirissä ei puhuta kuukautisista tai ehkäisystä, joten tieto leviää vanhemmilta lapsilta nuoremmille ja saattaa olla värittyä. Kuukautiset tulevat monille tytöille yllätyksenä ja niitä hävetään. Kuukautiset ovat epäpuhdasta aikaa, koraanin mukaan tänä heikkona aikana mies ei esimerkiksi saa olla naisen kanssa sukupuoliyhteydessä. (Brusila 2008, 90–92.)

Sukupuolitauteja peitellään islamistisissa kulttuureissa, ne ovat osoitus avioliiton ulkopuolisesta tai sitä ennen olevista seksisuhteista. Niistä ei siksi valisteta. Ehkäisymenetelmiin voidaan joissakin maissa kuitenkin suhtautua suopeasti syntyvyyden säännöstemiseksi, mutta yleensä vain keskeytetty yhdyntä, kohdunsisäiset menetelmät, kondomi ja pessaari ovat sallittuja, hormonaaliset menetelmät ja sterilointi eivät kaikissa maissa. Joissakin maissa abortti on sallittua tietyin ehdoin, ja tällöin myös katumuspilleri raiskaustapauksissa, koska raskaus ei ole vielä kunnolla alkanut. Raiskaustapauksista ei aina jaeta islamistisissa kulttuureissa rangaistusta, koska siihen tarvitaan todistajia. Naista voidaan syyttää myös siitä, että on pukeutumisellaan tai käytöksellään herättänyt miehen halut. Nainen voidaan tästä syystä karkottaa tai tappaakin. Koska yhteisöllisyys ja nainen perheen omaisuutena ovat vallitsevia ajatuksia, ovat kunniamurhatkin mahdollisia. (Brusila 2008, 90–92.)

Sairaanhoidossa vain mies voi hoitaa miestä ja nainen naista. Tulkki voi olla eri sukupuolta, jos ei riisuuduta tai puhuta intiimeistä asioista. Gynekologisissa tutkimustilanteissa on huolehdittava, että potilaan intiimit alueet ovat peitettyinä vaivautuneisuuden välttämiseksi. Lähiomainen, esimerkiksi äiti voi haluta olla mukana tällaisissa tilanteissa, kun kajotaan intiimeille alueille. (Brusila 2008, 111.)

Intialaisissa kulttuureissa naisen ensimmäisiin kuukautisiin suhtaudutaan positiivisesti, niitä juhlietaan rituaalein samoin kuin ensimmäistä yhdyntää. Nämä eivät ole naisen yksityisasioita vaan koko suvun. Naisen liikkumista voidaan alkaa rajoittamaan ja säädyliseen pukeutumiseen kiinnitetään huomiota. Hedelmällisenä ja nuorena nainen koetaan hallitsemattomaksi seksuaaliselta halultaan ja naiseudeltaan, toisin kuin vuotojen loputtua. Kuukautisveri muiden eritteiden ohessa koetaan epäpuhtaaksi, ja tämä on yksi naisesta saastuttavista tapahtumista, jolloin ei saa esimerkiksi osallistua ruuanlaittoon tai tehdä uskonnollisia rituaaleja. (Brusila 2008, 170–172.)

On tärkeää antaa ymmärrettävää ja asianmukaista seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa. Olennaisinta on luvan antaminen puhua aroista ja intiimeistäkin aiheista. Ennakko-luulojen hälventäminen, tiedon lisääminen anatomiasta, ehkäisymenetelmistä ja seksuaaliterveydestä yleensä auttaa miehiä ja naisia ymmärtämään asioita paremmin myös toisen sukupuolen kannalta. Seksuaalisen itsemääräämisoikeuden tuntoa on vahvistettava. (Apter ym. 2009, 35.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tavoite oli edistää terveydenhoitajien tietämystä nuorten kuukautishäiriöihin liittyvässä ohjaamisessa ja hoidossa. Tähän sisältyi tietämys erilaisista kuukautishäiriöistä, niiden syistä ja täten myös lisääntymisterveydellisten ongelmien ennaltaehkäisystä, jatkohoitoon lähettämisen kriteereistä, tarpeellisista tutkimuksista kuukautishäiriöiden syyn selvittämiseksi ja yleisimmistä käytetyistä hoitomuodoista. Tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien kokemaa lisäkoulutuksen tarvetta. Työssä selvitettiin myös heidän jo käytössään olevia toimintamalleja nuorten kuukautishäiriöihin liittyen. Tutkimustehtävät olivat:

1. Mitä lisäkoulutusta koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat kokevat tarvitsevansa nuorten kuukautishäiriöiden hoidossa ja ohjauksessa?
2. Millaista on nuorisoneuvolan terveydenhoitajien työ nuorten parissa, joilla on poikkeavat kuukautiset?

Valmiuksia terveydenhoitajien tiedontarpeen kartoittamiseen hankittiin haastatteleamalla nuorisoneuvolan terveydenhoitajia heidän kokemuksistaan nuorten kuukautishäiriöistä terveydenhoitajan näkökulmasta. Lisäkoulutustarvetta kartoitettiin nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelun pohjalta sekä opiskelu- ja kouluterveydenhuoltoon lähetyn kyselylomakkeen avulla.



## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen kaupungin kanssa. Yhteistyöhenkilöinä toimivat kouluterveydenhuollossa koordinaattori Hannele Järvi, osastonhoitajat Pirjo Kuosmanen ja Heli Pakarinen sekä nuorisoneuvolan terveydenhoitajat Raija Pyykkönen ja Marja Juvonen. Lisäksi yhteistyötä tehtiin opiskeluterveydenhuollon kanssa. Talvella 2012 nuorisoneuvolan terveydenhoitajia haastateltiin ja sen pohjalta kyselylomake lähetettiin koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon.

### 6.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Toikko & Rantanen (2009) kertovat, että kehittämistoiminta on luonteeltaan reflektiivistä ja prosessorientoitunutta. Toiminta ei ole sidottu suunnitelmaan, vaan dynaamisesti ohjautuu uuden tiedon mukaan. Prosessi on usein rönsyilevää ja hidasta sekä ulospäin jäsentymätöntä. (Toikko & Rantanen 2009, 49–51.) Opinnäytetyössä tärkeää oli yhteistyökumppanin, eli Tampereen kaupungin saama hyöty. Toisena lähtökohtana oli myös opinnäytetyön tekijöiden kiinnostus aihetta kohtaan. Tavoitteena oli siis maksimaalinen hyöty eli halu edistää terveydenhoitajien tietämystä ja siinä sivussa oma oppimisprosessi. Koska ei ollut tietoa siitä, minkälaista koulutusta terveydenhoitajat haluaisivat valitusta aiheesta, lähdettiin sitä selvittämään sieltä, missä tiedettiin käytännön tietoa aiheesta olevan eli nuorisoneuvolasta. Tiedon kartoitusta tehtiin nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelulla. Kyselylomake oli hyvä keino kartoittaa terveydenhoitajien toiveita ja tietämystä, mutta haastattelun pohjalta kyselylomaketta oli helpompi lähteä kehittämään. Opinnäytetyö oli muuttumiskykyinen tutkimustarpeiden mukaan.

Toikon ja Rantasen (2009) mukaan kehittämistoiminta pyrkii tiedontuotantoon, ja prosessin tavoite on kehittäminen. Kehittämistoiminnan tiedon tuottaminen ja toiminta ohjaavat toisiaan. Prosessia arvioidaan jatkuvasti, ja arviointi johtaa uusiin ongelmiin ja tavoitteisiin. Tulosten tulee olla siirrettäviä ja niiden tulee kehittää näyttöön perustuvia käytäntöjä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa aineistoa voi olla syytä rajata. Saattaa olla, että prosessi vaatii useamman aineiston, jolloin esimerkiksi on yksi pää-

aineisto, jota tukee sekundääriset aineistot. Voidaan puhua myös monen kategorian asemasta. Aineistojen analyysi saattaa vaatia yhden tai useampia omia tutkimuksia ja tutkimusanalyyseja. (Toikko & Rantanen 2009, 113–119.) Opinnäyteyössä pääaineistona olivat nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelu ja niitä tukevat kyselylomakkeet. Molempia analysoitiin eri tavalla.

Haastattelu oli hyvä vaihtoehto nuorisoneuvolan terveydenhoitajien toimintamallien ja kokemusten kartoittamiseen, sillä heitä oli kaksi. Haastattelemalla heitä kasvokkain pystyttiin tarkentamaan ja tekemään lisäkysymyksiä. Tuomi ja Sarajärvi (2009) kuvailevat, että haastattelussa haastatteli selvittää haluamastaan aiheesta mahdollisimman paljon kyselemällä kasvokkain haastateltavalta sekä merkitsemällä asiat itselleen muistiin. Haastattelun etuna on joustavuus ja haastattelijan mahdollisuus esittää kysymykset haluamassaan järjestyksessä. Jotta haastattelusta saataisiin mahdollisimman paljon tietoa irti, on haastateltaville hyvä antaa mahdollisuus tutustua aiheeseen tai kysymyksiin etukäteen. On myös suuri etu, että haastatteluun voidaan valita henkilöitä, joilla on tietämystä tutkittavasta asiasta. Haastattelun haittapuoli on se, että se vie paljon aikaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–74.)

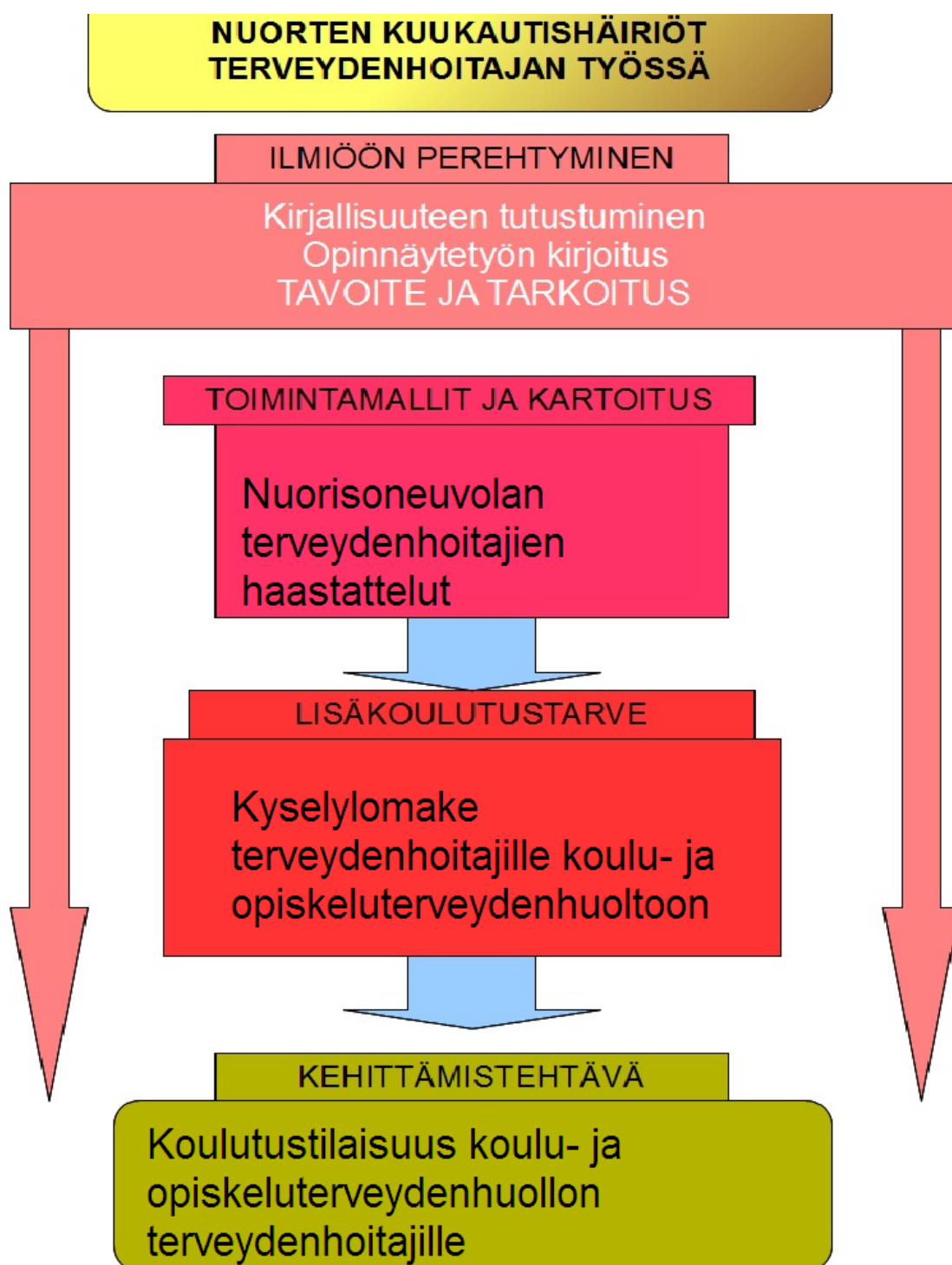
Kyselylomake koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajien lisäkoulutustarpeen kartoittamiseen oli toimiva, koska kyse oli suuresta vastaajajoukosta. Tavoitteena oli mahdollisimman nopea ja helppo vastaamistapa terveydenhoitajille, jotta he jaksaisivat vastata kyselyyn. Vilkan (2007) mukaan kysely sopii aineiston keruuseen, kun tutkittavia on paljon ja hajallaan. Kysely on jokaiselle vastaajalle samanlainen. Ongelmaksi kyselyssä voi muodostua vastaajien vähäisyys ja vastauksien hidas palautuminen. Kysely voidaan lähettää postitse tai sähköisesti. (Vilkka 2007, 28.) Tuomi ja Sarajärvi toteavat että haastattelua ja kyselyä ei ole tarpeellista erotella täysin toisistaan, mutta synonyyminä niitä ei voi käyttää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–74). Aineiston analysoinnissa oleellista on tutkimustehtävässä pysyminen, eli jos aineistoista ilmenee jotain uutta ja kiinnostavaa, on syytä miettiä mikä juuri tässä tutkimuksessa on oleellista. Kaikki muu on syytä jättää tutkimuksen ulkopuolelle. Lopulta analyysi päättyy aineiston luokitteluun ja yhteenvedoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93.)

## 6.2 Opinnäytetyön toteutusprosessin kuvaus

Opinnäytetyöprosessi oli monivaiheinen ja eteni kahden eri tiedonhankintamenetelmän kautta kohti kehittämistehtävänä järjestettyä koulutustilaisuutta (kuva 2). Ensimmäisessä tapaamisessa sovittiin Tampereen kouluterveydenhuollon edustajien kanssa nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelusta. Nuorisoneuvolan terveydenhoitajiin otettiin yhteyttä ja haastattelun aiheeksi kerrottiin kuukautishäiriöiden hoito ja ohjaus. Lisäksi sovittiin heidän pyynnöstänsä, että haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna, eli molemmat haastattelijat ja terveydenhoitajat ovat mukana haastattelutilanteessa. Haastattelun kestoksi sovittiin puolitoista tuntia ja aikataulussa pysyttiin. Ennen haastattelua työstettiin kattava kirjallinen tietopohja nuorten kuukautishäiriöistä, jonka pohjalta laadittiin haastattelukysymysten 11 yläkategoriaa, jonka alle tehtiin 2-6 alakysymystä liittyen nuorten kuukautishäiriöihin, niiden hoitoon ja ohjaukseen nuorisoneuvolassa (liite 3). Haastattelu nauhoitettiin ja terveydenhoitajat olivat tietoisia siitä, että nauhoituksia eivät kuuntele muut kuin opinnäytetyön tekijät, ja että niiden pohjalta tuotetaan kirjallinen osa opinnäytetyöhön. Haastattelu oli vapaamuotoinen ja tarvittaessa tehtiin lisäkysymyksiä. Nauhoituksen jälkeen haastattelu litteroitiin ja tekstiä tuli 22 sivua. Litteroinnin jälkeen tekstiä eriteltiin kategorioihin, ja siitä kirjoitettiin yhtenäinen teksti eli tiivistetty ja analysoitu versio haastattelusta. Nuorisoneuvolan terveydenhoitajille lähetettiin lupalomake (liite 4), jossa pyydettiin lupa käyttää haastattelua opinnäytetyössä. Terveydenhoitajille annettiin mahdollisuus lukea haastattelusta koottu teksti mahdollisten asiavirheiden korjaamiseksi.

Kirjallisen pohjatyön ja nuorisoneuvolan haastattelun pohjalta (kuva 2) tehtiin kyselylomake (liite 5) lähetettäväksi 43 terveydenhoitajalle koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Määrällisesti selvitettiin, kuinka usein he kohtaavat kunkin tyyppisiä kuukautishäiriöitä ja mihin he kokevat tarvitsevänsä lisäkoulutusta sekä laadullisesti avointen kysymysten avulla heidän kokemuksiinsa kuukautishäiriöiden hoidosta ja ohjauksesta. Kyselylomakkeella selvitettiin myös millä tavalla terveydenhoitajat haluavat lisäkoulutuksen toteutuvan sekä kuinka vahvaksi he kokevat osaamisensa nuorten kuukautishäiriöiden suhteen. Kyselylomake lähetettiin sähköisenä linkkinä terveydenhoitajille, mukaan liitettiin saateteksti, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä sekä kyselylomakkeen tarkoituksesta. Koska kyselylomake toteutettiin gmailin avulla, lomakkeen tulosten tarkas-

telu oli helppoa, sillä taulukot ja yhteenvedot muodostuivat valmiiksi ja vastaukset olivat yhdessä paikassa luettavissa. Terveystenhoitajista 18 vastasi kyselylomakkeeseen eli vajaa puolet. Suurin osa vastaajista työskenteli opiskeluterveydenhuollossa.



KUVA 2. Opinnäytetyön toteutus

### 6.3 Nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelu

#### Nuorten kuukautishäiriöiden yleisyys

Haastattelulla selvitettiin, millaista on nuorisoneuvolanterveydenhoitajan työ nuorten parissa, joilla on poikkeavat kuukautiset. Nuorisoneuvolan terveydenhoitajat kertoivat nuorten kuukautishäiriöiden ja niistä keskustelemisen olevan päivittäistä. Terveydenhoitajat uskoivat nuorten kuukautishäiriöiden lisääntyneeseen ilmaantumiseen olevan syynä suurempi uskallus ottaa tällaiset asiat puheeksi nykypäivänä. Raskaudenehkäisyn alkuhaastattelun ja seurantakäyntien yhteydessä kysellään kuukautisanamneesi, jolloin kuukautishäiriöiden ilmeneminen tulee samalla esiin. Suurimmalla osalla on kuukautiskipuja, osalla ne häiritsevät elämänlaatua. Nuorilla on runsaita vuotoja, epäsäännöllisiä ja pitkittyneitä kuukautisia sekä PMS-oireita. Monet nuoret tarvitsevat myös kuukautisten siirtopillereitä. Kysymyksiä tulee kuukautiskierron normaaliudesta, jos kierto on esimerkiksi pitkä, mutta säännöllinen tai jos kierto on vain 21 päivää vuodon kestäessä kahdeksan päivää. Kummassakaan tapauksessa ei ole kuitenkaan syytä huoleen, sillä kyse on terveydenhoitajien mukaan yksilöllisistä vaihteluista.

#### Anamneesin selvittäminen

Terveydenhoitajan tehtävänä on selvittää anamneesi, tämä rooli on tärkeä myös lääkärin työparina työskennellessä. Anamneesin selvittämisessä kysytään perussairaudet, lääkitykset ja allergiat. Kuukautisanamneesiin kuuluvat kuukautisten alkamisikä, kierron kesto ja säännöllisyys, vuodon runsaus, kivut, viimeiset kuukautiset ja PMS-oireet. Nuorilta kysytään mahdolliset raskaudet, keskenmenot ja keskeytykset. Seksuaalianamneesin selvittämiseen kuuluvat ehkäisy- ja seurusteluasiat eli aiemmat suhteet, käytetty ehkäisy, kauanko nuori on seurustellut ja hyväksyvätkö vanhemmat sen sekä lastensuojeluvuorituksen takia kysyä partnerin ikä asiakkaan ollessa nuori. Sukupuolitautiriskeistä ja niiden mahdollisesta aikaisemmasta sairastamisesta keskustellaan ja otetaan herkästi sukupuolitautitestejä. Gynekologisista vaivoista kysytään, onko ollut valkovuotoa, kutinaa, kirvelyä, yhdyntäkipuja, haluttomuusongelmia tai virtsatietulehduksia. Toistuvat virtsatietulehdukset voivat kertoa klamydiasta. Kun nuorella on esimerkiksi primaari

amenorrea, on hyvä kysyä myös vanhempien kehittymisestä. Nuoren elintavat kartoitetaan. Ehkäisyasiakkaalta kysytään päänsärky- ja migreenitaipumus sekä laskimotukos-riskistä kertovat suvun erilaiset hyytymistekijäsairaudet, sillä näillä on oleellinen merkitys ehkäisyvalmisteen valinnassa. Nuorilta kysytään HPV-rokotteen saannista. Anamneesin selvittämisessä on tärkeää huomioida ja varmistaa mahdollinen käytetty jälkiekäisy, josta nuoret usein häpeilevät puhua.

### Nuoren tutkiminen

Terveydenhoitajan tekemiä tutkimuksia ovat pituuden, painon ja verenpaineen ottaminen, tarvittaessa raskaustesti ja sukupuolitautiltesteistä klamydia ja tippuri. Virtsasta otetaan stix-virtsakoe, ja poissuljetaan virtsatietulehdus virtsanäytteellä. Tarvittaessa hemoglobiini mitataan pikamittarilla. Muita verikokeita voidaan tarvittaessa ottaa, ja tiettyihin näytteisiin terveydenhoitaja voi tehdä lähetteen laboratorioon. Fyysisen kehityksen arvioinnin tekee lääkäri. Terveydenhoitajien tekemistä vuotohäiriöisen tutkimuksista tärkeimmäksi terveydenhoitajat nostivat raskaustestin ja klamydian tutkimisen. Raskaustestillä voidaan mahdollisesti nähdä myös tapahtunut keskenmeno, sillä istukahormoni hCG saattaa olla koholla vielä parin viikon kuluttuakin virtsanäytteessä. Epäiltäessä tätä katsotaan myös veren hCG. Terveydenhoitajien mukaan gynekologiseen tutkimukseen joutuminen on monelle nuorelle kova paikka, ja he muistuttivatkin, että automaattisesti gynekologista tutkimusta ei tarvita, vaan tärkeintä on hyvä anamneesi. Nuoren jännittäessä tutkimus tehdään vasta silloin, kun nuori on siihen valmis, sillä ei siis ole suuri kiire. Papa-kokeita ei pidä ottaa automaattisesti kuukautishäiriöiden yhteydessä, koska ne eivät kerro koko totuutta, vaikka näin joskus terveyskeskuksissa ensimmäiseksi toimitaankin. Klamydianäyte on tärkeämpi, ja tietysti myös ultraäänellä saadaan selvyyttä kohdun senhetkisestä tilanteesta.

### Elintapaohjauksen antamisen tärkeys

Nuorisoneuvolan terveydenhoitajien mukaan syömishäiriö nuorella huomataan usein jo kouluterveydenhuollossa amenorrean ilmaantuessa ja nuori myös hoidetaan siellä. Raju

painonpudotus tai toisaalta painon äkillinen nousu horjuttavat hormonitasapainoa. He nostivat esiin myös alkoholin ja huumausaineiden kuten kannabiksen vaikutuksen kuukautiskiertoon. Kannabis voi jättää kuukautiset pois tai aiheuttaa viivästynyttä kuukautisvuotoa. Myös stressi vaikuttaa aiheuttamalla amenorreaa. Alkoholin käyttöä kartoitetaan tekemällä mini-interventio. Terveystenhoitajat kertoivat, että elintapaohjaus kuuluu luontevasti näissä tapauksissa kaikkiin asiakaskontakteihin, ja sitä voidaan tehostetusti jatkaa asiakkaan omassa kouluterveysterveysthuollossa, mikäli on tarvetta esimerkiksi ylipainoisen nuoren ruokapäiväkirjan pidolle.

Terveystenhoitajat pitivät elintapaohjaukseen liittyen tärkeänä tupakkavalistuksen kytkeä jokaiseen asiakaskontaktiin. Aina voidaan perustella tupakoinnin lopettamisen hyödyllisyys jollakin käyntiin liittyvällä asialla. Esimerkiksi kohdunkaulan muutoksissa tupakoimattomuus myötävaikuttaa muutosten korjaantumiseen itsestään, kun taas tupakoivilla tämä mekanismi ei toimi yhtä hyvin vähentyneen verenkierron, hapetuksen ja ravinnonsaannin takia, ja toisaalta haitta-aineiden kertymisen takia. Samoin kondyloomassa paraneminen on parempaa tupakoimattomilla ja vastustuskykykin tätä vastaan on suurempi ajatellen sitä, ettei kondomikaan täysin suojaa kondyloomalta sen virusluonteisuuden takia. Lisäksi tupakka vaikuttaa hormonitasapainoon.

#### Lääkityksen vaikutus kuukautiskiertoon

Terveystenhoitajat nostivat esiin kuukautiskiertoon vaikuttavista lääkkeistä etenkin psyykenlääkkeet, joista osa nostaa painoa ja vaikuttaa siten kuukautishäiriöiden syntymiseen. Jotkin psyykenlääkkeet aiheuttavat maitovuotoa rinnoista kohonneen prolaktiinipitoisuuden takia. Eräät vanhat epilepsialääkkeet heikentävät ehkäisyvalmisteiden tehoa, jolloin joudutaan antamaan tuplamäärä ehkäisyvalmistetta, koska maksa indusoi hormoneja silloin niin voimakkaasti. Mäki kuusi voi aiheuttaa välivuotoja ja heikentää ehkäisytehoa. Myös tuberkuloosilääkkeet vaikuttavat kuukautisiin. Vuotohäiriöiden yhteydessä on syytä kysyä ehkäisyvalmisteiden käytöstä, onko esimerkiksi unohtanut ottaa e-pillerin, oksennellut tai ripuloinut, jolloin e-pillerit eivät ole päässeet kunnolla vaikuttamaan. Myös antibioottihoidon mainittiin voivan heikentää ehkäisytehoa.

## Kuukautiskivut

Kuukautiskivut haittaavat liian monen naisen elämää. Terveystenhoitajat nostivat esiin yleisen tietämättömyyden oikeiden kuukautiskipulääkkeiden olemassaolosta. Moni kärsii turhaan, kun kokee, ettei tavallisista perussärkyläkkeistä ole apua. Lisäksi kipulääkkeiden syöntiä pelätään, kun ei haluta syödä lääkkeitä turhan takia. Usein koetaan, että kipua pitää kestää. Tästä saattaa aiheutua paljon sairauspoissaoloja koulusta. Usein särkylääke otetaan vasta, kun kipu on jo kovaa, eikä lääke enää silloin ole yhtä tehokas. Särkylääke pitäisi ottaa ensimmäisten kivun merkkien ilmaantuessa ja tarpeeksi suurella annoksella, jotta prostaglandiinisynteesi saataisiin jo alkuvaiheessa katkaistua. Toisaalta kun nuoret eivät tiedä kipulääkitysmahdollisuuksista, niin he saattavat hakea herkästi yhdistelmäehkäisytabletteja kouluterveydenhuollosta kuukautiskipuihinsa, vaikka tehokkaita kipulääkkeitä ei ole vielä kokeiltukaan. Yhdistelmä- ja minipillereiden aloitusta kuitenkin vältetään, jos ehkäisyntarvetta ei ole, koska ehkäisytabletit ovat kuitenkin lääkeaine omine haittavaikutuksineen, eikä muutaman kipupäivän takia yhdistelmäehkäisylääkitykselle kannata ryhtyä. Ehkäisytabletit ovat siis toissijainen vaihtoehto kunollisten kipulääkkeiden jälkeen. Jos ehkäisytabletteja käyttäessä kuukautiskipu kuitenkin vain pahenee ja ilmenee kenties välivuotojakin, on muistettava jälleen klamydian mahdollisuus, vaikka klamydiaa voi tietenkin kantaa myös oireettomana.

Terveystenhoitajat näkivät nuorten kuukautiskivun hoidon työssään tärkeänä lisäkoulutuksen aiheena. Kouluterveydenhuollossa voidaan aloittaa sopiva kuukautiskipulääkitys, mutta tarpeen vaatiessa voidaan ohjata myös nuorisoneuvolaan kuukautiskipulääke-/tablettiarvioon. Erilaisia vaihtoehtoja kannattaa kokeilla. Aloitettavia kipulääkkeitä ovat ibuprofeeni 10 mg/kg x 3, yli 45 -kiloisille 600-800 mg x 3. Naprokseenia 5-10 mg/kg x 1-2, yli 44 -kiloisille 500 mg x 1-2 tai Miranax 550 mg x 1-2. Tolfenaamihappoa (CLOTAM) voi käyttää tytölle, joka ei ole aivan pieni ja hento, 200 mg x 2-3. Täytyy muistaa, että parasetamoli yksinään ei riitä juuri koskaan. Lyhytvaikutteinen Litalgin lievittää spasmeja, kouristelevia vatsakipuja, annostuksella 1(-2) x 3. Yli 16-vuotiaat voivat käyttää pitkävaikutteista Arcoxiaa 90- 120 mg x 1. Muita kuukautiskipuihin käytettyjä lääkkeitömiä keinoja, joita terveystenhoitajat ohjaavat, ovat lämpötyynyjen ja kuuma-vesipullojen käyttö rentouttamaan supisteluita. Lisäksi liikunta ja jumppa on hyväksi,



jos nuori siihen pystyy, jotta kohdun verenkierto pysyisi yllä ja runsas kohtulihaksen hapensaanti helpottaisi kipua.

### Runsaat kuukautiset

Runsaat kuukautiset ovat elämää hankaloittava ja anemisoitumista aiheuttava tekijä. Runsaista kuukautisia nuorilla terveydenhoitajat kertoivat hoidettavan tolfenaamihapolla (Clotam), traneksaamihapolla (Cyklokapron) ja tietenkin myös yhdistelmäehkäisyllä. Ibuprofeenia kannattaa ottaa kuuriluontoisesti, säännöllisesti koko vuodon ajan. Terveydenhoitajat täsmensivät, että täytyy aina muistaa, että runsaiden kuukautisten määritelmä ei ole kaikille selvä ja sama, toisille siteen vaihtaminen neljän tunnin välein merkitsee runsasta vuotoa, kun yleisen määritelmän mukaan vaihtaminen alle parin tunnin välein merkitsee runsasta vuotoa. Kyse on subjektiivisesta kokemuksesta.

### PMS-oireet

PMS-oireiden lievittämiseksi terveydenhoitajat kertoivat käytettävän e-pillereitä tai keltarauhashormonia syklisesti kolmen kuukauden ajan. B6-vitamiinin (pyridoksiini) käyttöä he ovat myös suositelleet. Invalidisoivissa tapauksissa harkitaan myös mielialalääkkeiden käyttöä. Luontaistuotteidenkin mahdollisuuksia nuori voi kokeilla, vaikkei varmaa vaikutusta näillä ole voitukaan osoittaa. Elintavoista oireisiin voi vaikuttaa liikunnalla.

### Amenorrea

Kuukautisten alkamattomuus tai niiden poisjäänti on aihe lisäselvittelyille. Nuoren amenorrean selvittelyissä terveydenhoitajat kertoivat, että aloitetaan amenorrean primaarisuuden ja sekundaarisuuden selvittelyistä, mitkä lääkäri pääosin hoitaa. Sekundaarisen amenorrean taustalla voi olla syömishäiriöt, kuten anoreksia, bulimia tai ortoreksia, joten elintapoja on syytä selvittää. Ortoreksiasta kärsivät on vaikeampi saada kiinni,

koska päällepäin heidän ruokavalionsa kuulostaa terveelliseltä. Runsaasti liikkuville on korostettava, että elimistö tarvitsee lepopäiviä elpyäkseen. Tutkimuskeinona voidaan käyttää keltarauhashormoniannostelua, ja jos sillä saadaan kuukautiset tulemaan, ei ole syytä huoleen. Jos ei, tehdään lisätutkimuksia ja otetaan verikokeita.

#### Ohjaamisen antoisuus ja haastavuus

Antoisaksi terveydenhoitajat kertoivat kokevansa ohjauksessa nuorilta saadun välittömän palautteen, kun nuoret tulevat autetuiksi. Asiakkaasta näkee helposti, millä mielialalla hän lähtee. Usein onnistumisen kokemukset liittyvät konkreettisiin ohjeistuksiin, esimerkiksi ehkäisyn aloituksiin, kuukautiskipujen lievittymisiin tai kilpaurheilijanuoren elämää helpottavaan kuukautisten siirtämiseen. Antoisaa on saada kokea, että on pystynyt kysymyksillään antamaan nuorelle luvan puhua intiimistä ja arasta aiheesta, olipa kyse sitten kuukautishäiriöistä tai muusta seksuaaliterveyteen liittyvästä asiasta. Moni saattaa tutkailla useamman kerran, uskaltaako puhua asiasta terveydenhoitajalle. Joskus voi olla helpompi puhua nuorisoneuvolan terveydenhoitajalle kuin omalle terveydenhoitajalle.

Ohjaamisessa haastavaa terveydenhoitajat kertoivat olevan tarkasti painoan seuraavien ja toisaalta taas ylipainoisten nuorten hoito. Heistä on ikävä huomautella asioista, jotka koetaan loukkaavina ja samalla pelätä, etteivät aiheuta tilanteen kehittymistä huonoon suuntaan, esimerkiksi anoreksiaan. Haastavaksi ja lisäkoulutusta vaativaksi asiakasryhmäksi terveydenhoitajat nostivat maahanmuuttajat ja kehitysvammaiset. Yhteisen kielen puuttumisen lisäksi maahanmuuttajilla on usein erilaisia kulttuurisia tapoja ja uskomuksia. Tiedon taso kuukautisten suhteen ei ole niin hyvä, josta johtuen puheeksi ottaminen ja hoitaminen on haastavaa ja ajoittain vaikeaa. Usein maahanmuuttajataustaisilla kuukautiset alkavat vieläpä hyvin aikaisin 9–10 -vuoden iässä, joten nuori voi olla hyvin avuton ja hämmentynyt kuukautistensa kanssa, varsinkin jos ne ovat runsaat ja kivuliaat. Tarvittaessa annetaan hygieniapastusta tai ohjataan vielä kouluterveydenhoitajalle. Nämä nuoret kärsivät vielä usein anovulatorisista kierroista, jolloin he vuotavat melkein koko ajan. Tähän hoitona annetaan joskus kuurina e-pillereitä vuotoa rauhoittamaan. Suomalaisilla tytöillä kuukautisten varhaistuminen ei terveydenhoitajien mielestä näy niin paljoa.

Kehitysvammaisten kanssa terveydenhoitajat kertoivat olevan vaikeaa löytää yhteinen kieli ja oikeat termit vuotohäiriöiden ilmaantuessa. Hygienia-asiat voivat olla huonossa hoidossa puhumattakaan ehkäisystä. Kuitenkin seksuaalisuus usein tulee vahvasti läpi kehitysvammaisen identiteetistä, vaikka ymmärrys ei olekaan aivan kohdallaan. Toinen terveydenhoitajien nostama lisäkoulutuksen tarve on nuoren kehitystason arviointi. Nykyään kouluterveydenhuollossa terveydenhoitajat käyttävät Tannerin luokitusta eli näyttävät eri kehitysasteita kuvaavia kuvia, joista nuori saa valita parhaiten omaa kehitystasoaan vastaavan. Näin vältetään nuorille kiusallisilta tilanteilta. Terveydenhoitajat kuitenkin pitivät kuvia jonkin verran kömpelöinä, koska kaikki eivät saavuta esimerkiksi rintojen kehityksessä ylintä viitostasoa, vaan ne voivat jäädä muistuttamaan jotakin alempaa tasoa, vaikka sukupuolisessa kehityksessä ei olisikaan mitään vikaa.

#### Sairaudet vuotohäiriöiden taustalla

Terveydenhoitajat kertoivat, että vuotohäiriöiden tai amenorrean taustalta voi löytyä myös niitä aiheuttava perussairaus, kuten tuore tai huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes. Siksi on tärkeää tarkastaa virtsakokeella mahdollinen virtsan sokeri. Anemia voi aiheuttaa kuukautisten poisjääntiä tai häiriöitä ja vastaavasti runsasvuotoiset häiriöt voivat johtaa anemiaan. Myös keliakia voi aiheuttaa ongelmia kasvuun ja pituuspainoon, jolloin kuukautishäiriöiden todennäköisyys kasvaa. Kilpirauhassairaudet, kuten hypotyreoosi ja hypertyreoosi, voivat olla häiriöiden taustalla. Harvinaisempien kuukautishäiriöiden jatkohoitoa terveydenhoitajat eivät niinkään pääse työssään näkemään, mutta he kertoivat kohdanneensa työssään erilaisista rakennevioista johtuvia kuukautishäiriöitä, kuten kohdun ja emättimen kaksiosaisuutta tai puuttumista, joiden takia on lähetetty jatkohoitoon esimerkiksi Taysiin. Myös endometrioosia, polykystisia munasarjoja ja von Willebrandin tautia he ovat kohdanneet. Endometrioosia on syytä epäillä kivuliaissa ja runsaissa kuukautisissa, polykystisia munasarjoja taas silloin kun kuukautiset tulevat harvoin. Terveydenhoitajat epäilevät PCO:sta kärsittävän enemmän kuin on diagnosoitu, sillä usein eteen tulee myös sattumalöydöksiä.

## Yleinen seksuaalivalistus

Tärkeäksi asiaksi työssään terveydenhoitajat kokivat yleisen seksuaalivalistuksen. Kuukautishäiriöitäkin epäiltäessä on tärkeää tehdä raskaustesti. Moni nuori ei ymmärrä, että ilman yhdyntääkin voi tulla raskaaksi, jos spermaa joutuu genitaalialueelle. Sellainenkin tapaus on nuorisoneuvolassa kohdattu, jossa tyttö oli jo toisella trimesterillä. Raskaus tuli täytenä yllätyksenä, kun ei otettu raskaustestiä ennen muita tutkimuksia. Muutenkin, jos kuukautiset ovat myöhässä, niin on tärkeää ottaa uusi raskaustesti toistamiseen 2-3 viikon kuluttua ensimmäisestä testistä. Nuorten kanssa puhutaan sukupuolitaudeilta suojautumisesta, unohtamatta genitaaliherpeksen tarttumista, ja käydään läpi naisen anatomiaa. Nuoria tulee usein vastaanotolle huolissaan kuukautisten viivästymisestä, kun he elävät vanhan, ennen jälkiekhäisyä olleen kiertonsa mukaan. Terveydenhoitajat muistuttavat, että kierto pitää tällöin kuitenkin nollata ja laskea kierto alkaneeksi jälkiekhäisyyn ottamisen jälkeen tulevan vuodon alusta. Usein nuoret ovat huolissaan kuukautishäiriöistä myös silloin, kun he ovat käyttäneet useasti jälkiekhäisyä, joka on saanut heidän hormonitasapainonsa sekaisin.

## Yhdistelmäehkäisytablettien käyttö nuorilla

Terveydenhoitajien mukaan joillakin on sellainen uskomus, että kuukautisten on tultava kerran kuukaudessa, jotta kohtuonteloon ei kertyisi ylimääräistä ainesta, ja jotta normaalia kiertoa jäljiteltäisiin. Tämä uskomus on vankka varsinkin nuorten vanhemmilla. Terveydenhoitajat nykyisten suositusten mukaan suosittelevat yhdistelmäehkäisytablettien tauotta syömistä kahden tai kolmen kuukauden ajan, jonka jälkeen taukoviikko vasta pidetään. Harvemmat, nelisen kertaa vuodessa tulevat kuukautiset ovat terveellisemmät keholle ehkäisten esimerkiksi kohdunrungon syöpää, vähentäen anemian riskiä ja tietysti myös vaikeata kuukautisoireilua. Terveydenhoitajat kertovat, että pidemmän syklin pitäminen ei sovi välttämättä kaikille ja siitä voi aiheutua myös lisääntyneitä haittavaikutuksia. He ovat törmänneet vastaanotoillaan naisiin, joilla kuukautiskivut ovat vain pahentuneet tästä. On myös naisia, jotka kokevat mielialansa menevän huonompaan suuntaan pidennetyllä syklillä. Tällöin naisen on hyvä kuulostella vain sitä, mikä on hänelle itselleen parasta. Jos tiputteluvuotoa esiintyy kesken toisen tai kolmannen pille-

riilaatan, voi taukoviikon pitää välissä. Ehkäisytabletteja ei tarvitse myöskään tauottaa oman hormonitoiminnan testaamiseksi kuten saatetaan uskoa, se voi vain lisätä hormonien haittavaikutusten, kuten laskimotukosten riskiä. Terveystenhoitajat kertoivat myös kohtaavansa usein uskomuksen, jonka mukaan hedelmällisyys kärsisi yhdistelmäehkäisystä, mutta todellisuudessa se on juuri päinvastoin. Jotkut voivat kuitenkin joutua odottelemaan kuukautisten normalisoitumista 3-6 kuukauteksi.

Nyky-suositusten mukaan terveydenhoitajat ohjaavat nuoria pitämään lyhyemmän tauon taukoviikolla. Lyhyemmän tauon etuna on parempi ehkäisyteho ja vähentynyt hormonitasojen heilahtelu edestakaisin, kun hormonitasot eivät pääse aivan täysin romahamaan kuten pidemmän tauon aikana. Tasaisempi annostelu merkitsee käyttäjän parempaa vointia, ei esimerkiksi esiinny pitkää sykliä syödessä niin suuria päänsärkyjä taukoviikkojen yhteydessä. Terveystenhoitajien mukaan nuoret ovat nykyään melko hoitomyyntyviä yhdistelmäehkäisytablettien suhteen. Terveystenhoitajat kertoivat perustelevansa yhdistelmäehkäisyyn hyödyllisyyttä ja hälventävänsä siihen liittyviä pelkoja tuomalla esiin seuraavanlaisia asioita: elämisen laatu paranee, kivuista kärsivillä kuukautiset voivat tulla harvemmin näin halutessa ja kivun määrä vähenee sekä vuoto niukentuu. Erityisesti endometrioosin aiheuttamissa kovissa kivuissa saadaan kärsimykseen lievitystä. Epäsäännöllisissä vuotoissa ja kierroissa kierto säännöllistyy. Ehkäisyteho paranee, kun tabletteja syödään pitkällä syklillä ja lyhennetyllä tauolla. Lisäksi vähentyneistä ovulaatioista ja kuukautisista on naisen terveydelle etua.

### Moniammatillinen yhteistyö

Erikoissairaanhoidon lähettäminen kulkee lääkärin kautta, paitsi ravitsemusterapeutille voi lähettää terveydenhoitajakin. Useimmat asiakkaat saadaan kuitenkin hoidettua nuorisoneuvolassa yleislääkärin kanssa. Aina ei tarvita lääkärille lähettämistä. Esimerkiksi kuukautiskiputapauksissa terveydenhoitaja voi pyytää lääkäriltä kipulääkereseptin ja antaa tarvittavat ohjeistukset. Moniammatillinen yhteistyö on suuri rikkaus terveydenhoitajien mielestä ja mahdollistaa konsultoinnin tarvittaessa. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu lääkäri ja terveydenhoitaja, terveydenhoitaja-seksuaaliterapeutin ja terveystakeskusavustaja-lähihoitajan lisäksi psykologi ja tarvittaessa ravitsemusterapeutti. Psyko-

logia tarvitaan harvoin, mutta joskus apua saattaa olla kuukautishäiriöiden takana olevien asioiden selvittelystä, jotka aiheuttavat nuorelle esimerkiksi suunnatonta stressiä.

#### **6.4 Kyselylomake koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajille**

Tampereen kaupungin opiskelu- ja kouluterveydenhuoltoon lähetettiin kyselylomakkeet, joiden avulla kartoitettiin terveydenhoitajien nuorten kuukautishäiriöiden kohtaamista heidän päivittäisessä työssään. Kysely lähetettiin 45 terveydenhoitajalle, vastauksia saatiin 18, enemmistö opiskeluterveydenhuollosta. Näiden vastausten pohjalta pystyttiin selvittämään koulutustilaisuuteen toivottavaa asiasisältöä. Vastanneista 11 työskenteli opiskeluterveydenhuollossa, 3 kouluterveydenhuollossa ja 4 molemmissa.

Enemmistö terveydenhoitajista arvioi osaamisensa nuorten kuukautishäiriöiden suhteen keskinkertaiseksi, hieman pienempi osa melko vahvaksi. Terveydenhoitajat kokivat eniten tarvetta tietää enemmän erityyppisistä nuorten kuukautishäiriöistä, maahanmuuttajanuorten lisääntymisterveyden erityispiirteistä, kroonisten sairauksien yhteydestä kuukautishäiriöihin sekä tarpeellisista tutkimuksista nuorelle, jolla on kuukautishäiriöitä. Jonkin verran kannatusta sai elintapojen, eri ehkäisymenetelmien ja sukupuolitautien yhteys nuorten kuukautishäiriöihin. Osa terveydenhoitajista pohti sitä, milloin huolestua nuoren kuukautiskierrosta ja mitkä ovat kriteerit lääkärille tai muualle jatkohoitoon lähettämiseksi. Osa terveydenhoitajista mietti, millaisia asioita voidaan jäädä vain seuraamaan ja kuinka pitkäksi aikaa. Kuten haastattelussakin kävi ilmi, monet terveydenhoitajat kokivat tarvetta saada tietää enemmän maahanmuuttajataustaisten nuorten naisten erityiskysymyksistä aiheeseen liittyen.

Terveydenhoitajat kohtasivat työssään nuorten kuukautishäiriöistä eniten tiputteluvuotoa, kivuliaita, runsaita ja epäsäännöllisiä kuukautisia sekä PMS-oireilua. Amenorreaa, polymenorreaa, oligomenorreaa tai hypomenorreaa he kohtaavat harvemmin. He kohtasivat myös nuoria, joilla kuukautiset ovat poissa jonkin sairauden takia.

Nuorten kuukautishäiriöiden taustalla vaikuttavista tekijöistä terveydenhoitajat kohtasivat eniten alipainon, ylipainon, liian fyysisen rasituksen, stressin ja alkaneen raskauden

vaikutusta häiriöiden taustalla. Myös sukupuolitautien ja gynekologisten infektioiden sekä ehkäisymenetelmien vaikutusten terveydenhoitajat olivat huomanneet liittyvän asiaan melko usein. PCOS: aa, endometrioosia ja kohdun myoomia tai polyyppeja he kohtasivat työssään harvoin. Osa terveydenhoitajista epäili myös psyykkisten ongelmien ja lääkityksen vaikuttaneen häiriöiden taustalla joissakin tapauksissa.

Melko harvoin terveydenhoitajat yhdistivät nuorten kuukautishäiriöiden synnyn päihteiden käyttöön. Harvemmin terveydenhoitajat kohtasivat erilaisten kroonisten sairauksien (suolistosairaudet, diabetes, hyytymissairaudet, hyperprolaktinemia, lukuun ottamatta kilpirauhasen toimintahäiriötä), hyvänlaatuisten kasvainten, tai lisääntymiselimistön rakennepoikkeavuuksien aiheuttamia häiriöitä. Osasta terveydenhoitajien vastauksista kävi myös ilmi, kuinka harvoin he ylipäänsä kohtaavat mitään kovin erikoista nuorten kuukautishäiriöihin liittyen, kun toimivat pienissä kouluissa. Toiset sanoivat nuorten kuukautishäiriöiden olevan tavallinen osa päivittäistä työtä.

Terveydenhoitajat toivoivat eniten lisäkoulutusta koulutustilaisuuden muodossa, seuraavaksi eniten sai kannatusta Looran koulutusaineisto ja jonkin verran kaivattiin myös ohjausmateriaalia asiakkaille. Terveydenhoitajien mielestä olisi hyvä, jos olisi jokin selkeä malli, jonka avulla selittää nuorelle normaalia kuukautiskiertoa. Tällainen monimutkainen järjestelmä on hankala selittää selkeästi ja ymmärrettävästi kuukautisiaan odottavalle nuorelle.

## **6.5 Haastattelun ja kyselylomakkeiden yhteenveto**

### **NUORISONEUVOLAN TERVEYDENHOITAJIEN HAASTATTELU**

Nuorten kuukautisista puhuminen ja kuukautisongelmat ovat jokapäiväistä työtä nuorisoneuvolassa. Nuorisoneuvolan terveydenhoitajat uskoivat nuorten kuukautishäiriöiden lisääntyneeseen ilmaantumiseen olevan syynä suurempi uskallus ottaa tällaiset asiat puheeksi. Terveydenhoitajan tärkeä rooli on selvittää anamneesi, joka on merkittävä osa hoitoa ja tärkeää tehdä perusteellisesti. Terveydenhoitajien tekemistä tutkimuksista tärkeimmäksi terveydenhoitajat nostivat raskaustestin ja klamydianäytteen nuorelle, jolla

on kuukautishäiriöitä. Terveystenhoitajat kertoivat, että elintapaohjaus kuuluu luontevasti näissä tapauksissa kaikkiin asiakaskontakteihin. Elintapojen merkitys nuoren kuukautishäiriöiden hoidossa on olennainen.

Kuukautiskivut haittaavat liian monen naisen elämää. Terveystenhoitajat nostivat esiin yleisen tietämättömyyden oikeiden kuukautiskipulääkkeiden olemassaolosta. Lisäksi nuoret ovat helpommin hakemassa yhdistelmäehkäisytabletteja kouluterveydenhuollosta kuukautiskipuihinsa, vaikka tehokkaita kipulääkkeitä ei ole vielä kokeiltukaan. Kyse on subjektiivisesta kokemuksesta kun puhutaan kuukautisista nuoren kokemuksena.

Antoisaa ohjauksessa on nähdä kuinka nuoren saama apu helpottaa nuoren elämää. Ohjaamisessa haastavaa terveystenhoitajat kertoivat olevan tarkasti painoan seuraavien ja toisaalta taas ylipainoisten hoito. Haastavaksi asiakasryhmäksi terveystenhoitajat nostivat maahanmuuttajat ja kehitysvammaiset, joista kaivattiin lisäkoulutusta.

Tärkeäksi asiaksi työssään terveystenhoitajat kokivat yleisen seksuaalivalistuksen. Terveystenhoitajien mukaan nuoret ovat nykyään melko hoitomyöntyväisiä yhdistelmäehkäisytablettien suhteen. Toisaalta moni nuorista uskoo, että kuukautisten on tultava joka kuukausi, vaikka elimistön kannalta parempi on harvemmat kuukautiset. Moniammatillinen yhteistyö oli suuri rikkaus terveystenhoitajien mielestä ja mahdollistaa konsultoinnin tarvittaessa.

## KYSELYLOMAKE KOULU – JA OPISKELUTERVEYDENHUOLLON TERVEYDENHOITAJILLE

Suurin osa vastanneista terveystenhoitajista työskenteli opiskeluterveydenhuollossa. Terveystenhoitajat koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa kokivat eniten tarvetta tietää erityyppisistä kuukautishäiriöistä, kroonisten sairauksien yhteydestä nuorten kuukautishäiriöihin, maahanmuuttajanuoren lisääntymisterveyden erityiskysymyksistä sekä kuukautishäiriöistä kärsiville tehtävistä tutkimuksista. Terveystenhoitajat kohtasivat työssään nuorten kuukautishäiriöistä eniten tiputteluvuotoa, kivuliaita, runsaita ja epä säännöllisiä kuukautisia sekä PMS-oireilua. Kuukautishäiriöiden taustalla vaikuttavista



tekijöistä terveydenhoitajat ajattelivat olevan eniten alipainon, ylipainon, liian fyysisen rasituksen, stressin, ehkäisymenetelmien ja alkaneen raskauden.

Osasta terveydenhoitajien vastauksista kävi myös ilmi, kuinka harvoin he ylipäänsä kohtaavat mitään kovin erikoista nuorten kuukautishäiriöihin liittyen, kun toimivat pienissä kouluissa. Toiset sanoivat nuorten kuukautishäiriöiden olevan tavallinen osa päivittäistä työtä, toiset taas kertoivat kohtaavansa niitä harvoin. Terveydenhoitajat toivoivat eniten tarjottavan heille lisäkoulutusta koulutustilaisuuden muodossa. Terveydenhoitajien mielestä olisi hyvä, jos olisi jokin selkeä malli, jonka avulla selittää nuorelle normaalia kuukautiskiertoa. Terveydenhoitajat arvioivat osaamisensa nuorten kuukautishäiriöiden suhteen enimmäkseen keskinkertaiseksi.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan kuukautishäiriöitä terveydenhoitajan kohtaamana mahdollisimman totuudenmukaisesti. Teoriatieto perustui luotettaviin lähteisiin, alan asiantuntijoiden laatimiin tieteellisiin artikkeleihin ja muuhun alan kirjallisuuteen viime vuosilta. Haastattelussa vastaukset edustavat kahden terveydenhoitajan näkemystä asioista ja opinnäytetyön luonteen vuoksi olikin arvokasta saada kokemuseräistä tietoa.

Näin jälkikäteen ajatellen haastattelukysymykset olisi voitu lähettää jo etukäteen nuorisoneuvolan terveydenhoitajille, jotta he olisivat saaneet tutustua niihin ja miettiä vastauksia rauhassa. Näin olisi saatu kenties vieläkin kattavampia ja jäsennellympiä vastauksia, joista mitään tärkeää mainittavaa ei olisi unohtunut, kuten nyt saattoi tapahtua, kun terveydenhoitajat kuulivat kysymykset ensi kerran. Etuna on toisaalta kuitenkin tietynlainen spontaanius vastauksissa, tärkein aines tulee esille. Kyselylomakkeissa kliininen teoriatieto ohjasi jonkin verran kysymyksiä ja täten tulleita vastauksia, ja tavallaan rajasi terveydenhoitajien vastausvaihtoehtoja. Kyselylomakkeessa olevat avoimet kysymykset mahdollistivat kuitenkin laajemmat vastaukset ja omien ajatusten ilmaisun vapaammin.

Eettisyyden perustana oli luvan pyytäminen Tampereen kaupungilta. Myös haastatelluilta terveydenhoitajilta kysyttiin luvat heidän nimiensä ja vastauksiensa käyttöön. Kyselylomakkeita lähetettäessä kysyttiin luvat osastonhoitajilta ja selitettiin saatekirjeessä tarkasti kyselyyn vastaaville, mitä varten kyselyä tehtiin. Heidän nimiänsä ja työpaikkonsa ei tullut esiin vastauksissa. Terveydenhoitajat antoivat palautetta haastattelun kirjallisesta luonnoksesta, jotta välttyään asiavirheiltä. Toikon ja Rantasen (2009) mukaan tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta tiedon todenmukaisuuden lisäksi. Käyttökelpoinen tieto on myös usein sosiaalisesti ankkuroitunutta. Keskeistä kehittämisessä on pyrkiminen positiivisiin tuloksiin ja kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyys, eli arvioija voi esittää arviointiaineistojensa pohjalta selkeitä toimentasuosituksia ja kehittää hyviä käytänteitä. Olennaista on tutkimustulosten leviäminen toimintajärjestelmässä ja

niiden yleistyminen käytännön toiminnassa. (Toikko & Rantanen 2009, 122–129.)

Opinnäytetyössä luotiin laajaa hyötyä tavoittelevaa tietoa käytännön työssä toimiville terveydenhoitajille, heidän tarpeensa huomioiden, heidän mielipiteitään kuunnellen, ja käytännön työstä nousevien kysymysten mukaan. Toikon & Rantasen mukaan (2009, 122–129) luotettavuuden osatekijänä onkin juuri toimijoiden sitoutuneisuus.

Kehittämistoiminta on luonteeltaan sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Toimijoiden sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa tuotoksen luotettavuuteen. Kehittäjän on huomioitava asiakkaiden tai palvelun käyttäjien näkökulma. On tärkeää tuottaa tietoa käyttäjä- ja toimijälähtöisesti, eli lähtökohdat, prosessi ja tulokset tuotetaan yhdessä toimijoiden kanssa ilman suunniteltua valmiiksi määrättyä lopputulosta. Kehittämistoiminnan tulokset ovat kuitenkin kontekstisidonnaisia, eli on huomioitava jokaisen työorganisaation ainutkertaisuus. Eettisyyden toteutumiseksi on oleellista ilmoittaa tutkimuksen sidonnaisuudet eli tiedostaa kenen intresseistä kehittäminen lähtee. Lukijan on mahdollista näin arvioida näiden lähtökoh- tien vaikutusta prosessiin ja tehtyihin tulkintoihin. (Toikko & Rantanen 2009, 122–129.) Tietyt toimintatavat pätevät esimerkiksi vain Tampereella kuukautishäiriöiden hoidossa.

Vakuuttavuus on tärkeä luotettavuuden kriteeri. Se toteutuu siten, että aineiston ja siihen liittyvän argumentaation on oltava nähtävillä mahdollisimman avoimesti. Validiteetti eli pätevyys taas kertoo siitä, että tutkimuksessa on mitattu sitä, mitä on ollut tarkoitus mi- tata (Toikko & Rantanen 2009, 122–129). Vakuuttavuuden näkökulmasta aineisto pyrit- tiin tuomaan esille mahdollisimman tarkasti opinnäytetyössä. Validiteetin näkökulmasta taas näin jälkikäteen ajatellen esimerkiksi kyselylomaketta olisi voitu muokata vielä enemmän niin, että se palvelisi vielä paremmin opinnäytetyötä, esimerkiksi siten, että kliinisiä kysymyksiä kuukautishäiriöistä olisi vähemmän. Avoimet kysymykset olisivat olleet antoisampia, mutta vaarana olisikin ollut juuri se, etteivät vastaajat jaksaa nähdä vaivaa niiden eteen. Kuitenkin kyselylomake vastasi tarkoitustaan. Opinnäytetyössä käytettiin aineistotriangulaatiota eli usean eri aineiston käyttöä saman tutkimuskysy- myksen ratkaisemiseksi. Kyselyaineisto yhdistettiin haastatteluaineistoon. Se auttoi tar- koituksenmukaisen tiedon tuottamisessa.

## 7.2 Opinnäytetyön tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää terveydenhoitajien tietämystä nuorten kuukautishäiriöiden hoidosta ja ohjauksesta. Tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarvetta ja jo käytössä olevia toimintamalleja. Nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelusta saatiin näkemystä terveydenhoitajan roolista nuorten kuukautishäiriöiden suhteen sekä nuorten kuukautishäiriöiden hoidosta ja ohjauksesta. Kyselylomakkeen avulla opiskelu- ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajilla oli mahdollisuus ilmaista, mistä asiasta ja miten he haluavat lisää tietoa nuorten kuukautishäiriöistä. Kehittämistehtävänä opinnäytetyön pohjalta pidettiin koulutustilaisuus, jossa terveydenhoitajien tietämystä lisättiin yhdessä nuorisoneuvolan lääkärin kanssa. Jokaisen terveydenhoitajan tietotaso nuorten kuukautishäiriöissä tietenkin vaihtelee, mutta tärkeintä oli, että terveydenhoitajat pohtivat aihetta omasta näkökulmastaan.

Opinnäytetyön teoriaosuuteen pyrittiin keräämään kaikki tärkeimmät kuukautishäiriöihin liittyvät asiat. Lähestymistapa teoriaosassa oli melko kliininen ja lääketieteellinen, koska kuukautishäiriöitä tarkastellaan kirjallisuudessa paljon lääketieteen kannalta. Aihe olisi voinut olla rajatumpi, jolloin yhdessä asiassa olisi päästy syvemmälle. Toisaalta tarkoituksena oli esitellä kuukautishäiriöiden problematiikkaa laajassa näkökulmassa, jotta opinnäytetyöhön tutustuva saa laajan yleiskuvan asiasta ja sen takana vaikuttavista tekijöistä. Tällä tavoin terveydenhoitajakin pystyy työssään tunnistamaan riskitapaukset ja oireilevat ja lähettää kenties jatkohoitoon, ja toisaalta omalla toiminnallaan ehkäisemään niiden syntymistä väestössä. Kliininen tieto on tarpeen terveydenhoitajille, koska sillä luodaan kaiken perusta, josta voi lähteä ajattelemaan asiaa sitten muista näkökulmista.

Tutkimustehtävänä oli selvittää, minkälaista on nuorisoneuvolassa tehtävä terveydenhoitajien työ kuukautishäiriöiden suhteen. Tätä asiaa selvitettiin terveydenhoitajien haastattelulla, ja kehittämistehtävänä pidetyssä koulutustilaisuudessa tuotiin asiaa laajemman terveydenhoitajajoukon tietoon. Näin terveydenhoitajat tietävät paremmin millaisissa tilanteissa nuorisoneuvola on oikea paikka lähettää sinne nuoria ja mitä ohjausta siellä erityisesti annetaan.

Kuukautishäiriöitä ei voi tarkastella täysin irrallisena naisen muusta elämän kontekstista, vaan ihminen on otettava kokonaisvaltaisesti huomioon, sillä monet ihmisen elämäntapahtumat, persoonallisuuden piirteet, elämäntavat sekä yhteiskunnan tuomat mahdollisuudet, velvollisuudet tai trendit vaikuttavat yhdessä naisen lisääntymisterveyteen. Kuukautishäiriöitä ei voi käsitellä paneutumatta yhtään naisen yleistä terveyttä muodostaviin tekijöihin. Tämä asia tuli ilmi nuorisoneuvolan terveydenhoitajien haastattelussa, jossa terveydenhoitajat korostivat nuoren elämän kokonaisvaltaisen tarkastelun tärkeyttä.

Opinnäytetyöstä voidaan vetää selkeä johtopäätös kirjallisuuden ja selvitystyön kautta, että nuorilla on paljon kuukautishäiriöitä ja ne haittaavat nuoren elämää, ja niiden vuoksi hakeudutaan usein terveydenhoitajan vastaanotolle. Haastattelussa kävi ilmi, että nuorisoneuvolassa nuorten kuukautishäiriöt ovat erittäin yleisiä. Hurskainen & Tiitinen (2005) tuovat myös esiin, että vuotohäiriöt ovat erittäin yleisiä hedelmällisen kauden alku- ja loppupäässä. Tällöin hypotalamus-hypofyysi-munasarja-akseli on erittäin herkkä fyysiselle ja psyykkiselle stressille, urheilulle ja laihtumiselle. Myös lihavuus aiheuttaa vuotohäiriöitä. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.) Lihavuus altistaa myös hirsutismille, munasarjojen monirakkulaoireyhtymän kehittymiselle, menarkeiän varhaistumiselle ja voi ennakoida tulevia hedelmällisyysongelmia. Merkittävää se on erityisesti nuoren tytön seksuaaliselle identiteetille. (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1899–1907.) Nuorisoneuvolan terveydenhoitajien mukaan munasarjojen monirakkulaoireyhtymä on alidiagnosoitu. Lisäksi he kokivat ylipainoon puuttumisen haastavaksi työssään. Ortoksiaa nuorella on hankala havaita, sillä elämäntavat vaikuttavat päälle päin terveellisiltä. He korostivat elintapaohjauksen tärkeyttä työssään.

Halttunen & Suhonen (2005) tuovat esiin, että kuukautisten puuttuminen ja vuotohäiriöt ovat nuorelle hämmäntäviä. Jos taustalta löytyy esimerkiksi anatominen tai geneettinen poikkeama tarvitsee nuori monialaista tukea. Ehdottoman tärkeää on raskauden poissulkeminen vuotohäiriöiden yhteydessä. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–1888.) Nuorisoneuvolan terveydenhoitajat korostivat myös raskaustestin merkitystä, kuinka tärkeää se on katsoa uudestaan, jos amenorrean syy ei ole selvinnyt. Nuoren luottamuksen herättäminen on tärkeää, ja joskus nuorisoneuvolan terveydenhoitajalle on helpompi pu-

hua, sillä hän on vähän vieraampi. Moniammatillinen työskentely oli nuorisoneuvolan terveydenhoitajien mukaan rikkaus.

Kuukautiskivut vaivaavat erittäin montaa nuorta naista aiheuttaen poissaoloa koulusta ja töistä. Terveysthuollon ammattilaisen tehtävä on arvioida kivun hoidon tarvetta ja informoida nuorta hoidoista, sillä nuori itse ei osaa välttämättä hakea apua. (Perheentupa ym. 2005, 1411–1418.) Nuorisoneuvolan terveydenhoitajat hämmästelivät, miksi moni nuori kärsii kuukautiskivuista, jotka aiheuttavat poissaoloja koulusta. Harva nuorista tietää kunnon kipulääkityksestä. Runsaiden kuukautisten suhteen terveydenhoitajat korostivat suhteellisuutta, eli kuinka arvioida runsasta vuotoa. Nyrkkisääntönä terveydenhoitajat pitivät siteen vaihtamista kahden tunnin välein. Käypä hoidon (2009) sivuilla on haastattelu- ja seurantalomake (liite 6), jonka avulla nuori voi itse arvioida vuotoaan (Käypä hoito 2009).

Lapsuuden lyheneminen huolettää Dunkelä ja Wehkalampea (2009), sillä se saattaa luoda ristiriidan nuoren henkisen tason ja fyysisen kypsyysasteen välille (Dunkel & Wehkalampi 2009, 1490–1491). Menarkeiän aikaistumista nuorisoneuvolan terveydenhoitajat eivät olleet huomanneet, mutta maahanmuuttajanuorilla aikainen menarke oli havaittavissa. Maahanmuuttajataustaiset nuoret naiset nostettiin haastavaksi asiakasryhmäksi, muun muassa yhteisen kielen puuttumisen ja kulttuurierojen vuoksi. Apterin ym. (2009) mukaan maahanmuuttajanuorille niinkin intiimistä asiasta kuin seksuaaliterveys on varmasti haastavaa keskustella, etenkin kun se tapahtuu vieraassa maassa ja vieraalla kielellä. Lisäksi kulttuurisesti heidän saattaa olla vaikea ymmärtää ennaltaehkäisyn merkitystä. Maahanmuuttajalle on ensisijaisen tärkeää, että ohjauksen tukena käytetään asianmukaista tulkkia ja selkokielistä ohjausmateriaalia. (Apter ym. 2009, 8–10, 33–34.)

Jälkiehkäisyä käyttävä nuori Suomessa on tyypillisesti alle 25 -vuotias ja synnyttämätön. Korkeakouluopiskelijoista 40 prosenttia kertoo käyttäneensä jälkiehkäisyä ainakin kerran. Yliopisto-opiskelijoista kolmasosa ei ollut käyttänyt ehkäisyä ollenkaan ja kaksi kolmasosaa haki jälkiehkäisyä, koska kondomin käyttö oli mennyt pieleen. (Käypä hoito 2010.) Nuorisoneuvolan terveydenhoitajat korostivat jälkiehkäisyn aiheuttamissa

vuotohäiriöissä nuorelle aiheutuvaa mahdollista häpeää, jonka jälkiehkäisyn käyttäminen aiheuttaa.

Kyselylomakkeessa selvisi, että koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat kohtaavat useimmiten nuorten kuukautishäiriöistä tiputteluvuotoja, runsaita kuukautisia, kivuliaita kuukautisia, epäsäännöllisiä kuukautisia sekä PMS- oireilua. He olivat havainneet näiden häiriöiden taustalla vaikuttavan stressin, alipainon, ylipainon, liiallisen fyysisen rasituksen ja alkaneen raskauden. Suhteessa siihen, kuinka yleinen sairaus PCOS ja endometrioosi ovat, terveydenhoitajat kohtasivat näitä melko harvoin. Tämä voi johtua osaltaan siitä, etteivät terveydenhoitajat välttämättä saa kuulla jatkoselvityksissä tehtyä lopullista kuukautishäiriön diagnoosia ollenkaan. Lisäkoulutustarvetta he kaipaivat eniten ihan yleisesti erityyppisistä kuukautishäiriöistä, maahanmuuttajanuoren lisääntymisterveyden erityiskysymyksistä sekä kroonisten sairauksien yhteydestä kuukautishäiriöihin. Osa terveydenhoitajista kaipasi selkeyttä, kuinka pitkään voi vuotohäiriöitä seurata ja mikä on oikea jatkohoitopaikka; omalääkäri, nuorisoneuvola vai koululääkäri. Valtionneuvoston asetuksen (2011) mukaan nuorelle tulee antaa terveysneuvontaa liittyen kasvuun, psykososiaaliseen ja fyysiseen kehitykseen, sekä esimerkiksi painonhallintaan, seksuaaliterveyteen, ihmissuhteisiin, ravitsemukseen ja liikuntaan. (Valtionneuvoston asetus 338/2011). Terveydenhoitajan on hyvä hallita työtänsä tukevat hoito- ja palveluketjut, jottei epätietoisuutta toimintatavoista ja jatkohoitoon lähettämisestä ole (Honkanen & Mellin 2008, 117–127).

### 7.3 Jatkotutkimusaiheet

Nuorten kuukautishäiriöitä voidaan katsoa vielä kapeammasta näkökulmasta, keskittyä pienempään osa-alueeseen syvemmin, esimerkiksi endometrioosiin, kuukautiskipuun tai ehkäisymenetelmien käyttöön nuorten kuukautishäiriöiden hoidossa. Aihetta on syytä lähestyä kokemuksellisemmin, esimerkiksi haastatella nuoria kokemuksistaan lisääntymisterveydestään ja saamastaan avusta kuukautisongelmiin. Kuukautiskivuista tutkittavaksi asiaksi nostettiin erityisesti kysymys siitä, miksi nuori kokee, että hänen tarvitsee sietää kuukautiskipua. Perheentuvan mukaan moni nuori ei ota puheeksi asiaa ellei siitä erikseen kysytä (Perheentupa ym. 2005, 1411–1418). Haastatteluissa tuli esiin, että eh-

käisypillereihin liittyen monella nuorella ja tämän vanhemmalla on paljon uskomuksia, jotka ovat tutkimisen arvoisia.

Lisääntymisterveyttä on tarpeellista katsoa myös hedelmällisyyden edistämisen näkökulmasta riski- ja ongelmalähtöisyyden sijasta. Näkökulman laajentamiseksi edelleen sitä on hyvä tutkia miestenkin osalta, eikä keskittyä ainoastaan naisista lähteviin hedelmällisyysongelmiin.

Maahanmuuttajien erityiskysymyksiä ja haasteita lisääntymisterveyden suhteen terveydenhoitajan työssä on syytä tutkia jatkossa. Haastattelusta nousi esiin haastavuus liittyen maahanmuuttajanaisten ohjaamiseen ja neuvontaan lisääntymisterveydellisissä asioissa. Lisäksi kirjallisuudessa korostuu maahanmuuttajien lisääntymisterveydessä olevan omia erityispiirteitä, jotka on hyvä huomioida. Terveydenhoitajat kaipaavat myös lisätietämystä kehitysvammaisten lisääntymisterveydellisistä asioista ja heidän ohjaamisestaan niissä. Terveydenhoitajat kaipasivat havainnollistavaa ohjausmateriaalia, jonka avulla selittää normaali kuukautiskierto varhaisnuorelle.

#### **7.4 Kehittämistehtävä**

Kehittämistehtävän tavoite oli sama kuin opinnäytetyönkin, eli edistää terveydenhoitajien tietämystä nuorten kuukautishäiriöiden hoidosta ja ohjauksesta. Tarkoituksena oli tarjota tietoa, jota he kaipaavat opinnäytetyön perusteella. Kehittämistehtävänä järjestettiin koulutusiltapäivä Tampereen kaupungin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajille 4.10.2012 SOTE –talon auditoriossa. Tilaisuudessa esiteltiin myös toisen nuoriin naisiin liittyvän opinnäytetyön tuloksia.

Kirjallisuusselvityksen sekä aikaisemmin tehtyjen haastattelujen ja kyselylomakkeen pohjalta muotoiltiin ohjelma tilaisuudessa käsiteltävistä aihepiireistä. Yhteistyötä tehtiin nuorisoneuvolan lääkärin kanssa, joka tuli tilaisuuteen puhumaan asiantuntijana nuorten kuukautishäiriöistä hänen työssään saaman kokemuksen myötä. Hänen avullansa saatiin koulutusilaisuuteen myös uutta käytännön tietoa tietyistä toimintaohjeista, tarpeellisista tutkimuksista ja jatkotutkimuksiin lähettämisestä. Hänen kanssaan tehtiin työnjako pu-



huttavista aiheista sähköpostitse ja vielä kasvokkain lähempänä koulutustilaisuutta. Nuorisoneuvolan lääkäri toi esiin, kuinka tarpeellista terveydenhoitajan on tietää nuorten kuukautishäiriöistä, sillä he kohtaavat niitä nuorilla usein.

Kutsu koulutustilaisuuteen (liite 7) laitettiin Tampereen kaupungin työntekijöiden kouluskalenteriin kuukautta ennen tilaisuutta, jotta terveydenhoitajat osaisivat varautua tilaisuuteen etukäteen ja mahdollisimman moni pääsisi. Tilaisuuteen tehtiin diaesitys kuukautishäiriöistä (liite 8), keskittyen kuukautishäiriöiden syihin ja niiden hoitoon. Nuorisoneuvolan lääkäri kertoi tarpeellisista tutkimuksista, jatkohoitoon lähettämisestä, primaariamenorreasta sekä kuukautiskipulääkityksestä. Aikaa oli 1 h 45 minuuttia käydä asiat läpi kolmen puhujan voimin. Kaikki tärkeät asiat ehdittiin tässä ajassa käsitellä ja aikaa jäi vielä kysymyksillekin. Asiaa oli paljon mitoitettuna tähän aikaan, mutta terveydenhoitajat saivat kuitenkin hyvää kertausta ja uutta tietoa kuukautishäiriöistä melko kattavana kokonaisuutena. Koulutustilaisuudessa tuli ilmi, että terveydenhoitajat kokivat epävarmuutta kuukautiskipulääkityksen toteuttamisessa, joten koulutustilaisuuden myötä he saivat siihen varmuutta. Yhteistyökumppanit antoivat hyvää palautetta asiassällöstä ja sen hallitsemisesta.

## LÄHTEET

Anttila, L. & Korkeila, J. 2012. Stressi ja lapsettomuus. *Lääkärilehti*; 26–31: 2076–2080.

Apter, D. 2005. Lapsi- ja nuorisogynekologia –muutakin kuin ehkäisyä. *Duodecim*; 121: 1863–4.

Apter, D., Eskola, M-S, Säävälä, M., Kettu, N. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma 15.6.2009. Väestöliitto.

Arnkil, T. & Eriksson, E. 2009. Huolen vyöhykkeistö. THL.

Bertone-Johnson, E., Hankinson, S., Johnson, S. & Manson, J. 2008. Cigarette smoking and the Development of Premenstrual Syndrome. *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. American Journal of Epidemiology*; 168 (8): 938–945.

Brusila, P. 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Helsinki: Duodecim.

Dunkel, L. & Wehkalampi, K. 2009. Miksi tyttöjen menarkeikä on varhaistunut? Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim*; 125: 1490–1.

Ehkäisyopas. Tietoa raskauden ehkäisymenetelmistä. MSD. Luettu 19.3.2012. [www.ehkaisy.com](http://www.ehkaisy.com)

Eriksson, P. & Sarkola, T. 2002. Alkoholi ja naisen steroidihormonit. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*; 118(13): 1325–1330.

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

Fogelholm, M., Vuori, I., Vasankari, T. 2011. Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Haarala, P. & Mellin, O-K. 2008. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa: Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 42–61.

Haarala, P. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitaja ammattina. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 13–40.

Halmesmäki, E. 2000. Alkoholin suurkuluttajan ja narkomaanin tunnistaminen ja hoito äitiysneuvolassa ja synnytyssairaalassa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. Stakes.

Halttunen, M. 2004. Kuukautiskierron häiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 63–76.

Halttunen, M. & Suhonen, S. 2005. Tytön kuukautisten puuttuminen ja poikkeavat vuodot. Lapsi- ja nuorisogynekologia. Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim; 121: 1881–8.

Heikkinen A-M, Härkki, P. & Setälä M-L. 2011. Endometrioosin nykyhoito. Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim; 127: 1837–47.

Heinonen, O. & Kujala, U. 2001. Kasvuikäisen urheilijan ongelmat. Teema: Hyvänlaatuiset gynekologiset kasvaimet. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim 117(6):647–652.

Hirsjärvi, A., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 6. uudistettu painos. Vantaa: Kirjayhtymä Oy.

Hirvonen, E., Pietilä, A. & Eirola, R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä, A., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Juva: WS Bookwell Oy, 219–242.

Honkanen, H. & Mellin O-K. 2008. Terveyden edistämisen työmenetelmiä terveydenhoitajan työssä. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 105–272.

Hurskainen, R. & Tiitinen, A. 2005. Lisääntymisikäisen naisen epäsäännöllinen gynekologinen vuoto. Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim; 121: 2299–2304.

Jaatinen, P. 2010. Sukurauhaset ja alkoholi. Alkoholiriippuvuus. Kustannus Oy Duodecim 25.5.2010. Luettu 12.2.2012. <http://www.terveysportti.fi>.

Juuti, L. & Kinnunen, A. 2007. Palasia vai kokonaisia? –Seurustelu, elämänsuunnittelu ja opinto-ohjaus. Teoksessa Juutilainen, P. (toim.) Suhteita ja suunnanottoja. Joensuun yliopisto. Joensuu: Joensuun yliopistopaino, 59–62, 73.

Joronen, K. 2005. Adolescent's Subjective Well-being in their Social contexts. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Juvonen, M. & Pyykkönen, R. 2012. Asiantuntijahaastattelu 1.2.2012. Haastattelijat Lahtinen, H. & Viitanen, S. Litteroitu. Tampere.

Kautiainen, S. 2008. Overweight and Obesity in Adolescence. Doctoral programmes in Public health. Tampere University. Tampere: University press.

Keskinen, P. & Saha, T-M. 2009. Puberteetti – matkalla kohti aikuisuutta. Pfizer Oy.

Kiuru, L, Koskivirta, J. & Sillankoski, T. 2003. Lukiolaistytöjen stressi. Diakoniammattikorkeakoulu. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusala. Terveydenhoitaja. Opinnäytetyö.

Kivijärvi, A. 2009a. Hormonaalinen ehkäisy. Hoitoketjut. Päivitetty 28.7.2009. Luettu 9.4.2012. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Duodecim.  
<http://www.terveysportti.fi>.

Kivijärvi, A. 2009b. Kuparikierukkaehkäisy. Hoitoketjut. Päivitetty 15.9.2009. Luettu 9.4.2012. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Duodecim.  
<http://www.terveysportti.fi>.

Koponen, P. & Luoto, R. 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Helsinki: Kansanterveyslaitos. [www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf](http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf).

Kuortti, M. 2012. Suomalaisen tyttöjen seksuaaliterveys ja -kulttuuri. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Väitöskirja.

Käypä hoito. 2005. Lihavuus (lapset). Päivitetty 1.8.2005. Luettu 26.5.2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50034?hakusana=lihavuus>.

Käypä hoito. 2010. Jälkiehkäisy. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynäkologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Päivitetty 10.11.2010. Luettu 9.4.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50039>.

Käypä hoito. 2009. Runsaat kuukautisvuodot. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Gynäkologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Päivitetty 23.11.2009. Luettu 17.2.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50033?hakusana=runsaat%20kuukautiset>.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Laaksonen, C. 2012. Health-related quality of life in school children. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Laine, T. 2005. Tytöstä naiseksi - Murrosiän normaali kehitys ja tavallisimmat poikkeavuudet. Teema: Lapsi- ja nuorisogynekologia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim; 121(17):1875–1879.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Morin-Papunen, L. & Tapanainen, P. 2005. Miten tytön lihavuus lapsuudessa ja nuoruudessa heijastuu lisääntymisterveyteen? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim; 121 (17):1899–1907.

Mäenpää, T. 2008. Alakoulun terveydenhoitajan ja perheen yhteistyö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Mäki, P., Wickström, S., Hakulinen-Viitanen, T., Laatikainen, T. 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa – menetelmäkäsikirja. THL.

Nuorisoneuvola. 2011. Tampereen kaupunki. Päivitetty 21.9.2011.  
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/neuvolat/nuoriso.html>.

Opiskeluterveydenhuollon opas. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 28.8.2008. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1058703](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058703).

Perheentupa, A., Erkkola, R & Koulu, M. 2005. Primaari dysmenorrea –kivuliaat kuukautiset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim; 121: 1411–1418.

Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveiden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, A. (toim.). 2010. Terveiden edistäminen –teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY Oy, 15–31.

Rimpelä, M., Wiss, K., Saaristo, V., Happonen, H., Kosunen, E. & Rimpelä, A. 2007. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano. Helsinki: Valopaino Oy. Stakes.

Sadler, C., Smith, H., Hammond, J., Bayly, R., Borland, S., Panay, N., Crook, D. & Inskip, H. 2010. Lifestyle factors, hormonal contraceptives and premenstrual symptoms: The UK Shouthampton Women's Survey. Journal Woman's Health; 19(3):391–396.

Sane, T. 2007. Aivolisäkkeen sairaudet. Therapia Fennica. Luettu 5.1.2012.  
[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Aivolisäkkeen\\_sairaudet](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Aivolisäkkeen_sairaudet).

Setälä, M., Härkki, P., Perheentupa, A., Heikkinen, A. & Kauko, M. 2009. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin - epäile endometrioosia. Suomen lääkärilehti; 48: 4141–4145.

Tampereen opiskeluterveydenhuolto. 2011. Tampereen kaupunki. Päivitetty 27.1.2011.  
<http://www.tampere.fi/opiskeluterveys/terveydenhoito/erityisohjaus.html>.

Terho, P. 2002. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M (toim). 2002. Kouluterveydenhuolto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus, 18.

Tervaskanto-Mäentausta, T. Kouluikäinen ja nuori. 2008. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystieteiden osaaminen. Helsinki: Edita, 365–404.

THL. 2011a. Kouluterveyskysely. Tulokset. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Stakes. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>. Julkaistu 16.1.2006. Päivitetty 16.12.2011.

THL. 2011b. Kouluterveyskysely. Kyselyn toteuttaminen. Stakes. Julkaistu 29.6.2011. Päivitetty 20.10.2011.  
<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/toteuttaminen/index.htm>.

Tiitinen, A. 2001. Yleissairauksiin liittyvät vuotohäiriöt. Suomen Lääkärilehti; 33: 3193–3195.

Tiitinen, A. 2011a. Tietoa potilaalle: Adenomyoosi. Lääkärikirja Duodecim 26.9.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Tiitinen, A. 2011b. Tietoa potilaalle: Epäsäännölliset kuukautiset. Lääkärikirja Duodecim 20.10.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Tiitinen, A. 2011c. Tietoa potilaalle: Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). Lääkärikirja Duodecim 20.10.2011. <http://www.terveysportti.fi>.

Tinkanen, H. 2011. Teini-ikäisen vuotohäiriöt. Suomen Lääkärilehti; 66 (15):1279–1282.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. 3. painos. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Turku, R. 2007. 2. painos. Muutosta tukemassa – Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Otava.

Valtionneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.

Vanhalakka-Ruoho, M. 2007. Nuoren elämänsä elämänkulun rationaalisia aspektoja. Teoksessa Juutilainen, P. (toim.) Suhteita ja suunnanottoja. Joensuun yliopisto. Joensuu: Joensuun yliopistopaino, 27–29.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Ylikorkala, O. & Kauppila, A. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

## LIITTEET

### Liite 1. Syventävää tietoa erityyppisistä kuukautishäiriöistä

#### SYVENTÄVÄÄ TIETOA ERITYYPPISISTÄ KUUKAUTISHÄIRIÖISTÄ

*Sekundaarista amenorreaa* epäiltäessä on hyvä selvittää potilaan liikunta- ja paino-anamneesia, eli kyse on silloin toiminnallisesta hypotalaamisesta amenorreasta. Alipaino ja liiallinen fyysinen aktiivisuus kun vaimentavat hypotalamuksen gonadotropiinien vapauttajahormonin ja hypofyysin gonadotropiinien sekä munasarjojen tuottaman estrogeenin määrää. Tällöin kohdun limakalvon kasvuvaihe ja vuodot jäävät pois. Silloin syynä on siis ovulaation puuttumisen lisäksi myös liian matala estrogeenitaso. (Tinkanen 2011, 1279–1282.) Hypotalamus voi myös vaurioitua leikkauksen, sädehoidon, infektion tai tapaturman seurauksena aiheuttaen amenorreaan (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–8).

Amenorreaan syynä voivat olla myös vaikeat yleisairaudet ja endokrinologiset häiriöt, kuten kilpirauhasen toimintahäiriöt. Hypotyreoosi aiheuttaa usein oligomenorreaa pikemmin kuin amenorreaa. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–8.) Lisäksi syy voi olla aivolisäkeperäinen, esimerkiksi kun korkea prolaktiinitaso aiheuttaa kuukautisten poisjäännin. Tämä taas voi johtua raskauden lisäksi neuroleptilääkityksestä tai mm. aivolisäkkeen adenoomakasvaimesta, joka tuottaa prolaktiinia. (Tinkanen 2011, 1279–1282.)

Syy voi olla myös munasarjaperäinen. Munasarjat voivat olla alunperin toimimattomat tai niiden toiminta hiipuu vähitellen. Se on osoitettavissa gonadotropiinien suurentumisesta veressä. Tähän syynä voi olla geneettinen poikkeavuus (fragiili X-oireyhtymä, Turnerin oireyhtymä), autoimmuuniprosessi tai sekundaarissa amenorreassa malignin taudin hoito. Myös rakennepoikkeavuudet voivat aiheuttaa amenorreaa, esimerkiksi jos immenkalvossa ei ole aukkoa tai emättimessä on väliseinä, joka estää vuodon tulemisen oikeaa reittiä. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–8.)

Primaarin amenorreaan tutkimus hoidetaan yliopistosairaaloissa, joissa voidaan tehdä myös mahdollinen puberteetin induktio. Amenorreaan hoidossa voidaan käyttää syklisiä

progestiinihoitoa kuukautisvuodon aikaansaamiseksi, kohdun suojaamiseen liikkakasvulta ja täten kohdun limakalvon syövältä, mikäli nainen ei sillä hetkellä halua tulla raskaaksi. Kroonisessa amenorreassa jatkuva estrogeenivaikutus ja puuttuva progestiini-vaikutus altistavat kyseiselle syövälle. Kohdun kannalta neljä tyhjennysvuotoa vuodessa olisi hyvä, joten progestiineja voitaisiin ottaa kolmen kuukauden välein. Raskaaksi tulon mahdollisuus on olemassa, joten raskauden ehkäisemisestä tulee huolehtia yhdistelmäehkäisytableteilla ja saada näin aikaan normaalit vuodot ja terveen kohdun. Nämä suojaavat myös osteoporoosilta, joka uhkaa estrogeenin vähäisyyden takia. (Halttunen 2004, 79.)

*Primaarinen dysmenorrea* johtuu endometriumien prostaglandiineista, joita erittyy liikaa kohtulihakseen ja verenkiertoon. Voimakkaiden supistusten aiheuttaessa niin suuren kohdunsisäisen paineen, että se ylittää valtimopaineen, syntyy iskemia kohtulihakseen, joka tuntuu kipuna. Prostaglandiinin tuotanto saattaa olla geenien säätelystä, jolloin dysmenorreataipumus voi olla myös perinnöllistä. Iän karttuessa tai ensimmäisen synnytyksen jälkeen oireet voivat helpottua. *Sekundaarista dysmenorreaa* taas voi esiintyä monien gynekologisten sairauksien kuten, endometrioosin, kohdun kaulakanavan ahautuman, myooman, tai kuparikierukan käytön yhteydessä. Lisäksi se voi alkaa vasta myöhemällä iällä. Primaarista dysmenorreaa hoidetaan parhaiten yhdistelmäehkäisytableteilla, jotka estävät ovulaation ja ohentavat endometriumia samalla vähentäen tämän prostaglandiinituotantoa. Prostaglandiinisynteesinestäjät, kuten ibuprofeeni, ketoprofeeni, naprokseeni sekä traneksaami- ja tolfenaamihappo, tehoavat hyvin molempiin dysmenorrean muotoihin. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 80–83.)

*Hypomenorrea* voi johtua joskus myös liian aggressiivisesta kaavinnasta esimerkiksi raskauden keskeytyksen tai keskenmenon yhteydessä, jolloin on saatettu vahingoittaa kohdun limakalvoa kaapimalla osa myös sen basaalista osaa pois siinä määrin, että vuodot voivat loppua kokonaankin. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 86.) Endokrinologisista kokeista on hyvä mitata TSH-, FSH- ja prolaktiiniarvot (Halttunen 2004, 79).

*Menorragiassa*, kun on kyse *primaarista* muodosta eli synnynnäisestä endometriumien toimintahäiriöstä, on fibrinolyysi liian vilkasta, prostasykliiniä tai prostaglandiini E:ta ylituotetaan tai endometriumien regeneraatiokyky on heikko jonkin kasvutekijän vähyy-



den vuoksi. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 85–86.) *Sekundaarissa* muodossa syynä on kohtusairaus, kierukan käyttö tai jokin systeeminen sairaus. Submukoottinen myooma, adenomyoosi, endometriumien polyyppi, kohdun limakalvon syöpä, kohdun kaksiosaisuus sekä vuoto- ja hyytymissairaudet (K-vitamiinin puutos, trombositopenia, von Willebrandin tauti) voivat olla oireiden takana. Myös vaikeat yleissairaudet, kuten maksan vajaatoiminta, kilpirauhashäiriöt tai diabetes voivat aiheuttaa runsasta vuotoa. (Ylikorkala & Kauppila 2004, 85–86.) Tutkimukset aloitetaan gynekologisella tutkimuksella ja verikokeilla, ja täydennetään vaginaalisella kaikututkimuksella, kohdun limakalvon histologisella näytteellä tai kohduntähystyksellä. (Käypä hoito 2009.)

Menorragiassa hoitona traneksaamihappo tai tolfeenamihappo vähentävät vuotoa, samoin tulehduskipulääkkeet, jotka vähentävät vuotoa 20-50 %, mutta niitä ei saa käyttää epäiltäessä vuotohäiriösairautta. Yhdistelmäehkäisypillerit lisäksi vähentävät vuotopäivien määrää. Hormonikierukka vähentää vuotoa myös, mutta neljäsosalla naisista on esiintynyt epäsäännöllistä vuotoa häiritsevä vaikutuksena, ja siihen liittyy myös suurempi riski saada munasarjakysta. Kirurgiaa voidaan käyttää kohdun limakalvon alaisen myooman poistamiseksi. Kohdun limakalvon tuhoaminen ja kohdunpoisto tulevat kyseeseen vasta raskaustoiveiden jälkeen. (Käypä hoito 2009.)

*Metrorragiaa* toiminnallisten syiden lisäksi voivat aiheuttaa myoomat, adenomyoosi, endometriumien kasvaimet tai kierukka (Ylikorkala & Kauppila 2004, 86). Kohdun myoomat ja polyyppit ovat myös yleisiä. Myoomat aiheuttavat verenvuotoa kohdun limakalvon ja siinä olevien verisuonten joutuessa pingottumaan submukoottisen eli kohdun lihasseinämässä olevan myooman yli. Polyyppien pinta taas voi olla erosoitunut ja tulehtunut aiheuttaen verenvuotoa. Mikäli vuotoa esiintyy yhdynnän jälkeen, syy on usein limakalvossa, esimerkiksi kohdunsuun tai kohdunrungon polyyppi, tulehdustila tai syöpä. Myös orgasmin aiheuttamat kohdun supistukset voivat aikaansaada lisääntyneen prostaglandiinin tuotannon kohdussa, siten endometriumien verisuonten heikentymisen ja täten ylimääräistä vuotoa. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.) Alkuraskaudessa ensimmäisellä kolmanneksella vuotohäiriöt ovat tavallisia, niitä esiintyy 16 % normaaliraskauksista. Keskenmeno ja kohdun ulkopuolinen raskaus aiheuttavat vielä lisäksi alavatsakipuja. Jos taas on kyse gynekologisesta infektiosta kuten kohtutulehduksesta, on vuoto yleensä pitkittynyt, ei runsas, se on sameaa ja pahanhajuista. Tilaan liittyy

usein myös lämmönnousua ja alavatsakipuja. (Tinkanen 2011, 1279–1282.) Veristä vuotoa voi aiheuttaa myös klamydia. Sen poissulkeminen on tärkeää, koska hoitamattomana se saattaa aiheuttaa munanjohdinten tukkeumia ja lapsettomuusongelmia. (Halttunen & Suhonen 2005, 1881–8.) Ylimääräisten vuotojen syynä voi olla myös ehkäisyvalmisteet. Aina matalahormoniset valmisteet eivät pysty pitämään kiertoa säännöllisenä, varsinkin jos käytetään pelkkää keltarauhashormonia. Tämän takana taas saattaa olla erilaiset imeytymistä häiritsevät suolistosairaudet kuten keliakia tai erilaiset infektiot. Syynä voi myös olla pillereiden epäsäännöllinen ottaminen. (Tinkanen 2011, 1279–1282.) Yleissairauksista mm. kilpirauhasen vaja- sekä liikatoiminta, maksan, munuaisten, lisämunuaisten ja suoliston sairaudet voivat aiheuttaa ylimääräistä, epäsäännöllistä vuotoa. (Tinkanen 2011, 1279–1282.)

Metrorragian diagnostiikassa tärkeää on anamneesi, vaikka siihen ei aina voida luottaa. Hyytymistekijöiden ja trombosyyttipitoisuuksien selvitys on tärkeää, jos naisella on suvussa hyytymishäiriöitä tai hänellä itsellään on taipumusta verenvuotoihin. Muita tutkittavia asioita ovat hCG- pitoisuus raskauden pois sulkemiseksi, irtosolunäyte kohdunkaulan suulta sekä gonokokki- ja klamydianäytteet infektion poissulkemiseksi. Vaginaalinen kaikututkimus on suositeltavaa ja sen tarkkuuden lisäämiseksi suositellaan keittosuolan ruiskuttamista kohtuonteloon. Endometriumnäytettä ja kohduntähystystä voidaan harkita. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.)

Toiminnallisen vuotohäiriön hoito on usein ensisijaisesti lääkkeellinen mutta myös elimellisen toimintahäiriön pois sulkeminen riittää. Yhdistelmäehkäisytabletit ovat tehokkain hoitomuoto säännöllistämään sykliä. Keltarauhashormonin antaminen loppukierrosta on tehokas ainoastaan anovulatorisessa metrorragiassa, jolloin se estää endometriumhyperplasiaa. Tehokkain ja vähiten haittavaikutuksia aiheuttava progestiinihoito on levonorgestreelikierukka, joka estää limakalvon kasvua ja voi jättää vuodot kokonaan pois. Kierukka saattaa aiheuttaa aluksi vuotohäiriöitä, joista on kerrottava asiakkaalle ennen asentamista. Ennen kierukan asentamista tulee sulkea pois limakalvon polyyppit, karsinoma, adenoomat ja hyperplasia. Hormonikierukka sopii nuorillekin naisille. (Hurskainen & Tiitinen 2005, 2299–2304.)

## Liite 2. Syventävää tietoa endometrioosista

### SYVENTÄVÄÄ TIETOA ENDOMETRIOOSISTA

Endometrioosipesäkkeissä oleva kudosis aiheuttaa kohdun limakalvoa enemmän kipua, koska endometrioosikudos kasvaa kipuhermoihin ja siinä on enemmän herkistyneitä kipuhermosäikeitä lisääntyneen hermokasvutekijän johdosta. Siinä erittyy enemmän sytokiineja ja niiden vaikutuksesta prostaglandiineja, jotka molemmat pahentavat kipua. Sairaus on estrogeeniriippuvainen, ja usein oireet helpottavatkin vaihdevuosien alkaessa. (Heikkinen ym. 2011, 1837–1847.)

Diagnoosin varmistuminen vie usein kauan ja sen tekeminen on hankalaa. Munasarjaa suurentavat endometrioosikystat näkyvät kaikututkimuksessa, jotkut pesäkkeet kuten emättimen takapohjukan pesäkkeet, voidaan havaita gynekologisessa tutkimuksessa. Diagnoosi varmistetaan laparoskopialla, jossa voidaan nähdä kohdun ulkopuolella olevat pesäkkeet. (Heikkinen ym. 2011, 1837–1847.)

Syvät endometrioosipesäkkeet kasvavat viereiseen kudokseen ilman kudosisrajoja. Niiden sijaintipaikka määrää sen, missä kipu tuntuu ja minkälaisia muut oireet ovat. Endometrioosipesäkkeitä voi olla rektovaginaalisesti tai sakrouteriinisissa ligamenteissa, jolloin aiheutuu yhdyntä- ja ulostamiskipuja, ja pesäkkeet voivat myös painaa virtsanjohdinta. Jos pesäkkeitä on suolen limakalvolla, esiintyy ulostamiskipuja ja verisiä, limaisia ulosteita. Virtsarakkopesäkkeet taas aiheuttavat virtsaamiskipua ja verivirtsaisuutta. Nämä syvät pesäkkeet löydetään usein gynekologisessa tutkimuksessa, kaikututkimuksessa, magneettikuvassa tai suolentähystyksen tai kystoskopian avulla. (Heikkinen ym. 2011, 1837–1847.)

Lääkehoitona voidaan käyttää prostaglandiinisynteesinestäjiä, yhdistelmäehkäisyvalmisteita joko syklisesti tai herkästi täysin tauotta, progestiineja, GnRH-agonisteja tai aromataasinestäjiä estämään estrogeenisynteesiä endometrioosipesäkkeissä. Yhdistelmäehkäisyvalmisteita käyttäessä taukoja on hyvä pitää mahdollisimman vähän oireiden poissa pitämiseksi. Tauko pidetään vasta sitten, kun välivuotoa, paineen tunnetta, rintojen arkuutta tai päänsärkyä alkaa esiintyä. Progestiineja taas käytetään tauotta, ja ne saavat aikaan kohdun limakalvon ja samalla pesäkkeiden atrofioitumisen ja uudisve-

risuonten rakentumisen estymisen vatsaontelon tulehdusreaktion samalla vaimetessa. Progestiinin käyttö on aiheellista silloin, jos yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käytölle on vasta-aiheita. Myös progestiinia vapauttava hormonikierukka on todettu toimivaksi. GnRH-agonistit taas aiheuttavat amenorrean, lääkkeellisen menopauszin, ja näitä käytetään usein yhdistettynä yhdistelmä- tai progestiinihoitoon, kun nämä yksinään eivät riitä. Näin ehkäistään myös menopauszihaittavaikutuksia, kuten luuston heikentymistä. Aromataasinestäjätkin liitetään muuhun hormonaaliseen hoitoon. Parhaiten lääkehoito tehoaa peritoneaalisiin pesäkkeisiin, huonommin endometrioosiin ja syviin pesäkkeisiin. (Heikkinen ym. 2011, 1837–1847.)

Leikkauksessa poltetaan tai poistetaan pesäkkeitä. Pinnalliset voidaan vain polttaa laparoskopiassa, munasarjapesäkkeet taas ovat vaikeampia ja kokonaan poistettavia. Eri alojen yhteistyötä taas vaativat syvien pesäkkeiden poistot, kun joudutaan käsittelemään esimerkiksi suoli- tai virtsarakkopesäkkeitä. Uusiutumistaipumuksensa takia uusiutuvaa, kovaa kipua voi esiintyä endometrioosissa leikkauksen jälkeenkin, vaikka ei olisi enää havaittavissa näkyviä pesäkkeitä uudessa leikkauksessa tai ne vaikuttavat vain lieviltä. Nuori ikä ja endometriumpesäkkeiden epätäydellinen poisto myötävaikuttavat uusiutumisriskiin enemmän kuin taudin vaikea-asteisuus. (Heikkinen ym. 2011, 1837–1847.)

Lapsettomuutta aiheuttavat yhdessä heikentyneet munasolun kypsyminen, siittiöiden toiminta, munanjohtimien toiminta, hedelmöittyminen ja alkion implantaatio sekä runsaiden kiinnikkeiden aiheuttamat hedelmällisyyttä heikentävät anatomiset muutokset. Tämä aiheutuu kohdun limakalvon muutoksista, hormonitoiminnan häiriöistä ja muuttuneesta immuunivasteesta. Lievän endometrioosin kirurginen hoito voi parantaa hedelmällisyyttä. Endometriooman ollessa kyseessä leikkausta harkitaan usein vasta kun endometriooma on yli 5 cm kokoinen tai aiheuttaa kipuja, koska toistuvat leikkaukset huonontavat munasarjan toimintaa muodostamalla kiinnikkeitä. Hyviä tuloksia on saatu myös munasarjojen stimuloinnin yhdistämisellä inseminaatioon. Vaikeimmissa tapauksissa apuna on koeputkihedelmöitys. (Heikkinen ym. 2011, 1837–1847.)

### **Liite 3. Haastattelukysymykset nuorisoneuvolan terveydenhoitajille**

#### **HAASTATTELU KYSYMYKSET TERVEYDENHOITAJILLE**

##### **Yleisyys, nykyajan ilmiöt ja niiden kehitys**

- Kuinka usein kohtaatte lisääntymisterveyteen/kuukautisiin liittyviä ongelmia/kysymyksiä työssänne?
- Mitä ovat yleisimmät kuukautisiin liittyvät ongelmat, joita kohtaatte työssänne?
- Minkälaisia asioita tai ilmiöitä olette huomanneet kuukautishäiriöiden taustalla, esimerkiksi epäsäännöllisyyden ja välivuotojen?
- Kohtaatteko myös harvinaisempia kuukautishäiriöitä työssänne?

##### **Ennaltaehkäisy**

- Kuinka annatte elintapaohjausta kuukautishäiriöiden hoidossa?
- Oletteko huomanneet elintavoilla, esimerkiksi päihteillä/stressillä/painolla/liikunnalla osuutta kuukautishäiriöihin? Miten näkyy?

##### **Annettu ohjaus ja neuvonta**

- Missä asioissa nuoret naiset tarvitsevat eniten ohjausta kuukautishäiriöiden yhteydessä?
- Minkälaista ohjausta annatte kuukautiskipujen hoidossa? Kuinka arvioitte kuukautiskipua?
- Miten ohjaatte runsaassa ja pitkittyneessä vuodossa, mitä terveydenhoitajan tulee huomioida?
- Miten ohjaatte premenstruaalioireiden lievittämisessä?
- Minkälaista ohjausta annatte amenorrean suhteen?
- Mikä ohjaamisessa on haastavaa/antoisaa?

##### **Hoito ja tutkimukset**

- Millaiset oireet herättävät epäilyn kuukautishäiriöistä?
- Mitä perustutkimuksia terveydenhoitaja tekee kuukautishäiriöihin liittyen?
- Mitä ovat tärkeät asiat anamneesin selvittämisessä?

- Terveydenhoitaja ehkäisyvalmisteiden asiantuntijana
- Millaista ohjausta annatte yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä kuukautishäiriöiden hoidossa?
- Millaisissa tilanteissa ehkäisyvalmisteita aloitetaan kuukautishäiriöissä?
- Mikä on toimintamalli ehkäisytablettien aloittamisessa/uusimisessa?
- Kuinka hoitomyöntyväisiä nuoret ovat ehkäisyvalmisteiden käyttöön?

#### Ohjaaminen jatkohoitoon kuukautishäiriöissä

- Mitkä ovat käyttämänne kriteerit jatkohoitoon lähettämiseksi ja mikä on terveydenhoitajan osuus siinä?
- Millä perusteella terveydenhoitaja ohjaa lääkärille?
- Millä perusteella kentällä olevat terveydenhoitajat lähettävät teille nuorisoneuvolaan?

#### Henkinen tukeminen

- Mikä nuoria naisia huolestuttaa, mistä he haluavat keskustella, esimerkiksi lapsettomuus, seurustelu?
- Millä tavalla tuette heitä henkisesti?
- Ovatko resurssit riittävät henkisen tuen antamiseen?
- Millä tavalla käsittelette odottamatonta löydöstä/ mieltä järkyttäviä asioita nuoren kanssa?

#### Koettu osaaminen kuukautishäiriöiden hoidossa ja ohjauksessa

- Millä osa-alueilla koet olevasi vahvoilla osaamisessasi?
- Onko tarpeeksi substanssiosaamista; tietämystä nuoren naisen normaalisesta/poikkeavasta kehityksestä?
- Missä kohdin koette epävarmuutta ja osaamisen puutetta?
- Missä asioissa tarvitset lisäkoulutusta?

#### Moniammatillinen osaaminen

- Miten yhteistyö kouluterveydenhoitajien ja lääkärin välillä muotoutuu kuukautishäiriöiden hoidossa? Ketä konsultoidaan missäkin tilanteessa?

- Miten yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä muodostuu ja toimii?
- Ketkä muut ovat ydinosaajia kuukautishäiriöisen hoidossa, esimerkiksi psykologi, seksuaaliterapeutti?

#### Nuorisoneuvola

- Mitkä ovat nuorten naisten yleisimmät huolenaiheet tullessaan nuorisoneuvolan vastaanotolle?
- Mistä nuoret naiset ovat saaneet vihiä nuorisoneuvolan palveluista? Miten haikautuvat?
- Kerro nuorisoneuvolan toimintamallista
- Onko nuorisoneuvola ollut toimiva Tampereella erityisesti kuukautishäiriöiden suhteen?

#### Kyselylomakkeet kuukautishäiriöiden hoidosta ja ohjauksesta

- Mitä asioita haluaisitte selvittää terveydenhoitajien mahdollisesta lisäkoulutuksen tarpeesta kentällä?
- Mitä asioita ja tietämystä olisi hyvä jakaa kentällä olevien terveydenhoitajien kesken?

**Liite 4. Haastattelulupa nuorisoneuvolan terveydenhoitajille****HAASTATTELULUPA**

Silja Viitanen ja Heidi Lahtinen tekevät opinnäytetyötä terveydenhoitajien lisäkoulutus-tarpeen selvityksestä kuukautishäiriöiden hoidossa ja ohjauksessa. Tutkimus on vapaaehtoinen ja voin kieltäytyä selvitykseen osallistumisesta myös jälkikäteen. Haastattelua eivät kuuntele muut kun Silja Viitanen ja Heidi Lahtinen. Nauhoitukset ja siihen liittyvä litterointi hävitetään. Haastattelu on ryhmähaastattelu, joten haastattelusta ei tule ilmi, mitkä ovat minun vastauksiani.

Annan luvan haastatella minua, nauhoittaa haastattelu, sekä käyttää haastattelua heidän opinnäytetyössään. Annan luvan myös nimeni ja työpaikkani mainitsemiseen yhteistyöhenkilönä sekä myös lähdeluettelossa.

---

Allekirjoitus, Aika ja Paikka



## **Liite 5. Kyselylomake opiskelu- ja kouluterveydenhuoltoon**

Hei! Olemme terveydenhoitajaopiskelijat Silja Viitanen ja Heidi Lahtinen Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä Tampereen kaupungin kanssa. Opinnäytetyömme on tarkoitus ilmestyä marraskuussa 2012, jolloin se on nähtävillä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Aiheenamme on lisäkoulutusselvitys kuukautishäiriöiden hoidosta ja ohjauksesta terveydenhoitajille. Tavoitteenamme on lisätä terveydenhoitajien tietämystä kuukautishäiriöistä ja tarkoituksenamme onkin selvittää, missä asioissa koette tarvitsevanne lisäkoulutusta tai mikä aihe vaatii kertaamista. Lisäksi selvitämme kuinka usein kohtaatte kuukautisongelmia ja minkälaisia ne yleisimmin ovat. Opinnäytetyömme käsittelee nuorten naisten kuukautishäiriöitä, eli alle 22-vuotiaita.

Lähetämme tämän kyselylomakkeen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajille. Olemme myös haastatelleet nuorisoneuvolan terveydenhoitajia heidän kokemuksestaan nuorten kuukautisongelmista ja tämä kyselylomake pohjautuu heidän haastatteluihinsa sekä tekemäämme tutkimustyöhön kirjallisuuden parissa.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimuksen tuloksista teitä ei voi tunnistaa vastaajaksi. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje liittyy. Vastaaminen on vapaaehtoista.

Toivomme vastauksenne mahdollisimman pian, kuitenkin maaliskuun loppuun mennessä. Vastaamisen jälkeen paina Lähetä/ Submit, jolloin vastaukset tallentuvat automaattisesti meidän nähtäväksi.

Tulemme tekemään tutkimuksemme pohjalta aiheesta tuotoksen, joka palvelee teidän tiedon tarvettanne, esimerkiksi koulutustilaisuus syksyllä 2012 tai Looraan materiaalia. Olisikin tärkeää kuulla, mitkä asiat teitä erityisesti kiinnostaisivat. Siksi olisi mukavaa, jos käyttäisitte pienen hetken kyselyyn vastaamiseen. Kysely vie noin 10-15 minuuttia, riippuen vastauksienne laajuudesta. Kiitos jo etukäteen!

Tutkimusta koskeviin kysymyksiinne vastaa Heidi Lahtinen puhelimitse tai sähköpostitse osoitteessa [silja.viitanen@piramk.fi](mailto:silja.viitanen@piramk.fi).

Ystävällisin terveisin, Silja Viitanen ja Heidi Lahtinen

---

Työpaikkani on

- ☐ Kouluterveydenhuollossa
- ☐ Opiskeluterveydenhuollossa

Koetteko tarvetta tietää enemmän Valitse alla olevista vaihtoehdoista sopivin. Voit olla valitsematta yhtäkään vaihtoehtoa.

- ☐ tarpeellisista tutkimuksista kuukautishäiriöiselle
- ☐ ehkäisymenetelmän yhteydestä kuukautishäiriöihin
- ☐ sukupuolitautilien yhteydestä kuukautishäiriöihin
- ☐ kroonisten sairauksien yhteydestä kuukautishäiriöihin
- ☐ elintapojen yhteydestä kuukautishäiriöihin
- ☐ nuoren kehitysasteen arvioinnista
- ☐ lääkärille ja jatkohoitoon lähettämisen kriteereistä kuukautishäiriöissä
- ☐ eri tyyppisistä kuukautishäiriöistä
- ☐ milloin tulee huolestua nuoren kuukautisista
- ☐ maahanmuuttajien kohtaamisesta kuukautishäiriöissä
- ☐ Muu:

Kuinka usein kohtaatte työssänne kuukautishäiriöitä? Vastaa alla olevassa ruudukossa jokaiseen kohtaan. Kohta Muu on vapaaehtoinen.

	ei kos- kaan	harvoin	melko harvoin	melko usein	usein
Amenorrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epäsäännölliset kuukautiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuukautiskivut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PMS (premenstruaalioireet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Runsas kuukautiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiputteluvuoto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oligomenorrea eli harvat kuukautiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polymenorrea eli usein tulevat kuukautiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypomenorrea eli niukat kuukautiset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jos vastasit edelliseen kysymykseen Muu, mitä muuta olet kohdannut? Anna vastauksesi alla olevaan laatikkoon

Mikä seuraavista on kiinnostavin kuukautishäiriöihin liittyvä lisäkoulutustapa? Valitse alla olevista vain yksi vaihtoehto.

- ☐ Koulutustilaisuus
- ☐ Looran koulutusaineisto
- ☐ Ohjausmateriaali asiakkaille
- ☐ Muu:

Oletko epäillyt seuraavien tekijöiden vaikuttavan kuukautishäiriöiden taustalla? Vastaa alla olevista vaihtoehtoista jokaiseen. Kohta Muu on vapaaehtoinen.

	ei kos- kaan	harvoin	melko harvoin	melko usein	usein
Endometrioosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCOS (monirakku- laisten munasarjojen syndrooma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adenomyoosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kilpirauhasen vajaa- /liikatoiminta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ylipaino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alipaino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liika fyysinen aktiivi- suus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stressi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sukupuolitaudit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ehkäisymenetelmän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ei kos- kaan	harvoin	melko harvoin	melko usein	usein
aiheuttamat ongelmat					
Päihhteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raskaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperprolaktinemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veren hyytymissai- raudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suolistosairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munuaisten tai lisä- munuaisten sairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myoomat, endomet- riumien polyypit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lisääntymiselimistön rakennepoikkeavuudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykkiset ongelmat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynekologiset infek- tiot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jos vastasit edelliseen Muu, minkälaisia muita tekijöitä olette huomanneet liittyvän kuukautishäiriöihin? Tai miten muuten kommentoisitte kuukautishäiriöiden taustalla vaikuttavia tekijöitä? Anna vastauksesi alla olevaan laatikkoon.

Kerro vielä vapaasti omin sanoin, missä asioissa kuukautishäiriöiden suhteen tunnette epävarmuutta ja tarvetta lisäkoulutukselle? Anna vastauksesi alla olevaan laatikkoon.

Kuinka vahvaksi koet ammattitaitosi kuukautishäiriöisen nuoren hoidossa ja ohjauksessa?

1    2    3    4    5

Heikoksi ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Vahvaksi

**Liite 6. Arviointi- ja seurantalomake (Käypä hoito 2009, runsaat kuukautisvuodot)**

1 (4)

# Menorragiapotilaan haastattelu- ja tutkimuslomake

Tämä lomake helpottaa runsaista kuukautisvuodoista kärsivien potilaiden esitietojen ottoa ja auttaa vuoden määrän arvioinnissa. Lomake lähetetään potilaalle hyvissä ajoin ennen vastaanotolle tuloa tai täytetään vastaanoton yhteydessä, jolloin potilas palauttaa myöhemmin vuoden määrää koskevan arviointilomakkeen. Potilasta pyydetään vastaamaan huolellisesti kaikkiin kysymyksiin joko ympyröimällä tai rastittamalla sopivimman vaihtoehdon tai kirjoittamalla vastauksen sille varattuun tilaan.

Nimi	Henkilötunnus	Päivämäärä
------	---------------	------------

Runsaita kuukautisvuotoja on esiintynyt \_\_\_\_\_ kuukautta / vuotta.

Kuukautiskierron pituus vrk

Kuukautisten kesto vrk

Runsaiden vuotopäivien määrä vrk

	<i>Kyllä</i>	<i>Ei</i>
Tuleeko kuukautisvuodossa hyytymiä?		
Esiintyykö ylivuotoa (lakanoihin, päällysvaatteisiin ym.)?		
Käytätkö useampaa kuin yhtä kuukautissuojaa kerralla?		
Onko kuukautisvuodon määrässä tapahtunut muutos viimeisen vuoden aikana?		
Onko viimeisen vuoden aikana esiintynyt välivuotoja?		

	<i>Ei</i>	<i>Harvoin</i>	<i>Melko usein</i>	<i>Lähes joka kiertoon liittyen</i>
Onko sinulla kuukautiskipuja?				

2 (4)

Kuinka voimakkaita kuukautiskivut ovat voimakkaimmillaan?

(Ympyröi numeroista se, joka parhaiten kuvaa kivun voimakkuutta annetulla asteikolla 1 – 10)

<i>Ei kipuja</i>									<i>Voimakas kipu</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Kuinka paljon kuukautiset vaikuttavat

- työsuorituksiisi
- liikuntaharrastuksiisi
- vapaa-ajan toimintoihin
- henkilökohtaiseen hygieniaan
- sukupuolielämään

<i>Ei vaikutusta</i>				<i>Häiritsevät erittäin paljon</i>
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Onko viime aikoina esiintynyt

- väsymystä
- ummetusta
- painonnousua
- turvotusta

<i>Kyllä</i>	<i>Ei</i>

Onko koskaan esiintynyt

- runsasta leikkausvuotoa/synnytysvuotoa
- vuotoa hampaan poiston jälkeen
- mustelmataipumusta

<i>Itsellä</i>	<i>Suvussa</i>

(voit tarpeen mukaan valita useamman vaihtoehdon)

Onko runsaisiin kuukautisvuotoihin käytetty jotakin hoitoa?


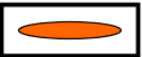

<input type="checkbox"/>	<i>Ei hoitoa</i>	_____ kuukautta / vuotta
<input type="checkbox"/>	<i>E-pillereitä</i>	_____ kuukautta / vuotta
<input type="checkbox"/>	<i>Vuotoa hillitsevää kipulääkettä</i>	_____ kuukautta / vuotta
<input type="checkbox"/>	<i>Traneksaamihappoa (Cyclocapron)</i>	_____ kuukautta / vuotta
<input type="checkbox"/>	<i>Hormonikierukkaa</i>	_____ kuukautta / vuotta
<input type="checkbox"/>	<i>Kaavintaa</i>	_____ pvm
<input type="checkbox"/>	<i>Jokin muu: mikä?</i>	_____






3 (4)

### Vuodon määrän arviointi

*Vuodon määrän arviointi tehdään kuukautisten aikana. Merkitse tähän kunkin vuotopäivän kohdalle käyttämäsi siteet ja tamponit niiden kostumisasteen mukaan. Lääkäri laskee kokonaispisteet.*

Siteen kostumisaste	Kerroin	Vuodon päivä								Pisteet
		1	2	3	4	5	6	7	8	
	20									
	5									
	1									
										<b>Yhteensä</b>

Tamponin kostumisaste	Kerroin	Vuodon päivä								Pisteet
		1	2	3	4	5	6	7	8	
	10									
	5									
	1									
										<b>Yhteensä</b>

<b>Yhteensä</b>
-----------------

4 (4)

Esimerkki pisteiden laskusta

Kertoimella kerrotaan kunkin rivin siteiden ja tamponien määrä ja lopuksi molempien taulukoiden pisteet lasketaan yhteen (katso oheinen esimerkki).

Jos kuvatestistä saatava pistemäärä on **vähintään 185 pistettä**, on runsaan vuodon todennäköisyys 75 - 86 %.

Siteen kostumisaste	Kerroin	Vuodon päivä								Pisteet
		1	2	3	4	5	6	7	8	
	20	///	///							11 * 20 = 220
	5	//	///	///	//					12 * 5 = 60
	1				/	//				1 * 3 = 3
		<b>ESIMERKKI</b>								<b>Yhteensä</b> <b>283</b>

## Liite 7. Kutsu koulutustilaisuuteen

### *KUTSU*

Hyvät Tampereen kaupungin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat,

Toivotamme teidät tervetulleiksi torstaina 4.10.2012 kello 13:00-15:30 järjestettävään tilaisuuteen. Tilaisuus on maksuton ja ennakkoilmoittautumista ei tarvita. Tilaisuudessa käydään läpi alla olevia aiheita liittyen opinnäytetöihimme, joita on tehty yhteistyössä Tampereen kaupungin kanssa. Paikkana toimii SOTE-talon auditorio, Satamakatu 17 B, 6. krs.

AIHEINA:

#### **Toimintapäivä terveydenhoitajan työmenetelmänä - itsetunnon tukeminen kouluterveydenhuollossa 13:00-14:15**

- Puhujina Janica Salmi ja Janika Nurminen, terveydenhoitajaopiskelijat TAMK

Käsiteltäviä aihealueita:

1. Pohjustus aiheeseen
2. Teemapäivän toteutus Tampereen normaalikoulussa 30.5.2012
3. Teemapäivän kyselyn tulokset julki
4. Yleinen keskustelu – miksi teemapäivä?

#### **Nuorten naisten kuukautishäiriöt terveydenhoitajan työssä klo 14:15-15:30**

- Puhujina Heidi Lahtinen ja Silja Viitanen, terveydenhoitajaopiskelijat TAMK  
- Asiantuntijana nuorisoneuvolan lääkäri Marjo Kuorti

Käsiteltäviä aihealueita:

1. Pohjustus aiheeseen
2. Erityyppisistä nuorten kuukautis- ja vuotohäiriöistä  
- katsaus syihin taustalla sekä hoitoihin
3. Milloin huolestua kuukautisten poikkeavuudesta sekä jatkohoitoon lähettäminen.  
(Marjo Kuorti)
4. Tarpeelliset tutkimukset kuukautis- ja vuotohäiriöiden syiden selvittämiseksi  
(Marjo Kuorti)
5. Kuukautiskivut vaivaavat – mikä avuksi?  
(Marjo Kuorti)
6. Aikaa kysymyksille ja keskustelulle

**Lämpimästi tervetuloa mukaan!**

Ystävällisin terveisin,

koulutuksen järjestäjät Heidi Lahtinen ja Silja Viitanen, TAMK  
Janica Salmi ja Janika Nurminen, TAMK

## Liite 8. Koulutustilaisuuden diat

### Nuorten naisten kuukautis- ja vuotohäiriöt

4.10.2012

Heidi Lahtinen ja Silja Viitanen,  
terveydenhoitotyön sv, TAMK

### Tilaisuuden sisältö

- Alustus
- Syyt kuukautishäiriöiden taustalla
- Anamneesin selvittäminen
- Erityyppiset kuukautishäiriöt ja niiden hoito
- Maahanmuuttajien lisääntymisterveyden erityiskysymykset

### Opinnäytetyön prosessi



## TULOKSIA OPINNÄYTETYÖN KYSELYLOMAKKEESTA

- Terveystenhoitajista suurin osa vastaajista **opiskeluterveydenhuollossa**
- Nuorten kuukautishäiriöiden kohtaaminen työssä **vaihtelevaa**, työpaikasta riippuvaa
- Eniten kohdataan tiputteluvuotoa, kivuliaita ja runsaita sekä epäsäännöllisiä kuukautisia ja PMS-oireita
- Osaaminen **melko vahvaa** nuorten kuukautishäiriöiden suhteen

## Kuukautiset- monia ulottuvuuksia

YMPÄRISTÖ  
TERVEYS  
LÄÄKETIEDE

ASENTEET  
USKOMUKSET  
VALINNAT  
KOKEMUKSET

KULTTUURI  
USKONTO  
HISTORIA

POLITIikka  
MEDIA  
KAUPALLISUUS

## Nuoren huoli: olenko normaali?

- Henkisen prosessin vaativuus
- Lääkärin ja terveydenhoitajan vuorovaikutus korostuu
- Mietteitä:
  - **Sekundaariset sukupuoliominaisuudet**
  - **Raskauden ehkäisy**
  - **Lapsettomuus**
  - **Mitä muut ajattelevat minusta?**

## Erityyppiset kuukautishäiriöt

Amenorrea = kuukautisten puuttuminen

Hypomenorrea = niukat kuukautiset

Polymenorrea = tiukat kuukautiset

Oligomenorrea = harvat kuukautiset

Menorragia = runsaat kuukautiset

Metrorragia = epäsäännölliset kuukautiset

Dysmenorrea = kivuliaat kuukautiset

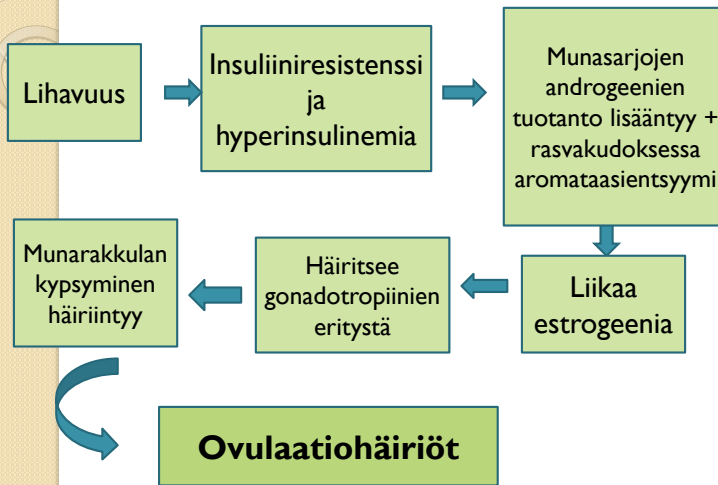
## Erilaiset kuukautishäiriöiden syyt

- **Toiminnalliset, elimelliset ja hoidosta johtuvat syyt**
- **Elintavoista johtuvat**
  - alipaino, ylipaino, fyysinen liikaräät, stressi, alkoholi, tupakka + muut päihteet
- **Sukupuolitaudit**
- **Raskaus**
- **Ehkäisyvalmisteet**
- Infektiot
- Krooniset sairaudet ja niiden lääkehoito

## Ylipaino ja kuukautiskierto

- **Aikaistaa menarkea ja puberteettia**
- **Lisää PMS-oireilua**
- **Lisää kuukautiskierron häiriöitä**
  - Altistaa: akne, hirsutismi, oligomenorrea, amenorrea, epäsäännöllisyys ja pitkittyneet vuodot, lapsettomuus
  - Haitallisinta **vyötärölihavuus ja MBO-profiili!**
  - (Ehkäisyvälineiden tehon heikkeneminen ?)
- **Huono itsetunto ja riskikäyttäytyminen**
- Pituuskasvu↓ ja paino↑ → endokrinologinen häiriö? (kilpirauhasen toiminnan ja kortisolin tuotannon häiriöt)
- Pitkän tähtäimen riskit: kohdunrunon- ja rintasyöpä

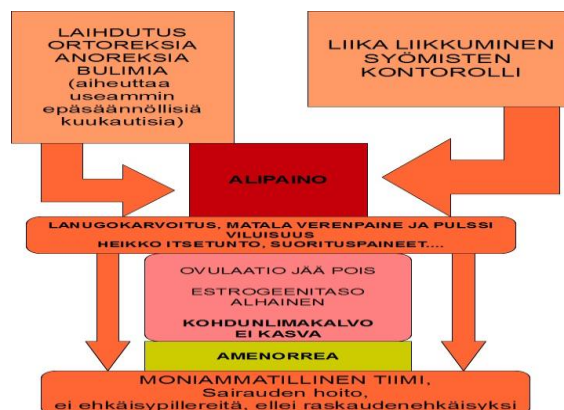
## Ylipaino johtaa ovulaatiohäiriöihin



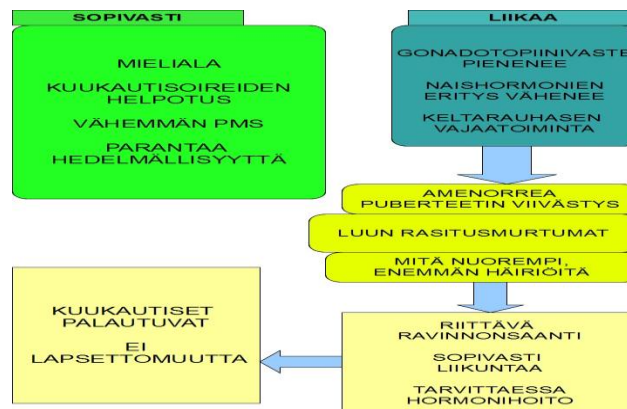
## PCOS = munasarjojen monirakkulaoireyhtymä

- Tavallisin hormonihäiriö (sattumalöydöksiä), perinnöllistä
- Puolet PCOS:sta kärsivistä lihavia -> laukaiseva tekijä
- Metabolinen oireyhtymä, insuliiniresistenssi → hirsutismi, akne, keskivartalolihavuus, kuukautishäiriöt (hyperestrogenismi → pitkittyneet, harvat vuodot)
- Riskit myöh.: raskaana RR-nousu + gestatioidiabetes, verenpainetauti, diabetes, sepelvaltimotauti
- Hoitona: liikunta, ravintotottumukset, painon pudotus, yhdistelmäehkäisytl, syklinen progestiini, (metformiini, antiandrogeenit)

## Alipaino ja kuukautiset

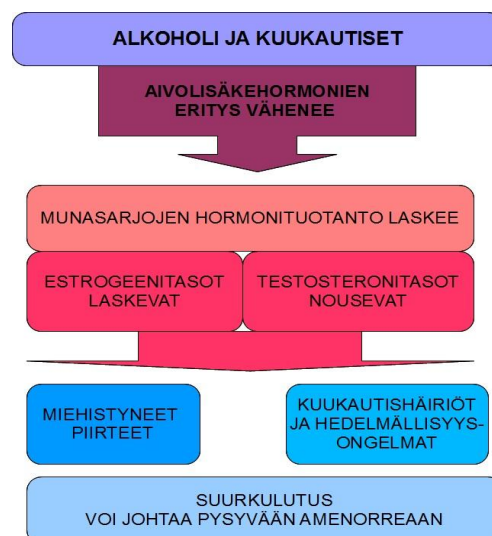


## Liikunta ja kuukautiset

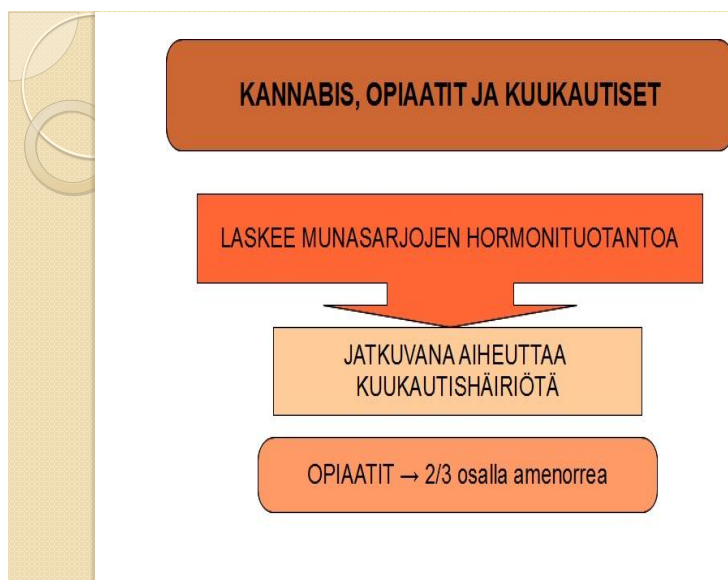
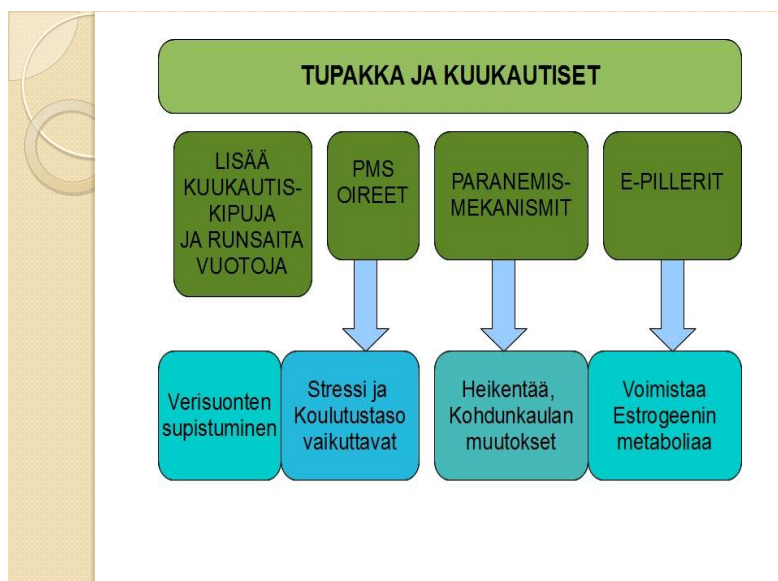


## Stressi ja kuukautishäiriöt

- Sekä psyykinen että fyysinen stressi vaikuttavat **hypotalamukseen** (GnRH:n vapautumiseen ja gonadotropiinien erittymiseen)
- Stressi nostaa **prolaktiinitasoa**
- Myös **positiiviset muutokset** vaikuttavat (ympäristön vaihdos; muutto, vaihto-oppilasvuosi, työpaikan vaihto)
- Munasolun kypsyämis- ja ovulaatio-ongelmat → pitkittyneet kierrot







## Endometrioosi

- 10 %:lla, **sukurasite!**
- Kohdun limakalvon tavoin reagoivaa kudosta kohdun ulkopuolella
- Oireet: voimakas alavatsakipu, **ei hellitä tulehduskipulääkkeillä/yhdistelmäehkäisyllä**, oireet riippuvat pesäkkeiden sijainnista!
- Lisääntynyt hedelmättömyyden riski
- Diagnoosin varmistaminen hankalaa

## Endometrioosi

- Hormonaalinen hoito (**yhdistelmätbl, progestiinitbl, hormonikierukka, GnRH-agonistit**) + tulehduskipulääkkeet + pesäkkeiden poistaminen kirurgisesti
- Uusii helposti
- Adenomyoosi
  - Runsaat vuodot, alavatsakivut, kohdun tasainen suureneminen, yhdyntäkivut, hedelmällisyys↓
  - Yleisempi synnyttäneillä

## Hyperprolaktinemia

- Oireina kuukautisten **epäsäännöllisyys, amenorrea** (syy kolmannekseen sekundaariamenorreoista), **lapsettomuus**
- **Galaktorrea**
- Kaksinkertainen prolaktiiniarvo syytä tutkia
- SYITÄ:
  - Aivolisäkkeen adenooma
  - Hypotyreoosi
  - Osa psyykelääkkeistä
  - Jotkut huumeet

## Ehkäisymenetelmät + jälkielehkäisy ja kuukautiset



## Yhdistelmäehkäisypillereiden käyttö

- **2-3 laattaa voi syödä huoletta putkeen** → anemian ja kohdunrunгон syövän riski pienempi, kuukautisoireilu harvemmin, luonnollisempaa (vrt. historia)
  - Ei sovi kaikille!
- Ei tarvetta käytön tauottamiselle oman hormonitoiminnan testaamiseksi
- **Tauko voi olla vain 4-7 päivää** → varmempi ehkäisyteho, vähemmän taukoviikon haittaoireita, kun vähäisempi hormonitasojen heilahtelu

## Anamneesin selvittäminen

- Kuukautisten alkamisikä, kierto, vuodon kesto/säännöllisyys, vuodon runsaus, kivut, PMS-oireet, viimeiset kuukautiset
- Lähisuvun sukupuolinen kehitys
- Liikunta- ja ravintotottumukset, painonmuutokset
- Yhdynnät, ehkäisy, seurustelu
- Sukupuolitautilriskit
- Raskaudet, keskenmenot, keskeytykset
- Perussairaudet, lääkitys, allergiat
- Gynekologiset vaivat
- Pähdeasiat
- Migreeni, laskimotukosriski, hyttymissairaudet

## Perusterveydenhuollossa tehtäviä toimenpiteitä

- Pituus, paino, RR, puberteettiarviointi, virtsan stix-koe, hb
- **Raskaustesti**
- Kuukautispäiväkirja
- **Elintapaohjaus**, ruokapäiväkirja
- Nuorisoneuvolassa:
  - laboratoriotestit: prolaktiini, S-TSH, S-T4V, PVK, keliakiasole, virtsanäyte, infektiotestit, (FSH/LH, estradioli)
  - Progesteronitesti → onko kohtuastetta? (Hypoestrogeninen tila/rakennevikko?)

## Anovulatoriset vuotohäiriöt

- **Normaalia! Hoito häirtävyyden mukaan**
- Yleisiä niin menarken jälkeen kuin ennen menopaussiaakin
- Kahden vuoden kuluessa **yleensä säännöllistyy**, helpoiten varhain alkaneilla
- **Stressin** vaikutus merkittävä
- Voi olla **pitkäkestoista, runsastakin vuotoa pitkien kiertojen jälkeen** (juveniili metropatia) → voidaan lopettaa yhd. ehk. tbl:lla, 3 tbl/vrk viikon ajan, sitten vuoto tulee jälleen
- Tai tiputteluvuotoa lyhyen kierron jälkeen
- Hypotalamus-hypofyysi-munasarja-akselin **kypsymättömyys**

Munasolu ei irtoa



Ei ovulaatiota



Keltarauhas  
hormonia ei  
erity



Estrogeenin kasvattama  
endometrium poistuu  
epätasaisesti

## Epäsäännölliset kuukautiset

### METRORRAGIA

**Pitkää vuotoa, jonka määrä ja väliajat vaihtelevat**  
Tiputteluvuotoa

#### TOIMINNALLINEN VUOTOHÄIRIÖ (useimmin):

- anovulatorinen vuoto
  - ovulatorinen vuoto:
- Tiputtelu ennen kuukautisia:  
liian vähän progesteronia/keltarauhasen vajaatoiminta  
Tiputtelu kuukautisten jälkeen:  
vähän estrogeenia alkukierrossa  
Tiputtelu ennen keltarauhasen muodostumista:  
estrogeenitaso romahtaa

#### TOIMINNALLISEN VUOTOHÄIRIÖN HOITO:

- Ei tarpeellista, jos kuukautiset 3-4 krt/vuosi
- Yhdistelmäehkäisyvalmisteet  
(lopettamisen jälkeen usein jatkuu epäsäännöllisinä)
- Hormonikierukka  
(muut syyt suljettava pois!)
- Anovulatorisen vuotohäiriön hoitona **syklinen progestiini**  
(10-12 d/kk)

## Epäsäännölliset kuukautiset

### METRORRAGIA

#### ELIMELLISEN VUOTOHÄIRIÖN SYITÄ:

- Raskaus (1. trimesteri)
- Klamydia
- Keskenmeno, kohdun ulkopuolinen raskaus
- infektio
- Kohdun myoomat ja polyypit
- Kohtutulehdus
- Yleissairaudet

#### HOIDOSTA JOHTUVIA SYITÄ:

Kierukka, progestiiniehkäisyvalmisteet

#### YHDYNNÄN JÄLKEISEN VUODON SYITÄ:

- Limakalvo:
- Kohdunsuun- tai rungon polyyppi,  
Tulehdustila tai syöpä,  
orgasmi

## Amenorrea

- Primaari, harvinaisempi (1-5 %)
- Sekundaari: kuukautisia ei **6 kuukauteen** tai menarken jälkeen **3 kuukautiset** jääneet välistä
- **anoreksia, bulimia, ortoreksia, himoliikkuminen, stressi**
- Hypotalamus-, aivolisäke- tai munasarjaperäisyys, rakennepoikkeavuudet, yleissairaudet
- Hoidonaiheet:
  - Kuukautiset **ei** alkaneet, **ei puberteetin merkkejä 14 v.**
  - Kuukautiset **ei** alkaneet, **on puberteetin merkkejä 16 v.**
  - Kuukautiset **alkaneet**, mutta **poissa > 6 kk**
- Krooninen amenorrea → endometriumien liikakasvu → kohdun limakalvon syöpä
- Kohtuvasteen tutkiminen → hypoestrogeninen tila → osteoporoosi
- Hoito:
  - Primaari amenorrea → puberteetin induktio
  - sekundaarinen amenorrea → syklinen progestiinihoito, yhdistelmäehkäisy

**Hypomenorrea, eli niukat, < 2 vrk  
kestävät kuukautiset**

- **Tavoiteltavaakin**
- **Yleistä ja tavallista**  
ehkäisytablettien tai  
hormonikierukan käyttäjillä
- Hypoestrogeenisuus →  
syömishäiriöiset, munasarjojen  
hormonitoiminnan hiipuesssa
- Aggressiivinen kaavinta voi aiheuttaa

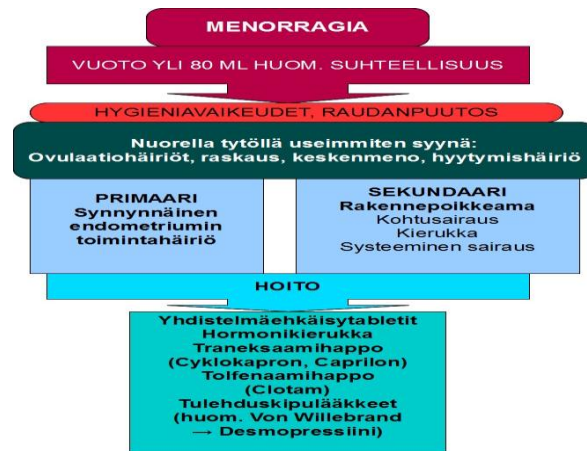
## Dysmenorrea

- Primaarinen → 13 % kärsii, syynä  
endometriumin prostaglandiinit → **kivulias  
iskemia kohtulihakseen**
  - Yhdistelmäehkäisytbl
  - Tulehduskipulääkkeet → **ajoissa** estämään  
kipua!
  - perinnöllisyys
- Sekundaarinen → gynekologiset sairaudet,  
kuperikierukka
- **Poissaolot koulusta!!**

## Polymenorrea/Oligomenorrea

- Polymenorrea → **Kuukautiskierto < 23 vrk**
- Follikkelivaihe jää lyhyeksi ja anovulatoriseksi  
(nuoret)  
→ **ehkäisytabletit**, (FSH-pistokset)
- Oligomenorrea → **Kuukautiskierto > 36 vrk**
  - Follikkelivaihe pidentynyt
  - **Syömishäiriöisellä yleistä  
hypomenorrean ohella, myös  
ylipainoisilla**
- **Yhdistelmäehkäisy (ovulaatioita voi  
tapahtua)**
- syklinen progestiini -> kuukautiset x 4/vuosi
- PCOS tai hyperprolaktinemia, hypotyreoosi?

## Runsaat kuukautiset



## Runsaiden kuukautisten arviointi

- Käypä hoidon sivuilla lomake seurannan avuksi:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50033b.pdf>2

- Parin tunnin välein siteen vaihtaminen merkitsee runsasta vuotoa

## PMS-oireet

- **Psyykkiset ja somaattiset oireet**; turvotus, rintojen arkuus, ärtyneisyys, masentuneisuus, unettomuus, yleinen väsymys, päänsärky, lihassäryt...
- **Masennusta sairastavan oireet** usein pahentuvat premenstrumissa
- Kuukautiskierron **puolivälissä tai vain muutamaa päivää** ennen kuukautisia
- **Ylipaino, tupakointi ja vähäinen liikunta lisäävät oireilua**
- Hoito: **e-pillerit**, syklinen progestiini, B6-vitamiini (pyridoksiini), mielialalääkkeet syklisesti (SSRI), tulehduskipulääkkeet, **riittävä juominen**

→ **Voi riittää vain paneutuminen oireisiin ja neuvonta oireyhtymän yleisyydestä**



## Maahanmuuttajien lisääntymisterveyden erityiskysymykset



## Lähteet

- Apter, D. 2005. Lapsi- ja nuorisogynekologia –muutakin kuin ehkäisyä. Duodecim 2005; 121: 1863-4.
- Apter, D., Eskola, M.-S., Säävälä, M., Kettu, N. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma 15.6.2009. Väestöliitto.
- Bertone-Johnson, E., Hankinson, S., Johnson, S., & Manson, J. 2008. Cigarette smoking and the Development of Premenstrual Syndrome. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. American Journal of Epidemiology. Vol. 168 (8): 938-945.
- Dunkel, L. & Wehkalampi, K. 2009. Miksi tyttöjen menarkeikaa on varhaistunut? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2009; 125: 1490-1.
- Ehkäisyopas. Tietoa raskauden ehkäisymenetelmistä. MSD. Luettu 19.3.2012. www.ehkaisy.com
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Fogelholm, M., Vuori, I., Vasankari, T. 2011. Terveystieteitä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Halttunen, M. 2004. Kuukautiskierron häiriöt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kaupila, A. 2004. Naistentaudit ja synnytykset. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 63-76
- Halttunen, M. & Suhonen, S. 2005. Tytön kuukautisten puuttuminen ja poikkeavat vuodot. Lapsi- ja nuorisogynekologia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2005 ;121: 1881-8.
- Heikkinen A-M, Härkki, P. & Setälä M-L. 2011. Endometriosin nykyhoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2011; 127: 1837-47.
- Heinonen, O. & Kujala, U. 2001. Kasvuikäisen urheilijan ongelmat. Teema: Hyvänlaatuiset gynekologiset kasvaimet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 117(6):647-652.
- Hurskainen, R. & Tiitinen, A. 2005. Lisääntymisikäisen naisen epäsäännöllinen gynekologinen vuoto. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim;121: 2299-304.
- Jaatinen, P. 2010. Sukurauhaset ja alkoholi. Alkoholi- ja riippuvuus. Kustannus Oy Duodecim 25.5.2010. Luettu 12.2.2012. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/pit/koti/p\\_artikkeli=alr00149&p\\_haku=sukurauhaset%20ja%20alkoholi](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/pit/koti/p_artikkeli=alr00149&p_haku=sukurauhaset%20ja%20alkoholi)
- Juuti, L. & Kinnunen, A. 2007. Palasia vai kokonaisia? –Seurustelu, elämänsuunnittelu ja opinto-ohjaus. Teoksessa Juutilainen, P. (toim.) Suhteita ja suunnanottoja. Joensuu yliopisto. Joensuu: Joensuun yliopistopaino, 59–62, 73.
- Juvonen, M. & Pääkkönen, R. 2012. Asiantuntijahaastattelu 1.2.2012. Haastattelijat Lahtinen, H. & Viitanen, S. Litteroitu. Tampere.
- Jälkiehkäisy. 2010. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Päivitetty 10.11.2010. Luettu 9.4.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50039>.
- Kautiainen, S. 2008. Overweight and Obesity in Adolescence. Doctoral programmes in Public health. Tampere University. Tampere: University press.
- Keskinen, P. & Saha, T-M. 2009. Puberteetti – matkalla kohti aikuisuutta. Pfizer Oy.
- Kivijärvi, A. 2009a. Hormonaalinen ehkäisy. Hoitoketjut. Päivitetty 28.7.2009. Luettu 9.4.2012. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti>.
- Kivijärvi, A. 2009b. Kuperikirjekäisy. Hoitoketjut. Päivitetty 15.9.2009. Luettu 9.4.2012. Lääkärin käsikirja. Lääkärin tietokannat. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti>.
- Koponen, P. & Luoto, R. 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Helsinki: Kansanterveyslaitos. [www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf](http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf).
- Kuoritti, M. 2012. Suomalaisen tyttöjen seksuaaliterveys ja -kulttuuri. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Väitöskirja.



