

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

Julia Forsman, Johanna Pakkanen

Raskauden ehkäisy ei ole vain nuorten naisten asia – yli 35-vuotiaiden naisten kokemuksia raskauden ehkäisystä

Opinnäytetyö 2016

Tiivistelmä

Julia Forsman ja Johanna Pakkanen

Raskauden ehkäisy ei ole vain nuorten naisten asia – yli 35-vuotiaiden naisten kokemuksia raskauden ehkäisystä, 38 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö 2016

Ohjaajat: Yliopettaja Anja Liimatainen, Saimaan ammattikorkeakoulu, terveydenhoitajat Outi Martikainen ja Leena Mylly, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan yli 35-vuotiaiden naisasiakkaiden kokemuksia raskauden ehkäisystä. Opinnäytetyö toteutettiin määrällisellä tutkimusmenetelmällä ja otokseen kuuluivat Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan yli 35-vuotiaat naisasiakkaat, jotka kävivät terveydenhoitajan vastaanotolla. Aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeita palautui 56 kappaletta.

Tutkimustuloksista selvisi, että yleisin naisten käyttämä raskauden ehkäisymenetelmä oli hormonikierukka. Naisten päätökseen ehkäisymenetelmän valinnassa vaikuttivat eniten kuukautisvuodon määrän vähentyminen, helppokäyttöisyys, turvallisuus sekä luotettavuus. Raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa merkittävimmät tiedonlähteet olivat terveydenhoitaja/sairaanhoitaja, lääkäri sekä lähipiiri. Tuloksista kävi ilmi, että kokemukset eri ehkäisymenetelmistä olivat joko positiivisia tai negatiivisia riippuen käytössä olevasta ehkäisymenetelmästä. Kaikki hormonikierukkaa ehkäisymenetelmänään käyttäneistä olivat tyytyväisiä kyseiseen ehkäisymenetelmään. Yksikään kondomia ehkäisymenetelmänään käyttäneistä ei ollut tyytyväinen ehkäisymenetelmään.

Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa hyödynnettävää tietoa Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajille. Terveydenhoitajat voivat hyödyntää tutkimuksesta saatuja tuloksia asiakastilanteissa, joissa yli 35-vuotias asiakas pohtii hänelle sopivaa raskauden ehkäisymenetelmää.

Avainsanat: raskauden ehkäisy, yli 35-vuotiaat naiset, perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvola.

Abstract

Julia Forsman and Johanna Pakkanen

Contraception is not only young women's issue – over 35-year old women's experiences of contraception, 38 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services

Degree Program in Nursing

Public Health

Bachelor's Thesis 2016

Instructors: Principal Lecturer Ms Anja Liimatainen, Saimaa University of Applied Sciences, Public Health Nurses Outi Martikainen and Leena Myllys supervisors of working life, South Karelia Social and Health Care District

The purpose of this thesis was to find out customers experiences of contraception in the Lappeenranta family planning/contraception clinic. The research was conducted by quantitative methods and the sample included female customers of age 35 or older visiting the public health nurse's office at the Lappeenranta family planning/contraception clinic for 35 years or older female customers. Data collection was carried out using a questionnaire. A total of 56 questionnaires were answered and returned.

The results showed that the most used contraception method was IUS. Women's decision on contraceptive method was influenced most by the reduction in the amount of menstrual bleeding, easyness, security, and reliability. In the choice of contraceptive method, the most important sources of information were the public health nurse, doctor, friends and family. The experience of different contraception methods were either positive or negative depending on the contraception method. All IUS users were satisfied with the contraceptive method whereas none of the condom users were satisfied with their contraceptive method.

The aim of this study was to provide useful knowledge to the public health nurses in Lappeenranta family planning/contraception clinic. Public health nurses can take advantage of the results of this study in customer meetings where women over age of 35 are thinking of an appropriate contraceptive method.

Keywords: Pregnancy Prevention, more than 35-year-old women, family planning/contraception clinic

Sisälllys

1	Johdanto	5
2	Raskauden ehkäisy yli 35-vuotiailla	6
2.1	Raskauden ehkäisyn valintaan vaikuttavia tekijöitä	6
2.2	Raskauden ehkäisymenetelmän seuranta	8
3	Raskauden ehkäisymenetelmät	8
3.1	Yhdistelmähormoniekhäisy	8
3.2	Systeeminen progestiiniehkäisy	10
3.3	Kierukkaehkäisy	11
3.4	Muut ehkäisymenetelmät	12
4	Ehkäisymenetelmän merkitys nykyajan naisen elämässä	13
4.1	Perheen moninaistuminen	13
4.2	Naisen asema työelämässä	14
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät	15
6	Opinnäytetyön toteutus	16
6.1	Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus	16
6.2	Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston keruu	17
6.3	Aineiston analysointi	19
7	Tulokset	20
7.1	Taustatiedot	20
7.2	Käytössä oleva raskauden ehkäisymenetelmä	22
7.3	Tyytyväisyys käytössä olevaan raskauden ehkäisymenetelmään	23
7.4	Tietoisuus ehkäisymenetelmän haittavaikutuksista	23
7.5	Raskauden ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttaneet tekijät	24
7.6	Vastaajien tyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät	28
8	Pohdinta	30
8.1	Tulosten tarkastelu	30
8.2	Luotettavuus ja eettiset näkökohdat	32
8.3	Jatkotutkimusaiheita	34
	Kuvat	35
	Taulukot	35
	Lähdeluettelo	36

Liitteet

- Liite 1 Kysely
- Liite 2 Saatekirje

1 Johdanto

Viimeisen 30 vuoden aikana kaikissa länsimaissa on ollut kasvavana trendinä lasten hankinta naisen hedelmällisen iän viimeisellä vuosikymmenellä. Ilmiön syiksi mainitaan naisten työelämän ja perheen yhteensovittamisen ongelmat, naisten korkea koulutus sekä avioerojen runsaus (Sainio, Klemetti, Hemminki & Gissler 2010, 3129.) Ehkäisyn käytöllä ei ole olemassa yläikärajaa (Käypä hoito 2015). Raskauden riski on edelleen olemassa, vaikka naisen hedelmällisyys voi olla korkeamman iän myötä pienentynyt. Yli 40-vuotiaiden naisten raskauksissa riskit ovat kaksinkertaiset verrattuna 25 – 29-vuotiaiden naisten raskauksiin. (Sainio ym. 2010, 3129.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan yli 35-vuotiaiden naisiasiakkaiden kokemuksia raskauden ehkäisystä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa asiakastyön toteuttamiseen Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajille. Terveydenhoitajat voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia asiakastilanteissa, joissa yli 35-vuotias nainen pohtii hänelle sopivaa raskauden ehkäisymenetelmää. Tutkimustulosten avulla voidaan kuvata perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan asiakkaiden kokemuksia eri raskauden ehkäisymenetelmistä.

Kohderyhmä on rajattu yli 35-vuotiaisiin naisiin, koska raskauden ehkäisyä tarvitaan niin kauan kuin kuukautiskierto toimii (Käypä hoito 2015). Tutkimukselle ei ole asetettu yläikärajaa.

2 Raskauden ehkäisy yli 35-vuotiailla

2.1 Raskauden ehkäisyn valintaan vaikuttavia tekijöitä

Raskauden ehkäisyn ja ehkäisypalveluiden pitäisi olla helposti saatavilla vuoden ympäri. Naisella on oikeus päättää itse, millä menetelmällä haluaa raskautta ehkäistä. Lääkärillä ja terveydenhoitajalla on velvollisuus välittää monipuolisesti tietoa asiakkaalle eri ehkäisymenetelmistä sekä punnita mahdollisten vasta-aiheiden ja terveysriskien vaikutuksia ehkäisymenetelmän valintaan. Ilman asiakkaalle tarjottuja riittäviä tietoja ehkäisymenetelmien tehosta, hyödyistä ja haitoista, ei asiakas voi tehdä päätöksiä oman raskauden ehkäisynsä suhteen. (Käypä hoito 2015.) Useat naiset kokevat saaneensa puutteellisesti tietoa lääkäreiltä esimerkiksi hormonivalmisteiden haittavaikutuksista. Toisten naisten ja median asema tiedonlähteenä on yhä merkittävämmässä roolissa lääkärin ja terveydenhoitajan sijaan. (Tiihonen, Ahonen & Heikkinen 2007, 772.)

Yleisin raskauden ehkäisyyn liittyvä aihe, josta naiset hakevat tietoa internetistä ja erilaisilta keskustelupalstoilta on hormonaalisten ehkäisymenetelmien aiheuttamat haitat. Naisilla on usein tapana yliarvioida hormoniehkäisyn mahdollisia riskejä. Asianmukaisella neuvonnalla voidaan vähentää uskomuksien tai mediakeskustelujen aiheuttamia pelkoja. Väärä informaatio ja pelot voivat johtaa raskauden ehkäisyvalmisteiden käytön omatoimiseen lopettamiseen. (Käypä hoito 2015.)

Terveen, tupakoimattoman ja normaalipainoisen naisen ehkäisymenetelmien valikoima on samanlainen iästä riippumatta vaihdevuosiin saakka. Iän mukanaan tuomat riskitekijät pitää kuitenkin ottaa huomioon raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa. Riskitekijöitä voivat olla sukurasite sydän- ja verisuonisairauksille, tupakointi yli 35-vuotiailla, hypertensio verenpainetasosta riippuen, korkea ikä, diabetes, sairastettu laskimotukos tai sydäninfarkti, sydämen läppävika, vaikea maksirroosi ja migreeni. On myös tärkeä huomioida, että naisen ikääntyessä verisuonitukoksien riskitekijät, kuten ylipaino, kohonnut verenpaine ja metaboliset sairaudet yleensä lisääntyvät. (Käypä hoito 2015.)

Ylipainoa ei sellaisenaan lasketa vasta-aiheeksi millekään raskauden ehkäisy-
menetelmälle, mutta se lisää huomattavasti yhdistelmähormoniehkäisyyn liitty-
vää laskimotukosten riskiä. Edellä mainitut sairaudet voivat johtaa jopa hengen-
vaaraan raskauden tai synnytyksen yhteydessä. Tällöin luotettava ehkäisy on en-
siarvoisen tärkeässä asemassa. (Käypä hoito 2015.)

Päihteiden käyttö voidaan liittää epäonnistuneeseen raskauden ehkäisyyn ja siitä
aiheutuviin toistuviin raskauden keskeytyksiin. Päihteiden käyttäjälle suositellaan
siis raskauden ehkäisymenetelmäksi valmistetta, joka on pitkäkestoinen eikä
vaadi päivittäistä muistamista. Tällaisia valmisteita ovat muun muassa kierukat
sekä ehkäisykapseli. Raskauden ehkäisymenetelmän käytön lopettamisen syy
on usein myös ilman päihteiden vaikutusta käytön vaikeus, johon liittyy vahvasti
edellä mainittu päivittäisen muistamisen haastavuus. (Käypä hoito 2015.)

Ehkäisyn tehokkuuden lisäksi raskauden ehkäisymenetelmän käyttäjälle tärkeim-
piä tekijöitä ovat valmisteen turvallisuus sekä haittavaikutusten vähäisyys. Ylei-
simmin syy raskauden ehkäisymenetelmän käytön keskeytykselle löytyy mene-
telmän lievistäkin haittavaikutuksista, joten niiden käsittely on tärkeää. (Käypä
hoito 2015.)

Suurentunut riski laskimotukoksiin voidaan yhdistää vain yhdistelmäehkäisyval-
misteiden käyttöön. Tupakoimattomalla yhdistelmäehkäisyn käyttäjällä riski las-
kimotukoksiin on pienempi kuin esimerkiksi raskauteen liittyvä laskimoveritukos-
riski. Tupakoivalla yhdistelmäehkäisyn käyttäjällä laskimotukosriski on 1,3-kertai-
nen. Myös ylipaino suurentaa yhdistelmäehkäisyvalmisteisiin liittyvää laskimotu-
kosriskiä. (Käypä hoito 2015.)

Myös raskauden ehkäisyvalmisteen käytön helppous ja mahdolliset terveyshyö-
dyt vaikuttavat valmisteen valintaan (Käypä hoito, 2015). Kondomi on eniten käy-
tetty ehkäisymenetelmistä. Se on kuitenkin sterilisaation ohella ehkäisymene-
telmä, joka ei vaikuta muihin oireisiin, joihin yleensä haetaan helpotusta raskau-
den ehkäisymenetelmillä, kuten vuodon määrän pienentämiseen, kuukautiskipu-
jen lievittämiseen ja kierron tasaamiseen. Kondomi on tosin ainut ehkäisymene-
telmä, jolla on terveyshyötynä suoja sukupuoliteitse tarttuviin tauteihin. Raskau-

den ehkäisyvalmisteiden aiheuttamista terveyshyödyistä naiset mainitsevat useimmin kuukautiskierron säännölistymisen, kuukautisvuotojen harvenemisen ja kuukautiskipujen lievittymisen. (Hurskainen 2008, 467; Käypä hoito 2015.) Lääkärin tai terveydenhoitajan olisi tärkeää huomioida valmisteiden hinta, sillä se on monille käyttäjille merkityksellinen. (Käypä hoito 2015).

Yhteenvetona voidaan todeta, että ehkäisy menetelmän valinnan tulee perustua asiakkaiden toiveisiin, mutta myös realistiseen tilanneselvitykseen (Käypä hoito 2015).

2.2 Raskauden ehkäisy menetelmän seuranta

Raskauden ehkäisy menetelmän seurannalla nähdään, onko ehkäisy menetelmä vielä sopiva ja käytetäänkö sitä oikein. Seurannalla selvitetään myös onko valmisteiden käytöstä aiheutunut mahdollisia haittoja tai riskitekijöitä, jotka vaikuttavat ehkäisy menetelmän käytön jatkamiseen. Myös mahdollisten vasta-aiheiden osalta tilanne tarkistetaan. Olisi suositeltavaa, että ehkäisyvalmisteiden käyttäjiltä selvitetäisiin 1–2 vuoden välein ainakin verenpaine, paino ja painoindeksi (BMI), tupakointi ja päihteiden käyttö, migreeni sekä oman tai lähisukulaisten terveydentilan muutokset (sisarukset, omat vanhemmat ja lapset). Lisäksi pitäisi ottaa kohdunkaulan irtosolukoe, kansallisten suositusten mukaisesti. (Käypä hoito 2015.)

Terveydenhoitajien ja lääkäreiden tulisi olla neuvonnassa aloitteellisia ja kysyä raskauden ehkäisyyn liittyvistä naisen ja mahdollisesti myös puolison huolista. Näin voidaan parhaiten edistää raskauden ehkäisy menetelmän käytön jatkuvuutta ja välttää tarpeettomia ja omatoimisia raskauden ehkäisyvalmisteiden käytön keskeyttämisistä. (Käypä hoito 2015.)

3 Raskauden ehkäisy menetelmät

3.1 Yhdistelmä hormoniehkäisy

Hormonaaliset ehkäisy menetelmät jaetaan yhdistelmä ehkäisyvalmisteisiin sekä pelkkää keltarauhashormonia sisältäviin menetelmiin. Yhdistelmä ehkäisyvalmisteet sisältävät naishormonia eli estrogeenia, joita voivat olla valmisteesta riippuen esimerkiksi etinyyliestradioli, estradiolihemihydraatti tai estradiolivaleraatti sekä

keltarauhashormoni eli progестиini. Progестиini vaihtelee myös valmisteesta riippuen. Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ovat suun kautta otettavat yhdistelmäehkäisytabletit, emättimeen asetettava ehkäisyrengas ja iholle kiinnitettävä ehkäisytaikari. Pelkkää keltarauhashormonia sisältäviin ehkäisy menetelmiin kuuluvat suun kautta otettavat minipillerit, kohdun sisäinen hormonikierukka, kolmen tai viiden vuoden ehkäisykapseli eli implantti sekä kolmen kuukauden välein lihakseen annettava progестиini-injektio. (Tiitinen 2013a; Käypä hoito 2015.)

Yhdistelmäehkäisytabletit sisältävät naissukuhormonia eli estrogeenia ja keltarauhashormonia eli progестиinia. Ehkäisyteho perustuu siihen, ettei munarakkula kypsyy eikä munasolu näin irtoa. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet siis estävät ovulaation. Yhdistelmäehkäisytablettien ehkäisyteho on erittäin hyvä ja terveyshyödyt kattavat. Ne mahdollistavat hyvän syklikontrollin, vähentävät vuodon määrää, mahdollistavat kuukautisten ajoittamisen mahdollisuuden, vähentävät PMS- eli premenstruaalioireilua sekä auttavat kivun hallinnassa. Niillä on todettu olevan myös positiivinen vaikutus ihoon, sillä ne vähentävät ihon rasvaisuutta ja aknea. (Kivijärvi 2013b, 2216; Käypä hoito 2015.) Yhdistelmäehkäisytabletit ehkäisevät kohdunrungon ja munasarjojen syövältä (Kivijärvi 2013b, 2218). Yhdistelmähormoniehkäisyllä on lisäksi vaihdevuosisoireilua helpottavia vaikutuksia (Tiihonen, 2012, 3).

Yhdistelmähormoniehkäisyn käytön vasta-aiheita yli 35-40-vuotiailla ovat tupakointi, migreeni, kohonnut verenpaine tai verenpainetauti, sepelvaltimotauti, tukostaipumus tai aiemmin sairastettu laskimotukos, rasva-aineenvaihdunnan häiriö, maksan vajaatoiminta, sappikivitauti, rintasyöpä, elinvarioita aiheuttanut diabetes sekä selkeä sukurasiite edellä mainituille vasta-aiheille. Yli 35-vuoden ikä ja tupakointi muodostavat ehdottoman esteen yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käytölle. Jos naisella ei ole mainittavia riskitekijöitä, yhdistelmäehkäisyn käyttöä voidaan jatkaa menopaussiin asti. (Käypä hoito 2015.)

Yhdistelmähormoniehkäisyn käyttöön liittyy suurentunut riski iskeemiseen aivoinfarktiin (Backman, Metsä-Heikkilä & Tuppurainen 2008, 447). Yhdistelmätablettien käyttö voi nostaa verenpainetta, ja käyttäjiltä pitäisikin muistaa mitata verenpaine puolen vuoden kuluttua menetelmän aloittamisesta ja vuosittain sen jälkeen. Jos potilaan verenpaine on toistuvissa mittauksissa yli 140/90mmHg, on

syytä siirtyä progestiiniehkäisyyn tai ei-hormonaaliseen ehkäisyyn. Jos käyttäjällä alkaa esiintyä mielialamuutoksia tai päänsärkyä, on valmisteiden vaihtaminen suositeltavaa. Muita mahdollisia haittavaikutuksia ovat tiputteluvuoto, sukupuolinen haluttomuus, rintojen arkuus sekä painonnousu. Yhdistelmäehkäisymenetelmistä vain injektiomuotoisen ehkäisyn tiedetään lisäävän osteoporoosiriskiä. (Kivijärvi 2013b, 2218.) Yhdistelmäehkäisytablettien käyttäjistä noin 35–52 % keskeyttää käytön kolmen kuukauden kuluttua käytön aloituksesta (Käypä hoito 2015).

3.2 Systeminen progestiiniehkäisy

Keltarauhashormonivalmisteet eli minipillerit, ehkäisykapseli sekä injektiomuotoinen progestiini kuuluvat systeemiseen progestiiniehkäisyyn ja ne sisältävät pelkkää keltahormonijohdannaisia. Käyttäjän mahdollinen korkea ikä ei ole ollut koskaan vasta-aihe progestiiniehkäisylle, sillä sen ehkäisyteho perustuu kohdunkaulan liman muuttumiseen epäsuotuisaksi siittiöiden läpäisylle. Kohdun limakalvo muuttuu myös epäsuotuisaksi alkion kiinnittymiselle. Lisäksi munarakkulan kypsyminen ja puhkeaminen häiriintyy. Haittavaikutuksina voi esiintyä tiputteluvuotoa sekä ihon rasvoittumista ja aknea. (Käypä hoito 2015.) Raskaudenehkäisymenetelmänä eivät minipillerit ole myöskään yhtä helppokäyttöisiä kuin yhdistelmäehkäisytablettit, sillä ne on muistettava ottaa säännöllisemmin kuin ehkäisytablettit (Tiitinen 2013a). Toisaalta minipillereitä voidaan käyttää myös imetyksen aikana (Kivijärvi 2013a,1336). Progestiiniehkäisy käy erinomaisesti niille, joille yhdistelmäehkäisyn käyttö on vasta-aiheinen (Käypä hoito 2015). Myös veritulpan sairastaneet, verenpainetautiin sairastavat, diabeetikot, tupakoivat ja migreeniä sairastavat voivat käyttää turvallisesti keltarauhashormonivalmisteita. Rintasyövän sairastaneelle progestiiniehkäisyä ei kuitenkaan suositella. (Tiitinen 2013a.)

Jos minipillereiden säännöllinen muistaminen tuottaa ongelmia, voi usean vuoden ehkäisytehon antava keltarauhashormonikapseli eli implantti olla toimivampi vaihtoehto (Kivijärvi 2015; Käypä hoito 2015). Implantti asennetaan olkavarren ihon alle paikallispuudutuksessa. Injektiomuotoisessa progestiinissa (medroksi-

progesteroniasetaatti) progestiini annostellaan pistoksena lihakseen kolmen kuukauden välein. Valmiste on hinnaltaan edullinen. Injektioehkäisyntä käyttö on Suomessa tällä hetkellä erittäin vähäistä. (Kivijärvi 2015.)

3.3 Kierukkaehkäisy

Kuparikierukan ehkäisymekanismi on vielä osin tuntematon, mutta todennäköisesti se vaikuttaa estämällä munasolun hedelmöitymisen. Kuparikierukka vaikuttaa myös kohdunsuun limaan tehden siitä sitkeää, jolloin siittiöiden on vaikea päästä hedelmöittämään munasolua. Kohdun limakalvon rakenne muuttuu myös epäsuotuisaksi hedelmöittyneen munasolun kohtuonteloon kiinnittymiselle. Kuparikierukka on turvallinen ja varma ehkäisymenetelmä ja toimiva silloin, kun halutaan pitkäaikaista ehkäisyä ilman hormonaalista vaikutusta. Kuparikierukkaa suositellaan jo synnyttäneelle, vakituksessa parisuhteessa olevalle naiselle. (Tiitinen 2013b.) Runsaat kuukautisvuodot ovat yleensä vasta-aihe kuparikierukalle, sillä menetelmä lisää vuodon määrää noin 50 % (Hurskainen 2008, 467).

Hormonikierukasta oli vuonna 2015 markkinoilla kahta valmistetta. Toisen valmisteen käyttöaika on kolme vuotta ja toisen viidestä vuodesta mahdollisesti jopa seitsemään vuoteen. Molempien valmisteiden vaikuttava hormoni on levonorgestreeli eli synteettinen keltarauhashormoni, jota vapautuu kohtuonteloon aiheuttaen kohdun limakalvon lepotilan. Tällöin vuodot niukkenevat ja kivut vähenyvät. Hormonikierukka ehkäisee raskauksia erinomaisesti ja sen ehkäisyteho on jopa luotettavampi kuin sterilisaatiolla. Käytön ensimmäisten kuukausien aikana, mahdollisesti kuuteen kuukauteen saakka, saattaa esiintyä tiputteluvuotoa. Ihon rasvoittuminen on myös toinen progestiinin käytön haittavaikutus. Hormonikierukka ei ole tulehduksia lisäävä tekijä. (Tiitinen 2015.)

Käytännössä tehokkaimpia raskaudenehkäisymenetelmiä ovat kierukat ja myös ehkäisy-kapseli, koska niihin ei liity käyttäjävirheitä, joilla tarkoitetaan useimmiten unohduksia. Hormonikierukan ehkäisyteho on jopa parempi kuin yhdistelmäehkäisytableteilla tai sterilisaatiolla. (Käypä hoito 2015.)

3.4 Muut ehkäisymenetelmät

Muita raskauden ehkäisymenetelmiä on esimerkiksi kondomi, joka on ennen yhdyntää siittimen päälle vedettävä kuminen pussi. Se estää raskauden ehkäisemällä siemennesteen pääsyn emättimeen. (Duodecim 2015.) Muita menetelmiä ovat myös kohdunsuuta vasten asetettava lateksinen kuppi eli pessaari, siittiötä tuhoava aine eli spermisidi, ehkäisysieni, keskeytetty yhdyntä, sterilisaatio sekä rytmimenetelmä (Tiitinen 2013a). Ainoa raskauden ehkäisymenetelmä, joka suojaa sukupuolitaudeilta on kondomi (Käypä hoito 2015). Rytmimenetelmässä nainen voi selvittää niin sanotut varmat päivät kuukautiskierrosta laskemalla hedelmälliset päivät, mittaamalla peruslämpöä tai seuraamalla kohdunkaulan erittämän liman erittymistä sekä laatua (Tiitinen 2013a). Rytmimenetelmät ja keskeytetty yhdyntä eivät ole luotettavia raskauden ehkäisymenetelmiä (Käypä hoito 2015).

Sterilisaatio valitaan usein ehkäisymenetelmäksi, kun halutaan pysyvää ja lopullista ehkäisymenetelmää. Sterilisaatio voidaan tehdä minilaparotomiassa, jolloin munajohtimet katkaistaan. Sterilisaatio voidaan suorittaa myös vatsaontelon täyhystyksessä. Täyhystyksen avulla tehdyssä sterilisaatiossa munajohtimet tukitaan sähkökoagulaatiolla tai puristimilla päiväkirurgisena toimenpiteenä. Sterilisaatio on mahdollista tehdä nykyään myös polikliinisesti hysteroskopiolla eli kohdunontelon täyhystyksellä ilman anestesiaa. Toimenpiteessä asetetaan munajohtimiin spiraalin muotoiset, munajohtimet lopullisesti kolmessa kuukaudessa tukkivat mikroimplantit. Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan sterilisaatio on kustannustehokasta vasta kuuden vuoden jälkeen toimenpiteestä. Tästä syystä sterilisaatio ei ole 45 ikävuoden jälkeen kustannustehokkain tapa raskauden ehkäisyyn. (Vainio 2012, 1646.)

Raskauden ensimmäisien kuukausien aikana imetys voi suojata raskaudelta. Suoja ei ole kuitenkaan täysin luotettava. Jos äiti täysimettää, kuukautiset puuttuvat ja lapsi on alle kuusi kuukautta, on ehkäisyteho verrattavissa kondomiin. (Suhonen 2010, 3033.)

4 Ehkäisymenetelmän merkitys nykyajan naisen elämässä

4.1 Perheen moninaistuminen

Oikeus on määritellyt Suomessa suhteensa perheisiin neutraaliuden periaatteen pohjalta 1960-luvun lopulta lähtien (Pylkkänen 2008, 71). Pylkkänen (2008, 71) viittaa tekstissään aikaisempiin tutkimuksiin, joissa todetaan, että 2000-luvun Suomessa perheoikeudellinen säätely ja perheoikeustiede perustuvat siihen, että parisuhde koostuu kahden ihmisen vapaasta sopimuksesta, ja että laki rajoittaa tai määrittää vanhemmuutta lähinnä lapsen edun periaatteen pohjalta. Perheeseen liittyviä säännöksiä on pyritty vähentämään kaiken aikaa ja tavoitteena on ollut jättää ne ihmisten omien valintojen varaan (Pylkkänen 2008, 71-72).

Viime vuosikymmenten aikana perhemuodot ovat moninaistuneet ja perheen määrittely onkin käynyt entistä haasteellisemmaksi (Paajanen 2007, 7). Tilastokeskuksen määritelmän mukaan *perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen sekä avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia* (Suomen virallinen tilasto 2016). Perhe muodostuu siis yhä useammin muun kuin elinikäisessä heteroseksuaalisessa parisuhteessa elävän naisen ja miehen ja näiden biologisten lasten muodostamasta joukosta. Perhe-elämän moninaistumisen myötä ydinperheideaalin mukainen käsitys perheestä on muuttunut. Tätä ilmiötä selitetään korkealla eronneisuudella, uusien liittojen yleisyydellä, adoptiolla, luovutettujen munasolujen kautta syntyneillä perheillä ja samaa sukupuolta olevien puolisoiden perhekköönpanoilla. (Castrén & Högbacka 2014, 106.)

Vuoden 2014 lopussa Suomessa oli 1 474 000 perhettä ja perheisiin kuului 75 prosenttia koko väestöstä. Avioparien muodostamia perheitä kaikista perheistä oli 65 prosenttia, avoparien muodostamia perheitä 23 prosenttia ja yhden vanhemman muodostamia perheitä 12 prosenttia. Uusperheitä oli 52 000 ja rekisteröityjen samaa sukupuolta olevien parien muodostamia perheitä oli hieman yli 2 000. (Suomen virallinen tilasto 2015b.)

Perhe-elämän moninaistumista on tukenut lainsäädännön muuttuminen viimeisen 15-vuoden aikana. Laki rekisteröidystä parisuhteesta tuli voimaan vuonna

2002 ja tämä lakimuutos mahdollisti juridisesti kaksi kokonaan uutta perhetyyppeä, rekisteröidyt miesparit ja rekisteröidyt naisparit (Paajanen 2007, 10). Vuonna 2006 astui voimaan hedelmöityshoitolaki, joka mahdollisti hedelmöityshoidot myös itsellisille naisille ja naispareille. Perheen sisäisen adoption mahdollisuus hyväksyttiin vuonna 2009 rekisteröidyssä parisuhteessa eläville pareille, ja vuonna 2011 tuli voimaan sosiaalisen äidin mahdollisuus isyysvapaisiin. (Moring 2013, 83.) Muutos tasa-arvoisesta avioliittolaista vahvistettiin helmikuussa 2015 ja se tulee voimaan vuonna 2017 (Oikeusministeriö 2015). Uusi avioliittolaki tulee takaamaan sen, että kaikki parit tulevat olemaan lain edessä yhdenvertaisia (Tasa-arvoinen Suomi ry 2013).

4.2 Naisen asema työelämässä

Naisten vapautuminen työelämään on mahdollistanut sukupuolista tasa-arvoistumista, mutta edelleen miesten asemaa yhteiskunnassa pidetään naisten asemaa parempana. Naisten vastuu lapsista on huomattavasti suurempi kuin miesten. Yli puolet sekä naisista että miehistä arvioi, ettei miehiä kannusteta työpaikoilla riittävästi pitämään lastenhoitovapaata ja miesten pidempiin perhevapaisiin suhtaudutaankin huomattavasti nihkeämmin kuin naisten. (Kiianmaa 2012, 71 - 73.)

Perhevapaiden käytöstä koituu työpaikoilla kustannuksia, järjestelyjä sekä lisätyötä työnjohdolle ja koko työyhteisölle (Kivimäki & Otonkorpi-Lehtoranta 2003, 108). Suomalaiset työmarkkinat ovat jakautuneet selkeästi sukupuolen mukaan, ja miehet käyttävät lakisääteisiä perhevapaita paljon vähemmän kuin naiset. Naisten asema työmarkkinoilla on tästä syystä miehiä huonompi. (Metsämäki 2005, 17.) Naisten suurempi vanhempainvapaiden käyttö heijastuu ura -ja palkkakehitykseen sekä työnsaantimahdollisuuksiin (Salmi & Lammi-Taskula 2010, 3). Vaikka miesten osallistuminen lastenhoitoon on vuosikymmenten kuluessa lisääntynyt jatkuvasti, on pidempien vanhempainvapaiden pitäminen edelleen isille hyvin harvinaista. (Metsämäki 2005, 17.)

Naisten ongelmat ovat kärjistyneet varsinkin julkisella sektorilla määräaikaisten työsuhteiden yleistyessä. Naisen määräaikainen työsuhte ennen lapsen syntymää on eniten selittävä tekijä sille, että nainen on pitkään kotona kotihoidon tu-

ella. Perhevapaa pitenee kun naisella ei ole työpaikkaa, johon voisi palata. Määräaikaisia työsuhteita jätetään myös jatkamatta, kun nainen on jäämässä perhevapaalle. (Salmi & Lammi-Taskula 2010, 3.)

Perhevapaiden käyttö heijastuu naisten palkkoihin, ja naisten palkat ovatkin keskimäärin 80 prosenttia miesten palkoista. Palkkaeroa oikeutetaan naisten poisoloilla työelämästä perhevapaiden vuoksi. Perhevapailla olevan naisen palkka jää jälkeen työssä olevien naisten palkoista ainakin parin vuoden ajaksi, sitä selvemmin ja sitä pidemmäksi aikaa, mitä kauemmin nainen on ollut perhevapaalla. Tämä vaikuttaa myös naisen tuleviin eläkkeisiin. (Salmi & Lammi-Taskula 2010, 3.) Salmi ja Lammi-Taskula (2010, 3) toteavat, että naisten syrjintä työelämässä ei vähene ennen kuin miehet käyttävät vanhempainvapaista merkittävän osan, ja vanhemmuus lakkaa työelämässä olemasta pelkästään naisiin liitetty asia.

Lasten hankinnasta naisen hedelmällisen iän viimeisellä vuosikymmenellä on kaikissa länsimaissa tullut viimeisen 30 viime vuoden aikana kasvava trendi. Tämän ilmiön syiksi mainitaan naisten työelämän ja perheen yhteensovittamisen ongelmat, naisten korkea koulutus sekä avioerojen runsaus. Vielä 1900-luvun alkupuolella Suomessa syntyneet naiset saivat viimeisenkin lapsensa 31-34-vuotiaina. (Sainio ym. 2010, 3129.) Nykyään kaikkien synnyttäjien keski-ikä on Suomessa jo 30,5 vuotta (Suomen virallinen tilasto 2015a). Vielä 1970-luvulla se oli 26,8 vuotta. 1970-luvulla yli 35-vuotiaita synnyttäjiä oli 7 % kun nykyään yli 35-vuotiaita synnyttäjiä on jo 20 %. Yli 40 vuotiaita synnyttäjiä on lähes 4 %, kun vielä 1970-luvulla heitä oli vain vähän yli 1 %. (Sainio ym. 2010, 3129.)

Kansainvälisten vertailujen mukaan hyvä perhepolitiikka tukee sekä työhön osallistumista että syntyvyyttä. Äitien epävakaa asema työmarkkinoilla myöhentää lasten hankintaa ja saattaa alentaa perheen lapsilukua. Kun isien vanhempainvapaan käyttö työmarkkinoilla lisääntyy, äitien asema työmarkkinoilla paranee, mikä rohkaisee lasten hankintaan. (Salmi & Lammi-Taskula 2010, 6.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, mitä raskauden ehkäisymenetelmiä yli 35-vuotiaat Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan naisasiakkaat

käyttivät, ja mitkä tekijät olivat vaikuttaneet menetelmän valintaan. Tarkoituksena oli myös kuvata Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan yli 35-vuotiaiden naisasiakkaiden kokemuksia raskauden ehkäisystä.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa asiakastyön toteuttamista varten hyödynnettävää tietoa Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajille. Terveydenhoitajat voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia asiakastilanteissa, joissa yli 35-vuotias nainen pohtii hänelle sopivaa raskauden ehkäisymenetelmää. Tutkimustulosten avulla voidaan tuoda esille tutkimukseen osallistuneiden perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan asiakkaiden kokemuksia eri raskauden ehkäisymenetelmistä. Näin asiakkaat voivat punnita sekä arvioida erilaisista ehkäisymenetelmiä kyselyyn vastanneiden asiakkaiden kokemusten pohjalta. Opinnäytetyö voi näin auttaa perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajia tai muita terveydenhuoltoalan ammattilaisia valitsemaan yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaalle parhaiten sopivan raskauden ehkäisymenetelmän.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä raskauden ehkäisymenetelmiä yli 35-vuotiaat Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan naisasiakkaat käyttivät?
2. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan yli 35-vuotiaiden naisasiakkaiden raskauden ehkäisymenetelmän valintaan?
3. Millaisia kokemuksia Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan yli 35-vuotiailla naisasiakkailta on heidän tämän hetkisestä raskauden ehkäisymenetelmästä?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yli 35-vuotiaat naiset, jotka olivat Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan asiakkaita. Tutkittavat naisasiakkaat tarvitsivat tai käyttivät raskauden ehkäisymenetelmää.

Opinnäytetyön suunnitteluun ja kyselyn toteuttamiseen saatiin apua Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajilta. Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvola vastaa perhesuunnittelusta ja raskauden ehkäisyasioista Lappeenrannan alueella. Perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolasta saa tietoa ja ohjausta perhesuunnitteluun ja raskaudenehkäisyyn liittyvissä asioissa. Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolassa työskentelee kolme terveydenhoitajaa, joista kaksi työskentelee viitenä päivänä viikossa ja yksi 2,5 päivää viikossa. Perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolassa toimii myös lääkärin vastaanotto 2,5 päivänä viikossa. Kahdella Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajalla on rajattu lääkkeenmääräämisoikeus (EKSOTE 2014).

Vuonna 2015 Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolassa kävi noin 2570 yksittäistä asiakasta. Tähän määrään on laskettu yhteen niin terveydenhoitajalla kuin lääkärilläkin käyneet yksittäiset asiakkaat. Näistä käynneistä yli 35-vuotiaita yksittäisiä naisasiakkaita oli 740 ja heistä 514 kävi terveydenhoitajan vastaanotolla, loput 226 kävivät lääkärin vastaanotolla. Kaikkiaan käynntejä oli yhteensä 3737, sillä osa asiakkaista kävi terveydenhoitajan ja/tai lääkärin vastaanotolla useammin kuin yhden kerran. Yli 35-vuotiaiden naisasiakkaiden käynntejä oli kaiken kaikkiaan 1103.

6.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston keruu

Opinnäytetyön lähestymistavaksi valittiin määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus, jotta tutkimuksen tieto olisi totuudellista. Koska tutkimus tutkii tiettyyn kohderyhmään liittyvää käyttäytymistä, antaa kvantitatiivinen tutkimus luotettavamman tuloksen kuin vain laadullisesti suoritettu tutkimus. (Kurkela 2015.)

Kyselyn avulla saatiin parhaiten tietoa tutkittavasta aiheesta, sillä strukturoitujen kysymysten avulla vastausten käsittely yksinkertaistui, ja minkä avulla pystyttiin myös torjumaan tiettyjä virheitä. Huomioon otettiin myös se, että kaikki vastaajat eivät välttämättä olleet kielellisesti lahjakkaita, eivätkä vastaajat välttämättä osanneet muotoilla vastauksiaan. Jotkut vastaajista saattoivat vältellä esimerkiksi kri-

tiikin antamista. Kun vastaajille tarjottiin jo valmiita vastausvaihtoehtoja, vastaaminen ei estynyt kielivaikeuksien takia, ja vastaajan oli myös helpompi antaa moittivia tai arvostelevia mielipiteitä. (vrt. Heikkilä 2014, 49.)

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Kyselytutkimus on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa, kun tutkittavia on lähtökohtaisesti paljon (vrt. Heikkilä 2014, 17). Kyselylomakkeen perustana oli kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus.

Kyselylomakkeessa oli kaiken kaikkiaan 21 kysymystä. Kyselylomake sisälsi 10 strukturoitua kysymystä, 4 neliportaista kysymystä, 4 avointa kysymystä ja 3 sekamuotoista kysymystä. Avoimet kysymykset olivat tärkeitä, sillä tutkimuksen kannalta oli merkittävää saada selville, oliko asiakas tyytyväinen sillä hetkellä käytössä olevaan raskauden ehkäisymenetelmään.

Strukturoituihin kysymyksiin vastausvaihtoehdot oli annettu valmiiksi. Kolmeen sekamuotoiseen kysymykseen vastausvaihtoehtoihin oli annettu lisäksi myös *Muu, mikä?* -vastausvaihtoehto, johon vastaaja sai lisätä sellaista informaatiota, joka valmiiksi annetuista vaihtoehtoista puuttui. Näillä sekamuotoisilla kysymyksillä pystyttiin varmistumaan siitä, että kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot otettiin huomioon (vrt. Heikkilä 2014, 50).

Neliportaisten kysymysten vastausvaihtoehdot annettiin Likertin asteikolla 1-4, jossa 1 = Ei merkittävä ja 4 = Merkittävä tai 1 = Ei lainkaan ja 4 = Erittäin paljon. Täysin neutraali vastausvaihtoehto jätettiin tarkoituksella pois vastausvaihtoehtoista.

Avointen kysymysten avulla vastaaja pystyi myös perustelemaan, miksi hän oli tai ei ollut tyytyväinen raskauden ehkäisymenetelmäänsä. Avoimet kysymykset rajattiin vastausten informaatioarvon säilyttämiseksi. Kyselylomakkeessa kysyttiin myös ikä avoimena kysymyksenä, sillä se luokiteltiin vasta, kun lopullinen aineisto oli koossa. Muita avoimia kysymyksiä olivat asuinpaikkakunta ja ammatti.

Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolaan toimitettiin 60 kappaletta kyselylomakkeita, 60 kappaletta saatekirjeitä sekä yksi palautuslaatikko, johon

täytetyt kyselylomakkeet oli tarkoitus palauttaa. Vähimmäistavoitteeksi palautuneille kyselylomakkeille oli asetettu 50 kappaletta. Täytettyjä kyselylomakkeita palautui 56 kappaletta.

Kysely toteutettiin yhteistyössä Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajien kanssa. Terveydenhoitajien kanssa sovittiin siitä, kuinka kyselylomakkeiden jakelu suoritettaisiin. Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan terveydenhoitajat antoivat kyselyn asiakkaalle tämän lähtiessä vastaanotolta. Asiakasta pyydettiin täyttämään kysely vastaanoton jälkeen odotusaulassa. Vastaaja täytti kyselylomakkeen itse ilman tutkijoiden läsnäoloa. Kysely toteutettiin nimettömänä, sillä tutkittava aihe oli sensitiivinen. Asiakkaat palauttivat kyselylomakkeen aulassa olleeseen palautuslaatikkoon.

Tutkimuslupa tutkimuksen suorittamista varten saatiin 17.4.2015. Kyselylomakkeita kerättiin 18.5 – 4.11.2015.

6.3 Aineiston analysointi

Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti käyttäen IBM SPSS Statistics 23.0 –ohjelmaa. Tuloksia tarkasteltiin lukumäärien, frekvenssien, prosenttien ja keskiarvojen avulla.

Strukturoitujen kysymysten vastaukset syötettiin IBM SPSS Statistics 23.0 –ohjelmaan. Strukturoitujen kysymysten tulokset esitettiin sanallisesti sekä osa tuloksista harkitusti myös kuvin ja taulukoin, jotta tulosten tarkastelu olisi lukijalle mahdollisimman havainnollistavaa. Kyselyn ainoa avoin kysymys analysoitiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä käyttäen luokittelua ja kvantifiointia. Avoimen kysymyksen vastaukset luokiteltiin ensin yksinkertaistetuin ilmaisuin luokkiin, minkä jälkeen samanlaiset ilmaisut kvantifioitiin eli laskettiin, kuinka monta kertaa sama asia esiintyi avoimen kysymyksen vastauksissa.

Muuttuja ikä luokiteltiin kolmeen yhtäsuureen ja yhteen muuta suurempaan luokkaan. Luokkien 1- 3 ikähaitari oli viisi vuotta ja viimeisen luokkaan kuuluivat vastaajat, jotka olivat yli 50–vuotiaita. Koska muuttuja ikä ei ollut tasaisesti jakautunut muuttuja, oli haasteellista määritellä luokat, jotka olisivat sisältäneet mahdollisimman tasaisesti muuttujia. Monien kokeilujen jälkeen päädyttiin ratkaisuun, jossa

luokka yksi sisälsi 35–39–vuotiaat, luokka kaksi sisälsi 40–44–vuotiaat, luokka kolme 45–49–vuotiaat ja luokka neljä yli 50–vuotiaat.

Kyselylomakkeen (Liite 2, kysymys 22) viimeinen neliportainen kysymys jätettiin analysoimatta, sillä vastaukset osoittautuivat ristiriitaisiksi kyselylomakkeen kysymyksen 18 kanssa. Vastaja oli saattanut vastata, että hänen rintasyöpänsä oli vaikuttanut jonkin verran raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa, vaikka kysymyksessä 18 vastaja oli ilmoittanut, että hänellä ei ole rintasyöpää. Osa vastaajista oli vastausten perusteella ymmärtänyt kysymyksen 22 väärin.

7 Tulokset

7.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita palautettiin 56 kappaletta (N=56). Kyselylomakkeisiin vastanneista 35–39-vuotiaita oli 27, 40–44-vuotiaita oli 19, 45–49-vuotiaita yhdeksän ja yli 50-vuotiaita yksi. Kyselyyn vastanneista eniten oli 37-vuotiaita, joita oli 10. (Taulukko 1.)

Ikäluokat	Lukumäärä	Prosenttiosuus (%)
35 – 39 vuotta	27	48,2
40 – 44 vuotta	19	33,9
45 – 49 vuotta	9	16,1
yli 50 vuotta	1	1,8
Yhteensä	56	100,0

Taulukko 1. Tutkimukseen vastanneiden jakaumat iän suhteen

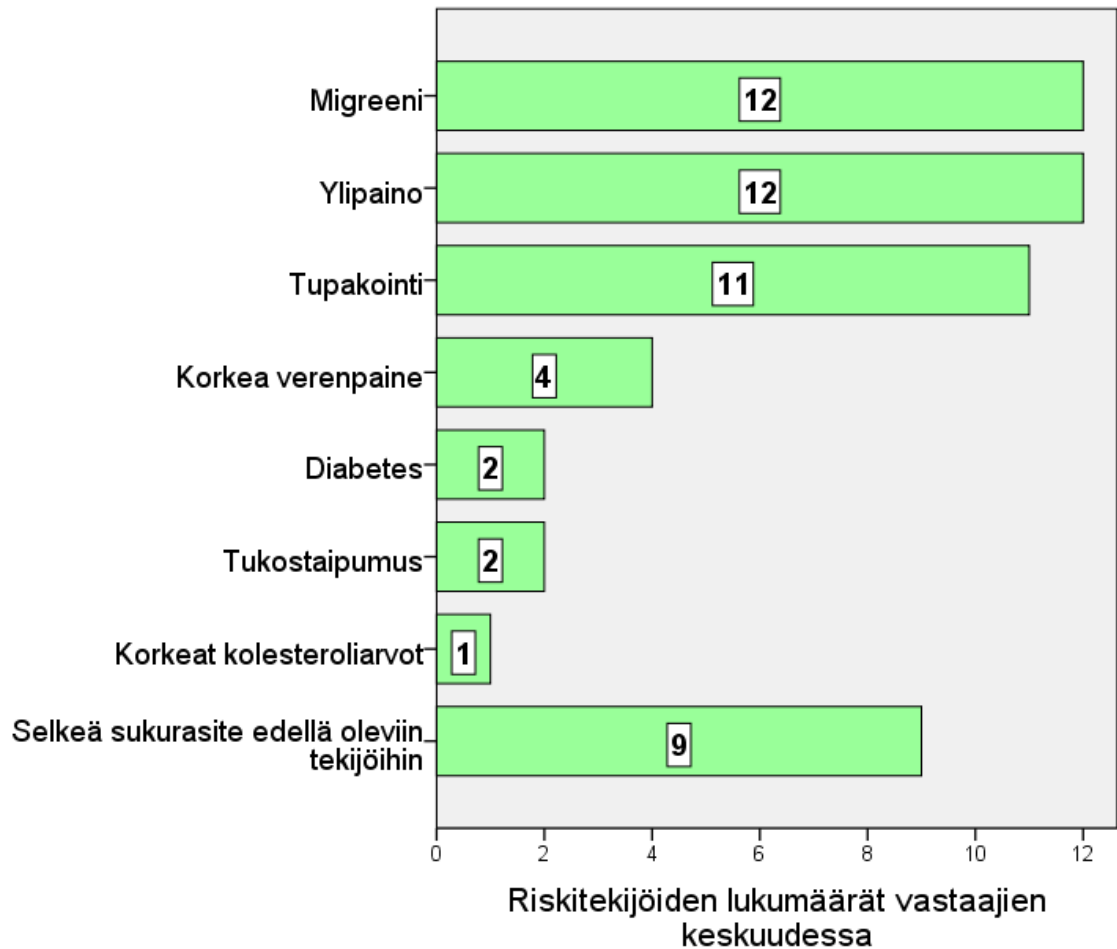
Vastanneista 42 (75%) oli vastaamishetkellä työelämässä. 34 (61%) vastaajaa asui lähiössä, 14 (25%) vastaajaa asui haja-asutusalueella ja 8 (14%) vastanneista asui kaupungin keskustassa.

Vastanneista avioliitossa eläviä oli 26 (46%), avoliitossa eläviä oli 13 (23%), yksineläviä oli 12 (21%) ja parisuhteessa eläviä oli 5 (9%).

49 (88%) vastaajaa ilmoitti, että heillä oli yksi tai useampi lapsi. Vastanneista 11:llä (20%) oli yksi lapsi, 28:lla (50%) oli kaksi lasta, 6:lla (11%) oli kolme lasta, 3:lla (5%) oli neljä lasta ja 2:lla (4%) oli viisi tai enemmän kuin viisi lasta. Kaikista vastanneista 1 (2%) halusi vielä lapsia, 50 (89%) vastaajaa ei halunnut lapsia tulevaisuudessa ja 5 (9%) vastanneista ei tiennyt haluaako lapsia vielä tulevaisuudessa.

55 (98%) vastaajaa ilmoitti, että työura ei ollut vaikuttanut lasten lukumäärään. Yhden vastaajan kohdalla työuralla oli ollut vaikutusta lasten lukumäärään. Yhdenkään vastaajan kohdalla työura ei ollut vaikuttanut kokonaan lasten hankkimatta jättämiseen.

Vastaajista 12 (21%) oli ylipainoisia. Samoin 12 vastaajaa (21%) sairasti migreeniä. Tupakoivia oli 11 (20%). Neljällä (7%) vastaajalla oli korkea verenpaine. Kahdella (4%) oli taipumusta laskimotukoksiin. Yhdellä vastaajista oli korkeat kolesteroliarvot. Yhdelläkään vastanneista ei ollut sepelvaltimotautia. Yhdelläkään vastanneista ei ollut myöskään rintasyöpää vastaushetkellä, eivätkä he olleet sairastaneet sitä aikaisemmin. Yhdeksällä (16%) vastanneista oli selkeä sukurasite jollekin edellä mainituista sairauksista. Riskitekijöiden osuudet näkyvät alla olevassa kuvassa lukumäärinä (Kuva 1).



Kuva 1. Raskauden ehkäisymenetelmään vaikuttavat riskitekijät lukumäärinä (N=56)

7.2 Käytössä oleva raskauden ehkäisymenetelmä

Kaikista suosituin ehkäisymenetelmä vastanneiden keskuudessa oli hormonikie-rukka, sitä ilmoitti käyttävänsä 33 (59%) vastanneista. Toiseksi yleisin raskauden ehkäisymenetelmä oli minipillerit, jotka kuuluvat keltarauhashormonivalmisteisiin. 11 (20%) vastaajaa käytti minipillereitä. Kondomi oli kolmanneksi yleisin raskau- den ehkäisymenetelmä. Neljä (7%) vastanneista käytti ehkäisymenetelmänään kondomia. Yhdistelmäehkäisytabletit sekä ehkäisyrenkas olivat neljänneksi ylei- sin raskauden ehkäisymenetelmä. Kyselylomakkeeseen vastanneista yhtä moni käytti ehkäisymenetelmänään yhdistelmäehkäisytabletteja että ehkäisyrenkasta. Kolme vastaajaa (5%) käytti yhdistelmäehkäisytabletteja. Ehkäisyrenkaan käyttä- jia oli myös kolme (5%). Sterililoituja ja ei ollenkaan ehkäisyä käyttäviä oli yhtä

monta. Yhdelle vastaajista oli tehty sterilisaatio. Samoin yksi vastaaja ilmoitti, että ei käyttänyt minkäänlaista raskauden ehkäisymenetelmää vastaushetkellä.

7.3 Tyytyväisyys käytössä olevaan raskauden ehkäisymenetelmään

49 (88%) vastanneista oli tyytyväisiä sillä hetkellä käytössä olevaan raskauden ehkäisymenetelmäänsä. Kaikki 33 hormonikierukan käyttäjä olivat tyytyväisiä ehkäisymenetelmäänsä. Minipillereitä raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä yhdeksän oli tyytyväisiä ehkäisymenetelmään ja kaksi ei ollut tyytyväisiä. Yksikään kondomia raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä ei ollut tyytyväinen kyseiseen raskauden ehkäisymenetelmään. Kaikki ehkäisyrengasta raskauden ehkäisymenetelmänään käyttävät olivat tyytyväisiä kyseiseen ehkäisymenetelmään. Kaikista yhdistelmäehkäisytabletteja käyttäneistä kaksi oli menetelmään tyytyväisiä, kun taas yksi ei ollut siihen tyytyväinen. Vastaaja, jonka puolisolle oli tehty sterilisaatio, oli tyytyväinen kyseiseen raskauden ehkäisymenetelmään.

7.4 Tietoisuus ehkäisymenetelmän haittavaikutuksista

Yksi vastanneista ei ollut ollenkaan tietoinen raskauden ehkäisyvalmisteen aiheuttamista mahdollisista haittavaikutuksista, kaksi vastanneista (4%) oli vain hieman tietoisia, 31 vastanneista (55%) ilmoitti olevansa kohtuullisen tietoisia ja 21 vastanneista (38%) oli erittäin tietoisia valmisteen mahdollisista haittavaikutuksista. Hormonikierukkaa raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä vastaajista 11 oli erittäin tietoisia, 19 oli kohtuullisen tietoisia ja kaksi oli vain hieman tietoisia valmisteen mahdollisista haittavaikutuksista.

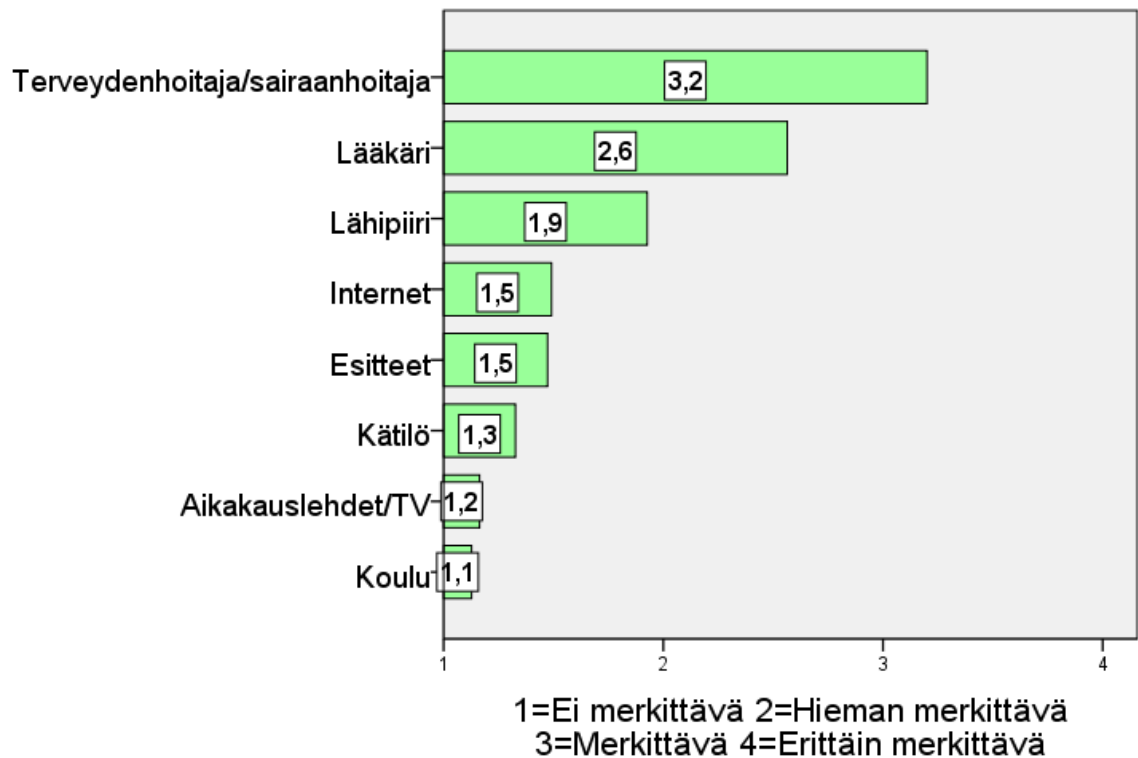
Minipillereitä raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä viisi oli erittäin tietoisia ja kuusi kohtuullisen tietoisia valmisteen mahdollisista haittavaikutuksista. Raskauden ehkäisymenetelmänään kondomia käyttäneistä yksi oli erittäin tietoinen ja kolme vastaajaa oli kohtuullisen tietoisia mahdollisista haittavaikutuksista. Kaksi yhdistelmäehkäisytabletteja raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä oli erittäin tietoisia valmisteen aiheuttamista haittavaikutuksista ja yksi oli kohtuullisen tietoinen. Ehkäisyrengasta raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä kaksi oli erittäin tietoisia ja yksi oli kohtuullisen tietoinen mahdollisista

haittavaikutuksista. Vastaaja, jonka kumppanille oli tehty sterilisaatio, ei ollut lainkaan tietoinen toimenpiteen aiheuttamista haittavaikutuksista.

7.5 Raskauden ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttaneet tekijät

Kyselyssä selvitettiin sitä, mistä saatu tieto on ollut merkittäväntä raskauden ehkäisymenetelmään liittyen. Vastaukset annettiin asteikolla 1=Ei merkittävä, 2=Hieman merkittävä, 3=Merkittävä, 4=Erittäin merkittävä. Vastaaja valitsi sopivimman vaihtoehdon jokaista muuttujaa kohden.

Terveydenhoitajan/sairaanhoitajan antaman tiedon merkityksellisyyden keskiarvoksi saatiin 3,2 eli terveydenhoitaja/sairaanhoitaja koettiin merkittäväksi tiedonlähteeksi raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa (Kuva 2). Lääkäriltä saatu tieto koettiin toiseksi merkittävimmäksi. Keskiarvo lääkärin merkittävyyteen tiedon saannin osalta oli 2,6 eli sekin koettiin merkittäväksi. Lähipiiriltä saadun tiedon merkittävyyden keskiarvo oli 1,9 eli se koettiin hieman merkittäväksi. Internet ja esitteet koettiin yhtä merkittäviksi. Niiden keskiarvo merkittävyyden osalta oli 1,5. Kätilöltä saadun tiedon merkittävyyden keskiarvo oli 1,3. Sitä ei näin ollen koettu merkittäväksi. Aikakauslehdistä/televisiosta saadun tiedon merkityksellisyyden keskiarvo oli 1,2 eli myöskään sitä ei koettu merkittäväksi. Koulusta saatu tieto koettiin kaikista vähiten merkittävimmäksi. Koulusta saadun tiedon merkityksellisyyden keskiarvo oli 1,1 eli se ei ollut vastaajien mielestä merkittävä tiedonlähde raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa.



Kuva 2. Merkittävin tietolähde raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa keskiarvoina ilmoitettuna

Kuukautisvuodon määrän mahdollinen vähentyminen oli helppokäyttöisyyden, turvallisuuden ja luotettavuuden ohella merkittävin raskauden ehkäisymenetelmän vaikutus ehkäisymenetelmää valittaessa (Taulukko 2). Kuukautisvuodon mahdollisen vähentymisen merkittävyyden keskiarvo oli 3,4 eli se oli jonkin verran merkittävää. 34 vastaajaa oli sitä mieltä, että kuukautisvuodon määrän mahdollinen vähentyminen oli raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa erittäin merkittävä tekijä. Viisi vastaajaa oli sitä mieltä, että kuukautisvuodon mahdollisella vähentymisellä ei ollut merkitystä raskauden ehkäisymenetelmän valinnan kannalta. 19 hormonikierukan käyttäjää 33:sta koki, että raskauden ehkäisymenetelmän aiheuttama mahdollinen kuukautisvuodon määrän väheneminen ei ollut lainkaan merkittävää ehkäisymenetelmän valinnan kannalta. Myös seitsemän 11:sta minipillereitä raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä oli sitä

mieltä, että kuukautisvuodon mahdollinen lisääntyminen ei ollut merkittävä ehkäisymenetelmän mahdollinen vaikutus menetelmän valinnan kannalta.

Raskauden ehkäisymenetelmän helppokäyttöisyyden vaikutuksen keskiarvo oli 3,4, joten se oli vastaajien mielestä jonkin verran merkittävää. 38 vastaajaa oli sitä mieltä, että raskauden ehkäisyvalmisteen helppokäyttöisyys oli raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa erittäin merkittävä tekijä. Seitsemän vastaajaa oli sitä mieltä, että ehkäisymenetelmän helppokäyttöisyydellä ei ollut lainkaan merkitystä raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa. 11:sta minipillereitä ehkäisymenetelmänään käyttävästä 8 ja 33:sta hormonikierukan käyttäjästä 22 koki, että valmisteen helppokäyttöisyys oli erittäin merkittävässä roolissa raskauden ehkäisymenetelmän valintaan liittyen. Myös kaikki kolme yhdistelmäehkäisytablettien käyttäjä oli sitä mieltä, että valmisteen helppokäyttöisyys oli raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa erittäin merkittävä tekijä. Puolet eli kaksi kondomia raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä oli sitä mieltä, että ehkäisymenetelmän helppokäyttöisyydellä ei ole lainkaan merkitystä menetelmän valinnan kannalta.

Myös luotettavuuden vaikutuksen keskiarvo raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa oli 3,4. Vastaajista 33 oli sitä mieltä, että ehkäisymenetelmän luotettavuus oli erittäin merkittävä tekijä. Kuusi vastaajaa ei pitänyt raskauden ehkäisymenetelmän luotettavuutta lainkaan merkittävänä asiana ehkäisymenetelmän valinnassa. Puolet eli kaksi kondomia raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä oli vastannut, että raskauden ehkäisymenetelmän luotettavuus ei ollut lainkaan merkittävä tekijä ehkäisymenetelmän valinnassa. Ainoan sterilisaatiota raskauden ehkäisymenetelmänään käyttävän mielestä raskauden ehkäisymenetelmän luotettavuus oli erittäin merkittävässä asemassa ehkäisymenetelmän valinnan kannalta.

Raskauden ehkäisymenetelmän turvallisuuden vaikutuksen keskiarvo oli 3,3. Vastaajista 32 oli sitä mieltä, että raskauden ehkäisymenetelmän turvallisuus oli ehkäisymenetelmää valittaessa erittäin merkittävää. Seitsemän vastaajan mielestä raskauden ehkäisymenetelmän turvallisuudella ei ollut lainkaan merkitystä ehkäisymenetelmän valinnassa.

Säännöllisen muistamisen tärkeys raskauden ehkäisymenetelmän käytössä vaikutti myös ehkäisymenetelmän valintaan keskivertoa enemmän. Myös kipujen lievittyminen ja kuukautiskierron tasaantuminen vaikuttivat keskivertoa enemmän raskauden ehkäisymenetelmän valintaan. Kuukautisvuodon määrän mahdollinen lisääntyminen, mahdollinen tiputteluvuoto, valmisteen hinta, sukupuolinen haluttomuus, positiiviset vaikutukset ihoon, vaihdevuosisoireilujen väheneminen ja ihon mahdollinen rasvoittuminen olivat keskivertoa vähemmän merkittäviä asioita raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa. Taulukko 2 havainnoi raskauden ehkäisyvalmisteiden mahdollisten liitännäisvaikutusten merkitystä raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa.

	Ei lainkaan 1	Hieman 2	Jonkin verran 3	Erittäin paljon 4	Keskiarvo 1 - 4
Kuukautisvuodon määrän mahdollinen vähentyminen	5	0	16	34	3,4
Kuukautisvuodon määrän mahdollinen lisääntyminen	34	5	4	12	1,9
Mahdollinen tiputteluvuoto	27	14	9	5	1,9
Kuukautiskierron tasautuminen	20	8	12	15	2,4
Mahdollinen sukupuolinen haluttomuus	30	11	10	4	1,8
Kipujen lievittyminen	18	7	14	16	2,5
Positiiviset vaikutukset ihoon	34	6	13	2	1,7
Ihon mahdollinen rasvoittuminen	36	12	5	2	1,5
Raskauden ehkäisymenetelmän helppokäyttöisyys	7	1	9	38	3,4
Raskauden ehkäisymenetelmän turvallisuus	7	0	16	32	3,3
Raskauden ehkäisymenetelmän luotettavuus	6	1	15	33	3,4
Vaihdevuosisoireilun väheneminen	39	4	7	5	1,6
Säännöllisen muistamisen tärkeys	17	4	16	18	2,6
Valmisteen hinta	30	11	6	8	1,9

Taulukko 2. Raskauden ehkäisyvalmisteiden mahdollisten liitännäisvaikutusten merkitys raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa lukumäärinä (N=56) sekä keskiarvona

7.6 Vastaajien tyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät

33:sta hormonikierukkaa raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä 28 vastasi avoimeen kysymykseen (Taulukko 3). 20 vastaajaa koki hormonikierukan helpoksi ehkäisymenetelmäksi käyttää. Vastaajat perustelivat helppoutta sillä, että menetelmä ei vaadi päivittäistä muistamista. 21 hormonikierukan käyttäjää

toi vastauksissaan esiin sen, että hormonikierukalla oli positiivinen vaikutus käyttäjien kuukautisiin, sillä käyttäjien kuukautisvuodot olivat joko vähentyneet tai loppuneet kokonaan. Vastaajat myös kokivat kuukautisvuodon poisjäännin olleen elämää helpottava tekijä.

Kaksi hormonikierukan käyttäjää piti positiivisena asiana hormonikierukan pitkäkestoista vaikutusta. Samoin kaksi vastaajaa piti hormonikierukkaa luotettavana raskauden ehkäisymenetelmänä. Kaksi vastaajaa oli myös sitä mieltä, että hormonikierukka vaikutti mielialoihin tasaavasti. Hormonikierukan luotettavuus nousi esille kahdessa vastauksessa. Yksi vastaaja toi esiin hormonikierukan edullisuuden raskauden ehkäisymenetelmänä.

Kaikki hormonikierukkaa käyttäneet vastaajat olivat vastaamishetkellä tyytyväisiä hormonikierukkaan raskauden ehkäisymenetelmänä. Yksi vastaaja kertoi, ettei ollut alkuun tyytyväinen, koska käyttäjällä oli ollut hormonikierukasta aiheutuneita terveysongelmia.

Kahdeksan yhdestätoista minipillereiden käyttäjistä vastasi avoimeen kysymykseen. Neljä vastaajaa piti positiivisena asiana sitä, että kuukautisvuodot olivat joko vähentyneet tai loppuneet kokonaan. Kaksi vastaajaa kertoi minipillereiden toimivan halutulla tavalla. Yksi vastaaja toi esiin käytön helppouden raskauden ehkäisymenetelmänä.

Kaksi avoimeen kysymykseen vastanneista ei ollut tyytyväinen minipillereihin. Yksi vastaajista kertoi, että minipillerit olivat aiheuttaneet paljon tiputteluvuotoa, ja yhden vastaajaan mielestä minipillereillä oli liikaa haittavaikutuksia.

Yksi kolmesta ehkäisyrenkaan käyttäjästä vastasi avoimeen kysymykseen. Hän toi vastauksessaan esiin ehkäisyrenkaan helppokäyttöisyyden ja sen, että ehkäisyrenkaan käyttö ei ollut aiheuttanut sivuvaikutuksia.

Kaikki neljä kondomia raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä vastasi avoimeen kysymykseen. Kolme kondomia raskauden ehkäisymenetelmänään käyttäneistä piti kondomia vaikeakäyttöisenä. Yksi vastaaja ei luottanut kondomin tehoon raskauden ehkäisyssä.

Kaksi kolmesta yhdistelmäehkäisy pillereiden käyttäjästä vastasi avoimeen kysymykseen. Yksi koki kyseisen ehkäisy menetelmän hyvänä, sillä kuukautisvuodot olivat loppuneet kokonaan. Toinen vastaaja ei ollut tyytyväinen yhdistelmäehkäisy pillereihin, koska koki menetelmän vaikeakäyttöiseksi. Alla olevassa taulukossa on esitetty asiakkaiden raskauden ehkäisy menetelmän tyytyväisyyteen ja tyytymättömyyteen vaikuttavat tekijät frekvensseinä (Taulukko 3).

Ehkäisy menetelmä N=44	Tyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät	Tyytymättömyyteen vaikuttavat tekijät
Hormonikierukka (n=28)	kuukautisvuodon väheneminen (n=21) helppokäyttöisyys (n=20) pitkäkestoisuus (n=2) luotettavuus (n=2) mielialan vaihteluiden väheneminen (n=2) edullisuus (n=1)	
Minipillerit (n=8)	kuukautisvuodon väheneminen (n=4) toimivuus (n=2) helppokäyttöisyys (n=1)	tiputteluvuoto (n=1) haittavaikutukset (n=1)
Kondomi (n=4)		vaikeakäyttöisyys (n=3) ei luotettava (n=1)
Yhdistelmäehkäisy pillerit (n=2)	kuukautisvuodon väheneminen (n=1)	vaikeakäyttöisyys (n=1)
Ehkäisy rengas (n=1)	helppokäyttöisyys (n=1) ei sivuvaikutuksia (n=1)	

Taulukko 3. Vastaajien tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden aiheuttajat ilmoitettuna frekvensseinä.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Kyselyyn vastanneista vain 46 prosenttia eli avioliitossa. Kun verrataan tutkimuksesta saatua prosenttia koko Suomen väestöön, jossa avioparien muodostamia

perheitä kaikista perheistä on 65 prosenttia, jää se yllättävän pieneksi. Avoliitossa elävien määrä oli kyselyyn vastanneista sama, kuin koko Suomen alueella, eli 23 prosenttia. Yhden vanhemman muodostamia perheitä oli 21 prosenttia, mikä on yllättävän paljon, kun lukua verrataan koko Suomen alueella yhden vanhemman muodostamiin perheisiin, joka on 12 prosenttia. (Suomen virallinen tilasto 2015b.)

98% tutkimukseen osallistuneista naisista arvioi, että työuralla ei ollut ollut vaikutusta lasten lukumäärään. Tieto oli yllättävää siitä syystä, että aiemmat aiheesta tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että naisten epävakaa asema työmarkkinoilla myöhäistää lastenhankintaa ja saattaa alentaa perheen lapsilukua (Salmi & Lammi-Taskula 2010, 6). Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella työuralla ei siis ollut vaikutusta Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan naisasiakkaiden lasten hankintaan tai hankkimatta jättämiseen.

Vastaaajien taustatiedoissa yllättävää oli se, että vastanneista migreeniä sairasti yhtä monta kuin vastanneista oli ylipainoisia. Myös korkean verenpaineen osuuden vähäisyys vastaajien keskuudessa oli odottamatonta, sillä naisen ikääntyessä esimerkiksi ylipaino ja kohonnut verenpaine yleensä lisääntyvät (Käypä hoito 2015).

Opinnäytetyön tuloksien mukaan terveydenhoitajan/sairaanhoitajan sekä lääkärin osuus tietolähteenä raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa oli merkittävä ja median ja lähipiirin osuus oli hieman merkittävä. Kuitenkin kirjallisuudessa nousi esille, että toisten naisten ja median asema tiedonlähteenä on yhä merkittävämmässä roolissa lääkärin ja terveydenhoitajan sijaan (Tiihonen ym. 2007, 772). Tiihosen mukaan yli 30-vuotiailla naisilla tiedotusvälineet olivat valmistaiden haittavaikutusten tärkein tietolähde (Tiihonen 2012, 24). Siten tutkimuksesta saadut tulokset olivat ristiriidassa aikaisempiin tutkimuksiin nähden, ja opinnäytetyön tutkimuksesta saatu tieto lisää terveydenhoitajan/sairaanhoitajan sekä lääkärin merkitystä tiedonlähteenä entisestään.

Tuloksien mukaan 39 vastaajaa oli sitä mieltä, että vaihdevuosioreilun väheneminen raskauden ehkäisymenetelmän ansiosta ei ollut lainkaan merkittävässä asemassa raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa. Ottaen huomioon, että tutkimukseen vastasi jo vaihdevuosi-ikäisiäkin naisia, olisi voinut olla oletettavaa,

että hormonaalisen ehkäisyn tuoma mahdollinen apu vaihdevuosisoireiluun olisi korostunut suuremmissa määrin tuloksissa.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan raskauden ehkäisymenetelmän aiheuttamista terveyshyödyistä kuukautisvuodon määrän mahdollinen vähentyminen sekä raskauden ehkäisymenetelmän helppokäyttöisyys, turvallisuus ja luotettavuus nousivat merkittävimmiksi tekijöiksi ehkäisymenetelmän valinnassa. Käypä hoidon mukaan raskauden ehkäisyvalmisteen aiheuttamista terveyshyödyistä naiset mainitsevat useimmin kuitenkin kuukautiskierron säännöllistymisen, kuukautisvuotojen harvenemisen ja kuukautiskipujen lievittymisen (Käypä hoito 2015). Opinnäytetyön tuloksien mukaan kuukautiskipujen lievittyminen ja kuukautiskierron säännöllistyminen olivat kuitenkin vain jonkin verran merkittäviä ehkäisymenetelmän valinnassa. Käypä hoidon mukaan myös valmisteen hinta on monille käyttäjille merkityksellinen (Käypä hoito 2015). Opinnäytetyön tuloksien mukaan valmisteen hinta oli vain hieman merkittävä ehkäisymenetelmän valinnassa.

Tiitisen mukaan kuparikierukkaa suositellaan jo synnyttäneelle, vakituisessa parisuhteessa olevalle naiselle (Tiitinen 2013b). Opinnäytetyön kohderyhmä, yli 35-vuotiaat naiset, olisi kuitenkin todennäköisin kuparikierukan käyttäjäryhmä. Yksikään tutkimukseen vastanneista ei kuitenkaan käyttänyt kuparikierukkaa raskauden ehkäisymenetelmänään.

8.2 Luotettavuus ja eettiset näkökohdat

Tutkimuksesta saadut tulokset ovat luotettavia, mutta ne eivät ole yleistettäviä. Tulosten yleistettävyytteen olisi tarvittu vielä laajempi otos. Vastausprosentti jäi odotettua pienemmäksi ottaen huomioon Lappeenrannan perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan asiakasmäärät. Vastausprosentiksi saatiin 21,8, jolloin tutkimuksesta saatujen tuloksien validiteetti heikkeni, eli tutkimuksesta saadut tulokset eivät olleet yleistettävissä tutkimuksessa esiintyvään perusjoukkoon.

Kyselylomake esitettiin kahdella kohderyhmään kuuluvalla henkilöllä, jotka antoivat kyselylomakkeen muutamia parannusehdotuksia. Esitestauksesta saadun palautteen pohjalta kyselylomakkeeseen tehtiin muutoksia. Esitestaus oli erityisen tärkeää, koska mittari oli laadittu juuri opinnäytetyön tutkimusta varten (vrt.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154). Tämä lisäsi mittarin luotettavuutta. Mittarin luotettavuutta lisäsi myös se, että jokaiselle mittarin muuttujalle oli perustelu kirjallisuudessa (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153).

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijät olivat asettaneet mittarin suunnitteluvaiheessa täsmälliset tavoitteet tutkimukselle, jolloin pystyttiin turvaamaan se, että tutkimuksessa tutkittiin juuri niitä asioita, joihin haluttiin saada vastaus. Koska tutkimuksessa käytetty mittari oli validiteetti, se mahdollisti sen, että tutkimuksesta saadut tulokset olivat keskimäärin oikeita. (vrt. Heikkilä 2014, 27.)

Tuloksia tarkasteltaessa tuli ilmi, että mittarin luotettavuutta oltaisiin voitu parantaa asettelemalla kysymysnumero 22, *Kuinka paljon seuraavat henkilökohtaiset tekijät/sairaudet ovat vaikuttaneet ehkäisymenetelmän valinnassa?* (Liite 1), ohjeistus eri tavoin. Vastaukset kysymykseen olivat ristiriitaisia muiden vastausten kanssa. Näin ollen kysymyksen tarkastelu olisi vääristänyt tuloksia, ja siksi kysymyksestä saadut tulokset päätettiin jättää arvioimatta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä tarkasteltiin kriittisesti tulosten analysoinnin aikana, jolloin tutkimuksen validiteetti säilyi koko opinnäytetyön prosessin ajan. Vastaajien sosioekonomisen aseman syvemmästä tarkastelusta luovuttiin vastaajien vähäisen määrän vuoksi.

Tutkimuksessa esiintyviä eettisiä kysymyksiä pohdittiin Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. *Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, ja sen uusi suomennos hyväksyttiin Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 10.5.2001. Helsingin julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi.* (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin 17.4.2015.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa pohdittiin erityisesti kyselylomakkeen kysymysten rakentamista niin, että niiden avulla saataisiin haluttu tieto sekä että ne olisivat aiheen sensitiivisyyden vuoksi hienovaraisia. Aineiston keruussa ja analysoinnissa noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä, joita ovat rehellisyys, huolel-

lisuus, avoimuus ja tarkkuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimusaineisto käsiteltiin niin, että vastaajat eivät olleet tunnistettavissa. Aineistoa käytettiin vain tutkimustarkoituksiin, ja kyselylomakkeet hävitettiin tutkimuksen päätyttyä tietosuojajätteen tavoin.

Tutkittavien itsemääräämisoikeus on myös yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta, samoin osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on turvattava kaikessa tutkimustoiminnassa. Tutkimuksen kohteena olivat asiakkaat, jotka saattoivat mahdollisesti kokea tutkimukseen osallistumisen velvollisuudekseen hoitosuhteen vuoksi. Tämän vuoksi oli erityisen tärkeää, että ennen tutkimukseen osallistumista tuotiin esille, että osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Saatekirjeessä (Liite 2) esiteltiin opinnäytetyön tekijät yhteistietoineen, tutkimuksen tavoite sekä luottamuksellisuuteen ja vapaaehtoisuuteen liittyvä informaatio.

8.3 Jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyön tulosten perusteella kyselyn voisi jatkossa toteuttaa isommalla kohderyhmällä, esimerkiksi eri paikkakuntien perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvoiloissa. Näin voitaisiin tarkastella, vaikuttaako naisen asuinpaikkakunta tutkimuksista saataviin tuloksiin, ja onko eri paikkakuntien välillä eroja tutkimuksesta saatavissa tuloksissa. Tällöin saadut tulokset olisivat myös paremmin yleistettävissä koko kohderyhmään, eli tulokset olisivat validiteetteja.

Opinnäytetyön tutkimuksen voisi toteuttaa myös käyttämällä kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimus voitaisiin toteuttaa esimerkiksi haastattelujen avulla, jolloin olisi mahdollista, että saataisiin tarkempaa tutkimustietoa yli 35-vuotiaiden perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvolan naisasiakkaiden kokemuksista koskien raskauden ehkäisymenelmää. Tällä tutkimusmenetelmällä voitaisiin perehtyä tarkemmin niihin asioihin, mitkä vaikuttavat naisten kokemuksiin ja mieliteisiin eri raskauden ehkäisymenetelmiin liittyen.

Kuvat

Kuva 1. Raskauden ehkäisymenetelmään vaikuttavat riskitekijät lukumäärinä. s. 22

Kuva 2. Merkittävin tietolähde raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa keskiarvoina ilmoitettuna. s. 25

Taulukot

Taulukko 1. Tutkimukseen vastanneiden jakaumat iän suhteen. s. 20

Taulukko 2. Raskauden ehkäisyvalmisteiden mahdollisten liitännäisvaikutusten merkitys raskauden ehkäisymenetelmän valinnassa lukumäärinä sekä keskiarvona. s. 28

Taulukko 3. Vastaajien tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden aiheuttajat ilmoitettuna frekvensseinä. s. 30

Lähdeluettelo

Backman, T., Metsä-Heikkilä, M. & Tuppurainen, M. 2008. Onko pitkäaikainen hormonaalinen ehkäisy turvallista? *Duodecim* 124, 447.

Castrén, A-M., & Högbacka, R. 2014. Avautuuko perhe? Akslusiivisuuden ja in-kvisuuden dynamiikka perhesidoksissa. *Sosiologia* 2/2014, 106.

Duodecim 2015. Lääketieteen sanasto. Kondomi. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01713. Luettu 10.3.2016.

EKSOTE. 2014. Etelä-Karjalan sosiaali – ja terveystieteiden Lappeenrannan ehkäisy-/perhesuunnitteluneuvolat. <http://www.eksote.fi/fi/perhejasosiaalipalvelut/neuvolat/perhesuunnitteluneuvolat/sivut/lappeenranta.aspx>. Luettu 25.11.2014.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hurskainen, R. 2008. Kuinka suunnittelet raskauden ehkäisyä 39-vuotiaalle Päi-ville? *Duodecim* 124, 463 - 468.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. pai-nos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiianmaa, N. 2012. Tasa-arvobarometri 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön jul-kaisuja 2012:23. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24709.pdf. Luettu 14.10.2014. 71-73.

Kivijärvi, A. 2013a. Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. *Duodecim* 129, 1336.

Kivijärvi, A. 2013b. Hormonaaliset ehkäisymenetelmät. *Suomen Lääkärilehti* 36, 2216 – 2218.

Kivijärvi, A. 2015. Minipillerit ja muut pelkkää progestiinia sisältävät ehkäisyme-netelmät. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00735. Luettu 14.3.2016

Kivimäki, R. & Otonkorpi-Lehtoranta, K. 2003. Pomot ja perheet, Työelämän ja perheiden hyvinvointi. Helsinki: Edita Prima Oy, 108.

Kurkela, R. 2015. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>. Luettu 10.3.2016.

Käypä hoito. 2015. Raskauden ehkäisy. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodeci-min, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura *Duodecim*, 2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50104#s13>. Luettu 10.2.2016.

Metsämäki, J. 2005. Perhevapaista aiheutuvien kustannusten korvauksen kehittäminen. Helsinki: Yliopistopaino. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4037.pdf&title=Perhevapaista_aiheutuvien_kustannusten_korvauksen_kehittaminen_fi.pdf. Luettu 14.10.2014. 17, 71.

Moring, A., 2013. Oudot perheet. Naistutkimus 4/2013. <http://elektra.helsinki.fi/se/n/0784-3844/26/4/oudotper.pdf>. Luettu 26.2.2016.

Oikeusministeriö. 2015. Tasa-arvoiseen avioliittoon liittyvä jatkovalmistelu. <http://www.oikeusministerio.fi/fi/index/valmisteilla/lakihankkeet/henkilo-perheja/tasa-arvoinenavioliittolaki.html>. Luettu 6.3.2016.

Paajanen, P. 2007. Mikä on minun perheeni? Suomalaisten käsityksiä perheestä vuosilta 2007 ja 1997. Perhebarometri 2007. Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 30/2007. http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/7291aebe03af8d03e4adcf1bb259139/1457897990/application/pdf/4952500/Perhebarometri%202007_web.pdf. Luettu 7.3.2016. 7, 10.

Pylkkänen, A. 2008. Miten oikeus määrittelee perheen? Perhesuhteet puntarissa. Tampere: Tammer-paino Oy, 71-72.

Sainio, S., Klemetti, R., Hemminki, E. Gissler, M. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. Suomen Lääkärilehti 39 (65), 3129.

Salmi, M. & Lammi-Taskula, J. 2010. 6+6+6 -malli vanhempainvapaan uudistamiseksi. Terveystieteiden tutkimuskeskus – Päätösten tueksi 1/2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2f6cd5ed-58a1-490b-b365-937caa90fb1b>. Luettu 15.10.2014. 3,6.

Suhonen S. 2010. Raskaudenehkäisy synnytyksen jälkeen. Suomen Lääkärilehti 65, 3033–35.

Suomen virallinen tilasto. 2015a. Syntyneiden määrä väheni yhä. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/synt/2014/synt_2014_2015-04-14_tie_001_fi.html. Luettu 5.3.2016.

Suomen virallinen tilasto. 2015b. Perheitä on 1,5 miljoonaa. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/perh/2014/perh_2014_2015-05-28_tie_001_fi.html. Luettu 7.3.2016.

Suomen virallinen tilasto. 2016. Perheet. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/perh/2014/perh_2014_2015-05-28_tie_001_fi.html. Luettu 7.3.2016.

Tasa-arvoinen Suomi ry. 2013. Kansalaisaloite tasa-arvoisesta avioliittolaista. <http://www.tahdon2013.fi/aloite-2/aloiteteksti/>. Luettu 6.3.2016.

Tiihonen, M., 2012. Naisten kokemuksia hormonivalmisteista. Tutkimus hormonaalisesta ehkäisystä ja vaihdevuosien hormonihoidoista. Publications of the Uni-

versity of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences 96. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0683-0/urn_isbn_978-952-61-0683-0.pdf.
Luettu 25.2.2016

Tiihonen, M., Ahonen, R. & Heikkinen A-M. 2007. Hormoneja käyttävät naiset kaipaavat tietoa myös haittavaikutuksista. Suomen Lääkärilehti 62 (8), 772.

Tiitinen, A. 2013a. Raskauden ehkäisy. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165. Luettu 9.10.2014.

Tiitinen, A. 2013b. Kuparikierukka. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk01112. Luettu 9.10.2014.

Tiitinen, A. 2014. Sterilisaatio. Terveyskirjasto, Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747. Luettu 25.11.2014.

Tiitinen, A. 2015. Hormonikierukka. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01113&p_haku=hormonikierukka. Luettu 14.3.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Luettu 10.3.2016.

Vainio M. 2012. Lähetä nainen sterilisaatioon harkiten. Suomen Lääkärilehti 67 (21), 164.

LAPPEENRANNAN ALUEEN YLI 35-VUOTIAIDEN NAISTEN RASKAUDEN EHKÄISYÄ KOSKEVA TUTKIMUS

Arvoisa vastaaja, tutkimuksemme onnistumiselle on tärkeää, että pyritte vastaamaan kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä oikeaksi katsomanne vaihtoehto tai kirjoittakaa vastaus sille varatulle viivalle. Kiitos!

1. Minkä ikäinen olette? _____ vuotta

2. Mikä on koulutuksenne?

- a) peruskoulu
- b) lukio/ylioppilas
- c) opistotason tutkinto
- d) koulutason tutkinto
- e) ammattikorkeakoulututkinto
- f) yliopistotutkinto
- g) joku muu, mikä _____

3. Mikä on ammattinne? _____

4. Oletteko tällä hetkellä työelämässä?

- a) Kyllä
- b) En

5. Tämänhetkinen asuinpaikkakuntanne? _____

6. Asuinympäristönne?

- a) Kaupungin keskusta
- b) Lähiö
- c) Haja-asutusalue

7. Siviilisäätynne?

- a) Yksinelävä
- b) Parisuhteessa
- c) Avoliitossa
- d) Avioliitossa
- e) Muu, mikä? _____

8. Onko teillä lapsi/lapsia

- a) Kyllä
- b) Ei

Jos vastasitte kysymykseen numero 8. "ei", siirtykää suoraan kysymykseen numero 12.

9. Lapsienne lukumäärä

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6 tai enemmän

10. Onko työuranne vaikuttanut lasten lukumäärään?

- a) Kyllä
- b) Ei

11. Onko työuranne vaikuttanut lasten hankinnan ajankohtaan?

- a) Kyllä
- b) Ei

12. Onko työuranne vaikuttanut kokonaan lasten hankkimatta jättämiseen? (Vastatkaa kysymykseen, jos vastasitte kysymykseen nro 9. Onko teillä lapsi/lapsia "ei")

- a) Kyllä
- b) Ei

13. Haluaisitteko vielä lapsia?

- a.) Kyllä
- b.) En
- c.) En tiedä

14. Käytössä oleva raskauden ehkäisymenetelmä?

- a) Ei ehkäisyä
- b) Kondomi
- c) Yhdistelmäehkäisypilleri
- d) Minipilleri
- e) Kuparikierukka
- f) Hormonikierukka
- g) Ehkäisyrengas
- h) Sterilisaatio
- i.) Muu, mikä _____

15. Oletteko tyytyväinen tällä hetkellä käytössä olevaan raskauden ehkäisymenetelmään?

- a) Kyllä
- b) En

16. Kertokaa vielä omin sanoin miksi olet tai et ole tyytyväinen tällä hetkellä käytössä olevaan raskauden ehkäisymenetelmäänne?

17. Ilmoittakaa ympyröimällä sopivin vaihtoehto, kenen/minkä antama tieto on ollut merkittäväntä ehkäisymenetelmän valintaan liittyen?

	Ei merkittävä	Hieman merkittävä	Merkittävä	Erittäin merkittävä
Lääkäri	1	2	3	4
Terveystenhoitaja/sairaanhoitaja	1	2	3	4
Kätilö	1	2	3	4
Lähipiiri	1	2	3	4
Internet	1	2	3	4
Aikakauslehdet/TV	1	2	3	4
Koulu	1	2	3	4
Esitteet	1	2	3	4

18. Onko teillä jotain näistä raskauden ehkäisymenetelmään vaikuttavista riskitekijöistä?

- Tupakointi
- Korkea verenpaine
- Korkeat kolesteroliarvot
- Sepelvaltimotauti
- Tukostaipumus
- Diabetes
- Ylipaino
- Migreeni
- Rintasyöpä tai aikaisemmin sairastettu rintasyöpä
- Selkeä sukurasite jollekin yllä mainituista vaihtoehdoista

19. Kuinka tietoisia olette mielestänne ehkäisyvalmisteen aiheuttamista mahdollisista haitta- tai sivuvaikutuksista?

Ei ollenkaan tietoinen	Vain hieman tietoinen	Kohtuullisen tietoinen	Erittäin tietoinen
1	2	3	4

20. Kuinka paljon seuraavat ehkäisyvalmisteiden mahdollisesti aiheuttamat vaikutukset ovat vaikuttaneet raskauden ehkäisy menetelmän valinnassanne?

	Ei lainkaan	Hieman	Jonkin verran	Erittäin paljon
Kuukautisvuodon määrän mahdollinen vähentyminen	1	2	3	4
Kuukautisvuodon määrän mahdollinen lisääntyminen	1	2	3	4
Mahdollinen tiputteluvuoto	1	2	3	4
Kuukautiskierron tasautuminen	1	2	3	4
Mahdollinen sukupuolinen haluttomuus	1	2	3	4
Kipujen lievittyminen	1	2	3	4
Positiiviset vaikutukset ihoon	1	2	3	4
Ihon mahdollinen rasvoittuminen	1	2	3	4
Valmisteen helppokäyttöisyys	1	2	3	4
Valmisteen turvallisuus	1	2	3	4
Valmisteen luotettavuus	1	2	3	4
Vaihdevuosioireilun väheneminen	1	2	3	4
Säännöllisen muistamisen tärkeys	1	2	3	4
Valmisteen hinta	1	2	3	4

21. Kuinka paljon seuraavat henkilökohtaiset tekijänne/sairautenne ovat vaikuttaneet ehkäisy menetelmänne valinnassa?

	Ei lainkaan	Hieman	Jonkin verran	Erittäin paljon
Korkea verenpaine	1	2	3	4
Oma mahdollinen tukostaipumus	1	2	3	4
Rintasyöpä	1	2	3	4
Migreeni	1	2	3	4
Tupakointi	1	2	3	4
Diabetes	1	2	3	4
Ylipaino	1	2	3	4
Ikä	1	2	3	4
Sukurasite riskitekijöille	1	2	3	4
Valmisteen haitta/sivuvaikutukset	1	2	3	4
Muu sairaus, mikä _____	1	2	3	4



Saatekirje

Sosiaali- ja terveysala

Hei!

Olemme terveydenhoitajaopiskelijat Julia Forsman ja Johanna Pakkanen Saimaan ammattikorkeakoulusta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä raskauden ehkäisy menetelmiä Lappeenrantalaiset yli 35-vuotiaat naiset käyttävät ja mitkä tekijät vaikuttavat naisen päätökseen raskaudenehkäisy menetelmän valinnassa.

Keräämme tutkimuksemme aineiston käyttäen kyselyä, mihin yli 35-vuotiaat raskauden ehkäisyä suunnittelevat tai sitä käyttävät naiset vastaavat. Kyselylomakkeeseen vastaamiseen kuluu muutama minuutti. Toivomme, että mahdollisimman moni Lappeenrannan hyvinvointineuvolan perhesuunnittelun yli 35-vuotiaista naisiasiakkaista vastaisi kyselyymme.

Osallistumisesi on meille tärkeää, koska tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää ehkäisyneuvonnan palveluita vastaamaan yksilöllisiä tarpeita.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voit halutessasi keskeyttää kyselyyn vastaamisen missä vaiheessa tahansa. Tutkimuksesta saatavia tietoja käsitellään luotamuksellisesti, eikä tutkittavan henkilöllisyys tule ilmi missään tutkimuksen vaiheessa. Kun olemme analysoineet vastauksenne, hävitämme kyselylomakkeet asianmukaisesti. Kieltäytyminen tutkimukseen vastaamisesta ei vaikuta Teidän hoitoon, palveluiden saatavuuteen tai palveluiden laatuun millään tavalla.

Kiitos ja hyvää kevään jatkoa!

Ystävällisin terveisin,

Julia Forsman

Terveydenhoitajaopiskelija

Saimaan AMK

j.forsman@student.saimia.fi

p. 040 7396 200

Johanna Pakkanen

Terveydenhoitajaopiskelija

Saimaan AMK

johanna.pakkanen@student.saimia.fi

p. 040 8472 762