



MIHIN EKSYI HAIKARA?

Yliopisto-opiskelijoiden mietteitä perheen perustamisesta

Eeva Kiiskinen
Mari Pekkanen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

KIISKINEN, EEVA & PEKKANEN, MARI:

Mihin ekysi haikara? Yliopisto-opiskelijoiden mietteitä perheen perustamisesta.

Opinnäytetyö 44 s., liitteet 11 s.
Lokakuu 2010

Opinnäytetyömme tavoitteena on auttaa Tampereen toimipisteen Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä (YTHS) kehittämään perhesuunnitteluun liittyvää neuvontaa. Tarkoituksena on selvittää tamperelaisten yliopisto-opiskelijoiden tietämystä ja asenteita perhesuunnitteluun liittyvistä asioista. Työmme toteutettiin yhteistyössä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kanssa.

Työmme on laadullinen ja hankimme aineistomme kahden ryhmähaastattelun avulla, joissa käsitelimme ennalta määrittelemiämme teemoja. Haastattelimme nais- ja miesryhmät erikseen. Aineiston analyysissä käytimme sisällön analyysiä.

Tutkimustulostemme perusteella yliopisto-opiskelijat useimmiten siirtävät lasten hankintaa hedelmällisyyksiän loppupäähän taloudellisen tilanteen, parisuhteen, vapaan nuoruuden, keskeneräisten opintojen ja uran luomisen takia. Toisaalta lasten hankintaa saattaa siirtää miesten osalta myös tietämättömyys naisten hedelmällisyyksiästä. Naiset sen sijaan suhtautuivat positiivisemmin lasten hankintaan opiskeluaikana. Yliopisto-opiskelijat halusivat enemmän lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvää terveysneuvontaa, joka tavoittaisi paremmin myös miehet. Jatkossa lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvää tutkimusta voisi kohdistaa opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajiin ja lääkäreihin. Opinnäytetyömme kehittämistehtäväksi muodostui Terveystyönhoitaja-lehdessä julkaistava artikkeli, jonka tarkoituksena on laajentaa lisääntymisterveyden edistämisen näkökulmaa.

Asiasanat: Lisääntymisterveyden edistäminen, lisääntymisterveys, perhesuunnittelu, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

ABSTRACT

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

KIISKINEN, EEVA & PEKKANEN, MARI:

What's keeping stork to visit? Thoughts about family foundation from university students.

Bachelor's Thesis 44 pages, attachments 11 pages.
October 2010

Our thesis aims to help Tampere Finnish Student Health Service (FSHS) to develop their guidance on family counseling. The goal is to study and examine the knowledge and attitudes of University level students about the matter. This work has been done in cooperation with Finnish Student Health Service.

Our study is qualitative and the data were gathered through two group interviews. In those two Interviews we dealt with pre-defined themes. The first group consisted of women and the other of men. The data analysis was done by contents analysis.

The results of our study show that students postpone foundation of family because of the economic situation, or in order to spend a free youth, or they just simply want to graduate before or to achieve first a certain level in their careers. On the other hand, some of men are not aware of women's fertility age, which can also be a reason that causes men to have children later. Moreover, women were more open to the idea of having a baby while studying. Both female, but especially male students were willing to hear more about reproduction and matters concerning reproduction. Further approaches to the subject could be to examine the Student Health Service's doctors' and public health nurses' views on the current subject. Our development mission was an article in magazine *Terveydenhoitaja*, on which we try to expand the view of reproductive health.

Keywords: Reproductive health promotion, reproductive health, family planning, Finnish Student Health Service.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN	6
2.1 Lisääntymisterveyden edistämisen suuntaviivat	6
2.2 Lisääntymisterveyden edistämisen haasteet	7
2.3 Terveysneuvonta lisääntymisterveyden edistämässä	9
3 PERHESUUNNITTELU	12
3.1 Näkökulmia perhesuunnitteluun	12
3.2 Lasten hankintaa koskevat ihanteet ja todellisuus	13
3.3 Syitä lasten hankinnan siirtämiseen	16
4 PERHEPOLIITTISET ETUUEDET OPISKELIJOILLE	19
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	22
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT	23
6.1 Kvalitatiivinen ryhmähaastattelu	23
6.2 Aineiston hankinta ja kohdejoukko	24
6.3 Laadullinen sisällönanalyysi	25
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
7.1 Tietämys naisen hedelmällisyydestä	28
7.2 Asenteet perheen perustamista kohtaan	28
7.3 Tärkeimmät edellytykset lapsen saannille	30
7.4 Terveysneuvonnan tarve lisääntymisterveyden edistämisen kannalta	30
7.5 Yhteenveto	32
8 POHDINTA	33
8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	33
8.2 Tulosten tarkastelua	35
8.3 Jatkotutkimusehdotukset	39
9 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ	40
LÄHTEET	41
LIITTEET	45

1 JOHDANTO

Suomalaisille perhe on yksi tärkeimmistä arvoista ja sen merkitys korostuu monissa yhteiskunnallisissa asioissa. ”Väestöliiton näkemyksen mukaan terve, turvallinen ja tasapainoinen elämä alkaa perheestä ja vaikuttaa koko yhteiskuntaan. Perheellä on suuri merkitys yksilön hyvinvoinnille. Perhe edustaa yhteiskunnan jatkuvuutta. Sijoittaminen perheisiin on samalla sijoittamista yhteiskunnan tulevaisuuteen.” (Väestöliitto 2007, 3.)

Opinnäytetyömme aihe muotoutui perhesuunnitteluteeman ympärille. Aihe on ennen kaikkea ajankohtainen ja toive työhömmme lähti työelämästä Tampereen toimipisteen Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ylilääkäri Aira Virtalan toimesta. Virtalan mukaan yliopisto-opiskelijat ovat ihanteellisessa lastensaanti-iässä, mutta heillä on muuhun suomalaiseen samanikäiseen väestöön verrattuna harvemmin lapsia. Lapsia halutaan saatavan opintojen loputtua noin 30 ikävuoden tienoilla. (Virtala 2007, 13.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää yliopisto-opiskelijoille suunnatun ryhmähaastattelun avulla heidän tietämystään ja asenteitaan perhesuunnitteluun liittyvistä asioista. Ryhmähaastattelua varten muodostetaan kaksi ryhmää; naisille ja miehille omansa. Näin voimme vertailla eroja naisten ja miesten välillä.

Yhteistyökumppanimme Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö on Suomen ylioppilaskuntien liiton vuonna 1954 perustama säätiö, joka tarjoaa korkeakouluopiskelijoille terveyden- ja sairaanhoidonpalveluita 16 paikkakunnalla Suomessa. Toimipiiriin kuuluu kaiken kaikkiaan yli 140 000 opiskelijaa. (YTHS, 2009.)

Kiitämme hyvästä yhteistyöstä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön Tampereen toimipisteen ylilääkäri Aira Virtalaa, joka sai meidät innostumaan tutkimusaiheesta. Kiitämme myös kaikkia opinnäytetyöhömmme osallistuneita Tampereen yliopiston ja Tampereen teknillisen yliopiston opiskelijoita.

2 LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Lisääntymisterveyden edistämisen suuntaviivat

Lisääntymisterveyden käsite on esiintynyt kansainvälisessä sanastossa ainakin parin vuosikymmenen ajan ennen vuoden 1994 Yhdistyneiden Kansakuntien Kairossa pitämää väestö- ja kehityskonferenssia. Tällöin lisääntymisterveyden rinnalle tuli käsite seksuaaliterveys. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan seksuaaliterveys sisältyy edelleen lisääntymisterveyteen, kuten Kairon konferenssissa määriteltiin, vaikka esillä on ollut myös toisenlaisia näkemyksiä, joiden mukaan seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle ja näin ollen käsitteiden hierarkian tulisi olla päinvastainen. Vielä 2000-luvullakin seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteiden käyttö on epäyhtenäistä ja horjuvaa, mutta otsakkeista huolimatta käsiteltävät teemat ovat pääosin samoja. (Kosunen 2006, 9.) Omassa työssämme käytämme käsitettä lisääntymisterveys.

WHO:n määritelmän mukaan hyvällä lisääntymisterveydellä tarkoitetaan ihmisen mahdollisuutta vastuulliseen, miellyttävään ja turvalliseen seksuaalielämään sekä mahdollisuuden lisääntyä ja päättää, milloin ja kuinka usein hankkia lapsia (WHO 2001, 7). Terveys 2000- tutkimuksessa lisääntymisterveys on määritelty samantapaisesti tarkoittamaan seksuaalisuuteen, lisääntymiseen, kuten raskauksiin ja lastenhankintaan, sekä ihmiskehon lisääntymisjärjestelmään liittyviä ilmiöitä, joilla on terveysulottuvuus. Terveysulottuvuus käsitteenä voi tarkoittaa terveysongelmaa, terveyden edistämistä tai asian käsittelemistä terveydenhuollossa. (Koponen & Luoto 2004, 4, 9.) Lisääntymisterveyden osa-alueita ovat perhesuunnittelu sekä raskauden ja synnytyksen suunnittelu ja hoito (Ihme & Rainto 2008, 9).

Lisääntymisterveyttä voidaan edistää terveydenhuollossa monesta eri näkökulmasta. Terveyden edistämisen tavoitteet jaetaan preventiiviseen ja promotiiviseen toimintaan. Ehkäisevä terveydenhuolto ja terveystasvatusohjelmat kuuluvat preventiivisiin eli ehkäiseviin toimintamuotoihin. Preventiivinen toimintamuoto jakaantuu primaari-, sekundaari ja tertiaaripreventioon. Lisääntymisterveyden edistämässä primaari-preventiivinen keino on esimerkiksi terveysneuvonta, kun taas sekundaariprevention avulla estetään sairauden paheneminen poistamalla tai pienentämällä riskitekijä. Tertiaaripreventiossa pyritään kuntoutuksella estämään sairauden ja sen aiheuttamien haitto-

jen lisääntyminen. Edistäviä eli promotiivisia toimintamuotoja ovat mm. yhteisöterveydenhoito ja terveyden edistämisen ohjelmat. (Ihme & Rainto 2008, 10-11.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman mukaan 2000-luvulla on noussut seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asialistalle. Suomessa on tehty lainsäädännön uudistuksia 2000-luvun alussa, jotka liittyvät mm. samaa sukupuolta olevien pariskuntien rekisteröintiin, hedelmöityshoitoihin, vanhempainvapaaseen ja sikiön poikkeavuuksien seulontaan. Väestön lisääntymisterveydentila on Suomessa hyvä ja se kestää kansainvälisenkin vertailun. Äitiys- ja perinataalikuolleisuus sekä keskosena ja pienipainoisena syntyneiden osuudet syntyneistä vauvoista ovat maailman alhaisimmat. Sen sijaan synnytykset fertiili-ikä loppupuolella ja lapsettomuus ovat lisääntyneet. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007, 19.)

2.2 Lisääntymisterveyden edistämisen haasteet

Yli viidennes naisista on joskus yrittänyt yli vuoden tulla raskaaksi. Vaikeudet tulla raskaaksi ovat lisääntyneet kuten myös tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. (Koponen & Luoto 2004, 4.) Keskimäärin kolmasosa lapsettomuudesta johtuu naisesta, kolmasosa miehestä ja kolmasosa molemmista (Klemetti 2003, 114). Biologinen hedelmällisyys heikkenee naisilla nopeasti 30. ikävuoden jälkeen ja näin ollen ikääntyessä lapsettomuusongelmat lisääntyvät (Anttila 2002). Miehen ikä vaikuttaa myös lapsensaannin ongelmiin. Rochebrochard ja Thonneau tutkivat yli 35-vuotiaiden naisten keskenmenoja. Tutkimustuloksena oli, että isän ollessa vähintään 40-vuotias keskenmenojen riski oli huomattavasti suurempi kuin jos isä olisi ollut alle 40-vuotias äidin iän pysyessä samana. (de La Rochebrochard & Thonneau 2002, 1649.) Lasten hankkiminen vasta hedelmällisyytiän loppupäässä näkyy hedelmöityshoitokertaa kasvuna. Hedelmöityshoidot 2007-2008 –raportin mukaan Suomessa aloitettiin 7,2 hedelmöityshoitokertaa tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohti vuonna 2008. Kymmenessä vuodessa hedelmöityshoitokerrat ovat nousseet 26,3 %, sillä vastaava määrä vuonna 1998 oli 5,7 hedelmöityshoitokertaa tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohden. (Gissler & Heino 2009, 2.)

Alentuneeseen hedelmällisyyteen voi liittyä häiriöitä kuukautiskierrossa. Vaikka kuukautiset tulisivatkin normaalisti, silti munasolu ei välttämättä irtoa ja näin ei ole mahdollista tulla raskaaksi. Kuukautisten alkamisikä on alentunut viime vuosikymmeninä. Suurimmalla osalla naisista kuukautiset alkavat nykyään 12 - 14 vuoden iässä. Kuukautisten loppumisiän ja vaihdevuosien alkamisiän keskiarvo on noin 48 vuotta. (Koponen & Luoto 2004, 20-25.) Kuukautisten loppumisikään vaikuttaa suurelta osin perimä, mutta myös tupakointi ja muut elämäntavat. Runsaasti tupakoivilla naisilla saattavat kuukautiset loppua jopa kaksi vuotta keskimääräistä aiemmin. 40 ikävuoden jälkeen ovulaatiot harventuvat ja jäävät vähitellen kokonaan pois. (Ihme & Rainto 2008, 49.)

Lapsettomuudesta puhutaan silloin, kun raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa säännöllisestä yrittämisestä. Jos tiedetään, että parilla on hedelmällisyyttä alentavia seikkoja, lapsettomuuden syiden tutkiminen voidaan aloittaa jo aiemminkin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 57.) Lapsettomuuden katsotaan olevan primaaria, mikäli raskaus tai lapsen saaminen ei ole onnistunut koskaan, ja sekundaarista, mikäli raskaus tai lapsen saaminen on aikaisemmin onnistunut, mutta raskaaksi tuleminen uudelleen ei onnistu (Klemetti 2003, 113).

Lapsettomuutta voitaisiin monesti myös ehkäistä. Hoitamattomat klamydiainfektiot voivat aiheuttaa lapsettomuutta, joten tiedon anto siitä nuorille sekä sairauden tehokas hoito voisivat vähentää lapsettomuudesta kärsivien määrää. Lisäksi normaalipainon säilyttäminen ja tupakoimattomuus sekä iän vaikutuksen tiedostaminen hedelmällisyyteen on tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 57.)

Suomessa tehtyjen raskaudenkeskeytyksien määrä on Euroopan alhaisempia, joten tilanne keskeytyksien osalta on Suomessa hyvä. Raskauden keskeytyksellä tarkoitetaan raskauden päättämistä ennen 20. raskausviikkoa. Keskenmenolla taas tarkoitetaan raskauden päättymistä spontaanisti ennen 22. raskausviikkoa tai sikiön painaessa alle 500g. (Koponen & Luoto 2004, 29.) Tarkasteltaessa raskaudenkeskeytyksien määrää yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa on niiden määrä huomattavasti vähäisempää muun väestön raskaudenkeskeytyksiin verrattuna. Vuonna 2002 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 1000 yliopistossa opiskelevaa naista kohden 2,5. (Virtala 2007, 64.) Koko väestöä tarkasteltaessa raskaudenkeskeytysten määrä on lasku suuntainen ja vuonna 2008 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 1000 hedelmällisyysikäistä (15-49-vuotiasta) naista kohden 8,9,

mikä on 170 keskeytystä vähemmän kuin edellisvuonna (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 2).

Ensisynnyttäjien iän nousu asettaa uusia haasteita äitiyshuollolle, sillä raskauskomplikaatioita esiintyy enemmän vanhemmilla naisilla (Lottes & Mäkelä 2000, 64). Vanhemmalle iälle siirtyvä lasten hankinta saattaa muodostua ongelmaksi niin raskaaksi tulemiselle kuin naisen ja lapsen terveydellekin (Virtala & Kunttu, 2006). Raskauden aikana pienin riski komplikaatioihin on 25-30-vuotiaalla toissynnyttäjällä, joka ei käytä alkoholia eikä tupakkaa ja aikaisempi raskaus ja synnytys on sujunut ilman komplikaatioita. Synnyttäjän iän kohotessa myös raskauskomplikaatiot ja riskit lisääntyvät. Riskiryhmään kuuluvat yli 35-vuotiaat ensisynnyttäjät ja yli 40-vuotiaat uudelleensynnyttäjät sekä hyvin nuoret synnyttäjät. Iän mukana lisääntyy riski raskausmyrkytykseen sekä etiseen istukkaan. Lisäksi Downin syndrooman mahdollisuus suurenee. Perinataalikuolleisuus lisääntyy ja synnytyksen kestolla on myös taipumus pidentyä ja vastasyntyneet saattavat olla huonokuntoisempia. (Eskola & Hytönen 1998, 184.) 40. ikävuoden jälkeen mahdollisuudet tulla spontaanisti raskaaksi ovat enää 10 %, joten usein joudutaan turvautumaan hedelmällisyshoitoihin (Koskimies 2004, 17). Hedelmällisyshoitojen lisääntyessä myös riski monisikiöisiin raskauksiin kasvaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 50). Kaksoisraskauksien ongelmia ovat mm. ennenaikaisuus ja lasten pienipainisuus (Hartikainen, Tuomivaara, Puistola & Lang 1995, 171).

2.3 Terveysneuvonta lisääntymisterveyden edistämässä

Terveysneuvonta voi kohdistua ihmisen terveydentilan ylläpitämiseen ja edistämiseen tai sairauksien ehkäisyyn. Terveydenhuollontekijöiden ammattiosaamiseen kuuluu arvioida terveysneuvonnan tarvetta ja ensiarvoisen tärkeää on aina neuvonnan tarpeen tunnistaminen. Parhaimmillaan terveysneuvonta on terveyteen liittyvien asioiden ratkaisemista yhteisesti kahden ihmisen vuorovaikutustilanteessa. Terveysneuvonnan ei tule koskaan loukata asiakkaan itsemääräämisoikeutta, sillä lähtökohtana on aina asiakaslähtöinen terveyteen liittyvien asioiden pohdinta. (Vertio 2003.)

Suomi oli 1990-luvun alussa nuorten seksuaaliterveyden mallimaa. Laman seurauksena tilanne kuitenkin huononi, sillä monia ennaltaehkäiseviä palveluja kuten terveystiedon opetusta supistettiin. (Väestöliitto 2008, 8.) Koululakimuutoksen myötä terveystiedosta

on nykyään taas tullut kuitenkin itsenäinen oppiaine peruskouluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002, 49). On tärkeää jo murrosiässä aloittaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskeva ohjaus, joka sisältää anatomisen ja fysiologisen kehitykseen, ehkäisyyn sekä seurusteluun liittyvää neuvontaa. Nuorille naisille tulee antaa tietoa ja palveluja, jotka auttavat heitä ymmärtämään seksuaalisuuttaan ja suojaamaan itseään ei-toivotuilta raskauksilta ja sukupuolitaudeilta. Näin voitaisiin ehkäistä hedelmättömyyden riskiä myöhemmin. Myös nuorille miehille tulee antaa ohjausta, jotta he kunnioittaisivat naisten itsemääräämisoikeutta ja jakaisivat vastuun seksuaalisuuden ja suvunjatkamisen kysymyksissä. (Ihme & Rainto 2008, 30.)

Lisääntymisterveyteen liittyviä asioita tulee ottaa esille ehkäisyä koskevien asiakaskäyntien yhteydessä. On toivottavaa, että ainakin ensimmäisellä ehkäisykäynnillä pariskunta olisi yhdessä mukana. Tällöin voitaisiin yhdessä keskustella varsinaisen raskauden ehkäisyn lisäksi myös lapsensaantisuunnitelmista ja kannustaa pariskuntaa jo etukäteen pohtimaan lastensaantitoiveitaan. (Kokko & Virtala 2008.) Opiskeluterveydenhuollossa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tärkeimpiä tavoitteita ovat hedelmällisyyden ylläpitäminen, ei-toivottujen raskauksien ehkäisy, sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisy ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan antaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 131).

Lapsettomuuden ennaltaehkäisyn ja muiden ongelmien kannalta on tärkeää antaa tietoa myös iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja iän tuomista riskeistä raskauteen. Näin voidaan ennalta ehkäistä mahdollista tahatonta lapsettomuutta. (Kokko & Virtala 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 131.) Huonolla seksuaali- ja lisääntymisterveyden tietotasolla voi olla vakavia pitkän aikavälin vaikutuksia kuten lapsettomuutta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista puhuminen tulisi normalisoida ja nähdä osana kokonaisvaltaista terveyttä. (Medical Foundation for AIDS & Sexual Health 2005, 3, 43.) Ruotsalaistutkimuksen mukaan naiset ovat melko hyvin tietoisia tupakoinnin ja psyykkisten tekijöiden vaikutuksesta naisen hedelmällisyyteen. Sen sijaan vain 18 % naisista piti tärkeänä iän merkitystä naisen hedelmällisyydelle. (Tydén ym. 2006, 187-188.)

Terveysneuvontaan uusia haasteita tuo erilaisen tiedon nopea lisääntyminen ja aiempaa parempi saatavuus. Terveystieteiden ammattilaisten antamalla neuvonnalla on edelleen suuri painoarvo, mutta sen rinnalle on noussut myös muut tiedonlähteet. (Vertio

2003.) Mediamaailmasta välittyvä kuva muokkaa ja värittää monien käsitystä seksuaalisuudesta. Luottamuksellisen, sallivan ja asiantuntevan keskustelun mahdollistaminen seksuaaliasioista osana terveydenhuollon palveluita on ensiarvoisen tärkeä osa terveyden edistämisen lähtökohdista toimivaa koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa. (Kokko & Virtala 2008.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2007–2011 mukaan erilaisten neuvontapalveluiden tarve on kasvussa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa tulisi kehittää siten, että se toteutuisi tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista riippumatta ja että neuvontaa olisi myös saatavissa integroituna osaksi normaaleja terveydenhuollon palveluita. Tavoitteellista on myös asianmukaisen neuvonnan avulla lisätä nuorten ja aikuisten tietämystä lapsettomuuden taustalla olevista syistä ja riskitekijöistä sekä riskien ehkäisystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 33, 58.)

Opiskeluterveydenhuolto vastaa opiskelijoiden terveystiedon tarpeeseen tuottamalla, jakamalla ja välittämällä asiallista, opiskelijaväestöä palvelevaa terveystietoa. Terveyden edistämistoimintaa toteutetaan erilaisin tavoin kuten paikallisten opiskeluhuolto-ryhmien kautta, osallistumalla asiantuntijana opiskelijan terveyteen vaikuttaviin työryhmiin, tuottamalla ja levittämällä kirjallisessa ja sähköisessä muodossa olevaa terveyden edistämismateriaalia, suorittamalla yksilöllisiä terveystarkastuksia ja järjestämällä terveyden edistämiseen liittyvää ryhmätoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 88-89.)

3 PERHESUUNNITTELU

3.1 Näkökulmia perhesuunnitteluun

Perhesuunnittelulla tarkoitetaan perheen lasten lukumäärän ja lasten syntymän ajankohtaan kohdistuvaa suunnittelua (Lääkätieteen termit 2009). Käsitteenä perhesuunnittelu on suhteellisen uusi. Suomen kieleen perhesuunnittelun käsite tuli vasta 1960-luvun lopulla (Rimpelä & Ritamo 1995). Keskeisenä osana perhesuunnittelun kehitykseen on kuulunut ehkäisykeinojen kehittyminen. Tämä on saanut aikaan sen, että pariskunnat voivat entistä tarkemmin suunnitella, kuinka monta lasta ja milloin he haluavat hankkia vai haluavatko hankkia lainkaan lapsia. (Paajanen 2002, 11.)

Lapsilukuun vaikuttaminen voidaan ajallisesti erotella kolmeen eri ajanjaksoon: esitransitionaaliseen kauteen (-1910), ensimmäiseen hedelmällisyyden transitiioon (1910-1964) ja toiseen hedelmällisyyden transitiioon (1965-). Esitransitionaalisessa yhteiskunnassa vallitsi luonnollinen hedelmällisyys ja lasten määrään vaikutettiin yhteiskunnan säädösten ja normien kautta. Ensimmäisen hedelmällisyyden transition kautena lapsia hankittiin ennalta asetettujen tavoitteiden mukaan ja voidaan puhua jo tietoisesta perhesuunnittelusta. Tällä hetkellä elämme toisen hedelmällisyyden transition kautta, jolle tunnusomaista on hedelmällisyyden aleneminen ja lasten määrän väheneminen. Lasten hankinnan siirtäminen elämässä myöhempään ajankohtaan on lisännyt myös lapsettomien parien määrää. Omien päämäärien saavuttaminen on tullut aiempaa tärkeämmäksi ja lasten lukumäärään liittyvien toiveiden lisäksi lasten toivotaan sijoittuvan tiettyihin elämänvaiheisiin ja syntyvän tietyllä etäisyydellä toisistaan. (Ritamies 2006, 3, 231, 236.)

Suomessa raskauden ehkäisyneuvonta rakentui osaksi perusterveydenhuollon palveluita vuonna 1972, jolloin Kansanterveyslaki velvoitti kuntia järjestämään ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa, joka sisälsi myös veloitteen raskauden ehkäisyneuvonnan järjestämisestä (Kansanterveyslaki 1972). Tuolloin perustettiin ensimmäisiä ehkäisyneuvoloita, joiden tavoitteena oli tuoda ehkäisymenetelmät sekä niiden käyttöön liittyvä neuvonta väestölle helpommin saatavaksi ja tämän avulla vähentää aborttien määrää. Ehkäisyneuvonnan sijasta alettiin 1980-luvulla käyttää käsitettä perhesuunnittelu, jonka katsottiin olevan ehkäisyneuvontaa laajempi käsite. (Sihvo & Koponen 1998, 109.)

Ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvolojen ansiosta aborttien määrä on laskenut useampiin muihin maihin verrattuna ja samoin äitiys- ja imeväisyyskuolleisuuslukujen alhaisuus antaa aihetta tyytyväisyyteen (Sihvo & Koponen 1998, 109). Terveydenhuollon perhesuunnittelupalvelut ovat kuitenkin useimmiten keskittyneet hedelmällisyyden edistämisen sijasta raskauden ehkäisyyn ja keskeyttämiseen sekä sukupuolitautilien ehkäisyyn ja hoitoon (Rimpelä & Ritamo 1995). Sen sijaan uusia haasteita terveydenhuoltoon on tuonut lasten hankinnan siirtyminen yhä myöhemmälle iälle ja lapsettomuuden lisääntyminen (Rimpelä & Ritamo 1995; Sihvo & Koponen 1998, 109).

Myös Astilan tutkimuksessa tärkeimpinä perhesuunnittelun osa-alueina nousi esille raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat ja sukupuolitaudit sekä niiden ehkäisy. Muita vähemmälle huomiolle jääneitä osa-alueita olivat parisuhde ja seurustelu, lapsettomuusasiat ja seksuaalisuus. (Astila 1998, 32.)

Perhesuunnittelulla on myös keskeinen rooli Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä. Ehkäisyasiat ovat olleet suurin yksittäinen vastaanottokäynnin tarkoitus viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. Vuonna 2005 12 % vastaanottokäynneistä liittyi ehkäisyyn. (Virtala 2007, 62-63.) Yliopisto-opiskelijat ovat iässä, joka olisi paras aika hankkia lapsia. He huolehtivat kuitenkin hyvin ehkäisystä ja siirtävät raskaaksi tulemistä opiskelujen aikana. (Virtala & Kunttu 2006.) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008 mukaan 9 %:lla opiskelijoista oli lapsia ja lisäksi vastaajista tai heidän puolisoistaan 3 % oli raskaana (Kunttu & Huttunen 2009, 78).

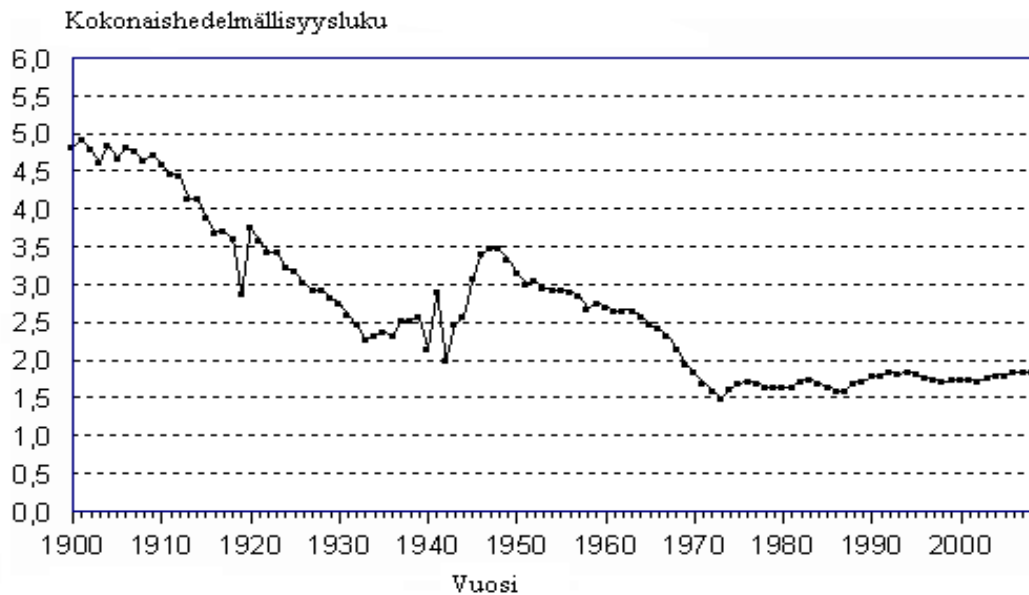
3.2 Lasten hankintaa koskevat ihanteet ja todellisuus

Yleisesti ottaen yliopisto-opiskelijat toivovat saavansa joskus lapsia ja vain 7 % ei halua saada lapsia lainkaan. Naisista 62 % haluaisi 25 - 29-vuotiaana ensimmäisen lapsensa ja 28 % 30 - 34-vuotiaana. (Kunttu & Huttunen 2009, 78.) Useat yliopisto-opiskelijat katsovat ihanteellisen iän tulla äidiksi olevan joskus tulevaisuudessa 30 vuoden tuntumassa (Virtala 2007, 67). Korkeammin koulutettujen naisten mielestä ihanteellinen ikä tulla äidiksi on lähes kaksi vuotta korkeampi kuin vähemmän koulutettujen. Yliopisto koulutuksen käyneiden mielestä ihanteellinen ikä tulla äidiksi on keskimäärin 26,8 vuotta ja ammatillisen koulutuksen käyneiden mielestä 24,9 vuotta. (Miettinen & Rotkirch 2008, 35.) Ne henkilöt, joilla on alhainen koulutustaso, on myös eniten lapsia samoin kuin

niillä, jotka ovat saaneet ensimmäisen lapsen alle 20-vuotiaana (Koponen & Luoto 2004, 29). Ruotsalaisten yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa on myös havaittu lasten-hankinnan siirtämistä myöhemmäksi. Perheen perustaminen koettiin ajankohtaiseksi 29 – 35-vuotiaana. Äidiksi tuleminen koetaan kuitenkin tärkeäksi, sillä vain 2,9 % ei halua lapsia lainkaan. (Tydén ym. 2006, 181.)

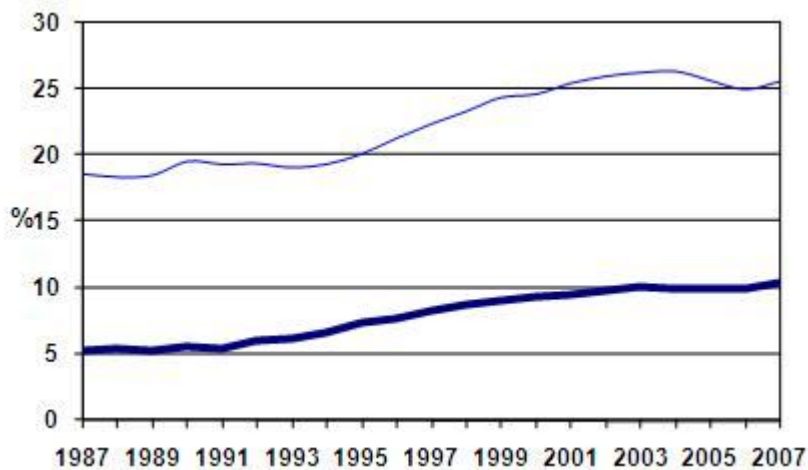
Yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa toiveet ihanteellisesta lapsiluvusta vaihtelevat kahden ja kolmen lapsen välillä (Kunttu & Huttunen 2009, 78). Myös koko väestöä koskevissa tutkimuksissa tulokset ovat samansuuntaisia. Kovin suurta perhettä ei yleisesti ottaen pidetä toivottuna, sillä vain 2-3 % pitää ihanteellisena viittä tai useampaa lasta. (Miettinen & Rotkirch 2008, 29-30.) Yliopistossa opiskelevilla naisilla on yleisesti ottaen kuitenkin neljä kertaa vähemmän lapsia muuhun väestöön verrattuna (Virtala 2007, 77).

Ongelmana on kuitenkin jo pitkään ollut syntyvyyden aleneminen. Väestön uusiutumisen kannalta kokonaishedelmällisyysluvun tulisi olla yli 2,1. (Miettinen & Rotkirch 2008, 8.) Ihanteellisesta lapsiluvusta huolimatta suomalainen nainen synnyttää keskimäärin elämänsä aikana vajaa kaksi lasta ja tämä on ollut trendi jo pitkään. Kokonaishedelmällisyysluku on ollut suurien ikäluokkien syntymisen jälkeen laskusuuntainen ja viimeksi se on ylittänyt 2,1 1960-luvun lopussa (kuvio 1). Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2008 kokonais-hedelmällisyysluku, joka kuvaa syntyneiden lapsien lukumäärää naista kohden, oli 1,85 ja samana vuonna elävänä syntyneiden lasten kokonaismäärä oli 59 530. Luku on pysytellyt viimeisen kymmenen vuoden ajan alle 60 000:ssa. (Tilastokeskus 2009b.) Kuitenkin tuoreimmissa tilastoissa on viitteitä syntyvyyden kasvusta, sillä vuonna 2009 lapsia syntyi 60 430, mikä on korkein syntyvyys 40 vuoteen. Edellisen kerran yli 60 000 lasta syntyi vuonna 1996. (Tilastokeskus 2010.)



KUVIO 1. Kokonaishedelmällisyysluku 1900-2008. (Tilastokeskus, 2009a)

Kulttuurisesti nuoruus on pidentynyt ja biologisesti elinikä on pidentynyt, mutta silti naisen biologisesti hedelmällisin ja terveyden kannalta optimaalinen lastensaanti-ikä on pysynyt ennallaan (Kokko & Virtala 2008). Lasten hankinnan lykkäämisellä hedelmällisyytiän loppupäähän voi toki olla suotuisiakin vaikutuksia, sillä vanhemmalla äidillä saattaa olla karttunut sellaista elämäkokemusta, joka saattaa parantaa äitiyteen sopeutumista. On kuitenkin otettava huomioon, että raskaaksi tuleminen ei välttämättä toiveista huolimatta vanhemmalla iällä enää onnistu. (Gissler, Klemetti, Lammi-Taskula & Miettinen 2009, 73-74.) Tänä päivänä joka neljäs 35-vuotias suomalainen nainen on lapseton. Samanikäisistä miehistä lapsettomia on vielä enemmän; 40 prosenttia. Lasten hankintaiässä olevat pariskunnat siirtävät nykyään lasten hankintaa myöhäisemmälle iälle. Suomalaiset ensisynnyttäjät olivat vuonna 1970 keskimäärin 23-vuotiaita, kun taas vuonna 2007 vastaava keski-ikä oli 28 vuotta. (Miettinen & Rotkirch 2008, 7, 11.) Viimeisen kymmenen vuoden aikana ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut 0,6 vuotta (Tilastokeskus 2009b). Kuten kuviosta 2 käy ilmi, yli 35-vuotiaiden osuus ensisynnyttäjistä on noussut yli viisi prosenttiyksikköä 20 viime vuoden aikana. Sama trendi näkyy myös yli 35-vuotiaissa uudelleensynnyttäjissä.



KUVIO 2. Yli 35-vuotiaat ensi- (paksu viiva) ja uudelleensynnyttäjät (ohut viiva) 1987-2007. (Tilastokeskus, 2008)

On myös viitteitä siitä, että suomalaisten perheiden välillä esiintyy lasten hankinnan suhteen entistä suurempaa vaihtelua. Tämä tarkoittaa sitä, että osa pariskunnista jää lapsettomiksi ja osa puolestaan hankkii kolme tai jopa useampia lapsia. Voikin siis pohtia, jääkö uuden sukupolven luominen tulevaisuudessa vain tiettyjen pariskuntien tehtäväksi, jos yhä useampi pariskunta kärsii tulevaisuudessa lapsettomuudesta. (Miettinen & Rotkirch 2008, 12.)

3.3 Syitä lasten hankinnan siirtämiseen

Parisuhteen merkitys koetaan tärkeäksi arvoksi perhettä perustettaessa. Perhebarometrin 2005 mukaan tärkeimpänä edellytyksenä lasten hankinnalle pidetään turvallista ja hyvää parisuhdetta puolison kanssa. Toisena tärkeänä edellytyksenä nousee esiin tunne, että vapaata nuoruutta on ehtinyt elää tarpeeksi. (Paajanen 2005, 41-42.) Samankaltaisia tuloksia saatiin myös vuoden 2008 Perhebarometrissa, jossa tärkeimmäksi syyksi olla hankkimatta lapsia mainitaan sopivan kumppanin puuttuminen. Muita useammin sen hetkiseen elämäntyyliin liittyviä tekijöitä perusteena lasten hankinnan siirtämiselle nostavat esiin korkeasti koulutetut nuoret naiset. (Miettinen & Rotkirch 2008, 90-93.) Myös yliopisto-opiskelijoita koskevissa tutkimuksissa tulokset ovat samansuuntaisia. Edellä mainittujen syiden lisäksi esiin nousee tunne siitä, että ei ole vielä kypsä äidiksi ja ottamaan vastuuta lapsesta sekä tunne siitä, että on liian nuori. (Virtala 2007, 66.)

Ketokivi tuo tutkimuksessaan esille käsitteen pidentynyt nuoruus. Pidentyneeseen nuoruuteen sisältyy keskeisesti vapauden tunne. Alle 30-vuotiaita korkeasti koulutettuja naisia ja miehiä ei houkuttele perheen perustaminen, koska vapautta pidetään itsestään selvänä myönteisenä asiana heidän elämäntilanteessaan. Esille nousee myös pelko perheen perustamisesta. Epävarmuus onnistumisesta vanhempana siirtää lastenhankintaa myöhemmälle iälle. (Ketokivi 2002, 112, 115-116.)

Useissa tutkimuksissa merkittävämmäksi ulkoiseksi tekijäksi perheen perustamista pohdittaessa nousevat keskeneräiset opinnot. Ennen lasten hankintaa omat tai puolison opinnot halutaan saada päätökseen. Lisäksi myös taloudellisen tilanteen epävarmuus koetaan esteeksi lasten hankinnalle. (Paajanen 2002, 48; Paajanen 2005, 44-45; Miettinen & Rotkirch 2008, 90-91; Virtala 2007, 66.)

Koulutusaikojen pitenemisen ja koulutukseen osallistumisen kasvun vuoksi perheen perustaminen siirtyy helposti monien elämässä myöhemmäksi. Opintoihin liittyvät tekijät ovat siten yhteydessä ennemminkin lastenhankinnan ajoitukseen kuin siihen päätökseen, hankkiiko lapsia ylipäättänsä ollenkaan. (Miettinen & Rotkirch 2008, 97.) Myös Louhion mukaan ongelmallista on yhteiskunnallinen tilanne, missä valmistutaan myöhään opinnoista ja koulutetut naiset haluavat valmistua opinnoistaan ennen lasten hankintaa (Louhio 2005, 58-59). Perheen ja opiskelun yhteensovittamista tulisi parantaa sekä käytännön että asenteiden tasolla, jotta useammat voisivat valita lapsen saamisen iässä, jossa se parhaiten onnistuu (Kokko & Virtala 2008).

Taloudelliset tekijät ja yhteiskunnan tuen puute nousevat etenkin toista lasta harkittaessa, mutta myös ensimmäisen lapsen kohdalla. Lapsiperheiden tukien riittämättömyys, pienet tulot ja taloudellinen epävarmuus saavat nuoret aikuiset siirtämään toisen lapsen hankintaa. (Miettinen & Rotkirch 2008, 92, 117.)

Myös työhön liittyvä epävarmuus ja halu edetä uralla nousevat esiin syinä siirtää lastenhankintaa myöhemmäksi (Paajanen 2005, 44). Erityisesti korkeammin koulutetut ja naiset pohtivat usein lapsen ja työelämän vaatimusten yhteensovittamista (Miettinen & Rotkirch 2008, 90-91; Ketokivi 2002, 115). Toisaalta työsuhteiden epävarmuus saattaa aiheuttaa lasten hankinnan siirtämistä tai riskiä jäädä kokonaan lapsettomaksi, mutta toisaalta lapsettomia on paljon myös urasuuntautuneiden naisten joukossa. Työelämän

vaatimusten noustessa nainen ei yksinkertaisesti koe ehtivänsä äidiksi. (Karisto, Takala & Haapola 1999, 205.)

Lasten hankinnan siirtäminen on tullut ilmiönä esiin myös muualla maailmalla. Bentsleyn ja Maschie-Taylorin mukaan taipumus lähteä myöhemmin kotoa maailmalle ja erityisesti miesten halu elää yksin kotoa lähtemisen jälkeen vaikuttaa lastenhankintaiän kohoamiseen. Esille tulee myös halu elää seurustelusuhteessa, eikä naimisiinmenoa koeta tärkeäksi. Naisten kohdalla päätökseen tulla äidiksi vaikuttaa myös kohonneen opiskeluiän ja uranluomisen lisäksi nykyaikana vallitseva kulutusyhteiskunta. Naiset katsovat niin sanotusti unohtaneensa lasten hankinnan, sillä muut asiat ovat etusijalla elämässä. (Bentsley & Maschie-Taylor 2001, 194, 201.) Ruotsalaisten naisyliopisto-opiskelijoiden keskuudessa on puolestaan tutkittu heidän asenteitaan äitiyttä kohtaan. Tärkeimmiksi edellytyksiksi äidiksi tulemiselle nostettiin esille opiskelun päättäminen, hyvä taloudellinen tilanne, pysyvä kumppani, jonka kanssa jakaa vanhemmuutta ja riittävä kypsyys. (Tydén ym. 2006, 181.)

4 PERHEPOLIITTISET ETUUDET OPISKELIJOILLE

Perhepolitiikan tavoitteena on turvata vanhemmille aineelliset ja henkiset mahdollisuudet synnyttää ja kasvattaa lapsia sekä luoda lapsille turvallinen kasvuympäristö. Suomessa perhepoliittisilla tukimuodoilla on vuosikymmenien takainen historia aina vuodesta 1948 asti, jolloin lapsilisäjärjestelmä otettiin ensikertaa käyttöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 4.) Tällä hetkellä perhepoliittisia tukimuotoja ovat suorat tulonsiirrot, äitiys- ja vanhempainrahat, äitiys- ja vanhempainlomat, lastenhoitoa tukevat järjestelmät sekä asumisen tukeminen. Taloudellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisäksi perhepoliittisilla tuilla on erityinen vaikutus motiiveihin ja mahdollisuuksiin hankkia perheisiin lapsia. 1990-luvulla tapahtuneiden perhepoliittisten tukien karsiminen on näkynyt väestökehityksen ennusteen laskuna. (Kontula 2004, 7-13.)

Kansaneläkelaitos (Kela) tukee lapsiperheitä monin eri tavoin. Kelan vanhempainetuksia voi saada henkilö, joka kuuluu Suomen sosiaaliturvaan ja on asunut Suomessa vähintään 180 päivää juuri ennen laskettua synnytysaikaa. (Kela 2009, 1.) Nissinen käsittelee pro gradu -tutkielmassaan kriittisesti korkeakouluopiskelijan ja heidän perheidensä ongelmia toimeentuloturvassa. Korkeakouluopiskelijoiden opintotuessa ei oteta huomioon erilaisessa elämäntilanteessa olevia opiskelijoita. Vielä 1990-luvun alussa opintorahaan sisältyi lapsikorotus, joka otti huomioon lapsiperheen suuremmat rahamenot. Sen sijaan esimerkiksi työttömyyspäivärahaan ja kansaneläkkeeseen kuuluu lapsikorotus. (Nissinen 2006, 32.)

Perheellä on oikeus äitiysavustukseen, kun raskaus on kestänyt vähintään 154 päivää eli noin viisi kuukautta. Avustuksen saaminen edellyttää, että raskaana oleva on käynyt terveystarkastuksessa lääkärissä tai neuvolassa, ennen kuin neljäs raskauskuukausi on päättynyt. Äitiysavustukseksi voi valita joko äitiyspakkauksen tai 140 euron verottoman rahasumman. Äitiyspakkaus sisältää mm. vauvan vaatteita ja hoitotarvikkeita. (Kela 2009, 4.)

Äitiys-, isyys- ja vanhempainrahan suuruus määräytyy yleensä verotuksessa todettujen tötulojen mukaan. Päivärahan määrään vaikuttaa myös se, onko äiti ollut töissä, opiskellut, ollut sairaana vai työttömänä. Vähimmäispäiväraha on 22.04 euroa arkipäivältä. Vuositulojen ollessa 0 - 9 444 euroa henkilö saa vähimmäispäivärahan. Vuositulojen

ollessa 50 000 euroa vanhempainpäivärahan nousee 98,02 euroon. (Kela 2009, 6.) Näin ollen työssäkäynti ennen lapsen syntymää vaikuttaa huomattavasti etuuksien suuruuteen.

Perheellisen opiskelijan asema äitiyspäivärahaa tai vanhempainrahaa laskettaessa on myös epäedullinen esimerkiksi työttömään verrattuna. Siirryttäessä työttömyyspäivärahalta äitiyspäiväraha- tai vanhempainrahakaudelle tuloiksi lasketaan myös työttömyys kauden etuudet. Sitä vastoin opiskelijoiden vanhempainrahan suuruutta laskettaessa ei oteta huomioon opintorahaa tuloina. (Nissinen 2006, 37.)

Äidille maksetaan 22,04 euroa arkipäivältä, jos hän opiskelee ja saa opintotukea äitiys- tai vanhempainvapaan aikana. Äitiysraha katsotaan kuitenkin tuolloin tuloksi ja se vaikuttaa opiskelijan vuositulorajaan. Äidin käydessä töissä vanhempainvapaan aikana hän saa työssäolopäiviltä vähimmäispäivärahaa eli 22,04 euroa. (Kela 2009, 7.)

Isyysrahaa saadessaan isä ei voi työskennellä. Jos isä hoitaa lastaan samaan aikaan kuin opiskelee hän saa sekä opintotukea että vähimmäismääräisen isyysrahan. Jos molemmat vanhemmat opiskelevat tai työskentelevät vanhempainrahan aikana, toinen heistä saa vähimmäismääräisen vanhempainrahan. Isyysvapaata voi pitää lapsen syntymän jälkeen 1-18 arkipäivää ja näin isä voi hoitaa lasta äidin kanssa samaan aikaan. Vapaan voi jakaa myös enintään neljään jaksoon. Jotta isyysvapaata voi saada, tulee isän asua yhdessä lapsen äidin kanssa. Isä voi myös pitää isäkuukauden. Kun käyttää vanhempainrahakaudesta vähintään 12 viimeistä arkipäivää, silloin hän saa 1-12 ylimääräistä arkipäivää vapaata. Myöskään isäkuukauden aikana isä ei voi käydä töissä. (Kela 2009, 9.)

Äiti voi jäädä äitiysvapaalle aikaisintaan 50 arkipäivää ja viimeistään 30 arkipäivää ennen laskettua aikaa. Äitiysvapaan alkaessa Kelasta saa äitiysrahaa, jota maksetaan noin neljä kuukautta. Äitiysrahaan on oikeus kun raskaus on kestänyt noin viisi kuukautta. (Kela 2009, 8.)

Kela maksaa lapsilisää Suomessa asuvasta lapsesta sen kalenterikuukauden loppuun jolloin lapsi täyttää 17 vuotta. Lapsilisän maksaminen voidaan lopettaa myös, jos lapsi muuttaa ulkomaille tai alkaa saada seuraavasta kuukaudesta työkyvyttömyyseläkettä. Ensimmäisestä lapsesta saa lapsilisää 100 euroa ja toisesta 110,50 euroa eli lapsilisän

määrä kasvaa lapsien lukumäärän mukaan, kuitenkin vain niiden lasten mukaan, jotka ovat oikeutettuja lapsilisään. Lapsilisän korotukset on mahdollista saada vain silloin kuin lapsilisät myönnetään samalle henkilölle. Yksinhuoltaja saa lapsilisään korotusta jokaisesta lapsesta 46,60 euroa. Yksinhuoltajakorotuksen voi saada jos ei elä lapsilisän alkaessa avio- tai avoliitossa tai on muuttanut erilleen puolisoista yhteiselämän lopettamiseksi. Lapsilisästä ei makseta veroa. (Kela 2009, 15.)

Epätasa-arvoisuus opiskelijaperheitä kohtaan tulee esille myös asumisen tukia tarkasteltaessa. Kaikki perheellisen opiskelijan tulot vaikuttavat alentavasti asumistuen määrään. Sen sijaan perheetön opiskelija saa tienata vapaan tulon rajaan saakka ilman, että tämä vaikuttaa opintotuen asumislisään. (Nissinen 2006, 34.)

Kuten Nissinen toteaa vanhempainetuusjärjestelmämme ottaa huomioon työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen. Sen sijaan opiskelu- ja perhe-elämän yhteensovittaminen jää lähes täysin vanhempainetuusjärjestelmän ulkopuolelle. Tämä asettaa perheellisen opiskelijan eriarvoiseen tilanteeseen täysipäiväisesti työelämässä kiinni olevien kanssa ja myös työelämän ulkopuolella olevien kuten työttömienkin kanssa. (Nissinen 2006, 38.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ryhmähaastattelun avulla tamperelaisien yliopisto-opiskelijoiden tietämystä ja asenteita perhesuunnitteluun liittyvistä asioista.

Opinnäytetyömme tehtävinä ovat

1. Mikä on yliopisto-opiskelijoiden tietämys naisen hedelmällisyytiäst?
2. Millaiset ovat yliopisto-opiskelijoiden asenteet perheen perustamista kohtaan?
3. Mitkä ovat yliopisto-opiskelijoiden tärkeimmät edellytykset lasten saannille?
4. Siirtävätkö yliopisto-opiskelijoina olevat miehet ja naiset lasten hankintaa opiskelujen takia hedelmällisyytiän loppupäähän?
5. Millä tavalla yliopisto-opiskelijat haluaisivat, että heille kerrottaisiin lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista?

Opinnäytetyömme tavoitteena on auttaa Tampereen toimipisteen Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiotä (YTHS) kehittämään perhesuunnitteluun liittyvää neuvontaa. Jatkossa voisi kehittää koko opiskelijaväestöä koskevan intervention, joka lisäisi hedelmällisyytiestietoisuutta ja positiivisella tavalla vaikuttaisi siihen, että nuoret parit voisivat hankkia lapsensa iässä, jossa se olisi lääketieteellisesti järkevintä.

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

6.1 Kvalitatiivinen ryhmähaastattelu

Suomen kielessä kvalitatiivisesta tutkimuksesta käytetään synonyymeinä termejä laadullinen, pehmeä, ymmärtävä ja ihmistutkimus. Kvalitatiivinen metodi eroaa kvantitatiivisesta siinä, että tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan tarkoituksena on kuvata jotain ilmiötä tai tapahtumaa, pyrkiä ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 23, 87.)

Haastattelumenetelmämme on ryhmähaastattelu ja opinnäytetyömme pohjautuu kvalitatiiviseen tutkimusotteeseen, joka mahdollistaa subjektiivisen kuvan luomiseen yliopisto-opiskelijoiden asenteista ja tietämyksestä perhesuunnitteluun liittyvistä asioista. Ryhmähaastattelussa paikalla on yhtä aikaa useita haastateltavia ja mahdollisesti haastattelijoitakin. Tavoitteena on luoda ryhmäkeskustelu tutkijan haluamasta teemasta. (Eskola & Suoranta 1998, 95.)

Pötsösen ja Pennasen mukaan ryhmähaastattelua voidaan toteuttaa kahdella eri tavalla. Haastattelutilanne voi olla erittäin strukturoitu, jolloin haastattelijä esittää kaikille osallistujille saman kysymyksen ilman, että keskustelua sallitaan osallistujien välillä. Toisen tyyppisessä ryhmähaastattelussa haastattelijä ohjaa ryhmää ennalta valituilla teemoilla, mutta keskustelu ryhmäläisten kesken sallitaan. (Pötsönen & Pennanen 1998, 1-6.) Omassa ryhmähaastattelussa pyrimme vapaaseen keskusteluun teemojemme pohjalta.

Ryhmähaastattelussa käsittelemiämme teemoja oli neljä: Tietämys naisen hedelmällisyydestä, asenteet perheen perustamista kohtaan, tärkeimmät edellytykset lastensaamiselle ja terveysneuvonta lisääntymisterveyden edistämisen kannalta. Terveysneuvontaan liittyen YTHS on kehittänyt pilottiversion parisuhdeoppaasta opiskelijoille (liite 3). Haastattelumme neljäs teema pohjautui oppaan perhesuunnitteluosioon, joka käsittelee perheen perustamista opiskeluaikana, keskenmenoja, ehkäisyä ja suunnittelematonta raskautta.

Ryhmähaastattelu antaa tutkijalle paljon mahdollisuuksia. Otokokoa voidaan suurentaa ilman suurempia resurssikustannuksia. Lisäksi voidaan hyödyntää ryhmän synergiaa;

toinen ryhmäläinen voi jatkaa siitä mihin toinen jäi. Ryhmässä jäsenet helpommin stimuloivat toisiaan tuomaan esiin sekä yhteneviä että toisistaan eriäviä näkemyksiä. Mutta toisaalta ryhmähaastattelussa vähemmistön mielipiteet voivat jäädä liian vähälle huomiolle. Haastattelijan näkyvät reaktiot voivat vaikuttaa positiivisesti tai negatiivisesti ryhmäläisten vastauksiin. Haastattelijan olisi hyvä pystyä hallitsemaan dominoivia keskustelijoita, jotta hiljaisemmat persoonat pääsevät myös esille. (Pötsönen & Pennanen 1998, 3-4.)

Ryhmähaastattelussa vetäjällä on suuri merkitys, jotta saavutetaan tutkimukselle asetetut tavoitteet. Haastattelutilanteen ilmapiirin luo haastattelija ja sen pitää olla innostava ja erilaisia mielipiteitä salliva, jotta niiden julkituominen on mahdollista. Haastattelijan hyviä piirteitä ovat kuuntelutaito, huumorintaju ja selkeä viestintä. Ryhmähaastattelussa ajankäyttö voi muodostua ongelmaksi ja siksi haastattelijan on tiedettävä kysymyksiin varattu maksimiaika ja osattava siirtyä aiheesta toiseen luontevasti. Ryhmähaastattelun vetäjällä pitää olla hyvät taustatiedot haastatteluun liittyvistä aiheista sekä omakohtainen kiinnostus aiheeseen. (Pötsönen & Pennanen 1998, 7.)

6.2 Aineiston hankinta ja kohdejoukko

Ryhmän olisi hyvä olla tarpeeksi pieni, jotta kaikki pääsevät ääneen, mutta kuitenkin riittävän suuri, jotta vastausten kirjo olisi luotettava. Sopiva ryhmän koko olisi 4–10 henkilöä. (Pötsönen & Pennanen 1998, 6.) Haastateltavien ihmisten tulisi myös pääsääntöisesti olla melko homogeeninen ryhmä, jotta luontevan keskustelun syntyminen aiheen pohjalta olisi mahdollista (Eskola & Suoranta 1998, 98). Siksi tarkoituksenamme oli rekrytoida omiin ryhmiinsä kahdeksan mies- ja naisopiskelijaa Tampereen yliopistosta ja Tampereen teknillisestä yliopistosta.

Haastateltavien rekrytoinnin aloitimme syyskuun lopussa 2009 ja haastattelut toteutimme 23.11.2009 YTHS:n tiloissa. Laadimme ilmoituksen haastattelusta ja lähetimme sen YTHS:lle, joka puolestaan toimitti sen sähköpostitse eteenpäin ylioppilaskunnille. Lisäksi ilmoitimme haastattelusta YTHS:n, Tampereen yliopiston ja Tampereen teknillisen yliopiston ilmoitustauluilla. Aluksi miesten ryhmän kokoaminen vaikutti hankalalta ja naiset tuntuivat olevan enemmän kiinnostuneita haastattelusta. Kutsu lähetettiin vielä myöhemmin uudestaan sähköpostitse, jotta osallistujia saataisiin enemmän. Lopulta

miesten ryhmään ilmoittautui kuusi henkilöä, joista kaikki saapuivat paikalle. Naisten ryhmään ilmoittautui viisi henkilöä, joista kuitenkin vain kolme saapui paikalle. Haastateltavien rekrytoinnin vaikeudesta johtuen osa haastateltavista oli tuttuja, mutta emme kokeneet sitä huonona asiana haastattelutilanteessa, koska se loi luontevamman ilmapiirin haastattelutilanteessa, eikä kukaan kokenut aihetta kiusalliseksi. Sekä naisten, että miesten haastattelutilanteet kestivät noin tunnin. Haastattelut nauhoitettiin sanelukoneella anonyymisti.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että haastateltavilla ihmisillä olisi mahdollisimman paljon omakohtaista kokemusta asiasta. Tämän vuoksi haastateltavien valinnan ei tulisi koskaan olla satunnaista vaan tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87-88.) Omassa ryhmähaastattelussamme rekrytoimme nimenomaan yliopistop opiskelijoita, sillä tarkoituksenamme on selvittää nimenomaan korkeasti koulutettujen ihmisten tietämystä ja asenteita perhesuunnitteluun liittyvistä asioista. Tällöin ei haittaa, vaikka osa haastateltavista oli tuttuja, sillä he kuuluvat kuitenkin edellä mainittuun kohdejoukkoon.

Haastateltavat naiset olivat iältään 24, 25 ja 26-vuotiaita. Heistä kaksi oli lopputyövaiheessa ja yksi opiskelujen puolivälissä. Kaikki olivat avoliitossa, eikä kenelläkään ollut lapsia. Yksi naisista oli raskaana. Haastateltavat miehet olivat iältään 20, 22 (kaksi henkilöä), 24, 26 ja 28-vuotiaita. Miestenryhmän opiskeluvaihe vaihteli ensimmäisestä vuodesta lopputyövaiheeseen. Kolme miehistä eivät olleet parisuhteessa, kaksi oli avoliitossa ja yksi avioliitossa. Kenelläkään ei ollut lapsia, mutta yhden puoliso oli raskaana.

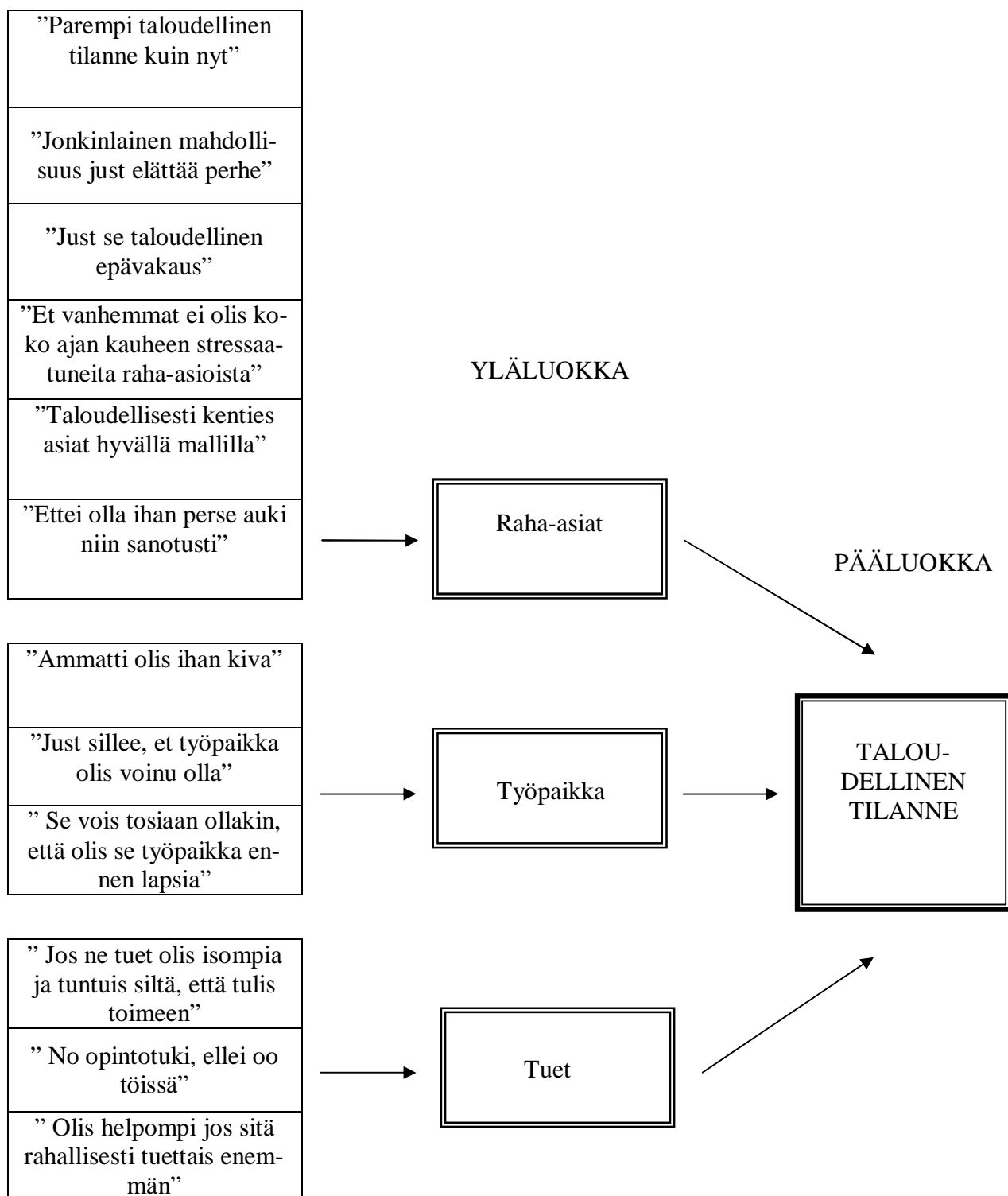
6.3 Laadullinen sisällönanalyysi

Laadullinen sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jolla pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Tämä analyysimuoto sopii hyvin täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Sisällönanalyysilla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Toisaalta sisällönanalyysilla saadaan kerätty aineisto kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Tutkijan on siis tehtävä analyysin jälkeen mielekkäitä johtopäätöksiä materiaalista, jottei tutkimus jää keskeneräiseksi ja järjestelty aineisto ikään kuin tulokseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 107.)

Laadullinen sisällönanalyysi pohjautuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa tarkoituksena on edetä empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta asiasta. Pelkistettäessä aineistoa analysoitava informaatio pelkistetään siten, että litteroidusta aineistosta karsitaan kaikki tutkimustehtävien kannalta epäolennainen pois. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111, 115.) Purimme nauhoitetun aineiston heti samalla viikolla, kun olimme pitäneet haastattelut, jotta muistikuvat haastattelutilanteista säilyvät. Kuunteelimme aineiston läpi kahdesti. Ensimmäisellä kerralla kirjoitimme haastattelut tietokoneelle ja toisella kerralla tarkastimme tekstin sisällön. Perehdyimme aineiston sisältöön lukemalla haastattelut useaan kertaan ja etsimme tutkimustehtävienne avulla pelkistettyjä ilmauksia, jotka kuvasivat teemojamme.

Aineiston ryhmittelyllä pyritään etsimään pelkistetyistä aineistosta samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä, jotka ryhmitellään erilaisiksi luokiksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112). Samankaltaisista pelkistetyistä ilmauksista muodostimme teemojamme kuvaavia luokkia. Aineiston ryhmittelyä seuraa aineiston käsitteellistäminen, jossa tarkoituksena on erottaa tutkimuksen kannalta olennaiset asiat ja valikoitujen asioiden pohjalta muodostaa teoreettisia käsitteitä. Laadullisessa sisällönanalyysissä vastaus tutkimustehtäviin saadaan täten siis yhdistelemällä käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114-115.) Kuviossa 3 on esitetty tarkemmin sisällönanalyysimme etenemistä.

Haastattelumme koostui myös kysymyksistä, joihin ei voinut kunnolla toteuttaa sisällönanalyysiä, koska vastaukset olivat numeraalisia, esimerkiksi ihanteellinen lapsiluku. Tällaisista vastauksista kokosimme numeraalisen yhteenvedon.



KUVIO 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Tietämys naisen hedelmällisyydestä

Naisopiskelijoiden näkemyksen mukaan naisten hedelmällisyys on parhaimmillaan 20 ikävuoden tuntumassa. Heidän mukaansa naisen paras ikä hedelmällisyyden kannalta on nuorempa kuin yleensä ajatellaan. Hedelmällisyyden alenemisesta naiset olivat yhtä mieltä: hedelmällisyys alenee 30 ikävuodesta eteenpäin ja 35 ikävuoden jälkeen raskaaksi tuleminen saattaa olla jo täysin mahdotonta.

Miesopiskelijat katsoivat naisen hedelmällisyytiän jatkuvan teinivuosista vaihdevuosiin asti. Erään arvion mukaan vasta 45 ikävuoden jälkeen tulee naisilla tietynlainen raja hedelmällisyydessä vastaan. Seksuaalisen vietin uskottiin olevan naisilla korkeimmillaan 30 ikävuoden tuntumassa, jonka vuoksi hedelmällisyysikä olisi silloin parhaimmillaan. Toisaalta otettiin esille, että vanhemmalla iällä raskauskomplikaatiot saattavat lisääntyä. Osa haastateltavista miehistä oli kuitenkin sitä mieltä, että vanhempana olisi vaikeampi tulla raskaaksi ja parhain ikä hedelmällisyyden kannalta olisi 20 ikävuoden tienoilla.

Miesopiskelijoiden keskuudessa tuli esille, että käsitykset naisen hedelmällisyydestä pohjautuivat median kuten tv-sarjojen ja sanomalehtien antamaan kuvaan. Lisäksi miehet kertoivat tiedon seksuaalivälikästä tulevan myös internetistä pornon kautta. Sen sijaan naiset eivät maininneet median vaikuttavan heidän tietämykseensä.

”Mut jos niinku miettii, mitä faktatietoo tässä tulee. Mistä nää on saatu niin rupee miettiin, et en mä ainakaan muista mistään, et olis tämmöstä käyty. Ehkä nää on yläasteella just jossain biologiassa ollu, mut en kyllä muista. Todennäkösesti nää on niinku Sinkkuelämää-sarjan tiedoilla tässä.”

7.2 Asenteet perheen perustamista kohtaan

Sekä nais- että miesopiskelijoista kaikki toivoivat joskus saavansa lapsia. Ihanteellisimpana lapsilukuna pidettiin kahdesta kolmeen lasta. Naiset toivoivat toisen lapsen syntyvän nopeammin ensimmäisen lapsen jälkeen kuin miehet. Naisten mielestä sopivin syn-

tymääjankohta toiselle lapselle olisi kaksi vuotta ensimmäisen jälkeen kun taas miehet pitivät ihanteellisimpana aikavälinä kahdesta neljään vuotta. Naiset ajattelivat, että heille sopivin ikä tulla äidiksi olisi kahden mielestä 25 vuotta ja yhden mielestä lähempänä 30 vuotta. Miehillä toiveet olivat samansuuntaisia. Isäksi toivottiin tulevan 25–32-vuotiaana.

Raskauden tullessa yllätyksenä kaikki naisopiskelijat olisivat kuitenkin valmiita pitämään lapsen. Kahden naisopiskelijan mielestä yllätysraskaus olisi positiivinen asia tässä elämäntilanteessa ja yhdelle yllätysraskaus ei olisi mieleinen asia. Lapsen pitämiseen vaikuttavat vahvat tukiverkostot perheessä, äidilliset tunteet ja halu kuitenkin joskus saada lapsia. Kukaan miesopiskelijoista ei itse ehdottaisi aborttia kumppanin tullessa yllättäen raskaaksi, mutta se herättäisi epävarmuutta ja sekavia tunteita. Lisäksi raskaudenkehäisyä pidettiin niin varmana, että tällaista tilannetta ei pidetty edes mahdollisena. Toisaalta yllätysraskautta pidettiin parempana vaihtoehtona kuin lapsettomuutta. Esille tuli myös näkemys, että pidempiaikaisella seurustelulla tähdätään perheen perustamiseen, joten lapsen saaminen vain aikaistuisi suunnitelmissa.

” Jos itte kuvittelee, että olis käyny sillai, että mitään suunnittelematta olis toinen pamahtanu yht`äkkiä paksuks niin en ainakaan usko, että olisin aborttia koskaan ehdottanut. Kyllä mä olisin heti lähtenyt siitä, että se pidetään sitten, kun en nyt nää semmosta mahdollisena, että heti muutaman kuukauden jälkeen semmonen huolimattomuus sattuis.”

Nais- ja miesopiskelijat eivät pitäneet välttämättömänä naimisiinmenoa ennen lapsen syntymää. Miehet pitivät lapsen saamista suurempana sitoutumisena kuin naimisiinmenoa. Sekä naisten, että miesten oli vaikea määritellä ajallisesti sopivaa seurustelu-aikaa ennen lapsen saamista. Useamman vuoden seurustelua pidettiin kuitenkin tarpeellisena.

Äitiysloman ja opiskelun yhdistäminen koettiin jokseenkin hankalaksi. Naiset toivoivat, että olisi mahdollista opiskella äitiysloman ohella, jotta opinnot eivät venyisi lapsen saamisen vuoksi. Isyysloman pitäminen katsottiin mahdolliseksi, mutta isäkuukauden ja opiskelujen yhteensovittamista pidettiin jo mahdottomana.

” Ja just se opiskelun ja äitiysloman yhdistäminen jotenkin, et vois sit pikku hiljaa opiskella, ettei tu semmosta, et nyt sä oot äitiyslomalla ja nyt sun pitää olla poissa koulusta vuos tai kaks mitä nyt ootkin sitten. Sit jollekin tulee kiire pois sieltä äitiyslomalta, ettei ne opiskelut veny.”

7.3 Tärkeimmät edellytykset lapsen saannille

Tärkeimmät edellytykset lapsen saannille olivat samansuuntaisia sekä naisilla että miehillä. Haastateltavat kokivat hyvän parisuhteen tärkeäksi perhettä perustettaessa. Hyvässä parisuhteessa katsottiin olevan avoimuutta, luottamusta ja kunnioitusta toista kohtaan. Arkielämän toivottiin olevan kaikin puolin tasapainoista ja kumppanin kanssa halettiin viettää vapaata nuoruutta ennen lapsen saamista.

Taloudellisen tilanteen toivottiin olevan parempi perhettä suunniteltaessa, jotta toimeentulo olisi taattu myös lapsen kanssa. Kuitenkaan ei oletettu kaiken olevan valmiina ennen lapsen syntymää. Etenkin naiset ottivat lisäksi esille perhepoliittisten tukien pienen opiskelijoille.

” Ei se mun mielestä tarvi tulla niin sanotusti valmiiseen. Niinku, että mun mielestä se voi ku lapset kuuluu kuitenkin tähän ikävaiheeseen eikä sitten kun ollaan eläkkeellä ku on se talo ja on ne varmat työpaikat ja on sitä rahaa ja on ne kaks autoa. Kunhan nyt on se kämppä missä asua.”

Sekä naisten että miesten mukaan perheen elättämisvastuun katsottiin olevan pääasiassa miehellä ja ennen lapsen syntymää ainakin miehellä toivottiin olevan työpaikka. Uran luominen tuli kuitenkin esille myös naisten joukossa. Tärkeänä pidettiin myös opintojen saamista päätökseen. Naiset suhtautuivat kuitenkin myönteisemmin lasten saamiseen opiskeluaikana. Lasten saannin uskottiin toisaalta olevan helpompaa opiskeluaikana opintojen joustavuuden takia. Vakituinen työpaikka toisi kuitenkin säännöllisen rytmin elämään.

Naisilla nousi lisäksi esille pelko äidin roolissa onnistumisessa. Koettiin, että äidiksi tulo edellyttää tiettyä henkistä kypsyyttä. Miehet sen sijaan eivät tuoneet ilmi, että isyys edellyttäisi henkistä kasvua.

7.4 Terveysneuvonnan tarve lisääntymisterveyden edistämisen kannalta

Naiset kokivat lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan tärkeäksi. Heidän mielestään parisuhdeoppaan perhesuunnittelusivut ovat realistiset ja kannustavat. Naiset toivoivat kuitenkin enemmän tietoa raskaudesta ja sen kulusta. Naiset kokivat ongelmalliseksi, että lisääntymisterveyteen liittyvä neuvonta ei tavoita miehiä. Miesten toivottiin olevan

enemmän mukana vastaanotolla ehkäisyasioita suunniteltaessa, jotta neuvonta tavoittaisi myös miehet.

Miehet pitivät tärkeänä, että lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa annettaisiin enemmän, koska yhteiskunta kannustaa hankkimaan lapsia naisen hedelmällisyyksiään loppupäässä. Esille tuli, että miehet uskoivat naisen hedelmällisyyksiään olevan korkeampi. Miehet eivät kokeneet parisuhdeopasta parhaana mahdollisena tapana antaa lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa. Oppaan ei uskottu tavoittavan miesasiakkaita.

”Tässä on se yks suuri ongelma, että jos mä en olisi tänne tullu, miten mut olis saatu lukeen tätä vihkosta. Yleensä se tulee se Tekniikan Maailma otettua sieltä.”

Miesten näkemys parisuhdeoppaasta oli negatiivisempi kuin naisten. Miehet pitivät opasta pintapuolisena ja kokivat sen jopa ahdistavana. Heidän mielestään oppaassa painostettiin liikaa lastenhankintaan. Miehet toivoivat oppaassa olevan varsinaisen terveysneuvonnan lisäksi perheellisen opiskelijan etuuksista.

Miesten mielestä vaikuttavampia lisääntymisterveyteen liittyviä neuvonnan keinoja olisi tärkeää kehittää. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön toivottiin järjestävän perhesuunnitteluun liittyviä tilaisuuksia, joissa saisi asiantuntevaa neuvontaa asian ollessa ajankohtainen. Terveystuon henkilöstön toivottiin lisäksi enemmän jalkautuvan opiskelijoiden keskuuteen, jolloin neuvonta tavoittaisi kaikki opiskelijat. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön toivottiin myös tuovan esille enemmän perhesuunnitteluun liittyviä palvelujaan. Miehet pitivät tärkeänä, että lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa annettaisiin myös jo nuoremmassa iässä.

”Lukiossa vois olla enemmän, että tietää jo perhesuunnittelusta 20 vuoden ikään, niin voi olla sitten todennäköisempää, että hankkii nuorempana. Kun nyt me aletaan miettiä, että mites tää perheen hankinta ja ollaan jo minkä ikäisiä, niin se menee sinne kolmeen kymmeneen. Jos on nuorempana se tieto, niin pystyy suunnittelemaan, että voishan niitä hankkii sitten nuorempana.”

7.5 Yhteenveto

Nais- ja miesopiskelijoiden näkemykset naisen hedelmällisyydestä ovat erilaiset. Naisopiskelijoiden mukaan parhain ikä hedelmällisyyden kannalta on 20 ikävuoden tienoilla ja hedelmällisyys alenee 30 ikävuodesta eteenpäin. Osa miesopiskelijoista puolestaan uskoo naisen hedelmällisyyden jatkuvan 45 ikävuoteen asti, kun taas toisten näkemykset hedelmällisyydestä ovat samankaltaisia naisten kanssa. Miehet uskovat tietämyksensä naisen hedelmällisyydestä pohjautuvan median antamaan kuvaan.

Kaikki haastateltavat toivovat joskus saavansa lapsia. Kahdesta kolmeen lasta pidetään ihanteellisimpana lapsilukuna ja naiset ovat halukkaita saamaan toisen lapsen nopeammin ensimmäisen lapsen jälkeen kuin miehet. Yllätysraskauden sattuessa kaikki olisivat valmiita pitämään lapsen, mutta sopivimpana ikänä tulla äidiksi pidetään 25–30-vuotta ja isäksi 25–32-vuotta. Useamman vuoden seurustelua pidetään tarpeellisena, mutta naimisiinmenoa ennen lapsen syntymää ei pidetty välttämättömänä. Hankalaksi koetaan sekä äitiys- että isyysloman pitäminen opiskeluaikana.

Naisten sekä miesten ajatukset tärkeimmistä edellytyksistä lasten saannille ovat samansuuntaisia. Tärkeimpinä edellytyksinä lapsen saannille pidetään hyvää parisuhdetta ja tasapainoista arkea. Lisäksi haluttiin viettää nuoruutta ennen lapsen syntymää. Myös taloudellisen tilanteen halutaan olevan vakaa ja opinnot toivotaan saatavan päätökseen. Naiset kokevat tärkeänä myös henkisen kasvun onnistuakseen äidin roolissa.

Nais- ja miesopiskelijat kokevat lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan tärkeäksi. Neuvonta ei kuitenkaan useimmiten tavoita miehiä ja näin ollen miesten tietotaso on alhaisempi kuin naisten. Lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan kehittämistä pidetään tärkeänä. Naiset pitävät parisuhdeoppaan perhesuunnitteluosiota realistisena ja kannustavana, mutta miehet kokevat osion pintapuolisena ja jopa ahdistavana. Miesten mielestä oppaassa painostetaan liikaa lasten hankintaan.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössämme noudatimme hyvän tutkimuskäytännön periaatteita. Hyvässä tieteellisessä käytännössä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimusta julkaistaessa (Suomen Akatemia 2003, 5). Pyrimme ensisijaisesti hankkimaan kohdejoukkomme satunnaisesti sähköpostilla lähetettyjen ilmoitusten välityksellä. Lisäksi ilmoituksia oli Tampereen yliopiston, Tampereen teknillisen yliopiston ja YTHS:n ilmoitustauluilla. Halukkuus osallistua ryhmähaastatteluun ei vastannut tarpeitamme, joten otimme mukaan myös tuttavapiiriin kuuluvia henkilöitä. Kaikki ryhmähaastattelussa mukana olleet kuuluivat kuitenkin kohdejoukkoomme. Mielestämme luotettavuus ryhmähaastattelussa säilyi, sillä kukaan haastateltavista ei ollut molempien tuttava. Täten ainakin toinen pystyi suhtautumaan jokaiseen haastateltavaan ilman ennako-oletuksia henkilöiden mielipiteistä.

Ryhmähaastatteluihin osallistui naisia kolme ja miehiä kuusi. Naisten ryhmän osalta suositus haastateltavien määrästä jäi toteutumatta meistä riippumattomista syistä. Naisten ryhmässä syntyi kuitenkin paljon keskustelua huolimatta vain kolmen henkilön mielipiteestä. Aineistoa saimme loppujen lopuksi molemmista ryhmistä yhtä paljon, emmekä nähneet tarpeellisena järjestää uutta haastattelutilaisuutta.

Ryhmähaastattelu on vaativa haastattelumenetelmä, mutta koimme sen kuitenkin antoisana aihepiirimme huomioonottaen. Ryhmän synergia toimi hyvin, eikä ryhmästä nousut esille erityisen dominoivia tai liian hiljaisia haastateltavia. Näin ollen kaikkien osallistujien mielipiteet pääsivät esille. Ryhmähaastattelussa muiden osallistujien läsnäolo saattaa vaikuttaa omiin mielipiteisiin. Tällaista emme kuitenkaan huomanneet vaan tunnelma oli avoin ja salliva.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja: rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa (Suomen Akatemia 2003, 5). Ryhmähaastattelut tallensimme anonymisti sanelukoneella, joten jokaisen haastatelta-

van yksityisyys säilyi. Haastateltavien esitetietolomakkeissa ei kysytty henkilötietoja, eikä henkilöitä pysty tunnistamaan laajan kohdejoukon ansioista. Purettuamme aineiston, poistimme nauhoituksen ja tutkimusaineisto pidettiin salassa koko työskentelyn ajan hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen.

Hyvässä tieteellisessä tutkimuksessa tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (Suomen Akatemia 2003, 6). Laadimme aluksi tutkimussuunnitelman, jonka pohjalta aloimme toteuttaa opinnäytetyötämme. Saimme alustavan rungon tutkimuksen sisällöstä toimeksiantajaltamme. Muokkasimme runkoa opinnäytetyöhömme sopivaksi. Haastattelukysymykset laadimme neljän käsiteltävän teeman pohjalta. Koska pyrimme luomaan haastattelutilanteesta vapaamuotoisen, saatoimme tehdä myös spontaaneja kysymyksiä aiheesta. Olemme myös pyrkineet yksityiskohtaiseen raportointiin työmme toteutuksessa ja tulosten kirjaamisessa, jotta työstämme saisi mahdollisimman kattavan kuvan.

Luotettavuuden parantamiskeskustelussa on puhuttu tutkimusprosessin julkisuudesta. Tämä tarkoittaa sekä yksityiskohtaista raportointia että tutkijakollegoiden arviointia prosessista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139.) Opinnäytetyömme luotettavuutta parantaa prosessissa tukena olleet opponijat.

Opinnäytetyömme suunniteltu aikataulu toteutui hyvin ja asettamamme välitavoitteet auttoivat meitä työmme eteenpäinviemisessä. Osaltaan myös hyvä yhteistyö Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kanssa auttoi opinnäytetyön onnistuneessa toteuttamisessa. Saatuamme työelämästä meitä kiinnostavan aiheen aloimme tutustumaan siihen liittyvään kirjallisuuteen ja aloimme kirjoittaa teoriaosaa. Tämän jälkeen aloimme suunnitella haastatteluja ja toteutimme ne marraskuussa 2009.

Opinnäytetyössämme käytimme sekä kotimaista että kansainvälistä lähdekirjallisuutta lähdekritiikin huomioon ottaen. Pyrimme lähteiden reliabiliteetin säilyttämiseksi käyttämään tämän vuosikymmenen tutkimuksia aiheesta ja vanhempi kirjallisuus on tarkoin valittua. Tutkimuksen aiheemme on noussut pinnalle vasta viime vuosina, joten kovin laajasti aihetta ei ole aikaisemmin tutkittu. Tämä huomioon ottaen lähteemme ovat monipuolisia.

8.2 Tulosten tarkastelua

Koulutusaikojen pitenemisen ja koulutukseen osallistumisen kasvun vuoksi perheen perustaminen siirtyy helposti monien elämässä myöhemmäksi. Opintoihin liittyvät tekijät ovat siten yhteydessä ennemminkin lastenhankinnan ajoitukseen kuin siihen päätökseen, hankkiiko lapsia ylipäättänsä ollenkaan. (Miettinen & Rotkirch 2008, 97.) Sama käy ilmi myös tuloksistamme, joiden mukaan kaikki opiskelijat toivoivat joskus saavansa lapsia, mutta keskeneräiset opinnot haluttiin saada päätökseen ennen perheen perustamista. Naiset suhtautuivat kuitenkin myönteisemmin lasten saamiseen opiskeluaikana.

Raskauden tullessa yllätyksenä kaikki naisopiskelijat olisivat kuitenkin valmiita pitämään lapsen. Kahden naisopiskelijan mielestä yllätysraskaus olisi positiivinen asia tässä elämäntilanteessa ja yhdelle yllätysraskaus ei olisi mieleinen asia. Myöskään kukaan miesopiskelijoista ei itse ehdottaisi aborttia kumppanin tullessa yllättäen raskaaksi, mutta se herättäisi epävarmuutta ja sekavia tunteita. Yllätysraskautta pidettiin kuitenkin parempana vaihtoehtona kuin lapsettomuutta. Tarkasteltaessa raskaudenkeskeytyksien määrää yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa on niiden määrä huomattavasti vähäisempää muun väestön raskaudenkeskeytyksiin verrattuna. Vuonna 2002 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 1000 yliopistossa opiskelevaa naista kohden 2,5 (Virtala 2007, 64).

Perheen ja opiskelun yhteensovittamista tulisi parantaa sekä käytännön että asenteiden tasolla, jotta useammat voisivat valita lapsen saamisen iässä, jossa se parhaiten onnistuu (Kokko & Virtala 2008). Haastattelemamme naiset kokivat äitiysloman ja opiskelun yhdistämisen hankalaksi. Haastatteluhetkellä raskaana oleva nainen koki kuitenkin koulun olevan raskausaikana joustavampi kuin työelämän. Isyysvapaat koettiin myös hankalampana pitää opiskeluaikana kuin työelämässä.

Yliopisto-opiskelijat ovat ihanteellisessa lastensaanti-iässä, mutta heillä on muuhun suomalaiseen samanikäiseen väestöön verrattuna harvemmin lapsia. Lapsia halutaan saatavan opintojen loputtua noin 30 ikävuoden tienoilla. (Virtala 2007, 13.) Haastattelussamme mukana olleet naiset ajattelivat, että heille sopivin ikä tulla äidiksi olisi kahden mielestä 25 vuotta ja yhden mielestä lähempänä 30 vuotta. Miehillä toiveet olivat samansuuntaisia. Isäksi toivottiin tulevan 25–32-vuotiaana.

Etenkin naiset ottivat esille perhepoliittisten tukien pienuuden opiskelijoille. Taloudellisen tilanteen toivottiin olevan parempi perhettä suunniteltaessa, jotta toimeentulo olisi taattu myös lapsen kanssa. Kuitenkaan ei oletettu kaiken olevan valmiina ennen lapsen syntymää. Taloudellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin lisäksi perhepoliittisilla tuilla on erityinen vaikutus motiiveihin ja mahdollisuuksiin hankkia perheisiin lapsia. 1990-luvulla tapahtuneiden perhepoliittisten tukien karsiminen on näkynyt väestökehityksen ennusteen laskuna. (Kontula 2004, 7-13.) Korkeakouluopiskelijoiden opintotuessa ei oteta huomioon erilaisessa elämäntilanteessa olevia opiskelijoita. Vielä 1990-luvun alussa opintorahaan sisältyi lapsikorotus, joka otti huomioon lapsiperheen suuremmat rahamenot. (Nissinen 2006, 32.)

Työhön liittyvä epävarmuus ja halu edetä uralla nousevat esiin syinä siirtää lasten hankintaa myöhemmäksi (Paajanen 2005, 44). Erityisesti korkeammin koulutetut ja naiset pohtivat usein lapsen ja työelämän vaatimusten yhteensovittamista (Miettinen & Rotkirch 2008, 90-91; Ketokivi 2002, 115). Toisaalta työsuhteiden epävarmuus saattaa aiheuttaa lasten hankinnan siirtämistä tai riskiä jäädä kokonaan lapsettomaksi, mutta toisaalta lapsettomia on paljon myös urasuuntautuneiden naisten joukossa. Työelämän vaatimusten noustessa nainen ei yksinkertaisesti koe ehtivänsä äidiksi. (Karisto, Takala & Haapola 1999, 205.) Sekä haastateltavien naisten että miesten mukaan perheen elättämisvastuun katsottiin olevan pääasiassa miehellä ja ennen lapsen syntymää ainakin miehellä toivottiin olevan työpaikka. Uran luominen tuli esille myös naisten joukossa ja vakituinen työpaikka toisi myös säännöllisen rytmin elämään.

Parisuhteen merkitys koetaan tärkeäksi arvoksi perhettä perustettaessa. Perhebarometrin 2005 mukaan tärkeimpänä edellytyksenä lasten hankinnalle pidetään turvallista ja hyvää parisuhdetta puolison kanssa. (Paajanen 2005, 41-42.) Haastateltavat kokivat hyvän parisuhteen tärkeäksi perhettä perustettaessa. Hyvässä parisuhteessa katsottiin olevan avoimuutta, luottamusta ja kunnioitusta toista kohtaan. Nais- ja miesopiskelijat eivät pitäneet välttämättömänä naimisiinmenoa ennen lapsen syntymää. Miehet pitivät lapsen saamista suurempana sitoutumisena kuin naimisiinmenoa. Sekä naisten, että miesten oli vaikea määritellä ajallisesti sopivaa seurustelu-aikaa ennen lapsen saamista. Useamman vuoden seurustelua pidettiin kuitenkin tarpeellisena.

Ketokivi tuo tutkimuksessaan esille käsitteen pidentynyt nuoruus. Pidentyneeseen nuoruuteen sisältyy keskeisesti vapauden tunne. Alle 30-vuotiaita korkeasti koulutettuja

naisia ja miehiä ei houkuttele perheen perustaminen, koska vapautta pidetään itsestään selvänä myönteisenä asiana heidän elämäntilanteessaan. (Ketokivi 2002, 112.) Haastattelemamme naiset sekä miehet toivoivat arkielämän olevan kaikin puolin tasapainoista ja kumppanin kanssa haluttiin viettää vapaata nuoruutta ennen lapsen saamista. Ketokivi ottaa tutkimuksessaan esille myös pelon perheen perustamisesta. Epävarmuus onnistumisesta vanhempana siirtää lastenhankintaa myöhemmälle iälle. (Ketokivi 2002, 115-116.) Naisilla nousi lisäksi esille pelko äidin roolissa onnistumisessa. Koettiin, että äidiksi tulo edellyttää tiettyä henkistä kypsyyttä. Miehet sen sijaan eivät tuoneet ilmi, että isyys edellyttäisi henkistä kasvua.

Haastattelemamme naiset kokivat ongelmalliseksi, että lisääntymisterveyteen liittyvä neuvonta ei tavoita miehiä. Miesten toivottiin olevan enemmän mukana vastaanotolla ehkäisyasioita suunniteltaessa, jotta neuvonta tavoittaisi myös miehet. Kuitenkin miehet olivat naisten kanssa samaa mieltä, että lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa pitäisi antaa enemmän, koska yhteiskunta kannustaa hankkimaan lapsia naisen hedelmällisyytiän loppupäässä. Lapsettomuuden ennaltaehkäisyn ja muiden ongelmien kannalta on tärkeää antaa tietoa myös iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja iän tuomista riskeistä raskauteen. Näin voidaan ennalta ehkäistä mahdollista tahatonta lapsettomuutta. (Kokko & Virtala 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 131.) Huonolla seksuaali- ja lisääntymisterveyden tietotasolla voi olla vakavia pitkänaikavälin vaikutuksia kuten lapsettomuutta (Medical Foundation for AIDS & Sexual Health 2005, 3, 43).

Biologinen hedelmällisyys heikkenee naisilla nopeasti 30. ikävuoden jälkeen ja näin ollen ikääntyessä lapsettomuusongelmat lisääntyvät (Anttila 2002). Naisopiskelijoilla oli realistinen käsitys naisten hedelmällisyytiästään. Heidän näkemyksensä mukaan se on parhaimmillaan 20 ikävuoden tuntumassa ja alenee 30 ikävuodesta eteenpäin. Osa miesopiskelijoista sen sijaan katsoi naisen hedelmällisyytiän jatkuvan teinivuosista aina vaihdevuosiin asti. He uskoivat lisäksi seksuaalisen vietin olevan korkeimmillaan 30 ikävuoden tuntumassa ja tällöin naisen hedelmällisyyden olevan parhaimmillaan. Suomi oli 1990-luvun alussa nuorten seksuaaliterveyden mallimaa. Laman seurauksena tilanne kuitenkin huononi, sillä monia ennaltaehkäiseviä palveluja kuten terveystiedon opetusta supistettiin. (Väestöliitto 2008, 8.) Tämä saattaa osaltaan vaikuttaa haastattelemiemme miesten tietämykseen lisääntymisterveydestään. Koululakimuutoksen myötä terveystiedosta on nykyään taas tullut itsenäinen oppiaine peruskouluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002, 49).

Miesopiskelijoiden keskuudessa tuli esille, että käsitykset naisen hedelmällisyytiästä pohjautuivat median kuten tv-sarjojen ja sanomalehtien antamaan kuvaan. Lisäksi miehet kertoivat tiedon seksuaaliasioista tulevan myös internetistä pornon kautta. Sen sijaan naiset eivät maininneet median vaikuttavan heidän tietämykseensä. Terveysneuvontaan uusia haasteita tuo erilaisen tiedon nopea lisääntyminen ja aiempaa parempi saatavuus. Terveystenhoillon ammattilaisten antamalla neuvonnalla on edelleen suuri painoarvo, mutta sen rinnalle on noussut myös muut tiedonlähteet. (Vertio 2003.) Mediamaailmasta välittyvä kuva muokkaa ja värittää monien käsitystä seksuaalisuudesta (Kokko & Virtala 2008).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2007–2011 mukaan erilaisten neuvontapalveluiden tarve on kasvussa. Tavoitteellista on myös asianmukaisen neuvonnan avulla lisätä nuorten ja aikuisten tietämystä lapsettomuuden taustalla olevista syistä ja riskitekijöistä sekä riskien ehkäisystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 33, 58.) Naiset kokivat lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan tärkeäksi. Heidän mielestään Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön parisuhdeoppaan perhesuunnittelusivut ovat realistiset ja kannustavat. Naiset toivoivat kuitenkin enemmän tietoa raskaudesta ja sen kulusta. Miesten näkemys parisuhdeoppaasta oli negatiivisempi kuin naisten. Miehet pitivät opasta pintapuolisena ja jopa ahdistavana. Heidän mielestään oppaassa painostettiin liikaa lastenhankintaan. Miehet toivoivat oppaassa olevan varsinaisen terveysneuvonnan lisäksi perheellisen opiskelijan etuuksista. Lisääntymisterveyteen liittyvää terveysneuvontaa toivottiin saavan oppaan lisäksi kasvokkain kuten vastaanotolla tai aihetta käsittelevissä tilaisuuksissa.

Terveyden edistämistoimintaa toteutetaan opiskeluterveydenhuollossa erilaisin tavoin kuten paikallisten opiskeluhuoltoryhmien kautta, osallistumalla asiantuntijana opiskelijan terveyteen vaikuttaviin työryhmiin, tuottamalla ja levittämällä kirjallisessa ja sähköisessä muodossa olevaa terveyden edistämismateriaalia, suorittamalla yksilöllisiä terveystarkastuksia ja järjestämällä terveyden edistämiseen liittyvää ryhmätoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 88-89.) Näin myös haastateltavat opiskelijat toivoivat järjestettävän perhesuunnitteluun liittyviä tilaisuuksia, joissa saisi asiantuntevaa neuvontaa asian ollessa ajankohtainen. Terveystenhoillon henkilöstön toivottiin lisäksi jalkautuvan enemmän opiskelijoiden keskuuteen, jolloin neuvonta tavoittaisi kaikki opiskelijat.

Opinnäytetyössämme käy ilmi, että yliopisto-opiskelu useimmiten siirtää lasten hankintaa hedelmällisyytensä loppupäähän. Tähän vaikuttavat edellä käsittelemämme syyt: taloudellinen tilanne, parisuhde, vapaa nuoruus, opintojen keskeneräisyys ja uran luominen. Osaltaan lasten hankintaa saattaa siirtää miesten osalta myös tietämättömyys naisten hedelmällisyydestä. Naiset sen sijaan suhtautuivat positiivisemmin lasten hankintaan opiskeluaikana.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyössämme nousi esille lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvä terveysneuvonnan tarve. Jatkossa voisi tutkia, millä tavalla opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajat ja lääkärit ottavat lisääntymisterveyteen ja perhesuunnitteluun liittyviä asioita esille vastaanotoillaan sekä ottavatko opiskelijat itse puheeksi lasten hankintaan liittyviä kysymyksiä. Lisäksi voisi selvittää, millä keinoilla pystyttäisiin vaikuttamaan lasten hankkimiseen aikaisemmin.

Käsittelemäämme aihetta on tutkittu tähän mennessä lähinnä yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa. Lisäksi voisi jatkossa tehdä samantapaisen tutkimuksen opiskeluterveydenhuollossa ammattikorkeakoululaisille ja vertailla heidän tietämystä ja asenteita perhesuunnitteluun liittyvistä asioista. Vertailua voisi suorittaa myös eri koulutusohjelmien välillä niin yliopistossa kuin ammattikorkeakoulussa.

9 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme kehittämistehtäväksi muodostui artikkeli (liite 2) Terveystoimittajalehteen. Katsoimme aiheen sopivaksi tulevaan teemanumeroon, joka käsittelee seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Laadimme artikkelin Terveystoimittajalehden antamien kirjoitusohjeiden mukaisesti.

Tavoitteena on näin laajentaa terveydenhoitajien näkökulmaa lisääntymisterveyden edistämisestä opiskeluterveydenhuollossa. Tarkoituksena on tuoda esille opiskelijoiden näkökulmasta opiskelun ja lasten hankinnan problematiikkaa. Lisäksi haluamme tuoda esille lisääntymisterveyden edistämiseen liittyvän neuvonnan tarvetta.

LÄHTEET

- Anttila, L. 2002. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. *Doudecim* 118 (5), 527-30.
- Astila, P. 1998. Terveydenhoitajien työmallit perhesuunnittelussa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos. Pro gradu –tutkielma.
- Bentsley, G. R. & Maschie-Taylor, C. G. N. 2001. *Infertility in the Modern World. Present and Future Prospects*. Cambridge University Press.
- de La Rochebrochard, E. & Thonneau, P. 2002. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Human Reproduction* 17 (6), 1649-1656.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, K & Hytönen, E. 1998. *Naisen elämä ja hoitotyö*. Porvoo: WSOY.
- Gissler, M. & Heino, A. 2009. Hedelmöityshoidot 2007-2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 21.8.2009.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr04_09.pdf.
- Gissler, M., Klemetti, R., Lammi-Taskula, J. & Miettinen, A. 2009. Lastenhankinnan lykkääminen. Teoksessa Lammi-Taskula, J., Karvonen, S. & Ahlström S. (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2009*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 70-77. Luettu 14.12.2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0e6f5676-9ccf-4490-8496-45c7b3acce5f>.
- Hartikainen, A-L., Tuomivaara, L., Puistola, U. & Lang, L. 1995. *Koko nainen. Raskaus, seksi, sairaudet*. Helsinki: WSOY.
- Ihme, A & Rainto, S. 2008. *Naisen terveys*. Helsinki: Edita.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Karisto, A., Takala, P. & Haapola, I. 1999. *Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa*. Juva: WSOY.
- Kela. 2009. *Lapsiperheelle. Perheen etuudet lapsen syntyessä ja kasvaessa*. Luettu 12.09.2009.
[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/lapsiperhe_verkko/\\$File/Lapsiperhe_verkko.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/alias/lapsiperhe_verkko/$File/Lapsiperhe_verkko.pdf?OpenElement).
- Ketokivi, K. 2002. *Vapauden lumo ja vastuun taakka. Perheen perustaminen pidentyneen nuoruuden kulttuurissa*. Helsingin yliopisto. Sosiologian laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Klemetti, R. 2003. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa Luoto, R. Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 113-125.

- Kokko, M & Virtala A. 2008. Nettipornosta arkiseen seksiin – opiskelija tarvitsee monipuolista tietoa. Suomen Lääkärilehti. 64 (34), 2694-2697.
- Kontula, O. 2004. Perhepolitiikka käännekohdassa. Perhebarometri 2004. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos E18/2004.
- Koponen, P. & Luoto, R. 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitos. Terveysten ja toimintakyvyn osasto. Helsinki. Luettu 11.11.2009. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf>.
- Koskimies, A. 2004. Hedelmällinen rakkaus -toiveena lapsi. Helsinki: Tammi.
- Kosunen, E. 2006. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Stakes. Työpapereita 5/2006. Helsinki. Luettu 7.12.2009. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/Tp5-2006.pdf>
- Kunttu, K. & Huttunen, T. 2009. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Yliopilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45.
- Lottes, I. & Mäkelä, M. 2000. Highlights of Reproductive Health in Finland. Teoksessa Lottes, I. & Kontula, O. New Views on Sexual Health. The Case of Finland. The Population Research Institute, 57-69.
- Louhio, K. 2005. Naisten halukkuus hankkia lapsia ja raskaushistorian yhteys lapsenhankintapäätökseen. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Lääketieteen termit. 2009. Duodecim. Luettu 6.9.2009. http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.
- Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. 2005. Recommended standards for sexual health services. Luettu 25.1.2010. http://www.medfash.org.uk/publications/documents/Recommended_standards_for_sexual_health_services.pdf.
- Miettinen, A. & Rotkirch, A. 2008. Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet. Perhebarometri 2008. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos E 34/2008.
- Nissinen, E. 2006. Outo lintu opiskelijana ja perheellisenä. Perheellisen korkeakouluopiskelijan ja hänen perheensä ongelmia toimeentuloturvasa. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden- ja filosofian laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Paajanen, P. 2002. Saako haikara tulla käymään? Suomalaisten lastenhankinnan ihanteet ja todellisuus. Perhebarometri 2002. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos E 14/2002.
- Paajanen, P. 2005. Eri teitä vanhemmuuteen – kaksikymppisinä ja kolmekymppisinä lapsen saaneiden näkemyksiä perheellistymisestä ja vanhemmuudesta. Perhebarometri 2005. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos E 21/2005.
- Pötsönen, R. & Pennanen, P. 1998. Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Pötsönen, R. & Välimaa, R. (toim.) Ryhmähaastattelu

laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998, 1-18.

Rimpelä, M. & Ritamo, M. 1995. Perhesuunnittelua vuoteen 2000 kehittämishankkeen tavoitteet ja sisältö. Suomen Lääkärilehti. 50 (8), 907.

Ritamies, M. 2006. Sinappikylvystä ehkäisytablettiin. Suomalaisen perhesuunnittelun historia. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 44/2006.

Sihvo, S. & Koponen, P. 1998. Haasteena Lisääntymisterveys. Teoksessa Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes. Raportteja 220, 109-114.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006a. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Perhepolitiikka Suomessa. Luettu 11.9.2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7153.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. toimintaohjelma 2007-2011. Julkaisusarja 2007:17.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille.

Suomen Akatemia. 2003. Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet. Luettu 17.5.2010. <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit. Tilastoraportti 15/2009. Luettu 10.12.2009. http://www.stakes.fi/tilastot/raskaudenkeskeytykset/Tr15_09.pdf.

Tilastokeskus. 2008. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007. Luettu 1.11.2009. http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/synnyttajat_teksti.htm.

Tilastokeskus. 2009a. Kokonaishedelmällisyysluku 1900-2008. Luettu 21.8.2009. http://www.stat.fi/til/synt/2008/synt_2008_2009-04-22_kuv_002_fi.html.

Tilastokeskus. 2009b. Syntyneiden määrä kasvoi. Luettu 21.8.2009. http://www.stat.fi/til/synt/2008/synt_2008_2009-04-22_tie_001_fi.html.

Tilastokeskus. 2010. Syntyvyys korkein 40 vuoteen. Luettu 23.8.2010. http://www.tilastokeskus.fi/til/synt/2009/synt_2009_2010-04-15_tie_001_fi.html.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

- Tydén, T., Svanberg, A., Karlström, P-O., Lihoff, L. & Lampic, C. 2006. Female university students' attitudes to future motherhood and their understanding about fertility. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 11 (3), 181-189.
- Vertio, H. 2003. Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa Koskevu, K. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. Duodecim. Luettu 5.12.2009.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00146&p_teos=seh&p_selaus=2210.
- Virtala, A. 2007. Family planning among university students in Finland. Tampereen yliopisto. *Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja*.
- Virtala, A. & Kunttu, K. 2006. Jäävätkö yliopisto-opiskelijoiden toiveet lasten saamisesta haaveeksi? *Suomen Lääkärilehti*. 61 (1-2), 27-32.
- Väestöliitto. 2007. Perhe kannattaa. Väestöliiton perhepoliittinen ohjelma. Luettu 1.12.2009. http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/231273/PP-ohjelma_netiversio.pdf.
- Väestöliitto. 2008. Puhutaan seksuaalisuudesta – nuori vastaanotolla. Helsinki: Priimus paino Oy.
- WHO. 2001. Regional Strategy on Sexual and Reproductive health. Copenhagen. Luettu 7.12.2009. <http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>.
- YTHS. 2009. YTHS lyhyesti. Luettu 15.12.2009.
<http://www.yths.fi/netcomm/default.asp?strLAN=FI>.

TERVETULOA MUKAAN HAASTATTELUUN!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Pirkanmaan ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle. Tarkoituksenamme on haastatella opiskelijoita perheen perustamiseen liittyvistä asioista. Tervetulleita ovat kaikki opiskelijat: ei siis ole merkitystä, elätkö parisuhteessa tai onko sinulla lapsia.

Tarvitsemme haastatteluun kahdeksan nais- sekä miesopiskelijaa. Haastattelu tapahtuu ryhmässä – naiset ja miehet omissaan. Haastattelu käydään keskustelun muodossa. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan (ei videointia) ja haastattelusta saatuja tietoja käydään anonyymisti läpi, kenenkään henkilöllisyys ei paljastu. Opinnäytetyössämme noudatamme hyvän tutkimuskäytännön periaatteita. Ryhmähaastattelut suoritetaan YTHS:n tiloissa Kalevantiellä.

Ryhmähaastattelut järjestetään maanantaina 23.11.2009, osoite: YTHS, Kalevantie 3 Tampere, kokoushuone (0 krs. pääovesta rappuset alas)

Naisten ryhmä klo 13.00

Miesten ryhmä klo 14.30

Haastatteluun menee kaikkiaan noin tunti.

Kiitokseksi osallistumisesta YTHS tarjoaa osallistujille kahvia ja pientä purtavaa!

Sitovat ilmoittautumiset pyydämme lähettämään sähköpostilla viimeistään 16.11.2009 mennessä osoitteeseen eeva.kiiskinen@piramk.fi

Ystävällisin terveisin Eeva Kiiskinen ja Mari Pekkanen

TAUSTATIETOKAAVAKE

Ikä: _____

Sukupuoli: Nainen _____
Mies _____Siviilisääty: Ei parisuhteessa _____
Parisuhteessa _____
Avoliitossa _____
Avioliitossa _____Onko sinulla lapsia? Kyllä _____ , montako? _____, minkä ikäisiä? _____
Ei _____

Missä vaiheessa opiskelusi ovat? _____

ARTIKKELI TERVEYDENHOITAJALEHTEEN

Eeva Kiiskinen ja Mari Pekkanen, terveydenhoitajaopiskelijat, Tampereen ammattikorkeakoulu

MIHIN EKSYY HAIKARA? TAMPERELAISTEN YLIOPISTO-OPISKELIJOIDEN MIETTEITÄ PERHEEN PERUSTAMISESTA

Yliopisto-opiskelijat ovat ihanteellisessa lastensaanti-iässä, mutta heillä on muuhun suomalaiseen samanikäiseen väestöön verrattuna harvemmin lapsia. Lapsia halutaan saatavan opintojen loputtua noin 30 ikävuoden tienoilla. (Virtala 2007, 13.) Biologinen hedelmällisyys heikkenee naisilla nopeasti 30. ikävuoden jälkeen ja näin ollen ikääntyessä lapsettomuusongelmat lisääntyvät (Anttila 2002). Lasten hankkiminen vasta hedelmällisyytiensä loppupäässä näkyy hedelmöityshoidojen kasvuna. Hedelmöityshoidot 2007-2008 –raportin mukaan Suomessa aloitettiin 7,2 hedelmöityshoitokertaa tuhatta hedelmällisyysikäistä naista kohti vuonna 2008. (Gissler, Heino 2009, 2.) Ensisynnyttäjien iän nousu asettaa uusia haasteita myös äitiyshuollolle, sillä raskauskomplikaatioita esiintyy enemmän vanhemmilla naisilla (Lottes & Mäkelä 2000, 64). Vanhemmalle iälle siirtyvä lasten hankinta saattaa muodostua ongelmaksi niin raskaaksi tulemiselle kuin naisen ja lapsen terveydellekin (Virtala & Kunttu, 2006).

Perhesuunnittelulla on myös keskeinen rooli Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä. Ehkäisyasiat ovat olleet suurin yksittäinen vastaanottokäynnin tarkoitus viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. Vuonna 2005 12 % vastaanottokäynneistä liittyi ehkäisyyn. (Virtala 2007, 62-63.) Lapsettomuuden ennaltaehkäisyyn ja muiden ongelmien kannalta on tärkeää antaa tietoa myös iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja iän tuomista riskeistä raskauteen. Näin voidaan ennalta ehkäistä mahdollista tahatonta lapsettomuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 131.)

Opinnäytetyömme aihe muotoutui perhesuunnitteluteeman ympärille. Aihe on ennen kaikkea ajankohtainen ja toive työhömme lähti Tampereen toimipisteen Ylioppilaiden

(jatkuu)

terveydenhoitosäätiön toimesta. Työmme tarkoituksena oli selvittää yliopisto-opiskelijoille suunnatun ryhmähaastattelun avulla heidän tietämystään ja asenteitaan perhesuunnitteluun liittyvistä asioista. Ryhmähaastattelua varten muodostimme kaksi ryhmää; naisille ja miehille omansa

Tietämys naisen hedelmällisyydestä

Tulostemme mukaan nais- ja miesopiskelijoiden näkemykset naisen hedelmällisyydestä ovat erilaiset. Naisopiskelijoiden mukaan parhain ikä hedelmällisyyden kannalta on 20 ikävuoden tienoilla ja hedelmällisyys alenee 30 ikävuodesta eteenpäin. Osa miesopiskelijoista puolestaan uskoo naisen hedelmällisyyden jatkuvan 45 ikävuoteen asti, kun taas toisten näkemykset hedelmällisyydestä ovat samankaltaisia naisten kanssa. Seksuaalisen vietin uskottiin olevan naisilla korkeimmillaan 30 ikävuoden tuntumassa, jonka vuoksi hedelmällisyysikä olisi silloin parhaimmillaan. Miehet uskovat tietämyksensä naisen hedelmällisyydestä pohjautuvan paljolti median antamaan kuvaan. Se, että 1990-luvun lama supisti monia ennaltaehkäiseviä palveluja kuten terveystiedon opetusta, saattaa osaltaan vaikuttaa haastattelemiemme miesten tietämykseen lisääntymisterveydestä. Koululakimuutoksen myötä terveystiedosta on nykyään taas tullut itsenäinen oppiaine peruskouluissa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes 2002, 49).

Asenteet perheen perustamista kohtaan

Kaikki haastateltavat toivovat joskus saavansa lapsia. Kahdesta kolmeen lasta pidetään ihanteellisimpana lapsilukuna ja naiset ovat halukkaita saamaan toisen lapsen nopeammin ensimmäisen lapsen jälkeen kuin miehet. Yllätysraskauden sattuessa kaikki olisivat valmiita pitämään lapsen, mutta sopivimpana ikänä tulla äidiksi pidetään 25–30-vuotta ja isäksi 25–32-vuotta. Useamman vuoden seurustelua pidetään tarpeellisena, mutta naimisiinmenoa ennen lapsen syntymää ei pidetty välttämättömänä. Hankalaksi koetaan sekä äitiys- että isyysloman pitäminen opiskeluaikana.

(jatkuu)

Tärkeimmät edellytykset lasten saamiselle

Naisten sekä miesten ajatukset tärkeimmistä edellytyksistä lasten saannille ovat samansuuntaisia. Tärkeimpinä edellytyksinä lapsen saannille pidetään hyvää parisuhdetta ja tasapainoista arkea. Lisäksi haluttiin viettää nuoruutta ennen lapsen syntymää. Myös taloudellisen tilanteen halutaan olevan vakaa ja opinnot toivotaan saatavan päätökseen. Naiset kokevat tärkeänä myös henkisen kasvun onnistuakseen äidin roolissa.

Terveysneuvonta lisääntymisterveyden edistämisen kannalta

Nais- ja miesopiskelijat kokevat lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan tärkeäksi. Heidän näkemyksen mukaan neuvonta ei kuitenkaan useimmiten tavoita miehiä ja näin ollen miesten tietotaso on alhaisempi kuin naisten. Lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan kehittämistä pidetään tärkeänä. Haastateltavat opiskelijat toivoivat järjestettävän perhesuunnitteluun liittyviä tilaisuuksia, joissa saisi asiantuntevaa neuvontaa asian ollessa ajankohtainen. Terveystieteiden henkilöstön toivottiin lisäksi jalkautuvan enemmän opiskelijoiden keskuuteen, jolloin neuvonta tavoittaisi kaikki opiskelijat.

Yhteenvetona

Opinnäytetyössämme käy ilmi, että yliopisto-opiskelu useimmiten saattaa siirtää lasten hankintaa hedelmällisyyksiän loppupäähän. Tähän vaikuttavat edellä käsittelemämme syyt: taloudellinen tilanne, parisuhde, vapaa nuoruus, opintojen keskeneräisyys ja uran luominen. Osaltaan lasten hankintaa saattaa siirtää miesten osalta myös tietämättömyys naisten hedelmällisyydestä. Sen sijaan naiset suhtautuivat positiivisemmin lasten hankintaan opiskeluaikana.

YLIOPPILAIKEN TERVEYDENHOITOSÄÄTIÖ. 2008. PARISUHDEOPAS OPISKELIJOILLE, 75 - 81.

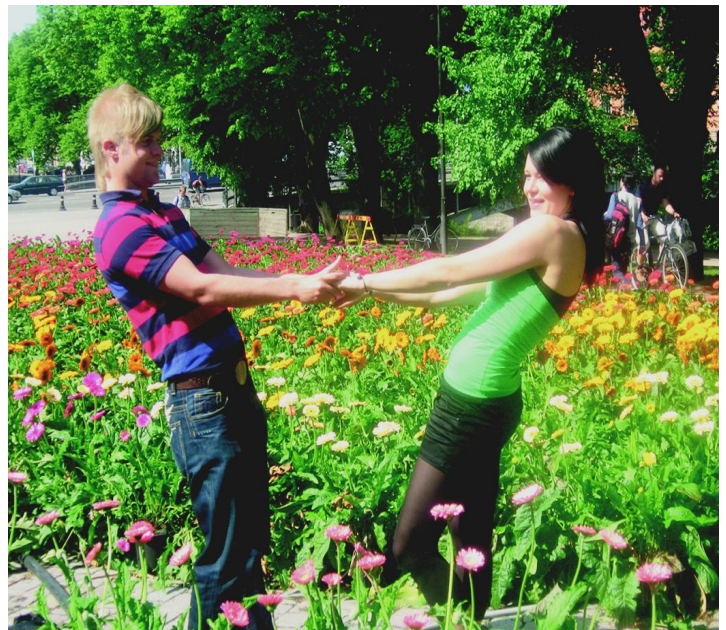
6. Perhesuunnittelu

**Perheen perustaminen
opiskeluaikana**

Keskenmeno

Ehkäisy

**Suunnittelematon
raskaus**



(jatkuu)

Perhesuunnittelu

Perheen perustaminen opiskeluaikana

Vuonna 2004 tehdyn yliopisto-opiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan vain 7,5 %:lla opiskelijoista oli lapsia. Luku on neljäsosa vastaavan ikäisen suomalaisväestön luvusta. Yllättävää oli, että lapset eivät hidastaneet opintojen etenemistä eivätkä opiskelijavanhemmat kokeneet olevansa lapsettomia opiskelijoita taloudellisesti heikommassa asemassa. Lähes 90% opiskelijoista toivoi saavansa lapsia joskus tulevaisuudessa. Enemmistön toiveissa oli kaksi lasta, mutta yli kolmasosa toivoi kolmea tai useampaa. Useimmat suunnittelivat saavansa ensimmäisen lapsensa noin 30-vuotiaana, valmistumisen jälkeen.

Aikaisemmin on korostettu raskauden ehkäisyn tärkeyttä, kun on haluttu välttää liian nuorena raskaaksi tulemistä. Valistus on ainakin korkeasti koulutetuilla mennyt hyvin perille. Vähemmän huomiota on kiinnitetty siihen, mitä mahdollisia ongelmia tulee, jos raskaus siirtyy myöhemmälle iälle. Näiden ongelmien suhteen erityisesti yliopisto-opiskelijat ovat riskiryhmässä, koska Suomessa he ovat vanhempia kuin monessa muussa Euroopan maassa.

Opiskelujen aikana lapsettomuuden valinta on monelle itsestäänselvyys. Hyvät raskauden ehkäisymahdollisuudet tässä ikävaiheessa voivat aiheuttaa sellaisen harhaluulon, että raskaus onnistuu missä iässä tahansa. Naisen hedelmällisyys vähenee kuitenkin selvästi jo 30 ikävuoden ja nopeasti 35 ikävuoden jälkeen. Yli 40-vuotiaan hedelmällisyys on jo alhainen ja raskaaksi tulemisen mahdollisuus on pieni. Yksilölliset erot ovat kuitenkin suuria.

Koska hedelmällisyys laskee naisen iän mukaan, hedelmöityshoitojen tarve nousee naisen ikääntyessä. Hoidot eivät välttämättä ole ratkaisu lapsen hankinnan lykkäämisestä aiheutuneeseen lapsettomuuteen, sillä yksittäisen hoitojakson onnistumismahdollisuus on pieni ja heikkenee naisen iän myötä. Mitä vanhempi nainen, sitä huonompi on hoitojen onnistumismahdollisuus.

Suurin osa hedelmöityshoitojen tuloksina syntyneistä lapsista on terveitä, mutta hoitoihin liittyy myös terveystriskejä sekä äidille että lapselle.

(jatkuu)

Synnytysiän kasvaessa lisääntyvät sikiökuolleisuus ja vastasyntyneiden kuolleisuus sekä ennenaikaisten synnytysten ja pienipainoisten lasten määrä. Lapsen synnynnäiset anomaliat ja geenivirheet ovat myös yhteydessä synnyttäjän korkeampaan ikään. Varsinkin ensimmäisen lapsensa vanhana saaneilla on useammin raskauden aikaista diabetesta, raskausmyrkytyksiä, kesken-menoja, keisarinleikkauksia ja synnytyskomplikaatioita.

Ne opiskelijat, jotka ovat saaneet lapsensa jo opiskelujen aikana, ovat yleensä tyytyväisiä ratkaisunsa. Jotta useampi voisi valita lapsensaamisen iässä, jossa se onnistuu parhaiten, opiskelun ja perheen yhteensovittamista tulisi parantaa sekä asenteiden että käytännön tasolla. Olisi muistettava, että uran luominen ja opiskelu ovat yleensä mahdollista myöhemmällä iällä, mutta naiset eivät voi siirtää lasten saamista määrättömästi.



Moni tuttu kauhisteli, miten jaksan yhdistää opiskelun ja perhe-elämän. Huomasin kuitenkin, että opiskelumotivaationi ja -tehoni vain parani lapsen saamisen jälkeen. Perhe-elämä ja opiskelu olivat hyvää vastapainoa toisilleen. Opin organisoimaan aikani paremmin ja minulla oli paljon enemmän aikaa lapselleni kuin vaikkapa työssä käyvillä ystävilläni. Muu opiskelijaelämä ehkä kärsi hieman, mutta toisaalta nautin myös bileistä toisella lailla silloin, kun ehdin niissä käydä.

Keskenmeno

Keskenmenolla tarkoitetaan raskautta, joka päättyy ennen 20. raskausviikkoa, tai raskautta, jossa kuollut sikiö painaa alle 500 grammaa. Mikäli keskenmenoja on ollut kolme tai useampia, puhutaan toistuvista keskenmenoista. On tärkeä saada asiantuntijalta tietoa keskenmenon syistä ja seuraavan raskauden onnistumisen mahdollisuudesta. Parisuhde joutuu usein koetukselle, jos raskaus toisensa jälkeen päättyy keskenmenoon. Toistuessaan keskenmenot voivat vaikuttaa itsetuntoon, minäkuvaan ja seksuaaliseen minäkuvaan. Keskenmenon herättämistä surun ja pettymyksen tunteista on tärkeä voida riittävästi puhua läheisten kanssa, tarpeen tullen myös ulkopuoliselle ammattiauttajalle.

Keskenmenosta puhuminen poikaystävän kanssa on vaikeaa. Tiedän, että hänkin suree, vaikei hän haluakaan puhua. Keskenmenot ovat vaikuttaneet seksielämäämme, siitä on mennyt kaikki hohto. Sitä vain laskee kalenterin avulla, koska kannattaa rakastella ja siitä on hekuma aika kaukana. Ystäville puhuminen on minulle vaikeaa, koska he ovat niin eri tilanteessa. Heidän on vaikea tajuta, että suren vauvan menetystä ihan oikeasti. Osa ystäväistäni ei vielä halua lasta ja heidän on siksi vaikea eläytyä suruuni. Osa taas odottaa lasta tai on juuri saanut vauvan. Minun on hyvin vaikea iloita heidän onnestaan, eivätkä hekään tiedä, mitä sanoa minulle. Usein pahoitan mieleni toisten kommentteista, vaikka toki ymmärrän, ettei oikeita sanoja edes ole.

Ehkäisy

Raskauden ehkäisyn tarkoitus on estää raskaaksi tuleminen. Vastuu ehkäisystä kuuluu molemmille osapuolille. Mieskin voi tulla mukaan lääkärin vastaanotolle, jonka aikana keskustellaan ja valitaan sopiva ehkäisy. Ehkäisyä tulee käyttää, ellei halua tulla raskaaksi, sillä raskaus voi alkaa jo ensimmäisestä yhdynnästä.

Jokainen ehkäisynkäyttäjä on erilainen, eivätkä kaikki ehkäisymenetelmät sovi kaikille. Vaihtoehtoja on onneksi runsaasti ja siksi jokaiselle yleensä löytyy jokin sopiva ja luonteva ehkäisymenetelmä. Hormonaalisia ehkäisymenetelmiä ovat yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrenkas ja ehkäisyalaastari. Keltarauhashormonivalmisteita ovat ehkäisyinjektio, ehkäisysauva eli implantantti ja minipillerit.

Raskaus voidaan estää kierukkaehkäisyllä, joita on kupari- ja hormonikierukka. Estemenetelmillä estetään siittiöiden pääsy kohtuun joko mekaanisesti tai kemiallisesti. Näitä menetelmiä ovat kondomi, pessaari, miehen ja naisen sterilisaatio sekä ehkäisypuikko. Kondomi on ainoa ehkäisymenetelmä, joka suojaa oikein käytettynä sukupuoliteitse tarttuvilta taudeilta.

Jos et ole tyytyväinen käytössä olevaan ehkäisyyn, siitä kannattaa puhua lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa. Jos et halua kuukautisia joka kuukausi, voit kysyä miten se on mahdollista.

Kun ehkäisy on unohtunut tai kondomi mennyt rikki tai luiskahtanut pois paikaltaan, kannattaa käyttää jälkieskäisyä, ellei suunnitelmassa ole raskaus. Jälkieskäisyn käyttö on suositeltavampi vaihtoehto kuin abortti. Jälkieskäisytabletit tulee ottaa mahdollisimman pian yhdynnän jälkeen. Niitä saa apteekista ilman reseptiä. Jälkieskäisy ei kuitenkaan ole pitemmän päälle suositeltava ehkäisykeino, koska sen ehkäisyteho on huonompi kuin jatkuvasti käytettävien ehkäisytablettien. Jos tulee raskaaksi jälkieskäisyn käytöstä huolimatta, siitä ei ole haittaa sikiölle, eikä raskautta tarvitse sen takia keskeyttää.

Suunnittelematon raskaus

Ihmisen käyttäytyminen ei aina ole rationaalista. Vaikka opiskelijat ovat hyvin tietoisia raskauden ehkäisystä, he voivat kuitenkin jättää ehkäisyn joskus käyttämättä, ja seurauksena on suunnittelematon raskauden alkaminen. Voi myös varovasti kysyä, olisiko sittenkin taustalla alitajuinen toive tulla raskaaksi? Sinänsä se ei olisi ihme – ovathan opiskelijat hedelmällisimmässä iässään. Usein on niinkin, että ihminen sekä toivoo että pelkää samaa asiaa. Parisuhteessa elävien on suositeltavaa jo etukäteen keskustella siitä, missä vaiheessa lapsia toivotaan tai mitä tehdään, jos raskaus alkaisi yllättäen. Asia on mutkikkaampi, jos raskaus alkaa tilapäisestä suhteesta.

Jos raskaus on alkanut yllättäen, on hyvä tiedostaa, että monet ovat kokeneet saman tilanteen aikaisemmin. On selvää, että aluksi tulevat voimakaat tunteet: suuttumus, pelko, hämmennys, ehkä häpeääkin. On syytä miettiä kaikessa rauhassa, mitä aikoo tehdä. Pariskunnalla on kaksi mahdollisuutta: raskauden jatkaminen tai raskauden keskeytys. On hyvä keskustella asiasta myös muiden läheisien kanssa. Omat tunteet, toiveet ja pitkän tähtäimen suunnitelmat on hyvä käsitellä rehellisesti. Kannattaa muistaa, että raskauden alkaminen on ihme, vain pieni osa yhdynnöistä johtaa hedelmöittymiseen ja munasolun kiinnittymiseen kohdun limakalvolle. Jos antaa raskauden jatkua, ei ole varmaa, että raskaus jatkuu lapsen syntymiseen asti. Varsinkin alkuraskauden keskenmenot ovat yleisiä.

Odottavista perheistä pidetään Suomessa hyvää huolta. Kun päätös raskauden jatkumisen puolesta on tehty, on syytä hakeutua lähimpään neuvolaan, ensin terveydenhoitajalle ja sitten lääkärille. On hyvä muistaa, että yhdeksän odotuskuukauden aikana on aikaa kasvaa vanhemmuuteen. Vanhemmaksi kelpaa ihan tavallinen ihminen, eikä olosuhteiden tarvitse olla täy-

(jatkuu)

dellisiä. Jos ei kuitenkaan halua tai ei ole mahdollisuutta pitää lasta, voi harkita lapsen antamista adoptoitavaksi. Monet lapsettomat parit odottavat saadakseen adoptiolapsen. Näin suurta päätöstä on kuitenkin syytä pohtia myös ulkopuolisen kanssa.

Opintojen keskeneräisyys ja tunne omasta kypsymättömyydestä vanhemmuuteen voivat kallistaa vaakaa raskauden keskeyttämisen puolelle. Suurin osa Suomessa tehtävistä raskaudenkeskeytyksistä tehdäänkin sosiaalisista syistä.

Raskauden keskeyttämisspätöstä on tärkeää miettiä yhdessä partnerin tai muun ihmisen kanssa. On keskusteltava rehellisesti molempien tunteista ja toiveista. Kumpaakaan ei saisi painostaa. Kun hakeutuu lääkäriin hakemaan aborttilausuntoa, olisi molempien hyvä olla mukana, jotta voidaan rauhassa keskustella, mikä puhuu raskaudenkeskeytyksen puolesta ja mikä sitä vastaan. Jos päätöksentekovaiheessa tai raskauden keskeytyksen jälkeen tarvitsee tukea, kannattaa hakeutua terveydenhoitajan tai psykologin vastaanotolle. Yleensä ne, jotka ovat pohtineet asian mahdollisimman monipuolisesti ennen ratkaisuaan, eivät joudu jälkikäteen murehtimaan.