

RASKAUDEN EHKÄISYN KÄYTÖN JATKUVUUS 13-17-VUOTIAILLA TYTÖILLÄ

Anu Pakkanen

Terveyskasvatuksen Pro gradu –
tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Kevät 2013

TIIVISTELMÄ

Anu Pakkanen

Raskauden ehkäisyn käytön jatkuvuus 13-17-vuotiailla tytöillä

Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos

Kevät 2013

Sivuja:43, liitteitä:3

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyttöjen raskauden ehkäisyn käytön jatkuvuutta. Tutkimuksessa selvitettiin kuinka moni aloittaa ja lopettaa raskauden ehkäisyn käytön tai vaihtaa ehkäisymenetelmää. Tutkittavat olivat 13-17-vuotiaita, raskauden ehkäisyn käytön aloittavia tyttöjä, jotka olivat käyneet vuosien 2006 ja 2007 aikana Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikan Nuorten Avoimien Ovien vastaanotolla (N=222). Ehkäisyn käytön jatkuvuutta seurattiin ensimmäiselle (n=189) ja toiselle (n=88) ehkäisykontrollikäynnille saapuvilta tutkittavilta. Tiedot kerättiin valmiista potilasrekisteristä ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskevaan lomakkeeseen. Kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa käytettiin prosentti- ja frekvenssijakaumia, keskiarvoja, hajontalukuja, t-testiä sekä ristiintaulukointia.

Tutkimuksen tuloksien mukaan suurin osa (98%) kontrollikäynnille osallistuneista tutkittavista aloitti raskauden ehkäisyn käytön. Ennen ensimmäistä ehkäisykontrollikäyntiä 10% käynnille osallistuneista tutkittavista oli lopettanut ehkäisyn käytön kokonaan ja yksi tutkittava oli vaihtanut ehkäisymenetelmää. Vastaavasti ennen toista ehkäisykontrollikäyntiä 11% käynnille saapuneista tutkittavista oli lopettanut ehkäisyn käytön kokonaan ja 15% käynnille osallistuneista tutkittavista oli vaihtanut käyttämään toista yhdistelmäehkäisytablettimerkkiä.

Aikaisempiin ulkomaalaisiin tutkimuksiin verrattuna ehkäisyn käytön lopettamisluvut ovat tässä aineistossa pienemmät. Tutkittavien pienen kokonaismäärän sekä toiselle ehkäisykontrollikäynnille osallistumattomien tutkittavien suuren määrä vuoksi ehkäisykäytön jatkuvuutta koskevat tiedot eivät ole yleistettävissä. Tutkimus tuo kuitenkin tärkeää tietoa Suomessa vain vähän tutkitusta aiheesta, avaa raskauden ehkäisyn jatkuvuuden käsitettä sekä esittää ehdotuksia jatkotutkimuksille, joita tarvitaan edelleen.

Avainsanat: seksuaaliterveys, tytöt, raskauden ehkäisyn käytön jatkuvuus.

ABSTRACT

Contraceptive continuation among girls aged 13 to 17

Anu Pakkanen

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Spring 2013

Pages:43, appendices:3

The purpose of this study was to describe contraceptive continuation among young girls. This study researched girls initiating and discontinuing contraception or switching contraceptive methods. The participants were 13 to 17 years old girls initiating contraception, who had visited the Sexual health clinic of the Family Federation of Finland in 2006 or 2007 (N=222). The contraceptive continuation of the participants, who took part in the first (n=189) and the second (n=88) birth control follow-up appointments, was monitored. The data was collected from an existing register onto a form concerning contraceptive continuation. The quantitative data was analyzed by percentage and frequency distribution, mean, standard deviation figures, t-test and cross tabulation.

The results show, that most (98%) of the participants, who took part in the follow-up appointments, initiated contraception. Before the first birth control follow-up appointment, ten percent of the girls, who participated in the follow up appointment, discontinued contraception and only one subject switched the method. Before the second appointment, 11% of the participants, who took part in this appointment, discontinued contraception and 15% of the girls, who participated in the follow up appointment, switched to use another combined oral contraceptive pills.

In this study contraceptive discontinuation rates are lower than those reported in previous foreign pieces of research. The limitations of this study include small sample size and a large number of subjects not taking part in the second birth control follow-up appointment, which limit the generalization of the research findings. Nonetheless, the research findings give valuable information about a topic, which is studied very little in Finland. The results open the concept of contraceptive continuation and give suggestions for further research, which is needed.

Key Words: sexual health, girls, contraceptive continuation.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN	3
2.1 Seksuaaliterveys ja –neuvonta	3
2.2 Nuorten ehkäisyn tarve ja raskauden ehkäisymenetelmät.....	5
2.3 Raskauden keskeytykset ja seksitautitartunnat	7
3 RASKAUDEN EHKÄISYN KÄYTÖN JATKAMINEN	9
3.1 Ehkäisyn käytön jatkuvuuden arviointi.....	9
3.2 Ehkäisyn käytön lopettaminen	10
3.3 Ehkäisytablettien käytön jatkuvuus	11
3.4 Kapselin, kierukan ja kondomin käytön jatkuvuus	13
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	15
5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	16
5.1 Tutkittavat henkilöt	16
5.2 Aineiston kerääminen	16
5.3 Tutkimuksen analyysimenetelmät	17
6 TULOKSET	20
6.1 Aineiston kuvaus	20
6.2 Ehkäisykontrollikäynnit.....	22
6.3 Ehkäisyn käytön jatkaminen.....	23
6.4 Ehkäisyn käytön jatkuvuus 16-vuotiailla ja sitä nuorimmilla tutkittavilla	26
7 POHDINTA	31
7.1 Tutkimustulosten pohdinta.....	31
7.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	35
7.3 Käytännön sovellukset ja jatkotutkimus.....	37
LÄHTEET	39

LIITTEET

Liite 1: Ehkäisyn käytön jatkuvuutta käsittelevät tutkimukset

Liite 2: Tutkimuslupa-anomus pro gradu -tutkielman aineiston kokoamiseen

Liite 3: Ehkäisynkäytön jatkuvuutta koskevan aineiston kerääminen

1 JOHDANTO

Seksuaalioikeuksien mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus mahdollisimman hyvään saavutettavissa olevaan seksuaaliterveyteen sekä oikeus seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuuteen (WHO 2006). Seksuaaliterveyttä voidaan edistää tarjoamalla palveluita, lisäämällä ammattilaisten osaamista, lainsäädännöllä, suosituksilla, toimintamallien kehittämisellä ja seksuaalikasvatuksen avulla (Aho ym. 2008). Seksuaaliterveyden edistämistä, seksuaalisuutta ja vuorovaikutustaitoja pitäisi käsitellä hoito- ja kasvatustyössä olevien koulutuksessa (Väestöliitto 2006). Seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvä työ edellyttää erityisosaamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) muun muassa raskauden, seksitautien ja muiden sukuelinten sairauksien ehkäisystä sekä hoidosta, nuorten asiakkaiden kohtaamisesta sekä heidän erityistarpeiden huomioimisesta (Väestöliitto 2006). Terveysalalla työskentelevät ovat avainasemassa valitsemassa asiakkaiden tarpeisiin parhaiten soveltuvaa ehkäisymenetelmää sekä vastaamassa ehkäisyn käytön jatkamiseen liittyviin kysymyksiin. Näiden asioiden kautta voidaan edistää asiakkaiden tyytyväisyyttä ehkäisyä kohtaan ja ehkäisyn käytön jatkuvuutta, jotka voivat vaikuttaa edelleen suunnittelemattomien raskauksien vähenemisessä (Frost ym. 2007, Ersek ym. 2010).

Suomessa nuorten eli 15-19-vuotiaiden seksuaaliterveystilanne on kehittynyt vuodesta 2004 lähtien koko ajan parempaan suuntaan seksitautitartuntojen, raskauksien ja raskaudenkeskeytysten määrien mukaan (Väestöliitto 2012a). Suurin osa peruskoululaisista, yli puolet lukiolaisista ja noin kolmannes ammatillisen oppilaitoksen oppilaista ei ole ollut yhdynnässä. Suurin osa yhdynnässä olleista nuorista on käyttänyt viimeisessä yhdynnässä jotakin ehkäisyä (Kouluterveyskysely 2010/2011). Myönteiseen kehitykseen ovat vaikuttaneet muun muassa terveystiedon muuttuminen pakolliseksi oppiaineeksi, jälkiehkäisyn reseptivapaus yli 15-vuotiailta (Heino ym. 2012) sekä terveyspalveluiden li-

sääntyminen (Väestöliitto 2012a). Tästä myönteisestä kehityksestä sekä tehokkaista ehkäisymenetelmistä huolimatta raskauden keskeytyksiä tehdään vuosittain 12,4/ 1 000 nuorta kohden. Yleisin 15-19-vuotiaiden käytössä ollut ehkäisymenetelmä ennen raskauden keskeytystä on ollut kondomi, kolmasosa ei ole käyttänyt mitään ehkäisymenetelmää ja osa ehkäisypillereitä (Heino ym. 2012). Ehkäisypalveluiden järjestämisessä on myös suuria alueellisia eroja (Väestöliitto 2012a). Ehkäisypalveluiden toteuttamisessa sekä ehkäisyn käytön tukemisessa olisi siis edelleen kehitettävää.

Tämän tutkimuksen tarve on noussut esille käytännön seksuaalineuvontatyössä. Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikan asiantuntijoiden mukaan ehkäisyn käytön jatkuvuudesta on olemassa kansainvälistä tutkimustietoa, mutta tästä aiheesta on vähän tietoa suomalaisten nuorten kohdalta. Ehkäisypillereiden käytön jatkuvuus on määritelty aikaisemmissa tutkimuksissa eri tavoilla (Hall ym. 2010) ja ehkäisynkäytön lopettamisluvut vaihtelevat paljon, mutta ovat suuria. Esimerkiksi ehkäisypillereiden käytön lopettaminen ensimmäisen vuoden käytön aikana vaihtelee tutkimuksista riippuen 22% (Moreua ym. 2009) ja 47% välillä (Sanders ym. 2001). Asian tutkiminen suomalaisten nuorten osalta on kuitenkin aiheellista erilaisten ehkäisypalvelukäytäntöjen sekä kulttuurien erilaisuuden vuoksi.

Ehkäisyneuvonnassa asiakas kohdataan kokonaisvaltaisesti ja voidaan myös aloittaa tarvelähtöisesti raskauden ehkäisyn käyttö. Tässä tutkimuksessa selvitetään tyttöjen raskauden ehkäisyn käytön jatkuvuutta. Tutkimuksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää seksuaaliterveyden ennaltaehkäisevässä edistämässä eli asiakkaiden ehkäisyn käytön jatkuvuuden tukemisessa, toimivien ehkäisypalveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioimisessa.

2 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Seksuaaliterveys ja –neuvonta

Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa seksuaalisuuden osalta (WHO 2006). Seksuaaliterveyttä voidaan mitata selvittämällä seksitautitartuntojen ja muiden sukuelinten sairauksien, raskauksien, synnytysten ja raskaudenkeskeytysten esiintyvyyksiä (Väestöliitto 2012a). Mittarina voidaan käyttää myös koettua seksuaalista tyytyväisyyttä ja hyvinvointia sekä oireiden puuttumista (Cacciatore ym. 2010).

Raskauden ehkäisyneuvonta on osa terveysneuvontaa, jonka järjestäminen kuuluu jokaisen kunnan tehtäviin (Kansanterveyslaki 1972). Terveysneuvonnan tulee sisältyä kaikkiin terveydenhuollonpalveluihin (Terveydenhuoltolaki 2010). Raskauden ehkäisyneuvontaan tulee sisältyä kokonaisvaltainen seksuaaliterveyden edistäminen. Yleensä käytetäänkin laajempaa käsitettä eli seksuaalineuvonta, joka tarkoittaa kokonaisvaltaista seksuaalisuutta ja parisuhdetta käsittelevää neuvontaa (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2012). Seksuaalineuvonta on vuorovaikutuksellista asiakastyötä, jossa keskeisinä tekijöinä ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset (Ilmonen 2006).

Seksuaaliterveyspalveluihin kuuluu muun muassa hedelmällisyyden säilyttäminen, seksitautien ehkäisy ja hoito sekä suunnittelemattomien raskauksien ehkäisy (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a, Väestöliitto 2006). Merkittävimmät seksuaaliterveyspalveluiden tarjoajat ovat terveyskeskukset ja yksityiset lääkäriasemat. Opiskelija- ja työterveydenhuolto sekä Väestöliitto toimivat myös näiden palveluiden tarjoajina (Väestöliitto 2006). Lisäksi äitiys- ja lasten-

neuvolat ovat keskeisessä roolissa seksuaali- ja ehkäisyneuvonnan järjestämisessä (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2012).

Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikalla toiminut Nuorten Avoimet Ovet keskittyivät edistämään toimintansa aikana (v.1988 - 2011) erityisesti nuorten seksuaaliterveyttä ja kehittivät työvälineitä nuorten seksuaaliterveyden tukemiseen. Nuorten Avoimien Ovien vastaanottotoiminta oli tarkoitettu alle 18-vuotiaille tytöille ja alle 20-vuotiaille pojille (Aho ym. 2008) eli nuoruusikään (noin 10-12-vuoden iästä 18-22 ikävuosiin asti) kuuluville (Aalto-Setälä ym. 2007, Aho ym. 2008). Vastaanotolle sai hakeutua kaikissa seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Seurantakäynnit sovittiin yksilöllisesti, mutta pääsääntöisesti ne olivat kolmen ja kahdentoista kuukauden kuluttua ehkäisyn aloituksesta (Aho ym. 2008). Kun vastaanotolla käyneet tytöt tulivat täysi-ikäisiksi, he siirtyivät julkisen terveydenhuollon piiriin tai jatkoivat ehkäisyasioiden hoitoa yksityisellä puolella.

Nuorten Avoimien Ovien vastaanotolla nuori kohdattiin kokonaisvaltaisesti sekä arvioitiin tuen, tiedon ja suojelun tarve seksuaaliterveysanamneesin avulla. Seksuaaliterveysanamneesin sisältämät osa-alueet olivat yleisanamneesi, terveystilanne, keho ja kehitys, kehokokemus ja identiteetti, seksianamneesi ja ehkäisy (Aho ym. 2008, Väestöliitto 2012b). Yhdistelmäehkäisyn aloittamisessa ja käytön aikaisessa seurannassa oli tärkeää käydä läpi niiden hyödyt ja haitat sekä mahdolliset vasta-aiheet (Aho ym. 2008). Yhdistelmäehkäisyn käyttö itsessään lisää veritulppariskiä, jonka vuoksi sitä edelleen lisäävät tekijät ovat vasta-aiheellisia kuten tupakointi (35-vuoden iän jälkeen), vaikea lihavuus, tietyt sairaudet, verenpainetauti, migreeni, kohonnut veritulppariski (esimerkiksi itsellä tai perheenjäsenellä hyytymishäiriöitä tai sairastettu laskimotai valtimoveritulppa tietyssä iässä) tai hoitamaton perheellinen hyperkolesterolemia. Yhdistelmäehkäisyn vasta-aiheisiin kuuluu myös imetys (Aho ym. 2008, Väestöliitto 2013, Faculty of Sexual & Reproductive Health Care 2009).

Terveysneuvonnan parissa työskentelevät ovat avainasemassa auttamassa asiakkaita löytämään juuri heidän tarpeisiinsa parhaiten soveltuvaa ehkäisy-menetelmää sekä käytön jatkuvuuden tukemisessa (Frost ym. 2007, Ersek ym. 2010). Coloradon terveys- ja ympäristötieteiden laitos on julkaissut useisiin eri tutkimustuloksiin pohjautuvan oppaan siitä, kuinka terveydenhuollon työntekijät voivat edistää tehokkaita ehkäisyyn liittyviä käytänteitä ehkäisyn käytön epäonnistumisen vähentämiseksi. Neuvonnan tulisi olla intensiivistä ja seurannan tehostettua naisilla, jotka kuuluvat riskiryhmään ehkäisyn käytön epäonnistumisen osalta (naimattomat ja alle 25-vuotiaat sekä tiettyjen ehkäisymenetelmien käyttäjät esimerkiksi kapselin ja kierukan käyttäminen vähentää epäonnistumisen mahdollisuutta). Neuvonnassa tulisi huomioida asiakkaiden aikaisemmat ehkäisykäyttökokemukset ja eri ehkäisymenetelmiin liittyvät huolenaiheet muun muassa haittavaikutuksiin liittyen. Asiakkaille tulisi antaa tietoa ehkäisymenetelmien hyödyistä, turvallisuudesta, tehokkuudesta sekä oikeanlaisesta käytöstä. Terveyspalveluihin hakeutuminen tulisi olla helppoa ja hoidon jatkuvuus turvattua. Miesten osallistuminen perhesuunnitteluun on myös yksi keino edistää ehkäisyn käytön jatkuvuutta (Trierweiler 2000).

2.2 Nuorten ehkäisyn tarve ja raskauden ehkäisymenetelmät

Kouluterveyskyselyn (2010/2011) mukaan suurin osa peruskoulun oppilaista, yli puolet lukiolaisista ja noin kolmasosa ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista eivät ole olleet yhdynnässä. Yhdyntöjen aloittamisiän mediaani on tytöillä 16,8 ja pojilla 17,4 vuotta (Cacciatore ym. 2010, Vänskän ja Apterin mukaan). Yhdyntäkumppaneiden lukumäärät eroavat yhdynnässä olleiden lukiolaisten ja ammatillista oppilaitosta käyvien välillä. Lukiolaisista 11% on ollut yhdynnässä viiden tai useamman kumppanin kanssa, kun taas ammatillista oppilaitosta käyvillä vastaava prosenttiluku on puolet enemmän (Kouluterveyskysely 2010/2011).

Raskauden ehkäisymenetelmät jaetaan hormonaaliseen ja kierukkaehkäisyyn, estemenetelmiin ja sterilisaatioon. Hormonaalisten menetelmien ehkäisy perustuu munasolun kehittymisen, ovulaation tai hedelmöittymisen estämiseen. Hormonaalisiin menetelmiin kuuluvat yhdistelmäehkäisytabletit, minipillerit, ehkäisyrenkas ja –laastari, hormonikierukka, kapseli sekä jälkiehkäisytabletit. Kierukkaehkäisy voi olla kuparikierukka tai hormonikierukka. Estemenetelmiin kuuluvat miesten ja naisten kondomi sekä pessaaari. Kondomeja on saatavilla useita erilaisia myös lateksittomia. Kondomi on ehkäisymenetelmistä ainoa joka suojaa oikeinkäytettynä myös seksitaudeilta. Pessaaari on kohdunsuulle asetettava lateksista valmistettu kuppi. Spermisidit ovat emättimeen asetettavia voiteita, vaahtoa, geeliä tai puikkoja. Niiden vaikuttava aine tuhoaa siittiöitä. Niitä ei suositella huonon ehkäisytehon vuoksi käytettäväksi yksinään. Sterilisaatio tarkoittaa hedelmöittämisen- tai hedelmöitymiskyvyn poistamista kirurgisen toimenpiteen avulla (Tiitinen 2011, Väestöliitto 2009).

Kouluterveyskyselyn (2010/2011) mukaan yhdynnässä olleiden nuorten eniten käytetty ehkäisymenetelmä on kondomi. Tuplaehkäisyä eli ehkäisytabletteja ja kondomia on käyttänyt 6-8% kaikista nuorista. Muutama prosentti vastaajista on käyttänyt jotain muuta menetelmää. Viimeisimmässä yhdynnässä ilman minkäänlaista ehkäisyä olleiden osuudessa on suuri ero lukiolaisten ja peruskoululaisten välillä. Ehkäisytabletteja viimeisessä yhdynnässä on käyttänyt 15% peruskoulun oppilaista. Niiden käyttäminen on yleisempää vanhemmilla nuorilla eli lukiolaisilla ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoilla (Taulukko 1). Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 20% nuorista käyttää ehkäisytabletteja (Falah Hassani ym. 2006) ja saman tutkimuksen mukaan vuonna 2007 15% nuorista oli käyttänyt jälkiehkäisytabletteja (Falah Hassani 2010, 9).

Taulukko 1. Viimeisessä yhdynnässä käytetyn ehkäisymenetelmän prosenttiosuudet oppilaitoksen mukaan (Kouluterveyskysely 2010/2011).

Ehkäisymenetelmä	Peruskoulu (8. ja 9. luokkalaiset)	Lukio (1. ja 2. vuoden opiskelijat)	Ammatillinen oppilaitos (1. ja 2. vuoden opiskelijat)
Ei mitään ehkäisyä	18%	8%	13%
Kondomi	59%	51%	44%
Ehkäisytabletit	15%	32%	35%
Kondomi ja ehkäisytabletit	6%	8%	7%
Muu menetelmä	2%	1%	1%
Yhteensä	100%	100%	100%

2.3 Raskauden keskeytykset ja seksitautitartunnat

Raskauden keskeytyksellä tarkoitetaan toimenpiteillä tehtävää raskauden keinokehoista päättämistä ennen 20. raskausviikkoa (Tiitinen 2012). Nuorten (15-19-vuotiaiden) raskauden keskeytykset vähenivät puolella 1975-1995 välisenä aikana, jonka jälkeen niiden määrä lisääntyi 2002 vuoteen saakka (Väestöliitto 2012a). Raskauden keskeytysten kokonaismäärä on viime vuosien aikana vähentynyt tasaisesti, mikä johtuu erityisesti alle 20-vuotiaiden keskeytysten määrän vähenemisestä. Vuonna 2002 nuorten keskeytysten määrä oli 16,3/ 1 000 nuorta kohden ja vuonna 2011 vastaava luku oli 12,4/ 1 000 nuorta kohden. Raskauden keskeytykseen tulevilla nuorilla yleisin raskauden alkaessa käytetty ehkäisymenetelmä on kondomi ja toiseksi yleisintä on ehkäisyn käyttämättömyys kokonaan (Heino ym. 2012). Vuonna 2011 alle 19-vuotiaiden synnytysten määrä oli 1 261 (Vuori ym. 2012).

Nuorten yleisin seksitautitartunta on klamydia. Tartuntatautirekisterin mukaan vuonna 2011 on todettu 15-19-vuotiailla yhteensä 3 353 klamydiatapausta, joka on edelliseen vuoteen verrattuna hieman enemmän. Saman vuoden aikana tällä ikäryhmällä on ollut 21 uutta tippuritartuntaa ja kaksi nuorta on sairastunut kuppaan (Tartuntatautirekisteri 2012). Koppa, HIV sekä B- ja C-hepatiitit ovat harvinaisia nuorilla. Nuorten kohdalla on ilmoitettu yhteensä 64 HIV-tartunnan saanutta (27.11.2012 mennessä). Näistä 25 on ollut poikia ja 39 tyttöä. Suurin osa tartunnoista on tapahtunut seksin välityksellä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b).

3 RASKAUDEN EHKÄISYN KÄYTÖN JATKAMINEN

3.1 Ehkäisyn käytön jatkuvuuden arviointi

Useiden eri indikaattoreiden mukaan ehkäisyn oikeanlainen eli ohjeen mukainen käyttö on kaukana ideaalista (Bitzer 2009, Vaughan ym. 2008). Ehkäisyn käyttö voi olla ohjeiden mukaista (Rosenberg ym. 1998b) tai virheellistä (Frost ym. 2007). Osa lopettaa käytön kokonaan, eikä ehkäisyn tarpeesta huolimatta aloita heti uuden menetelmän käyttöä (Vaughan ym. 2008, Frost ym. 2007). Jotkut parit eivät käytä ehkäisyä lainkaan. Tällaiset ehkäisyn käytön laiminlyönnit voivat johtaa suunnittelemattomiin ja ei-toivottuihin raskauksiin (Frost ym. 2007). Ehkäisyn käytön epäonnistumista voidaankin mitata suunnittelemattomilla raskauksilla ja raskaudenkeskeytysten määrillä (Suhonen ym. 2008). On arvioitu, että Yhdysvalloissa on pillereiden virheellisestä käytöstä tai lopettamisesta johtuen vuosittain yli miljoona suunnittelematonta raskautta. Saman arvion mukaan 20% kaikista suunnittelemattomista raskauksista johtuu pillereiden käytön lopettamisesta (Rosenberg ym. 1995c).

Ehkäisyn käytön jatkuvuutta on selvitetty useissa eri tutkimuksissa (Liite 1). Jatkuvuutta on kuvattu ehkäisyn lopettamisella, mikä on määritelty kuitenkin monella eri tavalla. Sitä voidaan mitata ehkäisyn käytön kokonaan lopettamisella edeltäneen 12 kuukauden aikana (Frost ym. 2007, Sanders ym. 2001) tai lopettamista voidaan seurata ensimmäisen vuoden käytön aikana (Vaughan ym. 2008). Joissakin tutkimuksissa on tarkasteltu lopettamista menetelmään tyytymättömyyden vuoksi (Moreua ym. 2007) tai viimeiseksi käytössä olleen menetelmän lopettamista (Ersek ym. 2010). Tutkimuksissa on laskettu myös eri ehkäisymenetelmien lopettamisen todennäköisyyksiä (Moreua ym. 2009) tai pillereiden lopettamista niiden haittavaikutusten vuoksi (Westhoff ym. 2007).

Käytön jatkuvuutta on tutkittu myös ehkäisyn käytössä olleiden taukojen avulla (Frost ym. 2007) sekä ehkäisyn vaihtamisella edeltäneen 12 kuukauden ajalta (Frost ym. 2007, Sanders ym. 2001, Vaughan ym. 2008, Zibners ym. 1999). Joissakin tutkimuksissa on laskettu, kuinka moni on jatkanut saman ehkäisy-menetelmän käyttöä edeltäneen 12 kuukauden aikana (Frost ym. 2007, Sanders ym. 2001, Zibners ym. 1999). Myös ehkäisytablettien unohtaminen kuvaava ehkäisyn käyttöä tai käyttämättömyyttä (Rosenberg ym. 1995a, Rosenberg ym. 1998b).

Aikaisemmissa tutkimuksissa ehkäisyn käytön jatkuvuutta on mitattu eri tavoilla. Niissä on käytetty toisistaan poikkeavia lähestymistapoja, jonka vuoksi niiden vertailu ja arviointi on haastavaa. Hallin ja muiden (2010) ehkäisytablettien käytön jatkuvuutta käsittelevässä kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että jatkuvuutta koskevaa käsitteistöä ei ole kaikissa tutkimuksissa määritelty lainkaan tai se on määritelty eri tavoilla eri tutkimuksissa. Katsauksessa suositellaan, että ehkäisytablettien käytön jatkuvuutta mitattaisiin ehkäisyn käytöllä ("continuation"), lopettamisella ("discontinuation"), tauoilla ("interrupted use") sekä unohdetuilla tableteilla ("missed pills") (Hall ym. 2010).

3.2 Ehkäisyn käytön lopettaminen

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan ensimmäisen vuoden ehkäisyn käytön aikana 68% käyttäjistä lopettaa todennäköisesti ehkäisymenetelmän käytön. Kuitenkin vain 25% oli lopettanut ehkäisyn käytön kokonaan eli suurin osa aloittaa jonkin uuden ehkäisyn käytön, jolloin riski suunnittelemattomalle raskaudelle pienenee (Vaughan ym. 2008). Myös toisen yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan noin kaksi kolmasosaa (65%) tutkittavista oli lopettanut viimeisen käytössä olleen ehkäisymenetelmän (Ersek ym. 2010). Toisaalta ehkäisyn käytön lopettamisluvut ovat huomattavasti pienempiä ranskalaisen nel-

jä vuotta kestäneen seurantatutkimuksen tuloksien mukaan (Moreua ym. 2009). Eri maissa tehdyt ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskevat tulokset eroavat toisistaan (Liite 1).

Lähes puolet naisista oli joskus lopettanut ehkäisyn käytön menetelmään tyytymättömyyden vuoksi, mutta lopettaneiden määrä vaihteli paljon eri ehkäisy-menetelmistä riippuen (Moreua ym. 2007). Tätä eri menetelmien lopettamisen vaihtelua tukee myös tutkimus, jonka mukaan hormonaalisten menetelmien käyttäjistä 17% oli lopettanut käytön kokonaan edeltäneen vuoden aikana. Kun taas 27% estemenetelmien käyttäjistä (kondomi, pessaari, spermididi, keskeytetty yhdyntä tai varmat päivät) oli lopettanut edeltäneen vuoden aikana (Frost ym. 2007). Myös Ersekin ja muiden (2010) mukaan hormonaalisten (pillerit, ruiskut, renkaat, kapselit, laastarit) menetelmien käyttäjät sekä steriloidut naiset olivat tyytyväisempiä muiden menetelmien käyttäjiin verrattuna. Hormonaalisten menetelmien käytön lopettaminen on epätodennäköisempää verrattuna estemenetelmien käytön lopettamiseen (Ersek ym. 2010).

3.3 Ehkäisypillereiden käytön jatkuvuus

Ehkäisypillereiden lopettamisluvut vaihtelevat paljon vuoden käytön aikana tutkimuksista riippuen 22% (Moreau ym. 2009) ja 47% välillä (Sanders ym. 2001). Mitä alhaisemman määrän estrogeenia valmiste sisälsi, sitä enemmän pillereiden lopettamisen luvut kasvoivat (Moreua ym. 2009). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan kolmasosa naisista oli joskus lopettanut pillereiden käytön, koska he eivät olleet tyytyväisiä menetelmään (Moreua ym. 2007). Toisessa tutkimuksessa ensimmäisen vuoden käytön aikana ehkäisypillereiden lopettamisen todennäköisyys (33%) oli pienin muihin menetelmiin verrattuna (Vaughan ym. 2008). Huomattavasti suurempia lopettamislukuja on esitetty vanhemmissa julkaisuissa, joiden mukaan jopa 50% uusista pillereiden käyttä-

jistä lopettaa käytön ensimmäisen vuoden aikana (Rosenberg ym. 1995b, Hatcherin ym. 1988 mukaan). Näitä lukuja tukee myös tutkimus, jonka mukaan vuoden kuluttua pillereiden aloituksesta melkein puolet tutkittavista lopetti käytön ja 14% vaihtoi toiseen ehkäisypilleriin. Vain 38% naisista jatkoi aloitetun ehkäisyn käyttöä (Sanders ym. 2001).

Kuuden kuukauden kuluttua aloituksesta ehkäisypillereiden käyttäjistä noin kolmannes lopetti niiden käytön (Rosenberg ym. 1998a, Sanders ym. 2001). Melkein vastaaviin lukuihin päädyttiin myös tutkimuksessa, jonka mukaan ehkäisypillereiden käytön lopettamisen todennäköisyys oli 20% ensimmäisen puolen vuoden käytön aikana (Vaughan ym. 2008). Kun taas Westhoffin ja muiden (2007) mukaan vastaava luku oli jopa 60%. Puolen vuoden ehkäisypillereiden käytön jälkeen lopettamisluvut vaihtelivat 32% (Rosenberg ym. 1998a) ja lähes 60% välillä (Westhoff ym. 2007). Ehkäisyn käytön lopettaminen on siis hieman yleisempää kuuden kuukauden kuluttua ehkäisyn aloituksesta verrattuna vuoden kestäneeseen ehkäisyn käyttöön.

Nuorista vain 12% jatkoi pillereiden käyttöä vuoden kuluttua aloituksesta. Tätä lukua suurempia olivat kuitenkin suojan jatkuvuutta osoittavat luvut eli johon oli huomioitu vaihto toiseen menetelmään ilman keskeytystä (49% pillereillä) (Zibners ym. 1999). Ehkäisynkäytön lopettaminen pillereillä oli kylläkin laskettu sen mukaan, että nuoret eivät olleet tulleet seurantakäynnille, vaikka ovat saattaneet käydä jossakin muualla uusimassa ehkäisyreseptin. Myös Vaughanin ja muiden (2008) mukaan pillereiden lopettamisen (ehkäisymenetelmän vuoksi) todennäköisyys oli suurempi nuorilla (12-19-vuotiailla) ja hieman vanhemmilla (yli 30-vuotiailla) kuin näiden ikäryhmien väliin jäävillä.

Euroopassa toteutetun tutkimuksen mukaan suurin osa (81%) käytti ehkäisypillereitä ohjeiden mukaisesti. Tutkittavista viidesosalla oli kuitenkin yhden tai

useamman pillerin unohduksia jokaista kiertoa kohden ja 10% tutkittavista unohti kaksi tai useampia pillereitä jokaisella kierrolla (Rosenberg ym. 1995a). Yhdysvalloissa vastaavat ehkäisyntöytön unohdusta kuvaavat luvut olivat suurempia eli noin puolet raportoivat unohtavansa jokaisen kierron aikana yhden tai useamman ehkäisyntöylerin ja 22% tutkittavista unohti kaksi tai useampia pillereitä (Rosenberg ym. 1998b). Ehkäisyntöylerien käyttöön lopettamista ennustava tekijä oli niiden aiheuttamat haittavaikutukset (Rosenberg ym. 1995a).

3.4 Kapselin, kierukan ja kondomin käyttöön jatkuvuus

Pienellä otannalla (n=21) tehdyssä tutkimuksessa kuuden kuukauden kapselin käyttöön jälkeen vain 8% nuorista halusi lopettaa sen käyttöön haittavaikutuksien vuoksi (Berenson ym. 1993). Myös Dinermanin ja muiden (1995) tutkimuksen mukaan kapselin käyttöön jatkaminen kuuden kuukauden käyttöön jälkeen pillereihin verrattuna oli todennäköisempää huolimatta käyttäjien samanlaisesta tyytyväisyydestä menetelmään. Kapselin käyttöön jatkaminen oli merkittävästi suurempaa muihin hormonaalisiin menetelmiin (ehkäisyntöylerit ja -ruiske) verrattuna. Vuoden kuluttua aloituksesta jopa 82% jatkoi kapselin käyttöä. Luvut, joihin oli huomioitu vaihto toiseen menetelmään ilman keskeytystä, olivat vielä korkeampia. Vuoden käyttöön jälkeen suojan jatkuvuusluku oli jopa 96% kapselinkäyttäjillä (Zibners ym. 1999).

Kierukan käyttöön lopettamisen (11% lopetti vuoden sisällä aloituksesta ja 30% neljän vuoden aikana) todennäköisyys oli pienin muihin menetelmiin verrattuna. Hormoni- ja kuparikierukan välillä ei ollut eroa lopettamisluvuissa (Moreua ym. 2009). Arvioidut lopettamisluvut olivat suurimmat heillä, jotka käyttivät miesten kondomia, keskeytettyä yhdyntää, ehkäisyruiskua tai luottivat ”varmoin päiviin”. Pienimmät lopettamisluvut olivat pillereiden käyttäjillä

(Vaughan ym. 2008). Moreua ja muut (2009) päätyivät täysin erilaisiin tuloksiin, sillä heidän mukaan lopettamisluvut olivat pienimpiä kondomilla, keskeytetyllä yhdynnällä, "varmoilla päivillä" ja spermisideillä. Kondominkäyttäjät eivät olleet lopettaneet käyttöä kuitenkaan tyytymättömyydestä menetelmään, sillä tämän vuoksi lopettaneiden keskeyttämisluku oli kondomi-ehkäisyllä pieni eli vain 12% (Moreua ym. 2007). Kondomin käytön lopettaminen oli todennäköisempää nuorilla (Vaughan ym. 2008), mikä luonnollisestikin saattaa selittyä muihin pidempikestoisiin ja säännöllisempiin menetelmiin siirtymisellä ehkäisyntarpeen vakiintuessa.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkielman tarkoituksena on saada tietoa tyttöjen raskauden ehkäisyn käytön jatkuvuudesta. Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Kuinka moni aloittaa raskauden ehkäisyn käytön aloituskäynnin jälkeen?
2. Kuinka moni lopettaa ehkäisymenetelmän käytön ennen ensimmäistä ja toista ehkäisykontrollikäyntiä?
3. Kuinka moni vaihtaa raskauden ehkäisymenetelmää ennen ensimmäistä ja toista ehkäisykontrollikäyntiä?
4. Miten 16-vuotiaat ja sitä nuoremmat tytöt aloittavat, lopettavat tai vaihtavat ehkäisymenetelmää ennen ensimmäistä ja toista ehkäisykontrollikäyntiä 17-vuotiaisiin verrattuna?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

5.1 Tutkittavat henkilöt

Tutkittavat henkilöt (N=222) olivat 13-17-vuotiata tyttöjä, jotka olivat käyneet vuosien 2006 tai 2007 aikana Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikalla Nuorten Avoimien Ovien vastaanotolla. Tutkimukseen valituille henkilöille oli määrätty käynnillä jokin raskauden ehkäisy aloitettavaksi. Tutkittavat olivat ehkäisyn aloittajia eli he aloittivat hormonaalisen ehkäisyn käytön ensimmäistä kertaa. Tutkittavien ehkäisyntarvetta ei katsottu erikseen eli raskauden ehkäisyn tarpeen lisäksi osa tutkittavista aloitti ehkäisyn käytön esimerkiksi pelkästään epäsäännöllisten kuukautisten vuoksi.

5.2 Aineiston kerääminen

Tutkittavien henkilöiden ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskevat tiedot oli kerätty valmiiksi Seksuaaliterveysklinikan työntekijöiden toimesta rekisteriin vuosien 2006 ja 2007 aikana. Tämän rekisterin käyttöä ja tutkimusaineiston keräämistä varten anottiin tutkimuslupa (Liite 2). Valmiista rekisteristä tiedot siirrettiin Ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskevan aineiston kerääminen –lomakkeeseen (Liite 3). Ehkäisyn käytön jatkuvuutta seurattiin rekisteristä aloituskäynnin ja sen jälkeen olevien ensimmäisen ja toisen ehkäisykontrollikäynnin ajan. Käynnit valittiin aikajärjestyksessä siten, että niillä käsiteltiin ehkäisyyn liittyviä asioita. Muita ylimääräisiä kontrollikäyntejä kuten näytteenottokäyntejä ei katsottu kuuluvan mukaan. Normaalin aikataulun mukaisesti aloituskäynnin jälkeen ensimmäinen ehkäisykontrollikäynti on kolmen kuukauden kuluttua ja toinen ehkäisykontrollikäynti 12 kuukauden kuluttua aloituskäynnistä. Seuranta ei voitu jatkaa, jos ehkäisykontrollikäyntejä ei ollut.

Ehkäisyn käytön jatkuvuus –lomakkeeseen kerätyt tiedot luokiteltiin uudelleen. Luokittelun pohjan muodostivat ehkäisyn käytön aloittaminen, käyttö (lopettaminen ja vaihtaminen) ja jatko. Tämän jälkeen aineistosta kerättiin näihin luokkiin kuuluvia tekijöitä siten, että jokaisen tutkittavan yksilöllinen ”ehkäisykäytöpolku” tuli huomioiduksi. Luokkia tehtiin tarvittaessa lisää sen mukaan, minkälaista tutkittavien ehkäisykäyttöä oli ollut (Taulukko 2).

Tässä tutkimuksessa aloittaminen tarkoittaa ensimmäisellä ehkäisykontrollikäynnillä sitä, että tutkittava on aloittanut ehkäisyaloitusikäynnillä määrätyn ehkäisyn käytön. Toisella ehkäisykontrollikäynnillä aloittaminen tarkoittaa täysin uuden ehkäisyvalmisteen aloitusta tai aikaisemmin käytössä olleen menetelmän uudelleen aloittamista. Aloittaminen on kuitenkin selvästi määriteltävissä eli valmiste on otettu käyttöön. Ehkäisyn käyttö tarkoittaa sitä, että henkilö on lopettanut tai vaihtanut aloittamaansa ehkäisyä. Samaa tutkittavaa ei siis ole merkattu sekä lopettaneeksi ja vaihtaneeksi vaan luokiteltu kuuluvaksi jompaankumpaan ryhmään. Raskauden ehkäisyn lopettamisen avulla voidaan tarkastella ehkäisykäytön lopettamista kokonaan. Raskauden ehkäisyn käytön vaihtamisella tarkoitetaan sen sijaan sitä, että henkilö on aikaisemmin käyttänyt jotakin ehkäisymenetelmää, mutta vaihtaa sen johonkin toiseen menetelmään ilman taukoa. Jatkoehkäisy kuvaa ehkäisykontrollikäynnillä suunniteltua jatkoehkäisyä käynnistä eteenpäin (Taulukko 2).

5.3 Tutkimuksen analyysimenetelmät

Rekisteristä kerätyn aineiston tiedot käsiteltiin SPSS for Windows -ohjelmalla (versio 20.0). Tutkittavien taustatietoja sekä ehkäisyn käytön jatkuvuutta kuvattiin frekvenssi- ja prosenttijakaumilla. Ehkäisykontrollikäyntejä tutkittiin keskilukujen (aritmeettinen keskiarvo) sekä hajontalukujen (keskihajonnat ja vaihteluvälit) avulla. Ehkäisykontrollikäyntien keskiarvojen erot 16-vuotiaiden ja

nuorempien sekä 17-vuotiaiden ryhmien välillä laskettiin t-testillä. Ehkäisyn käytön kokonaan lopettamista ja ehkäisyn vaihtamista iän mukaan tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla.

Taulukko 2. Ehkäisyn käytön jatkuvuutta kuvaavat tekijät ensimmäisellä (n=189) ja toisella ehkäisykontrollikäynnillä (n=88).

Ehkäisyn käyttö						
Aloittaminen	Aloituskäynnillä määrätyn ehkäisyn aloittaminen (1.käynti, n=189)	Tutkittava on aloittanut ehkäisy- menetelmän käytön aloituskäynnin jälkeen (n=186).	Tutkittava ei ole aloittanut ehkäisy- menetelmän käyttöä aloituskäynnin jälkeen (n=2).	-	-	Tieto puuttuu (n=1).
	Uuden menetelmän aloitus (2.käynti, n=88)	Tutkittava on aloittanut jonkin ehkäisy- menetelmän käytön (n=5). Jos henkilö on siirtynyt käyttämään toista ehkäisypilleri- merkkiä, sitä ei ole huomioitu tässä kohdassa aloittamiseksi. Lisäksi, jos tutkittava on vaihtanut ehkäisy- valmisteesta toiseen ilman taukoa, se on merkattu vaihtamiseksi.	Tutkittava ei ole aloittanut viime käynnin jälkeen ehkäisy- valmisteen käyttöä (n=83). Aloittaminen on kirjattu mahdol- lisesti jo edellisen kontrollikäyn- nin jälkeiseen kysymykseen ehkäisyn aloittamisesta eli valmiste on jo käytössä.	-	-	-
Käyttö	Lopettaminen (1.käynti, n=189, 2.käynti, n=88)	Tutkittava on lopettanut ehkäisyn käytön kokonaan edellisen käyn- nin jälkeen (1.käynnillä n=18, 2.käynnillä, n=10).	Tutkittava ei ole lopettanut ehkäisyn käyttöä (1.käynnillä n=168, 2.käynnillä n=76).	Tutkittava ei ole aloit- tanutkaan ehkäisyn käyttöä tai ei käytä ehkäisyä (1.käynnillä n=2, 2.käynnillä n=2).	-	Tieto puuttuu (1.käynnillä n=1).
	Vaihtaminen (1.käynti, n=189, 2.käynti, n=88)	Tutkittava on vaihtanut ehkäisy- menetelmää toiseen menetel- mään . Välissä ei ole taukoa. (Tä- hän ei ole kirjattu mukaan henkilöi- tä, jotka ovat vaihtaneet ehkäisypil- lerimerkistä toiseen.) (1.käynnillä n=1).	Tutkittava ei ole vaihtanut ehkäisy- menetelmää toiseen menetelmään (1.käynnillä n=185, 2.käynnillä n=73).	Tutkittava ei ole aloit- tanutkaan ehkäisyn käyttöä tai ei käytä ehkäisyä (1.käynnillä n=2, 2.käynnillä n=2).	Eri ehkäisypilleri- merkkiin vaihtanut (2.käynnillä n=13).	Tieto puuttuu (1.käynnillä n=1).
Jatko	Jatkoehkäisy (1.käynti, n=189, 2.käynti, n=88)	Jatkaa samalla eli ei muutoksia (1.käynnillä n=143, 2.käynnillä n=56).	Eri ehkäisypillerimerkillä jatkaa (1.käynnillä n=20, 2.käynnillä n=12).	Aloitettiin. Tutkittava ei siis ole aloittanutkaan ehkäisyn käyttöä tai aloittanut ja lopettanut. Nyt aloitettiin (1.käynnillä n=17, 2.käynnillä n=10).	Vaihdettiin eli ehkäisy- menetelmää vaihdettiin toiseen esim. ehkäisypille- reistä ehkäisy- laasta- riin (1.käynnillä n=7, 2.käynnillä n=6).	Ei mitään ehkäisyä jatkoon. Tutkittavalla ei ole säännöllistä ehkäisyn tarvetta (1.käynnillä n=2, 2.käynnillä n=4).

6 TULOKSET

6.1 Aineiston kuvaus

Tutkittavat henkilöt (N=222) olivat 13-17-vuotiaita tyttöjä. Ehkäisynaloituskäynnillä katsottuna heidän keskimääräinen ikä oli 15,8 (keskihajonta 1,1). Noin puolet tutkittavista oli lukiolaisia ja 43% peruskoululaisia. Lisäksi osa tytöistä kävi ammatillista oppilaitosta tai ammatillista oppilaitosta ja lukiota samanaikaisesti. Muutama tutkittava ei käynyt mitään koulua. Suurin osa (41%) tutkittavista asui ydinperheessä eli äidin ja isän kanssa. Toisen vanhemman kanssa asui noin joka kolmas tutkittavista. Uusperheessä asuvia oli 9% tutkittavista ja melkein saman verran (7%) asui toisen vanhemman ja tämän kumppanin kanssa. Jokin muu perhetausta (yksin, iso-vanhempien luona tai sijoitusperheessä) oli 6%:lla tutkittavista ja 5% asui lasten- tai nuorisokodissa (Taulukko 3).

Yli puolet tutkittavista (55%) ei tupakoinut lainkaan. Säännöllisiä tupakoitsijoita oli 34% tutkittavista ja satunnaisia tupakoitsijoita 10% eli he eivät tupakoineet päivittäin. Ehkäisynaloituskäynnillä suurimmalla osalla tutkittavista (83%) aloitettiin yhdistelmäehkäisytabletit. Tämän lisäksi aloitettuja ehkäisy menetelmiä olivat minipillerit, ehkäisyrenkas ja ehkäisykapseli. Vain muutamalle tutkittavalle asennettiin tai kirjoitettiin resepti ehkäisykapseliin (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tutkittavien henkilöiden (N=222) taustatiedot (ikä, koulutus, perhetausta, tupakointi ja aloitettu ehkäisymenetelmä).

Taustatieto	n	%
Ikä		
13	2	0,9
14	29	13,1
15	53	23,9
16	66	29,7
17	72	32,4
Yhteensä	222	100
Koulutus (käy tällä hetkellä)		
Lukiota	102	45,9
Peruskoulua	95	42,8
Ammattikoulua	15	6,8
Ei mitään	5	2,3
Ammattikoulua ja lukiota	2	0,9
Ei tietoa	3	0,9
Yhteensä	222	100
Perhetausta (asuu)		
Ydinperheessä	90	40,5
Toisen vanhemman kanssa	70	3,5
Uusperheessä	20	9,0
Vanhemman ja tämän kumppanin kanssa	15	6,8
Jokin muu	12	5,4
Lasten- / nuorisokoti	12	5,4
Ei tietoa	3	1,4
Yhteensä	222	100
Tupakointi		
Ei tupakoi	123	55,4
Säännöllisesti	75	33,8
Satunnaisesti	21	9,5
Ei tietoa	3	1,4
Yhteensä	222	100
Aloitettu ehkäisymenetelmä		
Ehkäisytabletit	185	83,3
Minipillerit	18	8,1
Ehkäisyrenkas	12	5,4
Ehkäisykannattaja	5	2,3
Kapseli	2	0,9
Yhteensä	222	100

6.2 Ehkäisykontrollikäynnit

Ehkäisyn käytön jatkuvuutta seurattiin ehkäisynaloituskäynnin jälkeen kahden seuraavan ehkäisykontrollikäynnin ajan. Ehkäisynaloituskäynnillä kävi yhteensä 222 tutkittavaa. Ensimmäisellä ehkäisykontrollikäynnillä kävi 189 tutkittavaa eli suurin osa (85%) jatkoi seurannassa vielä tässä vaiheessa. Ehkäisyn käytön jatkamista seurattiin myös toisen ehkäisykontrollikäynnin osalta. Tutkittavista 88 eli 40% aloituskäynneillä käynneistä osallistui toiselle ehkäisykontrollikäynnille (Taulukko 4).

Taulukko 4. Ehkäisykontrollikäyntien ajankohtien keskiarvot (ka), keskihajonnat (SD) ja vaihteluvälit (r) ehkäisynaloituskäynnistä kuukausien (30 päivää) mukaan laskettuna.

Ehkäisykontrollikäynti	n	ka	SD	r
Ensimmäinen ehkäisykontrollikäynti	189	3,2 kk	2,9	0-26 kk
Toinen ehkäisykontrollikäynti	88	12,5 kk	5,8	1-30 kk

Ensimmäinen ehkäisykontrollikäynti oli keskimäärin 3,2 kuukauden kuluttua ehkäisynaloituskäynnistä (SD 2,9). Käynnin toteutumisen vaihteluväli oli 0-26 kuukautta. Toinen ehkäisykontrollikäynti tehtiin keskimäärin 12,5 kuukauden kuluttua ehkäisynaloituskäynnistä laskettuna (SD 5,8). Toisen ehkäisykontrollikäynnin vaihteluväli oli 1-30 kuukautta.

6.3 Ehkäisyn käytön jatkaminen

Ehkäisynaloituskäynnin (N=222) jälkeen ehkäisyn käytön jatkuvuutta seurattiin ensimmäisen (n=189) ja toisen ehkäisykontrollikäynnin (n=88) ajan. Ensimmäisellä ehkäisykontrollikäynnillä katsottuna lähes kaikki (98%) tutkittavat olivat aloittaneet ehkäisynaloituskäynnillä määrätyn ehkäisymenetelmän käytön. Vain kaksi tutkittavaa ei ollut aloittanut käyttöä lainkaan ja yhden tutkittavan kohdalla aloittamisesta ei ollut tietoa. Ennen ensimmäistä ehkäisykontrollikäyntiä ehkäisyn käytön oli lopettanut kokonaan 10% käynnille saapuneista tutkittavista. Aloituskäynnin jälkeen yksi tutkittava oli vaihtanut ehkäisymenetelmää johonkin toiseen menetelmään. Tätä ehkäisyn vaihtanutta ei ole laskettu ehkäisyn lopettaneisiin mukaan (Taulukko 5).

Suurimmalla osalla (76%) ensimmäiselle käynnille saapuneista tutkittavista valittiin jatkoehkäisyksi sama ehkäisy, joka oli aloitettu ehkäisynaloituskäynnillä. (Yksi tutkittava oli vaihtanut ehkäisyä pillereistä ehkäisy-laastariin, jonka jatkoehkäisyksi kirjattiin jatkaa samalla eli vaihtamallaan laastarilla.) Toiseksi yleisin jatkoehkäisy oli ehkäisytablettien vaihtaminen toiseen ehkäisytablettiin. Ensimmäisellä ehkäisykontrollikäynnillä 9%:lla käynnille saapuneista tutkittavista aloitettiin jokin ehkäisymenetelmä eli nämä henkilöt olivat lopettaneet tai eivät olleet aloittaneetkaan ehkäisyn käyttöä.

Taulukossa 5 on myös esitetty ehkäisynkäytön jatkuvuutta kuvaavien muuttujien frekvenssit toiselta ehkäisykontrollikäynniltä. Ensimmäisen ehkäisykontrollikäynnin jälkeen 6% toiselle ehkäisykontrollikäynnille osallistuvista tutkittavista oli aloittanut jonkin ehkäisymenetelmän käytön. Ehkäisyn käytön oli kokonaan lopettanut 11% tutkittavista ensimmäisen ehkäisykontrollikäynnin jälkeen. Yksi tutkittava oli sekä aloittanut ja jo lopettanutkin tämän ehkäisyn käytön. Käynnille osallistuneista tutkittavista kukaan ei ollut siirtynyt suoraan ehkäisymene-

telmästä toiseen eli vaihtanut ehkäisyä. (Tähän ei ole huomioitu yhdistelmä-ehkäisypillereiden merkin vaihtajia). Sen sijaan 15% toiselle käynnille osallistuvista oli vaihtanut eri ehkäisypillerimerkkiin. Suurimmalla osalla tytöistä (64%) jatkettiin samalla eli jo käytössä olevalla ehkäisyllä. Eri ehkäisypillerimerkillä jatkoi 14% käynnille osallistuneista tutkittavista ja 11%:lla aloitettiin jokin ehkäisy.

Taulukko 5. Ehkäisykäytön jatkuvuutta kuvaavien muuttujien frekvenssit (f) ja prosenttiosuudet ensimmäisellä (n=189) ja toisella (n=88) ehkäisykontrollikäynnillä.

Muuttuja	1.Ehkäisykontrollikäynti (n=189)		2.Ehkäisykontrollikäynti (n=88)	
	f	%	f	%
Ehkäisyn käytön aloittaminen				
On aloittanut	186	98,4	5	5,7
Ei ole aloittanut	2	1,1	83	94,3
Tieto puuttuu	1	0,5	-	-
Yhteensä	189	100	88	100
Ehkäisyn lopettaminen kokonaan				
Ei ole lopettanut	168	88,9	76	86,4
Lopettanut	18	9,5	10	11,4
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä ehkäisyä	2	1,1	2	2,3
Tieto puuttuu	1	0,5	-	-
Yhteensä	189	100	88	100
Ehkäisymenetelmän vaihtaminen				
Ei ole vaihtanut	185	97,9	73	83,0
On vaihtanut ehkäisymenetelmää	1	0,5	-	-
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä ehkäisyä	2	1,1	2	2,3
Tieto puuttuu	1	0,5	-	-
Eri yhdistelmäpillerimerkkiin vaihtanut	-	-	13	14,8
Yhteensä	189	100	88	100
Jatkoehkäisy				
Jatkaa samalla ehkäisyllä	143	75,7	56	63,6
Eri ehkäisypillerimerkillä jatkaa	20	10,6	12	13,6
Aloitettiin ehkäisy	17	9,0	10	11,4
Vaihdettiin menetelmää	7	3,7	6	6,8
Ei mitään ehkäisyä	2	1,1	4	4,5
Yhteensä	189	100	88	100

Tutkittavat, jotka eivät osallistuneet seurantakäynneille, huomioitiin ehkäisyn käytön lopettamista tarkasteltaessa. Ehkäisyn käytön kokonaan lopettaneiden (8%) ja tutkittavien, jotka eivät osallistuneet ensimmäiselle ehkäisykontrolli-

käynnille (15%) yhteenlaskettu osuus oli 23% kaikista tutkittavista. Toisella ehkäisykontrollikäynnillä vastaava luku oli 65% tutkittavista (Taulukko 6).

Taulukko 6. Ehkäisyn käytön lopettamisen frekvenssit (f) ja prosenttiosuudet ensimmäisellä (N=222) ja toisella (N=222) ehkäisykontrollikäynnillä.

Ehkäisyn käytön lopettaminen kokonaan	1.Kontrollikäynti		2.Kontrollikäynti	
	n	%	n	%
Ei ole lopettanut	168	75,7	76	34,2
Lopettanut	18	8,1	10	4,5
Ei ole tullut ehkäisykontrollikäynnille	33	14,9	134	60,4
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä	2	0,9	2	0,9
Tieto puuttuu	1	0,5	-	-
Yhteensä	222	100	222	100

6.4 Ehkäisyn käytön jatkuvuus 16-vuotiailla ja sitä nuorimmilla tutkittavilla

Ehkäisyn käytön jatkuvuutta on aiheellista tarkastella erikseen ehkäisynaloituskäynnillä 16-vuotiaiden ja sitä nuorempien tutkittavien kohdalla, koska he voivat ikänsä vuoksi osallistua ehkäisykontrollikäynneille. Ehkäisynaloituskäynnillä 16-vuotiaiden ja sitä nuorempien määrä oli 150 tutkittavaa. Heistä 126 tutkittavaa (84%) tuli ensimmäiselle ehkäisykontrollikäynnille. Verrattuna kaikkiin ensimmäiselle ehkäisykontrollikäynnille osallistuviin tutkittaviin osallistumisprosentti oli lähes sama. Ensimmäinen ehkäisykontrollikäynti oli 16-vuotiailla ja sitä nuorimmilla keskimäärin 3,4 kuukauden kuluttua ehkäisynaloituskäynnistä (Taulukko 7). 17-vuotta täyttäneillä vastaava luku oli 2,6 kuukautta. 16-vuotiaiden ja sitä nuorempien henkilöiden ensimmäisen ehkäisykontrolli-

likäynnin ajankohdan keskiarvot erosivat 17-vuotta täyttäneisiin verrattuna tilastollisesti melkein merkitsevästi ($p=0,022$).

Toiselle ehkäisykontrollikäynnille osallistui 16-vuotiaista ja sitä nuoremista 74 tutkittavaa (49%). Heillä toinen ehkäisykontrollikäynti oli keskimäärin 13,4 kuukauden kuluttua ehkäisynaloituskäynnistä laskettuna. 17-vuotta täyttäneillä toisen kontrollikäynnin keskiarvo oli 7,9 kuukautta. Toisella ehkäisykontrollikäynnillä 16-vuotiaiden ja sitä nuorempien kontrollikäynnin ajankohdan keskiarvon välinen eroavaisuus 17-vuotiaisiin verrattuna oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,000$) (Taulukko 7).

Taulukko 7. Ehkäisykontrollikäyntien ajankohtien keskiarvot (ka), keskihajonnat (SD) ja vaihteluvälit (r) ehkäisynaloituskäynnistä kuukausien (30 päivää) mukaan laskettuna.

Ehkäisykontrollikäynti	16-vuotiaat ja nuoremmat				17-vuotiaat				t-testi p
	n	ka	SD	r	n	ka	SD	r	
Ensimmäinen ehkäisykontrollikäynti	126	3,4	3,4	0-26	63	2,6	1,5	1-10	0,022*
Toinen ehkäisykontrollikäynti	74	13,4	5,9	1-30	14	7,9	2,0	4-11	0,000***

Ehkäisyn käytön oli lopettanut kokonaan ennen ensimmäistä ja toista ehkäisykontrollikäyntiä noin 10% tutkittavista, jotka olivat ehkäisynaloituskäynnillä 16-vuotiaita tai sitä nuorempia (Taulukko 8). Vain yksi tähän ikäryhmään kuuluva oli vaihtanut ehkäisymenetelmää toiseen ennen ensimmäistä kontrollikäyntiä ja ennen toista ehkäisykontrollikäyntiä 15% oli siirtynyt käyttämään toista yh-

distelmäehkäisytablettimerkkiä. Ehkäisyn käytön kokonaan lopettaminen ja vaihtaminen ovat hieman vähäisempää 17-vuotiailla tutkittavilla verrattuna nuorempaan ikäryhmään (Taulukko 8).

Taulukko 8. Ehkäisyn lopettaminen kokonaan ja ehkäisymenetelmän vaihtaminen tutkittavilla, jotka ovat olleet ehkäisynaloituskäynnillä 16-vuotiaita tai nuorempia ja 17-vuotiailla.

Muuttuja	16-vuotiaat ja nuoremmat		17-vuotiaat	
	n	%	n	%
1.Kontrollikäynti				
Ehkäisyn lopettaminen kokonaan				
Ei ole lopettanut	110	(87,3%)	58	(92,1%)
Lopettanut	13	(10,3%)	5	(7,9%)
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä	2	(1,6%)	-	
Tieto puuttuu	1	(0,8%)	-	
Yhteensä	126	(100%)	63	(100%)
1.Kontrollikäynti				
Ehkäisymenetelmän vaihtaminen				
Ei ole vaihtanut	122	(96,8%)	63	(100%)
On vaihtanut	1	(0,8%)	-	
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä	2	(1,6%)	-	
Tieto puuttuu	1	(0,8%)	-	
Yhteensä	126	(100%)	63	(100%)
2.Kontrollikäynti				
Ehkäisyn lopettaminen kokonaan				
Ei ole lopettanut	63	(85,1%)	13	(92,9%)
Lopettanut	9	(12,2%)	1	(7,1%)
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä	2	(2,7%)	-	
Yhteensä	74	(100%)	14	(100%)
2.Kontrollikäynti				
Ehkäisymenetelmän vaihtaminen				
Ei ole vaihtanut	61	(82,4%)	12	(85,7%)
On vaihtanut	-		-	
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä	2	(2,7%)	-	
Eri merkkiin vaihtanut	11	(14,9%)	2	(2,8%)
Yhteensä	74	(100%)	14	(100%)

16-vuotiaiden ja sitä nuorempien ehkäisyn käytön kokonaan lopettamisen frekvenssit ensimmäisellä ja toisella ehkäisykontrollikäynneillä kaikkien tähän ikäryhmiin kuuluvien tutkittavien (n=150) osalta on esitetty taulukossa 9. Ensimmäisellä ehkäisykontrollikäynnillä ehkäisyn käytön kokonaan lopettaneiden (9%) ja tutkittavien, jotka eivät osallistuneet ensimmäiselle ehkäisykontrollikäynnille (16%) yhteenlaskettu osuus oli 25% tähän ikäryhmään kuuluvista tutkittavista. Toisella ehkäisykontrollikäynnillä vastaava luku oli 57% tutkittavista.

Taulukko 9. Ehkäisyn käytön lopettamisen frekvenssit ensimmäisellä (n=150) ja toisella (n=150) ehkäisykontrollikäynnillä kaikilla 16-vuotiailla ja nuoremmilla tutkittavilla.

Ehkäisyn lopettaminen kokonaan	1.Kontrollikäynti		2.Kontrollikäynti	
	n	%	n	%
Ei ole lopettanut	110	73,3	63	42,0
Lopettanut	13	8,7	9	6,0
Ei ole tullut ehkäisykontrollikäynnille	24	16,0	76	50,7
Ei ole aloittanutkaan/ ei käytä	2	1,3	2	1,3
Tieto puuttuu	1	0,7	-	-
Yhteensä	150	100	150	100

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Suurin osa (98%) ensimmäiselle kontrollikäynnille osallistuneista tutkittavista aloitti ehkäisynaloituskäynnillä määrätyn ehkäisyn käytön. Tämä viittaa siihen, että tutkittavat ovat olleet motivoituneita aloittamaan ehkäisyn ja saaneet siihen neuvontaa. Tulokset tukevat tietoa siitä, että seksuaalikasvatuksessa nuorelle on opetettava taito tehdä tietoon pohjautuvia päätöksiä ehkäisystä, valitsemaan ehkäisymenetelmä sekä opetettava käyttämään sitä oikein (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010). Muutama henkilö ei ollut kuitenkaan jostain syystä ehkäisyn käyttöä aloittanut ja yhden tutkittavan kohdalla tieto puuttui. Perinteisen käytännön mukaisesti yhdistelmäehkäisypillereiden käytön voi aloittaa vain tietyssä kuukautiskierron vaiheessa, mikä saattaa viivästyttää käytön aloitusta (Lesnewski ym. 2006, Väestöliitto 2013).

Ennen ensimmäistä ehkäisykontrollikäyntiä vain 10% käynnille osallistuneista tutkittavista oli lopettanut ehkäisyn käytön kokonaan. Vastaava luku oli 11% ennen toista ehkäisykontrollikäyntiä. Kontrollikäynnit olivat keskimäärin noin kolmen ja 12 kuukauden kuluttua ehkäisynaloituskäynnistä. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna ehkäisyn käytön kokonaan lopettaneiden määrä oli tässä tutkimuksessa vähäisempää. Frostin ja muiden (2007) tutkimuksen mukaan 17% hormonaalisten menetelmien käyttäjistä oli lopettanut käytön edeltäneen vuoden aikana eli raskaudenehkäisyn lopettaminen oli yleisempää tämän tutkimuksen lopettamislukuihin verrattuna. Myös Vaughanin ja muiden (2008) tutkimuksessa saatiin suurempia lopettamislukuja, 25% oli lopettanut ensimmäisen vuoden käytön aikana. Näitäkin suurempia lopettamislukuja on esitetty eli jopa 65% tutkittavista oli lopettanut viimeksi käytössä olleen ehkäisymenetelmän (Ersek ym. 2010).

Ensimmäisellä ehkäisykontrollikäynnillä katsottuna vain yksi tutkittava oli vaihtanut ehkäisy menetelmää. Vastaavasti toisella ehkäisykontrollikäynnillä 15% kontrollikäynnille osallistuneista henkilöistä oli vaihtanut toiseen yhdistelmäpillerimerkkiin. Frostin ja muiden (2007) tutkimuksessa ehkäisyn vaihtaminen oli jonkin verran yleisempää; 24% tutkittavista oli vaihtanut menetelmää edeltäneen vuoden aikana. Kun taas Groven ja muiden (2011) monessa eri maassa toteutetussa tutkimuksessa hormonaalisen ehkäisyn käytön lopettamista tai vaihtamista osoittava luku vaihteli jopa 30% - 68% välillä. Zibners ja muut (1999) toteavatkin, että ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskevat luvut olivat ehkäisyn vaihdot huomioiden paljon korkeammat verrattuna pelkkiin lopettamislukuihin, ehkäisy pillereillä jatkuvuus oli jopa nelinkertaisesti suurempi.

Tässä tutkimuksessa ehkäisyn käytön vaihtamisen lukujen eroavaisuuksiin ehkäisykontrollikäyntien välillä saattaa vaikuttaa käynnillä tehty päätös ehkäisyn vaihtamisesta. Ehkäisynaloituskäynnillä tutkittavalle valittiin jokin ehkäisy menetelmä ja sen vaihtaminen toiseen menetelmään olisi edellyttänyt vastaanotolle hakeutumista, jossa lääkäri olisi voinut arvioida tilanteen ja antaa reseptin eri ehkäisyvalmisteelle. Toisen ehkäisykontrollikäynnin suurempi vaihtamisluku saattaa selittyä edeltäneen kontrollikäynnin yhteydessä suunnittelusta ja määrätystä ehkäisynvaihdosta.

Ehkäisynkäytön jatkuvuutta tarkasteltiin erikseen 16-vuotiaalla ja sitä nuoremilla tutkittavilla, koska he saivat Nuorten Avoimien Ovien toiminnalle asetetun ikämäärityksen puolesta vielä osallistua seurantakäynneille. 16-vuotiaalla ja nuoremmilla tytöillä toisen ehkäisykontrollikäynnin ajankohta (13,4 kk) erosi tilastollisesti merkittävästi 17-vuotta täyttäneiden käynnin ajankohtaan (7,9) verrattuna. Vanhemmalla ikäryhmällä toinen kontrollikäynti oli siis aikaisemmin, joka saattaa selittyä sillä, että heidän käynnin ajankohtaa on mahdollisesti aikaistettu vastaanottokäynneille asetetun noin 18-vuoden ikärajan vuoksi. Ehkäisynkäytön jatkuvuutta osoittavien tekijöiden osalta ehkäisyn käytön koko-

naan lopettaminen ja vaihtaminen olivat 17-vuotta täyttäneillä hieman vähäisempää verrattuna nuorempaan ikäryhmään. Aineiston koko rajoitti tilastollisia merkitsevyydestauksia. Myös Fun ja muiden (1999) mukaan ehkäisyntäytön epäonnistuminen on yleisempää nuorilla (alle 20-vuotialla) ja vähenee tasaisesti iän myötä.

Tämän tutkimuksen tuloksiin vaikuttava tekijä on ehkäisykontrollikäynneille osallistumattomien tutkittavien suuri määrä. Ensimmäiselle kontrollikäynnille osallistui 85% ja toiselle käynnille vain 40% kaikista tutkittavista. Tietoa ehkäisyntäytön jatkuvuudesta ei ole niiden tutkittavien osalta, jotka eivät tulleet kontrollikäynneille. Tutkittavat, jotka eivät osallistuneet seurantakäynneille, huomioitiin ehkäisyntäytön lopettamista tarkasteltaessa. Ehkäisyntäytön kokonaan lopettaneiden ja tutkittavien, jotka eivät osallistuneet ensimmäiselle ehkäisyntäytönkäynnille osuus oli 23% kaikista tutkittavista. Toisella ehkäisyntäytönkäynnillä vastaava luku oli 65% tutkittavista. Zibnersin ja muiden (1999) tutkimuksessa meneteltiin vastaavasti. Siinä vain 12% tutkittavista jatkoi ehkäisyntäytillereiden käyttöä vuoden kuluttua aloituksesta, mutta raskauden ehkäisyntäytön suojan jatkuvuutta osoittava luku oli paljon korkeampi (49% pillereiden käyttäjillä) eli he olivat vaihtaneet toiseen menetelmään ilman taukoja (Zibners ym. 1999).

Tämän tutkielman mukaan ehkäisyntäytön jatkuvuutta voidaan mitata monella eri tavalla. Jatkuvuutta voidaan tarkastella muun muassa raskauden ehkäisyntäytön aloittamisella, lopettamisella, vaihtamisella, jatkamisella, käytön unohduksilla ja tauoilla. Hallin ja muiden (2010) mukaan ehkäisyntäytillereiden käyttöä kuvaavat käsitteet eroavat ja niitä on harvoin määritelty eri tutkimuksissa. Tämä työ antaa alustavia viitteitä ehkäisyntäytön jatkuvuuteen liittyvistä käsitteistä ja avaa näkökulmaa suomalaisten nuorten tyttöjen osalta. Tässä katsottiin 222 tutkittavan yksilöllinen raskauden ehkäisyntäytön eteneminen ehkäisyntäytillereiden ja sitä seuranneiden kahden kontrollikäynnin ajalta. Tutkimus avaa

ehkäisyn käyttöön liittyvää käsitteistöä esimerkiksi ehkäisyn vaihtaminen on määritelty ja katsottu erikseen vaihtaminen ehkäisy menetelmästä toiseen ilman taukoja sekä vaihtaminen eri ehkäisy pillerimerkkiin. Tutkimus tarjoaa myös ehdotuksia, millä tavalla aihetta voisi tarkemmin tutkia suuremmalla otannalla ehkäisyn käytön jatkuvuuteen mahdollisesti vaikuttavat tekijät huomioiden esimerkiksi ehkäisyneuvonnan laatu. Jatkotutkimuksissa olisi myös tärkeää saada tietoa ehkäisykontrollikäynnille osallistumattomien tutkittavien ehkäisykäytön jatkuvuudesta.

Suomessa ehkäisyn käytön jatkuvuudesta on saatavilla vähän tietoa, vaikka ulkomailla asiaa on tutkittu jo useamman vuosikymmenen ajan. Tämä on yllättävää huomioiden esimerkiksi Rosenbergin ja muiden (1995c) esittämän arvioin siitä, että ehkäisy pillereiden virheellinen käyttö on yhteydessä suunnitelmattomiin raskauksiin. Aikaisempien tutkimuksien tulokset olivat yllättäviä sillä osin, että ehkäisyn käytön lopettaminen oli niin yleistä ehkäisyn tarpeesta huolimatta. Ehkäisy pillereiden alle kuuden kuukauden käytön jälkeen lopettaneita oli tutkimuksista vaihdellen noin 30%:sta (Rosenberg ym. 1998a, Sanders ym. 2001) jopa 60%:iin (Westhoff ym. 2007). Luvut ovat suuria ottaen huomioon myös sen, että ehkäisyn sopivuus ilmenee usein vasta muutaman kuukauden ehkäisyn käytön jälkeen.

Tämän tutkimuksen tulokset ehkäisyn käytön vähäisemmästä lopettamisesta voivat kertoa Väestöliiton Nuorten Avoimien Ovien asiakaslähtöisestä toiminnasta. Toiminnasta vastanneiden työntekijöiden kirjoittaman kirjan (Aho ym. 2008) mukaan ehkäisyneuvontakäynneille on varattava riittävästi aikaa, asiakas tulee kohdata yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti sekä pian ehkäisyneuvontakäynnin jälkeen on seurantakäynti. Silloin asiakkaat voivat esittää ehkäisykäyttöön liittyviä ongelmia eivätkä joudu miettimään ja tekemään lopetusratkaisuja itsenäisesti. Vaughanin ja muiden (2008) mukaan 74% kaikista ehkäisyn lopettamisista tapahtui ensimmäisten kuuden kuukauden käytön aikana

eli tämä tukee Nuorten Avoimien Ovien käytäntöä alkuvaiheen seurantakäynnin järjestämisen tärkeydestä. Myös Frostin ja muiden (2007) mukaan ehkäisyntö käytön jatkuvuuden kannalta on oleellista, että ehkäisymenetelmät ja -palvelut ovat saatavilla, kun niitä tarvitaan. Terveystyöntekijät ovat avainasemassa auttamaan asiakasta löytämään omaan tarpeeseen parhaiten soveltuvaa ehkäisymenetelmää ja käyttöön liittyvien ongelmien vähentämisessä. Tällöin asiakkaiden tyytyväisyys sekä ehkäisyntö käytön jatkuvuus parantuvat vaikuttaen suunnittelemattomien raskauksien määrän vähentymiseen (Frost ym. 2007, Ersek ym. 2010).

7.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen toteuttamisen kaikissa vaiheissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja pyritty tekemään eettisesti hyväksytyjä ratkaisuja. Työskentelyä on ohjannut hyvän tieteellisen käytännön mukaiset: rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä aikaisempien tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimus on myös suunniteltu ja toteutettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

Kvantitatiivisten tutkimusten luotettavuutta arvioidaan perinteisesti validiteetin ja reliabiliteetin avulla (Metsämuuronen 2009, 125-133). Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka kuvaus tutkimuksen eri vaiheiden toteuttamisesta (Hirsijärvi ym. 2009, 232), joka on raportoinnissa huomioitu kuvaamalla auki mahdollisimman kattavasti erilaiset työskentelyvaiheet ja ratkaisut. Tutkimus voitaisiin toistaa uudelleen. Tämä lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Toisaalta Väestöliiton Nuorten Avoimien Ovien vastaanotto toiminta saattoi erottua muista ehkäisyneuvontaa tarjoavista paikoista esimerkiksi kontrollikäyntien ajankohdan, käynneille varatun ajan ja käytettävien työmallien ja erityisosaamisen vuoksi, jotka voivat vaikuttaa ehkäisyntö käytön jatkuvuuteen. Satunnaisvirheiden mah-

dollisuus on pyritty minimoimaan tekemällä aineiston keruu lomake mahdollisimman selkeäksi siten, että tutkittavan ehkäisyn käytön jatkamisesta koskeva tieto tulee sellaisenaan esille. Lomakkeeseen kerättyjen tietojen luokittelu uudelleen on yritetty toteuttaa mahdollisimman objektiivisesti eli tarkastettu jokaisen tutkittavan ehkäisyn käyttö erikseen. Toki rekisteriin kirjattu tieto on luettu ja arvioitu kuuluvaksi tiettyyn luokkaan eli subjektiivista näkemystä ei pystytä täysin sivuttamaan.

Tutkimuksen sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että mitataanko sitä mitä on tarkoituskin mitata, ovatko käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja kattavatko ne tutkittavan ilmiön riittävän laajasti (Metsämuuronen 2009, 125-133). Tässä tutkimuksessa sisäistä validiteettia on pyritty lisäämään perehtymällä huolellisesti aihetta koskevaan aikaisempiin tutkimustuloksiin ja kirjallisuuteen sekä kuvaamalla tarkasti ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskeva käsitteistö. Aikaisemmissa tutkimuksissa ehkäisykäsityksien käytön jatkuvuutta on mitattu monilla eri tavoilla ja käytettyjä käsitteitä ei ole määritelty tai ne on määritelty eri tavoin (Hall ym. 2010). Tämän vuoksi aikaisempien tutkimustulosten vertailu oli haastavaa ja ehkäisyn käytön jatkuvuuden mittaaminen piti määritellä uudelleen valmiiksi kerätyn aineiston mahdollistamissa puitteissa.

Tämän työn ulkoista validiteettia eli tutkimuksen yleistettävyyttä (Metsämuuronen 2009, 125-133) rajoittavia tekijöitä ovat aineiston pieni koko ja ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskevien tietojen puuttuminen tutkittavilta, jotka eivät osallistuneet ehkäisykontrollikäynneille. Näiden tekijöiden vuoksi tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Lisäksi aineiston pienen koon vuoksi tilastollisia merkitsevyyksiä ei pystytty kaikilta osin laskemaan eikä tarkastelemaan ehkäisykäytön jatkuvuutta taustatekijöiden mukaan. Toisaalta taustatekijöiden frekvenssi- ja prosenttijakaumat osoittavat, että tutkittavat edustavat melko kattavasti tähän ikäryhmään kuuluvia henkilöitä esimerkiksi koulutus- ja perhetaustan vaihtelevuuden kautta tarkasteltuna.

7.3 Käytännön sovellukset ja jatkotutkimus

Yksi osa seksuaaliterveyden tukemista on kokonaisvaltaisen, yksilöllisen raskaudenehkäisyneuvonnan järjestäminen, jonka suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa tarvitaan tieto-taito-osaamista. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää käytännön työssä nuorille suunnattujen ehkäisypalveluiden parissa. Ehkäisyn käytön jatkuvuuden tunnistaminen on tärkeää, jotta siihen osataan puuttua ja huomioida jo siinä vaiheessa kun ehkäisyä aloitetaan sekä voidaan arvioida, minkälaisia toimia tarvitaan ehkäisyn käyttämättömyyden vähentämisessä. Ehkäisyneuvonnassa tulisi nähdä asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti ja kiinnittää huomiota koko hoidon jatkuvuuteen. Ehkäisyn käytön jatkuvuuden tunteminen mahdollistaa terveydenhuollon työntekijöitä kiinnittämään näihin asioihin paremmin huomiota ja hyödyntämään tietoja ehkäisyn valinnassa ja asiakkaan neuvonnassa.

Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä yleistyksiä ehkäisyn käytön jatkuvuuden suhteen vaan asian tarkempi selvittäminen edellyttää jatkotutkimuksia aiheesta. Ehkäisyntöytä jatkuvuutta pitäisi tutkia isommalla otannalla raskauden ehkäisyneuvontaa toteuttavassa paikassa. Jatkotutkimuksessa olisi tärkeää saada tietoja myös niiden henkilöiden ehkäisyn käytön jatkuvuudesta, jotka eivät osallistuneet ehkäisykontrollikäynneille. Jatkotutkimuksessa voisi selvittää ehkäisyn käytön jatkuvuutta taustatietekijöiden kuten iän, asumismuodon, koulutuksen ja aloitetun ehkäisyntöytämenetelmän mukaan.

Jatkotutkimuksessa voisi huomioida myös ehkäisyn käytön lopettamisen tai vaihtamisen syyt, joihin kuuluu Trierweilerin (2000) mukaan muun muassa puutteelliset tiedot menetelmän käytöstä, turvallisuudesta tai hyödyistä sekä haittavaikutukset. Lisäksi jatkuvuuteen vaikuttaa motivaatio ehkäisyä kohtaan, ehkäisyntöytämenetelmien saannin ja käytön helppous (Bitzer 2009) sekä vaihteleva tarve ehkäisyntöyille (Frost ym. 2007). Tieto ehkäisyn lopettamisesta tai alkamisesta

ta ei siis yksinään riitä kuvaamaan ilmiötä kokonaan. Ehkäisyn käytön jatkuvuutta koskevassa jatkotutkimuksessa pitäisi huomioida mitkä tekijät saattavat vaikuttaa raskauden ehkäisyn käytön jatkuvuuteen esimerkiksi ehkäisyneuvontapalveluiden laatu ja sisältö. Jatkotutkimuksessa voisi hyödyntää myös enemmän valmiita rekisteritietoja esimerkiksi raskauden keskeytyksiä ja synnytyksiä koskevia tilastoja.

LÄHTEET

Aalto-Setälä T. Marttunen M. Nuoren psyykkinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä? *Duodecim* 2007;123(2):207-13.

Aho T. Kotiranta-Ainamo A. Pelander A. Rinkinen T. Nuoruus ja seksuaalisuus. Teoksessa Alkio P (toim.) Puhutaan seksuaalisuudesta - nuori vastaanotolla. Helsinki: VL-Markkinointi Oy, 2008: 12-39, 54-68, 72-76.

Berenson A. Wiemann C. Patient satisfaction and side effects with levonorgestrel implant (Norplant) use in adolescents 18 years of age or younger. *Pediatrics* 1993;92(2):257-60.

Bitzer J. Contraceptive compliance – why is contraceptive failure still so frequent? Abstract. *Ther Umsch* 2009;66(2):137-43.

Cacciatore R. Apter D. Halonen M. Nuorten seksuaaliterveys ja seksuaalinen kehitys. [www-dokumentti] 8/2010 [haettu 19.8.2012].
http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/artikkelit/nuorten_seksuaaliterveys/

Dinerman L. Wilson M. Duggan A. Joffe A. Outcomes of adolescents using levonorgestrel implants vs. oral contraceptives or other contraceptive methods. Abstract. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 1995;149(9):967-72.

Ersek J. Huber L. Thompson M. Warren-Findlow J. Satisfaction and discontinuation of contraception by contraceptive method among university women. *Matern Child Health J* 2010: doi:10.1007/s10995-010-0610-y.

Faculty of Sexual & Reproductive Health Care. UK Medical eligibility criteria for contraceptive use. [www-dokumentti] 2009 [haettu 29.1.2013] www.fsrh.org

Falah Hassani K. Kosunen E. Rimpelä A. The Use of Oral Contraceptives Among Finnish Teenagers from 1981 to 2003. Abstract. *Journal of adolescent health* 2006;36(5):649-55.

Falah Hassani K. Changes in Sexual Behavior and Hormonal Contraceptives Use Among Finnish Adolescents. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 2010.

Frost J. Singh S. Finer L. U.S. Women`s one-year contraceptive use patterns, 2004. *Perspectives on sexual and reproductive health* 2007;39(1):48-55.

Fu H. Darroch J. Haas T. Ranjit N. Contraceptive failure rates: New estimates from the 1995 National Survey of Family Growth. *Family Planning Perspectives* 1999;31(2):56-63.

Grove D. Hooper D.J. Doctor contraceptive-prescribing behavior and women's attitudes towards contraception: two European surveys. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011;17(3):493-502.

Hall KS. White KO, Reame N. Westhoff C. Studying the use of oral contraception: a review of measurement approaches. *Journal of Women's Health* 2010;19(12):2203-10.

Heino A. Gissler M. Raskaudenkeskeytykset 2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [www-dokumentti] 2012 [haettu 1.12.2012]
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/raskaudenkeskeytykset/raskaudenkeskeytykset

Hirsijärvi S. Remes P. Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi 2009.

Ilmonen T. Seksuaalivoukta. Teoksessa Apter D, Väisälä L, Kaimola K (toim.) Seksuaalisuus. 1.painos. Helsinki: Duodecim 2006:41-59.

Kansanterveyslaki 14 / 28.1.1972.

Kouluterveyskysely 2010/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [www-dokumentti] 31.5.2012 [haettu 19.8.2012]
<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.html>

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus, 2009.

Lesnewski R. Prine L. Initiating Hormonal Contraception. *American Family Physician* 2006;74(1):105-12.

Moreua C. Cleland K. Trussel J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. *Contraception* 2007;76(4):267-72.

Moreua C. Bouyer J. Bajos N. Rodru`quez G. Trussel J. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Human reproduction* 2009;24(6):1387-92.

Rosenberg M. Waugh M. Oral contraceptive discontinuation: A prospective evaluation of frequency and reasons. Abstract. *American journal of obstetrics and gynecology* 1998a;179(3):577-82.

- Rosenberg M. Waugh M. Burnhill M. Compliance, counseling and satisfaction with oral contraceptives: A prospective evaluation. *Family Planning perspectives* 1998b;30(2):89-92.
- Rosenberg M. Waugh M. Meehan T. Use and misuse of oral contraceptives: Risk indicators for poor pill taking and discontinuation. *Contraception* 1995a;51(5):283-8.
- Rosenberg M. Burnhill M. Waugh M. Grimes D. Hillard P. Compliance and oral contraceptives: A Review. *Contraception* 1995b;52(3):137-41.
- Rosenberg M. Waugh M. Long S. Unintended pregnancies and use, misuse and discontinuation of oral-contraceptives. Abstract. *Journal of reproductive medicine* 1995c; 40(5):355-60.
- Sanders S. Graham C. Bass J. Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001;64(1):51-8.
- Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhuoltoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Helsinki: Valopaino Oy, 2010:51.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Yliopistopaino, 2007: 33.
- Suhonen S. Heikinheimo O. Kun raskauden ehkäisy epäonnistuu. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2008;124(4):457-61
- Tartuntatautirekisteri. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [www-dokumentti] 2012 [haettu 21.8.2012] <http://www3.ktl.fi/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ehkäisyneuvonta ja seksuaalineuvonta. [www-dokumentti] 2012a [haettu 10.12.2012] http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/oppilas/kouluterveydenhuolto/ehkaisyneuvonta
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. HIV- ja AIDS -tilastot. [www-dokumentti] 27.11.2012b [haettu 1.12.2012] http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/tilastot_ja_rekisterit/hiv-_ja_aids_-tilastot/
- Terveydenhuoltolaki 13 / 30.12.2010/1326.
- Tiitinen A. Raskauden ehkäisy. *Duodecim. Terveyskirjasto*. [www-dokumentti] 2011 [haettu 20.8.2012] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165

Tiitinen A. Raskauden keskeytys (abortti). Duodecim. Terveyskirjasto. [www-dokumentti] 18.9.2012 [haettu 16.5.2013]

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00166

Trierweiler K. Contraceptive failure. How Clinicians Can Promote Effective Contraceptive Practice. Colorado Department of Public Health and Environment. 2000.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [www-dokumentti] 2002 [haettu 5.11.2012]

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Vuori E. Gissler M. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 2012:20.

Vaughan B. Trussell J. Kost K. Singh S. Jones R. Discontinuation and resumption of contraceptive use: results from the 2002 National Surveys of Family Growth. Contraception 2008;78(4):271-83.

Väestöliitto. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki: 2006: 14-5, 22-4.

Väestöliitto. Raskauden ehkäisy. [www-dokumentti] 2009 [haettu 20.8.2012]

http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/naiset/seksuaalisuuden_suloja_ja_seksin/raskauden_ehkaisy/

Väestöliitto. Tilastot. Nuorten seksuaaliterveystilanne. [www-dokumentti] 2012a [haettu 19.8.2012]

<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tilastot/>

Väestöliitto. Nuori vastaanotolla. [www-dokumentti] 2012b [haettu 11.12.2012]

http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tyokalupakki/valineita_nuoren_kohtaamiseen/nuori_vastaanotolla-seksuaalite/

Väestöliitto. Hormonaalinen ehkäisy. [www-dokumentti] 2013 [haettu 29.1.2013]

http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/raskauden_ehkaisy/hormonaalinen_ehkaisy/

WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva Sexual health. Geneva: 2006:5.

Westhoff CL. Heartwell S. Edwards S. Ziean M. Stuart G. Cwiak C. Davis A. Robilotto T. Cushman L. Kalmuss D. Oral contraceptive discontinuation: do

side effects matter? American Journal of Obstetrics & Gynecology 2007;196(4):412.

Zibners A. Barbara. Cromer. Hayes J. Comparison of continuation rates for hormonal contraception among adolescents. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 1999;12(2):90-4.

EHKÄISYN KÄYTÖN JATKUVUUTTA KÄSITTELEVÄT TUTKIMUKSET

Tutkijat Vuosi Maa	Tutkittavien lukumäärä (n) ja ikä	Tutkimuksen tulokset
Berenson ym. 1993 USA	n=21 alle 19- vuotiaat	Kuuden kuukauden kapselin käytön jälkeen 8% tutkittavista halusi lopettaa käytön haittavaikutuksien vuoksi.
Bitzer 2009	Review- artikkeli	Monien indikaattoreiden mukaan ehkäisy on oikeanlainen käyttö on kaukana ideaalista. Monien tutkimuksien mukaan suunnittelemattomia raskauksien määrä on 50%, joista puolet päätyvät keskeytykseen. Myös ehkäisyn lopettamisen vuosittainen taso oli jopa 50%.
Dinerman ym. 1995 USA	n=166 12-18- vuotiaat	Ehkäisykapselin käytön jatkuvuutta koskevat luvut olivat tilastollisesti suuremmat ehkäisypille- reiden käyttöön verrattuna (χ^2 , $P < .001$), huolimatta samanlaisesta tyytyväisyydestä menetelmiä kohtaan.
Ersek ym. 2010 USA	n=172 18-36- vuotiaat	Yhdynnöistä riippumattomien menetelmien (pillerit, ruiskut, renkaat, kapselit, sterilisaatio, laastarit) käyttäjät olivat tyytyväisempiä ja lopettivat ehkäisyn käytön epätodennäköisemmin kuin yhdynnästä riippuvien menetelmien (miesten ja naisten kondomi, pidättäytyminen, varmat päivät, keskeytetty yhdyntä, pessaari) käyttäjät. Tutkittavista 79% käytti yhdynnöistä riippumattomia menetelmiä ja 21% yhdynnästä riippuvaa menetelmää. Lähes kaksi kolmasosaa (65%) tutkittavista oli lopettanut viimeisen käytössä olleen ehkäisymenetelmän.
Frost ym. 2007 USA	n=1 978 18-44- vuotiaat National Survey of Family Growth 1995	Naisista 23% oli taukoja ehkäisyn käytössä, jolloin he olivat alttiina suunnittelemattomille raskauksille. Näistä 8% oli lopettanut kokonaan ja 15%:lla oli ollut yksi tai useampia taukoja ehkäisyn käytössä, vaikka heillä oli ehkäisyntarvetta. Yli puolet naisista oli käyttänyt ehkäisyä edeltäneen 12 kuukauden aikana, 38% naisista oli käyttänyt samaa ehkäisymenetelmää ja 24% naisista oli vaihtanut menetelmää. Yli puolet (56%) tutkittavista oli käyttänyt edeltäneen vuoden alusta hormonaalista tai pitkäaikaista ehkäisyä (ehkäisypilleri, -ruiske, -rengas, -laastari, kierukka, kapseli), joista 17% oli lopettanut käytön kokonaan edeltäneen vuoden aikana. Tutkittavista 40% oli käyttänyt estemenetelmiä (kondomia, pessaaria, spermisidejä, keskeytettyä yhdyntää tai varmoja päiviä), joista 27% oli lopettanut menetelmän käytön edeltäneen vuoden aikana. Tutkittavista 56% jatkoi saman ehkäisyn

		käyttöä koko vuoden.
Fu ym. 1999 USA	Aineisto: National Survey of Family Growth 1995, Abortion Patient Survey 1994-1995.	Ensimmäisen vuoden käytön aikana ehkäisykapselin ja injektion käyttäjillä (2-4%) oli vähiten käyttöön liittyviä epäonnistumisia seuraavana olivat ehkäisypilleri (9%), pessaari (13%) ja miesten kondomi (15%). Ehkäisyn käytön epäonnistumisen tasot vaihtelivat menetelmän ja henkilön taustatietojen mukaan. Henkilön alhainen tulotaso vaikutti merkittävästi ehkäisyn käytön epäonnistumiseen.
Hall ym. 2010	Review-artikkeli n=38 tutki- musta	Ehkäisypillereiden jatkuvuutta kuvaava terminologia kuten ”jatkaminen” ja ”noudattaminen” on määritelty eri tutkimuksissa eri tavalla tai sitä ei ole määritelty lainkaan. Käsitteiden johdonmukainen käyttäminen tutkimuksissa mahdollistaisi tarkemman arvioinnin pillereiden virheelliseen käyttöön ja sen seurauksiin liittyen. Lisäksi tuloksien vertailu mahdollistuisi.
Moreua ym. 2007 USA	n=6 724 15-44- vuotiaat	Tutkittavista 46% oli joskus lopettanut ehkäisyn käytön menetelmään tyytymättömyyden vuoksi. Naisista 29% oli joskus lopettanut pillereiden käytön, koska eivät olleet menetelmään tyytyväisiä. Menetelmän tyytymättömyyden vuoksi lopettaneiden määrä vaihteli paljon eri ehkäisy- menetelmillä.
Moreua ym. 2009 Ranska	n=2 863 18-44- vuotiaat	Pillereidenkäyttäjistä 22% lopetti käytön vuoden sisällä ja 48% käyttäjistä neljän vuoden käytön aikana.
Vaughan ym. 2008 USA	n=7 643 15-44- vuotiaat	Kaikki menetelmät huomioiden 68% lopetti ehkäisyn käytön ensimmäisen vuoden aikana. Ehkäisyn kokonaan lopettaneiden osuus oli kuitenkin vain 25%. Suurin osa siis aloitti lopettamisen jälkeen jonkin uuden ehkäisyn käytön. Arvioidut lopettamisluvut olivat suurimmat miesten kondomin käyttäjillä (57%), keskeytettyä yhdyntää käyttäjillä (54%), ”varmoinhin päiviin” luottavilla (53%) ja ehkäisyruiskeen käyttäjillä (44%) ja pienimmät luvut pillereiden käyttäjillä (33%).
Rosenberg ym. 1995a Eurooppa	n= 6 676 16-30- vuotiaat	Suurin osa (81%) käytti suun kautta otettavaa ehkäisyä ohjeiden mukaisesti. Tutkittavista 19%:lla oli kuitenkin yhden tai useamman pillerin unohduksia jokaista kiertoa kohden ja tutkittavista 10% unohti kaksi tai useampaa pilleriä jokaisella kierrolla. Ehkäisypillereiden lopettamista ennustava tekijä oli niiden aiheuttamat haittavaikutukset.
Rosenberg ym. 1995b	Review-artikkeli	Ehkäisypillereiden käyttöön liittyvät ongelmat ovat yleisempiä, mitä potilastyötä tekevät yleisesti arvioivat, koska ei-toivotut raskaudet ovat suhteellisen harvinaisia ja paljon yleisempää oiretta eli tiputteluvuotoa ei tunnisteta johtuvaksi virheellisestä käytöstä. Potilasohjauksen tulisi

		olla yksilöllistä, joka edellyttää tietämystä käyttöä ennustavista tekijöistä ja asiakkaan päätöksentekoprosessista lääkkeiden ottamisesta. Puutteellista ohjeiden noudattamista ennustavia tekijöitä ovat seksikumppaneiden runsas määrä, huono koettu terveys, huoli raskaaksi tulemisesta ja aikaisempi raskaudenkeskeytys. Ohjeiden mukainen käyttö on yhteydessä tyytyväisyyteen neuvontaa kohtaan, tiettyjen haittavaikutusten puuttuminen, päivittäinen rutiininomainen pillereiden ottaminen ja pillereiden pakkausselosteen lukeminen.
Rosenberg ym. 1995c USA	Review-artikkeli	Arvion mukaan USA:ssa on noin miljoona suunnittelematonta raskautta, jotka ovat yhteydessä ehkäisytablettien käyttöön, väärinkäyttöön tai lopettamiseen.
Rosenberg ym. 1998a USA	n=1 657	Pillereiden käyttäjistä 32% lopetti niiden käytön kuuden kuukauden kuluttua aloituksesta. Vastaavasti pillereihin vaihtaneista 16% oli lopettanut niiden käytön.
Rosenberg ym. 1998b USA	n= 943	Noin puolet tutkittavista raportoivat unohtavansa yhden tai useamman pillerin jokaisen kierron aikana ja 22% tutkittavista unohti kaksi tai enemmän.
Sanders ym. 2001 USA	n=79 yli 18- vuotiaat	Vuoden kuluttua pillereiden aloituksesta melkein puolet (47%) lopetti käytön ja 14% vaihtoi toiseen ehkäisytablettiin. Vain 38% jatkoi aloitetun ehkäisytablettien käyttöä.
Westhoff ym. 2007 USA	n= 1 716 yli 25- vuotiaat	Melkein 60% pillereiden käyttäjistä lopetti niiden käytön kuuden kuukauden sisällä aloituksesta.
Zibners ym. 1999 USA	n=494 keski-ikä 15,5-vuotta	Nuorista 12% jatkoi pillereiden käyttöä vuoden kuluttua aloituksesta. Suojan jatkuvuus luvut (eli luvut, joihin oli huomioitu vaihto toiseen menetelmään ilman keskeytystä) olivat paljon korkeampia. Vuoden käytön jälkeen pillereillä 49%. Kapselin käytön jatkaminen oli myös merkittävästi suurempi kuin muilla hormonaalisilla ehkäisytabletteilla (ehkäisytablettit ja -ruiske). Vuoden kuluttua aloituksesta 82% jatkoi kapselin käyttöä.

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS PRO GRADU TUTKIELMAN AINEISTON KOKOAMISEEN

Tutkimuksen nimi

Nuorten raskauden ehkäisyn käytön jatkaminen

Tutkimusongelma

Kuinka moni aloittaa raskauden ehkäisyn käytön aloituskäynnin jälkeen?

Kuinka moni jatkaa/ lopettaa raskauden ehkäisyn käyttöä kolmen kuukauden käytön jälkeen?

Kuinka moni jatkaa/ lopettaa raskauden ehkäisyn käyttöä vuoden käytön jälkeen?

Kuinka moni vaihtaa raskauden ehkäisymenetelmää kolmen kuukauden käytön jälkeen?

Kuinka moni vaihtaa raskauden ehkäisymenetelmää vuoden käytön jälkeen?

Miksi nuori lopettaa raskauden ehkäisykäytön?

Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä

Tutkimuksen kohteena Väestöliiton Nuorten Avoimien Ovien ehkäisyneuvonta-asiakkaat, jotka ovat käyneet ehkäisynaloituskäynnillä vuosien 2006 ja 2007 aikana.

Aineisto kerätään asiakkaita koskevista rekisteritiedoista.

Tutkimuksen toteuttamisajankohta

1/2012-12/2012

Tutkimuksen toteuttaja

Anu Pakkanen

Anu Pakkanen

Kätilö, sh, seksuaalineuvoja

Terveyskasvatuksen opiskelija (Jyväskylän yliopisto)

Tutkimuslupa käsitelty ja myönnetty



Dan Apter

Ylilääkäri

Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikka

Paikka

sh

pvm

2,3 2012

EHKÄISYNKÄYTÖN JATKUVUUTTA KOSKEVAN AINEISTON KERÄÄMINEN

I Ehkäisynaloituskäynti (pvm):
II Tutkimushenkilönumero:
III Syntymäaika:
IV Koulutus: 1) käy peruskoulua 2) lukiota 3) ammattikoulua 4) ei mitään 5) ei tietoa
V Asumismuoto: 1) ydinperhe 2) toisen vanhemman kanssa 3) uusperheessä 4) vanhemman ja tämän kumppanin kanssa 5) nuorisokoti 6) ei tietoa 7) jokin muu:
VI Tupakointi: 1) ei tupakoi 2) tupakoi satunnaisesti 3) tupakoi säännöllisesti 4) ei tietoa
VII Mikä ehkäisymenetelmä aloitettiin: 1) ehkäisytabletit 2) minipillerit 3) ehkäisyrenkas 4) ehkäisykondomi 5) kapseli 6) hormonikierukka 7) kuparikierukka 8) muu

VIII Ensimmäinen ehkäisykontrollikäynti (pvm):
IX Aloittiko ehkäisymenetelmän käytön: 1) ei 2) kyllä
X Lopettiko ehkäisyn käytön viime käynnin jälkeen: 1) ei 2) kyllä
XI Onko vaihtanut johonkin toiseen ehkäisymenetelmään: 1) ei 2) kyllä
XII Minkä ehkäisymenetelmän on aloittanut: (ks. vastausvaihtoehdot kysymyksestä VII)
XIII Vaihdettiinko käynnillä toiseen ehkäisymenetelmään: 1) ei 2) kyllä
XIV Mihin ehkäisymenetelmään vaihdettiin: (ks. vastausvaihtoehdot kysymyksestä VII)
XV Toinen ehkäisykontrollikäynti (pvm):
XVI Tupakointi?: 1) ei tupakoi 2) tupakoi satunnaisesti 3) tupakoi säännöllisesti 4) ei tietoa
XVII Onko lopettanut ehkäisyn käytön viime käynnin jälkeen: 1) ei 2) kyllä
XVIII Onko vaihtanut johonkin toiseen ehkäisymenetelmään viime käynnin jälkeen: 1) ei 2) kyllä
XIX Mihin ehkäisymenetelmään on vaihdettu: (ks. vastausvaihtoehdot kysymyksestä VII)
XX Vaihdettiinko käynnillä toiseen ehkäisymenetelmään: 1) ei 2) kyllä
XXI Mihin ehkäisymenetelmään vaihdettiin: (ks. vastausvaihtoehdot kysymyksestä VII)