

Sara Lokka

KIPU JA KOHTAAMINEN

Kierukkaa käyttävien kokemukset kierukan asettamisesta ja
lääkäreiden rooli kokemuksien muodostumisessa

TIIVISTELMÄ

Sara Lokka: Kipu ja kohtaaminen - Kierukkaa käyttävien kokemukset kierukan asettamisesta ja lääkäreiden rooli kokemusten muodostumisessa
Kandidaatintutkielma
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatutkimuksen tutkinto-ohjelma
Toukokuu 2024

Tässä kandidaatintutkielmassa tarkastelen kierukkaa käyttävien kokemuksia kierukan asettamisesta. Vasta viime vuosina yleiseen keskusteluun ovat nousseet kokemukset kierukan asettamisesta. Keskiössä ovat olleet etenkin toimenpiteen kivuliaisuus ja siitä aiheutuvat mahdolliset komplikaatiot. Tieteellinen tutkimus on valottanut varsin vähän kokemuksia kierukan asettamisesta. Se muodostaakin aukon, johon tämä tutkielma sijoittuu. Tutkimuskysymykseni ovat millaisia kokemuksia kierukan asettamisesta jää ja miten lääkäreiden koetaan suhtautuvan kipuun toimenpiteessä. Tutkimukseni pohjautuu kirjallisuuteen, jossa tutkitaan vuorovaikutusta vastaanottotilanteissa. Hyödynnän tutkimuksessani fenomenologista lähestymistapaa kokemusten muodostumiseen. Erityisen keskeiseksi käsitteeksi valikoitui lääkäri–potilas-suhde.

Tutkimus on luonteeltaan laadullinen ja aineistona toimii sähköisesti toteuttamani kysely. Kyselyyn vastasi 32 henkilöä. Analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin, ja jaottelin kyselylomakkeen vastaukset ylä- ja alakategorioihin. Potilaiden kokemuksista muodostui kaksi yläkategoriaa, jotka jakautuvat viiteen alakategoriaan. Yläkategoriat ovat hyvät ja huonot kokemukset. Suurimmaksi osaksi vastaajat ovat tyytyväisiä toimenpiteeseen, eli suuremman yläkategorian muodostaa hyvät kokemukset. Tämä yläkategoria jakautuu helpottuneisiin, erityisen hyvin onnistuneisiin ja kivuliaisiin, mutta silti hyviin kokemuksiin. Aineistossa on kuitenkin myös heitä, joiden toimenpide ei ollut sujunut toivotulla tavalla. He muodostavat yläkategorioista jälkimmäisen. Huonot kokemukset jakautuvat erityisen huonoihin ja sivuutettuihin. Erityisen huonoissa kokemuksissa on pelkoa, kipua ja epäonnistunut lääkäri–potilas-suhde. Sivuutetut-kategoriassa potilaat eivät tulleet kohdatuksi ja kipua vähäteltiin. Kokemukset lääkärin suhtautumisesta jakautuvat kahteen kategoriaan: empaattiseen ja välinpitämättömään suhtautumiseen.

Tutkimukseni tulokset ovat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan potilaan kokemuksen muodostumisessa lääkärin suhtautumisella potilaaseen on suuri merkitys. Toimivan lääkäri–potilas-suhteen rakentaminen on siis kriittinen tekijä sekä potilaan että lääkärin tyytyväisyydessä. Empatia on tärkeä osa lääkärin työtä, ja jopa kivuliaasta toimenpiteestä voi jäädä hyvä olo, jos potilasta on kannustettu ja tuettu toimenpiteessä. Tulokseni korostavat sitä, että kierukan asettaminen voi olla joillekin jopa psyykkisesti traumaattinen kokemus. Siksi kivun hoitoon ja tutkimiseen tulisi panostaa nykyistä enemmän.

Avainsanat: gynekologia, fenomenologia, kivunlievitys, lääkäri–potilas-suhde, empatia

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kipu kierukan asettamisessa	4
3	Teoreettinen viitekehys	7
	3.1 Lääkäri–potilas-suhde	7
	3.2 Potilaiden ja lääkäreiden kokemukset kivusta	8
4	Tutkimusasetelma	9
	4.1 Tutkimuskysymys ja aineisto	9
	4.2. Sisällönanalyysi	11
	4.3 Tutkimuseettiset kysymykset	11
5	Tutkimustulokset	13
	5.1 Taustoittavien kysymysten tulokset	13
	5.2 Kokemukset toimenpiteestä	14
	5.3 Kokemukset lääkäreiden suhtautumisesta kipuun	17
6	Pohdinta	19
	Lähteet	22
	Liite 1. Kyselylomake	26

1 Johdanto

Gynekologian historia on osittain synkkä ja kipurikas. Amerikkalaisessa kontekstissa modernin gynekologian oppi-isänä pidetään James Marion Simsiä, joka suoritti gynekologisia toimenpiteitä orjille 1800-luvun Yhdysvalloissa (Holland 2017). Hän ei käyttänyt puudutusta, koska hänen mukaansa kipu kuului toimenpiteeseen, eikä sen välttäminen ollut vaivan arvoista (Lawal 2022). Hän myös ajatteli, etteivät tummaihoiset koe kipua yhtä voimakkaasti kuin valkoihoiset (Holland 2017). Kaikuja Simsin ajattelusta kohtaa valitettavasti edelleen nykypäivän lääketieteessä. Tummaihoisten kipua ei hoideta edelleenkään yhtä tehokkaasti kuin valkoisten (Hoffman, Trawalter, Axt & Oliver 2016) ja gynekologisten sairauksien aiheuttamaa kipua on historiallisesti vähätelty ja sivuutettu (Hudson 2022). Esimerkiksi puudutuksen saaminen kierukan asettamiseen on edelleen hankalaa.

Vaikka kierukka on ehkäisymenetelmänä tehokas, pelko sen asettamisen sattumisesta on monelle syy olla hankkimatta kierukkaa (Lopez ym. 2015; Nguyen ym. 2020). Kierukan asettamisesta aiheutuvan kivun määrä on yksilöllistä eivätkä kaikki tunne kipua ollenkaan. Jotkut tutkimukset osoittavat siihen suuntaan, että yleensä kierukasta aiheutuva kipu on siedettävää (Contraceptive Technology Update 2010; Akintomide, Brima, Sewell & Stephenson 2015), mutta monille, esimerkiksi synnyttämättömille potilaille, kipu voi olla suurta (Contraceptive Technology Update 2016; Ashour ym. 2020).

Kierukat ovat kohtuun asetettavia ehkäisyvälineitä, joiden ehkäisyteho on erittäin hyvä (Tiitinen 2023a). Kierukoita on kahta eri tyyppiä: hormoni- ja kuparikierukoita (em.). Kuparikierukan teho perustuu siihen, että se saa aikaan siittiöiden selviytymistä ja kohdussa liikkumista vaikeuttavan reaktion (em.). Hormonikierukat puolestaan paksuntavat kohdunkaulan limaa, joka myös vaikeuttaa siittiöiden toimintaa (Tiitinen 2023b). Molemmat kierukkatyypit estävät alkion kiinnittymisen, joka estää raskauden, mikäli siittiöt pääsisivätkin hedelmöittämään munasolun (Tiitinen 2023a; Tiitinen 2023b).

Vuonna 2016 on arvioitu, että 23 prosenttia suomalaisnaisista käyttää kierukkaa. Heistä hormonikierukkaa käyttävien osuus on noin 90 prosenttia (Kaislasuo, Suhonen & Heikinheimo 2016), joka jättää kuparikierukalle noin 10 prosentin osuuden. Kierukat ovat siis ehkäisymenetelmänä varsin yleisiä, joka selittynee niiden helppokäyttöisyydellä ja pitkällä käyttöiällä (Kaislasuo, Korjamo & Heikinheimo 2020).

Tässä tutkielmassa kysyn, minkälaisia kokemuksia kierukan asettamisesta muodostuu ja miten lääkäreiden koetaan suhtautuvan mahdolliseen kipuun toimenpiteessä. Tutkimuksen aineistona on anonyymi kysely, ja kiitän jokaista kyselyyn vastannutta. Tutkin aineistoa sisällönanalyysin keinoin muodostaen aineistosta erilaisia kategorioita siitä, millaisia kokemuksia potilaille jää ja millaisia lääkäreiden suhtautumiset toimenpiteessä ovat.

Tutkimus gynekologiapotilaiden kokemuksista on tärkeää ja ajankohtaista, koska se on jäänyt vähemmälle huomiolle jo pitkään tutkimuskentällä. Ylipäätään naisten sairauksien tutkimus on vähäistä ja alirahoitettua, minkä vuoksi tietämys naisia koskevista terveydellisistä ongelmista on kovin puutteellista (Smith 2023). Tietämystä raskaudenehkäisystä on täydennettävä, josta yhtenä esimerkkinä toimii vuonna 2001 toteutettu tutkimus, jossa 76 prosenttia vastaajista raportoi hormonaalisen ehkäisyn aiheuttaneen heille haittavaikutuksia (Tiihonen 2012). Vuonna 2007 luku oli 66 prosenttia (em.). Lisäksi osa gynekologiapotilaista joutuu kokemaan sellaista kipua, joka voitaisiin välttää enemmällä tutkimuksella ja tietämyksellä. Kierukan asettaminen on joillekin jopa traumaattista (O'Donohue 2021). Kaiken kaikkiaan tietämystä raskaudenehkäisystä tulisi lisätä (ks. Kitchener 2021; Brend & Dubois 2022).

Kierukan asettamisesta aiheutuvaa kipua on tarkasteltu useissa määrällisissä tutkimuksissa, joissa tavoitteena on ollut tutkia jonkin lääkeaineen tehokkuutta. Painopiste ei kuitenkaan ole monessakaan tutkimuksessa ollut juuri potilaiden henkisissä kokemuksissa. Niitä on tutkittu vain vähäisesti englanninkielisissä tutkimuksissa – suomenkielisistä tutkimuksista puhumattakaan. Kuitenkin ainakin yhdessä suomenkielisessä opinnäytetyössä on tutkittu asettamisesta aiheutuvan kivun määrää (Kosonen 2021).

Tutkielmani rakentuu siten, että toisessa pääluvussa käsittelen aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta. Kerron miten kipua tutkitaan ja minkälaisia kivunlievityskeinoja on saatavilla kierukan asettamiseen. Kolmannessa pääluvussa esittelen tutkimukselleni relevantin teoriataustan, eli yhteiskuntatutkimuksellisen perinteen mukaisen fenomenologisen tavan tutkia kipua. Käsittelen lisäksi tutkimukselle keskeistä lääkäri–potilas-suhteen käsitettä. Neljännessä luvussa käyn läpi tutkimuskysymykseni, esittelen aineistoni ja analyysimetodini sekä lopuksi selostan tutkimukseeni liittyvän eettisen pohdinnan. Viidennessä luvussa esittelen kyselylomakkeeni vastauksia ja kerron analyysini tulokset. Viimeisessä, eli kuudennessa luvussa esitän pohdintaa tuloksista ja luonnostelen jatkotutkimuksen tarpeita.

2 Kipu kierukan asettamisessa

Tässä pääluvussa käsittelen kierukan asettamisen kannalta muutamia tunnettuja lääkkeellisiä kivunlievityksaineita, sekä kerron miten kipuun voidaan puuttua psyykkisillä keinoilla. Selostan lyhyesti, mitkä asiat vaikuttavat potilaan kipukokemukseen kierukan asettamisessa ja mitkä tekijät ennustavat kipua toimenpiteessä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että kipua koetaan eri tavoin ja että kipuun vaikuttavat eri tekijät. Kierukan asettamisessa koettuun kipuun vaikuttavat muun muassa ahdistus ja pelko toimenpiteestä, kohdun asento ja se onko potilas synnyttänyt koskaan. Mielenkiintoisesti myös kulttuuriset erot voivat vaikuttaa toimenpiteessä koettuun kipuun, jolloin joissain maissa havaitaan pienempää kipua kierukan asettamisessa kuin toisissa (Akintomide, Brima, Sewell & Stephenson 2015).

Jotkut tutkimukset esittävät, että kierukan asettamisesta aiheutuva kipu on useimmille siedettävää (Contraceptive Technology Update 2010; Akintomide, Brima, Sewell & Stephenson 2015). Joillekin se voi olla toisaalta vaikea ja erittäin kivulias kokemus. Kivunlievitystä on kutsuttu jopa ihmisoikeudeksi (Brennan, Carr & Cousins 2007), mutta kierukan asettamiseen sen saaminen ei ole yksioikoista. Lääkkeellisen kivunlievityksen saamisen vaikeus voisi selittyä osaksi tutkimustulosten ristiriitaisuudella. Standardikäyttöön etsitään toimivia kipua lieventäviä lääkeaineita, mutta usein tutkimustulokset eivät ole tarpeeksi vakuuttavia (Gemzell-Danielsson ym. 2019). Jotkut tulokset ovat suoraan ristiriidassa keskenään.

Vuonna 2020 tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa tutkituimmiksi lääkeaineiksi kierukan asettamisessa todettiin ei-steroidiset tulehduskipulääkkeet, lidokaiini ja misoprostoli (Nguyen ym. 2020). Lidokaiinin ja misoprostolin tehokkuudesta on molemmista tutkimuksia puolesta ja vastaan (vrt. H. Aksoy, Ü. Aksoy, Ozyurt, Açmaz & Babayigit 2016; Lopez ym. 2015). Esimerkiksi Käypä hoito -suosituksen mukaan lidokaiinista ei ole hyötyä kierukan asettamisessa (Käypä hoito 2022).

Ibuprofeenilla ei ole todettua vaikutusta kivunlievittäjänä kierukan asettamisessa, mutta sillä voi olla pieni lumevaikutus (Bednarek, Creinin, Reeves, Cwiak, Espey & Jensen 2015) ja se voi auttaa sietämään toimenpiteestä aiheutuvia kramppeja (Kaislasuo, Suhonen & Heikinheimo 2016; Käypä hoito 2022). Lisäksi annettavan kivunlievityksineen tehoa voidaan voimistaa luomalla potilaalle mielikuva siitä, miten aine toimii. Tämä mekanismi perustuu samaan ilmiöön lumelääkkeiden kanssa. Potilaan uskomus lääkkeen tehokkuudesta voi saada lääkkeen toimimaan paremmin kuin miten se todellisuudessa toimi. (Peerdeman ym. 2016).

Stempinski-Metoyer, Madrigal, Adam ja Patel (2018) tutkivat väheneekö kierukan asettamisesta aiheutuva kipu, jos toimenpiteessä on mukana erillinen henkilö, joka tukee potilasta sanallisesti. Tutkimustulosten mukaan sanallista tukea saaneiden potilaiden ryhmä ei juuri eronnut kontrolliryhmästä eli erillisellä tukea tarjoavalla henkilöllä ei ollut vaikutusta koettuun kipuun (em.). Empaattinen suhtautuminen ja tuen tarjoaminen ei siis tutkimuksen mukaan vähennä toimenpiteessä koettua kipua, mutta on tärkeää huomata, että se voi auttaa kivun sietämisessä. Läheisen henkilön, esimerkiksi oman kumppanin tuominen mukaan vastaanotolle on joillekin keino lieventää toimenpiteestä aiheutuvaa ahdistusta.

Erillistä, potilaalle ei-läheistä tukihenkilöä ei siis välttämättä tarvita toimenpiteeseen. Lääkärillä on luonnollisesti erityinen rooli asennoitumisessa potilaan kokemaan kipuun. Náfrádi, Kostova, Nakamoto ja Schulz (2018) tutkivat aihetta ja totesivat, että lääkärin lämmin ja empaattinen suhtautuminen kipuun sekä potilaaseen ylipäättään voi auttaa potilasta kivun sietämisessä. Samoin Kaislasuo, Suhonen ja Heikinheimo (2016) painottavat rauhallisen ja luottamuksellisen tunnelman luomista vastaanotolle. Tutkimukseni suhteuttaa tämän tiedon gynekologian lääkäri-potilas-suhteisiin. Hyvästä ja empaattisesta vuorovaikutuksesta voisi olla hyötyä toimenpiteissä, joista aiheutuu kipua – varsinkin jos toimenpiteeseen ei ole saatavilla lääkinnällistä kivunlievityskeinoa.

Ahdistus toimenpiteestä on yhteydessä vaikeampaan asetukseen ja pahempaan kipuun (Kokanali ym. 2014). On siis tärkeää huomioida ahdistuksen vaikutus toimenpiteeseen. Aihe kaipaa kuitenkin lisää tutkimusta (Nguyen ym. 2020; McCarthy 2018). Keinoja, jotka

voivat lieventää potilaan tuntemaa ahdistusta toimenpiteessä ovat muun muassa musiikki (Chuang, P. Chen, Lee, C. Chen, Tu & Wu 2019), tuen tarjoaminen ja ajatusten vieminen pois toimenpiteestä (McCarthy 2018). Psyykkisiä keinoja kivunlievitykseen on siis useampia.

3 Teorettinen viitekehys

Tutkielmani sijoittuu osaksi yhteiskuntatutkimuksellista perinnettä kivun tutkimiseen. Hyödynnän tässä tutkimuksessa fenomenologista lähestymistapaa kokemusten muodostumiseen. Fenomenologia on työkalu ihmisten kokemusten tutkimisessa (Laine 2010). Keskeistä on ajatus siitä, että ympäristö muokkaa ihmistä ja ihminen muokkaa ympäristöä (em. 30). Fenomenologiassa tarkastelun keskiössä ovat ihmisten omat kokemukset, ja se miten kukin kulloinkin kokee ympäristönsä. Samassa tilanteessa oleville ihmisille muodostuu jokaiselle erilaiset kokemukset tilanteesta. Jokaisella on siis tilanteeseen erilainen perspektiivi, josta he katsovat maailmaa. Oma perspektiivi muotoutuu aikaisemmista kokemuksista, tavoista tuntea tunteita sekä arvoista ja käsityksistä. (Em.) Tässä luvussa avaan tutkimukselle keskeisen lääkäri–potilas-suhteen käsitteen ja kerron empatian tärkeydestä vastaanotolla. Käsittelen kivun arviointia lääkärin näkökulmasta, ja sitä, miten se usein eroaa potilaan omasta arviosta.

3.1 Lääkäri–potilas-suhde

Potilaan ja lääkärin välistä suhdetta on käsitelty paljon filosofisessa ja sosiologisessa kirjallisuudessa (Goold & Lipkin 1999). Lääkäri–potilas-suhteessa on tärkeää luoda turvallinen ilmapiiri, jossa potilas tuntee olonsa riittävän rentoutuneeksi ja jossa hän kykenee luottamaan lääkäriin (em.). Ilman luottoa potilas ei välttämättä tahdo kertoa tilanteestaan tarpeeksi kattavasti. Ahdistuneena potilaan on myös vaikeampaa sisäistää lääkärin antamaa tietoa. Suhteen laatu on merkittävä tekijä siinä, miten tyytyväisiä sekä potilas että lääkäri ovat toimenpiteeseen. (Em.)

Empaattinen suhtautumistapa on lääkäreille tärkeä kyky. Lääketieteellisessä koulutuksessa sitä pidetään tavoiteltavana taitona, mutta ainakaan Yhdysvalloissa sitä ei vielä opeteta kovinkaan suurissa määrin (Schwart, Osterberg & Hall 2022). Empatia on hyvän lääkäri–potilas-suhteen kulmakivi: se lievittää potilaan ahdistusta ja jännitystä sekä johtaa parempiin tuloksiin hoidossa (Derksen, Bensing & Lagro-Janssen 2013).

3.2 Potilaiden ja lääkäreiden kokemukset kivusta

Maguire, Morrell, Westhoff ja Davis (2014) tutkivat, miten hyvin lääkärit osaavat arvioida potilaan tuntemaa kipua kierukan asettamisessa. Tutkimus oli ensimmäisiä, mitä kierukan asettamisen kontekstissa on toteutettu, ellei jopa ensimmäinen. Tutkimuksen tulos oli lannistavasti se, että lääkärit usein aliarvioivat potilaan tuntemaa kipua. (Em.) Tulos on linjassa muiden lääketieteen aloilla toteutettujen tutkimusten kanssa (ks. Akintomide, Brima, Sewell & Stephenson 2015).

Lääkärin on haastavaa arvioida potilaan tuntemaa kipua osaltaan siksi, että kipu on täysin subjektiivinen kokemus (Ruben, Blanch-Hartigan & Shipherd 2018). Eräässä tutkimuksessa tutkittiin kroonisista kivuista kärsiviä potilaita ja heidän kertomuksiansa vastaanotoilta (Upshur, Bacigalupe & Luckmann 2010). Tutkimuksen aineistosta ilmeni lääkäreiden puolelta mm. väärinymmärtämistä, kivun sivuuttamista ja epäkunnioittavaa suhtautumista. Potilaista tuntui kuin he olisivat olleet liukuhihnalla ja he joutuivat kullemaan syytöksiä kipulääkkeiden väärinkäytöstä. (Em.). Kivun osuvan arvioinnin vaikeuteen saattaisi siis vaikuttaa subjektiivisuuden lisäksi kiire, kommunikaation heikko laatu ja se, että lääkäreiden täytyy arvioida potilaan mahdollista lääkkeiden väärinkäyttöä. Arvioinnin vaikeuteen voi vaikuttaa myös potilaan sukupuoli ja ikä (Lautenbacher, Niewelt & Kunz 2013).

4 Tutkimusasetelma

Tässä luvussa kertaan tutkimuskysymyksen ja käyn läpi tutkimuksen eri vaiheet. Esittelen kyselylomakkeen rakenteen perustellen siinä tehtyjä ratkaisuja. Kerron valitsemastani analyysimenetelmästä ja siitä, miten tekemäni analyysi eteni. Lopuksi pohdin tieteelliseen tutkimukseen liittyviä eettisiä ulottuvuuksia ja niiden toteutumista tässä tutkimuksessa.

4.1 Tutkimuskysymys ja aineisto

Tutkimuskysymyksen on kaksiosainen: millaisia kokemuksia kierukkaa käyttäville jää kierukan asettamisesta ja miten he kokevat lääkärin suhtautuvan heidän kokemaansa kipuun. Aineistona toimii itse toteuttamani kysely. Se toteutettiin anonymina nettilomakkeena, joka jaettiin Tampereen yliopiston yhteiskuntatutkimuksen ainejärjestön viikkotiedotteessa ja lisäksi jaoin kyselyn omassa sosiaalisen median kanavassani. Linkkiä lomakkeeseen oli lupa jakaa eteenpäin.

Lomakkeessa kysyttiin, saivatko vastaajat ennen kierukan asettamista särkylääkettä, puudutusaineita, rauhoittavaa lääkettä, vinkkejä ahdistukseen sekä jännitykseen tai saivatko he ylipäätään mitään apua kivunlievitykseen. Vastausvaihtoehdoissa oli myös ”muu”-vaihtoehto, mikäli vastaajan saama apu kivunlievitykseen ei sopinut muihin vastausvaihtoehtoihin. Saadut kivunlievityskeinot vaikuttavat siihen, kuinka suurta kipua toimenpiteestä aiheutuu. Tämä tieto on hyvä huomioida, kun vastauksia analysoitaessa tarkastellaan seuraavaa kysymystä: kuinka suurta kipua toimenpiteestä aiheutui. Vaihtoehtoina olivat ”ei kipua”, ”pientä kipua”, ”kohtalaista kipua”, ”paljon kipua” ja ”merkittävää kipua”. Tämä kysymys auttaa muodostamaan tietoa siitä, kuinka suuri osa potilaista kokee kipua toimenpiteen aikana ja kuinka suurta kipu voi olla.

Sen jälkeen oli lomakkeessa avoin kysymys, jossa kysyttiin, millaiseksi vastaajat kokivat lääkärin suhtautumisen heidän kipuunsa. Kysymyksessä oli mukana tarkentavia kysy-

myksiä, jotka auttoivat vastaamisessa. Tällä kysymyksellä pyrin selvittämään, miten lääkärit toimivat tilanteissa, joissa vastaajat kokivat kipua. Vastauksia tarkasteltaessa on tärkeä ottaa huomioon, että kyseessä on potilaan näkökulma lääkärin suhtautumiseen.

Seuraava kysymys oli, millaisia odotuksia vastaajilla oli toimenpiteestä. Myös tämä oli avoin kysymys. Odotukset vaikuttavat toimenpiteestä aiheutuvaan kipuun (Kokanali ym. 2014) ja siitä jäävään kokemukseen, jota kartoitetaan seuraavassa kysymyksessä. Jos odottaa hankalaa ja kivuliasta toimenpidettä ja asettaminen onnistuu hyvin, jää potilaalle todennäköisesti helpottunut olo. Vastakohtaisesti, potilaalle muodostuu todennäköisesti huono kokemus, jos kivun määrä yllättää ja toimenpiteessä ei saa sellaista tukea kuin odottaisi.

Toiseksi viimeinen kysymys oli, minkälainen kokemus vastaajille jäi toimenpiteestä. Myös tässä kysymyksessä oli mukana vastaamista helpottavia lisäkysymyksiä, jotka toimivat myös kannustimina kirjoittamaan pidempiä vastauksia. Tällä kysymyksellä pyrin kartoittamaan sitä, miten vastaajat jäsentävät kokemustaan, minkälaisia eri vivahteita kokemuksissa on ja mitä vastaajille jäi kokemuksesta päällimmäisenä mieleen.

Analyysivaiheessa huomasi lomakkeessa ainakin pari epäkohtaa. Se ei huomionnut sitä, että kierukka voidaan asettaa myös anestesiassa tai humautuksessa. Vastaajat pystyivät sijoittamaan ne kysymyksessä kohtaan ”muu”. Olisi kuitenkin ollut parempi, jos niille olisi olleet omat vaihtoehdot kysymyksessä. Lisäksi tässä samassa kysymyksessä ei ollut tarpeeksi selvää, että lääkärin etukäteen antama ohjeistus särkylääkkeen ottamisesta hyvissä ajoin ennen toimenpidettä sijoittuu myös ”särkylääke”-vastausvaihtoehtoon.

Kipu pyydettiin arvioimaan erilaisella asteikoilla kuin mitä yleensä kipututkimuksissa käytetään. Kivun arviointi on hyvin subjektiivista, eikä sen arvioiminen ole helppoa. Vastauksiin saattoi myös vaikuttaa se, että vastauksia ei kerätty heti kierukan asettamisen jälkeen, vaan vastaajien täytyi muistinvaraisesti arvioida kipukokemustaan. Lomakkeessa vastausvaihtoehdot saattoivat olla eri tavalla tulkittavissa kuin miten ne olivat tarkoitettu, joka on toisaalta useiden lomakekyselyiden ongelma. Lopuksi lomakkeessa ei

huomioitu ajallisuutta, eli sitä, että kierukan asettamisia saattoi olla yhdellä vastaajalla useampia.

4.2. Sisällönanalyysi

Analyysimenetelmä tässä tutkimuksessa on aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen työkalu, jolla voidaan analysoida jotakin aineistoa järjestellysti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018). Hyödynsin analyysissäni Tuomen ja Sarajärven (2018) kuvaamia aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita (em. 90–98).

Analyysin ensimmäinen vaihe oli lukea aineisto useamman kerran läpi. Merkitsin siitä kiinnostavat asiat, hahmottelin alustavia kategorioita ja pohdin vastaajien antamia merkityksiä. Rajasin ulkopuolelle sen, mikä ei ole tässä tutkimuksessa keskeistä, eli redusoin aineiston. Korjailin vastauksia uudelleenluokittelemalla edellisessä alaluvussa kuvatulla tavalla ja klusteroin aineiston eli lähdin luokittelemaan vastauksia eri ryhmiin, joista päädyin lopullisiin kategorioihin. Aineiston abstrahoinnissa toin mukaan aiemman tutkimustiedon käsitteet analyysiini ja yhdistin ne tuloksiini.

4.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksessa huolehdittiin tutkimuseettisten periaatteiden noudattamisesta. Tutkimus perustui vapaaehtoisuuteen ja anonymiteetti varmistettiin siten, että lomakkeessa ei kysytty vastaajien henkilötietoja muulta kuin tutkimukselle olennaisten terveystietojen osalta. Vastaajia informoitiin tietosuojasta, eivätkä he olleet tunnistettavissa vastauksista. Vastaajilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, eikä keskeyttämiselle tarvinnut antaa syytä.

Vastaajiksi valikoitui ihmisiä niistä kanavista, joissa jaoin kyselyä eteenpäin, sekä mahdollisesti niiden ihmisten lähipiireistä, jotka päättivät jakaa kyselyä eteenpäin. Todennäköisesti vastaajista suurin osa oli nuoria, sillä lomaketta jaettiin sosiaalisessa mediassa

ja opiskelukanavissa. Tutkimukseen ei siis luultavasti vastannut ihmisiä vanhemmista ikäluokista, jotka myös voisivat olla kiinnostava tutkimuksen kohde.

5 Tutkimustulokset

Tämä tutkimus on laadultaan kvalitatiivinen, vaikka lomakkeessa oli sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä. Määrällisiä kysymyksiä oli kaksi ja ne toimivat taustoittavina kysymyksinä kivun kovuudesta ja saaduista kivunlievityskeinoista. Vastaajia oli 32 ja vastauksien pituus vaihteli sekä vastaajien että kysymysten välillä, mutta enimmäkseen vastaukset olivat n. 2–4 virkkeen pituisia. Joillakin vastaajilla oli enemmän vapaata kerrontaa kuin toisilla. Pisimmät vastaukset olivat n. 20 virkettä ja lyhyimmät yhden virkkeen tai sanan mittaisia.

Aineistossa minua kiinnostaa vastaajien kertomukset toimenpiteestä. Miten he kuvailevat tapahtumaa, millainen olo toimenpiteestä jäi ja minkälaisia odotuksia heillä oli. Lisäksi minua kiinnostavat kertomukset lääkärin toiminnasta potilaiden tunteman kivun kanssa. Olivatko lääkärit esimerkiksi empaattisia ja huomioonottavaisia kivun kanssa?

5.1 Taustoittavien kysymysten tulokset

Käsittelen aluksi kysymykset 4 ja 5, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot. Neljännessä kysymyksessä kysyttiin mahdollisista saaduista kivunlievityskeinoista. Kysymyksessä oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Alun perin ”muu”-vastausvaihtoehtoon oli tullut yhdeksän vastausta. Analyysivaiheessa luokittelin kuitenkin ”muu”-vastauksia uudelleen, sillä niistä jotkut sijoittuivat kysymyksen muihin vastausvaihtoehtoihin. Osa vastaajista kertoi, että lääkäri oli etukäteen ohjeistanut ottamaan särkylääkettä hyvissä ajoin ennen toimenpidettä. Jotkut vastaajista olivat ottaneet omatoimisesti särkylääkettä tai hankkineet reseptin rauhoittavalle ennen toimenpidettä. Sijoitin särkylääkevastausvaihtoehtoon ne vastaukset, joissa kerrottiin lääkärin antaneen ohjeen ottaa särkylääkettä ennen toimenpidettä. Säilytin kategoriassa ne vastaukset, joissa vastaaja kertoi päättäneensä itsenäisesti ottaa lääkettä. Muu-kategoriaan jäi yhteensä kolme vastausta.

Alun perin vastaajista kuusi raportoi saaneensa särkylääkettä ja yhtä moni vastaaja oli saanut vinkkejä ahdistukseen tai jännitykseen. Uudelleenluokittelun jälkeen särkylääke-kategoriassa oli yhdeksän vastausta ja ”vinkkejä ahdistukseen tai jännitykseen”-kategoriarissa oli seitsemän vastausta. Vinkit rentoutumiseen ja ahdistuksen lieventämiseen ovat tärkeitä, koska potilaan jännitys ja ahdistus voi johtaa suurempaan kipuun toimenpiteessä (Kokanali ym. 2014). Särkylääkkeestä ei sen sijaan ole vielä toimenpiteessä apua, vaan se voi lievittää vasta toimenpiteen jälkeen koettuja mahdollisia kramppeja (Kaislasuo, Suhonen & Heikinheimo 2016; Käypä hoito 2022).

Kolme vastaajaa oli saanut puudutusainetta ja kaksi oli saanut rauhoittavaa lääkettä. Suurin osa, eli 14 vastausta, oli kuitenkin tullut vaihtoehtoon ”En mitään yllä mainituista”. Tässä kysymyksessä sai valita useamman vaihtoehdon, joten yhteenlaskettu summa ei täsmää vastaajien määrää. Kivunlievitystä vaille jääneiden suuri määrä on linjassa sen havainnon kanssa, ettei kivunlievitystä usein käytetä toimenpiteessä.

Kysymyksessä 5 kartoitettiin toimenpiteestä aiheutuvaa kipua. Siinä sai valita vain yhden vaihtoehdon, ja vastaukset jakautuivat kohtalaisen tasaisesti. Suurin osa vastaajista koki joko pientä kipua tai paljon kipua. Molempiin näistä tuli kahdeksan vastausta. Seuraavaksi eniten koettiin merkittävää kipua, johon tuli seitsemän vastausta. Viisi koki kohtalaista kipua ja neljä ei lainkaan kipua. Valtaosa vastaajista eli 28 koki siis jonkinasteista kipua. Paljon tai merkittävää kipua koki lähes puolet, eli 15 vastaajaa. Myös tätä on mielenkiintoista tarkastella suhteessa siihen, että toimenpiteessä harvemmin saa kivunlievitystä.

5.2 Kokemukset toimenpiteestä

Potilaiden kokemukset toimenpiteestä jaan kahteen yläkategoriaan: hyvät ja huonot kokemukset. Hyvät kokemukset erittelen erityisen hyvin onnistuneisiin, helpottuneisiin ja kivuliaisiin, mutta silti hyviin kokemuksiin. Huonot kokemukset jaan erityisen huonoihin ja sivuutettuihin. Hyviä kokemuksia oli joukossa eniten. Erityisen hyvin onnistuneissa toimenpiteissä potilaille jäi hyvä olo eikä heillä ollut moittimista vastaanotosta. Lääkäreitä

kuvailaan mm. empaattisiksi ja kannustaviksi. ”Jäi hyvä mieli! Minua kuunneltiin ja kannustettiin. Annettiin hyvät ohjeet jatkoa varten.”

Helpottuneissa kokemuksissa päällimmäisenä tunteena on nimenomaisesti helpottuneisuus. Tässä kategoriassa potilaiden odotukset toimenpiteestä olivat pahempia kuin mitä toimenpide loppujen lopuksi olikaan, jolloin potilaat tunsivat olonsa helpottuneeksi jälkepäin. Eräs vastaaja kertoo seuraavasti: ”Kokemus oli hyvä. Pelkäsin paljon pahempaa ja hieman jopa hymyilytti toimenpiteen jälkeen, koska kipu olikin hyvin pientä.” Samoin toimenpidettä kuvailee seuraava vastaus: ”Hyvä kokemus oli. Jännitin ennakkoon todella voimakkaasti juuri sitä sattuuiko laitto. [Lääkäri] oli mukava ja toimenpide kivuton.” Lainauksessa on myös kuvaus hyvästä lääkäri–potilas-suhteesta, joka osaltaan todennäköisesti vaikutti hyvän kokemuksen muodostumiseen.

Gynekologian ja laajemmin lääketieteen historiassa naisten kipua ja kokemuksia on vähätelty (Hudson 2022). Aineistossa on kohtia, jotka kertovat pelosta, ettei kipua oteta tosissaan tai sitä vähätellään. Vastaajat ovat helpottuneita siitä, että heidän huolensa kohdattiin: ”En halua edes ajatella, millaiset traumat olisin tilanteesta saanut, jos tilanteessa olisi ollut epäsensitiivinen, hätäinen ja pelkoani vähättelevä lääkäri.” ja ”...koin, että minua kuunneltiin eikä pelkoja vähätelty -- Lähtökohtaisesti ajatus siitä, että täytyy maksaa maltaita [yksityisellä], että potilas kohdataan aidosti eikä kipua vähätellä on mielestäni kamalaa.”

Kivulias, mutta hyvä -kategoriassa mielenkiintoista on ristiriitaisuuden läsnäolo. Kierukan asettaminen itsessään koettiin kamalaksi, mutta lääkärin ja joissain tilanteissa myös hoitajan huolenpito nostivat hyvän olon päällimmäiseksi tunteeksi. Näissä kokemuksissa lääkärit onnistuivat hyvin potilaiden huomioimisessa. Seuraavassa lainauksessa kuvataan huolenpitoa ja toimenpiteen kivuliaisuutta: ” --lähes pyörryin kivusta laitettaessa. Vointiani tarkkailtiin laitton jälkeen ja siitä jäi hyvä kokemus.” Eräs vastaaja kuvailee kokemustaan seuraavasti: ”[Kokemus oli] hyvä, koska minua kohdeltiin huomioivasti ja empaattisesti. Vaikka sattui paljon ja poistaminen pelottaa, en pelkäisi mennä saman lääkärin vastaanotolle.” Aikaisempien tutkimustulosten (Goold & Lipkin 1999) tapaisesti

myös näissä vastauksissa lääkärin kärsivällisyys ja empaattisuus koettiin tärkeäksi toimenpiteessä:

Kipu oli todella terävää, synnytykseen verrattavaa. Onneksi lääkäri oli empaattinen ja tuki kierukkaan liittyvissä asioissa ja sen laittoon liittyvissä kysymyksissä. Lisäksi hän oli kärsivällinen, koska en meinannut osata rentoutua aluksi.

Vastaaja ilmaisee kiitollisuutta siitä, että lääkäri oli häntä kohtaan empaattinen eikä tämä kiirehtinyt jännityksen läpi. Kärsivällisyys antoi potilaalle aikaa rentoutua, mikä auttaa toimenpiteen sujuvuudessa (Kokanali ym. 2014). Toimenpiteen suorittaminen potilaan ollessa jännittynyt vaikeuttaa lääkärin työtä ja aiheuttaa potilaalle kovempaa kipua. (Em.)

E erityisen huonoissa kokemuksissa on kovaa kipua, pelkoa ja lääkärin välinpitämätöntä suhtautumista. Eräs vastaaja kuvailee kokemustaan seuraavasti: ”Kyseessä oli ensimmäinen kierukkani ja olo oli traumatisoitunut ja järkyttynyt.” Toimenpiteessä olisi kaivattu enemmän tukea: ”Olin toivonut, että tähän kipuun olisi saanut enemmän apua. -- Huusin vaikka kuinka paljon kivusta...”. Henkisen tuen saaminen ja lääkäri-potilas-suhteen hyvä laatu olisi aikaisempien tutkimusten valossa auttanut potilasta sietämään kipua ja parantanut potilaan tyytyväisyyttä toimenpiteestä (Goold & Lipkin 1999). Suhdetta heikensi, että lääkäri oli välinpitämätön ja potilasta jännitti. Kokemus ei myöskään välttämättä muuttunut toimenpiteestä toiseen paremmaksi: ”Jokainen asetus ja poisto ovat olleet aivan järkyttäviä...”. Näissä kokemuksissa potilasta olisi voinut auttaa lääkärin empaattisempi ja huomioivampi suhtautuminen sekä kivunlievityksen saaminen, jolloin erityisen ikävän kokemuksen muodostuminen olisi voitu välttää.

Sivuutettu-kategoriassa potilaat eivät tunteneet oloansa kohdatuiksi. He eivät saaneet sellaista hoitoa kuin olisivat halunneet ja odottaneet, eikä heidän tuntemuksiansa huomioitu toimenpiteessä: ”Kipuun ei suhtauduttu lämmöllä. Alkoi pyörryttää ja sitäköön ei otettu tosissaan.” Potilaalle saattoi jäädä epäluottavainen olo toimenpiteestä: ”Kivun ennaltaehkäisyn osalta jäi epäluottavainen olo. En menisi uudestaan ilman kunnollista rauhoittavaa esilääkitystä”. Tutkimukset ovat osoittaneet, että luottamus on kriittinen

osa lääkäri–potilas-suhdetta (Goold & Lipkin 1999). Jotkut myös kuvailevat kokemuksensa kuin liukuhihnalla oloksi. Lääkärille toimenpide on yleensä rutiinia ja tavallista, mutta potilaalle tilanne on erikoinen. Toimenpiteessä olo voi tuntua erityisen haavoittavalta ja herkältä. Potilaiden tuntemus liukuhihnalla olosta toistuu myös muissa tutkimuksissa, ja se heikentää potilaiden luottavaisuutta ja tyytyväisyyttä vastaanottoon (em.).

5.3 Kokemukset lääkäreiden suhtautumisesta kipuun

Kokemukset lääkäreiden suhtautumisista kipuun jaottelen kahteen kategoriaan: empaattiseen ja välinpitämättömään suhtautumiseen. Empaattinen suhtautuminen -kategoriassa lääkäreiden suhtautuminen on huolehtivaa, huomioonottavaa ja empaattista. Lääkärit huolehtivat potilaiden voinnista, antoivat heille tarvittavan tiedon ja kannustivat heitä toimenpiteessä. Lääkäreitä keuhuttiin ja kuvailtiin muun muassa myötätuntoisiksi, huolehtivaisiksi ja ymmärtäväisiksi. Eräs vastaaja kuvaili lääkäriään seuraavasti: ”Lääkäri tuki kivun kohtaamisessa ja kertoi aina kun tiedossa oli lisää kipua. Kannusti kestäväseen ja kertoi ettei toimenpide kestä enää kauaa ja sitten helpottaa.” Paikalla saattoi olla lisäksi hoitaja, jota keuhuttiin myös: ”Sekä lääkäri että hoitaja varmistivat koko ajan voimiani ja kertoivat toimenpiteen etenemisestä. Koin oloni empaattisesti kohdatuksi. – [lääkäri] oli erityisen varovainen ja huomioiva.” Samassa lainauksessa tulee kuvatuksi myös lääkärin empaattinen suhtautuminen ja luottamusta herättävä työskentelyote. Seuraava lainaus on kuvaus hyvin onnistuneesta toiminnasta:

Toimenpiteessä oli mukana naislääkäri ja naishoitaja, ja hoitaja oli kaiken aikaa vierelläni, rauhoitteli ja tarjosi tukea, mm. antoi käden puristettavaksi. Lääkärin osuus tilanteessa oli lähinnä keskustelun kautta rauhoittava. Minulle kerrottiin, mitä tapahtuu, missä kipua saattaa tuntua, ja että se on vain hetkellistä. Koin, että minua valmisteltiin kipuun ja se otettiin tilanteessa huomioon.

Välinpitämätön suhtautuminen -kategoriassa puolestaan lääkärin suhtautuminen on kylmää ja laiminlyöväää. Kipua ei otettu aina tosissaan tai sitä ei huomioitu ollenkaan, joka yhtyy helpottuneet-kategorian tavoin siihen havaintoon, että gynekologian historiassa ki-

vun sivuuttaminen ei ole ollut harvinaista (esim. Hudson 2022). Lääkärin työote ja välinpitämätön suhtautuminen ei mahdollistanut luottamuksen syntymistä potilaan ja lääkärin välille: ”Kipua ei huomioitu millään tavalla. Kipu oli niin kova, että melkein pyöräyin. Sanottiin vain, että ota Buranaa”. Seuraava lainaus on räikein esimerkki välinpitämätön suhtautuminen -kategoriasta:

Olo oli traumatisoitunut ja järkyttynyt. Sanoin lääkärille alussa, että laitto jännittää minua paljon, eikä hän tehnyt mitään rauhoittaakseen minua, silloinkaan kun huusin kipua laiton aikana. Hän ei myöskään kertonut lainkaan mitä hän tekee tai mitä tapahtuu. -- kierukka saatiin paikoilleen ja kun sain noustua petiltä, huomasin, että se oli aivan veressä. Jäin laiton jälkeen odotustilaan itkemään.

Lääkäri ei pyrkinyt toiminnallaan tukemaan potilasta, vaikka potilas ilmaisi jännityksensä. Hän ei osallistanut potilasta kertomalla toimenpiteen etenemisestä ja potilas jäi yksin tuntemuksiensa kanssa. Tilanteessa ei muodostunut hyvää lääkäri–potilas-suhdetta, joka olisi läsnäolollaan voinut ehkäistä potilaan traumatisoituneen olon. Aineistossa on myös tapaus, jossa lääkäri suhtautui tyylysti potilaaseen: ”Lääkäri oli välinpitämätön. Käski tyylysti olla paikallaan, kun kiemurtelin ja tärisin kivusta. Hoitaja osasi rauhoitella vieressä ja otti kädestäni kiinni.” Vastaja mainitsee kuitenkin hoitajan toiminnan hyvässä sävyssä, joka kieli kiitollisuudesta hoitajaa kohtaan.

6 Pohdinta

Raskauden ehkäisyllä on merkittävä rooli sukupuolten välisessä tasa-arvossa. Ehkäisyvälineiden tultua markkinoille naiset saivat muun muassa mahdollisuuden kontrolloida itse paremmin sitä, milloin perustaa perhe (Goldin & Katz 2000). Ekonomisesta näkökulmasta tarkasteltuna se mahdollisti naisille pidemmän koulutuksen ja työuran (em.). Raskauden ehkäisyllä on lukuisia hyötyjä, mutta siihen liittyy edelleen ongelmia esimerkiksi tasa-arvossa. Epäkohtia ovat muun muassa, että ehkäisystä huolehtiminen on useammin naisen vastuulla (Campo-Engelstein 2012; Brown 2015), merkittävä osa naisista kokee hormonaalisen ehkäisyn aiheuttavan sivuvaikutuksia (Tiihonen 2012) ja ehkäisyn ottaminen käyttöön voi olla kivulias kokemus, johon harvoin saa kunnollista kivunlievitystä.

Lisäksi, vaikka lääkäri arvioi mitä ehkäisymenetelmiä potilaalla on käytettävissä (Käypä hoito 2022), ei aina voida ennustaa tuleeko ehkäisymenetelmä lopulta sopimaan potilaan keholle. Tällöin sopiva ehkäisymenetelmä voi löytyä käytännössä vain kokeilemalla lääkärin suosittelemia menetelmiä. Eri menetelmien kokeilu on aikaa ja rahaa vievää ja se voi pahimmillaan aiheuttaa haittoja niin fyysisesti kuin henkisestikin niin kauan kuin sivuvaikutuksia ilmenee. Viimeiseksi, koska ehkäisyn ajatellaan usein olevan naisen vastuulla (Campo-Engelstein 2012; Brown 2015), ei ehkä siksi riittävää kiinnostusta ole löytynyt miesten ehkäisyvalmisteiden tutkimiselle. Miehillä suunnattuja ehkäisymuotoja ei siis juurikaan ole. Useimmat ehkäisymuodot koskettavat naisen kehoa, joka kehämäisesti vahvistaa käsitystä ehkäisystä naisen asiana.

Tämä tutkielma on keskittynyt kierukan asettamisesta muodostuviin kokemuksiin ja on siten pyrkinyt valottamaan lisää siihen liittyviä ongelmakohtia. Tutkimuskysymykseni olivat, minkälaisia kokemuksia kierukan asettamisesta muodostuu, ja miten lääkäreiden koetaan suhtautuvan toimenpiteessä koettuun kipuun. Keräämäni aineisto vastasi tutkimuskysymyksiini kattavasti.

Aineiston pohjalta muodostamani tutkimustulokset ovat, että kierukkaa käyttävien kokemukset jakautuvat kahteen yläkategoriaan: hyvät ja huonot kokemukset. Hyvät kokemukset sisältävät kolme alakategoriaa, jotka ovat erityisen hyvin onnistuneet, helpottuneet ja kivuliaat, mutta silti hyvät kokemukset. Huonot kokemukset jakautuvat kahteen alakategoriaan, eli erityisen huonoihin ja sivuutettuihin. Hyviä kokemuksia oli aineistossa eniten, jota odotinkin. Suurin osa vastaajista siis koki, että kierukan asettaminen sujui vähintäänkin suurin piirtein hyvin. Tässäkin tutkimuksessa todetaan, että lisäksi on potilaita, joille toimenpide on kamala ja siitä aiheutuu joillekin jopa psyykkistä traumaa. Kokemukset lääkärin suhtautumisesta jaottelin kahteen kategoriaan, jotka ovat empaattinen ja välinpitämätön suhtautuminen.

Tämä tutkielma vastaa aikaisempaa tutkimustietoa siinä, että lääkärin empaattisella suhtautumisella on merkittävä vaikutus siihen, minkälainen kokemus potilaalle muodostuu toimenpiteestä. Jos lääkäri kannustaa potilasta toiminnallaan ja potilas tuntee olonsa kohdatuksi, voi vastaanotosta jäädä hyvä kokemus mahdollisesta kovastakin kivusta ja ahdistuksesta huolimatta. On siis erittäin tärkeää, että lääkäri–potilas-suhde on toimiva. Toisaalta ei pidä sivuuttaa sitä, että puudutusaineiden ja muiden kivunlievityskeinojen tosiasialliseen saamiseen tulisi panostaa.

Gynekologian tutkimus tarvitsee enemmän rahoitusta ja kiinnostusta. Tutkimustulokseni valossa painotan, että juuri kierukan asettamisesta aiheutuvaa kipua ja potilaiden kokemuksia toimenpiteestä on tutkittava enemmän. Kivunlievitysaineiden tutkimusta on jatkettava, jotta standardikäyttöön löydettäisiin sopivia kivunlievitysaineita. Potilaat ja terveydenhuolto hyötyisivät siitä, että toimenpiteessä otettaisiin huomioon ne yksilölliset, suuremmalle kivulle altistavat tekijät ja kipua lähdetäisiin ehkäisemään sitä kautta (Gemzell-Danielsson ym. 2019).

On myös kerättävä enemmän dataa kokemuksista, jotta psyykkisesti traumatisoivilta tilanteilta voitaisiin välttyä, eikä potilaiden tarvitsisi kokea vältettävissä olevaa kovaa kipua. Huomion kiinnittäminen potilaaseen ja kivun minimointiin helpottaisi myös kierukan asettamista eli lääkärin työtä. Ennen kaikkea keskiössä tulisi olla potilaan hyvinvointi.

Myös vastaajat esittävät aineistossa omia toiveitaan, joita tahdon tuoda tässä tutkielmassa esille. Ensimmäinen vastaaja kertoo seuraavasti: ”Mielestäni kierukan laittoon liittyvän kivun ennaltaehkäisyyn ja lievittämisen vaihtoehtoista tulisi tiedottaa enemmän potilaille ennen toimenpidettä.” Toinen vastaaja kertoo: ”Toivoisin, että lääkäreiden ohjeistuksiin lisättäisiin pykälä, joka velvoittaa edes mainitsemaan mahdollisuudesta tiettyihin kipua lievittäviin tai jännitystä lievittäviin vaihtoehtoihin.” ja viimeinen ”Olisi tärkeää kysyä etukäteen, kokeeko potilas tarvitsevansa kipulääkettä tai esim. puudutusta. Oma kivunsietokyky on melko korkea, joten tiesin että tuskin tarvitsen mitään, mutta olen kuullut tuttaviltani, että joskus lääkärit ovat suhtautuneet todella välinpitämättömästi kivun pelkoon/kivun tuntemuksiin.” Eräät vastaajatkin siis toivovat parempaa tietoa ja kivunlievitystä, joka on linjassa oman pohdintani kanssa.

Tutkimuskysymykseni eivät keskittyneet lääkäri–potilas-suhteen muodostumiseen vaikuttaviin tekijöihin, mutta tahdon tässä tutkielmassa silti tiedostaa, että lääkäreiden työolosuhteilla on vaikutus sen muodostumiseen. Jatkuva kiire, resurssipula ja paineet työssä tuovat haasteita jokaisen eri potilaan empaattiseen ja huomioivaan kohtaamiseen.

Jatkotutkimuksissa voisi keskipisteen siirtää laajemmin vaikeimpiin kokemuksiin, mitä kierukan asettamisesta voi tulla ja siihen, miten lääkäri on niissä toiminut. Koska aineistoon valikoitui ihmisiä sosiaalisen median kautta, ja siten todennäköisesti suurilta osin nuoria ihmisiä, voisi jatkotutkimukselle lisäksi olla paikka vanhemmissa ikäluokissa. Kaiken kaikkiaan kierukan asettamista ja gynekologisia vaivoja tulisi tutkia enemmän.

Lähteet

Akintomide, Hannat & Brima, Nataliya & Sewell, Robert & Stephenson, Judith (2015) Patients' experiences and providers' observations on pain during intrauterine device insertion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 20:4, 319–326. DOI: 10.3109/13625187.2015.1031885

Aksoy, Hüseyin & Aksoy, Ülkü & Ozyurt, Sezin & Açmaz, Gökhan & Babayigit, Mustafa (2016) Lidocaine 10% spray to the cervix reduces pain during intrauterine device insertion: a double-blind randomised controlled trial. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 42:2, 83–87. DOI: 10.1136/jfprhc-2014-100917

Ashour, Ahmed & Hala, Nabil & Mohammed, Yosif & Mohammed, Hussein & Allah, Ahmed & Mahmoud, Mostafa & Abdou, Hossam & Kholaf, Khaled & Mohamed, Kotb & El Sharkawy, Mohammed & Abdelhakim, Ahmed & Ali, Ahmed & Nassar, Salma & Abbassy, Arm & Ghamry, Nevein & Abdel-Latif, Ali & Taher, Ayman & El Mahy, Mohammed (2020) Effect of selfadministered vaginal dinoprostone on pain perception during copper intrauterine device insertion in parous women: a randomized controlled trial. *Fertility and Sterility* 114:4, 861 -. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.05.004

Bednarek, Paula & Creinin, Mitchell & Reeves, Matthew & Cwiak, Carrie & Espey, Eve & Jensen, Jeffrey (2015) Prophylactic Ibuprofen Does Not Improve Pain With IUD Insertion. *Obstetrical & Gynecological Survey* 70:4, 259-261. DOI: 10.1097/01.ogx.0000464935.96641.d9

Brend, Yvette & Dubois, Stephanie (2022) Women have sucked up the pain of birth control devices for decades, but do they have to? *CBC Radio*. 8.6.2022. <https://www.cbc.ca/radio/whitecoat/iud-pain-birth-control-1.6480281> Viitattu 17.3.2024.

Brennan, Frank & Carr, Daniel & Cousins, Michael (2007) Pain management: A fundamental human right. *Anesthesia and Analgesia* 105:1, 205–221. DOI: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55

Brown, Sally (2015) “They think it’s all up to the girls”: gender, risk and responsibility for contraception. *Culture, Health & Sexuality* 17:3, 312–325. DOI: 10.1080/13691058.2014.950983

Campo-Engelstein, Lisa (2012) Competing Social Norms: Why Women Are Responsible For, But Not Trusted with, Contraception. *The International Journal of Applied Philosophy* 26:1, 67–84. DOI: 10.5840/ijap20122616

Chuang, Ching-Hui & Chen, Po-Cheng & Lee, ChihChen & Chen, Chung-Hey & Tu, Yu-Kang & Wu, Shih-Chung (2019) Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 75:4, 723-733. DOI: 10.1111/jan.13871

Clinical Challenge: Easing IUD Insertion Pain? (2016) *Contraceptive Technology Update* 37:12.

Derksen, Frans & Bensing, Jozien & Lagro-Janssen, Antoine (2013) Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice* 63:606, e76–e84. DOI: 10.3399/bjgp13X660814

Gemzell-Danielsson, Kristina & Jensen, Jeffrey & Monteiro, Ilza & Peers, Tina & Rodriguez, Maria & Di Spiezio Sardo, Attilio & Bahamondes, Luis (2019) Interventions for the prevention of pain associated with the placement of intrauterine contraceptives: An updated review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 98:12, 1500–1513. DOI: 10.1111/aogs.13662

Goldin, Claudia & Katz, Lawrence (2000) *The Power of the Pill: Oral Contraceptives and Women's Career and Marriage Decisions*. National Bureau of Economic Research.

Goold, Susan & Lipkin, Mack (1999) The Doctor—Patient Relationship. *Journal of general internal medicine: JGIM* 14:S1, 26-33. DOI: 10.1046%2Fj.1525-1497.1999.00267.x

Hoffman, Kelly & Trawalter, Sophie & Axt, Jordan & Oliver, Norman (2016) Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences – PNAS* 113:16, 4296–4301. DOI: 10.1073/pnas.1516047113

Holland, Brynn (2017) The 'Father of Modern Gynecology' Performed Shocking Experiments on Enslaved Women. *HISTORY*. <https://www.history.com/news/the-father-of-modern-gynecology-performed-shocking-experiments-on-slaves> Viitattu 9.4.2024.

Hudson, Nicky (2022) The missed disease? Endometriosis as an example of 'undone science.' *Reproductive Biomedicine & Society Online* 14, 20–27. DOI: 10.1016/j.rbms.2021.07.003

Kaislasuo, Janina & Korjamo, Riina & Heikinheimo, Oskari (2020) Kierukkaehkäisyn aloitus eri elämäntilanteissa. *Duodecim* 136:10, 1173–80.

Kaislasuo, Janina & Suhonen, Satu & Heikinheimo, Oskari (2016) Kenelle kierukkaehkäisy sopii? *Suomen lääkirilehti* 71:24, 1767–1771.

Kitchener, Caroline (2021) Patients are warned that IUDs can be 'uncomfortable.' But many say the pain is excruciating. *The Washington Post*. Julkaistu 19.7.2021. <https://www.washingtonpost.com/gender-identity/patients-are-warned-that-iuds-can-be-uncomfortable-but-many-say-the-pain-is-excruciating/> Viitattu 17.3.2024.

Kokanali, Mahmut & Cavkaytar, Sabri & Guzel, Ali & Topçu, Hasan & Eroğlu, Elçin & Aksakal, Orhan & Doğanay, Melike (2014) Impact of preprocedural anxiety levels on pain

perception in patients undergoing office hysteroscopy. *Journal of the Chinese Medical Association*, 77:9, 477–481. DOI: 10.1016/j.jcma.2014.07.004

Kosonen, Henna (2021) Kivun kokeminen kierukan asettamisen yhteydessä. Kandidaatintutkimus. Helsingin yliopisto <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-202103171683>

Laine, Timo (2010) Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 28–45.

Lautenbacher, Stefan & Niewelt, Beate & Kunz, Miriam (2013) Decoding Pain from the Facial Display of Patients with Dementia: A Comparison of Professional and Nonprofessional Observers. *Pain Medicine* 14:4, 469–477. DOI: 10.1111/pme.12050

Lawal, Rachel (2022) Women's Health: A Condensed History of American Gynecology and Pain. NYU Local. Julkaistu 28.9.2022. <https://nyulocal.com/womens-health-a-condensed-history-of-american-gynecology-and-pain-3c24dd7234f0> Viitattu 18.4.2024.

Lopez, Lauren & Bernholc, Alissa & Zeng, Yanwu & Allen, Rebecca & Bartz, Deborah & O'Brien, Paul & Hubacher, David (2015) Interventions for pain with intrauterine device insertion. *The Cochrane database of systematic reviews* 2015:7, CD007373. DOI: 10.1002/14651858.CD007373.pub3

Maguire, Karla & Morrell, Kathleen & Westhoff, Carolyn & Davis, Anne (2014) Accuracy of providers' assessment of pain during intrauterine device insertion. *Contraception* 89:1, 22–24. DOI: 10.1016/j.contraception.2013.09.008

McCarthy, Carmel (2018) Intrauterine contraception insertion pain: nursing interventions to improve patient experience. *Journal of Clinical Nursing* 27:1-2, 9-21. DOI: 10.1111/jocn.13751

Náfrádi, Lilla & Kostova, Zlatina & Nakamoto, Kent & Schulz, Peter (2018) The doctor–patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives. *Chronic Illness* 14:4, 256–270. DOI: 10.1177/1742395317739961

Nguyen, Laura & Lamarche, Larkin & Lennox, Robin & Ramdyal, Amanda & Patel, Tejal & Black, Morgan & Mangin, Dee (2020) Strategies to Mitigate Anxiety and Pain in Intrauterine Device Insertion: A Systematic Review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 42:9, 1138-1146.e2. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.09.014

O'Donohue, Stephanie (2021) The ripples of trauma caused by severe pain during IUD procedures. *BMJ: British Medical Journal (Online)* 374. DOI: 10.1136/bmj.n1910

Peerdeman, Kaya & van Laarhoven, Antoinette & Keij, Sascha & Vase, Lene & Rovers, Maroeska & Peters, Madelon & Evers, Andrea (2016) Relieving patients' pain with expectation interventions: A meta-analysis. *Pain* 157:6, 1179–1191. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000540

Raskauden ehkäisy (2022) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi Viitattu 2.4.2024.

Research examines interventions for reducing pain during IUD insertion (2010) *Contraceptive Technology Update* 2010:12.

Ruben, Mollie & Blanch-Hartigan, Danielle & Shipherd, Jillian (2018) To Know Another's Pain: A Meta-analysis of Caregivers' and Healthcare Providers' Pain Assessment Accuracy. *Annals of Behavioral Medicine* 52:8, 662–685. DOI: 10.1093/abm/kax036

Schwartz, Rachel & Osterberg, Lars & Hall, Judith (2022) Physicians, emotion, and the clinical encounter: A survey of physicians' experiences. *Patient Education and Counseling* 105:7, 2299–2306. DOI: 10.1016/j.pec.2022.03.001

Smith, Kerri (2023) Women's health research lacks funding — in a series of charts. *Nature* 617:7959, 28–29. DOI: 10.1038/d41586-023-01475-2

Stempinski-Metoyer, K. & Madrigal, J. & Adam, M. & Patel, A. (2018) Utility of the Comfort, Assurance, Language Model (CALM) as a nonpharmacological intervention for pain relief during IUD insertion. *Contraception (Stoneham)* 98:4, 354–354. DOI: 10.1016/j.contraception.2018.07.079

Tiihonen, Miia (2012) Naisten kokemuksia hormonivalmisteista. Tutkimus hormonaalisesta ehkäisystä ja vaihdevuosien hormonihoidoista. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0683-0/urn_isbn_978-952-61-0683-0.pdf

Tiitinen, Aila (2023a) Kierukkaehkäisy. Lääkärikirja Duodecim. [Terveyskirjasto.fi](http://terveyskirjasto.fi) Viitattu 5.4.2024.

Tiitinen, Aila (2023b) Hormonikierukka. Lääkärikirja Duodecim. [Terveyskirjasto.fi](http://terveyskirjasto.fi) Viitattu 5.4.2024.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2018) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. (Uudistettu laitos.) Helsinki: Tammi.

Upshur, Carole & Bacigalupe, Gonzalo & Luckmann, Roger (2010) "They Don't Want Anything to Do with You": Patient Views of Primary Care Management of Chronic Pain. *Pain Medicine* 11:12, 1791–1798. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.00960.x

Liite 1. Kyselylomake

1. Olen tutustunut tietosuojailmoitukseen ja suostun tietojeni käsittelyyn. (Linkki tietosuojailmoitukseen löytyy lomakkeen kuvauksesta.) *

Kyllä

Ei

2. Luo itsellesi sellainen nimimerkki, jota et ole käyttänyt muualla. *

Enter your answer

3. Onko sinulle asetettu kierukkaa? *

On

Ei ole

4. Saitko lääkäriltä jotain seuraavista **ennen** toimenpidettä? *

Särkylääkettä

Puudutusainetta

Vinkkejä ahdistuksen tai jännityksen lievittämiseen

Rauhoittavaa lääkettä

En mitään yllä mainituista

Other

5. Arvioi kierukan asettamisesta aiheutunut kipu. *

Ei kipua

Pientä kipua

Kohtalaista kipua

Paljon kipua

Merkittävää kipua

6. Miten koet, että sinua hoitanut lääkäri suhtautui kipuusi? Kerro vapaasti. Oliko suhtautuminen esimerkiksi empaattista, lämmintä, välinpitämätöntä tai laiminlyövää? Jos lääkäri huomioi kipusi, millä tavalla hän teki sen? *

Enter your answer

7. Millaisia odotuksia sinulla oli toimenpiteestä? Kerro vapaasti. *

Enter your answer

8. Minkälainen kokemus sinulle jäi toimenpiteestä? Kerro vapaasti miten koit tilanteen. Voit pohtia esimerkiksi seuraavia kysymyksiä: Minkälaisia tunteita sinulle jäi vastaanotosta? Minkälaisia ajatuksia käynti sinussa herätti? Mikä onnistui ja mikä epäonnistui? Miksi? *

Enter your answer