

Reetta Moilanen & Heini Vainio-Kivimäki

SÄÄNNÖLLISEN SYNNYTYKSEN JÄLKITARKASTUS

Tehtävänsiirto kätilöille ja terveydenhoitajille

SÄÄNNÖLLISEN SYNNYTYKSEN JÄLKITARKASTUS

Tehtävänsiirto kätilöille ja terveydenhoitajille

Reetta Moilanen OAMK &
Heini Vainio-Kivimäki TAMK
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Reetta Moilanen (OAMK) & Heini Vainio-Kivimäki (Tampereen ammattikorkeakoulu)
Opinnäytetyön nimi: Säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus - Tehtävänsiirto kätilöille ja terveydenhoitajille

Ohjaajat: Minna Perälä (OAMK), Tarja Ratia (TAMK)
Työn valmistuslukukausi ja –vuosi: kevät 2014

Sivumäärä: 49

Sairausvakuutuslain asetusmuutoksen tultua voimaan 1.1.2011 julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva ja riittävän koulutuksen saanut kätilö tai terveydenhoitaja voi suorittaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen. Oikeus suorittaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksia edellyttää kätilön tai terveydenhoitajan suorittamaa täydennyskoulutusta. Lakimuutoksen myötä jälkitarkastuskoulutus tullaan sisällyttämään kätilötyön ja terveydenhoitotyön peruskoulutukseen. Uudistuksen tarkoituksena on mahdollistaa synnytyksen jälkitarkastuksen siirto lääkäriltä hoitajalle ja vapauttaa siten lääkäri työvoimaa tehtäviin, joissa tarvitaan erityistä lääketieteellistä osaamista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen suorittamiseen tarvittavaa tietoa. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvailla säännöllisen synnytyksen jälkitarkastusta ja siinä huomioitavia asioita, sekä siihen liittyvän tehtävänsiirron taustaa ja käytäntöjä, jolloin sitä voivat hyödyntää kätilötyön ja terveydenhoitotyön opiskelijat, täydennyskoulutettavat sekä työkseen jälkitarkastuksia toteuttavat terveydenhuollon ammattilaiset. Olemme käyttäneet aineistona kirjallisuuskatsauksessamme aiheeseen liittyviä tutkimuksia sekä kirjallisuutta.

Jälkitarkastuksessa kiinnitetään huomiota sekä äidin fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin. Äidin kanssa keskustellaan raskausajasta ja synnytyksestä sekä vauvan hoidosta ja annetaan tarvittaessa imetysohjausta. Keskustelussa on otettava esille rintojen terveys, mahdollinen virtsankarkailu, suolen toiminta, jälkivuoto ja mahdolliset kivut. Äidin jaksaminen ja tukiverkosto on myös huomioitava keskustelussa. Jälkitarkastuksessa on syytä keskustella parisuhteen seksuaalisuudesta, yhdynnöistä ja mahdollisesta haluttomuudesta. Ehkäisyasiat otetaan myös puheeksi. Jälkitarkastuksen yhteydessä tehdään gynekologinen tutkimus sekä muita tutkimuksia synnytyksen jälkeisen fyysisen palautumisen varmistamiseksi.

Aihetta jatkotutkimuksille antavat käytännön kokemukset tehtävänsiirron toteutumisesta esimerkiksi terveydenhuollon yksiköiden, kätilöiden tai terveydenhoitajien tai jälkitarkastusasiakkaiden näkökulmasta.

Asiasanat: jälkitarkastus, lapsivuodeaika, raskaus, synnytys

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing, option of Midwifery

Authors: Reetta Moilanen (Oulu University of Applied Sciences) & Heini Vainio-Kivimäki (Tampere University of Applied Sciences)

Title of thesis: Post-Natal Check-up after a Regular Delivery - Transfer Assignment to Midwives and Public Health Nurses

Supervisors: Minna Perälä (Oulu University of Applied Sciences), Tarja Ratia (Tampere University of Applied Sciences)

Term and year when the thesis was submitted: spring 2014

Number of pages: 49

Since the sickness insurance act came into effect in the year 2011 midwives and public health nurses have been able to perform a check-up after regular birth if they are employed in the public healthcare and they have sufficient education for it. Midwives and public health nurses have to participate in in-service training to have the right to do the check-ups. Along with the amendment check-up education will be included in midwives' and public health nurses' basic education. The purpose of the amendment is to enable the transfer of check-up after a regular birth from doctors to nurses and then relieve doctors' resources where specific medical know-how is needed.

The main purpose of this study is to examine the necessary knowledge of a check-up after regular birth. The target of this thesis is to describe the check-up after a regular birth and related issues. The target is also to describe the background and practice of the transfer assignment when it can be utilized by midwife and public health nurse students, updating career trainees and practitioners of the public health service who perform the check-ups as their profession. This thesis was a literature survey and the material for it was found in researches and literatures concerning our subject.

Mother's both physical and psychical well-being is being paid attention to in the check-up. Conversation about pregnancy, childbirth, feeding of the baby and guidance about breastfeeding will take place if needed. In the conversation the breast health, possible urinary continence, intestinal movement, post-partum vaginal discharge and possible pains need to be brought up. Also mother's managing and support system need to be taken into consideration. In the check-up it is necessary to discuss sexuality in the relationship, intercourses and possible unwillingness. Also the matter of contraception is brought up. The check-up also includes a gynaecological examination and other examinations are performed to ensure the physical recovery after childbirth.

Cause for further research will provide practical experiences in the implementation of the transfer assignment from for example health departments, midwives, public health nurses or customers point of view.

Key words: post-natal check-up, puerperium, pregnancy, delivery

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	RASKAUDENAIKAISET MUUTOKSET, SYNNYTYS JA LAPSIVUODEAIKA	8
	2.1. Raskaudenaikaiset muutokset.....	8
	2.2. Säännöllinen synnytys.....	8
	2.3. Lapsivuodeaika.....	11
	2.3.1 Fyysinen palautuminen.....	11
	2.3.2 Maidoneritys	14
	2.3.3 Lapsivuodeajan komplikaatiot.....	15
3	TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	20
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	23
	5.1. Säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus.....	23
	5.1.1 Synnytyskokemus ja psyyke	24
	5.1.2 Varhainen vuorovaikutus.....	27
	5.1.3 Imetys	28
	5.1.4 Seksuaalisuus synnytyksen jälkeen.....	31
	5.1.5 Ehkäisyneuvonta	34
	5.1.6 Gynekologinen status	35
	5.1.7 Vanhempainraha.....	38
	5.2. Tehtävänsiirto	38
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	42
	LÄHTEET.....	46

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön taustalla on sairausvakuutuslain asetuksen (1335/2004) 3 §:n muutos, jossa annetaan jälkitarkastuksen suorittamista koskevaa ohjausta. Lakimuutos oikeuttaa kätilön tai terveydenhoitajan suorittamaan itsenäisesti säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksia, mikäli tehtävänsiirrosta lääkäreiltä kätilölle tai terveydenhoitajalle tehdään toimintayksikössä päätös. Oikeus suorittaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksia edellyttää kätilön tai terveydenhoitajan suorittamaa täydennyskoulutusta, joka on kätilöillä yhden opintopisteen ja terveydenhoitajilla kolmen opintopisteen laajuinen. Lakimuutoksen myötä jälkitarkastuskoulutus tullaan sisällyttämään kätilötyön ja terveydenhoitotyön peruskoulutukseen. Täydennyskoulutus muodostuu teoria- ja simulaatio-opetuksesta sekä käytännön harjoittelusta, ja se toteutetaan yhteistyössä lääketieteellisen tiedekunnan kanssa. Lakimuutos on tullut voimaan 1.1.2011. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Hallituksen esityksen (HE 283/2009 vp) mukaan työnantajan tulee varmistaa, että kätilöllä ja terveydenhoitajalla on tehtävän edellyttämä ammatillinen osaaminen, joka perustuu terveydenhoitajilla vähintään kolmen ja kätilöillä vähintään yhden opintopisteen laajuisiin opintoihin, joihin sisältyy myös käytännön harjoittelua. Sisällöllisesti opintoihin kuuluu synnyttäneen naisen gynekologisen ja rintojen terveydentilan ja mahdollisten synnytysvaurioiden, imetystilanteen ja muun yleisen voinnin ja selviytymisen arvioinnista, raskauden ehkäisyä tehtäväalueen mukaisesti sekä näihin liittyvää neuvontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön perustelumuihistiossa (26.11.2010) tuodaan esiin, että jälkitarkastus tulee suorittaa noudattaen terveydenhuollon toimintayksikössä sovittua työnjakoa, kansallisia hoitosuosituksia ja potilasturvallisuuden vaatimuksia. Kätilön ja terveydenhoitajan vuosittain suorittamien jälkitarkastusten määrän tulee olla riittävän suuri synnytysvaurioiden, riskitekijöiden ja poikkeamien tunnistamisen varmistamiseksi. Toimintayksikön tehtävänä on myös varmistaa, että synnyttäneellä naisella on halutessaan mahdollisuus päästä lääkärin vastaanotolle ja että synnyttänyt nainen ei käy jälkitarkastuksessa tarpeettomasti sekä lääkärin että kätilön tai terveydenhoitajan vastaanotoilla. Lisäksi terveydenhuollon toimintayksiköissä tulee olla ohjeet säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen suorittamisesta, todistuksen antamisesta vanhempainrahaa varten sekä ohjeistus mahdollisuudesta tarvittaessa lääkärin konsultaatioon ja synnyttäneen naisen lähettämisestä lääkärin vastaanotolle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Lääkärit tulevat jatkamaan synnytyksen jälkitarkastuksen suorittajana edelleen aina niillä äideillä, joiden synnytys on ollut epäsäännöllinen. (Häsänen ym. 2012, 16.)

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen suorittamiseen tarvittavaa tietoa. Opinnäytetyön tietoperustassa käydään läpi opinnäytetyön keskeiset käsitteet, joita ovat raskaudenajan muutokset, säännöllinen synnytys ja lapsivuodeaika. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka tavoitteena on kuvailla säännöllisen synnytyksen jälkitarkastusta sekä siihen liittyvän tehtävänsiirron taustaa ja käytäntöjä.

2 RASKAUDENAIKAISET MUUTOKSET, SYNNYTYKS JA LAPSIVUODEAIKA

2.1. Raskaudenaikaiset muutokset

Raskaus vaikuttaa monella tapaa naisen elimistön toimintaan. Naisen hormonieritys muuttuu, kohtu sekä rinnat kasvavat ja rintoja voi aristaa. Raskaudesta johtuen veritilavuus kasvaa ja rintakehä laajenee. Raskauden aikana ruokahalu kasvaa, glukoosin tarve lisääntyy ja paino nousee. Raskaus vaikuttaa myös tukirankaan, lantioon sekä ihoon. Sukupuolihormonijärjestelmä monimutkaistuu entisestään. (Litmanen 2012, 147.) Virtsateissä tapahtuu laajentumista ja lihasten veltostumista, ja munuaisten verivirtaus lisääntyy (Armanto & Koistinen 2007, 41).

Estrogeeni ja progesteroni valmistavat rintoja maidontuottoon ja imetykseen jo varhain raskauden alussa. Painonnousu raskauden aikana johtuu sikiön ja istukan kasvusta, lapsiveden lisääntymisestä sekä naisen omassa elimistössä tapahtuvista muutoksista, kuten kohdun ja rintojen kasvusta. Rasva varastoituu naisen rasvakudokseen, enimmäkseen pakaroihin ja reisiin. Yleensä rasvaa varastoituu kolmesta viiteen kiloa. Tämä on tärkeä energiavarasto, jonka avulla nainen selviää synnytyksen rasituksesta ja imetyksestä. Synnytyksen jälkeen alkaa 6-8 viikkoa kestävä lapsivuodeaika, jolloin äidin elimistö palautuu fysiologisesti raskauden aiheuttamista muutoksista. (Litmanen 2012, 147, 155.)

2.2. Säännöllinen synnytys

Kansainvälisen määritelmän mukaan kyseessä on synnytys, kun raskaus on kestänyt vähintään 22 viikkoa tai kun sikiö painaa vähintään 500 grammaa. Tätä ennen kyseessä on keskenmeno. Synnytys voi alkaa supistuksilla tai lapsivedenmenolla ennen kohdun supistelua. Säännöllinen synnytys sujuu itsestään, eikä sen kulkuun tarvitse puuttua. Kätilön tehtävä on kuitenkin seurata synnytyksen edistymistä ja tarvittaessa konsultoida synnytyslääkärää. (Sariola & Tikkanen 2011, 315.)

Maailman terveysjärjestön eli WHO:n (World Health Organization) mukaan synnytys on säännöllinen, kun se alkaa spontaanisti, siihen ei liity ennalta tiedettyjä riskejä ja se etenee matalan riskin synnytyksenä, jossa sikiö syntyy päätilassa 37.- 42. raskausviikolla, ja jossa sekä

äiti että lapsi ovat hyväkuntoisia lapsen syntymän jälkeen (Raussi-Lehto 2012, 209). Koska synnytys voidaan kokonaisuudessaan todeta säännölliseksi vasta jälkikäteen, on yleiseksi käytännöksi tullut, että syntymän hoito säännöllisessä synnytyksessä on samanlaista kuin hoito komplisoituneessa tai riskisynnytyksessä. (Raussi-Lehto 2012, 207.) Synnytys voi muuttua epäsäännölliseksi missä tahansa vaiheessa, vaikka kaikki olisi edennyt normaalisti siihen saakka. Huolellisesta tarkkailusta huolimatta synnytyksen kuluessa voi tapahtua äkillisesti muutos, mikä aiheuttaa sikiölle tai synnyttäjälle tai molemmille henkeä uhkaavan tilanteen, jossa tarvitaan välitöntä lääkärinapua. (Äimälä 2012, 427.)

Synnytys jaetaan neljään vaiheeseen ja niistä ensimmäinen on avautumisvaihe. Se alkaa säännöllisten supistusten alkamisesta ja päättyy, kunnes kohdunsuu on täysin eli kymmenen senttimetriä auki. Keskimäärin kohdunsuu avautuu noin senttimetrin tunnissa. Avautumisvaihe voidaan jakaa latenssvaiheeseen ja aktiivisen avautumisen vaiheeseen. Latenssvaiheessa supistukset ovat epäsäännöllisiä ja tulevat harvakseltaan, kohdunkaula lyhenee ja häviää. Latenssvaihe voi joillakin ensisynnyttäjillä kestää vuorokauden, jopa kaksi ennen kuin kohdunsuu lähtee kunnolla avautumaan ja aktiivivaihe alkaa. Kohdunsuun avauduttua 3-4 senttimetriin, alkaa yleensä aktiivinen vaihe. Aktiivisen avautumisvaiheen aikana supistukset voimistuvat ja tulevat tiheämmin, ja kivut lisääntyvät. (Raussi-Lehto 2012, 210; Sariola & Tikkanen 2011, 317.) Ensisynnyttäjillä avautumisvaihe kestää keskimäärin kymmenen tuntia ja uudelleensynnyttäjillä kuusi tuntia, mutta vaihtelu on suurta (Sariola & Tikkanen 2011, 318).

Avautumisvaiheen sujuminen riippuu oleellisesti supistuksista, joiden tiheyttä, voimaa ja kestoa on seurattava. Jos supistukset ovat heikkoja ja tulevat harvakseltaan, niitä voidaan parantaa oksitosiini-infuusiolla tai mahdollisesti sikiön kalvojen puhkaisemisella. Normaalisti kalvot voivat puhjeta itsestään missä synnytyksen vaiheessa tahansa tai säilyä ehjinä aina ponnistusvaiheeseen saakka. (Sariola & Tikkanen 2011, 319.) Avautumisvaiheen aikana kättilö seuraa sekä äidin että sikiön vointia, jotta mahdolliset häiriöt voidaan havaita ajoissa. Synnytykseen kuuluu mahdollisuus kivunlievitykseen. Kättilön tulee kertoa synnyttäjälle erilaisista kivunlievitysmenetelmistä ja tukea synnyttäjän omia päätöksiä riippumatta siitä, mikä on synnyttäjän lähtökohta suhtautumisessa synnytyksipuun. Synnyttäjä tarvitsee kättilöltä läsnäoloa, empatiaa ja apua. Tähän sisältyy emotionaalinen ja tiedollinen tuki, fyysinen apu ja synnyttäjän puolustaminen. (Raussi-Lehto 2012, 236; Sariola & Tikkanen 2012, 315.)

Synnytyksen toinen vaihe alkaa, kun kohdunsuu on täysin, eli kymmenen senttimetriä auki, eikä kohdunsuun reunoja enää ole tunnettavissa. Synnytyksen toinen vaihe voidaan jakaa siirtymävaiheeseen ja ponnistusvaiheeseen. Siirtymävaiheessa kohdunsuu on täysin auki, mutta tarjoutuva osa on edelleen korkealla tai lakisauma ei ole vielä suorassa mitassa. Liian aikainen aktiivisen ponnistamisen aloittaminen voi johtaa synnyttäjän väsymiseen ja mahdollisesti muuttaa synnytyksen epäsäännölliseksi. (Raussi-Lehto 2012, 243; Sariola & Tikkanen 2011, 319.)

Ponnistusvaiheen alussa on tärkeää varmistaa, että kohdunsuu on täysin auki, sikiön pää on matalalla loukossa, pää painaa välilihaa, lakisauma on suorassa mitassa ja että tarjoutuva osa on näkyvässä. Synnyttävä ponnistaa alkuun vain sen verran, mikä tuntuu hyvältä ja helpottaa oloa. Näin tarjoutuva osa laskeutuu vähitellen synnytyskanavaa pitkin alaspäin. Sikiön vointia seurataan synnytyksen toisen vaiheen aikana kuuntelemalla sydämen sykettä aina supistusten välillä. Jos synnyttäjän ja sikiön vointi ovat hyvät ja synnytyksessä tapahtuu edistymistä, ei ole syytä pitää tiukasti kiinni synnytyksen toisen vaiheen kestolle määrätyistä ajoista. Mikäli kuitenkin ponnistusvaihe kestää ensisynnyttäjällä yli kaksi tuntia tai uudelleensynnyttäjällä yli tunnin, mahdollisuudet säännölliseen alatiesynnytykseen vähenevät ja synnytykseen puuttumista tulisi harkita. (Raussi-Lehto 2012, 254.) Ponnistusvaiheen lopulla joudutaan joskus tekemään episiotomia eli välilihan leikkaus. Episiotomia tehdään synnyttäjälle vain silloin, kun sen tekemiselle on selkeä syy. Selkeä syy voi olla esimerkiksi synnytyksen nopeuttaminen synnyttäjän tai sikiön voinnin takia. (Raussi-Lehto 2012, 258; Sariola & Tikkanen 2011, 319.)

Säännöllisessä synnytyksessä sikiö syntyy takaraivotarjonnassa leuka rintaa vasten (Sariola & Tikkanen 2011, 318). Lapsen tarkka syntymäaika katsotaan, kun lapsi on syntynyt napaan saakka. Hyväkuntoinen vastasyntynyt nostetaan suoraan äidin rinnalle. Jos lapsivesi on vihreää tai veristä, lapsen nenä, suu ja nielu imetään puhtaaksi. Jos lapsivesi on kirkasta, ei imutoimenpiteitä normaalisti tarvita. (Raussi-Lehto 2012, 257; Sariola & Tikkanen 2011, 320.)

Synnytyksen kolmas vaihe alkaa lapsen syntymästä ja päättyy istukan ja kalvojen syntymiseen. Kun lapsi on syntynyt, äidille voidaan antaa kohtua supistavaa lääkettä. Lääkkeen tarkoituksena on saada istukka irtoamaan mahdollisimman vaivattomasti, lyhentää jälkeisvaihetta ja vähentää runsaita vuotoja. Istukka irtoaa yleensä noin viiden - kymmenen minuutin kuluessa lapsen syntymästä. Jälkeisten syntymistä voi yleensä odottaa rauhassa, jos äiti ei vuoda. Normaali vuodon määrä alatiesynnytyksessä on noin 500 grammaa. Jälkeiset autetaan ulos tavallisimmin

siten, että äiti ponnistaa ne itse supistuksen aikana. Jälkeiset tarkastetaan huolella, erityisesti varmistetaan siitä, että ne ovat täydelliset. (Raussi-Lehto 2012, 263–264.)

Synnytyksen neljännen vaiheen katsotaan alkaneen, kun jälkeiset ovat syntyneet. Tämä tehostetun tarkkailun vaihe kestää noin kaksi tuntia. Tänä aikana synnyttänyt äiti ja vastasyntynyt ovat edelleen tehokkaan tarkkailun kohteena, useimmiten yhä synnytyssalissa. Synnytyksen jälkeen kättilö tarkkailee erityisesti äidin elimistön palautumista synnytyksestä sekä lapsen hyvinvointia ja samalla tukee perheen varhaista vuorovaikutusta sekä antaa ohjausta ensi-imetykseen. Synnytyksen neljäs vaihe antaa äidille myös mahdollisuuden synnytystapahtuman läpikäymiseen ja mahdollisten epäselvyyksien selvittämiseen. (Raussi-Lehto 2012, 267.)

2.3. Lapsivuodeaika

Lapsivuodeajalla (puerperium) tarkoitetaan 6-8 ensimmäistä synnytyksen jälkeistä viikkoa, jonka aikana kaikki synnytykselimet, erityisesti kohtu, palaavat entiselleen (Litmanen 2012, 158; Nuutila & Ylikorkala 2011, 474). Lapsivuode on vakiintunut käsite ja sitä käytetään laajasti, puhutaan esimerkiksi lapsivuodeosastosta. Kansainvälisesti käytetyn WHO:n (World Health Organization) ja FIGO:n (International Federation of Gynecology and Obstetrics) määritelmän mukaan lapsivuode käsittää 42 päivän ajanjakson synnytyksestä eteenpäin. Suomessa lapsivuodeajan takarajana pidetään 12 viikkoa, jolloin jälkitarkastus on viimeistään tehtävä.

Lapsivuoteen aikana useimmat raskauden aikaiset anatomiset ja fysiologiset muutokset ovat palautuneet synnytyksestä edeltävään tilaan ja äidin katsotaan pääosin sopeutuneen lapsen hoitoon sekä uuteen elämäntilanteeseen. (Väyrynen 2012a, 269.) Palautumisen tarkoitus on saavuttaa valmius uuteen raskauteen mahdollisimman pian. Tätä tavoitetta kuitenkin hidastaa toinen lapsivuodeajan toiminto eli maidon tuotanto, jolla luonto varmistaa syntyneen lapsen selviytymisen ensimmäisistä elinkuukausistaan. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 474.)

2.3.1 Fyysinen palautuminen

Synnytyksen aikoihin kohtu painaa noin 1000 grammaa. Paino puolittuu viikossa ja palautuu normaaliksi tai jopa sitä pienemmäksi (60–100 grammaa) noin kuudessa viikossa. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 474–475.) Jälkisupistukset jatkuvat siihen asti, kunnes kohtu on palautunut

synnytystä edeltävään kokoonsa (Väyrynen 2012, 299). Kohdun pienenemistä voidaan seurata myös vatsanpeitteiden päältä. Heti synnytyksen jälkeen kohdunpohja tuntuu reilusti navan yläpuolella, viikkoa myöhemmin navan ja symfyysin puolivälissä, ja pari viikkoa synnytyksen jälkeen sitä ei enää tunne vatsanpeitteiden päältä. Kohdun tukisiteet kutistuvat samalla kuin kohtukin, mikä varmistaa kohdun eteenkallistumisen, jolloin kohtu ei pääse laskeutumaan. Kohtu jää noin 20 prosentilla taakse kallistuneeksi, mutta asialle ei tarvitse tehdä mitään, sillä se ei yleensä aiheuta oireita. Matala estrogeenitaso vaikuttaa myös osaltaan kohdun pienenemiseen ja siihen liittyvään verenkierron vähenemiseen. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 474–475.)

Kun istukka on syntynyt, alkaa kohdunkaula välittömästi sulkeutua ja noin viikon kuluttua synnytyksestä sen suu on enää 1-2 senttiä auki. Kohdunnapukka ei enää kuitenkaan palaudu alatiesynnytyksen jälkeen pyöreäksi, millainen se on ennen raskautta, vaan jää molemmilta sivuiltaan repeytyneeksi. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 475.)

Jälkivuodolla (lochia) tarkoitetaan synnytyksenjälkeistä, 4-6 viikon ajan kestävästä vuotoa. Vuodon määrän vaihtelu on päivittäistä, ja sitä lisäävät kohdunkaulan kanavan ja emättimen repeytymät ja haavaumat. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476.) Imetyksen aikana kohtu supistelee voimakkaammin oksitosiinin vaikutuksesta, ja siksi sen aikana vuoto voi olla runsaampaa (Väyrynen 2012, 299; Nuutila & Ylikorkala 2011, 476).

Vuoto muistuttaa verta (lochia rubra) ensimmäisten 3-4 päivän aikana, ja voi olla runsasta. Vähitellen se muuttuu ruskeaksi (lochia fusca) veren määrän vähentyessä. Kohdun raskaudenaikainen limakalvo mukanaan leukosyyttejä sekä muuta kohdun ja emättimen eritettä poistuu lochia fuscan aikana, joka kestää noin viikon. Ruskean vuodon jälkeen alkaa 3-4 viikkoa kestävä valkovuodon kaltainen jälkivuoto (lochia alba). Kirkkaan verenvuodon ilmaantuminen ja sen pitkittyminen ruskean tai valkoisen jälkivuodon vaiheessa voi viitata johonkin häiriöön. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476.) Mikäli kirkas verenvuoto kestää vain muutaman päivän ajan, on kyseessä yleensä sekundaarinen synnytyksen jälkeinen vuoto; kohtuun päättyvien verisuonten päihin muodostuneita trombeja voi irrota, mikä aiheuttaa äkillisen runsaan verenvuodon kohtuun (Väyrynen 2012, 299).

Raskaudenaikainen kohdun limakalvo uusiutuu 2-3 viikossa. Poikkeuksena istukan kiinnittymiskohdan limakalvo, jonka uusiutumiseen tarvitaan jopa 6-8 viikkoa. Istukan synnyttyä verisuonet tukkeutuvat ja lasimaistuvat, jolloin vuoto loppuu. Kohdun limakalvon uusiutuessa

raskaudenaikaisen pintasolukon alle kertyy leukosyyttejä, mikä estää tulehduksia, joita herkästi emättimestä ja kohdunkaulasta kohtuun nousevat bakteerit voisivat aiheuttaa. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 475–476.)

Lapsivuodeaikana emättimen pH on lähellä neutraalia (6-7), kun se normaalisti on hapan (4-5). Myös emättimen normaali bakteerikanta korvautuu useiden bakteereiden sekaflooralla. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476.) Neutraali ympäristö on heikompi vastus tulehduksille, joten bakteerit ja mikrobit pääsevät siellä helpommin aiheuttamaan tulehduksia (Väyrynen 2012a, 300). Tulehduksen riskiä lisää myös episiotomiahaava, jossa tikit pysyvät jopa 2-3 viikkoa synnytyksestä. Episiotomiahaavan aristus on mahdollista jopa viikkojen ajan. Emätin on kuitenkin erityisen verekäs ja paranemisaltis elin, jolloin episiotomia ja muut pienet limakalvovauriot paranevat nopeasti. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476.)

Emätin venyy voimakkaasti synnytyksessä, mikä jonkin verran vioittaa emätintä ja sitä tukevaa lihaksistoa ja sidekudosta. Venyntyminen aiheuttaa myös pieniä kystosee- ja rektosee-lemuodostumia, eli virtsarakon- ja peräsuolen pullistumia emättimeen, jotka ovat oireettomia ja häviävät yleensä itsestään puolen vuoden kuluessa. Emätin palautuu ennen raskautta vallinneeseen tilaan 6-8 viikossa. Lapsivuodeaikana äidin veren estrogeenipitoisuuden ollessa matala, varsinkin imettäessä, limakalvot ohenevat entisestään. Ohut limakalvo on herkästi rikkoutuva ja vuotava esimerkiksi yhdynnässä ja jopa gynekologisessa tutkimuksessa. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476.)

Raskauden aikana suuret estrogeeni- ja progesteronipitoisuudet äidin veressä lamaavat syklisen hypotalamus-aivolisäke-munasarja-akselin toiminnan. Ja vaikka estrogeeni- ja progesteronipitoisuudet romahtavat muutaman päivän kuluessa synnytyksestä, syklisyys ei palaudu heti, sillä prolaktiinipitoisuus pysyy suurena äidin veressä erityisesti johtuen imetyksestä. Niinpä mitä tehokkaammin, tiheämmin ja kauemmin äiti imettää, sitä myöhemmäksi ovulaation ja kuukautiskierron alkaminen siirtyvät. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476.)

Lapsen ollessa täysimetyksessä äiti ovuloi keskimäärin noin kahdeksan kuukauden kuluttua synnytyksessä, kun taas äidillä, joka ei imetä ollenkaan, ovulaatio tapahtuu jo neljässä kuukaudessa. Nämä rajat ovat hyvin liukuvia, joten imetyksen ovulaatiota estävä teho ei ole luotettava raskauden ehkäisyssä. Imettävien äitien ovulaatiot ja kuukautiset voivat kuitenkin puuttua jopa pari vuotta. Ensimmäiset kuukautisvuodot ovat usein anovulatorisia, joten

kuukautisten alkaminen ei välttämättä tarkoita vielä hedelmällisyyden palaamista. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 476.)

Raskauden ja synnytyksen aikana vatsanpeitteet venyvät voimakkaasti. Niiden palautuminen entiseen muotoonsa kestää kuukausia, ja palautumisessa on suuria yksilöllisiä eroja. Vatsanpeitteiden ja pakarain iholle raskauden aikana syntyneet raskausarvet (striat) vaalenevat ja ohenevat lapsivuodeaikana, mutta eivät koskaan häviä täysin. Raskausarpien syytä ei tunneta. Vatsalihasten ja lantionpohjan lihasten voimistelu nopeuttaa lihasten palautumista ja voi estää virtsankarkailua sekä laskeumien kehittymistä. Raskauden ja synnytyksen aikana voi muodostua nuorillekin äideille suonikohjuja ja peräpukamia johtuen sidekudoksen peittämisestä. Yleensä ne häviävät itsestään ensimmäisten kuukausien aikana synnytyksestä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477.)

2.3.2 Maidoneritys

Rintarauhaset voivat alkaa tuottaa jo raskausviikolla 16 niin sanottua ternimaitoa, eli kolostrumia, estrogeenin ja progesteronin vaikutuksesta. Varsinaisen maidonerityksen eli laktaation saa aikaan prolaktiini, jonka toimintaa raskausaikana estrogeeni ja progesteroni estävät. Synnytyksen jälkeen maidontuotanto käynnistyy, kun estrogeeni- ja progesteronitasot putoavat istukan irrottua. Prolaktiini kasvattaa raskausaikana matorauhasia ja stimuloi niiden toimintaa. Ennen synnytystä veressä on runsaasti prolaktiinia estrogeenin vaikutuksesta. Synnytyksen jälkeen maidonerityksen jatkuminen riippuu imetyksestä ja rinnan tyhjentämisestä, jotka pitävät hormonin tason koholla. Imetyksen jatkuessa maidonerityksen riippuvuus prolaktiinista vähenee. Imetyksenaikana prolaktiini vaikuttaa myös munasarjojen toimintaan siten, että ovulaatio estyy. (Litmanen 2012, 159.)

Maidon herumiseen tarvitaan oksitosiinia. Imetys ja rinnan koskettelu tehostavat myös oksitosiinin eritystä ja oksitosiini lisää puolestaan prolaktiinin eritystä. Oksitosiinilla on myös muita lukuisia vaikutuksia, kuten verenpainetta laskeva ja ruuansulatuskanavan toimintaa tehostava vaikutus. Imetyksellä on rentouttava vaikutus äitiin, sillä oksitosiini lievittää stressiä. Samoja vaikutuksia voidaan havaita myös vauvassa, sillä imeminen käynnistää oksitosiinin erityksen myös suun reseptoreiden kautta. (Litmanen 2012, 159.)

Maidon koostumus on muodostunut siten, että se tukee parhaalla mahdollisella tavalla lapsen kasvua ja kehitystä. Se sisältää kaiken tarvittavan: ravinteita, suojatekijöitä ja osittain myös ravintomolekyylejä pilkkovia entsyymejä. Maidon koostumus riippuu maidoneritysvaiheesta. Ternimaidon ja ”kypsan maidon” koostumukset eroavat toisistaan, mutta myös vuorokauden aika ja imetyksen vaihe vaikuttavat maidon koostumukseen. Myös naisten yksilölliset erot vaikuttavat siihen, millaista maito on. Muun muassa geneettisellä taustalla, ravitsemustilalla, elintapoihin vaikuttavilla kulttuuritaustoilla ja asuinympäristöllä on vaikutuksensa. (Litmanen 2012, 159–160.)

Puuttuva tai huono maidoneritys on tavallista. Normaaliksi maidoneritykseksi voidaan määrittellä 165 millilitraa maitoa lapsen painokiloa kohden vuorokaudessa. Maidon eritystä voidaan kuvailla huonoksi, jos se on enemmän kuin 30 % tuota määrää pienempi. Maidon määrää voidaan mitata siten, että punnitaan vauva samoissa vaipoissa ennen imetystä ja heti sen jälkeen, jolloin painonlisäys on sama kuin lapsen saama maitomäärä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 483.)

Ammattihenkilön tuki ja rohkaiseva asenne voi parantaa huonoa maidon eritystä. Keskosta tai muuten huonosti imevää lasta imettävän äidin maitomäärää voidaan lisätä suun tai nenän limakalvoille ennen imetystä annettavalla oksitosiinilla. Tällä varmistetaan rintarauhasen tyhjeneminen kunnolla, joka taas stimuloi maidoneritystä. Maidon niukkuutta voi osin selittää normaalia pienempi prolaktiinipitoisuus äidin veressä. Tämän vuoksi antidopaminerginen lääke (metoklopramidi), joka lisää prolaktiinin eritystä, stimuloi myös maidon eritystä. Metoklopramidihoidoa käytetään 7-10 päivän ajan maidonerityksen käynnistämiseksi tai lisäämiseksi, jonka jälkeen se voidaan asteittain lopettaa. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 484.)

2.3.3 Lapsivuodeajan komplikaatiot

Synnyttäneen äidin elimistössä tapahtuu useita anatomisia ja toiminnallisia muutoksia lapsivuodeaikana. Raskauden jäljet korjaantuvat yleensä luonnostaan, mutta erilaisia komplikaatioita voi esiintyä. Lapsivuodeajan mahdollisia komplikaatioita ovat erilaiset tulehdukset, vuodot, tromboemoliat, virtsan ja ulosteen karkailu, imetyksen häiriöt sekä lapsivuodepsykoosi. Komplikaatioihin altistavia tekijöitä ovat muun muassa jälkivuoto, haavaumat, erilaiset synnytystoimenpiteet, sairaalan bakteereille altistuminen ja vuodelepo. Raskauden tai synnytyksen aikaiset toistuvat sisätutkimukset tai rakon katetroinnit lisäävät selkeästi synnytyksen jälkeisiä tulehduksia. Imetys voi aiheuttaa myös ongelmia. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 479.)

Lapsivuodeajan komplikaatiot ovat yleensä lieviä ja hoidettavissa, mutta voivat kuitenkin olla merkittäviä häiriön aiheuttajia siinä tilanteessa, kun nainen ja perhe sopeutuvat uuteen elämänvaiheeseen. Komplikaatioita on ensisijaisesti pyrittävä estämään, ja niiden nopea diagnosointi ja hoito ovat tärkeitä juuri edellä mainitusta syystä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 479.)

Infektiot ovat yleisimpiä lapsivuodekomplikaatioita: äideistä 5-10 % sairastuu niihin. Infektioista tavallisin on kohdun limakalvon tulehdus eli endometriitti, jota kutsutaan myös lapsivuodekuumeeksi. Tulehdus leviää helposti kohdun limakalvolta kohtulihakseen, jolloin on kyseessä kohtutulehdus. Joskus tulehdus voi myös levitä kohdun ulkopuolelle, ja silloin kohdunvieruskudoksiin ja sivuelimiin voi syntyä märkäpesäkkeitä. Endometriitti voi johtaa lopulta jopa sepsikseen. Ennen mikrobilääkkeiden keksimistä endometriitti oli yleinen syy äitiyskuolleisuuteen. Riskiä saada endometriitti lisäävät muun muassa sikiökalvojen ennenaikainen puhkeaminen, pitkittynyt synnytys, useat synnytyksen aikaiset sisätutkimukset ja toimenpiteet sekä kohtuun jäänyt istukan tai sikiökalvon osa ja sen aiheuttama vuoto. Keisarinleikkauksen jälkeen endometriitti tai kohtutulehdus kehittyy 10–15 prosentille, mikä on normaalia useammin. Endometriitin oireet alkavat useimmiten 4-10 päivän kuluessa synnytyksestä. Jälkivuoto muuttuu pahanhajuiseksi ja märkäiseksi (lochia putrida), kohtu on aristava ja äidille nousee kuume. Oireiden ilmaantuessa on syytä tehdä gynekologinen sisätutkimus ja varmistaa vuodon valumisen esteettömyys kohtuontelosta. Samalla voidaan ottaa märkänäyte, josta sitten tehdään bakteeriviljely. Myös virtsanäyte on hyvä ottaa samanaikaisen virtsatieinfektion poissulkemiseksi. Lievä endometriitti on hoidettavissa hyvin suun kautta otettavilla antibiooteilla. Rajuoireinen endometriitti, erityisesti sektion jälkeen, on parasta hoitaa laskimonsisäisellä antibiootilla. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 479–481.)

Lapsivuodeaikana tavallisia ovat myös virtsatietulehdukset, joita esiintyy viidellä prosentilla äideistä. Tämä selittyy osin virtsateiden raskaudenaikaisista muutoksista, ja osin synnytyksen tai sektion aikaisista katetroinneista. Virtsatietulehdusta tulee epäillä aina, kun äidin palautuminen synnytyksestä ei ole odotusten mukaista tai jos hän kertoo epämääräisistä oireista, sillä virtsatietulehdus voi olla hyvin vähäoireinen tai jopa oireeton. Virtsatietulehdus hoidetaan lapsivuodeaikana samoin kuten muulloinkin. Lapsivuodeaikana virtsatietulehdus voi edetä normaalia herkemmin pyelonefriitiksi, eli munuaisaltaan ja munuaisen tulehdukseksi, tai jopa urosepsikseksi, eli virtsatietulehduksesta alkaneeksi yleisinfektioksi. Kuumeinen pyelonefriitti tai

urosepsis vaatii laskimonsisäistä mikrobilääkehoitoa sairaalaseurannassa. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 481.)

Rintatulehduksen eli mastiitin voi lapsivuoteinen äiti saada monestakin syystä. Rintarauhasen aristusta ja tarkkarajaista punoitusta voi aiheuttaa maidon patoutuminen maitotiehyeen ja tunkeutuminen sen ulkopuolelle. Nämä oireet ovat hoidettavissa rinnan tyhjentämällä kunnolla esimerkiksi rintapumpun avulla. Märkäisen rintatulehduksen saa 3-6 % äideistä. Lapsen suussa ja nännin päässä olevat bakteerit voivat päästä rintarauhaseen nännin haavaumien kautta, jolloin tulehdus tunkeutuu rintarauhasen sidekudokseen aiheuttaen interstitiaalisen, eli soluväleissä sijaitsevan, rintatulehduksen. Bakteerin kulkeutuessa luonnollisesti rintarauhasen käytäviin ehjistä nänneistä puhutaan parenkymaattisesta, eli peruskudokseen liittyvästä, rintatulehduksesta. Molemmat rintatulehdustyypit aiheuttavat kuitenkin samoja oireita, jotka ovat korkea kuume, aristus ja punoitus. Rintatulehdus puhkeaa yleensä 2-3 viikon kuluttua synnytyksestä. Rintatulehdusta voidaan hoitaa mikrobilääkkeillä. Tulehtuneesta rinnasta imettäminen ja sen huolellinen tyhjentäminen on tärkeä osa hoitoa. Mikäli rintaan kehittyy märkäpesäke eli absessi, on se hoidettava ajoissa dreneeraamalla anestesiassa. Rinta-absessin kehittyminen on kuitenkin harvinaista. Oireena ovat kuumeen jatkuminen sekä rinnan sietämätön kipu, ja rinnassa voi tuntua hyllyvä märkäpesäkekohta. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 481.)

Tulehdus voi kehittyä myös episiotomiahaavaan, jolloin se punoittaa, aristaa, on turvonnut, voi erittää ja joskus auetakin. Hoitokeinona on haavan suihkuttelu sekä ilmakylvyt. Harvemmin tarvitaan mikrobilääkitystä tai uudelleen ompelua. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 481.)

Lapsivuodeaikana myös vuotokomplikaatiot ovat tavallisia. Vuodon syy voi löytyä kohtuun jääneestä istukan tai kalvon osasta, jolloin vuoto alkaa yleensä 2-3 viikon kuluessa synnytyksestä. Verinen vuoto voi liittyä myös endometriittiin. Episiotomiaompeleen pettämisestä voi taas kertoa kirkas verinen vuoto pian synnyttäjän kotiutumisen jälkeen. Myöhemmin lapsivuodeaikana ilmaantuva niukka verinen vuoto voi taas olla merkki trofoblastiinikasvaimesta, tai jopa istukkasyövästä. Tällöin korkea tai peräkkäisissä mittauksissa nouseva seerumin hCG-pitoisuus viittaa istukkasyöpään. Mitattaessa hCG-arvoa on tärkeää huomioida, että se voi olla mitattavissa jopa 5-6 viikkoa normaalinkin raskauden jälkeen. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 482.)

Tromboemboliat ovat yleisiä lapsivuodeaikana. Ne voivat johtua monesta eri tekijästä, kuten suonien jätneyden muutoksista, kohdun aiheuttamasta laskimostaasista,

hyytymistekijämuutoksista, sektiosta, vuodelevosta tai tulehduksesta. Alatiesynnytyksen jälkeen todetaan syviä laskimotrombooseja noin yhdellä prosentilla ja keisarinleikkauksen jälkeen noin 2-3 prosentilla äideistä. Kliiniset tromboosit eivät ole näin yleisiä. Tromboemboliat ovat 3-4 kertaa yleisempiä lapsivuode- kuin raskausaikana. Kaikkein tavallisimmin esiintyy jalkojen pintalaskimoiden tulehduksia, mutta ne eivät altista embolioiden synnylle. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 482.)

Alaraajojen syvien laskimoiden tromboosin oireita lapsivuodeaikana ovat kipu, turvotus ja punoitus, kuten muulloinkin, mutta se voi olla myös hyvin vähäoireinen. Jos äiti tuo esille väsymystä tai muita epämääräisiä oireita, on pidettävä mielessä myös laskimotromboosin mahdollisuus. Diagnoosi tehdään ultraäänellä. Trombi hoidetaan pienimolekyylisellä hepariinilla ja jatkohoitona käytetään varfariinia suun kautta 3-6 kuukauden ajan. Koska näissä tapauksissa on aina keuhkoembolian ja jopa kuoleman vaara, on hoito aloitettava mahdollisimman nopeasti. Imetyks on sallittua hepariini- tai varfariinihoidon aikana, sillä nämä lääkeaineet eivät pääse merkittävässä määrin rintamaitoon. Pinnalliset tromboflebiitit hoidetaan mikrobilääkkeellä ja oireita voidaan lievittää paikallishoitona voiteiden avulla. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 482–483.)

Raskauden ja alatiesynnytyksen jälkeen jopa joka kolmas nainen kärsii jonkinasteisesta virtsainkontinenssista eli virtsankarkailusta. Oire häviää ajan myötä itsestään. On melko harvinaista, että vielä kolme kuukautta synnytyksen jälkeen esiintyisi häiritsevää virtsainkontinenssia. Joskus tarvitaan fysioterapeutin ohjaamaa lantionpohjan lihasten harjoittelua. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 483.) Lantionpohjan lihasten palautumisvoimistelu synnytyksen jälkeen on erityisen tärkeää ja se tulisi aloittaa jo 24 tunnin kuluttua synnytyksestä (Höfler 2001, 10). Pitkittyvän virtsainkontinenssin suurin yksittäinen riskitekijä on inkontinenssin esiintyminen vielä kaksi kuukautta synnytyksen jälkeen. Äidin ikä, usean lapsen synnyttäminen, lihavuus, ummetus sekä ensimmäisen ja toisen asteen repeämät ovat yhteydessä inkontinenssin esiintymiseen. (Väyrynen 2012a, 300.)

Synnytyksessä peräaukon sulkijalihas venyy, mikä voi aiheuttaa ohimenevää ulosteen pidätyskyvyn heikkoutta. Tämäkin oire häviää yleensä itsestään. Joskus sulkijalihas voi myös revetä synnytyksessä. Repeämä voi olla osittainen, esimerkiksi ulottuen vain ulkoisiin lihassäikeisiin, tai täydellinen, jolloin repeämä ulottuu peräsuolen limakalvoon. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 483.) Alatiesynnytyksiin liittyy Suomessa 0,2-0,4 prosentin riski saada täydellinen peräaukon sulkijalihaksen repeämä (Aitola & Uotila 2005). Sulkijalihaksen repeämä, eli sfinkter-

ruptuura, on tavallisempi ensisynnyttäjillä. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa imukuppisynnytys ja sikiön suuri koko. Tukemalla välilihaa synnytyksen aikana ja huomion kiinnittämällä imukuppitekniikkaan voidaan mahdollisesti estää sulkijalihavaurioita. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 483.)

Repeytynt sulkijalihas korjataan päivystysluonteisessa korjausleikkauksessa, mutta tästä huolimatta normaalia sulkijalihaksen toimintaa ja pidätyskykyä ei saada kaikkien kohdalla palautettua. Vaurion toteamisen jälkeen aloitetaan ennaltaehkäisevä antibioottihoito. Korjausleikkauksen jälkeen ruokailun voi aloittaa heti normaalisti, mutta suositeltavaa on vatsanpehmikevalmisteen käyttö. Myös vaikean repeämän saaneille äideille opetetaan lantionpohjan lihaksiston normaali harjoitusohjelma. (Aitola & Uotila 2005.) Jälkitarkastuksen tulisi tapahtua synnytys sairaalassa. Joskus sulkijalihavaurio voi jäädä synnytys sairaalassa toteamatta, joten on tärkeää muistaa kysyä peräsuolen toiminnasta jälkitarkastuksessa. Täydellisen peräaukon sulkijalihaksen repeämän jälkeen vältetään alatiesynnytyksiä ja toteutetaan synnytykset sektiolla. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 483.)

Synnytyksen jälkeinen lapsivuodepsykoosi (puerperaalipsykoosi) kehittyy vajaalle yhdelle prosentille äideistä. Lapsivuodepsykoosi ilmenee ensimmäisten viikkojen aikana väsymyksenä, unettomuutena, itkuisuutena ja lopulta epäluuloisuutena ja hajanaisuutena sekä toimintakyvyn menetyksenä. Tilaan voi liittyä myös aistiharhoja ja harhaluuloja. Lapsivuodepsykoosin taustan arvellaan liittyvän ainakin osittain synnytyksen jälkeisen hormonitoiminnan muuttumiseen. Riskiä lisäävät aiemmat psykoottiset oireet, erityisen suuri riski on kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla äideillä. Riittävä tuki raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen vähentävät parhaimmassa tapauksessa lapsivuodepsykoosien esiintymistä ja ainakin lievittävät psykoosin oireita. Lapsivuodepsykoosin hoito vaatii usein psykiatrista sairaalahoitoa ja antipsykoottista lääkehoitoa. Äiti ei yleensä kykene yksin huolehtimaan lapsestaan ainakaan alkuvaiheessa. Psykoosivaiheen kesto vaihtelee muutamasta viikosta useampaan kuukauteen. Valtaosa äideistä toipuu synnytyksen jälkeisestä psykoosista hyvin ja kykenevät hoitamaan lastaan normaalisti. (Huttunen, M. 2013)

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen suorittamiseen tarvittavaa tietoa. Opinnäytetyön tavoitteena on koota ja tiivistää säännöllisen synnytyksen jälkitarkastukseen liittyvää tutkimustietoa ja avata siihen liittyvää tehtävänsiirtoa. Näin ollen sitä voivat hyödyntää kättilötyön ja terveydenhoitotyön opiskelijat, täydennyskoulutettavat sekä työkseen jälkitarkastuksia tekevät terveydenhuollon ammattilaiset.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

1. Mitä asioita on huomioitava säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksessa?
2. Mitä säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen tehtävänsiirto käytännössä tarkoittaa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimusmetodina on käytetty kirjallisuuskatsausta, jonka tavoitteena on rakentaa kokonaiskuvaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksesta ja tehtävänsiirrosta asiakokonaisuutena. Käytimme opinnäytetyössä tyypiltään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, eli traditionaalista kirjallisuuskatsausta, jota voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Kuitenkin tutkittavaa ilmiötä pystytään kuvaamaan laaja-alaisesti. Tämän tyyppisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. Kirjallisuuskatsauksemme orientaatio on narratiivinen yleiskatsaus, jonka tarkoitus on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia yhtenäistäen niitä johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. (Salminen 2011.)

Valitsimme tutkimusmetodiksi kirjallisuuskatsauksen, sillä aloittaessamme opinnäytetyöprosessia joulukuussa 2010, asetusmuutos säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen tehtävänsiirrosta oli tuore. Täydennyskoulutukset olivat vasta alkamassa ja päättelimme, ettei tehtävänsiirrosta ole vielä riittävästi käytännön kokemusta terveydenhuollossa. Tavoitteeksemme muodostui koota säännöllisen synnytyksen jälkitarkastukseen liittyviä tutkimuksia ja teoriatietoa, joka palvelee hoitotyön opiskelijoita, täydennyskoulutettavia terveydenhuollon ammattilaisia sekä työkseen jälkitarkastuksia tekeviä kättilöitä ja terveydenhoitajia.

Keräsimme aineistoa hakemalla aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimuksia e-aineistoista ja kirjastosta. Käytimme tiedonhaun tehostamiseksi Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteen kirjaston informaation apua. Tavoitteenamme oli löytää mahdollisimman paljon lähteitä, jotta aineistomme olisi riittävän laaja. Toisaalta pyrimme rajaamaan aineiston mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi.

Tutkimuksen luotettavuutta pyrimme varmistamaan käyttämällä luotettavia lähteitä tutkimuksista ja kirjallisuudesta. Luotettavuuteen vaikuttaa siten eniten se, mitä lähteitä katsomme tarkoituksenmukaisiksi käyttäviä ja kykymme arvioida lähteen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsaus on opinnäytetyön metodina turvallinen, sillä esimerkiksi siinä tutkimuksen kohteena eivät ole yksityiset henkilöt tai yhteisöt vaan julkiset tietolähteet. Kirjallisuuskatsauksessa kootaan jo aiemmin tutkittua aineistoa, mikä on eettisesti perusteltua kun aineiston lähteet ovat asianmukaisesti näkyvillä.

Aloitimme aineiston keruun syksyllä 2012 suunnittelemalla tutkimuksen sisältöä pääpiirteittäin yhteistyössä opinnäytetyön sisällönohjaajiemme kanssa, sekä jakamalla aihealueet keskenämme. Katsoimme tämän järkeväksi siitä syystä, että työskentelimme erillämme ja omien aikataulujemme mukaisesti. Keskustelimme keskenämme sähköpostitse ja puhelimitse, jotta pystyimme antamaan palautetta toisillemme, ja jotta tutkimuksen eri näkökulmien esille tuleminen varmistuisi sekä tutkimuksen sisällön laatu olisi tasaista. Pyysimme ohjausta ja palautetta molemmat omilta ohjaajiltamme tutkimuksen edetessä, jotta tutkimustulosten sisältö olisi mahdollisimman tarkoituksenmukaista. Aineiston keruu jatkui kevään 2013 aikana, jolloin valitsimme lopulliset tutkimuksessa käytettävät lähteet. Tutkimustulokset valmistuivat kevään 2013 aikana, johtopäätösten ja pohdinnan kirjoittamisen toteutimme syksyllä 2013. Viimeistelimme opinnäytetyön loppuraportin tammikuussa 2014.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1. Säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus

Neuvolan terveydenhoitaja käy kotikäynnillä muutaman päivän kuluttua äidin ja vauvan kotiutumisesta synnytyksen jälkeen. Käynnillä tarkkaillaan lapsen, äidin ja koko perheen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Äidin kanssa keskustellaan mielialaan liittyvistä asioista sekä tarkastetaan kohdun supistuminen, vuodon määrä ja siihen mahdollisesti liittyvät infektion merkit. Äidin kanssa käydään läpi myös imetystä koskevat asiat. Vastasyntynyt punnitaan ja tarkastetaan muut lapsen hyvinvointiin liittyvät keskeiset asiat. Vastasyntynyt siirtyy tämän jälkeen lastenneuvolan asiakkaaksi. (Ihme & Rainto 2008, 130.)

Äidin on käytävä vielä jälkitarkastuksessa 5-12 viikon kuluttua synnytyksestä. Kätilö tai terveydenhoitaja voi suorittaa jälkitarkastuksen säännöllisen raskauden ja synnytyksen jälkeen erillisellä toimivaltamääräyksellä. Jälkitarkastuksessa käyminen on edellytys vanhempainrahan maksamiselle; tarkastuksesta kirjoitetaan äidille jälkitarkastustodistus. Äitiyskorttiin kirjataan tiedot jälkitarkastuksesta. (Marjakangas 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriön perustelumuistiosta (2010) käyvät ilmi tilanteet, joissa kätilö ja terveydenhoitaja eivät voi tehdä synnytyksen jälkitarkastusta. Näitä ovat runsas verenvuoto synnytyksessä, keisarinleikkaus, imukuppisynnytys, pihtisynnytys, perätilasynnytys, monisikiösynnytys, ennenaikainen synnytys ja istukan käsinirroitus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kätilö ja terveydenhoitaja eivät voi myöskään tehdä jälkitarkastusta, jos jokin muu raskauteen, synnytykseen tai lapsivuodeaikaan liittyvä riskitekijä tai poikkeama edellyttää lääkärin suorittamaa jälkitarkastusta ja ohjausta (Raussi-Lehto & Haapio 2012).

Jälkitarkastuksessa kiinnitetään huomiota äidin psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Äidin kanssa keskustellaan synnytyksestä, vauvasta sekä imetyksestä ja sen onnistumisesta. (Väyrynen 2012a, 300–302.) Keskustelussa käydään läpi kuinka raskaus ja synnytys ovat sujuneet, miten vauvan hoito onnistuu ja annetaan tarvittaessa imetysohjausta. Äidin jaksaminen ja tukiverkosto on otettava myös keskustelussa huomioon ja tarvittaessa tehdään mielialakysely. (Marjakangas 2012).

Keskustelussa on syytä kiinnittää huomiota lapsivuoteen aikaisiin vaivoihin ja kysyä äidiltä yksityiskohtaisesti hänen voinnistaan ja vaivoistaan. Äidit eivät välttämättä kerro vaivoistaan omaaloitteisesti, sillä ne voivat nolostuttaa. (Väyrynen 2012a, 300.) Äidiltä on kysyttävä rintojen terveydestä, mahdollisesta virtsankarkailusta, suolen toiminnasta, jälkivuodosta ja kivusta tai painon tunteesta. Raskausdiabetesta sairastaneita äitejä muistutetaan verensokerin seurannasta. Sokerirasitus tehdään vuoden kuluttua synnytyksestä, mikäli äidillä on ollut ruokavaliohoitoinen raskausdiabetes, ja 6-12 kuukauden kuluttua sekä aina vuosittain sen jälkeen, jos äiti on tarvinnut insuliinihoitoa. (Marjakangas 2012.)

Puheeksi otetaan myös ehkäisy ja tarvittaessa kirjoitetaan resepti. Jälkitarkastuksen yhteydessä tehdään gynekologinen tutkimus, jonka avulla voidaan arvioida onko synnytyksen jälkeinen fyysinen palautuminen tapahtunut asianmukaisesti. (Väyrynen 2012a, 302.) Painon ja verenpaineen mittaus, hemoglobiinipitoisuuden sekä virtsan glukoosi-, proteiini- ja leukosyyttipitoisuuden tutkiminen ovat myös osa synnytyksen jälkitarkastusta. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477). Jälkitarkastuksessa on huomioitava myös mahdolliset laboratoriovastaukset, jos sellaisia on käytettävissä (Väyrynen 2012a, 301).

Äiti on syytä lähettää lääkärin tutkittavaksi, mikäli hänellä on kipuja, poikkeavaa vuotoa, aristuksia tai muita oireita. Lääkärin on katsottava varsinaiset haavaumat tai repeämät, jotka vaativat hoitoa. Äiti, jolla on polyyppi, kysta tai merkittävä laskeuma, on lähetettävä lääkärille. Lääkärin tarkastusta vaatii myös poikkeava tai epävarma löydös sisätutkimuksessa tai kaikututkimuksessa. Lääkärin vastaanotolle voidaan lähettää myös äiti, joka on kokenut synnytyksen erityisen vaikeaksi tai hänelle on jäänyt sen suhteen epäselvyyksiä. (Marjakangas 2012.)

5.1.1 Synnytyskokemus ja psyyke

Vanhemmat toivovat saavansa synnytyksen jälkeen keskustella synnytyksen kulusta, mahdollisista synnytyskomplikaatioista, synnytyskivuista ja tilanteen hallinnasta (Häsänen ym. 2012, 16). Jälkitarkastuksessa onkin hyvä käydä vielä kerran synnytys läpi mahdollisesti sekä äidin että isän kanssa. Tilaa on hyvä antaa molempien vanhempien synnytyskokemuksen läpi käymiselle sekä synnytyksen herättämillä kysymyksillä ja tunteilla. Synnytyskokemus muuttuu usein kriittisemmäksi, kun synnytykseen saadaan etäisyyttä. Näin synnytykseen liittyvien tunteiden esille tulo ja käsittely on helpompaa. (Häsänen ym. 2012, 16; Väyrynen 2012a, 301.)

Kun vaikeistakin asioista voidaan puhua, vapauttaa se äidin voimavaroja ja vahvistaa usein myös myönteisiä tunteita. Vanhempien kanssa on hyvä keskustella myös siitä, kuinka arkipäivän saisi parhaiten sujumaan. Heitä on hyvä muistuttaa, että äiti ja isä ovat kumpikin omalla tavallaan vanhempia ja että molemmat tarvitsevat päivittäin hetken omaa aikaa. (Väyrynen 2012a, 301.)

Lapsen syntymä mullistaa perheen elämän täysin. Ensimmäisen lapsensa saanut äiti voi arastella uutta rooliaan, ja lapsen hoito sitoo äidin kokonaan. Uudelleensynnyttäjän tilanne ei ole välttämättä sen helpompi, sillä esikoinen voi ottaa vauvasta mallia ja alkaa vaatia samanlaista huolenpitoa. Vastasyntyneen äiti kärsii usein univelasta ja sen vuoksi väsymyksestä. Tilanne voi johtaa herkästi alakuloisuuteen, itkeskelyyn ja jopa masennukseen. Matala estrogeenitaso voi vaikuttaa osaltaan näiden oireiden ja tuntemusten syntyyn. Myös parisuhde voi joutua koviin, kun naisen huomio keskittyy täysin vauvaan, eikä mies välttämättä ymmärrä tai hyväksy tätä. Nainen ei ehkä ole kiinnostunut yhdynnöistä, ja vaikka olisikin, jälkivuoto ja episiotomiakipu vähentävät nautintoa. Nämä oireet ja tuntemukset kuitenkin kuuluvat lapsivuodeaikaan ja tilanne normalisoituu 2-3 kuukauden kuluttua synnytyksestä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477.)

Naiselle lapsen saaminen merkitsee sekä uusien mahdollisuuksien maailman avautumista, mutta myös haavoittuvuuden lisääntymistä. Äidiksi kerran tultuaan myös pysyy äitinä riippumatta siitä, minkä ikäinen lapsi on. Raskaus ja synnytyksen jälkeinen aika herkistävät erityisesti äitiä. (Heikkinen & Luutonen 2009.) Yli puolella äideistä on ensimmäisten synnytyksen jälkeisten päivien ja viikkojen kuluessa niin sanottu baby blues eli synnytyksen jälkeinen herkistyminen. Synnytyksen jälkeisen herkistymisen oireita ovat muun muassa itkuherkkyys, ärtyisyys ja loukkaantumisherkyys. (Venola 2008, 10.) Tämä herkkyys on edellytys sille, että äiti pystyy tulkitsemaan lapsensa tarpeita ja vastaamaan niihin. Herkkyys voi toisaalta myös luoda pohjaa masennukselle. Äidille masennukseen liittyvien asioiden esille tuominen voi olla vaikeaa, sillä yleisesti vallitsee oletus, jonka mukaan vastasyntyneen lapsen äidin "kuuluu" olla onnellinen. Usein äidin masennus jääkin tunnistamatta ja hoitamatta. Neuvolan kätilö tai terveydenhoitaja voi olla masennuksen tunnistamisessa avainasemassa. Synnytyksen jälkitarkastuksen haastattelussa voidaan käyttää apuna kyselylomakkeita. (Heikkinen & Luutonen 2009.)

Suomessa noin kymmenen prosenttia eli noin 6000 äitiä sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen vuosittain. Äidin lisäksi masennus koskettaa ennen kaikkea vauvaa, puolisoa ja perheen muita lapsia. Äidin masennusoireiden huippu on tyypillisesti noin 1,5 – 3 kuukautta

synnytyksestä. (Venola 2008, 9.) Synnytyksen jälkeisen masennuksen syyt ovat monitekijäisiä. Riskiä suurentaa aiempi psykiatrinen sairaus. Äideillä, joilla on masennustaipumus ja joiden suvussa on esiintynyt synnytyksenjälkeistä masennusta, on suurempi riski masentua synnytyksen jälkeen kuin äideillä, joilla on pelkästään masennustaipumus. Synnytyksen jälkeistä masennusta voi ennustaa myös naisen kokemus puutteellisesta äidillisen hoivan saamisesta omassa lapsuudessaan. Sosiaalisen tuen puute sekä huono taloudellinen tilanne lisäävät synnytyksen jälkeisen masennuksen riskiä. Parisuhteen tila sekä raskauden ja synnytyksen kulku vaikuttavat myös äidin mielialaan ja uuteen tilanteeseen sopeutumiseen. Synnytyksen jälkeiset muutokset, muun muassa estrogeenipitoisuuden pieneneminen, voivat myös altistaa masennukselle. (Heikkinen & Luutonen 2009.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen oireet ovat yleensä samantyyppiset kuin masennuksessa muutenkin, joitakin eroja kuitenkin on. Masentuneella äidillä on unihäiriöitä enemmän kuin äideillä yleensä, eikä hän tämän vuoksi jaksa nauttia vauvastaan. Äidillä on syyllisyyden, epäluuloisuuden, tarkoituksettomuuden, toivottomuuden ja arvottomuuden tunteita. Masennukseen liittyy usein myös suurta ahdistusta ja huolia lapseen ja hänen hoitoonsa liittyen. Joskus masennus vaihtelee maanisten tilojen kanssa ja äiti on kiihtynyt, levoton ja syöksyy tilasta toiseen. (Venola 2008, 10.) Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu haittaavan varhaista vuorovaikutusta ja altistavan turvattomalle kiintymyssuhteelle, mikä puolestaan vaikeuttaa lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelykyvyn kehitystä ja altistaa myöhemmälle psyykkiselle häiriölle (Heikkinen & Luutonen 2009).

Lapsivuodepsykoosi on oma sairautensa, johon 1-2 äitiä tuhannesta sairastuu. Se puhkeaa yleensä 3-14 päivää synnytyksen jälkeen. Lapsivuodepsykoosin riskiä lisäävät ensiraskaus, sektio ja sikiön tai lapsen kuolema. Sairastunut tulee lähettää päivystyksenä psykiatriseen sairaalaan, sillä nämä potilaat ovat vaaraksi sekä itselleen että lapselleen. Psykiatrinen lääkehoito tehoaa lapsivuodepsykoosiin muuhun psykoosiin verrattuna paremmin. Näillä potilailla esiintyy vähäisesti ongelmia psyyken kanssa myöhemmin, tosin psykoosi voi uusiutua seuraavan synnytyksen yhteydessä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 484.)

5.1.2 Varhainen vuorovaikutus

Vauvaiässä emotionaalinen, sensomotorinen ja neurofysiologinen kehitys on intensiivistä, mikä osaltaan selittää kauaskantoisia seurauksia. Läheiset ihmissuhteet luovat kaikupohjan näille monitasoisille kehitysvaikutuksille. (Punamäki 2011, 107.) Lapsen kasvu, kehitys ja koko hengissä säilyminen on täysin riippuvainen siitä, miten lapsen lähellä olevat muut ihmiset häneen suhtautuvat (Tamminen 2004, 46). Ensimmäistä elinvuotta voidaan kutsua tunteiden jakamisen, ilmaisun, havaitsemisen ja säätelyn intensiiviseksi oppijaksoksi. Vauvat ovat syntymästään saakka herkkiä sosiaalisille ärsykeille ja mieltyvät silmiin, ihmiskasvoihin ja läheisten ääneen. Inhimillinen vuorovaikutus on ratkaisevaa tunteiden havaitsemisessa ja ilmaisussa, ja kielteiset varhaiskokemukset saattavat vinouttaa neurologisia ja emotionaalisia perusprosesseja. Masentuneiden äitien lapset oppivat muita hitaammin havaitsemaan iloa ihmiskasvoissa, ja väkivaltaisissa perheissä kasvavat lapset havaitsevat muita herkemmin vihanilmauksia. (Punamäki 2011, 107–109.)

Varhaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan vanhempien ja vauvan välistä vuorovaikutusta syntymästä noin 1-2 vuoden ikään. Nykyään kaikki asiantuntijat eivät enää pidä käsitteestä ”varhainen vuorovaikutus”, koska heidän mielestään asiasta on tehty liian juhlallinen. (Heino & Vainikainen 2012, 14.) Varhaisessa vuorovaikutuksessa kyse on kuitenkin yksinkertaisista perusasioista, jotka normaalisti tulevat luonnostaan; katsekontakti lapseen, halu pitää lasta lähellä ja ymmärtää tämän tarpeita. Varhainen vuorovaikutus on myös kaikkea arkista ja konkreettista yhdessä olemista: syöttämistä, nukuttamista, vaippojen vaihtoa, kylpemistä ja leikkimistä. (Heino ym. 2012, 14; Tamminen 2004, 46.)

Heti syntymästä lähtien vauva osaa ja tarvitsee vuorovaikutusta (Tamminen 2012, 14). Vauva harjoittelee tunteiden ilmaisua ja säätelyä vuorovaikutuksessa läheisen hoitajan, äidin ja isän kanssa (Punamäki 2011, 109). Vauvan ja aikuisen välisessä varhaisessa vuorovaikutuksessa vastavuoroisuus tarkoittaa monia asioista. Aikuisen ja vauvan tulisi kummankin saada tehdä tasapuolisesti vuorovaikutusaloitteita, ja hyvä kokea että toinen vastaa sekä jättää vastaamatta tehtyyn aloitteeseen. Varhaisen vuorovaikutuksen ei-kielellisessä keskustelussa ilmeet, eleet, katset, äänenpainot ja – sävyt ovat kaikki tärkeitä kommunikaatiokeinoja. Tämän lisäksi ei-kielelliseen vuorovaikutukseen kuuluu oleellisesti koko ihmisen toiminnallisuus. (Tamminen 2004, 48–49.)

Vauva on myös aktiivinen perheenjäsen ja muovaa omaa varhaista elinympäristöään kommunikaation, tunteiden jakamisen, peilaamisen, tarkkailun ja ympäristön tutkimisen avulla. Perhe kokonaisuutena on läsnä vauvan kehityksessä. Tasapainoisissa perheissä tunnekokemuksia voidaan käsitellä avoimesti ja rakentavaksi. Lapsi saa näin konkreettisia malleja sekä myönteisten että kielteisten tunteiden ilmaisuun. (Punamäki 2011, 109.)

Neuvolassa tuetaan aktiivisesti vauvan ja vanhemman varhaista vuorovaikutusta. Suositus on, että jokainen työntekijä perehtyy varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen ja teoriataustaan. Lapsen ja perheen tasolla neuvolan tulisi antaa vanhemmille riittävästi tukea vanhemmuuteen ja parisuhteeseen, sekä tukea vanhempia kasvatuksessa. Varhaisen vuorovaikutuksen hyvä laatu tukee lapsen psyykkistä terveyttä ja ehkäisee häiriöiden syntyä. (Heino ym. 2012, 14.)

5.1.3 Imetys

Imeväisikäisten ravitsemussuosituksia on alettu antaa 1900-luvun alussa ja ne ovat vaihdelleet tämän sadan vuoden aikana suuresti. Viimeisen kymmenen vuoden aikana erityisesti täysimetyssuositukset ovat olleet pitenemään päin. Tuorein suositusmuutos Suomessa on vuodelta 2004. Tuolloin täysimetyssuosituksiksi asetettiin kuusi kuukautta. Täysimetyksajan pidentäminen perustuu Maailman terveysjärjestön asiantuntijaryhmän suositukseen. Suomessa suositellaan imetyksen jatkamista muun ruuan ohella vähintään vuoden ikään asti. (Koskinen 2008, 18.) Suurin osa vauvoista saa rintamaitoa suosituksia lyhemmän aikaa, joten äidit tarvitsevat ohjausta imetyksen onnistumiseen. Diabeteksen ehkäisy – tutkimuksessa (DIPP) todettiin täysimetyksen kestoksi alle kaksi kuukautta ja osittaisimetystä jatketaan noin seitsemän kuukauden ikään. (Karvosenoja, 2010, 22.)

Rintamaito on imeväiselle monella tavalla positiivinen ravitsemusmuoto. Pääasiallisesti rintamaitoa saaviin tai täysimetettyihin lapsiin verrattuna korvikkeilla ruokituilla lapsilla on enemmän korvatulehduksia, hengitystieinfektioita, astmaa, tulehduksellisia suolistosairauksia, virtsatieinfektioita ja ripulia. (Karvosenoja 2010, 17.)

Joskus imetys ei käynnisty kunnolla ollenkaan tai se voi kestää muutaman päivän tai viikon ja lopahtaa sitten. Näin tapahtuu yhdelle äidille kymmenestä. Yleensä nämä äidit kokevat ahdistusta

ja epäonnistuneensa äitiydessä jo alusta alkaen. Nämä äidit tarvitsevat erityistä huomiota, ja siksi heidän tunnistamisensa on tärkeää, jotta ammattihenkilönä voisi tukea heille antaa. On selvitettävä, löytyykö imetystavoista jotain korjattavaa. Tavallisesti lapsen tulee saada imeä aina, kun hän haluaa ja on nälkäinen, joten imetysaikataulut voidaan unohtaa. Lapsi voi joutua imemään rintaa jopa 8-12 kertaa vuorokaudessa, varsinkin jos maitoa erittyy vain vähän. Selvitetään myös, osaako lapsi imeä hyvin vai vierastaako hän rintaa. Äidin ruokailutottumuksetkin voivat vaikuttaa imetyksen onnistumiseen, esim. voi olla, että lapsi ei pidä jostain äidin käyttämän mausteen hajusta. Äidille on hyvä kertoa, että jo lapsen pitäminen rinnalla lisää "maitohormonien" erityistä ja siten parantaa maidon erityistä. Korvikkeen käyttöön voidaan siirtyä, mikäli imetys ei ohjauksen ja yrittämisenkään jälkeen onnistu. Äideille on korostettava, ettei lapsen terveys vaarannu pulloruokinnalla, ja lapselle voi tarjota läheisyyttä ja hellyyttä muutenkin kuin imettämällä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 483–484.)

Monenlainen opastus voidaan kokea imetysohjaukseksi, mutta varsinaisesti sitä on koulutetun terveydenhuollon ammattilaisen antama ohjaus (Karvosenoja 2010, 23). Imetysohjauksen päätavoitteina voidaan pitää lapsen riittävän ravinnonsaannin turvaamista, äidin hyvinvoinnin lisäämistä ja toimivaa imetystä (Koskinen 2008, 51). Äidit kokevat tärkeäksi sen, että äitien ja perheiden yksilölliset tarpeet huomioidaan ja niitä pohditaan ohjauksessa ja sen suunnittelussa. Tämän äidit kokevat myös vaikuttavan imetyksen onnistumiseen. (Kallio-Kökkö 2004, 28–33.) Imetyksen oikeanlainen ohjaus voi vähentää äidin masennusalttiutta ja lapsi-vanhempi suhde on imettäneillä äideillä ja heidän lapsillaan tiivis. Yli neljän kuukautta kestänyt imetys vähentää äitien laiminlyöntejä lasta kohtaan. (Karvosenoja 2010, 18.)

Imetysohjauksen onnistumisen kannalta on keskeistä kerätä tietoa äidin tilanteesta ja toiveista. On tärkeää antaa äidin itse kertoa tilanteestaan rauhassa, jotta siitä saa oikean kuvan. Liian nopeasti vedetyt johtopäätökset ja niitä seuraavat neuvot voivat jopa pahentaa äidin ongelmaa. Jotta äiti pystyy avoimesti ja rehellisesti kertomaan toiveistaan ja tunteistaan, on pyrittävä luomaan luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri. On myös varmistettava, että äiti pystyy puhumaan rauhassa. Tila on järjestettävä sellaiseksi, ettei ulkoisia häiriötekijöitä ole ja etteivät ulkopuoliset pysty kuulemaan keskustelua. (Koskinen 2008, 52.)

Sanattomalla viestinnällä on suuri merkitys vuorovaikutuksen käynnistymiselle. Ilmeillä ja kehon asennolla voi ilmaista kiinnostusta. Ilmeiden eläminen äidin kertomuksen mukana ja rohkaiseva hymy kannustavat äitiä puhumaan. Äitiä haastatellessa kiinnitetään huomiota kysymysten

muotoiluun. Käyttämällä avoimia kysymyksiä saa äidin kertomaan tilanteesta omin sanoin ja näin kerättyä enemmän tietoa. Pelkkä kyseleminen ei kuitenkaan riitä, täytyy osata myös kuunnella äidin vastauksia. On tärkeä keskittyä siihen, mitä äiti sanoo ja yrittää myös kuulla, mitä äiti jättää sanomatta. Kaikkia tunteita ja pelkoja ei ole helppo tuoda esiin. (Koskinen 2008, 52–53.)

Yksi imetysohjauksen tavoitteista on äidin hyvinvoinnin lisääminen. Vuorovaikutuksen keinoin voidaan äitiä voimaannuttaa ja vahvistaa hänen itsetuntoaan. Imetysohjaajan tulee läpi keskustelun antaa äidille positiivista palautetta ja luoda uskoa tulevaan. Äidille voi antaa positiivista palautetta siitä, miten hän toimii lapsen kanssa ja että hän on lähtenyt etsimään apua ongelmiinsa. Tiedon antaminen ja äidin opettaminen ovat osa imetysohjausta. Myös tässä tulee olla hienotunteinen ja välttää liikaa luennointia. Äidille annettavan tiedon tulee olla sellaista, josta äiti juuri siinä tilanteessa hyötyy ja se tulee tarjota äidille sopivalla tavalla. (Koskinen 2008, 54.)

Imetystarkkailu on imetysohjauksen keskeinen työkalu. Siinä ohjaaja seuraa imetystilanteen alusta loppuun. Imetystarkkailun avulla saa paljon tietoa äidin ja lapsen välisestä vuorovaikutuksesta sekä imetyksen sujuvuudesta. (Koskinen 2008, 56.) Imetys lisää vauvan turvallisuuden ja läheisyyden tunnetta, sillä rintaa imiessä lapsi on lähellä äitiä, ja hän saa äidiltä ravinnon lisäksi hellyyttä, rakkautta, kiintymystä ja läheisyyttä. Tämä on tärkeä tekijä lapsen ja äidin vuorovaikutuksen ja tunnesiteen syntymisen kannalta. Lapsen kehitykselle tärkeät katse- ja ihokontaktit liittyvät läheisesti imetystilanteisiin, sillä silloin äiti ja lapsi muodostavat kuvan toisistaan näkö-, kuulo-, tunto-, haju- ja makuaistien avulla. (Kallio-Kökkö 2004, 7-8.)

Ongelmien ratkaiseminen on osa imetysohjausta. Tavoitteena on, että äiti ja imetysohjaaja löytävät ratkaisun yhdessä. Usein äiti tunnistaa ongelmansa paremmin ja saattaa löytää niihin ratkaisuja jo keskustelun aikana. Kerrallaan kannattaa antaa vain yksi tai kaksi ehdotusta toimintatavoista, joiden arvelee sopivan äidille. Lukuisten ohjeiden lateleminen voi helposti johtaa siihen, että äiti vain pikaisesti kokeilee eri keinoja, eikä odota niiden vaikutuksia. Imetysohjaukseen kuuluu myös tilanteen kehittymisen seuranta. Tällöin ohjaaja saa palautetta siitä, miten hän on onnistunut työssään. Seuranta voi tapahtua tilanteesta riippuen puhelimitse, sähköpostilla tai uudella tapaamisella. Siinä käydään läpi tilanteen edistyminen edellisen kontaktin jälkeen sekä kokeeko äiti saamansa ohjeet hyödyllisiksi ja käyttökelpoisiksi. (Koskinen 2008, 56.)

5.1.4 Seksuaalisuus synnytyksen jälkeen

Monet odottavat sukupuolielämän aloittamista synnytyksen jälkitarkastukseen asti. Tähän voi liittyä se, että jälkivuoto loppuu usein niihin aikoihin, tai sitten se, että naiset haluavat saada ”luvan” aloittaa sukupuolielämä. (Oulasmaa 2006, 195.) Yhdyntöjen aloittamista suositellaan vasta jälkivuodon loputtua tulehdusriskin vuoksi. Jälkivuoto kestää noin 2-6 viikkoa synnytyksen jälkeen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2011.) Emättimen palautuminen synnytyksen aiheuttamasta venytyksestä vie yleensä 6-8 viikkoa (Oulasmaa 2006, 195). Välilihan repeämä tai leikkaushaava voi olla aristava jopa viikkojen ajan. Näin ollen yhdynnät voi aloittaa kun kipu ja arkuus häviävät. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2011; Oulasmaa 2006, 195.)

Lihasten palautumista nopeuttaa vatsalihasten ja lantionpohjan lihasten voimistelu, joka voi myös estää laskeumia ja virtsankarkailua. Synnytyksen jälkeisten yhdyntöjen kivuliaisuutta saatetaan vähätellä tai jopa vaieta asiasta. Yhdyntöjen kivuliaisuus voi aiheuttaa naiselle seksuaalisen riittämättömyyden tunteita. Joihinkin fyysisiin vaivoihin, kuten emättimen kuivuuteen, löytyy apua esimerkiksi liukasteista, mutta jotkut vaivat paranevat vain ajan kuluessa. Parisuhteelle on yleensä kuitenkin hyväksi, ettei seksin kokeilua lykätä liian pitkälle. (Oulasmaa 2006, 195–196.)

Synnytyksen jälkeen munasarjojen normaali hormonitoiminta palautuu vasta vähitellen. Emättimen ja klitoriksen seksuaalisten reaktioiden, joita ovat verekkyyden lisääntyminen, kostuminen ja laajentuminen, sekä orgasmin intensiivisyyden palautuminen kestää noin 8-12 viikkoa. (Oulasmaa 2006, 195.) Synnytyksen jälkeinen ja imettämisen ylläpitämä korkea prolaktiinin erityis ja munasarjojen toiminnan lamaantumisen aiheutuva matala estrogeeni- ja testosteronitaso ohentavat limakalvoja, mutta myös vaimentavat seksuaalireaktioita ja vähentävät halukkuutta yksilöllisesti. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2011, Oulasmaa 2006, 195.) On hyvin yksilöllistä, kuinka pian synnyttänyt nainen kokee halua yhdyntään. Monen naisen yhdyntähäly palautuvat muutaman kuukauden päästä synnytyksestä tai viimeistään, kun väsymys alkaa hellittää lapsen unirytmien löydyttyä. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2011.)

Jälkitarkastuksessa on syytä keskustella parisuhteen seksuaalisuudesta, yhdynnöistä ja mahdollisesta haluttomuudesta (Oulasmaa 2006, 197). Naisen ja miehen seksuaaliset halut, fyysinen terveys sekä sosiaaliset ja kulttuuriset odotukset vaikuttavat kaikki vanhempien seksuaaliseen suhteeseen synnytyksen jälkeen. Olennaista on huomioida yksilölliset tarpeet ja

tilanteet, sekä avoimen keskustelun salliminen liittyen synnytyksen jälkeiseen seksuaalisuuteen. Kätilön ja terveydenhoitajan on oltava tietoinen seksuaalisuuden erilaisuudesta naisen ja miehen välillä, sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat näkemyksiin ja normeihin seksuaalisuudessa. On tärkeää tiedostaa myös omat arvonsa ja olettamuksensa liittyen seksuaalisuuteen. Terveysneuvonta edellyttää positiivista ja kunnioittavaa lähestymistapaa seksuaalisuuden ja seksuaalisten suhteiden alueella. (Olsson 2009, 42, 46–47.)

Synnytyksen jälkeinen epävarmalta tuntuva ehkäisy tai sen puuttuminen voi vaikuttaa seksuaaliseen nautintoon. Siksi myös tästä syystä on synnytyksen jälkitarkastuksessa selvitettävä äidin ehkäisyn tarve. (Oulasmaa 2006, 195.) Vanhemmat voivat olla epävarmoja siitä, kuinka osoittaa välittämistä toiselle ja olla varovainen seksuaalisessa kanssakäymisessä synnytyksen jälkeen (Olsson 2009, 46). Jälkitarkastuksessa on hyvä muistuttaa siitä, että on useita tapoja tuottaa toiselle nautintoa ja mielihyvää, joista yhdyntä on vain yksi (Oulasmaa 2006, 197).

Jälkitarkastuksessa on hyvä kannustaa pareja tutustumaan uudelleen naisen vartaloon rauhallisesti, arvostavasti ja hellästi (Oulasmaa 2006, 197). Naiset, joilla on positiivinen kuva kehostaan, ovat seksuaalisesti aktiivisempia ja tyytyväisempiä itseensä kokonaisuutena. Raskauden, synnytyksen ja imetyksen jättämät jäljet voivat harmittaa äitiä, ja hän voi olla tyytymätön kehoonsa. Median luomien ihanteiden vaikutuksesta ja sosiaalisesta paineesta naisen vartalon suhteen kertoo se, että naiset harkitsevat laihdutuksen ja fyysisen harjoittelun lisäksi jopa kauneusleikkauksia palautuakseen. (Olsson 2009, 42–43).

Imetyksellä on myös vaikutuksensa vanhempien väliseen seksuaaliseen suhteeseen. Naiset voivat kokea rintojensa muuttuvan alueeksi, joka on rajattu vauvan tarpeille, ja jota ei voi yhdistää seksuaaliseen aktiivisuuteen. Miehet taas eivät välttämättä koe vaikeutta nähdä naisen rintoja kaksoiskäyttötarkoituksessa. He ovat yleensä tyytyväisiä siihen, että rintojen koko on kasvanut. (Olsson 2009, 42.)

Naisen seksuaalisen halukkuuden palaaminen tapahtuu yleisimmin 7-12 viikkoa synnytyksen jälkeen, mutta yksilöllisten erojen vuoksi naisen kannattaa luottaa omiin tuntemuksiinsa. Valtaosalla miehistä seksuaaliset halut heräävät kuuden viikon kuluessa synnytyksestä, ja suurin osa miehistä pitää synnyttäneyttä puolisoaan seksuaalisesti erittäin haluttavana. (Oulasmaa 2006, 195.) Olssonin (2009) tutkimuksen mukaan miehet pitävät tärkeänä sitä, ettei heidän tarvitse

tyrkyttää itseään naiselle, mutta kuitenkin haluavat edistää seksuaalielämänsä uudelleen luomista. Naiselle seksuaalisen kanssakäymisen uudelleen aloittaminen voi tuntua suurelta kynnykseltä. Nainen voi myös kokea kohtuutonta painetta aloittaa yhdynnät ennen kuin hän on siihen fyysisesti tai psyykkisesti valmis. Vanhempiin vaikuttavat median ja yhteiskunnan esittämät stereotypiat naisen ja miehen synnytyksen jälkeisestä seksuaalisuudesta. Nämä stereotypiat voivat asettaa epärealistisia odotuksia seksuaalielämän suhteen lapsen syntymän aikoihin. (Olsson 2009, 40, 42.)

Erytisesti nainen tarvitsee henkistä rauhoittumista, jotta seksuaalihormonit alkaisivat toimia. Mies voi edesauttaa tätä esimerkiksi osallistumalla kotitöihin tai vauvanhoitoon, jolloin nainen saa hetken rauhaa itselleen ja pystyy ehkä paremmin irrottautumaan äitiydestä. Parisuhteen läheisyys ja seksuaalisuus on päivitettävä lapsen syntymän jälkeen ja sovitettava vauvan tuomaan muutokseen perheen arjessa. Vanhempien on tärkeää löytää sekä omaa että kahdenkeskistä aikaa. Läheisyyden ja hellyyden vaalimisesta sekä seksuaalisuuden ylläpitämisestä ovat molemmat vastuussa. (Oulasmaa 2006, 197.) Kun vanhemmat pystyvät avoimesti keskustelemaan keskenään ja osoittavat toisilleen kiintymystä esimerkiksi halausten ja kosketusten avulla, voi heidän seksuaalielämänsä olla tasapainossa, vaikka heillä ei olisikaan seksuaalista kanssakäymistä (Olsson 2009, 41.)

Olssonin (2009) tutkimuksen mukaan vanhempien keskittyminen vauvaan vaikuttaa seksuaalista halukkuutta vähentävästi ensimmäisten kuukausien aikana synnytyksen jälkeen. Väsymys on sekä naisten että miesten kohdalla pääasiallinen syy seksuaalisen halukkuuden vähenemiseen; nukkumisen tarve asetetaan etusijalle. Seksuaalinen intymiteetti on ensisijainen naisen seksuaalista halua lisäävä tekijä. Halukkuutta vähentäviä tekijöitä ovat hellyyden, vastavuoroisuuden, kunnioituksen, kommunikoinnin ja seksuaalisen mielihyvän puute. Valtaosa miehistä pitää tunneperäistä yhteyttä kumppaniin keskeisenä seksuaalisen kiihottumisen suhteen, vaikka miehen seksuaalisuuden perimmäisinä näkökulmina pidetään sen merkitystä maskuliinisuudelle ja käyttöä vallan ja kontrollin välineenä. On yleisesti hyväksyttyä, että nainen sisäistää miehiset seksuaaliset normit, jolloin hän asettaa miehen seksuaaliset tarpeet omiensa edelle. Jotkut miehet tuntevat ulkopuolisuutta tai mustasukkaisuutta lapsen synnyttyä perheeseen. Jos mies tuntee itsensä jätetyksi ulkopuolelle tai ei itse halua osallistua perhe-elämään, hän voi yrittää paeta tilannetta keskittymällä työhön tai liikuntaan. Turvallisuuden tunnetta parisuhteessa ja parisuhteen arvostamista lisää se, että puolison kanssa voi keskustella seksuaalisuudesta, ja tämä on myös tärkeä vaikuttaja naisen seksuaaliseen aktiivisuuteen. Sekä

naiset että miehet pitävät tärkeänä keskinäisen kommunikoinnin avoimuutta ja luottamuksellisuutta. (Olsson 2009, 40, 41.)

Lapsen synnyttyä perheen uutta tilannetta voi helpottaa vertaistuen saaminen. Olssonin (2009) tutkimukseen osallistuneet vanhemmat ovat saaneet vertaisiltaan tukea yhteisissä tapaamisissa, joissa on juteltu huumorinkin kautta siitä, kuinka selvitä elämästä ilman seksiä. (Olsson 2009, 40–41.)

5.1.5 Ehkäisyneuvonta

Jälkitarkastuksessa otetaan esille raskauden ehkäisy, jolloin äiti on jo ehtinyt asiaa miettiä ja voi päättää hänelle sopivimman ehkäisymuodon (Väyrynen 2012a, 301). Imetyksen aikana mahdollisia ehkäisymenetelmiä ovat kondomin lisäksi keltarauhashormonia sisältävät minipillerit sekä kierukka, joka voidaan asentaa jälkitarkastuksessa. Vasta imetyksen loputtua on suositeltavaa aloittaa yhdistelmäpillereiden ja ehkäisyrenkaan tai -laastarin käyttö. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 478.) Ennen kierukan asennusta tai pillereiden aloitusta tehdään raskaustesti, jos kuukautiset eivät vielä ole alkaneet (Marjakangas 2012). Vuonna 2005 Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan imettävälle äidille suositeltiin jälkitarkastuksen yhteydessä tavallisimmin kondomiehkäisyä. Ensimmäisenä lääketieteellisestä ehkäisystä aloitettiin minipillereiden käyttö. Kuparikierukka asetettiin tavallisimmin vasta kuukautiskierron käynnistyttyä, ja hormonikierukka asetettiin vasta imetyksen päätyttyä. Yhdistelmäehkäisy aloitettiin samoihin aikoihin. Lääketieteellisen ehkäisyn aloittamiseen suhtauduttiin siis hyvin varauksellisesti synnytyksen jälkeen. (Sannisto 2010).

Melko luotettavana vaihtoehtona raskauden ehkäisyssä voidaan myös käyttää täysimetystä, joka suojaa uudelta raskaudelta yli 98 prosentin varmuudella, jos seuraavat neljä kriteeriä täyttyvät: synnytyksestä on enintään kuusi kuukautta, kuukautiset eivät ole vielä alkaneet, nainen imettää säännöllisesti ilman yli kuuden tunnin välejä eikä lapsi saa lainkaan lisäravintoa. Säännöllinen imetys tarkoittaa sitä, että nainen imettää aina kun lapsi haluaa imeä: päivällä vähintään neljän ja yöllä kuuden tunnin välein. Imetyksen käyttäminen raskaudenehkäisyä antaa hyvät mahdollisuudet sekä edistää imetystä että ehkäistä raskautta, mutta se edellyttää keskustelua asiakkaan kanssa. Joskus osittaistakin imetystä pidetään virheellisesti tehokkaana

ehkäisymenetelmänä ja uusi raskaus alkaa suunniteltua aikaisemmin. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 137.)

Ehkäisyn valintaan vaikuttaa se, kuinka pitkäaikaista ja varmaa ehkäisyä äiti tarvitsee (Värynen 2012a, 301–302). Alkuvaiheessa on mahdollista, ettei täysimetyksen lisäksi tarvita muuta ehkäisyä. Jollei uusi raskaus ole heti toiveissa, on imettämisen vähentyessä syytä aloittaa luotettava ehkäisy. (Perheentupa 2004; Oulasmaa 2006, 195.) Suomessa joka kymmenes raskaudenkeskeytys tehdään naiselle, jonka raskaus on alkanut vuoden sisällä synnytyksestä. Näin ollen synnytyksen jälkeiseen ehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota. (Oulasmaa 2006, 195.)

5.1.6 Gynekologinen status

Jälkitarkastuksessa äidille tehdään gynekologinen tutkimus, jossa tarkastetaan, ettei synnytyselimiin ole jäänyt mitään hoitoa vaativaa tulehdusta tai haavaumaa (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477). Gynekologista tutkimusta tehdessä on hyvä kiinnittää huomiota tutkimustiloihin. Tutkimuspöytä ja -lamppu tulee olla sijoiteltuna siten, että intymiteettisuoja säilyy kaikissa olosuhteissa. Huoneen lämpötila tulee olla sopiva, ei liian kylmä. On huomioitava monikäyttöinstrumentteja käytettäessä, että ne ovat sopivan lämpimät. Lisäksi varmistetaan, että gynekologinen tutkimus voidaan suorittaa ilman häiriöitä. (Värynen 2012b, 172–173.)

Naista on kohdeltava hienotunteisesti ja hänen toiveitaan, ja siten itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa kaikissa tilanteissa. Tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen siitä, että nainen vaistoaa herkästi tutkijan arvomaailman ja asenteet siitä, kuinka häntä kosketetaan tutkimuksessa ja millaisia kysymyksiä hänelle esitetään. Sisätutkimus voi nostaa esiin muistoja aiemmista kokemuksista, esimerkiksi siitä, miten häntä on hoitotilanteessa kohdeltu. Nämä kaikki tekijät vaikuttavat siihen, voiko tutkittava tuntea olonsa rennoksi ja turvallisiksi. On tärkeää, että tutkimusta tehdessä kerrotaan, mitä seuraavaksi tehdään ja miksi tehdään, ja mitä tutkimuksen tuloksena löydetään. Myös normaali tulos kerrotaan, sillä se voi olla naiselle hänen naiseutensa kokemusta vahvistava ja iloa tuottava tieto normaalisti toimivasta kehosta. (Värynen 2012b, 172–173.) Tutkittavalle on hyvä sanoa vähintään yksi positiivinen asia tutkimuksen yhteydessä, sillä palaute vahvistaa naisen seksuaalista minäkuvaa ja hän voi rohkaistua kysymään aroistakin asioista (Oulasmaa 2006, 197).

Gynekologisessa tutkimuksessa tarkastetaan häpykarvoitusalue, ulkosynnyttimet, emättimen suuaukon tilanne sekä kohdun napukka (Tapper 2000, 14). Tutkimus tehdään siten, että nainen on selinmakuulla gynekologisella tutkimuspöydällä. Jalat on koukistettuna ja nostettuna jalkatuille niin, että kantapää on lähellä pakarointia. Tutkimuksen yhteydessä tutkitaan ulko- ja sisäsynnyttinten terveys, tunnustellaan kohdun koko, asento, liikkuvuus ja rakenne sekä tarkistetaan kohdun kannattajien myötävyys. (Väyrynen 2012b, 173.)

Jälkitarkastuksen gynekologisessa tutkimuksessa huomioidaan erityisesti mahdollinen episiotomiahaava tai repeämä. Ennen tutkimusta on hyvä kysyä äidiltä itseltään, onko repeämä tai episiotomiahaava parantunut, mikäli sellainen on synnytyksessä tullut. Synnyttäneellä naisella voi olla laskeumia (kohtu, virtsarakko, peräsuoli), mutta yleensä ne ovat lieviä ja palautuvat itsestään. Äidillä voi myös esiintyä pullistumia ja painon tunnetta. Kohdunnapukka ei palaudu pyöreäksi vaan jää synnytyksen jälkeen viivamaiseksi ja voi näyttää hieman lohkoiselta ja repeytyneeltä. (Marjakangas 2012.)

Mikäli synnyttänyt äiti valittaa vuotoa, on hänelle tehtävässä sisätutkimuksessa erityisesti kiinnitettävä huomiota episiotomiaan, emättimen tai kohdunsuun mahdollisiin repeämiin sekä kohdun kokoon ja arkuuteen. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 482.) Kalvon tai istukan osien jääminen kohtuun lisää tulehdusriskiä ja hidastaa kohdun supistumista, jolloin kohdun pohja tuntuu tavallista ylempänä (Väyrynen 2012a, 300). Neuvolakortista tarkistetaan, olivatko istukka ja kalvot syntyneet kokonaisina vai epäiltiinkö niistä puuttuvan osia. Vuodon syy voidaan varmistaa kaikututkimuksella, ja mikäli se on kohtuun jäänyt istukan osa, tehdään kaavinta. Jos vuoto on niukkaa ja kohtuun jääneestä istukasta ei ole näyttöä, riittää hoidoksi seuranta ja antibioottikuuri, sillä vuotoon liittyy usein tulehdus. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 482.)

Tutkimus aloitetaan ulkosynnyttinten tarkastelulla. Tutkimusta jatketaan sitten spekulatutkimuksella, jossa spekula viedään varovasti emättimen pohjukkaan emättimen peräsuolen puoleista seinämää pitkin. Kohottaja viedään vastaavasti spekulaa pitkin emättimen pohjaan ja nostamalla kohottajaa ylöspäin avataan näköyhteys kohdunsuulle. Spekulatutkimuksen avulla tarkastetaan kohdunsuun tilanne, katsotaan emättimen rakenne, limakalvojen väri, kunto ja mahdolliset eritteet sekä niiden määrä, koostumus, väri ja haju. (Väyrynen 2012b, 173.) Kohdun limakalvo on synnytyksen jälkeen ohut, sillä kohdussa vallitsee atrofisen, eli kuihtunut tila (Marjakangas 2012). Huomiota kiinnitetään myös mahdollisiin ihomuutoksiin ja tulehdusoireisiin, kuten punoitukseen, leukoplakiaan eli valkotäpläisyyteen sekä

poikkeavaan valkovuotoon (Tapper 2000,14). Jos emättimessä tai kohdunsuulla näkyy merkkejä tulehduksesta tai äidillä on siihen viittaavia oireita, otetaan irtosolunäyte ja tarvittaessa muita tulehdusnäytteitä. Muussa tapauksessa irtosolunäyte otetaan vasta kuukautisten alettua. Synnytyksen jälkeen kohdunsuussa on hyvin tavallisesti nähtävillä limakalvoektopia, eli kohdunkaulan kanavan lieriöepiteeliä on kääntyneenä kohdunsuun puolelle. Limakalvoektopia ei vaadi mitään hoitoa, toisin kuin varsinaiset haavaumat ja tulehdukset, jotka voivat edistää kohdunkaulan syövän syntyä. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477.)

Bimanuellissa palpaatiossa viedään vasemman käden etu- ja keskisormi emättimeen oikean käden tunnustellessa genitaaleja vatsanpeitteiden päältä. Kohdun koko ja asento arvioidaan. Kohdun liikkuvuus palpaatiossa on yleensä hyvä. Vatsan päältä tunnustelevat sormet viedään vuorotellen kohdun molemmin puolin tunnustelemaan kohdun sivuelimiä (adneksit). Munasarjojen (ovario) koko ja koostumus arvioidaan, samoin epätavallinen arkuus tulehdukseen viitaten huomioidaan. Kohdun aristus, koko ja kiinteys kertovat, millaisesta tilanteesta on kyse. Tutkimuksessa löytyy kasvaimet kohdussa sekä sivuelimissä kuten munasarjoissa. Myös tulehdus voidaan tunnistaa tunnustelemalla esimerkiksi kivun esiintymisen takia. Hyvin obeeseilla potilailla varsinkaan munasarjojen tilaa ei aina ole mahdollista selvittää palpoiden. Tällöin on turvaututtava gynekologiseen ultraäänitutkimukseen, johon nykyajan lääkärit muutenkin usein turvautuvat, varmistaakseen löydökset alavatsalla tarkemmin (Kivijärvi 2012, 179; Tapper 2000, 15.)

Tutkimuksessa tarkastetaan myös lantionpohjan lihasten kunto. On tärkeää kertoa tutkittavalle, kuinka lihakset ovat palautuneet ja mahdollisesti myös miltä emätin näyttää ja tuntuu, sillä näistä asioista synnyttäneet äidit haluavat kuulla. Tässä yhteydessä on hyvä tilaisuus motivoida naista säännölliseen lantionpohjan lihasten harjoittamiseen. (Oulasmaa 2006, 197.)

5.1.7 Vanhempainraha

Sairausvakuutuslain yhdeksäs luku määrittelee edellytykset vanhempainrahan maksamiselle seuraavasti:

Vanhempainrahan maksaminen edellyttää, että äiti on käynyt lääkärin tai julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan ja riittävän koulutuksen saaneen kättilön tai terveydenhoitajan suorittamassa jälkitarkastuksessa terveydentilansa selvittämiseksi aikaisintaan 5 ja viimeistään 12 viikon kuluttua synnytyksestä. (Finlex: Sairausvakuutuslaki, 9. luku 8§.)

Jälkitarkastuksesta kirjoitetaan äidille jälkitarkastustodistus, joka toimitetaan Kelaan. Jälkitarkastuksessa käyminen on edellytys äitiysrahan viimeisen osan sekä vanhempainrahan ja osittaisen vanhempainrahan maksamiselle. (Marjakangas 2012.) Vanhempainvapaa alkaa äitiysvapaan jälkeen. Vanhempainvapaan ajalta Kela maksaa vanhempainrahaa 158 arkipäivää eli reilut puoli vuotta. Lapsi on noin yhdeksän kuukauden ikäinen, kun vanhempainraha päättyy. Vanhempainvapaalle voi jäädä äiti tai isä. Vanhemmat voivat myös olla vapaalla vuorotellen, mutta eivät yhtä aikaan. Jos vapaa jaetaan, erillisiä jaksoja saa olla kummallakin enintään kaksi ja niiden tulee kestää vähintään 12 arkipäivää. (Kansaneläkelaitos 2012.)

5.2. Tehtävänsiirto

Sairausvakuutuslain asetuksen muutoksen tultua voimaan julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva ja riittävän koulutuksen saanut kättilö tai terveydenhoitaja voi suorittaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen ja antaa siitä todistuksen vanhempainrahan hakemista varten, mikäli kunta niin päättää (Asetus 1090/2010). Uudistuksen tarkoituksena on mahdollistaa synnytyksen jälkitarkastuksen siirto lääkäriltä hoitajalle ja vapauttaa siten lääkäri työvoimaa tehtäviin, joissa tarvitaan erityistä lääketieteellistä osaamista. (Berglund ym. 2011.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin (2012) mukaan Suomessa vuonna 2011 säännöllisten synnytysten osuus kaikista synnytyksistä oli 74,4 prosenttia (Gissler & Vuori 2012).

Suomen Gynekologiyhdistys on sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä ottanut kantaa lakimuutokseen ja on huolissaan äidin toipumisen seurannasta ja ennen kaikkea ehkäisyneuvonnan antamisesta. Gynekologiyhdistyksen lausunnossa todetaan, että gynekologit

ovat jo aikaisemmin kiinnittäneet huomiota synnytyksen jälkeisen ehkäisyn huonoon toteutumiseen. Raskauden keskeytykset ovat lisääntyneet eniten siinä ryhmässä, jossa keskeytys tehdään vuoden sisällä synnytyksestä. Potilailla on jälkitarkastuksessa yleensä paljon kysyttävää. Esimerkiksi virtsan ja ilman karkailu, kohdun ja rakonpohjan laskeuma, episiotomian parantuminen, mielialavaihtelut, yhdyntöjen aloittaminen ja seuraava synnytys pohdituttavat tuoreita äitejä. Jälkitarkastustodistuksen kirjoittaminen on se kaikkein helpoin osa käynnistä. Gynekologiyhdistys onkin huolissaan, miten hoitajien täydennyskoulutus järjestetään ja standardoidaan siten, että heillä todella on vastauksia äitien lukuisiin kysymyksiin. Koulutuksen sisältö on tärkeää määritellä vastaamaan sekä potilasturvallisuuden vaatimuksia että äidin tarpeita. (Järvi 2010.)

Valtioneuvoston asetuksessa (2.12.2012, 3 §) annetaan jälkitarkastusta koskevaa ohjausta:

Sairausvakuutuslain 9 luvun 8 §:n 3 momentissa tarkoitettussa jälkitarkastuksessa on suoritettava tarpeellinen tutkimus äidin terveydentilan selvittämiseksi ja mahdollisten synnytysvaurioiden toteamiseksi. Tarkastuksen suorittajan on myös pyrittävä huolehtimaan siitä, että äiti osoitetaan asianmukaiseen hoitoon, jos tarkastuksessa todetaan sairaustila tai synnytysvaurio. (Finlex: Valtioneuvoston asetus, 1. luku 3§.)

Työelämässä toimivat kätilöt ja terveydenhoitajat voivat suorittaa jälkitarkastuksen tekemisen edellyttämät opinnot täydennyskoulutuksena. Koulutukseen sisältyvien lääketieteellisten opintojen suunnittelu edellyttää ammattikorkeakoulujen yhteistyötä yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien kanssa. Täydennyskoulutuksen laajuus on kätilöillä yksi opintopistettä ja terveydenhoitajilla kolme opintopistettä. Jatkossa opintokokonaisuus tullaan sisällyttämään kätilön ja terveydenhoitajan tutkintoihin johtavaan koulutukseen. (Raussi-Lehto & Haapio 2012.)

Säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus -täydennyskoulutus aloitettiin Turun ammattikorkeakoulussa syksyllä 2011. Koulutukseen hakeutui äitiys- ja perhesuunnitteluneuvoissa työskenteleviä kokeneita terveydenhoitajia, kätilöitä ja kätilö-terveydenhoitajia. Valtaosalla heistä työkokemusta oli yli 10 vuotta. Yleisimpiä syitä hakeutua täydennyskoulutukseen olivat oma kiinnostus, esimiehen kannustus sekä halu kehittää synnyttäneiden perheiden hoitotyötä. (Häsänen, Berglund & Tuominen 2012, 15.) Koulutus sisältää lähiopetusta, kliinistä harjoittelua, verkkotyöskentelyä ja itsenäistä työskentelyä (Berglund ym. 2011). Koulutuksen sisältöalueet ovat: naisen ja perheen kokonaistilanteen arviointi, gynekologinen ja rintojen terveydentila, imetystilanne, yleinen vointi ja selviytyminen, raskauden

ehkäisy sekä neuvonta. Kolmen opintopisteen toteutus jakaantuu 1,5 opintopisteen teoriaopintoihin sekä 1,5 opintopisteen harjoitteluun. Teoriaopinnot sisältävät 24 tuntia lähiopetusta sekä 16 tuntia itsenäistä opiskelua. Kätilöiden suorittama yhden opintopisteen kokonaisuus eroaa kolmen opintopisteen kokonaisuudesta siten, että kätilöt valitsevat luentoja aikaisemmin hankitun osaamisen periaatteella vähintään 14 tuntia tarjonnasta. Itsenäisen opiskelun tehtävät ovat myös kätilöille pakollisia. Koulutukseen sisältyy myös ennakkotehtävä, jossa osallistujat kartoittavat omaa osaamistaan suhteessa koulutuksen sisältöön ja pohtivat mitä lisäosaamista jälkitarkastuksen suorittaminen heiltä vaatii. Osaamista on mahdollista testata jo ennakkoon obstetriikasta sekä naisen anatomiasta ja fysiologiasta verkko-oppimisalustalla, mikäli osallistujan tietotekniset valmiudet sen sallivat. (Raussi-Lehto & Haapio 2012.)

Koulutukseen valinnan edellytyksenä on työsuhde julkisessa terveydenhuollossa sekä mahdollisuus harjoitella jälkitarkastuksen suorittamista lääkärin ohjauksessa (Berglund 2011). Säännöllisestä synnytyksestä palautumista ja jälkitarkastuksen toteuttamista tarkastellaan monipuolisesti koulutuksen aikana. Esimerkiksi gynekologinen status selvitetään ensin inspektion ja palpaation näkökulmasta episiotomiahaavan tai muiden vaginan repeämien sekä synnytysvaurioiden arvioinnin perusteella sekä huomioiden kohdun palautuminen, jälkivuoto ja mahdolliset infektiot sekä täydentäen spekulatutkimuksella tutkimalla limakalvojen ja kohdun suun kunto. (Berglund ym. 2011.)

Gynekologisen statuksen tutkimista harjoitellaan ensin simuloitusti ja sitten koulutukseen osallistujat jatkavat omalla työpaikallaan lääkärin ohjauksessa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksia. Koulutukseen osallistujat keräävät myös kliinisen harjoittelun aikana lähinnä määrällistä dokumentointia synnytyksen jälkitarkastuspassiinsa. Passiin kootaan seuraavia tietoja: synnytyksen päivämäärä, synnyttäneen ikä, pariteetti, erityishuomiot ja ohjaavan lääkärin allekirjoitus. Kätilöiden tulee kerätä passiin merkintä kymmenestä suoritetusta säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksesta lääkärin ohjauksessa ja terveydenhoitajien on vastaavasti suoritettava 25 jälkitarkastusta. (Berglund ym. 2011.)

Synnytyksen jälkitarkastuksessa tuoreilla vanhemmilla on usein paljon kysyttävää koskien esimerkiksi imetystä, mielialanvaihteluista, yhdyntöjen aloittamista, episiotomian paranemista, virtsan ja ilman karkailua sekä seuraavaa mahdollista synnytystä. Terveydenhuollon henkilöstöltä saatu luotettava tieto on todettu olevan yksi merkittävä tekijä vanhempien synnytyksen jälkeiselle turvallisuuden tunteelle. (Berglund ym. 2011, Häsänen ym. 2012, 16.) Täydennyskoulutuksessa

käydään läpi myös imetysohjausta ja varhaista vuorovaikutusta, jotta kätilöillä ja terveydenhoitajilla olisi valmiudet vastata kaikkiin äidin mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Tärkeää on käydä myös läpi itse synnytys kokemuksena. (Berglund ym. 2011.) Raskaudenkeskeytykset ovat lisääntyneet eniten juuri vuotta aiemmin synnyttäneiden joukossa. Näin ollen ehkäisyyn liittyvään keskusteluun ja ohjaukseen tulee varata riittävästi aikaa jälkitarkastuksessa. (Häsänen ym. 2010, 16.)

Täydennyskoulutuksia järjestetään jo eri puolilla Suomea ammattikorkeakouluissa. Täydennyskoulutusten sisältö ja toteuttamistapa vaihtelevat paljon eri ammattikorkeakoulujen välillä. Joissakin kouluissa on enemmän lähiopetustunteja, kun taas toisissa koulutus järjestetään lähinnä vain verkko-opetuksena. Kätilöillä ja terveydenhoitajilla on mahdollisuus päivittää koulutuksesta imetysohjaus ja varhainen vuorovaikutus, jos he ovat suorittaneet ne jo aikaisemmin. Suoritettujen jälkitarkastusten määrä käytännössä on kuitenkin sama kaikissa ammattikorkeakouluissa.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Jälkitarkastuksessa kiinnitetään huomiota sekä äidin psyykkiseen että fyysiseen hyvinvointiin (Väyrynen 2012a, 300). Äidin kanssa keskustellaan siitä, kuinka raskaus ja synnytys ovat sujuneet ja miten vauvan hoito onnistuu sekä annetaan tarvittaessa imetysohjausta. Keskustelussa on otettava esille rintojen terveys, mahdollinen virtsankarkailu, suolen toiminta, jälkivuoto ja mahdolliset kivut tai painon tunteet. (Marjakangas 2012.) Raskausdiabetesta sairastaneita äitejä muistutetaan verensokerin seurannasta sekä sokerirasituksesta. (Marjakangas 2012.)

Jälkitarkastuksessa on hyvä käydä synnytys läpi sekä äidin että isän kanssa mahdollisuuksien mukaan. Synnytyskokemus muuttuu usein kriittisemmäksi, kun synnytykseen saadaan etäisyyttä. Näin synnytykseen liittyvien tunteiden esille tulo ja käsittely on helpompaa. (Häsänen ym. 2012, 16; Väyrynen 2012a, 301.) Äidin jaksaminen ja tukiverkosto on myös huomioitava keskustelussa ja tarvittaessa voidaan tehdä mielialakysely (Marjakangas 2012). Lapsen syntymä mullistaa perheen elämän täysin. Vastasyntyneen äiti kärsii usein univelasta ja sen vuoksi väsymyksestä. Tilanne voi johtaa herkästi alakuloisuuteen, itkeskelyyn ja jopa masennukseen. Myös synnytyksen jälkeinen matala estrogeenitaso selittää näitä oireita. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477.)

Jälkitarkastuksessa on syytä keskustella parisuhteen seksuaalisuudesta, yhdynnöistä ja mahdollisesta haluttomuudesta (Oulasmaa 2006, 197). Naisen ja miehen seksuaaliset halut, fyysinen terveys sekä sosiaaliset ja kulttuuriset odotukset vaikuttavat kaikki vanhempien seksuaaliseen suhteeseen synnytyksen jälkeen. Olennaista on huomioida yksilölliset tarpeet ja tilanteet, sekä avoimen keskustelun salliminen liittyen synnytyksen jälkeiseen seksuaalisuuteen. (Olsson 2009, 42, 46–47.) Puheeksi otetaan myös ehkäisy ja tarvittaessa kirjoitetaan resepti. Jälkitarkastuksen yhteydessä tehdään gynekologinen tutkimus synnytyksen jälkeisen fyysisen palautumisen varmistamiseksi. (Väyrynen 2012a, 302.) Painon ja verenpaineen mittaus, hemoglobiinipitoisuuden sekä virtsan glukoosi-, proteiini- ja leukosyyttipitoisuuden tutkiminen ovat myös osa synnytyksen jälkitarkastusta. (Nuutila & Ylikorkala 2011, 477.)

Kättilö ja terveydenhoitaja eivät voi tehdä synnytyksen jälkitarkastusta, kun kyseessä on runsas verenvuoto synnytyksessä, keisarinleikkaus, imukuppisynnytys, pihtisynnytys, perätilasynnytys,

monisikiösynnytys, enneaikainen synnytys ja istukan käsinirroitus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kätilö ja terveydenhoitaja eivät voi myöskään tehdä jälkitarkastusta, jos raskauteen, synnytykseen tai lapsivuodeaikaan liittyy jokin muu riskitekijä tai poikkeama (Raussi-Lehto & Haapio 2012).

Sairausvakuutuslain asetuksen muutoksen tultua voimaan 1.1.2011 julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva ja riittävän koulutuksen saanut kätilö tai terveydenhoitaja voi suorittaa säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen. Uudistuksen tarkoituksena on mahdollistaa synnytyksen jälkitarkastuksen siirto lääkäriltä hoitajalle ja vapauttaa siten lääkäri työvoimaa tehtäviin, joissa tarvitaan erityistä lääketieteellistä osaamista. (Berglund ym. 2011.) Työelämässä toimivat kätilöt ja terveydenhoitajat voivat suorittaa jälkitarkastuksen tekemisen edellyttämät opinnot täydennyskoulutuksena. Jatkossa opintokokonaisuus tullaan sisällyttämään kätilön ja terveydenhoitajan tutkintoihin johtavaan koulutukseen. (Raussi-Lehto & Haapio 2012.)

Opinnäytetyömme aihe, säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus, tuntui mielenkiintoiselta ja ajankohtaiselta aiheelta, koska siitä ei ole aikaisemmin tehty kirjallisuuskatsausta, eikä sitä ole tarkasteltu aiemmin tehtävänsiirron näkökulmasta. Synnytyksen jälkitarkastuksia on tehty jo kauan lääkäreiden toimesta, mutta nyt sen voi suorittaa tietyn edellytyksin myös kätilöt ja terveydenhoitajat täydennyskoulutuksen käytyään. Aloitimme opinnäytetyön suunnittelun vuoden 2010 joulukuussa aiheen valinnalla. Vuoden 2011 olimme molemmat äitiyslomalla ja työ oli sivussa koko vuoden. Jälleen vuonna 2012 jatkoimme työn parissa ja aihe tuntui edelleen mielenkiintoiselta. Vuoden aikana ensimmäinen pilottiryhmä säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen täydennyskoulutuksessa oli valmistunut, joten saimme jo tietoa siitä kuinka ensimmäinen koulutus oli toteutunut.

Aluksi aihe tuntui melko suppealta ja haastavalta lähestyä. Ajattelimme, ettei siitä löydy paljonkaan lähteitä. Kuitenkin kun aloimme työstää aihettamme, ymmärsimme, että siihen sisältyy tietoa laajalta alueelta. Jälkitarkastuksessa kätilön ja terveydenhoitajan täytyy osata vastata moniin vanhempien mieltä askarruttaviin kysymyksiin sekä tarkkailla äidin ja perheen hyvinvointia gynekologisen tutkimuksen ja muun fyysisen palautumisen varmistamisen lisäksi. Tämän vuoksi käsitelimme opinnäytetyömme tietoperustassa raskausajan muutoksia, synnytystä, lapsivuodeaikaa ja sen aikaisia komplikaatioita sekä itse kirjallisuuskatsauksessa jälkitarkastuksessa läpikäytäviä asioita, kuten imetysohjausta, varhaisen vuorovaikutuksen

tukemista sekä seksuaalisuutta synnytyksen jälkeen. Lähteinä käytimme paljon kirjallisuutta, mutta löysimme myös tutkimuksia aiheista.

Olemme koonneet mielestämme ehyen ja johdonmukaisen kokonaisuuden aiheesta ja opinnäytetyöstä löytyy vastaus useimpiin säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksessa mahdollisesti esille tuleviin kysymyksiin. Näin ollen olemme päässeet tavoitteisiimme. Myös oppimistavoitteemme on täyttynyt, sillä säännöllisen synnytyksen jälkitarkastus aihealueena on tullut tutuksi. Käsittelemme näitä aiheita myös kättilötyön opinnoissamme, mutta joitakin alueita olemme käsitelleet opinnäytetyössä syvemmin, kuten seksuaalisuutta synnytyksen jälkeen. Tutkimustyön luonteeseen ja prosessiin, sekä erityisesti kirjallisuuskatsaukseen metodina, on opinnäytetyötä tehdessä tullut käytännön tuntumaa teorian tiedon lisäksi. Ymmärrys tutkimustyön merkityksestä käytännön hoitotyön kannalta on myös syventynyt.

Opinnäytetyötä tehdessä pohdimme paljon sitä, kuka on pätevin tekemään säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuksia. Suomen gynekologiyhdistyksen kanta on ollut, ettei kättilöillä ja terveydenhoitajilla ole tarpeeksi tietoa ja osaamista käsitellä kaikkia niitä asioita, joita äidille ja perheelle tulee mieleen jälkitarkastuksessa. He olivat huolissaan erityisesti ehkäisyneuvonnasta, koska raskauden keskeytykset ovat lisääntyneet eniten siinä ryhmässä, jossa keskeytys tehdään vuoden sisällä synnytyksestä. Itse päädyimme taas pohdintojen jälkeen siihen tulokseen, että juuri kättilöillä ja terveydenhoitajilla on sitä tietotaitoa, jota jälkitarkastuksessa tulee olla. Suurimmalla osalla täydennyskoulutukseen tulevista kättilöistä ja terveydenhoitajista on taustalla jo pitkä ura juuri näiden asioiden parissa. Moni terveydenhoitaja on jo käytännössä tehnyt jälkitarkastuksia ja ottanut äitien kanssa nämä kaikki asiat puheeksi ja lääkäri on tehnyt vain gynekologisen tutkimuksen. Kättilöillä taas on kokemusta synnytyksistä, riskiraskauksista ja naistentaudeista, ovathan he seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijoita.

Itse näemme tehtävänsiirron lääkäreiltä kättilöille ja terveydenhoitajille positiivisena asiana, erityisesti hoidon jatkuvuuden kannalta, johon tänä päivänä kiinnitetään paljon huomiota ja jota pidetään tärkeänä. Kun äiti on käynyt jo koko raskauden ajan samalla terveydenhoitajalla tai kättilöllä ja käy hänen luonaan myös synnytyksen jälkeen lastenneuvolan asiakkaana, olisi jälkitarkastus luonteva osa tätä hoitokokonaisuutta ja asiakassuhdetta.

Jatkotutkimuksen aiheeksi on selkeästi noussut selvittää kokemuksia tehtävänsiirron toteutumisesta käytännössä. Tutkimusta olisi mielenkiintoista tehdä eri näkökulmista, kuten

terveydenhuollon yksiköiden, kätilöiden tai terveydenhoitajien tai jälkitarkastusasiakkaiden kokemuksista. Kätilöiden ja terveydenhoitajien tiedon ja osaamisen tason selvittäminen jälkitarkastuksien suorittajina olisi myös hyvä tutkimuksen aihe ja vastine gynekologiyhdistyksen kannanotolle.

LÄHTEET

Aitola, P. & Uotila, J. 2005. Peräaukon sulkijalihaksen repeämä synnytyksessä.

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 10/ 2005, 121, 1095-1099.

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Berglund, M., Häsänen, M., Kosonen, L., Mört, S., & Tuominen, M. 2011. Uutta osaamista äitiyshuoltoon. Vastauksia terveysalan oppimishaasteisiin 5. Turun ammattikorkeakoulun raportteja. Hakupäivä 21.11.2012. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162335.pdf#page=24>.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2012. Raskaus ja seksi. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Kustannus Oy Duodecim.

Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2005. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Finlex. Sairausvakuutuslaki. 9. luku. Hakupäivä 12.10.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>.

Finlex. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta. 1. luku. Hakupäivä 12.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041335>.

Gissler, M. & Vuori, E. 24.9.2012. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heikkinen, T. & Luutonen, S. 2009. Äidin masennuksen hoito raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Suomen lääkärilehti 15/2009, 64, 1459-1465.

Heino, E. & Vainikainen, M. 2012. Varhainen vuorovaikutus. Lehtinen lastenneuvolaan tukemaan vanhempien ja lapsen välistä vuorovaikutusta. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Hakupäivä 29.11.2012.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/48713/Heino_Emmi_ ja_Vainikainen_Mirella.pdf?sequence=1.

Huttunen, M. 2013. Lapsivuodepsykoosi. Lääkärikirja Duodecim. Hakupäivä 11.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00381.

Häsänen, M., Berglund, M. & Tuominen, M. 2012. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen synnytyksen jälkitarkastuksen toteuttajana. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen - Hälsövärdaren 4-5/ 2012, 15-16.

Höfler, H. 2001. Lantiopohjan jumppaa. Helsinki: Otava.

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

Järvi U. 2010. Gynekologit pitäisivät jälkitarkastuksen lääkäreillä. Suomen Lääkärilehti 35/2010, 65, 2749.

Kivijärvi, A. 2012. Raskaudenehkäisy, gynekologinen tutkimus, raskaudenkeskeytys. Teoksessa Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. (toim.). 2012. HOT- huolehdi, ohjaa ja tue. Turun kaupunki, sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja. Hakupäivä 30.11.2012.
<http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=162386&GUID=%7BE6031CA5-9E43-499E-8FDB-3E863947DADE%7D>.

Litmanen, K. 2012. Raskauden vaikutus naisen elimistöön. Teoksessa Paananen ym. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Kallio-Kökkö, S. 2004. Äitien kokemuksia imetysohjauksen toteutumisesta äitiys- ja lastenneuvoloissa. Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Kansaneläkelaitos. 2012. Vanhempainraha. Hakupäivä 28.11.2012.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020103135411MH>.

Karvosenoja, K. 2010. Imetysohjaus Kuopion neuvoloissa asiakkaiden ja terveydenhoitajien näkökulmista. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.).2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print.

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita Prima.

Marjakangas, A. 2011. Synnytyksen jälkitarkastus. Sairaanhoidajan vastaanoton ohjeet. Kustannus Oy Duodecim. Hakupäivä 31.10.2012.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=synnytyksen%20jälkitarkastus.

Nuutila, M. & Ylikorkala, O. 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim.

Olsson, A. 2009. Sexual life after childbirth and aspects of midwives' counselling at the postnatal check-up. Department of Clinical Sciences Danderyd Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

Oulasmaa, M. 2006. Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Duodecim.

Perheentupa, A. 2004. Raskaudenehkäisy imetyksen aikana. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 12/2004, 120, 1467-1473.

Punamäki, R-L. 2011. Vanhemmuuteen siirtyminen: raskausajan ja ensimmäisen vuoden kiintymyssuhteet. Teoksessa Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) Varhaislapsuuden tunnesiteet ja niiden suojeleminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Raussi-Lehto, E. 2012. Syntymän hoito. Teoksessa Paananen ym. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Raussi-Lehto, E. & Haapio, S. 2012. Säännöllisen synnytyksen jälkitarkastuskoulutus. Kätilö-lehti 3/2012, 18.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Hakupäivä 7.12.2012.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Hakupäivä 19.12.2013.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66691/978-951-44-8308-0.pdf?sequence=1>.

Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali Synnytys. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Muistio 26.11.2012. Valtioneuvoston astus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta annetun valtioneuvoston asetuksen 3 §:n muuttamisesta. Hakupäivä 12.10.2012.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-14803.pdf.

Tamminen, T. 2004. Olipa kerran lapsuus. Helsinki: WSOY.

Tapper, A-M. 2000. Gynekologinen anamneesi ja tutkimus. Teoksessa Käytännön gynekologia. Recallmed. Jyväskylä: Gummerus.

Venola, L. 2008. Synnytyksen jälkeinen masennus ja sen hoito. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Väyrynen, P. 2012a. Kätilötyö kotiuttamisen jälkeen. Teoksessa Paananen ym. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Väyrynen, P. 2012b. Raskauden toteaminen. Teoksessa Paananen ym. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Äimälä, A-M. 2012. Epäsäännölliseen synnytykseen varautuminen. Teoksessa Paananen ym. (toim.) Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.