



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# HORMONITON RASKAUDEN EHKÄISY

Sanna Salminen

Anni Vanhanen

Opinnäytetyö  
Tammikuu 2019  
Hoitotyö  
Terveystieteiden koulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Terveystieteiden koulutus

SALMINEN, SANNA & VANHANEN, ANNI:  
Hormoniton raskauden ehkäisy

Opinnäytetyö 68 sivua, joista liitteitä 6 sivua  
Tammikuu 2019

---

Hormonittomista raskauden ehkäisymenetelmistä on keskusteltu julkisuudessa viime vuosina runsaasti. Älypuhelimien ehkäisysovelluksien ja hedelmällisyystietokoneiden käyttö on yleistynyt. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää terveydenhuollon henkilöstön tietoutta hormonittomasta ehkäisystä. Tarkoituksena oli kuvailla syitä hormonittoman ehkäisyn käytölle. Työ toteutettiin osana ViVa -hanketta. Opinnäytetyön tutkimusongelmina olivat; mitä hormonittomia ehkäisymenetelmiä käytetään, mitkä tekijät vaikuttavat hormonittomien ehkäisymenetelmien valintaan, ovatko hormonittoman ehkäisyn käyttäjät tyytyväisiä käyttämäänsä ehkäisymenetelmään, hyödynnetäänkö teknologiaa raskauden ehkäisyssä ja ollaanko siitä kiinnostuneita.

Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineistonkeruumenetelmänä oli sähköinen kyselylomake, jota jaettiin sosiaalisessa mediassa. Kohderyhmänä oli vakituisessa suhteessa olevat hormonittoman ehkäisyn käyttäjät. Aineiston (N=1400) analysoinnin apuna käytettiin SPSS Statistics 25-ohjelmaa.

Tuloksista ilmeni, että käytetyin ehkäisymenetelmä oli kondomi ja toiseksi käytetyin keskeytetty yhdyntä. Ehkäisymenetelmien valintaan oli yhteydessä se, että ihmiset eivät halunneet altistaa elimistöään ylimääräisille hormoneille ja se, että hormonaalinen ehkäisy oli aiheuttanut haittavaikutuksia. Suurin osa oli tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä käyttämäänsä ehkäisymenetelmään. Alle 10 % käytti teknologiaa raskauden ehkäisyssä. Yli 30 % oli kuitenkin kiinnostunut teknologiasta. Käytön esti liian vähäinen tieto.

Saatujen tulosten mukaan teknologian käyttö raskauden ehkäisyssä on siis vielä harvinaista, mutta moni on kuitenkin kiinnostunut siitä. Terveystieteiden henkilöstöllä tulee olla riittävästi tietoa hormonittomista ehkäisymenetelmistä ja teknologiasta, jotta he voivat ohjata asiakkaita. Ammattitaitoisella ohjauksella ja julkisella tiedottamisella voidaan vähentää keskeytetyn yhdynnän käyttöä sekä lisätä teknologian hyödyntämistä. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Viva -hankkeen Internet-sivuilla sekä opinnäytetyön tekijöiden kehittämistehtävässä. Opinnäytetyön jatkotutkimuksena aineistosta voisi vielä selvittää, mitkä hormonittomien ehkäisymenetelmien yhdistelmät ovat käytetyimpiä. Lisäksi voisi tutkia kuinka paljon terveydenhuollon henkilöstöllä on tietoa hormonittomasta raskauden ehkäisystä ja mitkä ovat heidän asenteensa sitä kohtaan.

---

Asiasanat: perhesuunnittelu, raskauden ehkäisy, hormoniton ehkäisy, ehkäisymenetelmän valinta

## ABSTRACT

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

SALMINEN, SANNA & VANHANEN, ANNI:  
Non-Hormonal Contraception

Bachelor's thesis 68 pages, appendices 6 pages  
January 2019

---

Non-hormonal contraceptives have been discussed a lot in public in recent years. The objective of this study was to promote the knowledge of the health care professionals about non-hormonal contraception. The purpose of this study was to find out the reasons for the use of non-hormonal contraception.

The data were collected from non-hormonal users in permanent relationship. The data were collected with electronic questionnaire delivered through social media. The replies (N=1400) were analyzed using statistical methods and quantitative content analysis with help of SPSS Statistics analyzing software.

The results suggest that the most commonly used contraceptive was condom and the second most used was withdrawal method. The most common reasons for using non-hormonal contraception was that respondents did not want to predispose their body to extra hormones and hormonal contraception had caused side effects. Most of them were content or rather content with the contraceptive method they used. Less than ten percent used technology in pregnancy prevention. More than thirty percent were interested in technology. The respondents thought they did not have enough information about technology.

The prevalence of withdrawal method use was unexpected. The use of technology was rare. Professional guidance and sharing information can reduce the use of withdrawal method and increase the use of technology. The gathered data could be utilized in potential further study to explore the combinations of various contraceptive methods and their usage, how much health care professionals do have knowledge about non-hormonal contraception and what kind of attitudes they have.

---

Key words: family planning, contraception, contraceptive methods, birth control, non-hormonal contraceptives, natural family planning methods

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PERHESUUNNITTELU .....	8
3	RASKAUDEN EHKÄISY OSANA PERHESUUNNITTELUA .	10
4	HORMONITON RASKAUDEN EHKÄISY .....	14
5	ESTEMENETELMÄT .....	16
	5.1 Kondomi .....	16
	5.2 Pessaari ja spermisidi.....	17
6	KUPARIKIERUKKA .....	21
7	STERILISAATIO .....	23
8	LUONNOLLINEN RASKAUDEN EHKÄISY .....	25
	8.1 Luonnollisen ehkäisyn periaatteet .....	25
	8.2 Hedelmällisen ajankohdan tunnistaminen .....	26
	8.3 Kiertotietoisuuteen perustuvat menetelmät .....	27
	8.3.1 Billingsin ovulaatiomenetelmä.....	28
	8.3.2 Peruslämpömenetelmä.....	30
	8.3.3 Symptotermaalinen menetelmä .....	30
	8.4 Rytmimenetelmät.....	32
	8.4.1 Standard Days Method .....	32
	8.4.2 TwoDay Method.....	33
	8.5 Laktationaalinen amenorrea menetelmä eli LAM.....	34
	8.6 Keskeytetty yhdyntä .....	35
9	TEKNOLOGIA RASKAUDEN EHKÄISYSSÄ .....	37
	9.1 Ehkäisysovellukset .....	37
	9.2 Hedelmällisyystietokoneet.....	38

10 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	40
11 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	41
11.1 Kvantitatiivinen tutkimus .....	41
11.2 Osallistujat ja aineiston keruu .....	42
11.3 Aineiston analyysi .....	43
12 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	44
12.1 Osallistujien taustatiedot .....	44
12.2 Hormonittomien ehkäisymenetelmien käyttö .....	45
12.3 Ehkäisymenetelmien valintaan yhteydessä olevat tekijät .....	46
12.4 Tyytyväisyys ehkäisymenetelmiin .....	49
12.5 Teknologian käyttö ja kiinnostus raskauden ehkäisyssä .....	50
13 POHDINTA .....	51
13.1 Luotettavuus ja eettisyys .....	51
13.2 Tulosten tarkastelu .....	53
13.3 Jatkotutkimusehdotukset .....	55
LÄHTEET .....	56
LIITTEET .....	63
Liite 1. Kyselylomake .....	63
Liite 2. Facebook ilmoitus .....	68

## 1 JOHDANTO

Hormonittomista raskauden ehkäisymenetelmistä on keskusteltu julkisuudessa viime vuosina runsaasti. Kiinnostus erilaisiin vaihtoehtoihin ehkäisymenetelmien valinnassa on lisääntynyt, jonka seurauksena myös teknologian käyttö raskauden ehkäisyssä on kasvussa. Väestöliiton asiantuntijalääkäri Miila Halosen mukaan suhtautuminen hormonaaliseen ehkäisyyn on muuttunut erityisesti viimeisen viiden vuoden aikana. Hormonaalisen ehkäisyn haittavaikutukset huolestuttavat naisia. Tällä hetkellä etsitään vähähormonisia tai hormonittomia ehkäisymenetelmiä. Seksuaalineuvoja Saara Aholan mukaan nuoret haluavat elää mahdollisimman luonnonmukaisesti ja ylimääräisiä hormoneja sekä lääkkeitä halutaan välttää. Vuonna 2014 yhdistelmäehkäisypillereiden suosio väheni. Tämän ajatellaan johtuneen mediassa esiin nostettuihin kuolemantapauksiin, jotka yhdistettiin yhdistelmäehkäisypillereiden käyttöön. (Yle 2014, 2018.)

Terveydenhoitajakoulutuksessa raskauden ehkäisyyn liittyvä opetus kohdistuu enimmäkseen hormonaalisiin ehkäisymenetelmiin. Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan voi tai halua käyttää hormonaalista ehkäisyä. Joissakin kulttuureissa ja uskonnoissa hormonaalisen ehkäisyn käyttö on rajoitettua. Esimerkiksi katolinen kirkko ei hyväksy hormonaalista ehkäisyä lainkaan (Katolinen kirkko Suomessa n.d). Monikulttuurisuus lisääntyy Suomessa ja terveydenhuollon henkilöstöllä tulisi olla riittävästi tietoa eri vaihtoehdoista raskauden ehkäisyssä.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään hormonittonta raskauden ehkäisyä. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää terveydenhuollon henkilöstön tietoutta hormonittomasta raskauden ehkäisystä. Tarkoituksena oli kuvailla syitä hormonittoman ehkäisyn käytölle. Opinnäytetyön tutkimusongelmina ovat; mitä hormonittomia ehkäisymenetelmiä käytetään, mitkä tekijät ovat yhteydessä hormonittomien ehkäisymenetelmien valintaan, ovatko hormonittoman ehkäisyn käyttäjät tyytyväisiä käyttämäänsä ehkäisymenetelmään, hyödynnetäänkö teknologiaa raskauden ehkäisyssä ja ollaanko siitä kiinnostuneita.

Opinnäytetyössä on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineiston keruu on toteutettu sähköisen kyselylomakkeen avulla, jota jaettiin sosiaalisessa mediassa. Tutkimuksen kohderyhmänä on vakituudessa suhteessa olevat hormonittoman ehkäisyn käyttä-

jät. Irto-suhteissa olevat henkilöt on jätetty tämän tutkimuksen ulkopuolelle, koska oletuksena on, että he käyttävät kondomia raskauden ehkäisyä lisäksi sukupuolitautilien ehkäisyä näkökulmasta. Aineiston (N=1400) analysoinnin apuna on käytetty SPSS Statistics 25-ohjelmaa.

Opinnäytetyö toteutetaan osana ViVa Viisaat valinnat -hanketta, jonka tarkoituksena on tarjota tutkittua ja oikeaa tietoa kaikille seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. ViVa -hanketta rahoitetaan Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenedistämisen määrärahasta. Opinnäytetyön käyttöoikeudet luovutetaan ViValle, ja tutkimustuloksia hyödynnetään ViVan Internet-sivuilla.

## 2 PERHESUUNNITTELU

Useimmissa maissa on käytössä perhesuunnitteluohjelma. Perhesuunnitteluohjelmien tavoitteet ovat vaihdelleet vuosikymmenien kuluessa. 1960-luvun lopulla ja 1970-luvulla perhesuunnitteluohjelmien tavoitteena oli väestönkasvun hidastaminen. Väestön kasvun hillitsemisen pyrkimyksenä oli, että vähäisiä luonnonvaroja riittäisi kaikille. 1980-luvulla pyrittiin parantamaan äitien ja vastasyntyneiden terveyttä. Perhesuunnittelulla on positiivisia vaikutuksia naisten terveyteen, kun raskauksien määrä vähenee ja abortteja tehdään vähemmän. Myös syntyvät lapset ovat terveempiä, sillä pienemmissä perheissä on paremmat mahdollisuudet panostaa jokaisen lapsen terveyteen, toisin kuin suurperheissä. 1990-luvulla perhesuunnittelussa nousi esiin vahvemmin naisten oikeudet vaikuttaa omaan lisääntymiseen. Perhesuunnittelulla edistetään tasa-arvoa sukupuolten välillä, niin että naisilla on mahdollisuus päättää omasta kehostaan. Naisille jää enemmän omaa aikaa, esimerkiksi opiskeluun, kun lapsia ei ole montaa. Naiset eivät ole täysin riippuvaisia puolisoistaan, kun oma taloudellinen tilanne paranee korkeamman koulutustason ansiosta. (Närhi 2011, 6, 15, 27.) Nykyään perhesuunnittelulla tarkoitetaan ensisijaisesti toimintaa, jolla ihmiset pyrkivät vaikuttamaan lasten hankintaan, syntymän ajankohtaan sekä lukumäärään. Perhesuunnittelu on lisääntymisterveyden osa-alue, jonka tavoitteena on antaa ehkäisyneuvontaa, turvata seksuaali- ja terveystalouden saatavuus sekä tarjota nykyaikaisia ehkäisyvälineitä, joilla voidaan ehkäistä ei-toivotut raskaudet. (Väestöliitto 2018g.)

Perhesuunnittelu on haastavaa. Siihen vaikuttaa maan taloudellinen tilanne, maantieteellinen sijainti, politiikka, kulttuuri, uskonnot ja uskomukset (Väestöliitto 2018g). Joissain kulttuureissa kaikki seksiin liittyvä on hyvin yksityistä ja sitä pidetään tabuna. Siksi myös raskauden ehkäisyä voidaan pitää yksityisasiana, eikä siitä puhuta julkisesti. Eri kulttuureissa ja uskonnoissa seksuaalisuuteen liittyy erilaisia arvoja ja uskomuksia. Joissakin yhteisöissä saatetaan jakaa virheellistä tietoa, jolloin ihmiset eivät saa tutkittua näyttöön perustuvaa tietoa. Johtajilla, aviomiehellä tai anopeilla saattaa olla täysi päätäntävalta, tällöin nainen ei itse voi vaikuttaa lisääntymiseen. Naisen sosiaalinen arvo saattaa määräytyä lasten lukumäärän mukaan. Yhteisössä saatetaan myös kieltää ehkäisyn käyttö kokonaan. Uskonto voi määrätä tarkat säännöt sallitusta raskauden ehkäisystä. Esimerkiksi katolinen kirkko hyväksyy syntyvyyden säätelyssä ainoastaan tietyt luonnolliset raskauden ehkäisymenetelmät. (Närhi 2011, 16–18, 40–41; Katolinen kirkko Suomessa n.d.)



Vuosien varrella Suomessa ollaan oltu huolissaan riittämättömästä raskauden ehkäisystä ja aborttitilastoista. Tällä hetkellä huolenaiheena on kuitenkin väestön hedelmällisyyden lasku. Nykyään raskauden ehkäisyn tavoitteena on siirtää raskauden ajankohtaa niin, että suunnittelemattomia raskauksia ei tulisi ja raskaus alkaisi pariskunnan toivomana ajankohtana. Tämän seurauksena ensisynnyttäjien keski-ikä on jatkuvasti nousussa ja syntyvyys laskee. Vuonna 2017 lapsia syntyi vähiten 150 vuoteen. (THL 2017.) Syitä lasten hankinnan lykkäämiselle on monia. Ihmiset siirtävät lasten hankintaa muun muassa opiskelun vuoksi. Opiskelun jälkeen työelämään halutaan päästä kunnolla kiinni ennen lasten hankintaa. Epävakaan taloustilanteen ja työttömyyden vuoksi saatetaan pelätä työttömäksi jäämistä äitiysloman ja vanhempainvapaan takia. Lasten hankinnan siirtymiseen vaikuttaa myös se, että nuoret tekevät usein päätöksiä ja ovat pidempään taloudellisesti riippuvaisia vanhemmistaan ja yhteiskunnan tuista. Ihmisiä kiinnostaa perhe-elämää enemmän matkustelu, ystävät, mukavuudenhalu ja sosiaalinen media. Vuoden 2015 perhebarometrin mukaan yleisimmät syyt lasten hankinnan lykkäämiselle ovat halu tehdä muita kiinnostavia asioita perheen perustamisen sijaan sekä se, että ihmiset eivät halua luopua nykyisestä vapaasta elämäntyylistään. Syyksi mainittiin myös se, että sopivaa kumppania ei ole löytynyt. Halu edetä uralla voi myös olla esteenä perheen perustamiselle. Raskauden ajankohdan siirtämisen ikävä seuraus voi olla tahaton lapsettomuus. Tahatonta lapsettomuutta voi ilmetä, jos lastenhankintaa siirretään niin pitkälle, että ikä tulee vastaan, eikä luonnollisesti alkava raskaus ole enää mahdollinen fysiologisista syistä. (Miettinen 2015, 51–59; Halttunen-Nieminen & Piltonen 2016, 997–998.)

### 3 RASKAUDEN EHKÄISY OSANA PERHESUUNNITTELUA

Ihmiset ovat pyrkineet rajoittamaan lapsilukuaan jo vuosisatojen ajan. 1800-luvulla käytettiin kumisia kondomeja. 1900-luvun alussa pidättäytymisen oli ensisijainen raskauden ehkäisymenetelmä, mutta lisäksi käytettiin myös erilaisia pessaareja, sieniä, spermisidejä sekä varmoja päiviä. Ehkäisytabletti tuli markkinoille 1950-luvun lopulla, jonka jälkeen raskauden ehkäisy ja perhesuunnittelu kokivat merkittävän muutoksen. (Närhi 2011, 13.)

Raskauden ehkäisyn Käypä hoito -suosituksessa (2017) ehkäisymenetelmät on jaettu yhdistelmäehkäisyyn, progestiiniehkäisyyn, kohdunsisäiseen ehkäisyyn, sterilisaatioon, estemenetelmiin, kemiallisiin menetelmiin ja niin sanottuihin muihin menetelmiin. Muihin menetelmiin sisältyy myös luonnolliset menetelmät. Pitkäaikaisia ehkäisymenetelmiä ovat hormonikierukka, kuparikierukka sekä ehkäisykapseli. Lyhytaikaisiin menetelmiin kuuluu kondomi, e-pillerit, minipillerit, ehkäisyrengas, ehkäisyinjektio ja ehkäisyalaastari. Pysyvällä ehkäisyllä tarkoitetaan sterilisaatiota. Ehkäisymenetelmien vaikutustavat ovat paikallisia tai systeemisiä. Kondomit ja kierukat ovat paikallisesti vaikuttavia menetelmiä ja ne eivät vaikuta kehon omaan hormonitoimintaan. Systeemisesti vaikuttavat ehkäisymenetelmät toimivat verenkierron kautta vaikuttaen aivolisäkkeen hormonieritykseen. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi pillerit, kapseli ja rengas. (Ehkäisyneetti.fi n.d.)

Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ovat e-pilleri, ehkäisyrengas sekä ehkäisyalaastari. Ne sisältävät estrogeenia sekä progestiinia eli keltarauhashormonia. Yhdistelmäehkäisyn teho perustuu ovulaation estoon. Progestiiniehkäisyvalmisteet sisältävät vain keltarauhashormonia. Vaihtoehtoina on minipillerit, ehkäisyinjektio sekä ehkäisykapseli. Progestiini muuttaa kohdunkaulan liman koostumusta sellaiseksi, että siittiöiden kulkeutuminen vaikeutuu. Eri valmisteet estävät ovulaation kokonaan tai vaihtelevasti. Progestiinivalmisteiden ehkäisyteho perustuu myös siihen, että ne ohentavat kohdun limakalvoa niin, että alkion kiinnittyminen estyy. Progestiini muuttaa myös munajohtimien värekarvatoimintaa. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018a; Tiitinen 2018e.) Kierukkaehkäisyssä eli kohdunsisäisessä ehkäisyssä vaihtoehtoina on hormonikierukka tai kuparikierukka. Naisen oma hormonitoiminta säilyy ja munasarjat tuottavat samoja hormoneja kuin ennen kierukan asettamista. Ovulaatio tapahtuu yleensä normaalisti. Hormonikierukat sisältävät progestiinia. (Suomen Nuorisolääkärit Ry 2017.)

Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on tarjota asiakkaalle riittävästi oikeaa tietoa eri ehkäisy vaihtoehtoista, jonka avulla asiakas valitsee itselleen sopivan ehkäisymenetelmän. Ehkäisymenetelmien valintaan vaikuttavat muun muassa ikä, paino ja sairaudet. (Kivijärvi 2018b.) Taulukossa 1 on esitetty eri tekijöitä, jotka vaikuttavat ehkäisymenetelmän valintaan.

TAULUKKO 1. Ehkäisymenetelmien valintaan vaikuttavia tekijöitä (Bouchard & Genuis 2011, 73–76; Tiuhonen 2012, 302–305, 2014, 12–22; Kivijärvi 2013, 2018b; Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017.)

ikä	imetys
paino	ympäristölle aiheutuvat haitat
tupakointi ja muut päihteet	terveydelliset hyödyt
yleinen terveydentila	ehkäisyteho
sairaudet	hinta
gynekologiset vaivat	helppokäyttöisyys
lääkitys	parisuhdetilanne
koetut haittavaikutukset	sopivuus kumppanille
pelot ja huolet haittavaikutuksista	uskonto ja kulttuuri
turvallisuus	motivaatio

### Ehkäisymenetelmien tehokkuus

Eri ehkäisymenetelmien tehokkuuden kuvailussa ja vertailussa käytetään usein Pearl-in indeksiä. Pearl-in luku ilmoittaa, kuinka monta naista sadasta tulee raskaaksi vuoden käytön aikana (taulukko 2). Monien ehkäisymenetelmien tehokkuus riippuu usein käyttäjästä. Menetelmän tehokkuutta arvioidaan sen perusteella, onko sitä käytetty täydellisesti vai tyypillisesti. Täydellisellä käytöllä tarkoitetaan, että menetelmää on käytetty täysin ohjeiden mukaisesti. Tyypillisellä käytöllä taas tarkoitetaan sitä, että menetelmän käytössä tapahtuu ajoittain virheitä, kuten tabletin unohtaminen. Tyypillisessä käytössä kapselit ja kierukat ovat lyhytvaikutteisia menetelmiä tehokkaampia, koska niihin ei liity käyttäjävirheitä, kuten unohduksia. (Heikinheimo, Suhonen & Lähteenmäki 2011; Kivijärvi 2018b.) Luonnollisissa ehkäisymenetelmissä tyypillisen käytön tehokkuus on usein huonompi muihin menetelmiin verrattuna. Tämä johtuu siitä, että näissä menetelmissä

tapahtuu käyttäjävirheitä helpommin. (Koch ym. 2018.) Raskaaksi tulemisen riskiin vaikuttaa myös yhdyntöjen tiheys sekä käyttäjän hedelmällisyyteen vaikuttavat tekijät, kuten ikä. Ehkäisyn luotettavuutta parantaa niin sanottu tuplaehkäisy, jossa käytetään kahta eri ehkäisymenetelmää samanaikaisesti. Esimerkiksi kondomi ja e-pilleri yhdessä käytettynä. (Heikinheimo ym. 2011; Ehkäisynetti.fi n.d.)

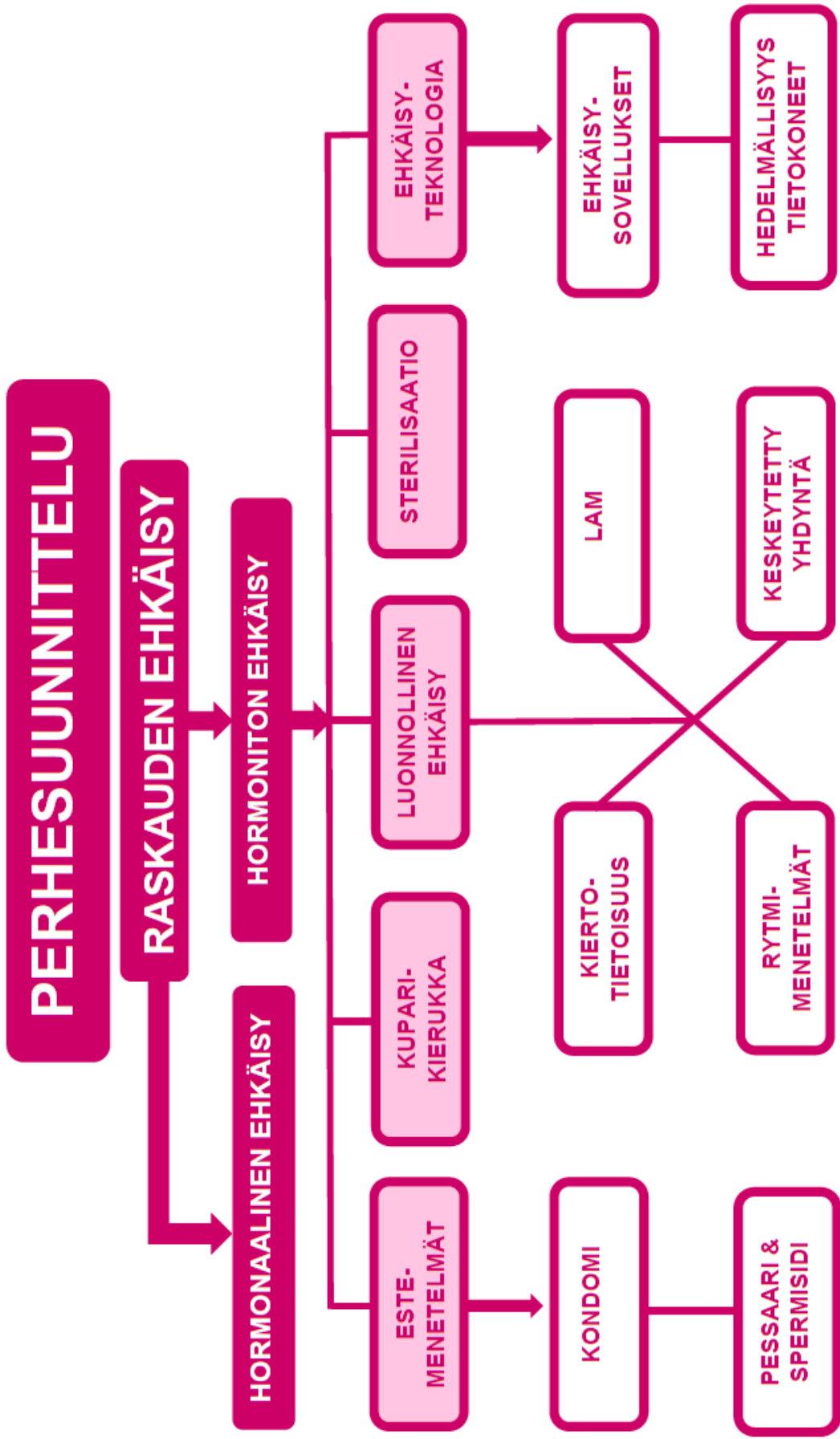
TAULUKKO 2. Pearl-in indeksi täydellisessä ja tyypillisessä käytössä. Mukailtu Raskauksen ehkäisy: Käypä hoito -suositus (2017) taulukosta.

Ehkäisymenetelmä	Täydellinen käyttö	Tyypillinen käyttö
Ei ehkäisyä	85	85
<b>Estemenetelmät</b>		
- Naisen kondomi	5	21
- Miehen kondomi	2	15
- Pessaari	6	16
<b>Yhdistelmäehkäisy</b>		
- Pilleri	0,0–1,26	0,0–2,18
- Rengas	0,31–0,96	0,25–1,23
- Laastari	0,59–0,99	0,71–1,24
<b>Progestiiniehkäisy</b>		
- Pilleri	0,14	0,41
- Ruiske	0,3	3
- Kapseli	0,05	0,05
<b>Kierukat</b>		
- Hormonikierukka	0,1–0,2	0,1–0,2
- Kuparikierukka	0,6	0,8
<b>Sterilisaatio</b>		
- Naisen sterilisaatio	0,5	0,5
- Miehen sterilisaatio	0,1	0,15
<b>Muut menetelmät</b>		
- Kemiallinen ehkäisy (spermisidit)	18	29
- Ruumiinlämpö	0,4	24
- "Varmat päivät"	3–5	25
- Keskeytetty yhdyntä	4	27

## 4 HORMONITON RASKAUDEN EHKÄISY

Ehkäisymenetelmät voidaan jakaa hormoneja sisältäviin sekä hormonittomiin menetelmiin. Tässä opinnäytetyössä keskitytään hormonittomaan raskauden ehkäisyyn. Suomessa suositeltuja hormonittomia ehkäisymenetelmiä on tarjolla vähän verrattuna hormonaalisen ehkäisyn valikoimaan. Tutuimpia hormonittomia menetelmiä ovat kondomi, kuparikierukka ja sterilisaatio. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017.) Kuviossa 1 on esitelty hormonittomien ehkäisymenetelmien jaottelu tässä opinnäytetyössä.

Estemenetelmien ehkäisyteho perustuu siihen, että ne estävät siittiöiden kulkeutumisen kohtuun (MSD 2015). Kuparikierukka on kohdunsisäinen ehkäisin, joka estää siittiöiden kulkeutumisen ja munasolun kiinnittymisen kohdun limakalvolle vierasesinereaktion avulla. Miehen sterilisaatiossa siemenjohdin tukitaan tai katkaistaan, jotta siittiöiden pääsy siemennesteeseen estyy. Naisen sterilisaatiossa munanjohtimet tukitaan klipsien avulla, jolloin munasolu ei pääse kohtuun ja hedelmöittyminen estyy. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018c; Tiitinen 2018f.) Luonnollinen ehkäisy perustuu kehon muutosten tarkkailuun, eikä siinä käytetä mekaanisia tai kemiallisia estettä. Luonnollisen ehkäisyn tukena voidaan käyttää älylaitteeseen ladattavaa ehkäisysovellusta tai hedelmällisyystietokonetta. (Koch ym. 2018.)



KUVIO 1. Hormoniton raskauden ehkäisy

## 5 ESTEMENETELMÄT

### 5.1 Kondomi

Kondomit ovat ainoa ehkäisymenetelmä, jolla voidaan ehkäistä raskautta ja sukupuolitautilien tarttumista. Kondomin käyttöä suositellaan aina satunnaisissa ja uusissa suhteissa, vaikka käytössä olisi jokin muu raskauden ehkäisymenetelmä. Se soveltuu myös käyttöön raskauden aikana ja heti synnytyksen jälkeen. Kondomin käytön voi aloittaa ilman terveydenhuollon ammattilaista ja siksi se on yleensä nuoren ensimmäinen ehkäisymenetelmä. Markkinoilla on erikseen miehille ja naisille tarkoitettuja kondomeja. (Kivijärvi 2018b; Väestöliitto 2018a; Väestöliitto 2018d; Väestöliitto 2018e.)

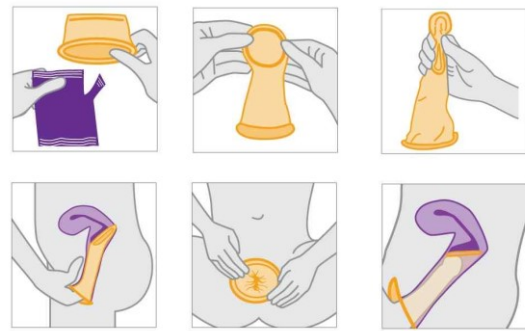
Miesten kondomit ovat yleisempiä kuin naisten. Niitä on helposti saatavilla kaupoista, kioskeista sekä apteekeista ja ne ovat edullisia. Miesten kondomeja on eri kokoisia, makuisia ja lateksittomia kumiallergisille. Ohjeenmukaisella käytöllä ne ovat turvallisia ja sopivat niin emätin-, anaali- ja suuseksiin. Miesten kondomin Pearl-luku on täydellisessä käytössä 2 ja tyypillisessä käytössä 15. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Väestöliitto 2018d; Väestöliitto 2018e.)

Femidomit eli naisten kondomit ovat myynnissä Suomessa vain apteekeissa ja verkkokaupoissa. Naisten kondomit ovat miesten kondomeja hiukan hintavampia. Ne sopivat kumiallergisille, ja niitä voi käyttää emätin- ja anaaliseksiin. Naisten kondomi on muovista valmistettu pussi (kuva 1), joka asetetaan emättimeen koko yhdynnän ajaksi. Asettamisen voi tehdä pari tuntia tai juuri ennen yhdyntää. Kondomissa on molemmissa päissä joustava rengas. Suljetussa päässä oleva rengas asetetaan kohdunsuun ympärille (kuva 2). Pehmeä ulompi rengas jää emättimen ulkopuolelle häpyhuulten päälle. Naisten kondomin Pearl-luku on täydellisessä käytössä 5 ja tyypillisessä käytössä 21. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Väestöliitto 2018f.)





KUVA 1. Naisten kondomi (Greentube 2018).



KUVA 2. Asettaminen (Hamadaabed 2018)

Kondomilla ei ole terveydellisiä haittavaikutuksia, mutta sen tehokkuus voi laskea, jos sitä ei käytetä ohjeiden mukaisesti. Kondomin väärinkäyttöön voi liittyä alkoholin vaikutuksen alaisena oleminen, jolloin kondomia ei muisteta käyttää. Jotkut kokevat, että kondomin käyttö vaikuttaa yhdynnän tuntumaan, spontaaniuteen ja laskee tunnelmaa, jonka takia sitä ei haluta käyttää. (Wells, Kelly, Rendina, & Parsons 2015, 659–668; Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017.) Kondomin käyttäjien on tärkeää tietää miten toimia, jos kondomi menee rikki seksin aikana. Rikkoutumisen syynä voi olla esimerkiksi ilma kondomin ja siittimen välillä tai terävän kynnen osuminen kondomiin. Jos kondomi on rikkoutunut, on syytä hakea jälkiehkäisy apteekista ilman reseptiä ja mennä mahdollisuuksien mukaan jälkitarkastukseen ja sukupuolitautilähtöihin. (Tiitinen 2018b; Väestöliitto 2018h; Väestöliitto 2018e.)

## 5.2 Pessaari ja spermisidi

Pessaari on emättimeen kohdunsuun ympärille asetettava silikonista valmistettu kuppi. Pessaareja on kahdenlaisia, cervix eli kohdunnapukkipessaari ja emätinpessaari. Kohdunnapukkipessaari on pienempi ja tulee suoraan kohdunsuulle (kuva 3). Emätinpessaari on suurempi ja peittää isomman alueen emättimestä (kuva 4). Itselle sopivan kokoisen ja muotoisen pessaarin löytäminen voi olla aluksi hieman hankalaa, koska sovittaminen ennen ostoa on mahdotonta. Synnytyksen jälkeen nainen joutuu yleensä ostamaan erikokoisen pessaarin, mutta synnytyksen jälkeen pessaarin käyttöä tulee välttää kuudesta kymmeneen viikkoon, jos on vakava lantiopohjan tai kohdun laskeuma. Pessaari ei ole kertakäyttöinen, vaan sitä säilytetään omassa rasiassaan ja se pestään jokaisen käytön jälkeen. Yleensä pessaari tarvitsee uusia noin vuoden tai kahden vuoden jälkeen käyttöönotosta,

jos pessaarissa on kuluman merkkejä, tai sitä on käytetty esimerkiksi emätintulehduksen aikana. Pessaareita saa apteekeista ja verkkokaupoista 50–70 eurolla. Pessaarin Pearlin luku on täydellisessä käytössä 6 ja tyypillisessä käytössä 16. Suomessa terveydenhuollon ammattilaiset eivät suosittele sen käyttöä epäluotettavuuden takia. Pessaarin käyttöön voi liittyä virtsatietulehduksen riski. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Niininen 2018; Yliopiston apteekki n.d; Pessar- passar det mig n.d.)

Spermisidi on naisille tarkoitettu kemiallinen aine, jota suositellaan käytettäväksi aina pessaarin kanssa, jotta ehkäisyteho olisi korkeampi. Spermisidejä on kahdenlaisia, maitohappoja ja selluloosaa sisältäviä kuten Contragel (kuva 3) ja Caya- gel (kuva 4) tai nonoksynoli-9:ää sisältäviä, kuten Gynol II. Spermisidi toimii lisäesteenä emättimessä ja vähentää siittiöiden liikkuvuutta. Samalla se liukastaa pessaaria ja auttaa sen asettamisessa. Spermisidi tuotteita on monessa muodossa kuten voiteena, geelinä, puikkona ja vaahtona. Niitä voi hankkia apteekista tai verkkokaupasta noin 15 eurolla. Spermisidiä ei suositella yksinään käytettäväksi ehkäisymenetelmäksi. Spermisidin Pearlin luku on täydellisessä käytössä 18 ja tyypillisessä käytössä 29. Sen käytön mahdollisia haittavaikutuksia voivat olla kirvely, kuumoitus ja punoitus sukupuolielimissä. Maitohappoja sisältävät spermisidit aiheuttavat vähemmän haittavaikutuksia kuin nonoksynoli-9:ää sisältävät. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Niininen 2018; Kivijärvi 2018a; Preventivgel- contragel grün n.d; Väestöliitto 2018c; Hormoniton.fi n.d.)



KUVA 3. Femcap- kohdunkaulapessaari pessaarigeeli (Hormoniton.fi n.d)



KUVA 4. Caya- emätinpessaari Contragel-Caya- pessaarigeeli (Krisloca 2017)

Pessaari asetetaan tamponin lailla joko käsin tai kuljettimella kupupuoli ylöspäin, jolloin imun avulla se asettuu tiukasti paikoilleen (kuva 5). Pessaarin ei pitäisi tuntua silloin kun se on asetettu oikein. Sen asettaminen vaatii usein harjoittelua. Emätinpessaari asetetaan paikoilleen aikaisintaan kahta tuntia ennen yhdyntää ja se poistetaan aikaisintaan kuuden

tunnin ja viimeistään 24 tunnin kuluttua viimeisestä yhdynnästä. Kohdunkaulapessaaria saa pitää paikoillaan jopa 48 tuntia. Sen voi asettaa 42 tuntia ennen yhdyntää ja poistaa aikaisintaan kuuden tunnin jälkeen yhdynnästä. Spermisidiä laitetaan pessaarin kuppiin ennen paikoilleen laittoa ja lisäksi emättimeen aikaisintaan tuntia ennen jokaista yhdyntäkertaa kohden. Jos asettamisen jälkeen toistuvaa yhdyntää harrastetaan yli kahden tunnin välein, tarvitsee spermisidiä lisätä asettimen avulla ennen jokaista yhdyntää pessaaria poistamatta. Pessaarin poisto tapahtuu siinä olevan syvennyksen tai kahvan avulla. (Niininen 2018; Pessar- passar det mig n.d; Preventivgel- contragel grön n.d.)



KUVA 5. Pessaarin asettaminen (Caya contoured diaphragm 2018)

### Ehkäisysieni

Ehkäisysieni on polyuretaanista valmistettu kertakäyttöinen yhdenkoon pessaari, joka on kyllästetty nonoksynoli-9 spermisidillä (kuva 6). Käyttö tapahtuu samalla tavalla, kuin pessaarin, eli se asetetaan paikoilleen ennen yhdyntää ja poistetaan aikaisintaan kuuden tunnin jälkeen yhdynnästä. Poisto tapahtuu puuvillasilmukan avulla. Ehkäisysienen tehokkuus perustuu samaan, kuin pessaarin ja spermisidin käyttö yhdessä. Ehkäisysienen sisältämä spermisidi voi aiheuttaa samoja haittavaikutuksia kuin pessaarin kanssa käytettävä spermisidi. Lisäksi sen käyttöön voi liittyä toksinen sokki -oireyhtymän riski. (Sanisto 2011, 107; Kivijärvi 2018a.)

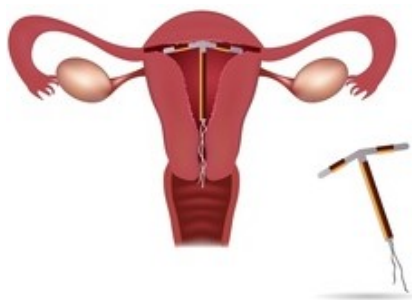


KUVA 6. Today -ehkäisysieni (Kontratsepcija 2016)

Suomessa ammattilaiset eivät suosittele sen käyttöä epäluotettavuuden takia. Stacey (2017) mukaan ehkäisysienien tehokkuus Pearl-in lukuna on täydellisessä käytössä 9 ja tyypillisessä käytössä 12, jos nainen ei ole synnyttänyt. Ja jos nainen on synnyttänyt aiemmin, niin ehkäisyteho on täydellisessä käytössä 20 ja tyypillisessä käytössä 24. Ehkäisysieniä ei ole Suomen markkinoilla, mutta niitä voi ostaa verkkokaupoista. Hinnat vaihtelevat tuotteesta riippuen, mutta esimerkiksi Today- ehkäisysieni pakkauksella kolmella sienellä maksaa noin 14 euroa. (Sannisto 2011, 107; Stacey 2017; Kivijärvi 2018a.)

## 6 KUPARIKIERUKKA

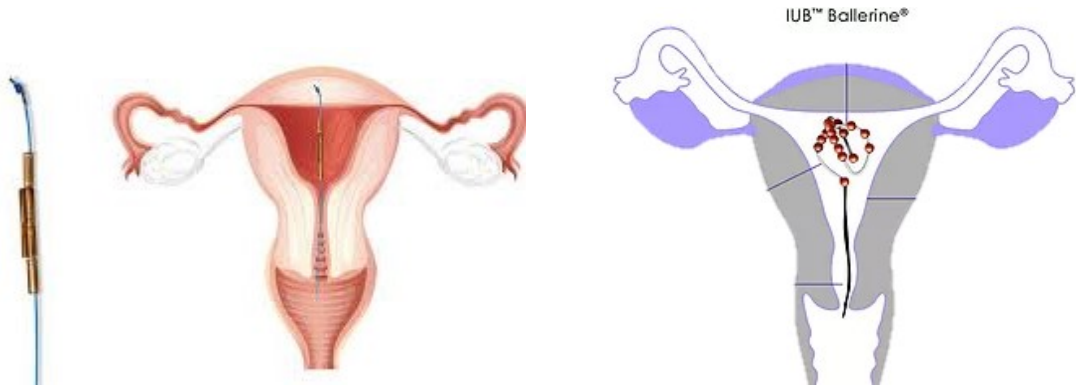
Kuparikierukka on usein pieni T-kirjaimen mallinen muovista ja sen ympärillä olevasta kuparilangasta valmistettu ehkäisyväline (kuva 7). Suomessa on saatavilla neljä eri kuparikierukkaa NovaT 380, Flexi-T +380, Flexi-T 300, Silverline Cu 380 Ag ja yksi kuparihelmiketju Gynefix. Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suosituksessa (2017) mukaan kuparikierukan teho kestää viisi vuotta, mutta FDA (U.S. Food and Drug administration) on hyväksynyt 380 mm<sup>2</sup> kuparia sisältävän kierukan käytön kymmeneen vuoteen asti kaikenikäisillä naisilla, mutta kierukoiden ajatellaan olevan tehokkaita 12 vuoden ajan. Kuparikierukan Pearlin luku on täydellisessä käytössä 0,6 ja tyypillisessä käytössä 0,8. Turvallisuutta lisää se, että kuparikierukan asettaa ja poistaa terveydenhuollon ammattilainen. Kuparikierukan sivuvaikutuksia voivat olla runsas kuukautisvuoto ja kuukautiskivut. Kuparikierukan saa ostettua apteekista ilman reseptiä noin 103–152 eurolla. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018d; Tiitinen 2018c; Väestöliitto 2018b.)



KUVA 7. T- mallinen kuparikierukka (Väestöliitto 2018b)

Gynefix eroaa muista kuparikierukoista siten, että se on joustava ketjumainen kierukka. Siinä on kirurgiseen lankaan kiinnitetty neljä tai kuusi kuparista sylinteriä (kuva 8). Gynefixin asettaa koulutettu lääkäri kirurgisella langalla kohdun pohjaan, jonka ansioista se pysyy paremmin paikoillaan, kuin T-kirjaimen malliset kierukat. Ennen aikojaan poistuminen on lähes mahdotonta. Gynefixin ei pitäisi aiheuttaa lisääntynyttä kuukautisvuotoa tai kipuja toisin kuin tavanomaiset kuparikierukat. (Lääkärikeskus Aava n.d; Lääkärikeskus Aava n.d; Gynefix n.d.) Ulkomailla on myös tarjolla kuparihelmistä muodostettu kierukka, nimeltään IUB SCu 300 ja IUB Ballerine (kuva 9). Kuparihelmien vaikutus on sama kuin muillakin kuparikierukoilla. Helmet on asetettu erikoismateriaalista valmistet-

tuun kierrekehukseen, jonka ansiosta se muodostaa joustavan pallon muodon. Asettaminen ei tuota kipua ja kuukautiskivut sekä vuodon määrä ovat vähäisemmät, kuin T-mallisilla kierukoilla. (Ocon n.d; Ballerine n.d.)



KUVA 8. Gynefix-kierukka (Gynefix n.d) KUVA 9. Ballerine-kierukka (Ballerine n.d)

Kuparikierukkaa suositellaan ensisijaisesti synnyttäneille, mutta se soveltuu myös synnyttämättömille naisille. Kierukan voi asentaa heti raskauden keskeytyksen tai synnytyksen jälkitarkastuksen jälkeen ja se soveltuu käyttöön imetyksen aikana. Kuparikierukkaa voidaan myös käyttää tehokkaana jälkiehkäisyinä. Tällöin kierukka tulee asettaa viiden päivän kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä. Kuparikierukan käytön vasta-aiheita ovat esimerkiksi raskaus, kupariallergia, anemia, rakennepoikkeamat ja lisääntynyt vuototai-pumus. Jos kuparikierukka aiheuttaa haittaavia oireita tai kuparikierukan paikoillaan olosta on epäselvyyttä, pitää hakeutua terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018d; Tiitinen 2018c; Väestöliitto 2018b.)

## 7 STERILISAATIO

Sterilisaatio on kirurginen toimenpide, joka voidaan tehdä miehelle tai naiselle. Sterilisaatio on pysyvä ehkäisymenetelmä, jonka takia sitä tulee harkita tarkkaan. Ennen toimenpidettä on tärkeää varmistaa, että asiakas on tietoinen muista vaihtoehtoisista ehkäisymenetelmistä. Toimenpide ei vaikuta hormonituotantoon kiveksissä tai munasarjoissa, jonka vuoksi menetelmä ei ole peittävä, mutta kuitenkin yksi varimmia hormonittomia ehkäisymenetelmiä. Sterilisaatio on maailman käytetyin ehkäisymenetelmä, kun lapsia ei enää haluta lisää tai ollenkaan. Henkilölle voidaan hänen omasta tahdostaan tehdä sterilisaatio. Lähetettä varten on kuitenkin täyttyvät ehdot, jotka ovat säädetty sterilislaissa. Taulukossa 3 on esitetty sterilisaation ehdot. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018f.)

TAULUKKO 3. Sterilisaation ehdot (Steriloimislaki 283/1970)

Henkilö on synnyttänyt kolme lasta tai hänellä on yksin tai aviopuolionsa kanssa yhteensä kolme alaikäistä lasta

Hän on täyttänyt 30 vuotta

Raskaus vaarantaisi hänen henkensä tai terveytensä

Hänen mahdollisuutensa ehkäistä raskaus muulla tavoin ovat epätavallisen huonot

On syytä otaksua, että hänen jälkeläisillään olisi tai heille kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika

Hänen sairautensa tai muu siihen verrattava syy vakavasti rajoittaa hänen kykyään hoitaa lapsia

Henkilö kokee pysyvästi kuuluvansa vastakkaiseen sukupuoleen ja elää tämän sukupuolen mukaisessa roolissa

Steriloimislain (283/1970) mukaan kahdessa ensimmäisessä perusteessa riittää toimenpiteen suorittavan lääkärin päätös. Kohdissa kolme, neljä ja seitsemän edellytetään kahden lääkärin päätöstä. Kohdissa viisi ja kuusi tarvitaan Valviran lupa. Jos henkilö on sairauden vuoksi pysyvästi kykenemätön ymmärtämään steriloinnin merkitystä, siihen voidaan ryhtyä hänen laillisen edustajansa hakemuksesta kohtien kolme, viisi ja kuusi perusteella. Valvira antaa luvan toimenpiteeseen. (Steriloimislaki 283/1970)

Miehen sterilisaatio eli vasektomia tehdään paikallispuudutuksessa polikliinisesti. Toimenpiteessä miehen siemenjohtimet katkaistaan, näin siittiöt eivät pääse siemennesteseen. On tärkeää tietää, että toimenpiteen jälkeen siemenesteessä saattaa olla hedelmöittämiskykyisiä siittiöitä vielä kuukausia. Muun ehkäisyn käyttöä suositellaan toimenpiteen jälkeen, kunnes siittiöiden puuttuminen siemennesteestä on osoitettu. Siemennestenäyte otetaan aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä, ja kun miehellä on ollut vähintään 20 siemensyöksyä. Sterilisaatiolla ei ole vaikutusta hormonitoimintaan, siemensyöksyyn, erektioon tai seksuaaliseen mielihyvään. Pearl-luku on täydellisessä käytössä 0,1 ja tyypillisessä käytössä 0,15. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018f.)

Naisen sterilisaatio tehdään vatsaontelotähystyksellä nukutuksessa. Toimenpiteessä munanjohtimet tukitaan klipsien avulla, jolloin munasolu ei pääse kulkemaan. Naisen sterilisaation teho alkaa nopeasti, mutta muuta ehkäisyä on syytä käyttää seuraaviin kuukautisiin saakka. Sterilisaation voi suorittaa heti synnytyksen jälkeen. Pearl-luku on täydellisessä käytössä 0,5 ja tyypillisessä käytössä 0,5. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018f.) Sterilisaatioita on tehty myös polikliinisesti Essure-menetelmällä, jossa munanjohtimiin on asetettu kohtutähystyksen kautta spiraalikapselit. Spiraalikapselien myynti ja jakelu on Suomessa lopetettu heinäkuussa 2017 liiketoiminnallisista syistä. Lisäksi Essure-menetelmän huomattiin aiheuttavan naisille haittavaikutuksia. Niitä olivat kivut, vuotohäiriöt, väsymys, turvotus, ihottuma ja hiustenlähtö. (Jokinen, Hurskainen & Härkki 2017, 2793.)

Sterilisaatiolla ei ole muita terveydellisiä haittavaikutuksia, kun mahdolliset kirurgiseen toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot. Ne ovat kuitenkin harvinaisia. Miehillä voi esiintyä kipua, verenvuotoa ja tulehduksia. Naisilla taas voi esiintyä kipua ja tiputteluvuotoa. Osa sterilisaation tehneistä katu päätöstään, mutta heistä vain osa hakeutuu purkutoimenpiteeseen. Sterilisaation kirurgista purkua voidaan yrittää, mutta niiden tekeminen on todella harvinaisia, eivätkä ne kuulu julkiselle terveydenhuollolle. Purkutoimenpiteen jälkeen hedelmällisyys palautuu vain puolella. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Tiitinen 2018f; Vapaaehtoisesti lapsettomat ry n.d.)



## 8 LUONNOLLINEN RASKAUDEN EHKÄISY

### 8.1 Luonnollisen ehkäisyn periaatteet

Luonnollinen ehkäisy perustuu elimistön toimintojen tarkkailuun. Hormonaalinen ehkäisy on usein naisen vastuulla, mutta luonnolliset menetelmät vaativat pariskunnalta yhteistyötä ja sitoutumista noudattaa ohjeita. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017.) Luonnollisten menetelmien tehokkuus on erittäin riippuvainen ohjeenmukaisesta käytöstä ja ohjeiden noudattaminen saattaa olla melko haastavaa. Onnistuneen menetelmän käytön taustalla saattavat olla seksuaalinen käyttäytyminen, uskonnolliset seikat, kiinnostus vaihtoehtoiseen lääketieteeseen sekä kumppanilta saatu tuki. Luonnollisen ehkäisyn käyttäjien keskuudessa alhaisimmat ei-toivottujen raskauksien luvut ovat tutkimusten mukaan niillä naisilla, jotka ovat valinneet menetelmän omasta tahdostaan, eli he ovat motivoituneita ja sen lisäksi he ovat saaneet ammattilaisen ohjausta menetelmän käytöstä. Suurin osa luonnolliseen ehkäisyyn liittyvistä tutkimuksista on kohdistunut naisiin, jotka ovat pitkässä parisuhteessa. (Pallone & Bergus 2009, 147–157.)

Luonnollisen ehkäisyn (Natural Family Planning=NFP) menetelmistä ei juurikaan puhuta suomalaisessa terveydenhuollossa, eikä siihen ole tarjolla koulutusta Suomessa. Jos suomalainen haluaa käyttää luonnollista ehkäisyä, on hänen hankittava tarvittava tieto itse, eikä sitä ole saatavilla suomenkielellä. Pallonen & Berguksen (2009, 147–157) mukaan yhdysvaltalaisilla lääkäreillä on myös puutteita luonnolliseen ehkäisyyn liittyvässä tiedossa. Isossa-Britanniassa taas terveydenhuollon ammattilaisille tarjotaan koulutusta luonnollisista ehkäisymenetelmistä (FertilityUK 2017).

Raskauden ehkäisyn Käypä hoito -suosituksessa (2017) käytetään termiä “varmat päivät”, vaikka se ei ole standardoitu luonnollisen ehkäisyn menetelmä. Eri menetelmiä ei ole myöskään eroteltu, kun niiden luotettavuutta on arvioitu. Luonnollisen ehkäisyn menetelmiä on jaoteltu eri tavoin lähteestä riippuen. Tässä opinnäytetyössä ehkäisymenetelmät on jaettu kiertotietoisuuteen perustuviin menetelmiin, rytmimenetelmiin, LAM:iin (Lactational Amenorrhea Method) sekä keskeytettyyn yhdyntään.

## 8.2 Hedelmällisen ajankohdan tunnistaminen

Useat luonnollisen ehkäisyn menetelmät vaativat käyttäjältä ymmärrystä lisääntymisbiologiasta. Kuukautiskierron pituus on keskimäärin 28 vuorokautta. 21–35 päivää pidetään kuitenkin normaalina. Ovulaatio eli munasolun irtoaminen tapahtuu noin puolessa välissä kuukautiskiertoa. Keskimääräisen kuukautiskierron omaava nainen on hedelmällinen sinä päivänä, kun ovulaatio tapahtuu sekä 5–6 vuorokautta ennen ovulaatiota. Siittiöt pysyvät hedelmöittymiskykyisinä naisen sisällä 1–2 vuorokautta, kun taas munasolu on hedelmöittymiskykyinen ovulaation jälkeen 12–24 tuntia. Hedelmällisen ajanjakson aikana raskaaksi tulemisen mahdollisuus vaihtelee eri kierron päivinä. Suurimmalla todennäköisyydellä hedelmöittyminen tapahtuu kuitenkin ovulaation aikana. Kuukautiskierron pituus ja ovulaation ajankohta voivat vaihdella, joten kehossa tapahtuvia muutoksia täytyy tarkkailla. (Arévalo, Jennings, Nikula & Sinai 2004, 885–892.; Sand, Sjaastad, Haug & Bjälie 2016, 495–505.)

Ruumiinlämpö kohoaa noin 0,3–0,6 °C ovulaation jälkeen ja pysyy koholla lähes koko luteaalivaiheen (Pallone & Bergus 2009, 147–157). Luteaalivaihe alkaa ovulaatiosta ja päättyy kuukautisten alkamiseen. Lämpötila laskee takaisin muutamaa päivää ennen kuukautisten alkua. Lämpötilan nousu johtuu suurentuneesta progesteronipitoisuudesta, joka vaikuttaa elimistön lämmönsäätelyjärjestelmään. Osa naisista kokee ovulaatiokipua, kun munasolu irtoaa. Kipu johtuu munarakkulan puhkeamisen aiheuttamasta pienestä verenvuodosta, joka ärsyttää vatsakalvoa. Kohdunkaulassa on satoja rauhasia, jotka erittävät limaa. Rauhaset erittävät erilaista limaa kierron eri vaiheissa. Liman eritystä säätelevät estradioli ja progesteroni. Estradiolia erittyy runsaasti juuri ennen ovulaatiota ja ovulaatiohetkellä. Estradioli lisää kirkasta ja juoksevaa eritettä, jonka tehtävänä on helpottaa siittiöiden kulkeutumista kohtuun. Ovulaation jälkeen progesteronin määrä lisääntyy ja kohdunkaulan eritteen koostumus muuttuu sitkeämmäksi. Sitkeän liman tehtävänä estää bakteerien pääsy kohtuun, jotta sikiö ei infektoituisi. Luteinisoivan hormonin eli LH:n määrä lisääntyy elimistössä merkittävästi 10–15 tuntia ennen ovulaatiota. (Odeblad 2016; Sand ym. 2016, 495–505.) LH:n pitoisuutta voidaan mitata verestä sekä virtsasta, jota varten on kehitetty ovulaatiotestejä/LH-testejä (Günther ym. 2015, 38–42).

### 8.3 Kiertotietoisuuteen perustuvat menetelmät

Kiertotietoisuuteen perustuvat menetelmät (Fertility Awareness Methods) kuuluvat luonnollisen ehkäisyn menetelmiin. Kiertotietoisuuteen perustuvat menetelmä pohjautuvat ymmärrykseen naisen kehosta, kuukautiskierrosta ja hedelmällisistä ajanjaksoista. Kiertotietoisuudessa opetellaan tunnistamaan kuukautiskierron päivät, jolloin raskaaksi tuleminen on todennäköisintä, tarkkailemalla kehossa tapahtuvia muutoksia. Nainen seuraa ovulaatiosta kertovia merkkejä, kuten lämpötilaa ja kohdunkaulan eritteen muutoksia. (Arévalo ym. 2004, 885–892.) Kiertotietoisuuteen perustuvia menetelmiä on useita. Tässä opinnäytetyössä käsitellään yleisimpiä menetelmiä, jotka ovat Billingsin ovulaatiomenetelmä, peruslämpömenetelmä ja symptotermaalinen menetelmä.

Malarcher ym. (2016) mukaan kiertotietoisuuden menetelmät ehkäisevät tehokkaasti raskauksia, ovat turvallisia, sisältävät ohjeet oikeaan käyttöön ja niitä on testattu tutkimuksissa. Kiertotietoisuuteen perustuvien ehkäisymenetelmien etuna on, että niiden käyttö ei vaadi toimenpiteitä, hormoneja tai laitteita. Menetelmiä voidaan käyttää raskauden ehkäisyn lisäksi myös raskauden suunnitteluun. (Malarcher ym. 2016, 13–15.) WHO:n (2015) mukaan kiertotietoisuuteen perustuvia menetelmiä voidaan tarjota kaikille, jotka näitä menetelmiä haluavat käyttää. Yleensä ei ole estettä kiertotietoisuuteen perustuvien menetelmien käytölle. Niitä ei kuitenkaan suositella naisille, joiden terveydelle raskaus olisi suuri riski, koska menetelmien tyypillisessä käytössä raskauden todennäköisyys on suhteellisesti suurempi muihin menetelmiin verrattuna. Vaihdevuosien aikana kuukautiskierron epäsäännöllisyys on yleistä, mikä voi hankaloittaa menetelmien käyttöä. Menetelmien käytön yhteydessä suositellaan ammattilaisen ohjausta. (WHO 2015, 226–231.)

Kiertotietoisuuteen perustuvien menetelmien täydellisestä käytöstä voidaan puhua silloin, kun ohjeita noudatetaan tarkasti ja kuukautiskierron hedelmällisenä ajanjaksona yhdynnästä pidättäydytään kokonaan. Jos hedelmällisenä ajanjaksona on yhdyntää ja käytössä on jokin muu ehkäisymenetelmä, ei voida puhua menetelmän täydellisestä käytöstä. Tällä on merkitystä silloin, kun arvioidaan eri menetelmien luotettavuutta. (Arévalo ym. 2004, 885–892; WHO 2015, 226–231.)

### 8.3.1 Billingsin ovulaatiomenetelmä

Billingsin ovulaatiomenetelmä eli Billings Ovulation Method perustuu kohdunkaulan eritteessä tapahtuvien muutosten tarkkailuun. Käyttäjä päättelee kohdunkaulan eritteen muutosten perusteella hedelmälliset ja hedelmättömät ajanjaksot. Billingsin menetelmän yhteydessä käytetään termiä “peak day” eli niin sanottu huippupäivä, jolloin munasolun hedelmöittyminen on kaikista todennäköisintä. Ovulaatio tapahtuu yleensä huippupäivänä. Joissakin kuukautiskierroissa ovulaatio voi tapahtua myös 1–2 päivää huippupäivän jälkeen. Kuukautiskierron aikana kohdunkaulan hedelmällisyydestä kertovaa eritettä esiintyy keskimäärin 15 päivän ajan. (Fehring, Schneider, Raviele & Barron 2007, 152–160).

Eritteen väriä, koostumusta ja venyvyyttä arvioidaan ja se kirjataan ylös. Hedelmättöminä päivinä emätin tuntuu kuivalta ja erite on vähäistä, tahmeaa, sameaa, eikä se ole venyvä. Kohdunkaulan erite alkaa muuttua jo useita päivien ennen ovulaatiota. Tämä on merkki hedelmällisen ajanjakson alkamisesta ja yhdynnästä pidättäydytään heti, kun muutos eritteessä huomataan. Erite alkaa muuttua ohueksi, kirkkaaksi ja venyväksi ja emättimessä on märkä tunne. Huippupäivänä erite on koostumukseltaan erityisen liukasta. Huippupäivän voi tunnistaa vasta sen jälkeisenä päivänä, kun kohdunkaulan erite alkaa muuttua sitkeämmäksi. Eritteen laadun arviointi perustuu emättimen ulkoiseen tarkasteluun sekä tunteeseen emättimessä. Eritteen tarkkailu ei vaadi sisätutkimusta tai välttämättä edes emättimen koskettamista. Eritteen voi havaita WC-paperista tai alushousuista. Menetelmässä on neljä sääntöä, jotka on esitelty taulukossa 4. Menetelmän Pearlin luku on täydellisessä käytössä 0,5–1,1 ja tyyppillisessä käytössä 10.5–22.3. (Pallone & Bergus 2009, 147–157; Indian Council of Medical Research Task Force on Natural Family Planning 1996, 69–74; Billings LIFE 2016.)

TAULUKKO 4. Billingsin ovulaatiomenetelmän ohjeet (Indian Council of Medical Research Task Force on Natural Family Planning 1996, 69–74; Billings LIFE 2016.)

<b>Billingsin ovulaatiomenetelmä</b>
<p>Yhdyntää vältetään runsaan kuukautisvuodon aikana. Perustelu: Hedelmällinen ajanjakso voi alkaa jo kuukautisvuodon aikana ja kohdunkaulan eritteen laatua ei voi arvioida luotettavasti kuukautisvuodon aikana.</p>
<p>Yhdyntäessä voi olla hedelmättömän jakson iltoina. Perustelu: Päivän aikana kohdunkaulan erite voi muuttua. Eritteen laadun arviointi ei ole luotettavaa heti aamulla. Naisen täytyy olla pystyasennossa muutama tunti, jotta erite ehtii valua kohdunkaulasta emättimeen. Jos edellisenä iltana on ollut yhdynnässä, saattaa emätin tuntua sen vuoksi kostealta aamulla.</p>
<p>Yhdyntää vältetään, jos hedelmättömänä ajanjaksona havaitaan kohdunkaulan eritteen muutos tai muuta vuotoa emättimestä. Yhdyntää vältetään varmuuden vuoksi seuraavat kolme seuraavaa päivää. Mikäli kolmen päivän kuluttua eritteen koostumus viittaa jälleen hedelmättömyyteen, voi yhdynnässä olla. Perustelu: Jos hedelmättömänä ajanjaksona ilmenee hedelmällisyydestä kertovaa eritettä, se voi olla merkki tulevasta ovulaatiosta.</p>
<p>Yhdyntäessä voi olla neljäntenä päivänä huippupäivän jälkeen seuraavien kuukautisten alkamiseen saakka. Perustelu: Tämä ajanjakso on hedelmätön.</p>

Kohdunkaulan eritteen tarkkailuun liittyy haasteita. Monet naiset tuntevat jatkuvasti jonkinlaista eritettä emättimessä ja hedelmällisen ajankohdan tunnistaminen on vaikeaa. Hedelmällisen ajanjakson tunnistamista hankaloittaa myös se, että jopa 17 % kuukautiskierroista huippupäivänä ei esiinny kohdunkaulan eritettä. Suurin osa naisista kuitenkin pystyy määrittelemään huippupäivän, mutta se vie paljon aikaa ja vaatii kärsivällisyyttä sekä asiantuntijan apua. Billingsin ovulaatiomenetelmän tehokkuutta lisää esimerkiksi ovulaatiotestin tai hedelmällisyystietokoneen käyttäminen menetelmän rinnalla. (Fehring ym. 2007, 152–160.)

### 8.3.2 Peruslämpömenetelmä

Peruslämpömenetelmä eli Basal Body Temperature Method on melko vanha luonnollisen ehkäisyn menetelmä. Menetelmä perustuu tietoon siitä, että kehon lämpötila nousee ovulaation jälkeen. Hedelmällinen ajanjakso määritellään tarkkailemalla päivittäin kehon lämpötilan vaihtelua. Ovulaation oletetaan tapahtuneen, kun lämpötila on pysynyt koholla kolme peräkkäistä päivää. Hedelmälliseksi ajanjaksoksi on määritelty kuukautisten alkamispäivä ja sitä seuraavat päivät siihen saakka, kun lämpötila on ollut koholla 3–4 päivää. Hedelmättöminä päivinä pidetään kaikkia seuraavia päiviä seuraavien kuukautisten alkamiseen saakka. (Pallone & Bergus 2009, 147–157.)

Lämpötilan mittaamiseen käytetään erittäin herkkää lämpömittaria. Lämpötila mitataan joka aamu samaan kellonaikaan ennen sängystä nousemista. Lämpötilan voi mitata oraalisesti, vaginaalisesti tai rektaalisesti. Lämpötila tulee mitata aina käyttäen samaa kehon osaa. Edellisenä yönä tulisi nukkua vähintään kuusi tuntia yhtäjaksoisesti, jotta mittaus-tulokseen voidaan luottaa. Lämpötilaan voi vaikuttaa myös monet muutkin tekijät, kuten liian lyhyet tai pitkät yöunet, häiriintynyt uni, vuorotyö, stressi, sairastuminen, matkustaminen, loma-ajat, gynekologiset sairaudet tai lääkitys. Joillakin naisilla ovulaatio voi tapahtua ilman selkeää lämpötilan nousua. Monet eri asiat vaikuttavat kehon lämpötilaan, joten mittausvirheen mahdollisuus on suuri. (Pallone & Bergus 2009, 147–157.) Lämpötilamenetelmän Pearlin luku täydellisessä käytössä on 0,4 ja tyypillisessä käytössä jopa 24 (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017).

### 8.3.3 Symptotermaalinen menetelmä

Symptotermaalisessa menetelmässä eli Symptothermal Methodissa (STM) yhdistyy kaksi menetelmää. STM:ssä käyttäjä tarkkailee kehonsa lämpötilan sekä kohdunkaulan eritteen muutoksia ja soveltaa niitä STM:n ohjeisiin. STM:ssä on tarkat säännöt, joita tulee noudattaa välttääkseen ei-toivotun raskauden. Kuten Billings -menetelmässäkin, myös STM:ssä käytetään huippupäivätermiä. Menetelmässä pyritään tunnistamaan ensimmäinen ja viimeinen hedelmällinen päivä, joiden välisenä aikana raskaaksi tuleminen on todennäköisintä. Menetelmän käyttö vaatii ammattihenkilön antamaa ohjausta. Menetelmän noudattaminen ei ole helppoa ja se vaatii tarkkuutta ja sitoutumista käyttäjältään. (Frank-Herrmann ym. 2007, 1310–1319.) Taulukossa 5 kerrotaan ohjeet ensimmäisen

hedelmällisen päivän määrittämiseen ja taulukossa 6 viimeisen hedelmällisen päivän määrittämiseen.

TAULUKKO 5. Ohje ensimmäisen hedelmällisen päivän määrittämiseen (Frank-Herrmann, ym. 2007, 1310–1319)

<b>Ensimmäinen hedelmällinen päivä</b>
Ensimmäiseksi hedelmälliseksi päiväksi lasketaan päivä, jolloin nainen huomaa ensimmäistä kertaa kohdunkaulan eritteessä muutoksen.
<b>TAI</b>
Ensimmäisen hedelmällisen päivän määrittämiseksi käytetään myös laskukavaa: ensimmäinen hedelmällinen päivä on kuukautiskierron kuudes päivä.
<b>TAI</b>
Kun nainen on käyttänyt tätä menetelmää 12 kuukautiskierron ajan, niin ensimmäinen hedelmällinen päivä lasketaan käyttäen seuraavaa laskentamenetelmää: otetaan aikaisin päivä, jolloin lämpötila on noussut 12 kuukautiskierron aikana ja vähennetään siitä seitsemän päivää, jolloin saadaan ensimmäinen hedelmällinen päivä.

TAULUKKO 6. Ohje viimeisen hedelmällisen päivän määrittämiseen (Frank-Herrmann, ym. 2007, 1310–1319)

<b>Viimeinen hedelmällinen päivä</b>
Viimeinen hedelmällinen päivä on kolmannen päivän ilta huippupäivän jälkeen.
<b>TAI</b>
Viimeinen hedelmällinen päivä on kolmas ilta, kun lämpötila on kohonnut ja kolmen viimeisimmän päivän lämpötilat ovat korkeammat, kuin aikaisempien kuuden päivän lämpötilat ja viimeisin lämpötila on vähintään 0,2C korkeampi kuin aikaisempina kuutena päivänä.

Täydellisessä käytössä menetelmän Pearl index on 0.4 ja tyypillisessä käytössä 1.6. (Frank-Herrmann, ym. 2007, 1310–1319.) STM:n on ajateltu olevan muita kiertotietoisuuteen perustuvia menetelmiä luotettavampi, koska siinä hedelmällisyys varmistetaan käyttäen kahta eri menetelmää. Eri menetelmien tehoa vertailevia tutkimuksia ei kuitenkaan ole tehty vielä tarpeeksi. (Freundl, Sivin & Batár 2010, 113–123.)

## 8.4 Rytmimenetelmät

Rytmimenetelmissä hyödynnetään algoritmeja eli laskukaavoja, joilla pyritään määrittelemään kuukautiskierron hedelmällinen ajanjakso. Rytmimenetelmällä ja kalenterimenetelmällä tarkoitetaan usein samaa asiaa. (Arévalo, Jennings & Sinai 2002, 333–338.) Seuraavaksi esitellään kaksi rytmimenetelmää, Standard Days Method ja TwoDays Method.

### 8.4.1 Standard Days Method

Arévalo ym. (2002) kehittivät rytmimenetelmän nimeltä Standard Days Method (SDM). Tarkoituksena oli kehittää uusi raskauden ehkäisymenetelmä, joka olisi mahdollisimman tehokas, helppokäyttöinen ja moderni. SDM:n kehittämisessä käytettiin erilaisia kaavoja ja niitä sovellettiin 7500:een kuukautiskiertoon, jotka saatiin tietoon WHO:lta. SDM:n ohjeiden mukaan hedelmällinen ajanjakso on kuukautiskierron päivät 8–19, jolloin pidättydytään yhdynnästä. Menetelmää voivat käyttää naiset, joiden kuukautiskierto on 26–32 päivää. SDM:ssa käytetään apuna helminauhaa helpottamaan kuukautiskierron seuraamista. Helminauha on nimeltään CycleBeads (kuva 10) ja siinä on erivärisiä helmiä, jotka kertovat kuukautiskierron eri vaiheista. Helminauhassa on musta kuminauha, jota liikutetaan joka päivä yhden helmen verran nuolen osoittamaan suuntaan. (Arévalo ym. 2002, 333–338; WHO 2012.)



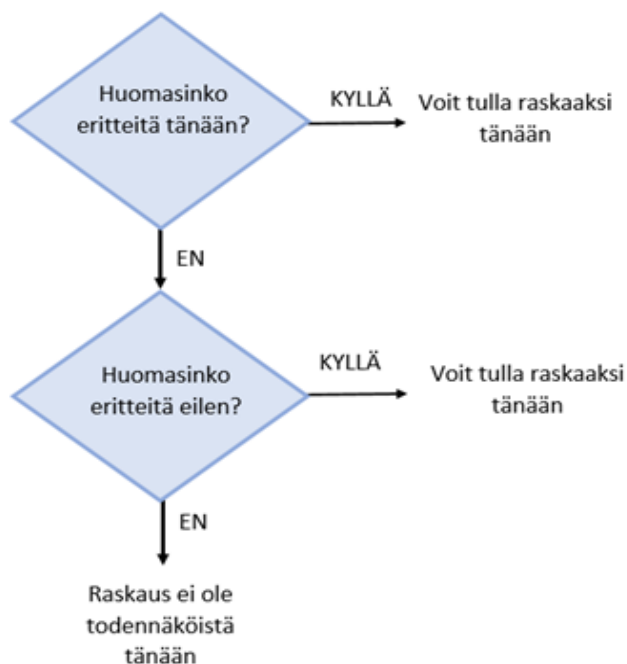
KUVA 10. CycleBeads. Mukailtu Institute for Reproductive Health Georgetown University (2018) kuvasta



SDM:n tehokkuutta testattiin tutkimuksessa, johon osallistui 478 naista. Tutkimuksen mukaan menetelmän Pearl-luku täydellisessä käytössä on 4.8 ja tyypillisessä käytössä 12. (Arévalo ym. 2002, 333–338.) Tutkimuksessa, johon osallistui 1646 naista, Pearl-luvuksi saatiin 14.1 tyypillisessä käytössä. Tutkimuksessa ilmeni, että naiset sekä miehet olivat tyytyväisiä SDM:ään. Tutkimuksessa selvitettiin, miksi juuri SMD oli valittu ehkäisymenetelmäksi. Yleisin syy oli se, että menetelmällä ei ole terveydellisiä haittavaikutuksia. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että menetelmä ei aiheuta suuria kustannuksia. Myös uskonnolliset syyt vaikuttivat menetelmän valintaan. (Gribble, Lundgren, Velasquez & Anastasi 2008, 147–154.) Katolinen kirkko ja suurin osa kristityistä hyväksyy SDM:n raskauden ehkäisymenetelmänä (Christian Family Planning n.d).

#### 8.4.2 TwoDay Method

TwoDay Method eli (TDM) on Georgetownin yliopiston lisääntymisterveyden instituutin kehittämä raskauden ehkäisymenetelmä. TDM on yksinkertainen menetelmä ja se perustuu kohdunkaulan eritteiden tarkkailuun. TDM toimii niin, että nainen kysyy itseltään kaksi kysymystä joka päivä, joiden perusteella hän arvioi, onko hän tänään hedelmällinen vai ei (kuvio 2). Naisen tulisi pidättäytyä suojaamattomasta yhdynnästä näinä päivinä estääkseen raskauden. (Arévalo ym. 2004, 885–892.)



KUVIO 2. TwoDays Methodin algoritmi. Mukailtu Arévalo ym. (2004, 885–892) kuviosta

Eritteeksi lasketaan mikä tahansa muu emättimestä tuleva erite, kuin kuukautisvuoto. Eritteen tulee olla hajutonta, eikä siihen saa liittyä kutinaa tai kipua. Mikäli käyttäjä huomaa epänormaalia eritettä, ei TDM:n voi luottaa. Normaalisti erite on kirkasta tai vaaleaa. Eritteen ilmenemisen ajankohta ja sen pituus vaihtelevat yksilöllisesti. Käyttäjä oppii vähitellen tuntemaan oman eritteensä vaihtelun kuukautiskierron eri vaiheissa. Yleensä eritettä ilmenee 5–14 päivän ajan. (Georgetown University 2013.) TDM on helppokäyttöinen verrattuna moniin muihin luonnollisiin menetelmiin. TDM:n tehokkuutta tutkittiin 450:lla naisella. Pearl-in luku oli täydellisessä käytössä 3,5 ja tyypillisessä käytössä 6,3. (Arévalo ym. 2004, 885–892.)

## 8.5 Laktationaalinen amenorrea menetelmä eli LAM

Imetyksen tiedetään heikentävän naisen hedelmällisyyttä. Laktationaalinen amenorrea menetelmä eli LAM esitettiin Bellagion konsensuskokouksessa ehkäisymenetelmänä vuonna 1988. Imetystä voidaan käyttää raskauden ehkäisynä noudattaen tiettyjä kriteerejä, jotka ovat esitetty taulukossa 7. (Suhonen 2010, 3033–3035.)

TAULUKKO 7. LAM -menetelmän kriteerit (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; Suhonen 2010, 3033–3035.)

LAM-menetelmän kriteerit
Nainen täysimettää, eli lapsi ei saa muuta ruokaa rintamaidon lisäksi (vitamiinilisät sallitaan)
Lapsi on alle 6 kuukauden ikäinen
Nainen imettää säännöllisesti, imetyvälit maksimissaan 4 tuntia (myös öisin)
Kuukautiset eivät ole vielä alkaneet

LAM estää ovulaation 98 % todennäköisyydellä, jos kaikki neljä edellä mainittua kriteeriä täyttyy. LAMin ehkäisyteho on suunnilleen sama kuin oikein käytetyllä kondomiehkäisyllä. Jos lapsi saa rintamaidon lisäksi lisäruokia, alkaa naisen hedelmällisyys palautua. Ensimmäinen ovulaatio voi tapahtua jo kuukauden kuluttua synnytyksestä, jos nainen

ei imetä lainkaan. LAMia voidaan suositella neuvolassa synnytyksen jälkeiseksi ehkäisyksi, mikäli kriteerit täyttyvät. Suomalaiset naiset täysimettävät kuitenkin keskimäärin vain 1,4 kuukautta (Liikanen & Suhonen 2014, 16–17; Suhonen 2010, 3033–3035.)

Vuonna 2011 tehtiin kyselytutkimus kahdessa Helsingin kaupungin neuvolassa. Tutkimuksessa selvitettiin puoli vuotta aiemmin synnyttäneiden naisten ehkäisyn käyttöä sekä heidän tietouttaan synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä ja hedelmällisyyden palautumisesta. 45 vastaajasta vain 16 % tiesi kaikki LAMin kriteerit ja heidän ehkäisytietonsa olivat muutenkin puutteelliset. (Liikanen & Suhonen 2014, 16–17.)

## 8.6 Keskeytetty yhdyntä

Keskeytetyssä yhdynnässä penis vedetään ulos emättimestä ennen siemensyöksyä. Ennen varsinaista siemensyöksyä, miehen ollessa kiihottunut, virtsaputkesta voi kuitenkin erittyä jopa 4ml liukasta eritettä. Nestettä erittyy rauhasista, jotka sijaitsevat eri kohdissa virtsaputkea. Erite sisältää lukuisia entsyymejä ja limaa, mutta ei siittiöitä. On kuitenkin mahdollista, että tähän eritteeseen sekoittuu siittiöitä. (Killick, Leary, Trussell & Guthrie 2011, 48–52.)

Killick ym. (2011) tutkivat siittiöiden esiintymistä eritteessä. 40 spermanäytettä kerättiin 27 mieheltä. 11:ssä 27:sta miehen eritteessä havaittiin siittiöitä. Menetelmän luotettavuutta heikentää lisäksi se, että miehen voi olla vaikea ennustaa siemensyöksyn ajankohta. (Killick ym. 2011, 48–52.) Keskeytetyn yhdynnän Pearlin indeksi täydellisessä käytössä on 4 ja tyypillisessä käytössä 27. Menetelmän tehokkuus on riippuvainen parin halukkuudesta ja kyvykkyydestä keskeyttää akti jokaisella yhdyntäkerralla. (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2017; WHO 2015, 226–231). Killick ym. (2011) tutkimuksen perusteella keskeytettyä yhdyntää ei voida pitää luotettavana ehkäisymenetelmänä.

Keskeytettyä yhdyntää käytetään raskauden ehkäisyssä, siitä huolimatta, että se on osoitettu tutkimuksissa epäluotettavaksi menetelmäksi. Menetelmää saatetaan käyttää uskonnollisista tai filosofisista syistä (WHO 2015, 226–231). Vuonna 2007 maailmassa oli noin 33 miljoonaa pariskuntaa, jotka käyttivät raskauden ehkäisynä keskeytettyä yhdyntää

(United Nations 2008). Vuonna 2012 kerättiin tietoa 4 634 yhdysvaltalaisen naisen ehkäisyn käytöstä viimeisen 30 vuorokauden ajalta. 33 % ilmoitti käyttäneensä keskeytettyä yhdyntää vähintään kerran 30 vuorokauden aikana. Suurin osa keskeytettyä yhdyntää käyttävistä naisista käytti välillä myös jotain muuta ehkäisyä, kuten kondomia. 12 % naisista ilmoitti käyttäneensä ainoana ehkäisymenetelmänä keskeytettyä yhdyntää. (Jones, Lindberg & Higgins 2014, 416–421.)

## 9 TEKNOLOGIA RASKAUDEN EHKÄISYSSÄ

### 9.1 Ehkäisysovellukset

Ehkäisysovelluksen voi ladata älypuhelimien tai tablettiin. Saatavilla on useita erilaisia ehkäisysovelluksia eri ominaisuuksilla varustettuna. Suosituin ehkäisysovellus lienee ruotsalainen sertifioitu Natural Cycles. Vuonna 2018 sen oli ladannut yli 500 000 käyttäjää (Google Play 2018). Sovellukseen merkitään muun muassa kuukautiset, ruumiinlämpö ja seksuaalinen aktiivisuus. Käyttäjän antamien tietojen perusteella sovellus ilmoittaa värikoodien avulla käyttäjälle todennäköisen hedelmällisen ajankohdan. Hedelmällisen ajankohdan ennustaminen perustuu sovelluksen tilastolliseen algoritmiin ja käyttäjän aikaisempiin kuukautisiin. Sovelluksen antamasta ennusteesta tulee tarkempi pidemmän käytön jälkeen, kun sovellus on kerännyt riittävästi tietoa käyttäjän kuukautiskierroista. Käyttäjää kehoitetaan tekemään lisäksi LH-testi, joka lisää sovelluksen luotettavuutta. (Berglund Scherwitzl ym. 2017, 420–425.)

Ruotsalaisessa tutkimuksessa, johon osallistui 4 054 Natural Cyclesin käyttäjää, saatiin Pearl-luvuksi tyypillisessä käytössä 7,0 ja täydellisessä käytössä 0,5 (Berglund Scherwitzl, Gemzell Danielsson, Sellberg & Scherwitzl 2016, 234–241). Laajemmassa tutkimuksessa, johon osallistui 22 785 sovelluksen käyttäjää ympäri maailmaa, saatiin Pearl-luvuksi tyypillisessä käytössä 6,9 ja täydellisessä käytössä 1,0. (Berglund Scherwitzl ym. 2017, 420–425.)

Mangone, Lebrun ja Muessing (2016) tutkivat iTunesista ja Google Playsta ladattavia ehkäisysovelluksia ja niiden ominaisuuksia. Heidän mukaansa saatavilla on useita näyttöön perustuvia sovelluksia, jotka tukevat ei-toivottujen raskauksien ehkäisyä. Suurimmasta osasta sovelluksista kuitenkin puuttui tärkeää ja hyödyllistä tietoa raskauden ehkäisystä, jota tarvitaan päätöksen teon tueksi. (Mangone ym. 2016.)

## 9.2 Hedelmällisyystietokoneet

Markkinoilla on useita erilaisia hedelmällisyystietokoneita. Saksalainen yhtiö Valley Electronics on kehittänyt suosituimmat hedelmällisyystietokoneet, joita ovat Lady-Comp, Pearly ja Daysy. Lady-Comp (kuva 8) kehitettiin jo vuonna 1986 ja nykyään sitä myydään ympäri maailmaa. (Valley Electronics AG 2018.) Kaikkien näiden hedelmällisyystietokoneiden hedelmällisen ajanjakson ennustaminen perustuu käyttäjän ilmoittamaan kuukautiskiertoon ja ruumiinlämpöön. Laite tekee laskelman todennäköisestä hedelmällisestä ajanjaksosta käyttämällä laskelmien pohjana kunkin käyttäjän yksilöllistä kuukautiskiertoa ja lämpötilan vaihtelua. Laitteella kestää muutama kierto ”oppia” käyttäjän yksilöllinen kuukautiskierto. Edellä mainitut laitteet eroavat toisistaan muodoiltaan ja ominaisuuksiltaan, mutta kaikissa laitteissa on käytetty samaa algoritmia. Kaikissa malleissa on kiinteä lämpötila-anturi. Daysyyn on saatavilla myös ilmainen mobiilisovellus, DaysyView, jonka avulla käyttäjä voi siirtää tallennetut tiedot älypuhelimeseen tai tablettiin. Mobiililaitteesta käyttäjä voi tarkkailla tietojaan kätevästi. Sovellus ilmoittaa, jos käyttäjän olisi syytä ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. (Koch ym. 2018; Demiańczyk & Michaluk 2016, 793–797.) On olemassa myös hedelmällisyystietokoneita, jotka ennustavat hedelmällisen ajankohdan mittaamalla estrogeeni- ja luteinisoivan hormonin pitoisuudet käyttäjän virtsasta. Tällä mekanismilla toimii esimerkiksi 2000-luvun alussa markkinoille tullut The Persona. (Bouchard & Genuis 2011, 73–76.)



KUVA 11. Lady-Comp (LC Finland Oy 2016)

Vuonna 2016 tehdyssä puolalaisessa tutkimuksessa Lady-Compin, Pearlyn ja Daysyn yhteiseksi Pearl-luvuksi saatiin täydellisessä käytössä 0,5 (Demiańczyk & Michaluk 2016, 793–797). Lady-Compin luotettavuutta selvittäneessä tutkimuksessa Pearl-luku oli tyyppillisessä käytössä 3,8 ja täydellisessä käytössä 0,7 (Freundl, Frank-Herrmann & Gnoth 2010, 90–96). Daysyn ja DaysyViewin yhteiskäytön Pearl-luku on tyyppillisessä käytössä 1,3 ja täydellisessä käytössä 0,8 (Koch ym. 2018).

LC Finland Oy on Lady-Compin ja Pearlyn maahantuoja Suomessa. Yritys myy myös Lady-Comp Baby -mallia, joka on tarkoitettu raskauden suunnitteluun. Yritykseltä löytyy suomenkieliset Internet-sivut, josta laitteen saa tilattua. Muut hedelmällisyystietokoneet täytyy tilata ulkomailta. Hedelmällisyystietokoneet ovat melko hintavia, ne maksavat 290–479 euroa. Toisaalta niiden käyttöaika on useita vuosia. (LC Finland Oy 2016; Valley Electronics AG 2018.)

## 10 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää terveydenhuollon henkilöstön tietoutta hormonittomasta raskauden ehkäisystä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää syitä hormonittoman raskauden ehkäisyn käytölle.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat:

1. Mitä hormonittomia ehkäisymenetelmiä käytetään?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat hormonittomien ehkäisymenetelmien valintaan?
3. Ovatko hormonittoman ehkäisyn käyttäjät tyytyväisiä käyttämäänsä ehkäisymenetelmään?
4. Käytetäänkö teknologiaa hyödyksi raskauden ehkäisyssä?
5. Kiinnostaako teknologian hyödyntäminen raskauden ehkäisyssä?



## 11 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 11.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan erilaisia muuttujia ja muuttujien välisiä teki-  
jöitä tilastollisia menetelmiä apuna käyttäen. Kvantitatiivista lähestymistapaa suositel-  
laan käytettäväksi esimerkiksi silloin, kun halutaan tietää, millaiset tekijät selittävät tut-  
kittavaa ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 55–60.) Tämän opinnäyte-  
työn tutkimus on tehty käyttäen kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusotetta. Kvantita-  
tiivinen menetelmä valittiin tähän opinnäytetyöhön, koska haluttiin tutkia suurta joukkoa  
hormonittoman ehkäisyn käyttäjiä, mikä ei olisi onnistunut kvalitatiivisilla eli laadullisilla  
menetelmillä.

Kvantitatiiviset tutkimukset voidaan jakaa pitkittäis- ja poikittaistutkimuksiin. Suurin osa  
hoitotieteen tutkimuksista on poikittaistutkimuksia. Poikittaistutkimuksessa aineisto ke-  
rätään yhden kerran, eikä tutkimusilmiötä ole tarkoitus tarkastella suhteessa ajan etene-  
miseen. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään useamman kerran tutkimusilmiön py-  
syessä samana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 56.) Opinnäytetyö toteutet-  
tiin poikittaistutkimuksena aikataulun vuoksi.

Kyselylomakkeet ovat yleisin aineistonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa.  
Kyselylomakkeen laatimisen perustana on tutkittua tietoa. Hyvä kyselylomake on lyhyt  
ja selkeä. Kyselyssä voidaan käyttää sekä suljettuja, että avoimia kysymyksiä. Kysely  
voidaan toteuttaa sähköisenä tai paperisena kyselylomakkeena tai puhelinhaastatteluna.  
(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 114–117.) Tämän opinnäytetyön aineisto ke-  
rättiin sähköisellä kyselylomakkeella.

## 11.2 Osallistujat ja aineiston keruu

Kyselylomake laadittiin tutkittuun tietoon perustuen, jota esitellään opinnäytetyön teoriaosassa. Kysymysten pohjana käytettiin myös julkisuuden keskusteluissa esiin nousseita asioita, joista ei ole tutkimustietoa saatavilla. Kyselylomake tehtiin Tampereen ammattikorkeakoulun E-lomake-editorilla ja se esiteltiin ennen aineiston keruuta. Liitteissä oleva kyselylomake (liite 1) ei vastaa ulkoasultaan alkuperäistä e-lomaketta, koska sitä ei saatu liitettyä opinnäytetyöhön. Kyselylomake sisälsi valmiita vastausvaihtoehtoja sekä muutaman avoimen kysymyksen. Joihinkin kysymyksiin oli mahdollista valita vain yksi vastausvaihtoehto ja osaan taas pystyi valitsemaan useamman vastausvaihtoehdon. Kysymyksiä oli yhteensä 18.

Kyselyn kohderyhmänä oli vakituisessa suhteessa olevat hormonittoman ehkäisyn käyttäjät. Kohderyhmää ei rajattu sukupuolen mukaan. Kyselyä jaettiin Facebookissa kuudessa eri ryhmässä internet-linkin avulla. Linkin yhteydessä oli saateteksti ja kuva (liite 2), jonka tarkoituksena oli kiinnittää ihmisten huomio. Ryhmät valittiin sen perusteella, että niissä ajateltiin olevan kohderyhmään sopivia henkilöitä. Ryhmistä neljä liittyivät luonnolliseen elämäntapaan ja kaksi ryhmää olivat suunnattu ainoastaan naisille. Luonnollista elämäntapaa noudattavien ihmisten ajateltiin välttelevän ylimääräisiä hormoneja. Naisille suunnatut ryhmät valittiin sen vuoksi, että niissä on käyty paljon ehkäisyyn liittyvää keskustelua. Ryhmien lisäksi kyselylinkkiä jaettiin opinnäytetyön tekijöiden omilla Facebook-seinillä. Kysely toteutettiin Facebookissa, koska tavoitteena oli saada paljon osallistujia. Sosiaalisessa mediassa tehtyjen kyselyiden etuna on juurikin suuri osallistujamäärä (Valli 2015, 49). Osallistujien kesken arvottiin tuotepalkinto. Kyselyn lopussa osallistujat saivat jättää yhteystietonsa, mikäli he halusivat osallistua arvontaan. Aineisto kerättiin kokonaisotantana kahden viikon aikana 14.–28.7.2018. Osallistujien määrä oli yhteensä 1400 eli kyseessä on laaja tutkimus.

Ehkäisymenetelmien ominaisuuksien merkittävyyttä mitattiin viisiportaisella Likert-asteikolla; 0=En osaa sanoa, 1=Hyvin merkityksetön, 2=Melko merkityksetön, 3=Melko merkittävä ja 4=Hyvin merkittävä. Tyytyväisyyttä mitattiin neliportaisella Likert-asteikolla; 1=Tyytymätön, 2=Melko tyytymätön, 3=Melko tyytyväinen ja 4=Tyytyväinen.

### 11.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnin apuna käytettiin SPSS Statistics 25-ohjelmaa. Osallistujat luokiteltiin seuraaviin ikäluokkiin: 15–25, 26–35, 36–45 ja yli 45-vuotiaat. Luokittelu tehtiin parisuhdekäyttäytymisen ja hedelmällisyyden perusteella. 35 ikävuoden jälkeen fertiili-teetti laskee merkittävästi (Terveyskylä.fi n.d.). Analysoinnissa tehtiin jakaumakuvauksia ja jakaumien tarkastelua. Analyysit olivat kuvailevia. Tuloksia havainnollistettiin nominaaliasteikolla, frekvenssi- ja prosenttiluvuilla, keskiarvoilla, keskihajonnalla, ristiintaulukoinnilla sekä taulukoilla ja pylväsdiagrammeilla. Tyytyväisyyttä kuvattiin keskiarvotestillä. Ehkäisymenetelmiä ristiintaulukointiin suhteessa ikään ja lapsen saamisen sopivuuteen nykyisessä elämäntilanteessa.

Tulosten tilastollista merkitsevyyttä on kuvattu p-arvolla. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä, jos  $p \leq 0,001$  ja tilastollisesti merkitsevä, jos  $p \leq 0,01$  ja tilastollisesti melkein merkitsevä, jos  $p \leq 0,05$ . Mitä pienempi p-arvo, sitä merkitsevämpi ero verrattavien ryhmien välillä on. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 177.) Tässä opinnäytetyössä on merkitty tähdellä (\*) ne p-arvot, jotka ovat vähintään tilastollisesti melkein merkitseviä.

## 12 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 12.1 Osallistujien taustatiedot

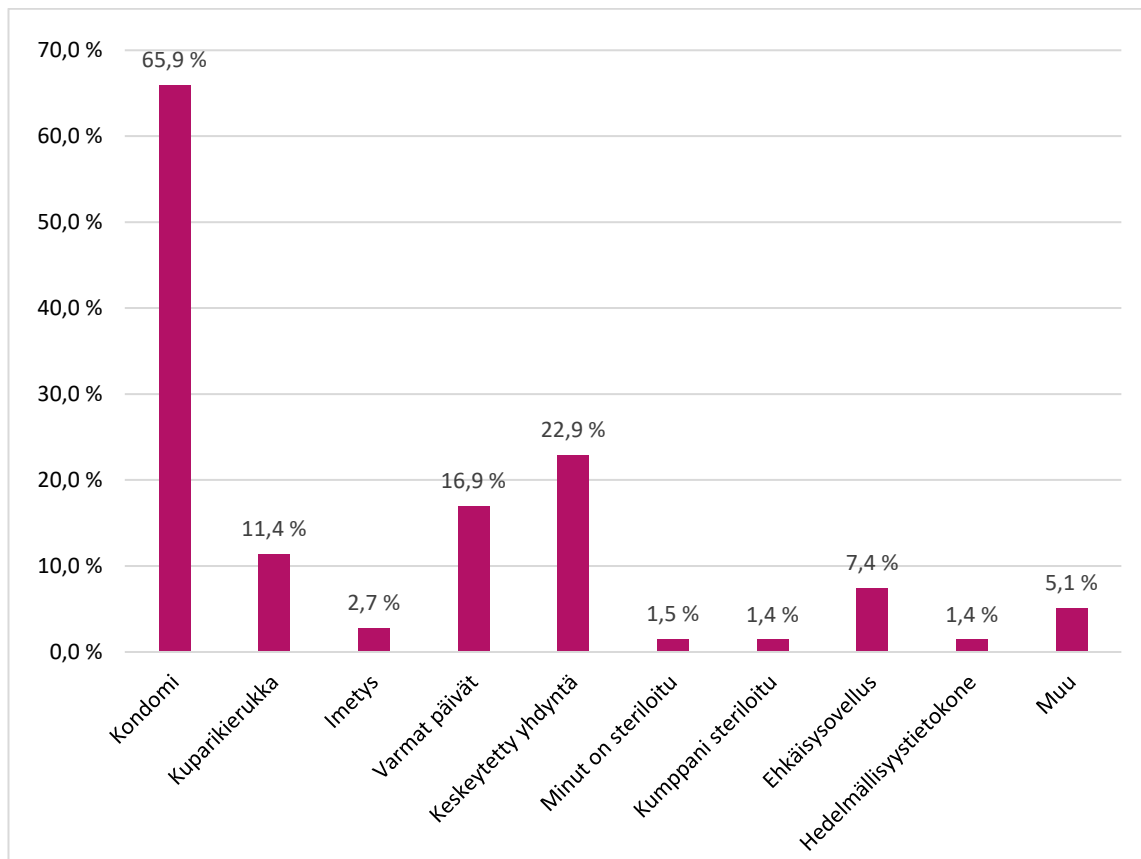
Kyselyyn saatiin yhteensä 1400 osallistujaa, joista 98,9 % oli naissukupuolisia. Miessukupuolisia osallistujia oli 10 ja neljä ilmoitti sukupuolekseen muu kuin nainen tai mies. Osallistujat olivat iältään 15–57 vuotiaita. Keski-ikä oli 28 vuotta ja keskihajonta (SD±) 7,2. Lähes puolella osallistujista oli lapsia ennestään. Yli puolet ilmoitti haluavansa lapsia tulevaisuudessa. Lapsen saaminen ei sopisi nykyiseen elämäntilanteeseen yli puolella osallistujista. Osallistujien kumppaneista puolet halusivat tulevaisuudessa lapsia. Osallistujien taustatietoja lapsiin liittyen on kuvailtu tarkemmin taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Lapsiin liittyvät taustatiedot (N=1400)

Onko sinulla lapsia?	n	%
Kyllä	614	43,9
Ei	786	56,1
Sopisiko lapsen saaminen nykyiseen elämäntilanteeseesi?		
Kyllä	339	24,2
Ei	804	57,4
En osaa sanoa	254	18,1
Haluatko tulevaisuudessa lapsia?		
Kyllä	724	51,7
En	364	26,0
En osaa sanoa	312	22,3
Haluaako kumppanisi tulevaisuudessa lapsia?		
Kyllä	700	50,0
Ei	359	25,6
Hän ei osaa sanoa	265	18,9
Emme ole keskustelleet asiasta	75	5,4

## 12.2 Hormonittomien ehkäisymenetelmien käyttö

Kuviossa 3 on esitetty eri ehkäisymenetelmien käyttö. Yleisin ehkäisymenetelmä oli kondomi ja toiseksi käytetyin oli keskeytetty yhdyntä. Muiksi ehkäisymenetelmiksi mainittiin muun muassa pessaari, jota käytti 12 osallistujaa sekä kiertotietoisuuteen perustuvat menetelmät, joita käytti 11 osallistujaa. Osallistujat pystyivät valitsemaan useamman eri vaihtoehdon. Suurin osa osallistujista käytti useampaa kuin yhtä ehkäisymenetelmää.

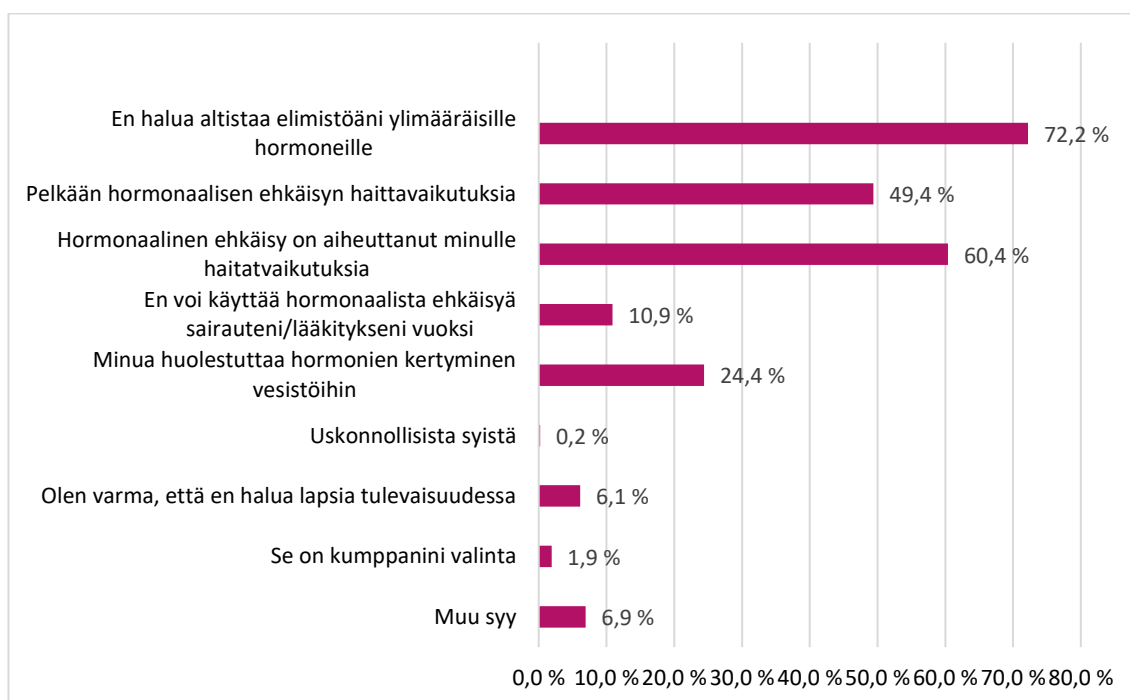


KUVIO 3. Ehkäisymenetelmien käyttö prosentteina (N=1400)

Osallistujat ovat voineet valita useamman vaihtoehdon

### 12.3 Ehkäisymenetelmien valintaan yhteydessä olevat tekijät

Hormonittomien ehkäisymenetelmien valintaan oli eniten yhteydessä se, että osallistujat eivät halunneet altistaa elimistöään ylimääräisille hormoneille. Merkittävästi valintaan oli yhteydessä myös se, että hormonaalinen ehkäisy oli aiheuttanut haittavaikutuksia tai niiden pelättiin aiheuttavan haittavaikutuksia. Muiksi syiksi oli kerrottu esimerkiksi hormonaalisen ehkäisyn kallis hinta ja se, että ei ole saatu aikaiseksi hankkia hormonaalista ehkäisyä. Kuviossa 4 on kuvattu eri syitä, jotka ovat yhteydessä ehkäisymenetelmien valintaan. Moni osallistuja oli valinnut useamman vaihtoehdon.



KUVIO 4. Syyt hormonittoman ehkäisyn käytölle. (N=1400)

Osallistujat ovat voineet valita useamman vaihtoehdon

Hormonittomien ehkäisymenetelmien valintaan oli myös yhteydessä se, kuinka merkittävänä niiden eri ominaisuuksia pidettiin. Merkittävimpana ehkäisymenetelmän ominaisuutena pidettiin sitä, että se ei aiheuta haittavaikutuksia. Tärkeinä asioina pidettiin myös sitä, että ehkäisymenetelmä ei sisällä hormoneja ja ehkäisyteho on mahdollisimman hyvä. Taulukossa 9 on kuvattu ehkäisymenetelmien ominaisuuksien merkittävyyttä keskiarvona.

TAULUKKO 9. Hormonittomien ehkäisy menetelmien ominaisuuksien merkittävyys keskiarvona

Ehkäisy menetelmän ominaisuus	n	Keskiarvo
Ei aiheuta haittavaikutuksia	1385	3,70
Ei sisällä hormoneja	1387	3,44
Ehkäisyteho mahdollisimman hyvä	1375	3,36
Sopii myös kumppanilleni	1373	3,20
Helppokäyttöisyys	1373	3,19
Edullinen hinta	1369	2,49
Ympäristöystävällisyys	1372	2,31

0=En osaa sanoa, 1=Hyvin merkityksetön, 2=Melko merkityksetön, 3=Melko merkittävä ja 4=Hyvin merkittävä. Osallistujat ovat voineet valita useamman vaihtoehdon.

Osallistujat luokiteltiin ikäluokkiin, joiden avulla voitiin tarkastella eri ehkäisy menetelmien käyttöä suhteessa ikään (taulukko 10). Iällä näyttäisi olevan yhteys ehkäisy menetelmän valintaan. Tilastollisesti merkitsevät erot olivat eri ikäluokkien välillä kaikkien muiden ehkäisy menetelmien kohdalla, lukuun ottamatta kuparikierukkaa ja ehkäisysovelluksia. 15–25-vuotiaiden kohdalla kondomi oli suosituin ehkäisy menetelmä, jota käytti lähes puolet. Hedelmällisyystietokone oli suosituin menetelmä 26–35-vuotiailla. Sitä käytti yli 70 %. Hedelmällisyystietokoneen käyttäjiä oli kuitenkin vähän (n=20). Lähes 60 % 36–45-vuotiaiden kumppaneista oli steriloitu. Eli miehen sterilisaatio oli yleisin ehkäisy menetelmä 36–45-vuotiaiden keskuudessa. Yli 45-vuotiaiden kohdalla sterilisaatio oli käytetyin ehkäisy menetelmä.

TAULUKKO 10. Ehkäisymenetelmien käyttö suhteessa osallistujien ikään (n=1370)

Ehkäisymenetelmä	15 – 25v	26 – 35v	36 – 45v	yli 45v	p-arvo
Kondomi	49,9 %	37,4 %	11,9 %	0,8 %	0,00*
Kuparikierukka	43,1 %	40,5 %	15,0 %	1,3 %	1,00
Imetys	21,1 %	63,2 %	15,8 %	0,0 %	0,02*
Varmat päivät	31,1 %	52,8 %	14,9 %	1,3 %	0,00*
Keskeytetty yhdyntä	35,6 %	49,2 %	13,6 %	1,6 %	0,00*
Minut on steriloitu	0,0 %	30,0 %	40,0 %	30,0 %	0,00*
Kumppanini on steriloitu	3,0 %	39,4 %	57,6 %	0,0 %	0,00*
Älypuhelimien ehkäisysovellus	42,3 %	50,0 %	6,7 %	1,0 %	0,06
Hedelmällisyystietokone	15,8 %	73,7 %	10,5 %	0,0 %	0,03*
n=	597	555	200	18	

Osallistajat ovat voineet valita useamman eri ehkäisymenetelmän

\*Tilastollisesti melkein merkitsevä

Osallistujilta kysyttiin, sopisiko lapsen saaminen heidän nykyiseen elämäntilanteeseen (taulukko 11). Tilastollisesti merkitsevät erot olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa vastausten välillä kaikkien muiden ehkäisymenetelmien kohdalla lukuun ottamatta imetystä ja hedelmällisyystietokonetta. Keskeytetyn yhdynnän käyttäjistä yli 40 % vastasi, ettei lapsen saaminen sopisi nykyiseen elämäntilanteeseen. Sterilisaatiota ehkäisymenetelmänä käyttävistä lähes 100 % oli sitä mieltä, että lapsen saaminen ei sopisi heidän nykyiseen elämäntilanteeseensa.

TAULUKKO 11. Sopisiko lapsen saaminen nykyiseen elämäntilanteeseesi?

Ehkäisymenetelmä	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	p-arvo
Kondomi	21,2 %	60,0 %	18,7 %	0,00*
Kuparikierukka	12,5 %	70,0 %	17,5 %	0,00*
Imetys	39,5 %	42,1 %	18,4 %	0,07
Varmat päivät	39,7 %	39,2 %	21,1 %	0,00*
Keskeytetty yhdyntä	33,8 %	44,1 %	22,2 %	0,00*
Minut on steriloitu	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,00*
Kumppanini on steriloitu	2,9 %	97,1 %	0,0 %	0,00*
Älypuhelimien ehkäisysovellus	40,4 %	39,4 %	20,2 %	0,00*
Hedelmällisyystietokone	30,0 %	35,0 %	35,0 %	0,08

Osallistajat ovat voineet valita useamman vaihtoehdon. \*Tilastollisesti melkein merkitsevä



## 12.4 Tyytyväisyys ehkäisymenetelmiin

Suurin osa osallistujista oli tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä nykyiseen ehkäisymenetelmäänsä. Kaikkien eri ehkäisymenetelmien kokonaistyytyväisyyden keskiarvo oli 3,25. Taulukossa 12 on tarkasteltu tyytyväisyyttä eri ehkäisymenetelmiin menetelmän käyttäjien ja ei-käyttäjien välillä. Näyttäisi siltä, että kuparikierukan, sterilisaation ja hedelmällisyystietokoneen käyttäjät ovat tyytyväisempiä kuin ne, jotka eivät käytä kyseisiä menetelmiä. Osallistujia pyydettiin perustelemaan tyytyväisyyttään avoimessa vastauskohdassa. Kondomin käyttäjistä yli 80 % oli tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä. Ne, jotka vastasivat olevansa tyytymättömiä tai melko tyytymättömiä, vastasivat avoimessa kohdassa yleisimmiksi syiksi, että kondomi tuntuu epämiellyttävältä, se vaikuttaa tunnelmaan negatiivisesti, se on hankala käyttää ja lisäksi kondomi miellettiin epävarmaksi ehkäisymenetelmäksi. Keskeytetyn yhdyntän käyttäjistä useimmat olivat tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä. Tyytymättömät tai melko tyytymättömät kokivat keskeytetyn yhdyntän olevan epäluotettava ehkäisymenetelmä.

TAULUKKO 12. Tyytyväisyys hormonittomiin ehkäisymenetelmiin keskiarvona kuvattuna (n=1391)

Ehkäisymenetelmä	Käyttää menetelmää		Ei käytä menetelmää		p-arvo
	n	ka	n	ka	
Kondomi	918	3,09	473	3,56	0,56
Kuparikierukka	159	3,59	1232	3,21	0,03*
Imetys	37	3,05	1354	3,26	0,11
Varmat päivät	235	3,31	1156	3,24	0,87
Keskeytetty yhdyntä	319	3,18	1072	3,27	0,95
Minut on steriloitu	21	3,90	1370	3,24	0,00*
Kumppanini on steriloitu	33	3,97	1358	3,23	0,00*
Ehkäisysovellukset	103	3,34	1288	3,24	0,44
Hedelmällisyystietokoneet	20	3,95	1371	3,24	0,00*

1=Tyytymätön, 2=Melko tyytymätön, 3=Melko tyytyväinen ja 4=Tyytyväinen. Osallistajat ovat voineet valita useamman eri ehkäisymenetelmän.

\*Tilastollisesti melkein merkitsevä

## 12.5 Teknologian käyttö ja kiinnostus raskauden ehkäisyssä

Kaikista osallistujista 8,9 % käytti teknologiaa raskauden ehkäisyssä. Älypuhelinien ehkäisysovellukset olivat suosituimpia kuin hedelmällisyystietokoneet. Hedelmällisyystietokoneita ilmoitti käyttävänsä 20 osallistujaa ja älypuhelinien ehkäisysovelluksia 104. Vaikka harva käytti hedelmällisyystietokonetta, siitä oli kuitenkin kiinnostunut lähes 40 % osallistujista. Osallistujien kiinnostus ehkäisysovelluksia kohtaan oli jakautunut tasaisesti ”kyllä” ja ”ei” vastauksissa. Taulukossa 13 on kuvattu osallistujien kiinnostusta hedelmällisyystietokoneita ja ehkäisysovelluksia kohtaan. Taulukoissa 14 on esitetty syyt, jotka estävät ehkäisymenetelmien käytön. Osallistajat ovat voineet valita useamman eri vaihtoehdon. Yleisin este hedelmällisyystietokoneiden ja ehkäisysovellusten käytölle oli liian vähäinen tieto. Muuksi syyksi mainittiin muun muassa epäsäännöllinen kuukautiskierto.

TAULUKKO 13. Kiinnostus hedelmällisyystietokoneita ja älypuhelinien ehkäisysovelluksia kohtaan

Hedelmällisyystietokoneet	n	%	Älypuhelinien ehkäisysovellukset	n	%
Oli kiinnostunut	519	37,2	Oli kiinnostunut	473	34,2
Ei ollut kiinnostunut	362	26,0	Ei ollut kiinnostunut	465	33,6
Ei ollut kuullut hedelmällisyystietokoneista	334	24,0	Ei ollut kuullut ehkäisysovelluksista	294	21,2
Ei osannut sanoa	179	12,8	Ei osannut sanoa	152	11,0
n=	1394		n=	1384	

TAULUKKO 14. Syyt, jotka estivät hedelmällisyystietokoneiden ja ehkäisysovellusten käytön

Hedelmällisyystietokoneet	n	%	Älypuhelinien ehkäisysovellukset	n	%
Liian vähäinen tieto	392	31,9	Liian vähäinen tieto	365	44,3
Ehkäisyteho epäilyttää	340	27,7	Ehkäisyteho epäilyttää	336	40,8
Kallis hinta	301	24,5	Työläs käyttää	70	8,5
Työläs käyttää	133	10,8	Muu syy	53	6,4
Muu syy	61	5,0	n=	824	
n=	1227				

Osallistajat ovat voineet valita useamman vaihtoehdon

## 13 POHDINTA

### 13.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tulosten luotettavuutta tukee se, että 77 % osallistujista oli jättänyt yhteystietonsa arvonnayhteydessä. Tästä voidaan päätellä, että sama osallistuja ei ole todennäköisesti vastannut useampaa kertaa, eikä kyselyyn ole vastannut robotti. Tulosten luotettavuutta saattaa heikentää opinnäytetyön tekijöiden itse luoma kyselylomake, jota ei oltu käytetty aiemmin. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2015, 154) mukaan mittarin esitestaaminen onkin tärkeää erityisesti silloin, kun kehitetään uutta mittaria. Esitestaamisella tarkoitetaan mittarin toimivuuden ja luotettavuuden testaamista pienemmällä osallistujamäärällä. Tässä opinnäytetyössä käytetty mittari eli kyselylomake esitestattiin ja siihen tehtiin muutoksia palautteen perusteella. Valmiit vastausvaihtoehdot saattoivat vaikuttaa tuloksiin. Valmiit vastausvaihtoehdot voivat johdatella kyselyyn osallistujaa. Osaan kysymyksistä osallistujilla oli kuitenkin mahdollisuus tarkentaa vastaustaan avoimessa kohdassa. Toisaalta valmiit vastausvaihtoehdot ja avoimet kohdat saattoivat lisätä mittarin pätevyyttä ja kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2015, 231–232). Tulosten luotettavuutta saattaa parantaa se, että kyselylomakkeessa kysymykset esitettiin kaikille osallistujille samassa muodossa ja samassa järjestyksessä. Jos aineisto olisi kerätty esimerkiksi haastatteluissa, olisi osallistujien vastauksiin voinut vaikuttaa haastattelijan sanamuodot, äänenpainot sekä ilmeet ja eleet (Valli 2015, 44–45).

Laadullista menetelmää käyttämällä olisi voitu saada tarkempia hormonittoman ehkäisyn käyttöön liittyviä syitä selville, kun osallistujat olisivat voineet kertoa ajatuksistaan vapaammin. Tulosten luotettavuutta voi heikentää mahdolliset kysymysten väärinymmärrykset. (Valli 2015, 44–45.) Toisaalta kyselylomakkeessa oli useiden kysymysten yhteydessä tarkentava ohjeistus. Lisäksi kyselylomakkeessa oli ilmoitettu tutkijan yhteystiedot ja osallistujalla oli mahdollisuus ottaa yhteyttä, jos epäselvyyksiä ilmeni.

Valtaosa käytetyistä lähteistä oli alle kymmenen vuotta vanhoja. Lisäksi on käytetty muutamia vanhempia lähteitä, jotka on katsottu välttämättömiksi. Kansainvälisiä lähteitä on käytetty runsaasti. Lähde- ja viittemerkinnät on tehty Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeiden mukaisesti. Lukija pystyy tarkistamaan alkuperäisen lähteen helposti. Osaan lähteistä vaaditaan kuitenkin käyttöoikeus.

Opinnäytetyö on toteutettu eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimuksessa on tärkeää kunnioittaa yksilön ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Ihmisellä itsellään tulee olla mahdollisuus päättää, haluaako hän osallistua tutkimukseen. (Hirsijärvi, Remes & Saja-vaara 2015, 25.) Tässä opinnäytetyössä itsemääräämisoikeus otettiin huomioon niin, että kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Lisäksi Facebook-ryhmien ylläpitäjiltä kysyttiin lupa kyselylinkin jakamiseen.

Osallistujien yksityisyyden suojeleminen on tärkeää koko tutkimusprosessin aikana, jotta osallistujille aiheutuisi haittaa (Terkamo-Moisio, Halkoaho & Pietilä 2016, 141–143). Opinnäytetyön tuloksissa Facebook-ryhmiä ei paljastettu osallistujien yksityisyyden suojelemiseksi. Saatetextissä kerrottiin, että kyselyn tulokset tullaan julkaisemaan avoimesti internetissä. Kaikki vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Henkilötietoja käytettiin ainoastaan arvontaa, eikä niitä luovutettu ulkopuolisille. Henkilötiedot hävitettiin heti arvonnin suorittamisen jälkeen. Arvonnin voittajalle ilmoitettiin henkilökohtaisesti, eikä nimeä julkistettu kaikkien nähtäväksi. Facebook ei ollut mukana arvonnassa. Kyselyyn oli mahdollista vastata myös anonymisti ilman arvontaan osallistumista. Opinnäytetyöstä ei pysty tunnistamaan osallistujien henkilöllisyyttä.

## 13.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä saatiin vastaus kaikkiin tutkimusongelmiin. Osallistujien suuri määrä oli positiivinen yllätys. Heikkilän (2014, 40–44) mukaan laajassa tutkimuksessa on yli 500 osallistujaa, jonka perusteella tätä opinnäytetyötä voidaan sanoa laajaksi tutkimukseksi. Sosiaalisen median avulla tieto leviää nopeasti. Suurin osa osallistujista oli naisia, mikä oli ennako-oletus. Raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat puhututtavat enemmän naisia. Kysely oli tarkoituksella suunnattu enemmän naisille, mutta se tehtiin kuitenkin niin, että myös miehillä oli mahdollisuus osallistua kyselyyn. Naisten näkökulmasta tehty kysely saattaa osaltaan selittää sitä, että kyselyyn osallistui vain 10 miestä. Osallistujien keski-ikä oli 28 vuotta. Heidän ikäisilleen ehkäisy ja lasten hankkiminen ovat ajankohtaisia asioita.

Kaikkia kyselylomakkeessa esitettyjä ehkäisymenetelmiä käytettiin. Tulosten mukaan kondomi oli yleisin ehkäisymenetelmä. Kondomin yleisyyttä saattaa selittää se, että se on lähes kaikille tuttu ehkäisymenetelmä. Lisäksi se on helppokäyttöinen ja saatavilla helposti, eikä kondomilla ole terveydellisiä haittavaikutuksia. Väestöliiton Internet-sivuilla on kerrottu, että kondomi on yleensä nuoren ensimmäinen ehkäisymenetelmä (Väestöliitto 2018a). Myös tutkimustulokset osoittivat, että kondomi on suosittu erityisesti nuorten keskuudessa.

Keskeytetyn yhdyntän käytön yleisyys yllätti, koska Suomessa on tarjolla paljon muitakin ehkäisymenetelmiä sekä tietoa niistä. Toisaalta aiemmissa ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että keskeytetyn yhdyntän käyttö on yleistä (United Nations 2008; Jones ym. 2014, 416–421). Eikö keskeytetyn yhdyntän epäluotettavuudesta puhuta tarpeeksi? Tutkimustulosten mukaan sterilisaatio ei ollut kovin yleinen ehkäisymenetelmä. Tätä voi selittää osallistujien alhainen keski-ikä. Steriloimislain (283/1970) mukaan yksi toimenpiteeseen pääsemisen kriteereistä on, että henkilö on täyttänyt 30 vuotta. Sterilisaatio oli suosittu ehkäisymenetelmä vanhemmilla osallistujilla. Sterilisaation valintaan voi vaikuttaa se, että perheen lapsiluku saattaa olla täynnä, jolloin halutaan valita varma ja lopullinen ehkäisymenetelmä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Tiihonen 2012, 302–305; 2014, 12–22; Gribble ym. 2008, 147–154) on esitetty, että ehkäisymenetelmien valintaan vaikuttaa haittavaikutukset. Tässä työssä saatiin samansuuntaisia tuloksia. Hormonitonta ehkäisyä haluttiin käyttää,

koska hormonaalinen ehkäisy oli aiheuttanut aiemmin haittavaikutuksia. Aikaisempien tutkimuksien (Bouchard & Genuis 2011, 73–76; Gribble ym. 2008, 147–154; WHO 2015, 226–231) mukaan myös uskonto saattaa vaikuttaa ehkäisymenetelmän valintaan. Tämän työn tulosten mukaan uskonnolliset syyt eivät olleet merkittävästi yhteydessä menetelmän valintaan. Tämä saattaa johtua siitä, että kysely ei välttämättä tavoittanut henkilöitä, jotka kuuluvat uskontokuntiin, joissa rajoitetaan ehkäisymenetelmien käyttöä.

Aineistoon vedoten suurin osa hormonittoman ehkäisyn käyttäjistä oli tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä käyttämäänsä ehkäisymenetelmään. Tulosten mukaan näyttää siltä, että kuparikierukan, sterilisaation ja hedelmällisyystietokoneen käyttäjät ovat tyytyväisempiä kuin ne, jotka eivät käytä kyseisiä menetelmiä. Sterilisaatioon liittyvä tyytyväisyys saattaisi johtua siitä, että se ei aiheuta haittavaikutuksia ja se on tehokas ehkäisymenetelmä. Sterilisaation jälkeen ehkäisy on pysyvä, eikä ehkäisyn käyttöä tarvitse muistaa. Tulokset eivät kuitenkaan ole täysin luotettavia, koska kuparikierukan ja sterilisaation käyttäjiä oli melko vähän ja hedelmällisyystietokoneen käyttäjiä erittäin vähän. Kondomiin oltiin melko tyytyväisiä, mutta tulosten mukaan osa koki, että kondomi tuntuu epämiellyttävältä, laskee tunnelmaa, on hankala käyttää sekä epävarma. Kondomia kohtaan saattaa olla negatiivisia asenteita, jotka voivat vaikuttaa käyttökokemukseen. Kondomi saattaa tuntua epämiellyttävältä, jos se on väärän kokoinen. Oikein käytettynä kondomi on kuitenkin melko tehokas ehkäisymenetelmä.

Yllättävä tulos oli, että suurin osa keskeytetyn yhdynnän käyttäjistä ajatteli, että lapsen saaminen ei sopisi heidän nykyiseen elämäntilanteeseen. Nämä osallistujat käyttivät sitä siitä huolimatta, että keskeytetyn yhdynnän on todettu (Killick ym. 2011, 48–52) olevan epäluotettava ehkäisymenetelmä ja raskaaksi tulemisen mahdollisuus on suuri. Tutkimustulosten mukaan suurin osa keskeytetyn yhdynnän käyttäjistä oli kuitenkin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä. Tyytyväisyyttä laski kuitenkin se, että osa menetelmän käyttäjistä piti sitä myös itse epäluotettavana raskauden ehkäisymenetelmänä. Tulokset olivat hieman ristiriitaisia. Miksi osa käyttää tietoisesti epäluotettavaa menetelmää?

Tulosten mukaan harva osallistuja käytti teknologiaa raskauden ehkäisyssä, mutta moni oli siitä kuitenkin kiinnostunut. Ehkäisysovellukset olivat suositumpia kuin hedelmällisyystietokoneet. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan teknologiasta ei ole vielä tarpeeksi tietoa tarjolla, jotta ihmiset uskaltaisivat käyttää laitteita ja sovelluksia. Hedelmällisyystietokoneiden korkea hinta saattaa myös selittää käyttäjien vähäistä määrää.

Uusina asioina opinnäytetyön tulokset tuovat tietoa hormonittomien ehkäisymenetelmien käytöstä. Sitä ei ole aiemmin tutkittu Suomessa. Lisäksi opinnäytetyöhön on kerätty tutkimustietoa kiertotietoisuudesta, rytmimenetelmistä, ehkäisysovelluksista, hedelmällisyystietokoneista ja yleisesti luonnollisesta raskauden ehkäisystä. Tutkimustietoa ei ole ollut ennen saatavilla suomenkielellä. Opinnäytetyön tulokset edistävät terveydenhuollon henkilöstön tietoutta hormonittomista ehkäisymenetelmistä ja niiden käytöstä. Aihe on ajankohtainen, mutta siitä puhutaan vain vähän työelämässä sekä terveydenhuollon koulutuksissa. Tutkimustuloksia hyödynnetään ViVa:n internetsivuilla, josta ne ovat kaikkien saatavilla, sekä opinnäytetyön tekijöiden kehittämistehtävässä.

### **13.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyön aineistosta voisi vielä selvittää, mitkä hormonittomien ehkäisymenetelmien yhdistelmät ovat käytetyimpiä. Jatkossa laadullinen tutkimus voisi tuoda syvempää tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat hormonittoman ehkäisyn valintaan. Aihetta voisi tutkia myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmasta esimerkiksi selvittämällä, kuinka paljon heillä on tietoa hormonittomista ehkäisymenetelmistä ja millaisia asenteita hormonitonta ehkäisyä kohtaan on. Aineisto antaa myös mahdollisuuden tutkia taustamuuttujien välisiä yhteyksiä vielä tarkemmin.

## LÄHTEET

Arévalo, M., Jennings, V., Nikula, M. & Sinai I. 2004. Efficacy of the new TwoDay Method of family planning. *Fertility and Sterility* 82 (4), 885–892.

Arévalo, M., Jennings, V. & Sinai I. 2002. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. *Contraception* 65, 333–338.

Ballerine. N.d. FAQ - Vanliga frågor. Luettu 5.11.2018.

<https://www.ballerine.se/faq>

Berglund Scherwitzl, E., Gemzell Danielsson, K., Sellberg, J. & Scherwitzl, R. 2016. Fertility awareness-based mobile application for contraception. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 21 (3), 234–241.

Berglund Scherwitzl, E., Lundberg, O., Kopp Kallner, H., Gemzell Danielsson, K., Trussell, J. & Scherwitzl. 2017. Perfect-use and typical-use Pearl Index of a contraceptive mobile app. *Contraception* 96 (6), 420–425.

Billings LIFE. 2016. Päivitetty 20.8.2016. Key to Fertility Control - the Mucus. Päivitetty 20.8.2016. Luettu 17.8.2018. <http://billings.life/en/how-the-billings-ovulation-method-works9/key-to-fertility-control-the-mucus.html>

Bouchard, T. & Genuis, S. 2011. Personal fertility monitors for contraception. *Canadian Medical Association Journal* 183 (1), 73–76.

Caya contoured diaphragm. 2018. Asettaminen. Luettu 15.9.2018.

<https://pessaari.fi/asettaminen/>

Christian Family Planning. N.d. Standard Days Method. Luettu 16.8. 2018.

<http://www.christianfamilyplanning.org/days.php>

Demiańczyk, A. & Michaluk, K. 2016. Evaluation of the effectiveness of selected natural fertility symptoms used for contraception: estimation of the Pearl index of Lady-Comp, Pearly and Daysy cycle computers based on 10 years of observation in the Polish market. *Ginekologia Polska* 87 (12), 793–797.

Ehkäisyneetti.fi. N.d. Ehkäisymenetelmät. Luettu 20.6.2018.

<https://www.ehkaisyneetti.fi/fi/ehkaisymenetelmat/pitkaaikaiset-ehkaisymenetelmat/ehkaisykapseli/>

Fehring, R., Schneider, M., Raviele, K. & Barron, M. 2007. Efficacy of Cervical Mucus Observations Plus Electronic Hormonal Fertility Monitoring as a Method of Natural. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 36 (2), 152–160.

FertilityUK. 2017. Welcome to FertilityUK. Päivitetty 13.2.2017. Luettu 12.9.2018.

<http://www.fertilityuk.org/>

Frank-Herrmann, P., Heil, J., Gnoth, C., Toledo, E., Baur, S., Pyper, C., Jenetzky, E., Strowitzki, T. & Freundl, G. 2007. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reproduction* 22 (5), 1310–1319.



Freundl, G., Frank-Herrmann, P. & Gnoth, C. 2010. Cycle Monitors and Devices in Natural Family Planning. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology* 7 (1), 90–96.

Freundl, G., Sivin, I. & Batár, I. 2010. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 15, 113–123.

Georgetown University. 2013. FAQ. TwoDay Method. Luettu 16.8.2018.  
<http://www.twodaymethod.com/faq>

Google Play. 2018. Natural Cycles. Luettu 5.9.2018.  
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.naturalcycles.cordova>

Greentube. 2018. Naisten kondomi, femidom. Blogi-kirjoitus. Julkaistu 25.4.2018. Luettu 27.8.2018. [https://m.blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=green\\_tube&logNo=221261242852&proxyReferer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F](https://m.blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=green_tube&logNo=221261242852&proxyReferer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F)

Gribble, J., Lundgren, R., Velasquez, C. & Anastasi, E. 2008. Being strategic about contraceptive introduction: the experience of the Standard Days Method. *Contraception* 77, 147–154.

Gynefix. N.d. Ogólne informacje o GyneFix. Luettu 5.11.2018.  
<http://gynefix.pl/o-gynefix/>

Günther, V., Bauer, I., Hedderich, J., Mattler, L., Schubert, M., van Mackelenbergh, M.T., Maass, N. & Alkatout, I. 2015. Changes of salivary estrogen levels for detecting the fertile period. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 194, 38–42.

Halttunen-Nieminen, M. & Piltonen, T. 2016. Hedelmällisyysneuvontaa ja poliittisia päätöksiä lääkkeeksi vauvakuumekatoon. *Duodecim* 132, 997–998.

Hamadaabed. 2018. Female Condom: How and why to use it. *The world of women*. Luettu 27.8.2018.  
<https://www.womenpediapro.com/female-condom-how-to-use-it/>

Heikinheimo, O., Suhonen, S. & Lähteenmäki, P. 2011. Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa Ylikorkala, O., & Tapanainen, J. (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. 5.uud. painos. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 8.8.2018. Vaatii käyttöoikeuden.  
<http://www.oppiportti.fi/op/njs01400/do>

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. painos. Helsinki: Edita, 40–44.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. painos. Helsinki: WSOY, 177.

- Hormoniton.fi. 2018. Kohdunkaulapessaari. Luettu 17.9.2018. <https://hormoniton.fi/kohdunkaulapessaari.php>
- Indian Council of Medical Research Task Force on Natural Family Planning. 1996. Contraception 53, 69–74.
- Institute for Reproductive Health Georgetown University. 2018. How does SDM work (with CycleBeads)?. Luettu 16.8.2018. <http://irh.org/standard-days-method/>
- Jokinen, E., Hurskainen, R. & Härkki, P. 2017. Miten sterilisaatio nyt tehdään?. Lääkärilehti. 72 (48), 2793.
- Jones, R., Lindberg, L. & Higgins, J. 2014. Pull and pray or extra protection? Contraceptive strategies involving withdrawal among US adult women. Contraception 90 (4), 416–421.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Katolinen kirkko Suomessa. N.d. Luettu 11.6.2018. <https://katolinen.fi/luonnollinen-perhesuunnittelu/>
- Killick, S., Leary, C., Trussell, J. & Guthrie, K. 2011. Sperm content of pre-ejaculatory fluid. Human Fertility 14 (1), 48–52.
- Kivijärvi, A. 2013. Hormonaaliset ehkäisymenetelmät. Potilaan lääkärilehti 36. Luettu 16.7.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/hormonaaliset-ehkaisymenetelmat/>
- Kivijärvi, A. 2018a. Muut menetelmät raskauden ehkäisykeinoina. Teoksessa Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 17.9.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00653](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00653)
- Kivijärvi, A. 2018b. Raskauden ehkäisy: aloitus, menetelmän valinta ja seuranta. Teoksessa Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.9.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=ykt00649](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ykt00649)
- Koch, M., Lermann, J., van de Roemer, N., Renner, S., Burghaus, S., Hackl, J., Dittrich, R., Kehl, S., Oppelt, P., Hildebrandt, T., Hack, C., Pöhls, U., Renner, S. & Thiel, F. 2018. Improving usability and pregnancy rates of a fertility monitor by an additional mobile application: results of a retrospective efficacy study of Daysy and DaysyView app. Reproductive Health 15, 37–47.
- Kontratsepcija. 2016. Методы контрацепции / Контрацептивная (противозачаточная) губка. Luettu 22.11.2018. <http://www.kontratsepcija.ru/metody-kontracepcii/28-kontraceptivnaja-protivozachatohnaja-gubka>
- Krisloca. 2017. Hormoniton ehkäisy. Blogi-kirjoitus. Julkaistu 23.5.2017. Luettu 27.8.2018. <http://www.lily.fi/blogit/best-me/hormoniton-ehkaisy>

- LC Finland Oy. 2016. Lady-Comp -hormoniton ehkäisy. Luettu 4.9.2018. <https://lady-comp.fi/>
- Liikanen, J. & Suhonen, S. 2014. Vastasyntyneiden naisten ehkäisy tiedossa on puutteita. Potilaan Lääkärilehti 16–17.
- Lääkärikeskus Aava. N.d.a. Ehkäisykierukan asetus ja poisto. Luettu 5.11.2018. <https://www.aava.fi/palvelu/ehkaisykierukan-asetus-ja-poisto>
- Lääkärikeskus Aava. N.d.b. Gynefix- ohjeita potilaalle. Luettu 5.11.2018. [https://www.aava.fi/sites/default/files/potilasohje\\_gynefix\\_fi\\_netti\\_web.pdf](https://www.aava.fi/sites/default/files/potilasohje_gynefix_fi_netti_web.pdf)
- Malarcher, S., Spieler, J., Short Fabric, M., Jordan, S., Starbird, E. & Kenon, C. 2016. Fertility Awareness Methods: Distinctive Modern Contraceptives. Global Health: Science and Practice 4 (1), 13–15.
- Mangone, E., Lebrun, V. & Muessing, K. 2016. Mobile Phone Apps for the Prevention of Unintended Pregnancy: A Systematic Review and Content Analysis. JMIR mHealth and uHealth 4 (1).
- Miettinen, A. 2015. Miksi syntyvyys laskee? Suomalaisten lastensaantiin liittyviä toiveita ja odotuksia. Perhebarometri 2015, 51–59. Helsinki: Väestöliitto. Luettu 24.8.2018. [http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/81defe8f5417aca9048dcebec7e48dcd/1535091572/application/pdf/4876090/Perhebarometri2015\\_netti.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/81defe8f5417aca9048dcebec7e48dcd/1535091572/application/pdf/4876090/Perhebarometri2015_netti.pdf)
- MSD. 2015. Ehkäisyopas. Tietoa raskauden ehkäisymenetelmistä. Luettu 12.9.2018. [file:///C:/Users/c6sansal/Downloads/Ehkaisyopas\\_120x200mm\\_10-2015\\_FIN.pdf](file:///C:/Users/c6sansal/Downloads/Ehkaisyopas_120x200mm_10-2015_FIN.pdf)
- Niininen, L. 2018. Pessaari. Luettu 16.10.2018. <https://www.decibel.fi/tietoa/rakkaus-ja-seksi/seksi/ehkaisyvalineet/pessaari>
- Närhi, R. (toim.) 2011. Toivottuna maailmaan. Perhesuunnittelu ja kehitys. Väestötietosarja 21. Helsinki: Väestöliitto. Luettu 11.9.2018. <https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/85423ef1dcb500ac0b4c5eeebdfc41c/1536656366/application/pdf/938732/ToivottunaMaailmaan-perhesuunnittelu%20ja%20kehitys.pdf>
- Ocon. N.d. The next generation IUD: IUB™ SCu300. Luettu 5.11.2016. <https://www.oconmed.com/en/contraception/intrauterine-ball-iub/>
- Odeblad, E. 2016. The Cervix. Billings LIFE. Päivitetty 20.8.2016. Luettu 24.8.2018. <http://billings.life/en/component/k2/item/280.html?Itemid=176>
- Pallone, S. & Bergus, G. 2009. Fertility Awareness-Based Methods: Another Option for Family Planning. The Journal of the American Board of Family Medicine 22, 147–157.
- Pessar- passar det mig? N.d. Gröna barnmorskan. Luettu 20.10.2018. <http://www.pessar.nu/passar-pessar-mig/>
- Preventivgel- contragel grön. N.d. Gröna barnmorskan. Luettu 20.10.2018. <http://www.pessar.nu/preventivgel-contragel-gron/>

- Raskauden ehkäisy. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.12.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50104>
- Sand, Ov., Sjaadtad, Ø., Haug, E. & Bjålie, J. 2016. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. 8.–13. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy. 495–505.
- Sannisto, T. 2011. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Stacey, D. 2017. The Today Sponge. Päivitetty 14.8.2017. Luettu 27.11.2018. <https://www.verywellhealth.com/the-today-sponge-906820>
- Steriloimislaki 24.4.1970/283.
- Suhonen, S. 2010. Raskaudenehkäisy synnytyksen jälkeen. Lääkärilehti 65 (38), 3033–3035.
- Suomen Nuorisolääkärit Ry. 2017. Ehkäisyn hoitopolku. Ehkäisyn vaikutusmekanismit. Päivitetty 13.12.2018. Luettu 16.7.2018. <http://www.ehkaisynhoitopolku.fi/ehkaisyn-aloitus/miten-ehkaisy-toimii/>
- Terkamo-Moisio, A., Halkoaho, A. & Pietilä A-M. 2016. Sosiaalinen media tieteellisessä tutkimuksessa- tutkimuseettisiä näkökulmia. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 53, 141–143.
- Terveyskylä.fi. N.d. Naistentalo. Hedelmällisyyteen vaikuttavat tekijät. Luettu 12.11.2018. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/hedelm%C3%A4llisyys/hedelm%C3%A4llisyyteen-vaikuttavat-tekij%C3%A4t>
- THL. 2017. Perinataalitulaston ennakkotiedot 2017. Luettu 13.9.2018. [https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2018/Perinataalitulasto\\_ennakot\\_2017.pdf](https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2018/Perinataalitulasto_ennakot_2017.pdf)
- Tiihonen, M. 2012. Naisten kokemuksia hormonivalmisteista: Tutkimus hormonaalisesta ehkäisystä ja vaihdevuosisien hormonihoidosta. Dosis 28 (4), 302-305.
- Tiihonen, M. 2014. Mikä hormonaalisessa ehkäisyssä askarruttaa – tutkimus internetin keskustelupalstoilta. Dosis 30 (1), 12–22.
- Tiitinen, A. 2018a. Ehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja ehkäisyalaastari (yhdistelmäehkäisy). Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00752](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00752)
- Tiitinen, A. 2018b. Jälkiehkäisy. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00133](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00133)

Tiitinen, A. 2018c. Kierukkaehkäisy. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00730](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00730)

Tiitinen, A. 2018d. Kuparikierukkaehkäisy. Teoksessa Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.9.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00652](http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00652)

Tiitinen, A. 2018e. Minipillerit ja muut pelkkää progestiinia sisältävät ehkäisy menetelmät. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00735](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00735)

Tiitinen, A. 2018f. Sterilisaatio. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 16.10.2018. Vaatii käyttöoikeuden.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00747](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747)

United Nations. 2008. World Contraceptive Use 2007. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Luettu 20.8.2018. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm>

Valley Electronics AG. 2018. Valley Electronics GmbH. Luettu 3.9.2018. <https://lady-comp.ch/en/about-us/company/>

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vapaaehtoisesti lapsettomat ry. N.d. Sterilisaatio. Luettu 18.7.2018.  
<http://vapaaehtoisestilapsettomat.fi/sterilisaatio>

Väestöliitto. 2018a. Ehkäisy. Luettu 12.11.2018.  
<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/>

Väestöliitto. 2018b. Ehkäisykierukoita on kahdenlaisia. Luettu 15.9.2018.  
<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisy menetelmat/ehkaisykierukka/>

Väestöliitto. 2018c. Ehkäisyvaihtoehtoja eivät ole. Luettu 15.9.2018.  
<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisyvaihtoehtoja-eivat-ole/>

Väestöliitto. 2018d. Kondomi. Luettu 13.6.2018.  
<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisy menetelmat/kondomi/>

Väestöliitto. 2018e. Kondomin käyttö ja hankinta. Luettu 13.6.2018.  
<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisy menetelmat/kondomi/kondomin-kaytto-ja-hankinta/>

Väestöliitto. 2018f. Naisten kondomi. Luettu 16.9.2018.  
<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisy menetelmat/kondomi/naisten-kondomi/>

Väestöliitto. 2018g. Perhesuunnittelu ja ehkäisy. Luettu. 10.6.2018. <http://www.vaestoliitto.fi/kansainvalisyys/tietoa-seksuaalioikeuksista/perhesuunnittelu-ja-ehkaisy/>

Väestöliitto. 2018h. Seksitaudit. Luettu 16.9.2018.  
<https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/seksitaudit/>

Wells, B., Kelly, B., Rendina, J. & Parsons, J. 2015. Prescription Drug Misuse and Sexual Behavior Among Young Adults. *The Journal of Sex Research* 52 (6), 659–668.

WHO. 2012. How to procure CycleBeads: a visual tool for the Standard Days Method. A proven effective natural family planning method. Advisory note. Luettu 20.8.2018.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75187/WHO\\_RHR\\_12.14\\_eng.pdf;jsessionid=375A9E8055CBF94EEC87258B639C589C?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75187/WHO_RHR_12.14_eng.pdf;jsessionid=375A9E8055CBF94EEC87258B639C589C?sequence=1)

WHO. 2015. Medical eligibility criteria for contraceptive use. A WHO family planning cornerstone. 5. painos. Luettu 20.8.2018. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1)

Yle. 2014. Pillerikohu vähensi e-pillereiden käyttöä – Fimea: Osa naisista lopetti ja jatkoi taas. Julkaistu 16.10.2014. Luettu 14.11.2018. <https://yle.fi/uutiset/3-7516827>

Yle. 2018. Seksin vallankumous vanhentui – Ehkäisy palasi isoäidin aikaan, moni uusi ehkäisymenetelmä perustuu varmoihin päiviin. Julkaistu 1.3.2018. Luettu 27.9.2018.  
<https://yle.fi/uutiset/3-10097384>

Yliopiston apteekki. N.d. Caya pessaari. Luettu 20.10.2018.  
<https://www.yliopistonapteekki.fi/caya-pessaari-1-kpl-72045.html>

## LIITTEET

### Liite 1. Kyselylomake

Hyvä vastaaja,

Tässä kyselyssä kerätään tietoa hormonittoman raskauden ehkäisyn käytöstä.

Kyselyn tarkoituksena on selvittää syitä hormonittoman ehkäisyn käytölle sekä kerätä tietoa teknologian hyödyntämisestä raskauden ehkäisyssä.

Kysely toteutetaan osana terveydenhoitajakoulutuksen opinnäytetyötä.

**Voitte vastata kyselyyn, mikäli olette vakituksessa suhteessa ja käytätte hormonitonta raskauden ehkäisyä.**

Kaikki vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti.

Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu opinnäytetyön tuloksissa.

Pyydämme teitä vastaamaan kyselyyn 28.7.2018 mennessä.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 5 minuuttia.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja, FT Jouni Tuomi.

Kyselyyn vastanneiden kesken arvotaan 50 euron arvoinen Ruohonjuuri tuotepaketti!

Voittajalle ilmoitetaan henkilökohtaisesti, joten jätähän lopussa yhteystietosi.

Yhteystietojanne käytetään ainoastaan arvonnassa ja ne hävitetään heti arvonnän jälkeen.

Voitte vastata myös osallistumatta arvontaan.

Olemme kiitollisia vaivannäöstänne ja vastauksistanne.

Ystävällisin terveisin terveydenhoitajaopiskelijat Sanna Salminen ja Anni Vanhanen,  
Tampereen ammattikorkeakoulu

Jos jotain kysyttävää ilmenee, ota yhteyttä sähköpostitse [sanna.salminen@health.tamk.fi](mailto:sanna.salminen@health.tamk.fi)

## Kysely hormonittomasta raskauden ehkäisystä

- Sukupuolesi?**
- Nainen**
  - Mies**
  - Muu**

**Ikäsi?** \_\_\_\_\_

- Onko sinulla lapsia?**
- Kyllä**
  - Ei**

- Sopisiko lapsen saaminen nykyiseen elämäntilanteeseesi?**
- Kyllä**
  - Ei**
  - En osaa sanoa**

- Haluatko tulevaisuudessa lapsia?**
- Kyllä**
  - En**
  - En osaa sanoa**

- Haluaako kumppanisi tulevaisuudessa lapsia?**
- Kyllä**
  - Ei**
  - Hän ei osaa sanoa**
  - Emme ole keskustelleet asiasta**

**Mitä menetelmää käytät raskauden ehkäisyyn tällä hetkellä?**

- Kondomi**
- Kuparikierukka**
- Imetys**
- Varmat päivät**
- Keskeytetty yhdyntä**
- Minut on steriloitu**
- Kumppanini on steriloitu**
- Älypuhelimien ehkäisysovellus**
- Hedelmällisyystietokone**
- Muu**

**Jos vastasit edelliseen kysymykseen "Muu", kertoisitko mitä menetelmää käytät?**

---



**Valitse vaihtoehdoista syy/syyt, miksi käytät hormonitonta ehkäisyä**

- En halua altistaa elimistöäni ylimääräisille hormoneille
- Pelkään hormonaalisen ehkäisyn haittavaikutuksia
- Hormonaalinen ehkäisy on aiheuttanut minulle haittavaikutuksia
- En voi käyttää hormonaalista ehkäisyä sairauteni/lääkitykseni vuoksi
- Minua huolestuttaa hormonien kertyminen vesistöihin
- Uskonnollisista syistä
- Olen varma, että en halua lapsia tulevaisuudessa
- Se on kumppanini valinta
- Muu syy

**Jos vastasit edelliseen kysymykseen "Muu syy", niin kertoisitko mikä?**

---

**Kuinka merkittävänä pidät seuraavia ominaisuuksia käyttämässäsi ehkäisymen-  
telmässä;**

	Hyvin merki- tyksetön	Melko mer- kityksetön	En osaa sanoa	Melko merkit- tävä	Hyvin merkit- tävä
<b>Ei sisällä hormoneja</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ei aiheuta haittavaikutuksia</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sopii myös kumppanilleni</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Edullinen hinta</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ympäristö- ystävällisyys</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Helppo- Käyttöisyys</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ehkäisyteho mah- dollisimman hyvä</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Melko tyy-	Melko tyy-	
	Tyytymätön	tymätön	tyväinen	Tyytyväinen
Tyytyväisyytesi nykyiseen ehkäisymenetelmään?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kertoisitko tarkemmin miksi? \_\_\_\_\_

- Oletko kiinnostunut hedelmällisyystietokoneista ehkäisymenetelmänä?
- Kyllä
  - En
  - En osaa sanoa
  - En ole kuullut hedelmällisyystietokoneista

Jos vastasit olevasi kiinnostunut hedelmällisyystietokoneista, mutta et käytä sellaista, niin mikä estää käytön?

- Liian vähäinen tieto
- Ehkäisyteho epäilyttää
- Työläs käyttää
- Kallis hinta
- Muu syy

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "Muu syy", niin kertoisitko mikä?

\_\_\_\_\_

**Oletko kiinnostunut älypuhelinten ehkäisysovelluksista ehkäisymenetelmänä?**

- Kyllä**
- En**
- En osaa sanoa**
- En ole kuullut älypuhelinten ehkäisysovelluksista**

**Jos vastasit olevasi kiinnostunut älypuhelinten ehkäisysovelluksista, mutta et käytä sellaista, niin mikä estää käytön?**

- Liian vähäinen tieto**
- Ehkäisyteho epäilyttää**
- Työläs käyttää**
- Muu syy**

**Jos vastasit edelliseen kysymykseen "Muu syy", niin kertoisitko mikä?**

---

**Jos haluat osallistua Ruohonjuuri tuotepaketin arvontaan, ole hyvä ja jätä yhteystietosi:**

Etunimi \_\_\_\_\_

Sukunimi \_\_\_\_\_

Katuosoite \_\_\_\_\_

Postinumero \_\_\_\_\_

Kaupunki \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Kiitos vastauksista!

## Liite 2. Facebook ilmoitus





## Käytätkö Sinä hormonitonta ehkäisyä?

Jos käytät hormonitonta ehkäisyä ja olet vakituiseissa suhteissa, olet sopiva vastaaja kyselymme!  
Kysely on osa opinnäytetyötämme, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa hormonittoman raskauden ehkäisyn käytöstä.

**VASTANNEIDEN KESKEN ARVOTAAN 50 EURON ARVOINEN ROHONJUURI TUOTEPAKETTI!!!**

Vastaa kyselyyn 28.7.2018 mennessä.  
Vastaamiseen menee aikaa noin 5 minuuttia.  
Kiittäen terveydenhoitajaopiskelijat Sanna ja Anni

Kyselyyn pääset vastaamaan alla olevasta linkistä    
<https://lomake.tamk.fi/v3/lomakkeet/26536/lomake.html>

Facebook ei ole mukana arvannon järjestämisessä.