

DISSERTATIONS IN
**HEALTH
SCIENCES**

MIIA TIIHONEN

*Naisten kokemuksia
hormonivalmisteista*

*Tutkimus hormonaalisesta ehkäisystä ja
vaihdevuosien hormonihoidosta*

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Health Sciences



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

MIIA TIIHONEN

Naisten kokemuksia hormonivalmisteista

*Tutkimus hormonaalisesta ehkäisystä ja vaihdevuosien
hormonihoidosta*

Esitetään Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnan luvalla julkisesti tarkastettavaksi
Itä-Suomen yliopistossa Mediteknian auditoriossa Kuopiossa,
lauantaina 10. maaliskuuta 2012, klo 12

Publications of the University of Eastern Finland
Dissertations in Health Sciences

96

Farmasian laitos
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
Kuopio
2012

Kopijyvä Oy
Kuopio, 2012

Sarjan toimittajat:
Professori Veli-Matti Kosma, LKT
Kliinisen lääketieteen yksikkö, patologia
Terveystieteiden tiedekunta

Professori Hannele Turunen, TtT
Hoitotieteen laitos
Terveystieteiden tiedekunta

Professori Olli Gröhn
A.I. Virtanen-instituutti
Terveystieteiden tiedekunta

Jakelu:
Itä-Suomen yliopisto
Kuopion kampuskirjasto
PL 1627, 70211 Kuopio
<http://www.uef.fi/kirjasto>

ISBN (print): 978-952-61-0682-3
ISBN (pdf): 978-952-61-0683-0
ISSN (print): 1798-5706
ISSN (pdf): 1798-5714
ISSN-L: 1798-5706

- Tekijän osoite: Farmasian laitos, sosiaalifarmasia
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
FINLAND
- Ohjaajat: Professori Riitta Ahonen, FaT
Farmasian laitos, sosiaalifarmasia
Terveystieteiden tiedekunta
Itä-Suomen yliopisto
KUOPIO
- Naistentautien erikoislääkäri Anna-Mari Heikkinen, LT
Kuopion yliopistollinen sairaala, naistentautien osasto
KUOPIO
- Esitarkastajat: Apteekkari Kirsi Pietilä, FaT
Malmin apteekki
HELSINKI
- Ylilääkäri Dan Apter, LKT
Väestöliitto
HELSINKI
- Vastaväittäjä: Erkki Palva, LKT
Johtaja, Lääkevalmisteiden arviointi
Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus
HELSINKI

Tiihonen Miia

Women's experiences with hormones - A study of hormonal contraception and menopausal hormone therapy
University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences, 2012

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 96. 2012. 44 p.

ISBN (print): 978-952-61-0682-3

ISBN (pdf): 978-952-61-0683-0

ISSN (print): 1798-5706

ISSN (pdf): 1798-5714

ISSN-L: 1798-5706

ABSTRACT

This study concentrates on women's experiences with hormonal contraception (HC) and menopausal hormone therapy (HT). The literature review covers HC and HT preparations, the effects of HC and HT, the use and consumption of HC and HT and women's experiences with HC and HT and the information sources. The empirical part of this study explored the users' opinions about benefits, adverse reactions and fears and worries related to HC and HT use, and surveyed the information sources used by women who use HC and HT.

This study consists of four substudies. All of the substudies were questionnaire studies. The questionnaires were distributed by pharmacies to women who bought HC or HT. The HC studies were done in 2001 (n=264) and 2007 (n=436). The data for the HT studies were collected in 2003 (n=337) and 2009 (n=281).

The most common benefits experienced by HC users were the efficacy of the contraception and relief from the menstrual related problems. The most common benefits for HT users were from relief of hot flushes and night and sweating and better sleep. Adverse reactions were common among both HC and HT users (HC: 76% in 2001, 66% in 2007; HT: 63% in 2003, 64% in 2009). Both HC and HT users had experienced weight gain, breast tenderness and lowered libido. HC users had additionally experienced mood changes and depression. Fears increased among HC users from 2001 to 2007 (52% vs. 64%) and among HT users from 2003 to 2009 (35% vs. 50%). The most common fear for HC users was fear of infertility following HC use. The most common fear for HT users was fear of breast cancer. Users of vaginal HT were afraid of breast cancer as well, and fear of cancer was increased among HC users from 2001 to 2007. The most common source of information on the benefits of HC and HT was a physician. The most common source of information on the adverse reactions of HC in 2001 was friends and relatives, and in 2007 a physician. In both HT substudies, the most common source of information on adverse reactions was the media. Only a few percent of the women in all the substudies considered a pharmacy the most important source of information.

The health care professionals need to actively offer counselling to women using HC and HT to alleviate possible fears associated with use, to correct false perceptions and to help women critically evaluate the information they get from the media, the Internet and other women. Women need more information especially about the risks of HC and HT.

National Library of Medicine Classification: QV 177, WK 190, WP 522, WP 580, WP 630

Medical Subject Headings: Contraception; Contraceptive Agents, Female; Contraceptives, Oral, Hormonal; Menopause/drug effects; Estrogen Replacement Therapy; Menstrual Cycle; Hot Flashes; Sweating; Sleep; Weight Gain; Libido; Emotions; Fear; Mood Disorders; Depression; Information Seeking Behavior; Questionnaires

Tiihonen Miia

Naisten kokemuksia hormonivalmisteista - tutkimus hormonaalisesta ehkäisystä ja vaihdevuosien hormonihoidosta

Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, 2012

Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 96. 2012. 44 s.

ISBN (print): 978-952-61-0682-3

ISBN (pdf): 978-952-61-0683-0

ISSN (print): 1798-5706

ISSN (pdf): 1798-5714

ISSN-L: 1798-5706

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa selvitettiin naisten kokemuksia hormonaalisesta ehkäisystä ja vaihdevuosien hormonihoidosta. Kirjallisuuskatsaus käsittelee hormonivalmisteita, niiden vaikutuksia, hormonivalmisteiden kulutusta ja käyttöä, naisten kokemuksia hormonivalmisteista ja naisten käyttämiä tietolähteitä. Tutkimusosassa tarkastellaan millaisia etuja, haittavaikutuksia ja pelkoja ja huolia valmisteiden käyttöön liittyy. Lisäksi selvitetään mistä tietolähteistä naiset kertovat saavansa eniten tietoa hormonivalmisteista.

Tutkimus koostuu neljästä osatutkimuksesta. Tutkimusmenetelmänä oli kaikissa osatutkimuksissa kyselytutkimus. Kyselylomakkeet jaettiin apteekkeista hormonivalmisteita ostaville naisille. Kyselytutkimukset hormonaalista ehkäisyä käyttäville naisille tehtiin vuosina 2001 ja 2007 (n= 264 ja n=436), ja kyselytutkimukset vaihdevuosien hormonihoidoa käyttäville naisille tehtiin vuosina 2003 ja 2009 (n=337 ja n=281).

Hormonaalisen ehkäisyn eduksi tutkittavat ilmoittivat raskauden ehkäisyn lisäksi erilaisten kuukautiskierron ongelmien hoidon. Vaihdevuosien hormonihoidoa käyttävät naiset olivat saaneet avun kuumiin aaltoihin ja yöhikoiluun ja myös uniongelmiin. Kuitenkin hormonivalmisteiden käyttäjät olivat kokeneet yleisesti haittavaikutuksia (hormonaalinen ehkäisy: 2001: 76 %, 2007: 66 %, vaihdevuosien hormonihoido: 2003: 63 %, 2009: 64 %). Sekä hormonaalisen ehkäisyn että vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjät ilmoittivat kokeneensa painonnousua, rintojen aristelua ja seksuaalista haluttomuutta. Hormonaalisen ehkäisyn käyttäjät olivat lisäksi kokeneet masennus- ja mielialaoireita, joiden arvioivat olevan seurausta hormonaalisen ehkäisyn käytöstä. Hormonivalmisteiden käyttäjillä oli pelkoja ja huolia liittyen valmisteiden käyttöön (hormonaalinen ehkäisy: 2001: 52 %, 2007: 64 %, vaihdevuosien hormonihoido: 2003: 35 %, 2009: 50 %). Hormonaalisen ehkäisyn käyttäjät olivat huolissaan lapsettomuudesta hormonaalisen ehkäisyn käytön seurauksena. Vaihdevuosien hormonihoidoa käyttävien naisten yleisin huolenaihe oli rintasyöpä. Rintasyöpä huolestutti myös vaihdevuosien paikallisestrogeneita käyttäviä naisia. Syövä pelko oli lisääntynyt huomattavasti myös hormonaalisen ehkäisyn käyttäjien keskuudessa vertailtaessa vuosien 2001 ja 2007 tutkimuksia. Lääkäri oli yleisin tietolähde hormonivalmisteiden hyödyllisistä vaikutuksista kaikissa osatutkimuksissa. Haittavaikutusten osalta hormonaalisen ehkäisyn käyttäjien yleisimpiä tietolähteitä olivat vuonna 2001 ystävät ja sukulaiset ja vuonna 2007 lääkäri. Vaihdevuosien hormonihoidoa käyttävät naiset olivat saaneet eniten tietoa haittavaikutuksista mediasta. Apteekin merkitys tietolähteenä oli vähäinen kaikissa osatutkimuksissa.

Terveystieteiden ammattilaisten tulee aktiivisesti neuvoa hormonivalmisteita käyttäviä naisia valmisteiden hyötyjen lisäksi myös niiden haittavaikutuksista. Neuvonnan avulla voidaan lievittää erilaisiin uskomuksiin tai mediakeskusteluun perustuvia pelkoja.

Luokitus: QV 177, WK 190, WP 522, WP 580, WP 630

Yleinen suomalainen asiasanasto: raskauden ehkäisy; ehkäisytabletit; vaihdevuodet; hormonihoido; kokemukset; mielipiteet; hyöty; haitat; vaikutukset; tehokkuus; pelot; huolestuneisuus; kuukautiset; oireet; hikoilu; uni; painonnousu; rinnat-arkuus; sukupuolivietti; mieliala; masennus; tiedonlähteet; kyselytutkimus

Esipuhe

Olen tehnyt tutkimustyötäni pääosin apteekkityön ohessa. Tämä ei olisi onnistunut ilman tukea ja apua useilta tahoilta. Haluan lausua kiitokset kaikesta väitöskirjatyöni saamasta tuesta.

Minulla on ollut kunnia tehdä tutkimusta kahden erittäin asiantuntevan ja näkemyksellisen naisen ohjauksessa. Haluan kiittää lämpimästi ohjaajiani professori Riitta Ahosta ja naistentautien ja gynekologisen sädehoidon erikoislääkäri Anna-Mari Heikkistä ohjauksesta, kannustuksesta ja myös kärsivällisyydestä. Suuret kiitokset tämän kirjan esitarkastajille Väestöliiton ylilääkäri LKT Dan Apterille ja apteekkari, FaT Kirsi Pietilälle arvokkaista kommentteista. Kiitän LKT Erkki Palvaa lupautumisesta vastaväittäjäksi.

Haluan kiittää Sosiaalifarmasian oppiaineen sekä entistä että nykyistä henkilökuntaa. Olen aina tuntenut itseni tervetulleeksi. Kiitän lämpimästi tutkimusaineiston kanssa auttaneita pro gradu-tutkijoita: Kiitos Hanna-Mari Leppänen, Minna Saarela ja Suvi Saarinen. Haluan kiittää myös farmasian tohtori Johanna Timosta konsultaatioista työni viimeisissä vaiheissa. Tutkimussihteeri Paula Räsästä kiitän avusta aineiston ja väitöskirjan ulkoasun kanssa ja tutkimusfarmaseutti Seija Pirhosta avusta erinäisissä tarkkuutta vaativissa tehtävissä. Kiitän myös Raija Holopaista avusta käytännön asioiden järjestelyssä. Kiitän lämpimästi kielentarkastuksesta hyvää ystävääni FM Jaana Kosusta. Kiitos, että katsoit jälleen suoritusteni perään.

Kiitän kaikkia tutkimukseen osallistuneiden apteekkien apteekkareita, proviisoreita ja farmaseutteja avusta kyselylomakkeiden jakamisessa. Suuret kiitokset osoitan kaikille tutkimukseen vastanneille naisille.

Lämpimät kiitokset mahdollisuuksista ja kannustavista neuvoista osoitan Juankosken apteekin apteekkarille Pirjo Rissaselle. Kiitän vanhempiani sekä parhaimpia pikkuveljiäni Miikkaa, Tuukkaa ja Tatua ylämäissä tönnimisestä ja alamäissä vauhdin jarruttamisesta. Lopuksi rakkain kiitos (ja anteeksi) avomiehelleni Mikolle ja ihanimmalle Tuuli-muruselleni.

Kuopiossa helmikuussa 2012

Miia Tiihonen

Alkuperäisjulkaisut

Väitöskirja perustuu tutkimustuloksiin, jotka ovat julkaistu seuraavissa alkuperäisjulkaisuissa. Lisäksi esitetään joitakin aikaisemmin julkaisemattomia tuloksia kappaleissa 9.2 ja 9.3.

- I Tiihonen M, Heikkinen A-M, Ahonen R. Do Finnish women using hormone replacement therapy need more information about the risks. *Pharmacy World and Science* 29: 635–640, 2007
- II Tiihonen M, Leppänen H-M, Heikkinen A-M, Ahonen R. Hormonal contraceptive users' self-reported benefits, adverse reactions and fears in 2001 and 2007. *Patient* 1: 173–180, 2008
- III Tiihonen M, Heikkinen A-M, Leppänen H-M, Ahonen R. Information sources used by women in Finland who use hormonal contraceptives. *Pharmacy World and Science* 32: 66–72, 2010
- IV Tiihonen M, Saarela M, Saarinen S, Ahonen R, Heikkinen A-M. Menopausal hormone therapy - benefits, adverse reactions, concerns and information sources in 2009. *Maturitas* 70: 69–73, 2011

Julkaisuja on käytetty tässä kirjassa tekijänoikeudenhaltijan luvalla.

Sisältö

1	JOHDANTO	1
2	HORMONIVALMISTEET	3
3	YHTEENVETO HORMONIVALMISTEIDEN VAIKUTUKSISTA TUTKIMUSTEN PERUSTEELLA	5
3.1	Hormonivalmisteet ja sydän- ja verenkiertoelimistö	5
3.1.1	Laskimotukos	5
3.1.2	Valtimotukos	5
3.2	Hormonivalmisteet ja syöpä	6
3.2.1	Rintasyöpä	6
3.2.2	Munasarjasyöpä	7
3.2.3	Kohdun runko-osan syöpä	7
3.2.4	Kohdunkaulan syöpä	8
3.2.5	Paksu- ja peräsuolen syöpä	8
3.3	Hormonivalmisteet ja luusto	9
3.4	Hormonivalmisteiden vaikutukset mielialaan, uneen, kognitiivisiin toimintoihin ja elämänlaatuun	9
3.5	Hormonivalmisteiden vaikutus ihoon ja limakalvoihin	10
4	HORMONIVALMISTEIDEN KÄYTTÖ JA KULUTUS	11
4.1	Hormonaalinen ehkäisy	11
4.2	Vaihdevuosien hormonihoido	13
5	NAISTEN KOKEMUKSIA HORMONIVALMISTEISTA	15
6	HORMONIVALMISTEIDEN KÄYTTÄJIEN TIETOLÄHTEET	16
7	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	17
8	AINEISTO JA MENETELMÄT	18
8.1	Hormonaalinen ehkäisy	18
8.2	Vaihdevuosien hormonihoido	18
9	TULOKSET	21
9.1	Hormonaalinen ehkäisy	21
9.2	Vaihdevuosien hormonihoido	22
9.3	Hormonivalmisteiden käyttäjien tietolähteet	24
10	POHDINTA	26
11	PÄÄTELMÄT	31
12	KIRJALLISUUS	33
	LIIITTEET	
	ALKUPERÄISJULKAISUT	

Lyhenteet ja termit

ATC-luokka = Anatomis-terapeuttis-kemiallinen lääkkeiden luokittelujärjestelmä. The WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology:n ylläpitämä lääkeluokitus, joka on käytössä lähes kaikissa Euroopan maissa. Pääluokitus tapahtuu sen mukaan, mihin elimeen tai elinryhmään vaikutus kohdistuu. Alaryhmät määräytyvät lääkkeen terapeuttisten, farmakologisten ja kemiallisten ominaisuuksien mukaan.

DDD = Defined Daily Dose, määritelty vuorokausiannos. Kansainvälinen, tekninen lääkekulutuksen yksikkö, jonka ylläpidosta Suomessa vastaa Fimea. DDD on lääkkeen tyypillinen aikuisen ihmisen vuorokausiannos. Määrä ilmoitetaan tavallisesti vuorokausiannoksina tuhatta asukasta ja vuorokautta kohden (DDD/1000 as/vrk).

EMEA = EMA, European Medicines Agency

HERS-tutkimus = *Heart and Estrogen/progestin Replacement Study*. HERS-tutkimukseen osallistui 2736 sepelvaltimotautia sairastavaa alle 80-vuotiasta naista, keski-ikältään 66,7 vuotta. Tutkimus oli satunnaistettu ja sokkoutettu, 1380 sai konjugoitua estrogeenia (0,625 mg) ja medroksiprogesteronia (2,5 mg) sisältävää valmistetta ja 1383 plaseboa. Tutkimusaika oli keskimäärin 4,1 vuotta. HERS II-tutkimus oli seurantatutkimus, johon osallistui 2321 HERS-tutkimukseen osallistunutta naista 2,7 vuoden ajan.

Hormoniehkäisy = yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrengas, ehkäisyalaastari, progestiiniehkäisytabletit

Hormonivalmiste = yhdistelmäehkäisytabletit, ehkäisyrengas, ehkäisyalaastari, progestiiniehkäisytabletit ja vaihdevuosien hormonihoidossa käytettävät estrogeeni-, progestiini- ja yhdistelmävalmisteet

HR = hazard ratio (riskitiheysuhde)

IARC = International Agency of Research on Cancer

LV = luottamusväli

MW-tutkimus = *Million Women Study*. Isobritannialainen 1,3 miljonan postmenopausaalisen naisen aineistoon pohjautuva tutkimus. Tutkittavat rekrytoitiin vuosien 1996–2001 välisenä aikana.

NOMESCO = Nordic Medico-Statistical Committee

OR = odds ratio (ristitulosuuhde)

RR = risk ratio (riskisuhde)

SIR = standardized incidence ratio. Vakioitu ilmaantuvuusuhde, mikä kuvaa ilmaantuvuutta suhteessa vastaavaan väestöön.

Vaihdevuosien hormonihoido = vaihdevuosien hormonihoidossa käytettävät estrogeeni-, progestiini- ja yhdistelmävalmisteet

WHI-tutkimus = *Women's Health Initiative*. Tutkimuksessa 16608 50–79-vuotiasta postmenopausaalista naista satunnaistettiin, 8506 sai konjugoitua estrogeenia (0,625 mg) ja medroksiprogesteronia (2,5 mg) sisältävää valmistetta ja 8102 sai plaseboa. Tutkittavat rekrytoitiin 1993–1998 välisenä aikana 40 lääkärikeskukselta. Tutkimus keskeytettiin heinäkuussa 2002, se oli kestänyt keskimäärin 5,6 vuotta (3,7–8,6), koska rintasyöpä oli osallistuvien keskuudessa lisääntynyt. Estrogeenihoito-osassa oli 10739 50–79 postmenopausaalista naista, joille oli tehty hysterektomia. Heidät satunnaistettiin saamaan konjugoitua estrogeenia (0,625 mg) tai plaseboa. Estrogeeniosatutkimus keskeytettiin helmikuussa 2004.

1 Johdanto

Vuonna 1923 yhdysvaltalaiset Edgar Allen ja Edvard A. Doisy onnistuivat eristämään estrogeenihormonin munasarjoista (Marks 2001). Estrioli eristettiin vuonna 1930 ja estroni viisi vuotta myöhemmin. Etinyyliestradioli syntetisoitiin vuonna 1938 (Dhont 2010). Ensimmäinen kaupallinen konjugoitua estrogeenia sisältävä tabletti tuli markkinoille Yhdysvalloissa vuonna 1942 (Davis ym. 2005). Progesteronin eristäminen onnistui ensimmäisen kerran vuonna 1934 ja ensimmäiset oraalisesti aktiiviset synteettiset progestiinit, norethindroni ja norethynodreeli, kehitettiin 1950-luvun alussa (Marks 2001, Dhont 2010).

Teollisen yhteiskunnan kehittymisen ja eliniän pidentymisen seurauksena 1900-luvulla vaihdevuosisoireista kärsivien naisten määrä lisääntyi (Davis ym. 2005). Jo 1800-luvun lopulla markkinoilla oli kuitenkin useita, esimerkiksi kuivattuja lehmän munasarjoja sisältäviä, valmisteita vaihdevuosisoireiden hoitoon (Stefanick 2005). Estrogeenivalmisteiden, etenkin konjugoitua estrogeenia sisältävien valmisteiden, käyttö vaihdevuosisoireiden hoidossa lisääntyi merkittävästi 1940-luvulla. Yhdysvalloissa vuonna 1947 vaihdevuosisoireiden hoitoon oli tarjolla 53 valmistetta.

Vaikka sekä estrogeenin että progesteronin ovulaatiota estävä vaikutus ja mahdollisuus raskauden ehkäisyyn oli ymmärretty jo 1930-luvulla, hormonaalisen ehkäisyvalmisteen kehittäminen onnistui vasta 1950-luvulla (Marks 2001). Tutkijoiden oli ollut vaikea saada rahoitusta ja lääketieteellisuuden tukea ehkäisy tutkimukseen, koska naisen lisääntymistoimintoihin puuttuminen ei ollut ollut yhteiskunnallisesti hyväksyttävää. Yhdysvaltalainen naisasianainen Margaret Sanger perusti vuonna 1952 tutkimusryhmän, jonka tavoitteena oli kehittää turvallinen, edullinen, helppo ja naisen itsensä hallitsema ehkäisymenetelmä. Ensimmäinen ehkäisyvalmiste kehitettiin itsenäisessä riippumattomassa tutkimuslaitoksessa, joskin lääketieteellisuus toimitti Sangerin, ja rahoittaja Katharine McCormickin sekä kemisti Gregory Pincusin ja gynekologi John Rockin tutkimusryhmälle hormoniyhdisteitään tutkittaviksi.

Ensimmäinen pilleri Enovid® (Searle) sisälsi 9,85 milligrammaa nor-19-progestiinia ja 150 mikrogrammaa synteettistä estrogeenia (Marks 2001). Se tuli markkinoille Yhdysvalloissa toukokuussa 1957 gynekologisten häiriöiden hoitoon. Vuoteen 1959 mennessä puoli miljoonaa naista käytti Enovid®-valmistetta. Vuonna 1960 Enovid® sai viralliseksi indikaatioksi myös raskauden ehkäisyyn. Teollistuneissa maissa e-pillerit omaksuttiin nopeasti. Suomessa ensimmäiset ehkäisy pillerit tulivat markkinoille vuonna 1962 (Ritamies 2006). Ehkäisy pillerit ovat osaltaan merkittävästi parantaneet naisten mahdollisuuksia kouluttautua, ja näin parantaneet naisten taloudellista itsenäisyyttä (Marks 2001). Näin myös miesten vastuu perheen elättäjänä on keventynyt. Synnytysten määrän väheneminen on parantanut naisten yleistä terveydentilaa. Myös lapsivuodekuolleisuus on vähentynyt merkittävästi.

Hormonivalmisteiden haitat ovat ohjanneet tutkijoita ja lääketieteellisuutta kehittämään valmisteita, joilla haittavaikutukset olisivat mahdollisimman vähäisiä (Ritamies 2006, Warren 2007, Dhont 2010). Ehkäisyvalmisteiden hormonimääriä on pienennetty ja annostelua helpotettu. Haittavaikutuksista keskustellaan kuitenkin toistuvasti, osin siksi, koska tiedotusvälineillä on usein sensaationhakuinen tapa uutisoida hormonivalmisteiden haittavaikutuksista. Ensimmäiset raportit ehkäisy pillereiden aiheuttamista laskimotukoksista julkaistiin vuonna 1961 (Marks 2001). Seuraavan vuosikymmenen aikana laskimotukosriski varmistui useissa tutkimuksissa. Valmisteiden sisältämän estrogeenimäärän pienentäminen kuitenkin vähensi laskimotukosriskiä (Dhont 2010). Vuonna 1995 havaittiin yllättäen, että myös progestiinilla on merkitystä laskimotukosriskiin kun havaittiin, että desogestreelia ja gestodeenia sisältävien pillerien laskimotukosriski on suurempi kuin levonorgestreelia sisältävien pillereiden (Jick ym. 1995, World Health Organisation 1995). Tiedotusvälineet uutisoivat aiheesta värikkäästi, minkä seurauksena ehkäisy pillereiden käyttö väheni ja vastaavasti aborttien ja raskauksien lukumäärät lisääntyivät (Marks 2001). Keskustelu hormoniehkäisyyn laskimotukosriskistä on edelleen ajankohtainen. Vaikka 1980-luvulla myös e-pillereistä ja niihin liitetyistä rintasyövän ja kohdunkaulan syöpäriskeistä puhuttiin julkisuudessa, vakiinnuttivat ehkäisy pillerit asemansa raskauden ehkäisyssä (Marks 2001).

Vuonna 1975 havaittiin vaihdevuosien hormonihoitossa käytettävän estrogeenin ja kohdun runko-osan syövän välinen yhteys (Stefanick ym. 2005). Uutinen vähensi merkittävästi hormonihoitokäyttöä. Nopeasti kuitenkin selvisi, että progestiinin liittäminen estrogeenin rinnalle vähentää kohdun runko-osan syövän riskiä, ja vaihdevuosien hormonihoitokulutukset kääntyivät 1980- ja 1990-luvulla kasvuun. Vaihdevuosien hormonihoito todettiin tehokkaaksi osteoporoosin hoidossa ja sen ehkäisyssä, ja lisäksi hormonihoitokäyttöä arvioitiin suojaavan merkittävästi vaihdevuosi-ikäistä naista sydäntapahtumilta (Grady ym. 1992, Stefanick 2005, Warren 2007). 1990-luvulla myös vaihdevuosien hormonihoitokäytön osalta tutkimus keskittyi progestiinin vaikutuksiin.

Estrogeenin sydäntapahtumilta ehkäisevä vaikutus oli havaittu useissa epidemiologisissa tutkimuksissa (Barret-Connor ja Grady 1998). The Postmenopausal Estrogen/Progestin Intervention (PEPI)-tutkimuksen tulokset viittasivat ensimmäisen kerran siihen, että progestiini kumoaisi estrogeenin suotuisia vaikutuksia veren rasva-arvoihin (The writing group for the PEPI trial 1995). Satunnaistetut ja lumekontrolloidut Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS)-tutkimus (1998) ja Women's Health Initiative (WHI)-tutkimus (2002) kyseenalaistivat edelleen käsitystä vaihdevuosien hormonihoitokäytön sepelvaltimotaudilta suojaavista vaikutuksista (Hulley ym. 1998, Roussouw ym. 2002).

WHI-tutkimus vahvisti jo epidemiologisissa tutkimuksissa saatua näyttöä siitä, että vaihdevuosien hormonihoitoon liittyy rintasyöpäriski (Roussouw ym. 2002). Isobritannialainen yli miljoonan naisen aineistoon pohjautuva Million Women-tutkimus (MW) vahvisti edelleen WHI-tutkimuksen tuloksia (Beral ym. 2003). Tutkimustuloksista seurannut mediakohu aiheutti sen, että maailmanlaajuinen vaihdevuosihormonien käyttäjien määrä puoliintui vuosina 2000–2005 (Cogliano ym. 2005). Myös viranomaiset ottivat kantaa vaihdevuosien hormonihoitoon antamalla uudet hoitosuosituksen, joiden mukaan hormonihoitoa suositeltiin vaikeista vaihdevuosioireista kärsiville naisille mahdollisimman lyhyen hoitajakson ajan ja mahdollisimman pienellä annoksella (EMEA 2002, USPSTF 2003, Pines ym. 2007, North American Menopause Society 2008). Viimeaikaisen tutkimusnäytön perusteella vaikuttaisi siltä, että hormonihoitojen laskeneen kulutuksen myötä myös rintasyövän esiintyvyys olisi laskenut useissa maissa (Jemal ym. 2007, Hemminki ym. 2008, Kumle 2008, De P ym. 2008, Parkin 2009).

Haittavaikutuskeskustelu voi vaikuttaa hormonihoitoa käyttäviin naisiin joko valmisteiden käyttöön liittyvinä pelkoina ja epäluottamuksena tai käytön lopettamisena. Luotettavan ehkäisymenetelmän puuttuminen tai vaikeat vaihdevuosioireet voivat kuitenkin hankaloittaa jokapäiväistä elämää. Ehkäisyn osalta käytön lopettaminen voi aiheuttaa myös merkittäviä kansanterveydellisiä seurauksia aborttien tai teiniraskauksien lisääntymisen myötä. Ehkäisyvalmistevalikoima on muuttunut paljon 2000-luvun aikana. Vaihdevuosihormoneja on vuosien 2002–2003 kohun jälkeen käyttänyt aiempaa pienempi kohderyhmä.

Tämä tutkimus tuo tietoa hormonihoitoa käyttävien suomalaisten naisten kokemuksista 2000-luvulla. Terveystieteiden ammattilaisten on tärkeä tietää millaisia kokemuksia ja asenteita hormonihoitoa käyttävien liittyy.

Kirjallisuudessa käsitellään hormonihoitoa, niiden vaikutuksia elimistössä tutkimusten perusteella, hormonihoitoa ja kulutusta sekä naisten kokemuksia hormonihoitoa ja naisten käyttämiä tietolähteitä. Kirjallisuudessa lähteinä on käytetty pääosin 2000-luvulla julkaistuja artikkeleita. Tutkimusosa koostuu neljästä poikkileikkaustutkimuksesta. Hormonienkäyttöä käyttävien naisten kokemuksia kartoitettiin kyselytutkimuksilla vuosina 2001 ja 2007 ja vaihdevuosien hormonihoitoa käyttävien naisten kokemuksia vuosina 2003 ja 2009. Hormonienkäyttövalmisteista tutkimukseen kuuluivat yhdistelmä- ja progestiinihormonit, ehkäisyrenkaas ja -laastari. Injektoitavia ehkäisyvalmisteita, implantaatteja, hormonihoitoa ja jälkiehkäisyvalmisteita – ei käsitellä kirjallisuudessa eikä tutkimusosassa. Vaihdevuosien hormonihoitokäytön osalta tutkimukseen kuuluivat systeemiset estrogeeni- ja progestiinihoitovalmisteet sekä estrogeeni ja progestiini yhdistelmävalmisteet ja paikallisesti emättimeen annosteltavat estrogeeni.

Tässä tutkimuksessa keskitytään naisten kokemuksiin hyötyihin, haittavaikutuksiin ja pelkoihin ja huoliin. Lisäksi tarkastellaan, mistä hormonihoitoa käyttävät naiset saavat tietoa hoitoista.

2 Hormonivalmisteet

Raskauden ehkäisyssä ja vaihdevuosien hormonihoidossa käytetään luonnollisia estrogeeneja (17 β -estradiolia, estronia ja estriolia), konjugoitua estrogeenia ja synteettistä etinyyliestradiolia (Coehling Bennink 2004). Raskauden ehkäisyssä käytetään yleisesti etinyyliestradiolia. Suomessa etinyyliestradiolivalmisteiden lisäksi markkinoilla on kaksi ehkäisyvalmistetta, jossa estrogeenina on estradiolivaleraatti. Vaihdevuosien hormonihoidossa käytetään systeemisesti annosteltavissa valmisteissa estradiolivaleraattia ja estradiolihemihydraattia sekä paikallisestrogeenivalmisteissa estriolia.

Progestiineja ovat luonnollinen progesteroni, dydrogesteroni ja luonnollisen progesteronin synteettiset johdokset (Sitruk-Ware 2004). Dydrogesteroni on luonnollisen progesteronin stereoisomeeri. Synteettiset johdokset jaetaan progesteroni- ja testosteronijohdoksiin (Taulukko 1). Tämän luokittelun ulkopuolella sekä raskauden ehkäisyssä että vaihdevuosien hormonihoidossa käytetään spironolaktonijohdosta drospirenonia ja vaihdevuosien hormonihoidossa tibolonia. Tiboloni voidaan luokitella rakenteellisesti 19-nor-testosteronijohdoksiin, mutta elimistössä se hajoaa kolmeksi yhdisteeksi, joista kahdella on estrogeenisia vaikutuksia ja yhdellä progestiini- ja androgeenivaikutus (Rutanen ja Ylikorkala 2004). Progestiinit voivat sitoutua progesteronireseptorin lisäksi myös muihin reseptoreihin, ja ne voidaan luokitella edelleen progesteronisiin, estrogeenisiin, antiestrogeenisiin, androgeenisiin ja antiandrogeenisiin progestiineihin (Sitruk-Ware 2004). Lisäksi progestiineilla voi olla glukokortikoidinen tai antimineralokortikoidinen vaikutus. Suomessa raskauden ehkäisyssä käytetään 19-nor-testosteronijohdoksia sekä lisäksi syproteronia ja drospirenonia (Taulukko 1). Vaihdevuosien hormonihoidossa käytetään drospirenonia, dydrogesteronia ja medroksiprogesteronia sekä testosteronijohdoksista noretisteronia ja levonorgestreelia.

Suomessa raskauden ehkäisyssä käytetään yhdistelmävalmisteita, joissa estrogeenin ja progestiinin päiväannos säilyy samana annostelujakson ajan tai yhdistelmävalmisteita, joissa estrogeenin ja progestiinin määrä vaihtelee jaksoittain eli sekventiaalisesti (Perheentupa 2007). Yleisimmin annostelu tapahtuu niin, että ehkäisyvalmistetta käytetään kolmen viikon ajan, jonka jälkeen seuraa seitsemän vuorokauden hormoniton jakso, jolloin tulee kuukautisvuodon kaltainen vuoto. Kiinteäannoksisia valmisteita voi myös käyttää kolmen viikon sijaan 2–6 kuukauden jaksoina, jonka jälkeen pidetään 7 vuorokauden tauko. Kiinteäannoksiset yhdistelmävalmisteet annostellaan tablettina, laastarina tai ehkäisyrenkaana. Sekventiaalivalmisteet annostellaan tablettina. Raskauden ehkäisy on mahdollista toteuttaa myös ainoastaan progestiinia sisältävillä valmisteilla, jolloin annostelu voidaan toteuttaa tablettina, kierukkana, implantaattina tai injektiona. Progestiinitabletteja käytetään säännöllisesti, eli hormonittomia taukoviikkoja ei pidetä.

Vaihdevuosien hormonihoidossa systeemisesti annosteltava estrogeeni ilman progestiinilisää sopii ainoastaan naisille, joilta on poistettu kohtu (Perheentupa 2007). Muutoin estrogeeni voi aiheuttaa kohdun limakalvon paksuuntumista ja lisätä kohdun runko-osan syövän riskiä. Systeemisesti estrogeeni voidaan annostella tablettina tai ihon kautta geelinä tai laastarina. Jos naisella on kohtu, vaihdevuosien hormonihoidon lisäksi progestiini joko kiinteänä päiväannoksena tai sekventiaalisesti annosteltuna. Sekventiaalisessa annostelussa progestiini lisätään hoitoon 1–3 kuukauden välein 10–14 vuorokauden ajan. Progestiini voidaan lisätä erillisenä valmisteena tablettina tai kierukkana tai käyttää yhdistelmävalmisteita. Tibolonin annostelu tapahtuu tablettina, ja sen vaikutus vaihdevuosien hormonihoidossa on kiinteäannoksisten yhdistelmävalmisteiden kaltainen. Paikallisesti emättimeen annosteltavia estrogeenivalmisteita käytetään emättimen limakalvo-oireilun ja virtsateiden ongelmien hoidossa. Paikallisestrogeenivalmisteita voidaan käyttää emätinvoiteena, emätinpuikkona tai emätinrenkaana. Paikallisestrogeenivalmisteet annostellaan hoidon alussa joka ilta korkeintaan kahden viikon ajan. Jatkohoidossa annostelu tapahtuu 1–2 kertaa viikossa. Emätinrenkaasta estriolia vapautuu jatkuvasti.

Taulukko 1. Hormonaalisessa ehkäisyssä ja vaihdevuosien hormonihoidossa käytettävät progestiinit Suomessa vuonna 2011

HORMONAALINEN EHKÄISY	VAIHDEVUOSIEN HORMONIHOITO
<u>Synteettiset Progesteronijohdokset</u>	<u>Luonnollinen progesteroni</u>
17-OH progesteronit	<u>Dydrogesteroni</u>
syproteroni	<u>Synteettiset progesteronijohdokset</u>
19-nor-testosteronit	17-OH progesteronit
noretisteroni	medroksiprogesteroniasetaatti
levonorgestreeli	19-nor-testosteronit
desogestreeli	noretisteroni
etonogestreeli	levonorgestreeli
gestodeeni	
norgestimaatti	
norelgestromiini	
dienogesti	
Spironolaktonijohdokset	Spironolaktonijohdokset
drospirenoni	drospirenoni

3 Yhteenveto hormonivalmisteiden vaikutuksista tutkimusten perusteella

3.1 HORMONIVALMISTEET JA SYDÄN-JA VERENKIERTOELIMISTÖ

3.1.1 Laskimotukos

Sekä hormonaalisen ehkäisyn että vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjillä on 2–4-kertainen laskimotukosriski verrattuna vastaavan ikäiseen naiseen, joka ei käytä hormonivalmisteita (Grady ym. 2002, EMEA 2001, Roussouw ym. 2002, Canonico ym. 2008). Laskimotukosriski on suurin ensimmäisen vuoden aikana hormonivalmisteen käytön aloittamisesta (Hulley ym. 1998, Kemmeren ym. 2001, Miller ym. 2002, Cushman ym. 2004, Canonico ym. 2008).

Hormoniehkäisyn valmisteiden sisältämät estrogeeniannokset ovat pienentyneet, mikä on pienentänyt myös valmisteiden käyttöön liittyvää laskimotukosriskiä (Gomes ja Deitcher 2004). Vuonna 1995 havaittiin, että myös progestiini vaikuttaa laskimotukosriskiin: levonorgestreelia sisältävillä yhdistelmäehkäisytableteilla havaittiin pienempi laskimotukosriski kuin uudemmilla desogestreelia ja gestodeenia sisältävillä yhdistelmäehkäisytableteilla (Bloemenkamp ym. 1995, Jick ym. 1995, World Health Organisation 1995, Spitzer ym. 1996, Farmer ym. 2000, Kemmeren ym. 2001, Gomes ja Deitcher 2004). Kemmeren ym. (2001) meta-analyysissä laskimotukosriski oli 1,7 (OR, 95 % LV 1,4–2,0) desogestreelia ja gestodeenia sisältävillä tableteilla verrattuna levonorgestreelia sisältäviin yhdistelmätableteihin. Toisaalta Heinemann ym. (2010) eivät havainneet eroa gestodeenia sisältävien ehkäisytablettien ja muita progestiineja kuin gestodeenia tai desogestreelia sisältävien ehkäisytablettien laskimotukosriskien välillä. Viimeaikaisissa tutkimuksissa on havaittu myös, että drospirenonia sisältäviin yhdistelmätablettien liittyy levonorgestreelia sisältäviä tableteita suurempi laskimotukosriski (OR 1,6–2,3) (Van Hylckama Vlieg ym. 2009, Jick ja Hernandez 2011, Lidegaard ym. 2011). Myös ehkäisytabletti lisää laskimotukosriskiä (RR 2,2, 95 % LV 1,3–3,8) (Cole ym. 2007). Vain progestiinia sisältävät ehkäisytabletit eivät vaikuta laskimotukosriskiin (Lidegaard ym. 2011).

Vaihdevuosien hormonihoidossa progestiinin yhdistäminen estrogeenihoitoon tai yhdistelmävalmisteen käyttö lisäävät laskimotukosriskiä estrogeenihoitoon verrattuna (Roussouw ym. 2002, Anderson ym. 2004, Smith ym. 2004). WHI-tutkimuksessa estrogeenihoitoon laskimotukosriski oli 1,33 (HR, 95 % LV 0,99–1,79) ja yhdistelmähoitoon laskimotukosriski oli 2,11 (HR, 95 % LV 1,58–2,82) (Roussouw ym. 2002, Anderson ym. 2004). Laskimotukosriski on pienempi kun hormonihoidon annostellaan transdermaalisesti eikä tablettina (Scarabin ym. 2003, Cushman ym. 2004, Canonico ym. 2008, Canonico ym. 2010). Canonico ym. (2008) meta-analyysissä estrogeenihoitoon aiheuttama laskimotukosriski oli 1,2 (OR, 95 % LV 0,9–1,7).

3.1.2 Valtimotukos

Tutkimustulokset yhdistelmäehkäisyn ja sydäninfarktin välisestä yhteydestä ovat ristiriitaisia. Khaderin ym. (2003) meta-analyysissä havaittiin, että ehkäisytablettien käyttäjillä oli kohonnut sydäninfarktiriski verrattuna naisiin, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet ehkäisytabletteja (OR 2,48, 95 % LV 1,91–3,22). Levonorgestreelia sisältävien yhdistelmäehkäisytablettien sydäninfarktiriski oli Tanis ym. (2001) tutkimuksessa 2,5 (OR, 95 % LV 1,5–4,1) ja Spitzerin ym. (2002) meta-analyysissä 2,18 (OR, 95 % LV 1,62–2,94) verrattuna naisiin, jotka eivät ole käyttäneet yhdistelmäehkäisyä. Desogestreelia tai gestodeenia sisältävillä tableteilla sydäninfarktiriski oli Spitzerin ym. meta-analyysissä vain 1,13 (OR, 95 % LV 0,66–1,92). Ruotsalaisessa Margoliksén ym. (2007) tutkimuksessa yhdistelmäehkäisy ei vaikuttanut lainkaan sydäninfarktiriskiin. Vain progestiinia sisältävät ehkäisytabletit eivät lisää sydäninfarktiriskiä. Chakhtouran ym. (2011) meta-analyysissä sydäninfarktiriski oli 1,07 (OR, 95 % LV 0,62–1,84). Gillumin ym. (2000) meta-analyysissä todettiin yhdistelmäehkäisyn käyttäjillä selvästi kohonnut aivoinfarktiriski (RR 2,75, 95 % LV 2,24–3,38). Progestiini-tablettien ei ole havaittu lisäävän halvausriskiä (Chakhtoura ym. 2009).

Epidemiologisten tutkimusten perusteella on arvioitu, että vaihdevuosien hormonihoito vähentää sepelvaltimotaudin riskiä terveillä naisilla (Grady ym. 1992). WHI-tutkimuksessa havaittiin kuitenkin 29 % kohonnut sydäninfarktin tai sydänkuoleman riski yhdistelmävalmisteita käyttävillä naisilla (HR 1,29 95 % LV 1,02–1,63) (Roussouw ym. 2002) Estrogeenihoito ei vaikuttanut sydäntapahtumariskiä (HR 0,91 95 % LV 0,75–1,12) (Anderson ym. 2004). HERS I ja HERS II-tutkimukset todistivat, että yhdistelmähoito ei vaikuta suojaavasti naisilla, jotka sairastivat sepelvaltimotautia (Hulley ym. 1998, Grady 2002). Sekä HERS- että WHI-tutkimuksissa sepelvaltimotapahtumat lisääntyivät erityisesti hoidon alkuvaiheessa (Hulley ym. 1998, Roussouw ym. 2002). WHI-tutkimusta on kritisoitu tutkimukseen osallistuneiden naisten korkean keski-ikä, verenpainetaudin esiintyvyyden ja yleisesti suuren painoindeksin vuoksi. Viimeisimpien tutkimustulosten mukaan vaihdevuosien hormonihoito saattaa suojata sepelvaltimotaudilta, kun hoito aloitetaan kymmenen vuoden kuluessa menopaussista (Grodstein ym. 2006, Salpeter ym. 2006, Roussouw ym. 2007). WHI-tutkimuksessa havaittiin, että estrogeeni- ja yhdistelmähoito käyttöö lisäsi halvausriskiä (Roussouw ym. 2002, Anderson ym. 2004). Estrogeenihoito halvausriski oli 1,39 (HR, 95 % LV 1,10–1,77) ja yhdistelmähoito halvausriski oli 1,41 (HR, 95 % LV 1,07–1,85). HERS-tutkimuksessa hormonivalmisteen käyttö ei vaikuttanut aivoinfarktiriskiä (Hulley ym. 1998, Grady ym. 2002).

3.2 HORMONIVALMISTEET JA SYÖPÄ

3.2.1 Rintasyöpä

Yhdistelmäehkäisyyn ja rintasyövän välistä yhteyttä on tutkittu paljon, mutta tulokset ovat ristiriitaisia. Vuonna 1996 julkaistussa 54 tapaus-verrokki- ja kohorttitutkimusta sisältäneessä meta-analyysissä pitkäaikainen yhdistelmäpillereiden käyttö lisäsi rintasyöpäriskiä (RR 1,24, 95 % LV 1,15–1,33) (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1996). Rintasyöpäriski hävisi, kun yhdistelmäehkäisyyn päättymisestä oli kulunut yli kymmenen vuotta. Kahlenborn ym. (2006) meta-analyysissä yhdistelmäehkäisyyn käyttö lisäsi lievästi perimenopausaalisten naisten rintasyöpäriskiä (OR 1,19, 95 % LV 1,09–1,29). Rintasyöpäriski oli suurempi naisilla, jotka olivat aloittaneet yhdistelmäehkäisyyn ennen ensimmäistä täysiaikaista raskautta kuin naisilla, jotka olivat aloittaneet yhdistelmäehkäisyyn ensimmäisen täysiaikaisen raskauden jälkeen (OR 1,44, 95 % LV 1,28–1,62 vs. OR 1,15, 95 % LV 1,06–1,26). Pohjoismaisessa kohorttitutkimuksessa tutkijat havaitsivat kohonneen rintasyöpäriskin sekä yhdistelmäehkäisyä (RR 1,5, 95 % LV 1,2–2,1) että progestiinipillereitä (RR 1,6, 95 % LV 1,0–2,4) käyttäneillä naisilla (Kumle ym. 2002). Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa yhdistelmäehkäisyyn ei havaittu vaikuttavan lainkaan rintasyöpäriskiä (Marchbanks ym. 2002, Hannaford ym. 2007) eikä lisäävän rintasyöpäkuolleisuutta (Hannaford ym. 2010). Tutkimustietoa aiemmin käytetyn hormoniehkäisyyn vaikutuksesta vaihdevuosien hormonihoitoa käyttävän naisen rintasyöpäriskiä on vähän, ja se on ristiriitainen. Ranskalaisessa Dumeauxin ym. (2005) tutkimuksessa aikaisempi hormoniehkäisy ei lisännyt vaihdevuosien hormonihoitoa käyttävän naisen rintasyöpäriskiä, mutta norjalaisessa Lundin ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin kohonnut rintasyöpäriski (RR 2,45, LV 95 % 1,92–3,12).

Vaihdevuosien hormonihoito ja rintasyövän välinen yhteys on estrogeenihoito osalta ristiriitainen. Shahin ym. (2005) meta-analyysissä estrogeenihoito lisäsi rintasyöpäriskiä vain hieman (OR 1,16, 95 % LV 1,06–1,28). WHI-tutkimuksessa konjugoitua estrogeenia käyttävien naisten rintasyöpäriski oli 0,77 (HR, 95 % LV 0,59–1,01) plaseboryhmään verrattuna 6,8 vuoden käytön jälkeen (Anderson ym. 2004). Toisaalta on havaittu, että estradiolivalmisteiden käyttö lisää rintasyöpäriskiä yli viisi vuotta jatkuneessa hormonihoitossa (Beral ym. 2003, Fournier ym. 2005, Lyytinen ym. 2006, Bakken ym. 2011). Transdermaalaisella ja oraalaisella estrogeenin annostelulla ei ole havaittu eroa niiden vaikutuksessa rintasyöpään. Paikallisesti emättimeen annosteltavat estrogeenivalmisteet eivät lisää rintasyöpäriskiä (Lyytinen ym. 2006, Al-Baghdadi ja Ewies 2009). Al-Baghdadi ja Ewies (2009) toteavat kirjallisuuskatsauksessaan, että paikallisestrogeenia voidaan käyttää myös rintasyövän sairastaneilla naisilla, joskin Kendall ym. (2005) havaitsivat kohonneita veren estradiolipitoisuuksia aromataasi-inhibiittoreita ja paikallisestrogeenia käyttävillä rintasyöpöpotilailla.

Yhdistelmävalmisteiden osalta näyttö kohonneesta rintasyöpäriskistä on vahvempi kuin estrogeenihoidon osalta. WHI- tutkimuksessa yhdistelmähoitoa käyttävillä naisilla rintasyöpäriski oli 1,26 (HR, 95 % LV 1,00–1,59) (Roussouw ym. 2002). MW-tutkimuksessa yhdistelmävalmisteisiin liittyi kaksinkertainen rintasyöpäriski (RR 2,00, 95 % LV 1,88–2,12), kun käyttö oli jatkunut yli viiden vuoden ajan (Beral ym. 2003). Useat tutkimukset todistavat, että kiinteäannoksisen yhdistelmähoiton rintasyöpäriski on suurempi kuin sekventiaalivalmisteiden (Stahlberg ym. 2004, Flesch-Janys ym. 2008, Lyytinen ym. 2009, Bakken ym. 2011). Toisaalta on myös näyttöä, että yhdistelmävalmisteiden välillä ei olisi eroa (Beral ym. 2003, Li ym. 2003, Opartny ym. 2008). Yhdistelmähoiton annostelutavoilla (oraalinen vs. transdermaalinen) ei ole havaittu olevan vaikutusta rintasyöpäriskiin (Beral ym. 2003, Lyytinen ym. 2009). MW-tutkimuksessa progestiini ei vaikuttanut rintasyöpäriskiin, mutta ranskalaisessa E3N-kohorttitutkimuksessa estrogeeni-progesteroni- tai estrogeeni-dydrogesteroni-yhdistelmiin (RR 1,00, 95 % LV 0,83–1,22 ja RR 1,16, 95 % LV 0,94–1,43) liittyi selvästi pienempi rintasyöpäriski kuin muihin estrogeeni-progestiiniyhdistelmiin (1,69, 95 % LV 1,50–1,91) (Beral ym. 2003, Fournier ym. 2005). Lyytinen ym. (2009) havaitsivat tutkimuksessaan, että yli viisi vuotta jatkunut estrogeeni-noretisteroni-hoito lisäsi rintasyöpäriskiä enemmän kuin estrogeeni-medroksiprogesteronihoito (SIR 2,03, 95 % LV 1,88–2,18 vs. SIR 1,64, 95 % LV 1,49–1,79). Viimeaikaisten tutkimusten perusteella hormonihoidon aloittaminen ennen menopaussia tai viiden vuoden kuluessa menopaussista lisää rintasyöpäriskiä enemmän kuin myöhäisemmässä vaiheessa aloitettu hormonihoidon (Fournier ym. 2009, Prentice ym. 2009, Beral ym. 2011). Rintasyöpäriski palautuu hormonihoidon käyttämättömien naisten tasolle viiden vuoden kuluessa hormonihoidon lopettamisesta (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1997).

3.2.2 Munasarjasyöpä

Hormoniehkäisy suojaa naista munasarjasyövältä. Laajassa, 45 epidemiologista tutkimusta kattavassa meta-analyysissä, yhdistelmäehkäisyn käyttäjillä oli pienempi riski sairastua munasarjasyöpään kuin pillereitä käyttämättömillä naisilla (RR 0,73, 95 % LV 0,70–0,76) (Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer 2008). Munasarjasyövän riski on sitä pienempi, mitä kauemmin yhdistelmäpillereiden käyttö kestää, ja munasarjasyövältä suojaava vaikutus on havaittavissa vielä 30 vuotta käytön lopettamisesta. Hannafordin ym. (2007) kohorttitutkimuksessa munasarjasyöpäriski oli 0,54 (RR, 95 % LV 0,40–0,71) naisilla, jotka olivat joskus käyttäneet yhdistelmäehkäisyä. Kuolleisuus munasarjasyöpään oli myös pienempi ehkäisy pillereiden käyttäjillä, kuin naisilla, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet ehkäisy pillereitä (Hannaford ym. 2010). Vain progestiinia sisältävät ehkäisytabletit eivät suojaa munasarjasyövältä (Kumle ym. 2004).

Tutkimustulokset vaihdevuosien hormonihoidon aiheuttamasta munasarjasyövän riskistä ovat ristiriitaisia. Greiserin ym. (2007) meta-analyysissä estrogeenihoidon liittyi hieman yhdistelmähoitoa suurempi munasarjasyövän riski (RR 1,28, 95 % LV 1,18–1,40 vs. RR 1,11, 95 % LV 1,02–1,21). Myös tuoreessa Tsilidiksen ym. (2011) tutkimuksessa estrogeenihoidon lisäsi merkittävästi munasarjasyövän riskiä (HR 1,63, 95 % LV 1,08–2,47), mutta yhdistelmähoitoon liittyi pienempi riski (HR 1,20, 95 % LV 0,89–1,62). Sekventiaalisesti annosteltava yhdistelmähoito lisää munasarjasyöpäriskiä verrattuna hormonihoidon käyttämättömiin naisiin (RR 1,50, 95 % LV 1,31–1,72) (Steinrud-Mørch ym. 2009). Kiinteäannoksisten yhdistelmävalmisteiden ei ole useissa tutkimuksissa havaittu vaikuttavan lainkaan munasarjasyöpäriskiin (Riman ym. 2002, Anderson ym. 2003, Danforth ym. 2007). Steinrud-Mørchin ym. (2009) tutkimuksessa kiinteäannoksisten yhdistelmävalmisteet kuitenkin lisäsivät munasarjasyöpäriskiä (RR 1,40, 95 % LV 1,16–1,69). Hormoniannoksen, annostelutavan tai yhdistelmähoitossa käytetyn progestiinin välillä ei ole havaittu merkittäviä eroja (Beral ym. 2007, Steinrud-Mørch ym. 2009). Munasarjasyövän riski häviää kahden vuoden kuluessa hormonihoidon käytön lopettamisesta (Beral ym. 2007, Danforth ym. 2007, Steinrud-Mørch ym. 2009).

3.2.3 Kohdun runko-osan syöpä

Mueckin ym. (2010) meta-analyysissä todettiin, että yhdistelmäehkäisyn käyttö pienentää kohdun runko-osan syöpäriskiä noin 50 %. Isobritannialaisissa laajoissa kohorttitutkimuksissa (Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study ja Oxford Family Planning Association Contraceptive Study) yhdistelmäehkäisyn kohdun runko-osan syöpäriskiä yli kahdeksan vuotta jatkuneen käytön jälkeen oli 0,10–

0,57 (RR) (Vessey ja Painter ym. 2006, Hannaford ym. 2007). Myös laajassa eurooppalaisessa Dossuksen ym. (2009) tutkimuksessa yhdistelmäehkäisy suojaasi kohdun runko-osan syövältä (RR 0,65, 95 % LV 0,56–0,75). Riski pienenee edelleen, mitä pidempään yhdistelmäehkäisyä käytetään (Mueck ym. 2010). Yhdistelmäehkäisyn suoja säilyy 20 vuotta käytön päättymisestä. Vain progestiinia sisältävien tablettien vaikutuksesta kohdun runko-osan syöpään on vain vähän tietoa, mutta progestiiniehkäisy vaikuttaisi suojaavan kohdun runko-osan syövältä (Mueck ym. 2010).

Pelkästään estrogeenia sisältävä vaihdevuosien hormonihoito lisää kohdun runko-osan syövän riskiä (The Writing Group for the PEPI Trial 1995). Riski on ehkäistävissä, kun estrogeenin ohella käytetään progestiinilisiä. Paikallisesti annosteltavien estrogeenivalmisteiden ei ole havaittu lisäävän riskiä sairastua kohdun runko-osan syöpään (Al-Baghdadi ja Ewies 2009, Suckling ym. 2010).

Kiinteäänoksisten yhdistelmävalmisteiden käyttäjien syöpäriski on pienempi kuin naisilla, jotka eivät käytä hormonihoitoa (Beral ym. 2005, Doherty ym. 2007, Jaakkola ym. 2011). WHI-tutkimuksessa kiinteäänoksisten yhdistelmävalmisteiden käyttäjillä riski oli 0,81 (95 % LV 0,48–1,36) (Anderson ym. 2003). Jaakkolan ym. (2011) tutkimuksessa yli kymmenen vuotta jatkunut sekventiaalivalmisteen käyttö lisäsi syöpäriskiä hieman (OR 1,38, 95 % LV 1,15–1,66), kun progestiinilisiä annosteltiin kerran kuukaudessa. Riski oli lähes kolminkertainen (OR 2,95, 95 % LV 2,40–3,62), kun progestiini annosteltiin kolmen kuukauden välein. Dohertyn ym. (2007) tutkimuksessa sekventiaalihoidon kohdun runko-osan syöpäriski oli 2,00 (OR, 95 % LV 1,2–3,5), kun hoito oli jatkunut yli kuuden vuoden ajan.

3.2.4 Kohdunkaulan syöpä

Kohdunkaulan syöpä liittyy poikkeuksetta papilloomavirukseen (HPV) ja siten seksuaalikäyttäytymiseen, mikä osaltaan vaikeuttaa tutkimusten tulosten tulkintaa yhdistelmäehkäisyn ja kohdunkaulan syövän välisestä yhteydestä. Yhdistelmäehkäisyn käyttäjillä on havaittu kohonnut riski sairastua kohdunkaulan syöpään. Smithin ym. (2003) meta-analysissä alle viisi vuotta jatkunut yhdistelmäehkäisy ei lisännyt riskiä merkittävästi (RR 1,1, 95 % LV 1,1–1,2), mutta yli kymmenen vuoden käyttö kaksinkertaisti kohdunkaulasyöpäriskin (RR 2,2, 95 % LV 1,9–2,4). Applebyn ym. (2007) meta-analysissä yli viisi vuotta jatkunut yhdistelmäehkäisyn käyttö lähes kaksinkertaisti syöpäriskin (RR 1,90, 95 % LV 1,69–2,13). Isobritannialaisissa kohorttitutkimuksissa yli kahdeksan vuotta jatkuneeseen yhdistelmäehkäisyyn liittyi merkittävästi kohonnut kohdunkaulan syöpäriski (RR 2,73–6,1) (Vessey ja Painter 2006, Hannaford ym. 2007). Moreno ym. (2002) huomioivat meta-analysissä myös HPV-viruksen vaikutuksen. HPV-viruksen kantajilla yli 10 vuotta jatkunut yhdistelmätablettien käyttö lisäsi kohdunkaulan syöpäriskiä merkittävästi (RR 4,03, 95 % LV 2,09–8,02).

Vaihdevuosien hormonihoito kohdunkaulan syöpäriskistä on vain vähän tutkimusaineistoa. WHI-tutkimuksessa havaittiin lievästi kohonnut kohdunkaulan syöpäriski (RR 1,4, LV 95 % 0,5–4,4), mutta tutkimusaika (5,6 vuotta) oli liian lyhyt syy-seurausyhteyden selvittämiseen (Anderson ym. 2003). HPV-viruksen vaikutusta ei tutkittu WHI-tutkimuksessa.

3.2.5 Paksu- ja peräsuolen syöpä

Sekä hormoniehkäisy että vaihdevuosien hormonihoito suojaavat naista paksu- ja peräsuolen syövältä. Meta-analysien perusteella yhdistelmäehkäisy pillereitä aiemmin tai tutkimushetkellä käyttäneillä naisilla oli pienempi riski sairastua paksu- tai peräsuolen syöpään kuin naisilla, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet yhdistelmäehkäisyä (RR 0,81–0,82) (Fernandez ym. 2001, Bosetti ym. 2009). Yhdistelmäehkäisyn käyttäjien riski oli 0,46–0,70 (RR). Hannafordin ym. (2007) kohorttitutkimuksessa ehkäisy pillereiden käyttäjien paksu- ja peräsuolen syöpäriski oli pienempi kuin naisilla, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet ehkäisy pillereitä (RR 0,72, 95 % LV 0,58–0,90).

Meta-analyseissa havaittiin, että vaihdevuosien hormonihoito käyttäjillä oli pienempi riski sairastua paksusuolen syöpään kuin naisilla, jotka eivät käyttäneet hormonihoitoa (RR 0,66–0,84) (Grodstein ym. 1999, Nanda ym. 1999, Green ym. 2011). Myös kuolleisuus paksusuolen syöpään oli pienempi kuin ei-käyttäjillä. WHI-tutkimuksessa estrogeenihoito ei vaikuttanut lainkaan paksusuolensyöpäriskiin (HR 1,08, 95 % LV 0,75–1,55) (Anderson ym. 2004). Johnson ym. (2009) havaitsivat, että estrogeenia käyttävillä naisilla oli hieman

pienentynyt paksusuolensyöpäriski (RR 0,75, 95 % LV 0,54–1,05). WHI-tutkimuksessa yhdistelmähoitoa käyttäneiden naisten riski sairastua paksusuolensyöpään oli selvästi pienempi kuin plasebo-ryhmällä (HR 0,56, 95 % 0,38–0,81) (Chlebowski ym. 2004).

3.3 HORMONIVALMISTEET JA LUUSTO

Lopezin ym. (2011) Cochrane-katsauksen perusteella yhdistelmäehkäisyvalmisteilla ei ole havaittu vaikutusta luuntiheyteen. Yhdistelmävalmisteet voivat suojata perimenopausaalista naista osteoporoosilta, koska yhdistelmäehkäisyyn käytön on havaittu lisäävän perimenopausaalisen naisen luumassaa (Tuppurainen ym. 1994, Gambacciani ym. 2006). Vain progestiinia sisältävillä ehkäisytableteilla ei ole havaittu merkittävää vaikutusta luuntiheyteen (Wei ym. 2011)

Vaihdevuosisien hormonihoidon teho osteoporoosin ehkäisyssä ja hoidossa on kiistanaton. Wellsin ym. (2002) meta-analyysissä nikamamurtumariski pieneni 34 % hormonihoidon käyttävillä naisilla (RR 0,66, 95 % LV 0,41–1,07). Vastaavasti Torgesonin ja Bell-Syerin (2001) meta-analyysissä nikaman ulkopuolisten luiden murtumariski oli 0,67 (RR, 95 % LV 0,56–0,94). Osteoporoottisen murtuman riski pieneni estrogeenihoitoa käyttävillä naisilla WHI-tutkimuksessa (HR 0,70, 95 % LV 0,63–0,79) ja MW-tutkimuksessa (RR 0,64, 95 % LV 0,58–0,71) (Anderson ym. 2004, Banks ym. 2004). Yhdistelmähoitoa käyttävillä naisilla WHI-tutkimuksessa murtumariski oli 0,76 (HR, 95 % 0,69–0,83) ja MW-tutkimuksessa riski oli 0,58 (RR, 95 % LV 0,53–0,64) (Cauley ym. 2003, Banks ym. 2004). MW-tutkimuksessa ei havaittu eroa annoksen, annostelutavan tai estrogeeni- tai progestiinityypin välillä (Banks ym. 2004).

3.4 HORMONIVALMISTEIDEN VAIKUTUKSET MIELIALAAN, UNEEN, KOGNITIIVISIIN TOIMINTOIHIN JA ELÄMÄNLAATUUN

Hormoniehkäisyyn vaikuttavat käyttäjän mielialaan tai masentuneisuuteen ovat kiistanalaisia. Mielialaoireita pidetään hormoniehkäisyyn haittavaikutuksena ja ne ovat yksi yleisimmistä syistä ehkäisyyn keskeytymiseen (Sanders ym. 2001, Oinonen ja Mazmanian 2002). Oinonen ja Mazmanian (2002) analysoivat tutkimuksia, joissa etsittiin yhteyttä mielialan ja masennusoireiden sekä ehkäisyvalmisteiden välillä. Lopputuloksena havaittiin, että yhdistelmäehkäisyvalmisteet tasapainottivat mielialaa kierron aikana ja vähensivät negatiivista mielialaa tyhjennysvuodon aikana. Naisilla, joilla ehkäisyvalmisteiden käyttöön liittyi negatiivista mielialaoireistoa, oli taustalla usein aiemmin sairastettu masennus tai muu psyykinen sairaus, dysmenorrea- tai PMS-oireita. Myös ruotsalaisessa Segebladhin ym. (2009) tutkimuksessa havaittiin, että naisilla, jotka raportoivat hormoniehkäisyyn liittyvistä masennus- tai ahdistusoireista, oli taustalla mielialaoireilua. Toisaalta O'Connellin ym. (2007) ja Duken ym. (2007) tutkimuksissa ei havaittu eroa mielialaoireiden määrässä hormoniehkäisyyn käyttäjien ja ei-käyttäjien välillä. Suomalaisessa Toffolin ym. (2011) tutkimuksessa yhdistelmäehkäisyyn ei havaittu merkittävästi vaikuttavan mielialaan. Youngin ym. (2008) tutkimuksessa yhdistelmäehkäisyä käyttävillä perimenopausaalilla, masennusta sairastavilla naisilla oli vähemmän masennus- ja ahdistusoireita kuin ei-käyttäjillä ja progestiini- tai estrogeeni- valmisteiden käyttäjillä.

WHI-tutkimukseen liittyi osana muistitutkimus (WHIMS–The Women's Health Initiative Memory Study), jossa estrogeeni- tai estrogeeni-progestiinihoidolla ei havaittu olevan suotuisia vaikutuksia muistiin eikä dementiaan ilmaantumiseen 69–74-vuotiailla naisilla (Shumaker ym. 2003, Shumaker ym. 2004). Estrogeeni-progestiinihoito kaksinkertaisti riskin sairastua dementiaan. Cochrane- katsauksissa ei havaittu merkittäviä vaikutuksia kognitiivisiin toimintoihin terveillä vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, kuten ei dementiaakaan sairastavilla naisilla (Lethaby ym. 2008, Hogervorst ym. 2009). Suomalaisessa Alholan ym. (2010) tutkimuksessa vaihdevuosisien hormonihoidon vaikutusta kognitiivisiin toimintoihin ei havaittu merkittävästi premenopausaalisten eikä postmenopausaalisten naisten kognitiivisiin toimintoihin.

Vaihdevuosisien hormonihoidon vaikutusta elämänlaatuun on tutkittu eri elämänlaatumittareilla (Hlatky ym. 2002, Brunner ym. 2005, Welton ym. 2008). Näissä tutkimuksissa on havaittu, että vaihdevuosisien

hormonihoidolla on vaikutusta elämänlaatumittariston yksittäisiin muuttujiin. Vaihdevuosien hormonihoito vaikutti naisen psyykkiseen hyvinvointiin (Hlatky ym. 2002). Tähän vaikutti kuitenkin merkittävästi se, että hormonihoito poisti vasomotoriset oireet. WHI- ja Women's International Study of long Duration Oestrogen after Menopause (WISDOM)-tutkimuksissa vaihdevuosien hormonihoito ei vaikuttanut masennusoireistoon, mutta uniongelmat vähenivät (Brunner ym. 2005, Welton ym. 2008). WISDOM-tutkimuksessa havaittiin myös, että vaihdevuosien hormonihoito paransi seksuaalista halukkuutta (Welton ym. 2008). Vaihdevuosien hormonihoidon vaikutukset mielialaan ovat ristiriitaisia. Suomalaisessa Kalleisen ym. (2008) tutkimuksessa vaihdevuosien hormonihoito ei parantanut unen määrää eikä laatua. Tuoreessa Joffen ym. (2011) tutkimuksessa menopaussi-ikäisen naisen masennusoireet paranivat unen ongelmien paranemisen myötä, mutta kuumien aaltojen vähenemisellä ei ollut vaikutusta masennusoireiluun.

3.5 HORMONIVALMISTEIDEN VAIKUTUS IHOON JA LIMAKALVOIHIN

Hormoniehkäisillä ja vaihdevuosien hormonihoidolla voi olla suotuisia vaikutuksia ihoon, mutta toisaalta androgeeniset progestiinit voivat myös aiheuttaa aknea ja ihon rasvoittumista (Sitruk-Ware 2004). Yhdistelmäpillereitä käytetään aknen hoidossa (Arowojolu ym. 2009). Syprotenonia on perinteisesti pidetty tehokkaimpana yhdistelmävalmisteen progestiinina aknen hoidossa, mutta Arowojolun ym. (2009) Cochrane-katsauksessa eroavaisuudet tehossa eri progestiinien välillä (syproteroni, drospirenoni, levogestreeli, desogestreeli) olivat vähäisiä tai ristiriitaisia. Vaihdevuosi-ikäisillä naisilla estrogeenista voi olla kosmeettista hyötyä, koska estrogeeni lisää kollageenisynteesiä ja estää ihon ohenemista ja ryppyntymistä (Hall ja Phillips 2005).

Vaihdevuosissa emättimen limakalvot kuivuvat, minkä seurauksena paikallisen kutinan ja ärsytyksen lisäksi voi esiintyä toistuvia virtsatietulehduksia ja yhdyntäkipuja. Emättimen atrofioireiden hoidossa paikallisesti annosteltavat estrogeenit ovat yhtä tehokkaita kuin systeemisesti annosteltu hormonihoito (Suckling ym. 2010). Paikallisestrogeenia voidaan käyttää myös pakkoinkontinenssin hoitoon ja toistuvien virtsatietulehdusten ehkäisyyn (Perrotta ym. 2008, Cody ym. 2009). Paikallisesti annosteltavan estrogeenin ei ole havaittu nostavan veren estradiolipitoisuutta joko lainkaan tai yli menopausaalisen naisen normaaliarvojen, joten siihen ei liity systeemisen hoidon riskejä (Suckling ym. 2010).

4 Hormonivalmisteiden käyttö ja kulutus

4.1 HORMONAALINEN EHKÄISY

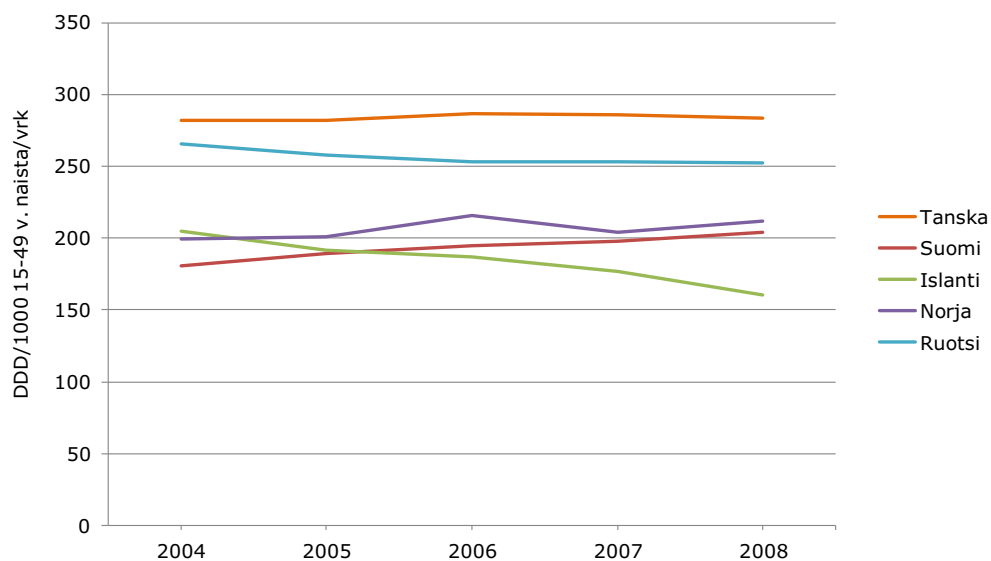
Maailmassa on noin 100 miljoonaa hormoniehkäisyä käyttävää naista (IARC 2011). Kehittyneissä maissa 15–49-vuotiaista, avio- tai avoliitossa elävistä naisista ehkäisytabletteja käytti noin 18 % ja kehitysmaissa 7 % (United Nations 2010). Käyttö vaihteli maittain ja maanosittain (Taulukko 2). Käyttöön vaikuttavat esimerkiksi taloudellinen kehitys, kulttuuri ja uskonto sekä kehitysmaissa myös erilaiset perhesuunnitteluohjelmat. Vuonna 1995 desogestreelia ja gestodeenia sisältävien pillereiden laskimotukosriski keskusteltiin mediassa voimakkaasti, mikä vaikutti pillerien käyttäjien määrään ja heijastui edelleen ajallisesti myös aborttien määrään (Iversen ja Nilsen 1996, Ramsay 1996, Martin ym. 1997). Suomessa ”pillerikohun” vaikutukset jäivät kuitenkin vähäisiksi (Kosunen ym. 1997). IMS Health-myyntitilastojen perusteella yhdistelmäehkäisyyn käyttö kuitenkin lisääntyi koko maailmassa sekä 1990-luvulla että 2000-luvun alussa (IARC 2007). Sekä Suomessa että muissa Pohjoismaissa systemaattisesti käytettävien hormonaalisten ehkäisyvalmisteiden ja emättimen sisäisten ehkäisyvalmisteiden (ATC-luokat G03A, G02BB) kulutus säilyi tasaisena vuodesta 2004 vuoteen 2008 (Kuva 1). Jälkiehkäisyvalmiste vapautui Suomessa itsehoitovalmisteeksi vuonna 2002, mutta muutos ei vaikuttanut muiden ehkäisyvalmisteiden kulutukseen (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2000–2010).

Suomessa noin joka viides (18,9 %) lisääntymiskäikäinen nainen käyttää ehkäisytabletteja (Kosunen ym. 2004). Hormoniehkäisyyn käyttö aloitetaan yhä useammin teini-ikäisenä. Suomessa 16-vuotiaista naisista noin joka viides käyttää hormonaalista ehkäisyä ja 18-vuotiaista noin 40 % (Falah-Hassani ym. 2006). Suomalaisista yliopisto-opiskelijoista hormonaalisen ehkäisyyn käyttäjiä on noin puolet (Virtala ym. 2007). Terveys 2000-tutkimuksen mukaan yhdeksän kymmenestä suomalaisesta 25–34-vuotiaista naisesta on joskus käyttänyt ehkäisytabletteja (Kosunen ym. 2004). Suomalainen 30–34-vuotias nainen on käyttänyt ehkäisytabletteja pitkään, keskimäärin 11 vuoden ajan.

Ehkäisyvalmistemarkkinat muuttuivat merkittävästi 2000-luvulla sekä uusien valmisteiden että valmistemuotojen myötä. Vuonna 2001 markkinoille tuli yhdistelmävalmiste, joka sisälsi vain 15 mikrogrammaa etinyyliestradiolia. Seuraavana vuonna progestiiniehkäisyvalikoima lisääntyi desogestreeli-valmisteella. Vuonna 2003 markkinoille tuli ensimmäinen etinyyliestradiolia ja drospirenonia sisältävä valmiste. Ehkäisyrenkas (2003) ja ehkäisyalaastari (2004) mahdollistivat uusia tapoja annostella yhdistelmäehkäisyä. Viimeisin uusi valmiste (2009) sisältää etinyyliestradiolin sijaan luonnollista 17 β -estradiolia ja progestiininä dienogestia. Tätä ennen markkinoilla oli vain yksi 17 β -estradiolia sisältävä valmiste. Uusien valmisteiden, erityisesti drospirenonia sisältävien yhdistelmätablettien, ehkäisyrenkaan ja desogestreelitablettien myyntiosuudet ja kulutus ovat lisääntyneet ja vanhempia progestiineja sisältävien yhdistelmätablettien on vastaavasti vähentyneet (II, Taulukko 3).

Taulukko 2. Yhdistelmäehkäisyn käyttö eri maissa (United Nations 2010)

Maa	Vuosi	Käyttö	Ikäryhmä
Alankomaat	2008	40,0 %	18-44
Belgia	2004	44,8 %	15-49
Brasilia	2006	24,7 %	15-49
Egypti	2008	11,9 %	15-49
Espanja	2006	17,2 %	15-49
Etelä-Afrikka	2003/04	10,9 %	15-49
Intia	2005/06	3,1 %	15-49
Irlanti	2004/05	17,2 %	18-49
Iso-Britannia	2008/09	28 %	16-49
Japani	2005	1,0 %	20-49
Kanada	2002	21,0 %	18-44
Kenia	2008/09	7,2 %	15-49
Kiina	2006	1,2 %	15-49
Meksiko	2006	4,7 %	15-49
Namibia	2006/07	8,6 %	15-49
Norja	2005	31,0 %	20-44
Ranska	2004/05	41,5 %	15-49
Romania	2004	14,1 %	15-44
Thaimaa	2006	36,7 %	15-49
Tunisia	2006	14,5 %	15-49
Venäjä	2007	14,1 %	<50
Yhdysvallat	2006/08	16,3 %	15-44



Kuva 1. Hormonaalisen ehkäisyn kulutus Pohjoismaissa vuosien 2004 ja 2008 välillä (ATC-luokat G03A, G02BB, DDD/1000/15-49 v. naiset/vrk)(NOMESCO 2009)

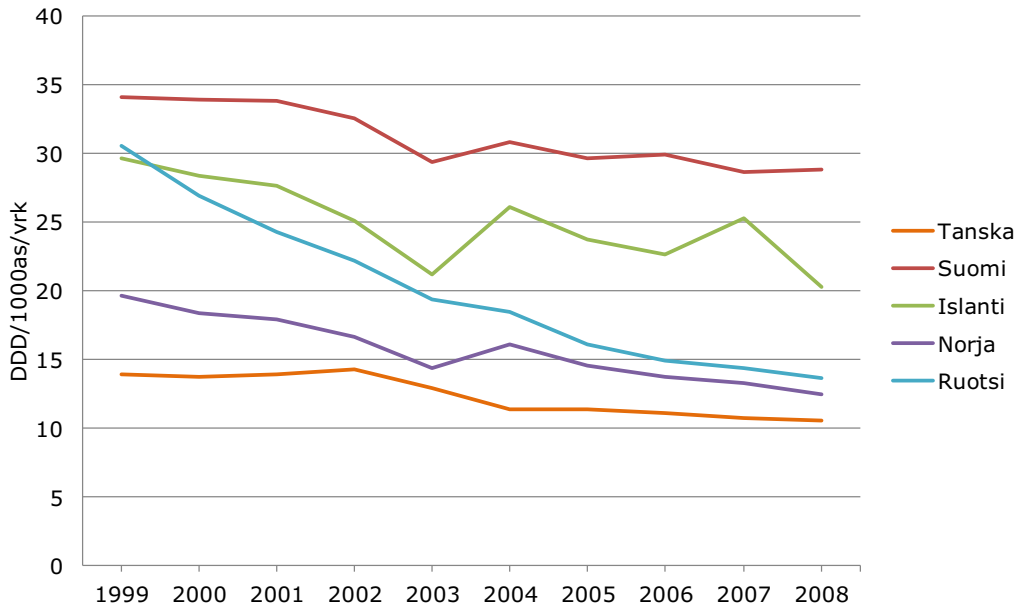
Taulukko 3. Hormoniehkäisyvalmisteiden kulutus vuosina 2007 ja 2010 (DDD, 1000 as/vrk, 6 yleisintä vaikuttavan aineen mukaan) (Fimea 2011)

Valmiste	2007	2010
estrogeeni+drosipirenoni (tabletti)	14,38	18,28
estrogeeni+gestodeeni (tabletti, kiinteät yhdistelmät)	11,15	7,23
estrogeeni+desogestreeli(tabletti, kiinteät yhdistelmät)	6,13	5,51
estrogeeni+etonogestreeli (rengas)	4,07	4,56
desogestreeli (tabletti)	3,63	6,06
estrogeeni+norelgestromiini (laastari)	1,12	0,83

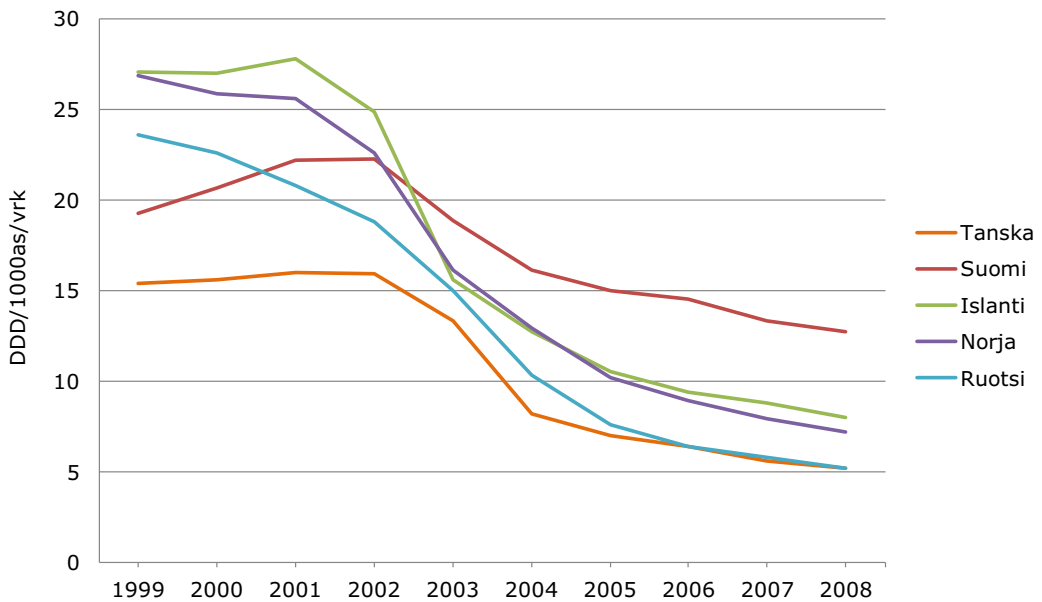
4.2 VAIHDEVUOSIEN HORMONIHOITO

Vaihdevuosien hormonihoidon käyttö lisääntyi merkittävästi 1980- ja 1990-luvuilla (Cogliano ym. 2005). Vuonna 2000 käyttäjiä arvioitiin olevan noin 20 miljoonaa. Lähes puolet suomalaisista 52–56-vuotiaista naisista käytti vaihdevuosien hormonihoidtoa 2000-luvun alussa (Jalava-Broman ym. 2008). WHI- ja MW-tutkimusten tulosten ja niiden aiheuttaman keskustelun jälkeen käyttäjiä on maailmassa noin 10 miljoonaa (Cogliano ym. 2005). IMS Health-myyntitilastojen mukaan vaihdevuosi-hormonien myynnin on arvioitu vähentyneen vuodesta 1999 vuoteen 2004 Euroopassa 42 %, Pohjois-Amerikassa 61 %, Etelä-Amerikassa 33 % ja Länsi-Tyynenmeren alueella 51 % (IARC 2007). Kohun jälkeen vaihdevuosi-hormonien käyttäjiä oli Yhdysvalloissa 17 % (2002, 40–80 v.), Australiassa 19 % (2003 >50 v.), Saksassa ja Isossa-Britanniassa 19 % ja Espanjassa 5 % (2003, 45–75 v.) (Strothmann ja Schneider 2003, Buist ym. 2004, MacLennan ym. 2004). Suomessa vuonna 2005 vaihdevuosien hormonihoidtoa käytti arviolta joka neljäs vaihdevuosi-ikäinen nainen (Hemminki ym. 2008). Suomessa vaihdevuosien hormonihoidtojen kulutus vähentyi 25 %:lla (2001–2005), mikä on selvästi vähemmän kuin esimerkiksi Ruotsissa (61 %, 1998–2005) tai Norjassa (51 %, 1999–2005). Muutos on tapahtunut etenkin yhdistelmävalmisteiden kulutuksessa, estrogeenivalmisteiden kulutuksen väheneminen on ollut tasaisempaa (Kuva 2 ja Kuva 3). Suomessa 2000-luvun aikana yhdistelmävalmisteista kiinteäannoksisia (ATC-luokka G03FA) valmisteita käytettiin enemmän kuin sekventiaalivalmisteita (ATC-luokka G03FB) (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2000–2010). Vaikka estrogeenien kokonaiskulutus on tasaantunut vuoden 2003 muutosten jälkeen, estrogeenivalmisteryhmässä (ATC-luokka G03C) paikallisesti käytettävien valmisteiden kulutus on lähes kaksinkertaistunut 2000-luvun aikana (I, Aaltonen K/Kela, suullinen tiedonanto 27.5.2011).

Vuonna 2005 Suomessa vaihdevuosien hormonihoidtojen valmistevalikoimaan tuli uutena vaihtoehtona estradiolia ja drosipirenonia sisältävä valmiste. Samana vuonna valmistevalikoimasta poistui ainoa konjugoitua estrogeenia sisältävä valmiste. Vuosien 2007 ja 2010 välillä estrogeenin kulutus säilyi tasaisena, mutta ryhmän sisäisiä muutoksia, esimerkiksi valmistemuotojen välillä, ei ole mahdollista selvittää Fimean tiedoista (Fimea 2011). Koko yhdistelmävalmisteryhmässä sekä sekventiaalivalmisteiden kulutus että kiinteiden yhdistelmävalmisteiden kulutus on vähentynyt edelleen vuosien 2007 ja 2010 välisenä aikana, mutta yhdistelmävalmisteryhmän sisällä estrogeeni-drosipirenonivalmisteen ja estrogeeni-dydrogesteroni-valmisteiden kulutus on lisääntynyt hieman.



Kuva 2. Estrogeenivalmisteiden kulutus Pohjoismaissa vuosien 1999 ja 2008 välillä (ATC-luokka G03C, DDD/1000as/vrk)(NOMESCO 2004, NOMESCO 2009)



Kuva 3. Yhdistelmävalmisteiden kulutus Pohjoismaissa vuosien 1999 ja 2008 välillä (ATC-luokka G03F, DDD (1000as/vrk)(NOMESCO 2004, NOMESCO 2009)

5 Naisten kokemuksia hormonivalmisteista

Hormonaalinen ehkäisy

Skoubyn (2004) viisi Euroopan maata kattavassa tutkimuksessa 90 % hormoniehkäisyä käyttävistä naisista oli tyytyväisiä hormoniehkäisyyn. Australialaisessa Philipsonin ym. (2011) tutkimuksessa 66 % naisista ilmaisi suhtautuvansa positiivisesti hormoniehkäisyyn. Naiset arvioivat hormoniehkäisyn luotettavaksi ja helpoksi ehkäisy menetelmäksi (Skouby 2004, Philipson ym. 2011).

Haittavaikutukset ja mahdolliset terveysriskit (laskimotukosriski, syöpäriski) olivat yleisimpiä syitä keskeyttää hormoniehkäisyn käyttö tai olla lainkaan käyttämättä hormoniehkäisyvalmistetta (Skouby 2004). Painonnousu oli yleisin yksittäinen haittavaikutus, joka esti hormoniehkäisyn käytön. Leen ja Jezewskin meta-analyysissä muita yleisesti hormoniehkäisyyn liitettyjä haittavaikutuksia olivat päänsärky, pahoinvointi, vuotohäiriöt ja mielialaoireet. Huolet ja aikaisemmat kokemukset ehkäisyvalmisteiden haittavaikutuksista vaikuttivat merkittävästi ehkäisy menetelmän valintaan myös suomalaisessa Sihvon ym. (1998) tutkimuksessa.

Leen ja Jezewskin (2007) meta-analyysissä havaittiin, että naiset usein yliarvioivat hormoniehkäisyn riskit. Naiset pitivät hormoniehkäisyä luonnottomana ehkäisy menetelmänä (Lee ja Jezewski 2007, Philipson ym. 2011). Yleisiä väärinkäsityksiä olivat lapsettomuus hormoniehkäisyn seurauksena ja taukojen pitämisen tarpeellisuus hormoniehkäisyssä.

Vaihdevuosien hormonihoido

Norjalaisessa Ørenin (2009) tutkimuksessa kuumien aaltojen ja hikoilun vähentyminen (83 %) ja parantunut elämänlaatu (59 %) olivat yleisimpiä naisten kokemia hyötyjä vaihdevuosien hormonihoidosta. Käyttäjistä 79 % suosittelisi vaihdevuosien hormonihoidoa vaihdevuosi oireista kärsivälle ystävälleen.

Haittavaikutukset tai huoli haittavaikutuksista olivat yleisimpiä syitä keskeyttää vaihdevuosien hormonihoido tai käyttää ei-hormonaalisia valmisteita vaihdevuosi oireiden hoidossa (Genazzani ym. 2006, Øren 2009, Jalava-Broman ym. 2011). Yleisimpiä koettuja, hoidon keskeyttämiseen johtaneita, haittavaikutuksia olivat rintojen arkuus ja painonnousu (Jalava-Broman ym. 2011).

Yleisin naisten kokema pelko vaihdevuosien hormonihoidoon liittyen oli rintasyöpä (Genazzani ym. 2006). Genazzanin ym. tutkimuksessa naisista 62 % arvioi hormonihoidon olevan rintasyövän riskitekijä. Suomalaisessa Jalava-Bromanin ym. (2011) tutkimuksessa kolmannes naisista (38 %) oli keskeyttänyt vaihdevuosien hormonihoidon mediakeskustelun aiheuttaman epävarmuuden takia ja kolmannes (36 %) syövän pelon takia.

6 Hormonivalmisteiden käyttäjien tietolähteet

Närhen ja Helakorven (2007) tutkimuksessa lääkäri (61 %) ja apteekki (51 %) ja pakkausseteli (48 %) olivat suomalaisten naisten yleisimpiä tietolähteitä lääkkeistä. Nuorimmassa ikäryhmässä (15–29-vuotiaat) pakkaussetelin, ystävien ja sukulaisten, Internetin ja terveydenhoitajan käyttö tietolähteinä oli yleisempää verrattuna vanhempiin ikäryhmiin. Lääkäri oli nuorempiin ikäryhmiin verrattuna yleisempi tietolähde 50–64-vuotiaille naisille.

Lääkäri oli tärkein tietolähde (63 %) hormonaalisen ehkäisyn käyttäjille australialaisessa Philipsonin ym. (2011) tutkimuksessa. Toiseksi yleisin tietolähde oli hormoniehkäisyypakkauksen pakkausseteli (46 %). Naisista 41 % ilmoitti, että ei ollut saanut lainkaan tietoa hormoniehkäisyn haittavaikutuksista.

Genazzanin ym. (2006) seitsemässä Euroopan maassa tehdyssä tutkimuksessa media oli yleisin tietolähde vaihdevuosien hormonihoidon haittavaikutuksista 81 %:lle naisista. Lääkäri oli merkittävin tietolähde haittavaikutuksista kolmannekselle (28 %) naisista. Myös ruotsalaisessa Hoffmannin ym. (2005) tutkimuksessa media oli tärkein tietolähde (lehdet 44 %, TV tai radio 32 %) vaihdevuosien hormonihoidosta. Terveydenhuollon ammattilaisilta tietoa hormonihoidosta oli saanut viidennes (18 %) naisista.

7 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen päätavoitteena oli tutkia hormonaalista ehkäisyä ja vaihdevuosien hormonihoidtoa käyttävien naisten kokemuksia valmisteista.

Osatutkimuskysymyksiä olivat:

1. Mitä hyötyjä ja haittoja naiset kokivat hormonaalista ehkäisystä ja vaihdevuosien hormonihoidosta?
2. Oliko naisilla hormonivalmisteisiin liittyviä huolia tai pelkoja?
3. Mistä hormonivalmisteita käyttäneet naiset saivat eniten tietoa?
4. Olivatko ehkäisyvalmisteiden käyttäjien kokemukset ja mielipiteet muuttuneet vuodesta 2001 vuoteen 2007?
5. Olivatko vaihdevuosien hormonihoidtoa käyttävien naisten kokemukset ja mielipiteet muuttuneet vuodesta 2003 vuoteen 2009?

8 Aineisto ja menetelmät

8.1 HORMONAALINEN EHKÄISY

Hormonaalisen ehkäisyn käyttäjien kokemuksia selvitettiin kahdella kyselytutkimuksella (Taulukko 4). Ensimmäisessä kyselytutkimuksessa tutkimusaineistona olivat naiset, jotka ostivat apteekista yhdistelmäehkäisytabletteja tai progestiinipillereitä raskauden ehkäisyyn kesällä 2001. Tutkimusaineisto kerättiin kyselymenetelmällä Kuopion yliopiston apteekissa ja 16:ssa Helsingin yliopiston apteekin toimipisteessä (Helsinki, Joensuu, Jyväskylä, Kemi, Lahti, Lappeenranta, Oulu, Pori, Salo, Savonlinna, Tampere, Turku). Kyselylomakkeita jaettiin kaikkiaan 500.

Toinen kyselytutkimus toteutettiin helmikuussa 2007. Kyselylomakkeita jaettiin kaikkiaan 800 Kuopion ja Helsingin yliopiston apteekkien toimipisteistä. Kysymykset olivat pääosin samat kuin vuoden 2001 tutkimuksessa (Liite 2, Liite 3). Lisäksi vuonna 2007 kysyttiin Internetin käytöstä tietolähteenä ja lääkäripalvelujen käytöstä. Koska markkinoille oli tullut uusia ehkäisyvalmisteita, vuoden 2007 kyselytutkimukseen osallistui myös ehkäisyrengasta tai ehkäisyalaastaria käyttäviä naisia.

Kyselylomakkeet sisälsivät avoimia, osittain avoimia ja monivalintakysymyksiä. Lisäksi naisille esitettiin Likert-tyyppisiä väittämiä. Taustamuuttujina kysyttiin käyttäjän syntymävuotta, siviilisäädyä, koulutuspaikkaa ja asuinpaikkaa. Hormoniehkäisyn käyttäjiltä tiedusteltiin lisäksi minkä ikäisenä he olivat käytön aloittaneet, ja kuinka kauan sitten. Hormoniehkäisyn käyttäjät valitsivat tutkimushetkellä käytössä olevan ehkäisyvalmisteen monivalinta-vaihtoehtoista. Kysymys hormonivalmisteiden hyödyllisistä vaikutuksista oli avoin kysymys, ja haittavaikutuksia tiedusteltiin monivalintakysymyksellä. Vaihtoehdot perustuivat kirjallisuuteen ja ehkäisytablettien osalta myös pilottitutkimukseen, johon osallistui 97 yliopistopöytäkirjassa (Costiander ja Rousu 1999). Pilottitutkimuksessa haittavaikutukset kysyttiin avoimella kysymyksellä, ja tätä tietoa käytettiin täydentämään monivalintakysymyksen vaihtoehtoja. Kysymykset valmisteen vaihtamisesta, peloista ja huolista olivat osittain avoimia kysymyksiä. Vastaaja valitsi, oliko hän vaihtanut valmistetta tai oliko hän kokenut pelkoja tai huolia valmisteen käyttöön liittyen. Syy oli mahdollista selvittää avoimeen tilaan. Lisäksi naisille esitettiin Likert-tyyppisiä väittämiä liittyen valmisteen hyötyihin, turvallisuuteen ja neuvontaan. Likert-asteikko oli kolmiportainen (samaa mieltä, eri mieltä, en tiedä)

8.2 VAIHDEVUOSIEN HORMONIHOITO

Vaihdevuosien hormonihoidon käyttävien naisten kokemuksia selvitettiin kahden kyselytutkimusaineiston avulla (Taulukko 4). Ensimmäisessä aineistossa tutkimusaineistona olivat naiset, jotka ostivat hormonivalmisteita apteekista vaihdevuosisoireiden hoitoon syksyllä 2003. Tutkimusaineisto kerättiin 15 apteekissa eri puolilla Suomea. Jokaisesta viidestä sairaanhoitopiiristä valittiin kolme apteekkia: yksi iso kaupunkiapteekki (Kuopion tai Helsingin yliopiston apteekin toimipiste) ja kaksi pienempää apteekkia. Kyselylomakkeita jaettiin kaikkiaan 500. Kysely toistettiin syksyllä 2009. Kysymykset olivat pääosin samat kuin vuoden 2003 kyselyssä (Liite 1, Liite 4). Vastaajilta tiedusteltiin lisäksi, olivatko he harkinneet hormonihoidon lopettamista tai väliaikaisesti keskeyttäneet hormonihoidon. Lomakkeita jaettiin yhteensä 500 kappaletta Helsingin yliopiston apteekin toimipisteistä ja Kuopion yliopiston apteekista.

Koulutustaustan, asuinympäristön, iän ja siviilisäädyn lisäksi taustamuuttujina vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjiltä tiedusteltiin myös viimeisten kuukautisten ajankohtaa, munasarjojen tai kohdun poistoa sekä vuoden 2003 kyselyssä hormonivalmisteen käyttöaikaa. Vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjät täydensivät käyttämänsä valmisteen nimen avoimeen vastaustilaan. Naisilta kysyttiin, oliko hormonivalmisteen määrännyt lääkäri gynekologi, yksityinen yleislääkäri, terveyskeskus tai

työterveyslääkäri, ja kävivätkö he aina saman lääkärin vastaanotolla hormonivalmisteen käyttöön liittyvissä asioissa.

Kysymykset vaihdevuosien hormonihoidon hyödyllisistä vaikutuksista ja haittavaikutuksista olivat monivalintakysymyksiä. Valmisteiden vaihtamista sekä käyttöön liittyviä pelkoja ja huolia kysyttiin osittain avoimilla kysymyksillä. Myös vaihdevuosien hormonihoitokyselyssä naisille esitettiin Likert-tyyppisiä väittämiä hyödyistä, turvallisuudesta ja neuvonnasta. Likert-asteikko oli viisiportainen (samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, eri mieltä, en tiedä). Vastausvaihtoehdot "samaa mieltä" ja jokseenkin samaa mieltä" sekä "eri mieltä" ja "jokseenkin eri mieltä" yhdistettiin tuloksia käsiteltäessä.

Sekä ehkäisyvalmisteaineistot että vaihdevuosien hormonihoidoaineistot tallennettiin ja analysoitiin SPSS for Windows -tilasto-ohjelmalla (11.0-17.0). Tutkimustulokset on esitetty suorina jakaumina ja ristiintaulukointeina. Ristiintaulukointien tilastollisen merkitsevyyden tarkastelussa käytettiin χ^2 -testiä.

Taulukko 4. Yhteenveto osatutkimusten aineistoista ja menetelmistä

Kysely- tutkimuksen kohde	Ehkäisypillereitä käyttävät naiset	Vaihdevuosien hormonihoitoa käyttävät naiset	Hormoniehkäisyä (tabletti, rengas, laastari) käyttävät naiset	Vaihdevuosien hormonihoitoa käyttävät naiset
Tutkimusvuosi	2001	2003	2007	2009
Osajulkaisu	II ja III	I	II ja III	IV
Kysely- lomakkeiden jako	13 kaupungissa (Kuopion yliopiston apteekki ja Helsingin yliopiston apteekin toimipisteet 12 kaupungissa)	15 paikkakunnalla: 3 apteekkia/sairaan- hoidon miljoonapiiri (Kuopion tai Helsingin yliopiston apteekin toimipiste ja 2 pienempää apteekkia)	13 kaupungissa (Kuopion yliopiston apteekki ja Helsingin yliopiston apteekin toimipisteet 12 kaupungissa)	13 kaupungissa (Kuopion yliopiston apteekki ja Helsingin yliopiston apteekin toimipisteet 12 kaupungissa)
Kyselylomake	22 kysymystä, sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä, 10 Likert-väittämää	30 kysymystä, sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä, 7 Likert-väittämää	28 kysymystä, sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä, 9 Likert-väittämää	25 kysymystä, sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä, 7 Likert-väittämää
Vastaus- prosentti	53 % (n=264)	67 % (n=337)	55 % (n=436)	58 % (n=281)

9 Tulokset

9.1 HORMONAALINEN EHKÄISY

Vastaaajien taustamuuttajat on esitetty taulukossa 5. Hormoniehkäisyn käyttäjien valmisteet olivat muuttuneet vuodesta 2001 verrattuna vuoteen 2007, koska valmistevalikoima oli muuttunut (II). Valmistevalikoimaan oli tullut uusia valmisteita: estrogeenia ja drospirenonia sisältäviä tabletteja, desogestreelitabletti, ehkäisyrenkas ja ehkäisyalaastari. Sekä vuoden 2001 että vuoden 2007 tutkimusaineistoissa vastaajien käyttämien valmisteiden prosenttiosuudet aineistossa vastasivat myyntiosuuksia kyseisinä ajankohtina (II).

Taulukko 5. Hormoniehkäisyosatutkimusten vastaajien taustamuuttajat

	2001 % vastaaajista (n)	2007 % vastaaajista (n)
Ikä (vuosia)		
<20	15 (40)	11 (50)
20–24	35 (91)	40 (174)
25–29	25 (66)	29 (125)
>30	25 (76)	20 (85)
		p=0,092 ^a
Ikä, jolloin aloittanut hormoniehkäisyn käytön (vuosia)		
<17	46 (121)	43 (188)
18–22	46 (121)	51 (220)
23–27	5 (15)	5 (20)
>28	3 (7)	1 (7)
		p=0,452 ^a
Siviilisääty		
Avoliitto/avoliitto	53 (140)	53 (228)
Ei vakituista parisuhdetta	14 (87)	28 (122)
Seurustelu	33 (37)	19 (84)
		p=0,136 ^a
Lääkäri		
Gynekologi	-	49 (213)
Terveyskeskuslääkäri/ Työterveyslääkäri	-	47 (206)
Yksityinen yleislääkäri	-	4 (16)

^a p-arvo 2001 ja 2007 kyselyjen välillä

Hyödyt ja haittavaikutukset

Yleisimpiä käyttäjien kokemia hormoniehkäisyn hyötyjä olivat raskauden ehkäisyn tehokkuus, kuukautiskierron säännöllistyminen ja kuukautiskipujen väheneminen (II). Lähes kaikki (2001 95 % ja 2007 91 %) hormoniehkäisyä käyttävistä naisista tiesivät, että hormoniehkäisyn tehokkuus on noin 99 %.

Hormoniehkäisyn käyttäjistä useampi oli kokenut haittavaikutuksia vuonna 2001 kuin vuonna 2007 (76 % vs. 66 %, p=0,013). Tavallisimpia haittavaikutuksia olivat mielialan vaihtelut, seksuaalinen haluttomuus ja painonnousu (II, Taulukko 7). Vuonna 2001 55 % ja vuonna 2007 65 % vastaajista oli vaihtanut ehkäisyvalmistetta ainakin kerran (p=0,003). Mielialaongelmat, seksuaalinen haluttomuus ja vuotohäiriöt olivat merkittävimpiä ehkäisyvalmisteen vaihdon syitä. Enemmistö vastaajista oli kuitenkin eri mieltä väittämästä (2001 77 % vs. 2007 66 %) ”hormoniehkäisy aiheuttaa runsaasti haittavaikutuksia” (II). Vuoden 2007 kyselyssä neljännes (25 %) naisista arvioi, että hormoniehkäisy aiheuttaa painonnousua.

Pelot ja huolet

Hormoniehkäisyä käyttävien naisten kokemat pelot ja huolet olivat lisääntyneet vuodesta 2001 vuoteen 2007 (2001 52 % ja 2007 64 %, $p=0,002$) (II). Yleisin pelko oli lapsettomuus (Taulukko 7). Huoli syövän, erityisesti rintasyövän, riskistä oli myös lisääntynyt vuosien 2001 ja 2007 kyselyjen välillä. Laskimotukos huolestutti kymmenesosaa hormoniehkäisyn käyttäjistä molempina tutkimusvuosina. Vuoden 2007 kyselyssä naiset, jotka kävivät säännöllisesti samalla lääkärillä, kokivat muita vastaajia vähemmän pelkoja ja huolia ($p=0,030$). Vastaajista 90 % vuonna 2001 ja 71 % vuonna 2007 arvioi, että hormoniehkäisy on turvallinen ehkäisymenetelmä. Likert-väittämien vastauksissa ”en tiedä” -vastauksien määrä oli lisääntynyt vuoden 2007 kyselyssä verrattuna vuoden 2001 kyselyyn (II). Naiset olivat epävarmoja erityisesti siitä, onko tarpeen pitää väliaikaista, niin sanottua terveystaukoa hormoniehkäisyssä.

9.2 VAIHDEVUOSIEN HORMONIHOITO

Systeemisen vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjien taustamuuttujat on esitetty taulukossa 6. Vuonna 2003 munasarjojen ja/tai kohdun poisto oli tehty 26 %:lle systeemisen hormonihoidon käyttäjistä ja vuonna 2009 35 %:lle systeemistä hormonihoidoa käyttävistä naisista. Vaihdevuosien hormonihoidojen osalta vuosien 2003 ja 2009 välillä merkittävä muutos oli ainoastaan paikallisestrogenivalmistetta käyttävien naisten määrän huomattava lisääntyminen: vuonna 2003 paikallisestrogenia käytti 22 naista (7 %), kun vuonna 2009 naisia oli 51 (18 %). Systeemisen hormonihoidon käyttäjät ja paikallisestrogenia käyttävät naiset analysoitiin erikseen. Paikallisestrogenin käyttäjien keski-ikä oli vuoden 2009 kyselyssä 62 vuotta.

Hyödyt ja haittavaikutukset

Systeemisen vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjät olivat saaneet avun niihin oireisiin, joihin olivat aloittaneet hormonihoidon (I ja IV). Yleisimpiä hyötyjä olivat vaihdevuosisoireiden, kuten kuumien aaltojen ja yöhikoilun, helpottaminen, unensaannin ja unen laadun paraneminen sekä kohentunut mieliala. Paikallisestrogenia käyttävien naisten yleisin hyöty oli emättimen limakalvon parantunut kunto. Vuoden 2003 kyselyssä 87 % ja vuoden 2009 kyselyssä 89 % systeemisen hormonihoidon käyttäjistä oli tietoisia siitä, että vaihdevuosien hormonihoido ehkäisee luukatoa. Noin puolet (2003 47 % vs. 2009 52 %) tiesi, että estrogeenilla on suotuisia vaikutuksia veren rasva-arvoihin.

Vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjistä kaksi kolmasosaa oli kokenut haittavaikutuksia (2003 63 % ja 2009 64 %) (I ja IV). Tavallisimpia haittavaikutuksia olivat painonnousu, rintojen arkuus ja turvotus (Taulukko 7). Vuoden 2009 tutkimuksessa paikallisestrogenia käyttävistä naisista 45 % oli kokenut haittavaikutuksia. Yleisimpiä haittavaikutuksia olivat rintojen arkuus ja emättimen verenvuoto. Vaihdevuosihormonien käyttäjistä 64 % vuonna 2003 ja 59 % vuonna 2009 oli vaihtanut hormonivalmistetta. Vuonna 2009 paikallisestrogenivalmisteiden käyttäjistä yhdeksän naista oli käyttänyt aiemmin systeemistä hormonihoidoa. Yleisimpiä syitä valmisteen vaihtoon olivat vaihto vuodottomaan hoitoon, lääkärin suositus ja vuotohäiriöt.

Taulukko 6. Systemisten hormonihoito-osatutkimusten vastaajien taustamuuttujat

	2003 % vastaajista (n)	2009 % vastaajista (n)
Ikä		
< 44	1 (4)	1 (2)
45-54	31 (96)	26 (60)
55-64	50 (155)	52 (120)
65-74	14 (43)	18 (42)
75 >	3 (10)	2 (5)
		p = 0.468 ^a
Koulutus		
Peruskoulu	50 (153)	26 (73)
Toisen asteen koulutus	37 (116)	50 (103)
Yliopisto	13 (41)	24 (55)
		p < 0.001 ^a
Asuinympäristö		
Kaupunki	58 (181)	91 (209)
Taajama	22 (69)	5 (11)
Maaseutu	20 (61)	4 (10)
		p < 0.001 ^a
Siviilisäätty		
Ei vakituista parisuhdetta	9 (27)	6 (13)
Avoliitto/avoliitto	70 (219)	66 (146)
Eronnut	11(35)	19 (43)
Leski	10 (31)	9 (20)
		p=0.062 ^a
Lääkäri		
Gynekologi	82 (257)	90 (205)
Terveyskeskuslääkäri/ Työterveyslääkäri	2 (6)	1 (2)
Yksityinen yleislääkäri	16 (48)	9 (20)
		p=0.040 ^a

^a p-arvo 2003 ja 2009 tutkimusten välillä

Pelot ja huolet

Systemistä hormonihoitoa käyttäneiden keskuudessa pelkoja tai huolia kokeneiden naisten määrä oli lisääntynyt vuoden 2003 vuoteen 2009 (2003 35 % ja 2009 50 %, $p < 0,001$) (I ja IV). Vuonna 2009 paikallisestrogenin käyttäjistä 44 % ($n=45$) oli kokenut huolia tai pelkoja. Rintasyöpä ja syöpä olivat yleisimpiä syitä huoleen sekä systemistä hormonihoitoa käyttävillä naisilla että paikallisestrogenin käyttäjillä (Taulukko 7). Vuoden 2003 kyselyssä yli puolet (52 %) systeemihoidon käyttäjistä ilmoitti, että mediassa käyty keskustelu vaihdevuosien hormonihoiton turvallisuudesta oli vaikuttanut heihin. Vuonna 2009 kolmannes systemistä hormonihoitoa käyttävistä vastaajista (35 %) oli harkinnut hoidon lopettamista ja hieman yli kolmannes (39 %) oli väliaikaisesti lopettanut hormonihoiton käytön. Nämä naiset olivat kokeneet myös muita vastanneita useammin huolia ja pelkoja ($p < 0,001$ ja $p = 0,029$). Vuonna 2003 62 % ja vuonna 2009 80 % systeemihoidon käyttävistä naisista arvioi, että hormonihoito on turvallinen hoito vaihdevuosioireisiin ($p < 0,001$). Vuonna 2009 paikallisestrogenin käyttäjistä vain 56 % piti hormonihoitoa turvallisenä (vs. systeemihoidon käyttäneet, $p < 0,001$). Vuosina 2003 ja 2009 kolmannes (37 % ja 33 %) systeemihoidon käyttäjistä oli sitä mieltä, että hormonihoito tulisi määrätä kaikille vaihdevuosi-ikäisille naisille. Vuonna 2009 joka viides (20 %) paikallisestrogenin käyttäjistä oli samaa mieltä.

9.3 HORMONIVALMISTEIDEN KÄYTTÄJIEN TIETOLÄHTEET

Hormonaalinen ehkäisy

Yleisin tietolähde hormoniehkäisyn hyödyistä oli lääkäri sekä vuoden 2001 että vuoden 2007 osatutkimuksissa (III). Lääkärin merkitys tietolähteenä oli lisääntynyt vuodesta 2001 vuoteen 2007 (43 % vs. 53 %).

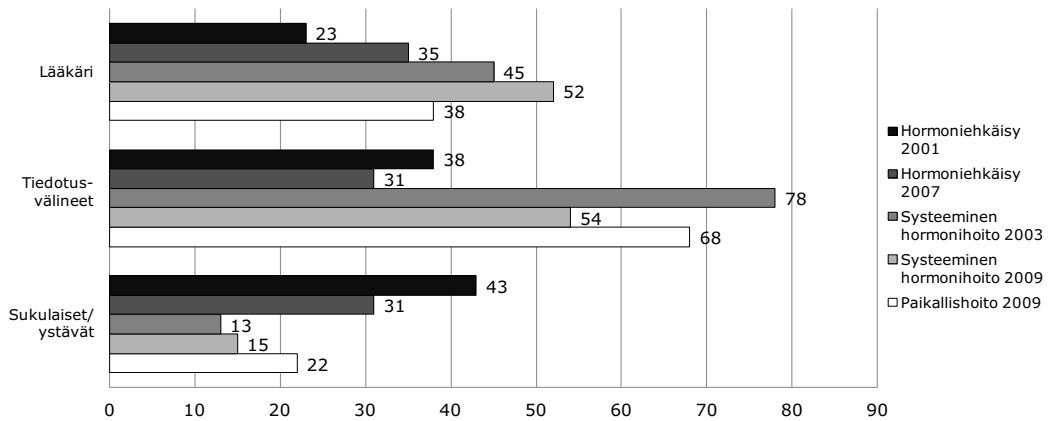
Terveydenhuollon ammattilaisten (lääkäri, apteekin henkilökunta, terveydenhoitaja) merkitys tärkeimpänä tietolähteenä ehkäisyvalmisteiden haittavaikutuksista oli lisääntynyt vuodesta 2001 vuoteen 2007 ($p = 0,005$) (III). Yleisimmät tietolähteet hormoniehkäisyn haitoista olivat vuonna 2001 sukulaiset ja ystävät (43 %) ja vuonna 2007 lääkäri (35 %) (Kuva 4.). Vuoden 2007 ehkäisykyselyssä tiedotusvälineiden osuus merkittävimpänä tietolähteenä oli pienentynyt vuodesta 2001, mutta Internet oli merkittävä tietolähde 17 %:lle naisista. Terveydenhoitaja oli tärkeä tietolähde alle 20-vuotiaille naisille sekä ehkäisyvalmisteiden hyödyistä että haitoista kerrottaessa. Alle 30-vuotiailla naisilla ystävien ja sukulaisten merkitys haittavaikutusten tietolähteenä korostui, kun taas yli 30-vuotiailla naisille tiedotusvälineet olivat tärkein tietolähde valmisteiden haittavaikutuksista.

Noin kolmannes hormoniehkäisyä käyttävistä naisista (2001 39 % ja 2007 33 %) oli tyytyväinen lääkäriltä saatuaan neuvontaa valmisteiden haittavaikutuksista. Apteekin merkitys tietolähteenä hormonivalmisteiden haittavaikutuksista oli vähäinen (2001 3 % ja 2007 3 %), mutta vuoden 2007 hormoniehkäisykyselyssä yli puolet vastaajista (57 %) halusi neuvontaa apteekissa, vaikka ei sitä itse pyytäisikään.

Vaihdevuosien hormonihoito

Yleisin tietolähde vaihdevuosihormonien hyödyistä oli lääkäri vuosien 2003 sekä 2009 osatutkimuksissa (I ja IV). Lääkärin merkitys tietolähteenä oli lisääntynyt merkittävästi systemistä hormonihoitoa käyttävillä naisilla vuodesta 2003 vuoteen 2009 (74 % vs. 91 %, $p < 0,001$).

Systemisen hormonihoiton käyttäjien yleisimpiä tietolähteitä haittavaikutuksista olivat tiedotusvälineet (2003 78 % vs. 2009 54 %, $p < 0,001$) ja lääkäri (2003 45 % vs. 2009 52 %) (I ja IV) (Kuva 4.). Vuoden 2009 kyselyssä tiedotusvälineiden osuus oli pienentynyt verrattuna vuoteen 2003, mutta Internetin merkitys oli puolestaan lisääntynyt. Vuoden 2009 kyselyssä myös paikallisestrogenia käyttävien naisten yleisin tietolähde valmisteiden haittavaikutuksista oli media. Vuonna 2003 61 % ja vuonna 2009 80 % systemistä hormonihoitoa käyttävistä naisista oli tyytyväisiä lääkäriltä saatuaan informaation vaihdevuosien hormonihoitojen haittavaikutuksista. Naiset saivat vain harvoin tietoa vaihdevuosien hormonihoitojen haittavaikutuksista apteekista (2003 3 % ja 2009 6 %).



Kuva 4. Hormonivalmisteita käyttävien naisten tietolähteet valmisteiden haittavaikutuksista (kolme yleisintä, % vastaajista)

Taulukko 7. Hormonivalmisteiden käyttäjien kokemat haittavaikutukset, huolet ja pelot

	Yhteiset	Hormonaalinen ehkäisy	Vaihdevuosien hormonihoito
Haittavaikutukset	Painonnousu Rintojen arkuus Seksuaalinen haluttomuus	Mielialaoireet Päänsärky	Turvotus Jalkakrampit
Pelot/huolet	Rintasyöpä Syöpä Pitkäaikaisen käytön riskit Laskimotukos	Lapsettomuus	Haittavaikutukset

10 Pohdinta

Hormonivalmisteiden edut

Maailmassa on noin 110 miljoonaa hormoniehkäisyvalmisteita tai vaihdevuosien hormonihoitoja käyttävää naista (Cogliano 2005, United Nations 2010). Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet ovat kiistatta luotettavia raskauden ehkäisymenetelmiä. Samoin on kiistaton vaihdevuosien hormonihoiton merkitys välittömien vaihdevuosioireiden, kuten kuumien aaltojen, hoidossa. Myös tässä tutkimuksessa hormonivalmisteiden käyttäjien kokemat hyödyt olivat valmisteille tyypillisiä. Yleisiä hyötyjä tässä tutkimuksessa olivat ehkäisy pillereiden käytön helppous ja raskauden ehkäisyn tehokkuus sekä kuukautishäiriöiden hoito. Samoja hyötyjä havaitsivat myös Skouby (2004) eurooppalaisessa tutkimuksessaan, kuten myös australialainen Philipson ym. (2011).

Myös vaihdevuosien hormonihoiton käyttäjien hyödyt vastasivat sekä oireita, joiden vuoksi hormonihoito oli aloitettu, että muissa tutkimuksissa havaittuja hyötyjä (Øren 2009). Lähes kaikki olivat saaneet avun kuumiin aaltoihin ja hikoiluun, merkittävä osa myös mieliala- ja unioireisiin ja limakalvo-oireisiin.

Hormonivalmisteiden kulutus ja käyttäjät

Suomalaiset hormonivalmisteiden käyttäjät olivat Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan ei-käyttäjää korkeammin koulutettuja ja kaupunkilaisia naisia (Kosunen ym. 2004, Luoto ym. 2004). Tämän tutkimuksen aineistossa vastaajat olivat pääosin kaupunkilaisia naisia, koska käytimme kyselylomakkeiden jakelussa vain Kuopion ja Helsingin yliopiston apteekkien toimipisteitä molemmissa ehkäisykyselyissä ja vuoden 2009 vaihdevuosihormonikyselyssä. Suomessa kaupunki- ja maaseutuväestön välillä ei ole suuria koulutuksellisia eroja. Lääkäripalvelujen saatavuudessa voi kuitenkin olla eroja kaupunkien ja maaseudun välillä.

Ehkäisyvalmisteiden käyttöosuudet aineistossamme vuosina 2001 ja 2007 olivat samanlaisia kuin vastaavana aikana myyntiosuuksissa tapahtuneet muutokset (II). Vaihdevuosihormonien osalta merkittävin muutos vuosien 2003 ja 2009 tutkimusten välillä oli huomattavasti yleistynyt paikallisestrogeenivalmisteiden käyttö. Paikallisestrogeenivalmisteiden käyttäjien määrä onkin Kelan tilastojen mukaan 2000-luvun aikana kaksinkertaistunut (Aaltonen K, suullinen tiedonanto 27.5.2011).

Tässä kyselytutkimuksessa kyselylomakkeiden jako tapahtui apteekissa, ja vastausprosentit (53–67 %) olivat tutkimuksen yleistettävyyden kannalta kohtuullisia. Jotta kyselytutkimuksen yleistettävyyttä voitaisiin pitää hyvänä, vastausprosentin olisi kuitenkin oltava vähintään 60–70 % (Luoto 2009). Menetelmällä ei ole mahdollista järjestää muistutuskierroksia. Vastaavalla menetelmällä kotimaisissa tutkimuksissa vastausprosentit ovat olleet 44–66 % ja ulkomaisissa tutkimuksissa 21–88 % (Sihvo ja Hemminki 1999, Sihvo ym. 2000, Smith 2002, Honkanen 2003, Oksama ym. 2004, Heikkilä ym. 2007). Tutkimuksella ei ollut mahdollista tavoittaa naisia, jotka eivät käyttäneet hormonivalmisteita tai jotka olivat lopettaneet hormonivalmisteiden käytön.

Hormonivalmisteisiin liittyvät huolet ja pelot

Haittavaikutusten ja niihin liittyvän keskustelun seurauksena osa naisista ei käytä tai päätyy lopettamaan hormonivalmisteiden käytön. Osa naisista kuitenkin käyttää hormonivalmisteita huolimatta mahdollista riskeistä, mutta heistä osa kokee epävarmuutta ja pelkoja käyttöön liittyen. Tässä tutkimuksessa hormonivalmisteiden käyttäjien pelot ja huolet lisääntyivät ehkäisyvalmisteiden käyttäjillä vuodesta 2001 vuoteen 2007 ja vaihdevuosien hormonihoiton käyttäjillä vuodesta 2003 vuoteen 2009. Systemisen hormonihoiton käyttäjien pelot liittyivät rintasyöpäriskiä, josta mediassa oli paljon keskusteltu. Keskustelu vaikuttaisi aiheuttaneen huolia myös ehkäisyvalmisteiden ja paikallisestrogeenin käyttäjille. Ehkäisyvalmisteiden käyttäjien syövä pelko oli lisääntynyt vuodesta 2001 vuoteen 2007. Paikallisestrogeenin käyttäjien yleisin pelko oli myös rintasyöpä, vaikka paikallisestrogeenivalmisteiden käytöllä ja rintasyöpäriskillä ei ole yhteyttä (Lyytinen ym. 2006). Tämänhetkisen tutkimustiedon perusteella

paikallisestrogenivalmisteita voivat käyttää myös rintasyöpöpotilaat, joskin ristiriitaista tietoa estrogeenin vaikutuksesta veren estradiolipitoisuuksiin on raportoitu (Kendall ym. 2005, Al-Baghdadi ja Ewies 2009, Suckling ym. 2010). Paikallisestrogenien annos on kuitenkin huomattavasti matalampi kuin systeemivalmisteiden, ja estrogeenin imeytyminen limakalvoilta on vähäistä. Tässä tutkimuksessa paikallisestrogeneista oli mukana vain Vagifem® (25 mikrogrammaa). Annosteltuna kahdesti viikossa, vuodessa emättimeen annosteltu kokonaisestradiolimäärä on 2,85 milligrammaa. Tämä vastaa systeemihoidossa 2–3 päivän annosta.

Tässä tutkimuksessa vuonna 2009 kaksi kolmasosaa naisista oli joko harkinnut lopettamisesta tai keskeyttänyt vaihdevuosien hormonihoidon. Nämä naiset olivat kokeneet pelkoja muita käyttäjiä useammin. Eurooppalaisten tutkimusten mukaan noin puolet käyttäjistä oli koettanut olla ilman hormonihoitoa WHI- ja MW-tutkimusten tulosten julkaisemisen jälkeen (Genazzani ym. 2006, Øren 2009). Kuten tässäkin tutkimuksessa, huoli haittavaikutuksista ja rintasyöpäriski olivat usein syinä vaihdevuosien hormonihoidon keskeyttämiseen. Yleisin syy aloittaa hormonihoito uudelleen oli vaihdevuosioireiden palaaminen (Ness ja Aronow 2006, Heitmann ym. 2007, Øren 2009, Jalava-Broman ym. 2011). Heitmann ym. (2005) tutkimuksessa neljäsosaa hormonihoidosta jatkavista naisista oli huolestunut hormonihoidon turvallisuudesta.

Tässä tutkimuksessa ehkäisyvalmisteiden käyttäjät olivat huolissaan siitä, että pitkäaikainen ehkäisy aiheuttaa lapsettomuutta. Huoli lapsettomuudesta on aiheeton (Barnhart ja Schreiber 2009). Tämä huoli on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa, ja siihen liittyy myös käsitys siitä, että hormoniehkäisyssä tulee pitää taukoja (Condon ym. 1996, Træen ym. 2001). Lapsettomuus-myytin on arvioitu juontuvan 1960-luvulle, jolloin kuukautisten poisjäämisen ehkäisytablettien käytön jälkeen ("postpill amenorrhea") arvioitiin olevan syy-seuraussuhteessa (McIver ym. 1997). Tämä käsitys kumottiin jo 1980-luvulla, mutta lapsettomuus yhdistetään edelleen hormoniehkäisyyn (Archer ja Thomas 1981). Ehkäisytabletit voivat peittää mahdollisia kuukautiskierron ongelmia, jotka voivat selittää lapsettomuutta. Lapsen hankinta ajoitetaan hormoniehkäisyn avulla myöhemmälle iälle, jolloin naisen ikä on merkittävin syy lapsettomuuteen. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet myös suojaavat sisäsynnytintulehduksilta ja näin pienentävät lapsettomuusriskiä (Huber ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa yli puolet ehkäisyn käyttäjistä (2001 ja 2007) ei tiennyt, ovatko tauot hormoniehkäisyssä tarpeellisia. Philipsonin ym. (2011) tutkimuksessa joka neljäs hormoniehkäisyä käyttäneistä naisista oli keskeyttänyt käytön, koska halusi pitää "terveystauon". Tauot ovat raskausriskin lisäksi myös laskimotukosriski, sillä laskimotukosriski on suurin hormoniehkäisyn aloittamisen yhteydessä (Kemmeren ym. 2001).

Kysymykset peloista ja huolista olivat tässä tutkimuksessa osittain avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä on mahdollista saada yksityiskohtaisempaa tietoa, mutta niiden tulkinta voi olla hankalaa (Turunen 2008). Vastaukset ovat usein lyhyitä (Smith 2005). Esimerkiksi "pitkäaikaisen käytön riskit"-ilmaisuun saattaa sisältyä myös syöpäriski tai laskimotukosriski, mutta kyselymenetelmällä ei ole mahdollista tarkentaa vastaajan näkökulmaa. Syvällisemmin naisilta olisi voinut saada tietoa yksilö-, teema tai ryhmähaastattelulla, joskin aihepiiriin arkaluonteisuus olisi muodostanut haasteen vuorovaikutukselle haastattelutilanteessa.

Hormonivalmisteiden käyttäjien kokemat haittavaikutukset

Tutkimusaineistossamme hormonivalmisteiden käyttäjistä noin kaksi kolmannesta oli kokenut haittavaikutuksia. Grimes ja Schulz (2010) ehdottavat, että hormoniehkäisyn haittavaikutuksiin liittyy voimakas nocebo-ilmiö. Tieto mahdollisista haittavaikutuksista, esimerkiksi pakkausetelin, muiden naisten kokemusten tai haittavaikutuksia käsittelevän neuvonnan seurauksena, lisää näin naisten kokemia haittavaikutuksia. Lisäksi Grimes ja Schulz huomauttavat, että lievät hormoniehkäisyyn liitettävät haittavaikutukset, esimerkiksi päänsärky ja ärtyneisyys ovat yleisoireita, joita esiintyy yleisesti myös hormoniehkäisystä huolimatta. Satunnaistetuissa tutkimuksissa hormoniehkäisyn ja placebon käyttäjien välillä ei ole havaittu eroa koettujen haittavaikutusten määrässä (Redmond ym. 1999, Coney ym. 2001, O'Connel ym. 2007). Vastaajien kokemien haittavaikutusten väheneminen tässä tutkimuksessa vuodesta 2001 vuoteen 2007 voi olla seurausta valmistevalikoiman muutoksista: uusia valmisteita on markkinoitu niiden

vähäisemmillä haittavaikutuksilla, ja näin myös haittavaikutuksista on käyty enemmän keskustelua lääkärin vastaanotolla.

Koska kysymys haittavaikutuksista kaikissa osatutkimuksissa oli monivalintakysymys, on mahdollista, että vastaajien kertomat haittavaikutukset eivät liity tutkimushetkellä käytettyyn valmisteeseen. Koetut haittavaikutukset voivat liittyä myös ikääntymiseen, vaihdevuosi-oireisiin tai sairauksiin. Taustalla voi olla myös kuukautiskiertyöön liittyviä kokemuksia. Monivalintakysymykset ovat vastaajille helppoja, mutta saattavat myös johdatella valitsemaan sellaisiakin vaihtoehtoja, joita vastaajat eivät ole aiemmin liittäneet hormonivalmisteiden käyttöön. Haittavaikutusten kysyminen avoimella kysymyksellä monivalintakysymyksen sijaan olisi todennäköisesti vähentänyt tutkittavien kokemia haittavaikutuksia, mutta toisaalta tällöin muistaminen olisi saattanut muodostua ongelmaksi (Turunen 2008). Esimerkiksi mielialaan tai seksuaalisuuteen liittyvät haittavaikutukset olisivat saattaneet jäädä mainitsematta.

Painonnousu oli yleisesti koettu haitta sekä ehkäisyvalmisteiden että vaihdevuosi-hormonien käyttäjillä. Painonnoususta yhdistelmäehkäisyvalmisteiden, progestiini-ehkäisy tai vaihdevuosien hormonihoidon pitkäaikaisessa käytössä ei ole tieteellistä näyttöä (Norman ym. 2000, Gallo ym. 2008, Lopez ym. 2011). Ehkäisyvalmisteiden osalta painonnousu voi olla seurausta seurustelun aloittamiseen liittyvästä elämäntavan muutoksista, esimerkiksi ruokailu- ja liikuntatottumuksissa. Painonnousu on myös tavallinen ikääntymiseen liittyvä muutos.

Tässä tutkimuksessa huomattava osa hormoniehkäisyyn käyttäjistä oli kokenut mieliala- tai masennusoireita, joiden he arvioivat olevan seurausta hormonivalmisteen käytöstä. O'Connellin ym. (2007) satunnaistetussa tutkimuksessa, ei havaittu eroa mielialaoireiden esiintyvyydessä yhdistelmäehkäisyyn ja placeboryhmän välillä. Mielialaoireiden taustalla voi olla aiempia mielialaongelmia tai PMS-tyyppisiä oireita, jotka saattavat selittää oireiden kokemista (Oinonen ja Mazmanian 2002, Segeblad ym. 2009). Vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjistä vain pieni osa oli kokenut valmisteeseen liittyvänä haittavaikutuksena masennusoireita, mutta sen sijaan huomattava osa naisista oli saanut avun vaihdevuosiin liittyviin mieliala- ja unioireisiin.

Ehkäisyvalmisteiden käyttäjistä joka kolmas vuonna 2001 ja joka neljäs vuonna 2007 ilmoitti seksuaalisen haluttomuuden hormoniehkäisyyn haittavaikutukseksi. Vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjistä noin joka kymmenes oli kokenut seksuaalista haluttomuutta. Noin 60 %:la parisuhteessa elävistä naisista on seksuaalisia toimintahäiriöitä (Venhola ja Brusila 2006). Seksuaalisen haluttomuuden taustalla voi olla parisuhteeseen tai stressiin liittyviä tekijöitä, mutta ongelman aiheuttajana pidetään hormoniehkäisyvalmisteita. Toisaalta luotettavan ehkäisy menetelmän puuttuminen voi olla syy seksuaaliseen haluttomuuteen. Vaihdevuosi-ikäisten naisten seksuaalinen haluttomuus on hyvin yleistä. Vaihdevuosien hormonihoido voi parantaa seksuaalista halukkuutta, osittain limakalvojen kunnan parantumisen myötä (Welton ym. 2008).

Haittavaikutus kokemuksena on käyttäjälle aina todellinen, ja haittavaikutukset aiheuttavat huolta. Haittavaikutusten pelko ja haittavaikutuksiin liittyvät uskomukset ovat edelleen yleisiä kulttuurieroista huolimatta, eivätkä ne ole muuttuneet viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana (Lee ja Jezewski 2007). Tutkimuksissa haittavaikutukset ovat yleisiä syitä keskeyttää tai olla lainkaan käyttämättä sekä hormoniehkäisyä että vaihdevuosien hormonihoidoita (Skouby ym. 2004, Huber ym. 2006, Ören 2009, Jalava-Broman ym. 2011, Philipson ym. 2011). Hoidon keskeyttäminen tapahtuu usein ilman konsultaatiota lääkärin kanssa (MacLennan ym. 2004, Huber ym. 2006).

Hormonivalmisteita käyttävien naisten tietolähteet

Hormonivalmisteita käyttävillä naisilla voi olla vaikeuksia suhteuttaa vakavat haittavaikutukset ja julkinen keskustelu omaan tilanteeseensa. Tämän takia he tarvitsevat neuvontaa terveydenhoidon ammattilaisilta paitsi valmisteiden eduista myös haittavaikutuksista. Myös lievien haittavaikutusten mahdollisuus ja niihin asennoituminen on tärkeää käsitellä neuvonnassa. Tässä tutkimuksessa lääkäri oli tärkein tietolähde hormonivalmisteiden hyödyistä kaikissa osatutkimuksissa ja haittavaikutuksista vuoden 2007 ehkäisy tutkimuksessa. Lääkärin merkitys tietolähteenä oli lisääntynyt sekä hyötyjen että haittavaikutusten tietolähteenä ehkäisy pillereiden käyttäjillä vuodesta 2001 vuoteen 2007 ja systeemisen vaihdevuosien

hormonihoidon käyttäjillä vuodesta 2003 vuoteen 2009. Uudet ehkäisyvalmisteet ovat saattaneet lisätä lääkäriltä saatua neuvontaa ehkäisyvalmisteiden käyttäjillä.

Vaihdevuosien hormonihoidon osalta vuoden 2009 tutkimukseen osallistuneet naiset käyttivät hormonihoidon haittavaikutusutisoinnista huolimatta, minkä vuoksi hyödyistä ja haitoista oli todennäköisesti keskusteltu myös lääkärin vastaanotolla. Systeemistä vaihdevuosien hormonihoidon käyttävien naisten tyytyväisyys lääkäriltä saatuun neuvontaan haittavaikutuksista oli yleistynyt vertailtaessa vuosien 2003 ja 2009 tutkimusaineistoja. Heitmannin ym. (2005) tutkimuksessa naiset, jotka olivat käsitelleet sekä hyötyjä että haittoja lääkärin vastaanotolla ja olivat saaneet tietoa vain lääkäriltä, jatkoivat hormonihoidon käyttöä. Tässä tutkimuksessa hormoniehkäisyyn käyttäjistä vain noin kolmannes oli tyytyväinen haittavaikutuksista saatuun neuvontaan.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitaja oli merkittävä tietolähde nuorille naisille. Myös Närhen ja Helakorven (2007) tutkimuksessa terveydenhoitaja oli yleinen tietolähde lääkkeitä nuorille naisille. Terveyden- ja sairaanhoitajien rooli tulee tulevaisuudessa korostumaan entisestään Suomessa, koska hormoniehkäisyvalmisteet ovat valmisteita, joita myös koulutuksen käyneet hoitajat saavat tulevaisuudessa määrätä. Tietolähteitä kartoittavien kysymysten vaihtoehtona ei ollut pakkausseteliä, joskin muutamaiset naiset lisäsivät sen avoimeen vaihtoehtoon. Pakkaussetelin on havaittu olevan tärkeä tietolähde etenkin nuorille naisille (Närhi ja Helakorpi 2007). Philipsonin ym. (2011) tutkimuksessa lääkäri oli yleisin tietolähde ehkäisytabletteja käyttäville australialaisille naisille, mutta seuraavaksi yleisin tietolähde oli pakkausseteli.

Tiedotusvälineet olivat tärkein tietolähde vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjille ja yli 30-vuotiaille ehkäisyvalmisteita käyttäville valmisteiden haittavaikutuksista, joskin merkitys oli pienentynyt osatutkimusten välillä. Internetin merkitys oli vastaavasti lisääntynyt. Sekä vuoden 1995 pillerikohun että WHI- ja MW-tutkimusten uutisoinnin jälkeen tiedotusvälineet, tv ja lehdet, on havaittu tärkeimmiksi tietolähteiksi useissa tutkimuksissa (Szarewski ja Mansour 1999, MacLennan ym. 2004, Heitmann ym. 2005, Hoffman ym. 2005, Genazzani ym. 2006). Tiedotusvälineiden nopea ja sensaationhakuinenkin tapa uutisoida tutkimustuloksia ei jätä terveydenhuoltohenkilöstölle riittävästi aikaa analysoida tuloksia ennen potilaiden kohtaamista (Szarewski ja Mansour 1999, Archer 2007). Internetin rooli oli hieman merkittävämpi ehkäisyvalmisteita käyttäville naisille kuin systeemistä vaihdevuosien hormonihoidon käyttäjille naisille. Tämä on loogista, koska nuoret käyttävät Internetiä vanhempia sukupolvia yleisemmin (Närhi ja Helakorpi 2007). Tämä tutkimus ei kartoittanut, millaisia Internet-lähteitä naiset käyttivät. Internetissä on tarjolla ammattimaista, tutkittua tietoa hormonivalmisteista, mutta esimerkiksi hormoniehkäisyyn haittavaikutuksiin liittyvät uskomukset elävät keskustelupalstoilla. Keskustelupalstoilla esiintyvät uskomukset ja pelot olisivat myös mielenkiintoinen kohde jatkotutkimukselle.

Ystävät ja sukulaiset olivat tärkein tietolähde haittavaikutusten osalta vuoden 2001 hormoniehkäisyntutkimuksessa ja alle 30-vuotiaille naisille myös vuonna 2007. Tiedotusvälineet ja ystävät olivat tärkeimpiä tietolähteitä jälkiehkäisyvalmisteita ostaneille naisille (Oksama ym. 2004). Ystävien ja sukulaisten kokemukset voivat heijastua haittavaikutusten kokemiseen. Perinteisesti hormonivalmisteisiin liitetyt lievät haittavaikutukset, kuten rintojen aristus, turvotus ja päänsärky, olivat yleisiä kun hormoniehkäisyvalmisteiden hormonimäärät olivat korkeita. Vaikka hormonimääriä vähentämällä haittavaikutuksia on vähemmän, äidin tai muiden sukulaisten kokemukset ehkäisyvalmisteista saattavat luoda ennakkokäsityksiä.

Tässä tutkimuksessa apteekin merkitys tietolähteenä oli vähäinen (0–6%). Apteekki oli kuitenkin lääkärin jälkeen yleisin tietolähde suomalaisessa tutkimuksessa, jossa selvitettiin mistä ihmiset saavat eniten tietoa lääkkeitä (Närhi ja Helakorpi 2007). Australialaisessa Philipsonin ym. (2011) tutkimuksessa ehkäisytablettien käyttäjistä vain 6 % oli saanut tietoa apteekista. Tutkimuksissa on havaittu, että naistentautien valmisteiden käyttäjät saavat apteekissa vähiten neuvontaa (Aslanpour ja Smith 1997, Vainio ym. 2002). Vaikka jälkiehkäisyyn käyttäjien neuvonta apteekissa on tarkasti ohjeistettu, vain joka viides jälkiehkäisyasiakas piti apteekkia tärkeänä tietolähteenä (Oksama ym. 2004). Hiiwasienien hoitoon käytettäviä valmisteita, paikallisestrogenivalmisteita ja jälkiehkäisyvalmisteita on ollut Suomessa saatavana ilman reseptiä jo yli vuosikymmenen ajan, joten voisi arvioida, että sekä asiakkaat että apteekkilaiset ovat tottuneita käsittelemään myös intiimeiksi koettuja aihealueita apteekissa. Suurin osa Suomen proviisoreista ja

farmaseuteista on naisia, mikä myös voisi helpottaa keskusteluyhteyden saavuttamista naisasiakkaiden kanssa. Toisaalta apteekkilaisilla voi olla omia kokemuksia tai ennakkokäsityksiä hormonivalmisteista, mitkä saattavat heijastua epävarmuutena neuvontatilanteessa. Vainion ym. (1998) tutkimuksessa farmaseutit arvioivat astmalääkkeiden neuvonnan esteeksi kiireen, omien tietojen puutteellisuuden ja intymiteettisuojan puutteet apteekkitilassa. Farmaseutit myös luottivat siihen, että asiakkaat olivat saaneet neuvontaa muulta terveydenhuoltohenkilöstöltä. Esimerkiksi annosteluohjeen kertaamista ei tällöin pidetä tarpeellisena, ja keskusteluyhteyden muodostaminen voi vaikeutua. Myös viestinnälliset ongelmat voivat olla este neuvonnan onnistumiselle (Vainio ym. 2001). Kuten vuoden 2007 ehkäisy tutkimuksessa havaittiin, asiakkaat toivovat neuvontaa sitä erikseen pyytämättä (Airaksinen ym. 1993). Toisaalta myös farmaseutit arvostavat asiakkaiden aktiivisuutta (Vainio ym. 1998). Hormonivalmisteiden käyttäjät asioivat apteekissa useita kertoja vuodessa, minkä vuoksi apteekista olisi mahdollista saada helposti ja nopeasti apua valmisteiden käyttöön liittyvissä kysymyksissä. Koska osa paikallisestrogeneista on saatavilla ilman reseptiä apteekista, apteekin lääkeneuvonta on erityisen tärkeää paikallisestrogenivalmistetta käyttäville naisille.

11 Päätelmät

Tutkimustuloksista voidaan tehdä seuraavat päätelmät:

1. Naisten kokemat edut hormonivalmisteista ovat kiistattomia, mutta hormonivalmisteisiin liittyy myös yleisesti haittavaikutuksia.
2. Ehkäisyvalmisteiden käyttäjien kokemat haittavaikutukset olivat vähentyneet vuodesta 2001 vuoteen 2007.
3. Vaihdevuosien hormonihoidon riskeihin liittyvä uutisointi vaikutti vaihdevuosien hormonihoidon käyttäviin naisiin. Uutisointi aiheutti huolia ja sai osan naisista harkitsemaan hormonihoidon lopettamista tai keskeyttämään käytön. Paikallisestrogenivalmisteiden käyttäjien määrä lisääntyi vuodesta 2003 vuoteen 2009.
4. Hormonivalmisteiden käyttäjien pelot olivat lisääntyneet. On mahdollista, että vaihdevuosihormonikohu on vaikuttanut myös ehkäisyvalmisteiden käyttäjiin, koska ehkäisyvalmisteiden käyttäjien kokema pelko syövästä oli lisääntynyt vuodesta 2001 vuoteen 2007. Lisäksi myös vaihdevuosien paikallisestrogenin käyttäjät pelkäsivät rintasyöpää.
5. Hormoniehkäisyn käyttäjien kokemat huolet perustuvat usein myytteihin ja väärin uskomuksiin. Näitä ovat pelko painonnoususta ja lapsettomuudesta ehkäisyvalmisteen käytön seurauksena sekä käsitys käyttöaukojen tarpeellisuudesta.
6. Keskustelu vaihdevuosien hormonihoidosta ja rintasyöpäriskistä lisäsi tiedotusvälineiden merkitystä tietolähteenä vuoden 2003 vaihdevuosihormonikyselyssä. Vuonna 2009 lääkärin merkitys tietolähteenä oli lisääntynyt vuodesta 2003 vuoteen 2009.
7. Apteekin merkitys hormonivalmisteiden käyttäjien tietolähteenä on vähäinen. Naiset halusivat kuitenkin tietoa myös apteekista, vaikka he eivät sitä itse kysyisikään.
8. Terveystietäjä on tärkeä tietolähde nuorille (alle 20-vuotiaille) hormoniehkäisyä käyttäville naisille.
9. Internetin merkitys tietolähteenä hormonivalmisteista on lisääntynyt.

Tutkimustulosten ja kirjallisuuden perusteella voidaan esittää seuraavat ehdotukset:

1. Terveystietäjähenkilöstön haasteena on löytää hormoniehkäisyn käyttäjille sopiva valmiste ja vaihdevuosioireista kärsiville naisille sopivaa hoitoa.
2. Lievienkin haittavaikutusten mahdollisuus ja haittavaikutusten käsitteleminen vastaanotolla on tärkeää, koska haittavaikutukset voivat johtaa hormonivalmisteen käytön keskeyttämiseen. On tärkeää kertoa, kuinka suhtautua mahdollisiin haittavaikutuksiin ja kuinka menetellä, jos valmiste ei sovi.
3. Terveystietäjähenkilöstön tulee olla aloitteellinen hormonivalmisteiden käytön neuvonnassa, koska valmisteiden käyttäjät eivät asian arkaluonteisuuden vuoksi osaa esittää kysymyksiä neuvontatilanteessa.
4. Terveystietäjähenkilöstön tulee kysellä ja keskustella naisten kanssa mahdollisista hormonivalmisteisiin liittyvistä peloista ja huolista. Keskustelun perusteella voidaan kartoittaa yksilöllisesti mahdolliset riskit ja suhteuttaa ne kunkin käyttäjän omaan tilanteeseen.
5. Apteekki tarjoaa mahdollisuuden keskustella terveydenhuollon ammattilaisten kanssa helposti ilman ajanvarausta. Hormonivalmisteita käyttävät naiset myös asioivat apteekissa useita kertoja vuodessa.
6. Ehkäisyvalmisteiden käytön toistuva keskeyttäminen voi olla merkki ongelmista hormonivalmisteiden käytössä. Näiden ongelmien taustalla voi olla haittavaikutuksia tai huolia ja

uskomuksia valmisteiden riskeistä. Apteekissa on myös mahdollista tunnistaa reseptin perusteella esimerkiksi epäsäännöllinen käyttö, ja ohjata asiakas edelleen lääkärin vastaanotolle.

7. Terveystieteiden henkilöstön haasteena on myös tuottaa hormonivalmisteiden käyttäjille luotettavaa ja tutkimukseen pohjautuvaa tietoa Internetiin sekä ohjata hormonivalmisteiden käyttäjiä luotettavien tietolähteiden pariin. Tämä on tärkeää, koska esimerkiksi Internetin keskustelupalstoilla keskustelu voi perustua yksittäisten henkilöiden kokemuksiin ja myös erilaisiin uskomuksiin. Myös apteekkilaiset voivat aktiivisesti ohjata naisia löytämään Internetistä tutkittua tietoa.

12 Kirjallisuus

Airaksinen M, Ahonen R, Enlund H: Drug information from pharmacies: Desire for more spontaneous information. *Med Care* 31: 846–850, 1993

Al-Bahgdadi O, Ewies A: Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric* 12: 91–105, 2009

Alhola P, Tuomisto H, Saarinen R, Portin R, Kalleinen N, Polo-Kantola P: Estrogen+progestin therapy and cognition: a randomized placebo-controlled double-blind study. *J Obstet Gynaecol Res* 36: 796–802, 2010

Anderson GL, Judd HL, Kaunitz AM ym., for the Women’s Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on gynecologic cancer and associated diagnostic procedures. *JAMA* 290: 1739–1748, 2003

Anderson GL, Limacher M, Assaf AR ym.: Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: The Women’s Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 291: 1701–1712, 2004

Appleby P, International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer: Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16573 women with cervical cancer and 35509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 370: 1609–1621, 2007

Archer DF: Medical decisions regarding hormone therapy for menopausal women are significantly influenced by media. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 16: 28–31, 2007

Archer DF, Thomas RL: The fallacy of the postpill amenorrhea syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 24: 943–950, 1981

Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE: Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD004425, 2009

Aslanpour Z, Smith FJ: Oral counselling on dispensed medication: a survey of its extent and associated factors in a random sample of community pharmacies. *Int J Pharm Pract* 5: 57–63, 1997

Bakken K, Fournier A, Lund E ym.: Menopausal hormone therapy and breast cancer risk: impact of different treatments. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Cancer* 128: 144–156, 2011

Banks E, Million Women Study Collaborators: Fracture incidence in relation to the pattern of use of hormone therapy in postmenopausal women. *JAMA* 291: 2212–2220, 2004

Barnhart KT, Schreiber CA: Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives. *Fertil Steril* 91: 659–663, 2009

Barret-Connor E, Grady D: Hormone replacement therapy, heart disease and other considerations. *Ann Rev Pub Health* 19: 55–72, 1998

Beral V, Million Women Study Collaborators: Breast cancer and hormone replacement therapy in the Million Women study. *Lancet* 362: 419–427, 2003

Beral V, Million Women Study Collaborators: Endometrial cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 365: 1543–1551, 2005

Beral V, Million Women Study Collaborators: Ovarian cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 369: 1703–1710, 2007

Beral V, Million Women Study Collaborators: Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy. *J Natl Cancer Inst* 103: 296–305, 2011

Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Buller HR, Helmerhorst FM, Colly LP, Vandenbroucke JP: Enhancement by factor V Leiden mutation on risk of deep vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet* 346: 1593–1596, 1995

Bosetti C, Bravi F, Negri E, La Vecchia C: Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 15: 489–498, 2009

Brunner RL, Gass M, Aragaki A *ym.*: Effects of conjugated equine estrogen on health-related quality of life in postmenopausal women with hysterectomy: results from Women's Health Initiative randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 165: 1976–1986, 2005

Buist DS, Newton KM, Miglioretti DL *ym.*: Hormone therapy prescribing patterns in the United States. *Obstet Gynecol* 104: 1042–1050, 2004

Canonico M, Fournier A, Carcaillon L *ym.*: Postmenopausal hormone therapy and the risk of idiopathic venous thromboembolism—results from the E3N cohort study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 30: 340–345, 2010

Canonico M, Plu-Bureau G, Lowe GD, Scarabin PY: Hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism in postmenopausal women: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 336: 1227–1231, 2008

Cauley JA, Robbins J, Chen Z *ym.*, for the WHI investigators: Effects of estrogen plus progestin on risk of fracture and bone mineral density, the Womens Health Initiative randomized trial. *JAMA* 290: 1729–1738, 2003

Chakhtoura Z, Canonico M, Gompel A, Scarabin P-Y, Plu-Bureau G: Progestogen-only contraceptives and the risk of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 96: 1169–1174, 2011

Chakhtoura Z, Canonico M, Gompel A, Thalabard JC, Scarabin P-Y, Plu-Bureau G: Progestogen-only contraceptives and the risk of stroke: a meta-analysis. *Stroke* 40: 1059–1062, 2009

Chlebowski RT, Wactawski-Wende J, Ritenbaugh C *ym.*: Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. *N Eng J Med* 350: 991–1004, 2004

Cody JD, Richardson K, Moehrer B, Hextall A, Glazener CM: Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD001405, 2009

Coehlingh Bennink HJ: Are all estrogens the same? *Maturitas* 47: 269–275, 2004

Cogliano V, Grosse Y, Baan R, Straif K, Secretan B, El Ghissassi F: Carcinogenicity of combined oestrogen-progestagen contraceptives and menopausal treatment. *Lancet Oncol* 6: 204, 2005

Cole JA, Norman H, Doherty M, Walker AM: Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstet Gynecol* 109: 339–346, 2007

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer: Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23 257 women with ovarian cancer and 87 303 controls. *Lancet* 371: 303–314, 2008

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer from. *Lancet* 347: 1713–1727, 1996

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 350: 1047–1059, 1997

Condon JT, Need JA, Fitzsimmons D, Lucy S: University students' subjective experiences of oral contraceptive use. *J Psychosom Obstet Gynecol* 16: 37–43, 1996

Coney P, Washenik K, Langley RG, DiGiovanna JJ, Harrison DD: Weight change and adverse effect incidence with low-dose oral contraceptive: two randomized placebo-controlled trials. *Contraception* 63: 297–302, 2001

Costiander K, Rousu K: Ehkäisy pillereiden haittavaikutukset - kyselytutkimus yliopiston naisopiskelijoille. Farmaseutin lopputyö, Kuopion yliopisto, 1999

Cushman M, Kuller LH, Prentice R ym.: Estrogen plus Progestin and Risk of Venous Thrombosis. *JAMA* 292: 1573–1580, 2004

Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz DA, Hankinson SE: A prospective study of postmenopausal hormone use and ovarian cancer risk. *Br J Cancer* 96: 151–156, 2007

Davis SR, Dinatale I, Rivera-Woll L, Davison S: Postmenopausal hormone therapy: from monkey glands to transdermal patches. *J Endocrinol* 185: 207–222, 2005

De P, Neutel CI, Olivotto I, Morrison H: Breast cancer incidence and hormone replacement therapy in Canada. *J Natl Cancer Inst* 102: 1489–1495, 2010

Dhont M: History of oral contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 15: S12–S18, 2010

Doherty JA, Cushing-Haugen KL, Saltzman BS ym.: Long-term use of postmenopausal estrogen and progestin hormone therapies and risk of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 197: 139.e1–139.e7, 2007

Dossus L, Allen N, Kaaks R ym.: Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Cancer* 127: 442–451, 2009

Duke JM, Sibbritt DW, Young AF: Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception* 75: 27–31, 2007

Dumeaux V, Fournier A, Lund E, Clavel-Chapelon F: Previous oral contraceptive use and breast cancer risk according to hormone replacement therapy use among postmenopausal women. *Cancer Causes Control* 16: 537–544, 2005

EMA, European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. Public Statement on recent Publications regarding Hormone Replacement Therapy 2003. [Päivitetty 15.12.2003]. <http://www.emea.eu.int/pdfs/human/press/pus/3306503en.pdf>.

EMA, Committee for proprietary medicinal products. CPMP Public Assessment Report. Combined oral contraceptives and venous thromboembolism. [Päivitetty 10.7.2011]. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2009/12/WC500017870.pdf

Falah-Hassani K: The use of oral contraceptives among Finnish teenagers from 1981 to 2003. *J Adolesc Health* 39: 649–655, 2006

- Farmer RD, Lawrenson RA, Todd JC ym.: A comparison of the risks of venous thromboembolic disease in association with different combined oral contraceptives. *Br J Clin Pharmacol* 49: 580–590, 2000
- Fernandez E, La Vecchia C, Balducci A, Chatenoud L, Franceschi S, Negri E: Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a meta-analysis. *Br J Cancer* 84: 722–727, 2001
- Fimea. Lääkekulutus vuosina 2007–2010. [Päivitetty 18.7.2011].
<http://raportit.nam.fi/raportit/kulutus/laakekulutus.htm>
- Flesch-Janys D, Slinger T, Mutschelknauss E ym.: Risk of different histological types of postmenopausal breast cancer by type and regimen of menopausal therapy. *Int J Cancer* 123: 933–941, 2008
- Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F: Breast cancer risk in relation different types of hormone therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer* 114: 448–454, 2005
- Fournier A, Mesrine S, Boutron-Ruault M-C, Clavel-Chapelon F: Estrogen-progestogen menopausal hormone therapy and breast cancer: does delay from menopause onset the treatment initiation influence risks? *J Clin Oncol* 27: 5138–5143, 2009
- Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM: Combined contraceptive: effect on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 4: C003987, 2008
- Gambacciani N, Cappagli B, Lazzarini V, Ciaponi M, Fruzzetti F, Genazzani AR: Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas* 54: 176–180, 2006
- Genazzani A, Schneider H, Panay N, Nijland E: The European Menopause Survey 2005: Women's perceptions on the menopause and postmenopausal hormone therapy. *Gynecol Endocrinol* 22: 369–375, 2006
- Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC: Ischemic stroke risk with oral contraceptives-A meta-analysis. *JAMA* 284: 72–78, 2000
- Gomes MP, Deitcher SR: Risk of venous thromboembolic disease associated with hormonal contraceptives and hormone replacement therapy: a clinical review. *Arch Intern Med* 164: 1965–1976, 2004
- Grady D, Herrington D, Bittner V ym.: Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study Follow-up (HERS II). *JAMA* 288: 49–57, 2002
- Grady D, Rubin S, Petitti D ym. : Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 117: 1016–1037, 1992
- Green J, Czanner G, Reeves G ym.: Menopausal hormone therapy and risk of gastrointestinal cancer: nested case-control study within a prospective cohort and meta-analysis. *Int J Cancer*, Epub ahead of print, 2011
- Greiser CM, Greiser EM, Dören M: Menopausal hormone therapy and risk of ovarian cancer: systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 5: 453–463, 2007
- Grimes DA, Schulz KF: Nonspecific side effects of oral contraceptives: nocebo or noise? *Contraception* 83: 5–9, 2011
- Grodstein F, Manson JE, Stampfer M: Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *J Womens Health* 15: 35–44, 2006
- Grodstein F, Newcomb PA, Stampfer MJ: Postmenopausal hormone therapy and the risk of colorectal cancer: A review and meta-analysis. *Am J Med* 106: 574–582, 1999

Hall G, Phillips TJ: Estrogen and skin: The effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. *J Am Acad Dermatol* 53: 555–568, 2005

Hannafor PC, Iversen L, Macfarlane TV, Elliot AM, Angus V Lee AJ: Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College General Practitioner's Oral Contraception Study. *BMJ* 340: c927 2010

Hannafor PC, Selvaraj S, Elliot AM: Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's Oral Contraception Study. *BMJ* 335: 651, 2007

Heikkilä R, Mäntyselkä P, Hartikainen-Herranen K, Ahonen R: Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health Policy* 82: 366–374, 2007

Heinemann LAJ, Dinger JC, Assmann A, Minh TD: Use of oral contraceptives containing gestodene and risk of venous thromboembolism: outlook 10 years after the third-generation "pill scare". *Contraception* 81: 401–407, 2010

Heitmann C, Greiser E, Dören M: The impact of the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial 2002 on perceived risk communication and use of postmenopausal hormone therapy in Germany. *Menopause* 12: 405–411, 2005

Hemminki E, Kyyrönen P, Pukkala E: Postmenopausal hormone drugs and breast and colon cancer: Nordic countries 1995–2005. *Maturitas* 61: 299–304, 2008

Hlatky MA, Boothroyd D, Vittinghoff E, Sharp P, Whooley MA for the HERS research group: Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. *JAMA* 287: 591–597, 2002

Hoffman M, Hammar M, Kjellgren K, Lindh-Åstrand L, Brynhildsen J: Changes in women's attitudes towards and use of the hormone therapy after HERS and WHI. *Maturitas* 52: 11–17, 2005

Hogervorst E, Yaffe K, Richards M, Huppert FAH: Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD003799, 2009

Honkanen M: Pohjois- ja Tunturi-Lapin apteekkipalvelut asiakkaiden näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, sosiaalifarmasian laitos, 2003

Huber JC, Bentz E-K, Ott J, Tempfer CB: Non-contraceptive benefits of oral contraceptives. *Expert Opin Pharmacother* 9: 2317–2325, 2008

Huber LR, Hogue CJ, Stein AD ym.: Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation and choice study. *Am J Gynecol* 194: 1290–1295, 2006

Hulley S, Grady D, Bush T ym.: Randomized Trial of Estrogen plus Progestin for Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Postmenopausal Women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. *JAMA* 280: 605–613, 1998

IARC, International Agency for Research on Cancer 2007. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 91, combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. [Päivitetty 1.7.2011]. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol91/index.php>

IARC, International Agency for Research on Cancer 2011. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 100A. Pharmaceuticals. [Päivitetty 1.8.2011].
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100A/index.php>

Iversen OE, Nilsen ST: Effect of CSM's warning about safety of third generation oral contraceptives. Abortions increased by nearly 8% in Norway. *BMJ* 10: 363–364, 1996

Jaakkola S, Lyytinen HK, Dyba T, Ylikorkala O, Pukkala E: Endometrial cancer associated with various forms of postmenopausal hormone therapy: a case control study. *Int J Cancer* 128: 1644–1651, 2011

Jalava-Broman J, Mäkinen J, Ojanlatva A, Jokinen K, Sillanmäki L, Rautava P: Treatment of climacteric symptoms in Finland prior to the controversial reports on hormone therapy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 87: 682–686, 2008

Jalava-Broman J, Mäkinen J, Ojanlatva A, Jokinen K, Sillanmäki L, Rautava P: Change in frequency of HRT use from 2000–2005 and reasons to discontinue: follow-up of a normal cohort in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 90: 351–357, 2011

Jemal A, Ward E, Thun MJ: Recent trends in breast cancer incidence rates by age and tumour characteristics among US women. *Breast Cancer Res Treat* 9: R28, 2009

Jick SS, Hernandez RK: Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ* 340: d2151, 2011

Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C: Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet* 346: 1589–1593, 1995

Joffe H, Petrillo LF, Koukopoulos A ym.: Increased estradiol and improved sleep but not hot flashes predict enhanced mood during menopausal transition. *J Clin Endocrinol Metab* 96: E1044–E1054, 2011

Johnson JR, Lacey JV, Lazovich D ym.: Menopausal hormone therapy and risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 18: 2155–2159, 2009

Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB: Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 81: 1290–1302, 2006

Kalleinen N, Polo O, Himanen SL, Joutsen A, Polo-Kantola P: The effect of estrogen plus progestin treatment on sleep: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial in premenopausal and late postmenopausal women. *Climacteric* 11: 233–243, 2008

Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE: Third generation oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ* 323: 1–9, 2001

Kendall A, Dowsett M, Folkerd E, Smith I: Caution: Vaginal estradiol appears to be contradicted in postmenopausal women on adjuvant aromatase inhibitors. *Ann Oncol* 17: 584–587, 2006

Khader YS, Rice J, John L ym.: Oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception* 68: 11–17, 2003

Kosunen E, Huhtala H, Rimpelä A, Rimpelä M, Liinamo A: Public scare has not deterred Finnish teenagers from using oral contraceptives. *BMJ* 314: 1348, 1997

Kosunen EA, Sihvo S, Nikula M, Hemminki E: Raskauden ehkäisy. Kirjassa: Lisäntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus, s. 54–61. Toim. Koponen P ja Luoto R. Kansanterveyslaitos, Helsinki 2004

Kumle M: Declining breast cancer incidence and decreased HRT use. *Lancet* 372: 608–610, 2008

Kumle M, Weiderpass, Braaten T, Adami H-O, Lund E: Risk of invasive and borderline epithelial ovarian neoplasias following use of hormonal contraceptives: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health cohort study. *Br J Cancer* 90: 1386–1391, 2004

Kumle M, Weiderpass E, Braaten T, Persson I, Adami H-O, Lund E: Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 11: 1375–1381, 2002

Lee J, Jezewski MA: Attitudes toward oral contraceptive use among women of reproductive age: a systematic review. *Adv Nurs Sci* 30: E85–E103, 2007

Lethaby A, Hogervorst E, Richards M, Yesufu A, Yaffe K: Hormone replacement therapy for cognitive function in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst rev* 1: CD003122, 2008

Li CI, Malone KE, Porter PL ym.: Relationship between long durations and different regimens of hormone therapy and breast cancer. *JAMA* 289: 3254–3263, 2003

Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E: Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001–9. *BMJ* 343: d6423, 2011

Lopez LM, Edelman A, Chen-Mok M, Trussel J Helmerhorst FM: Progestin-only contraceptives: effect on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD008815, 2011

Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM: Steroidal contraceptives: effects on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev* 7: CD006033, 2011

Lund E, Bakken K, Dumeaux V, Andersen V, Kumle M: Hormone replacement and breast cancer in former users of oral contraceptives- The Norwegian women and cancer study. *Int J Cancer* 121: 645–648, 2007

Luoto R: Kyselytutkimuksen suunnittelu. *Duodecim* 125: 1647–1653, 2009

Luoto R, Hemminki E, Kaaja R, ym.: Hormonikorvaushoito ja kohdunpoisto. Kirjassa: Lisäntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus, s. 62–68. Toim. Koponen P ja Luoto R. Kansanterveyslaitos, Helsinki 2004

Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O: Breast cancer risk in postmenopausal women using estrogen-only therapy. *Obstet Gynecol* 108: 1354–1360, 2006

Lyytinen H, Pukkala E, Ylikorkala O: Breast cancer risk in postmenopausal women using estrogen-progestagen therapy. *Obstet Gynecol* 113: 65–73, 2009

Lääkelaitos, Kansaneläkelaitos: Suomen lääketilastot 2000–2010. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Helsinki

MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH: Hormone therapy use after the Women's Health Initiative. *Climacteric* 7: 117–119, 2004

Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG ym.: Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Eng J Med* 346: 2025–2032, 2002

Margolis KL, Adami HO, Luo J, Ye W, Weiderpass E: A prospective study of oral contraceptives use and risks of myocardial infarction among Swedish women. *Fertil Steril* 88: 310–316, 2007

Marks L: *Sexual Chemistry. A history of the Contraceptive Pill.* Yale University Press, New Haven 2001.

Martin RM, Hilton SR, Kerry SM: The impact of the October 1995 'pill scare' on oral contraceptive use in the United Kingdom: analysis of a general practice automated database. *Fam Pract* 14: 279–284, 1997

McIver B, Romanski SA, Nippoldt TB: Evaluation and management of amenorrhea. *Mayo Clin Proc* 72: 1161–1169, 1997

Miller J, Chan BK, Nelson HD: Postmenopausal estrogen replacement and risk for venous thromboembolism: A systematic review and meta-analysis for the U.S. preventive task force. *Ann Intern Med* 136: 680–690, 2002

Moreno V, Bosch FX, Muñoz N ym.: Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 359:1085–1092, 2002

Mueck AO, Seeger H, Rabe T: Hormonal contraception and risk of endometrial cancer: a systematic review. *Endocrin Rel Cancer* 17: R263–R271, 2010

Nanda K, Bastian LA, Hasselblad V, Simel DL: Hormone replacement therapy and the risk of colorectal cancer: A meta-analysis. *Obstet Gynecol* 93: 880–888, 1999

Ness J, Aronow WS: Prevalence and causes of persistent use of hormone replacement therapy among postmenopausal women: a follow-up study. *Am J Ther* 13: 109–112, 2006

NOMESCO: *Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999–2003.* The Nordic Medico-Statistical Committee, Copenhagen 2004

NOMESCO 2009. *Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004–2008.* [Päivitetty 18.7.2011]. <http://nomesco-eng.nom-nos.dk/filer/publikationer/Medicines%20consumption%202004–2008%20web.pdf>

Norman RJ, Flight IH, Rees MC: Oestrogen and progestogen hormone replacement therapy for perimenopausal and post-menopausal women: weight and body fat distribution. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD001018, 2008

North American Menopause Society: Estrogen and progestogen use in postmenopausal women. July 2008 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 15: 584–602, 2008

Närhi U, Helakorpi S: Sources of medicine information in Finland. *Health Policy* 84: 51–57, 2007

O'Connel K, Davis AR, Kerns J: Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception* 75: 299–304, 2007

Oinonen KA, Mazmanian D: To what extent oral contraceptives influence mood and affect? *J Affect Disord* 70: 229–240, 2002

Oksama H, Sihvo S, Pietilä K: Jälkiehkäisy itsehoitona - käyttäjäkysely apteekin asiakkaille. *Suomen Lääkärilehti* 59: 4507–4511, 2004

Opартны L, Dell'Aniello S, Assouline S, Suissa S: Hormone replacement therapy use and variations in the risk of breast cancer. *BJOG* 115: 169–175, 2008

Øren A: Motives for initiation, temporary discontinuation, and permanent discontinuation of hormone therapy use among Norwegian women. *Maturitas* 64: 33–37, 2009

Parkin DM: Is the recent fall in incidence of postmenopausal breast cancer in UK related to changes in use of hormone replacement therapy? *Eur J Cancer* 45: 1649–1653, 2009

Perheentupa A: Gonadotropiinit ja sukupuolihormonit ja niiden vastavaikuttajat. Kirjassa: Farmakologia ja toksikologia, ss. 701–728. 7. uudistettu painos. Toim. Koulu M ja Tuomisto J. Kustannusyritys Medicina, Jyväskylä, 2007

Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW: Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD005131, 2008

Philpson S, Wakefield CE, Kasparian NA: Women's knowledge, beliefs and information needs in relation to risks and benefits associated with the use of the oral contraceptive pill. *J Womens Health* 20: 635–642, 2011

Pines A, Sturdee DW, Birkhäuser MH, Scheider HPG, Gambacciani M, Panay N: IMS updated recommendations on postmenopausal hormone therapy. *Climacteric* 10: 181–194, 2007

Prentice RL, Manson JA, Langer ym.: Benefits and risks of postmenopausal hormone therapy when its initiated soon after menopause. *Am J Epidemiol* 170: 12–23, 2009

Ramsay S: UK pill scare led to abortion increase. *Lancet* 347: 1109, 1996

Redmond G, Godwin AJ, Olson W, Lippman JS: Use of placebo controls in an oral contraceptive trial: methodological issues and adverse event incidence. *Contraception* 60: 81–85, 1999

Riman T, Dickman PW, Nilsson S ym.: Hormone replacement therapy and the risk of invasive epithelial ovarian cancer in Swedish women. *J Natl Cancer* 94: 497–504, 2002

Ritamies M: Sinappikylvystä ehkäispilleriin - Suomalaisen perhesuunnittelun historia. Väestöliitto, Helsinki, 2006

Roussow JE, Prentice RL, Manson JE ym.: Postmenopausal hormone therapy and the risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 297: 1465–1477, 2007

Roussouw J ym., Writing group for the Women's Health Initiative Investigators: Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. *JAMA* 288: 321–333, 2002

Rutanen E-M, Ylikorkala O: Vaihdevuosisien hormonihoito. Kapseli 33, 2. painos. Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, Joensuu 2004

Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, Salpeter EE: Coronary heart disease events associated with hormone replacement therapy in younger and older women. A meta-analysis. *Eur Heart J* 29: 2031–2041, 2006

Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J: A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 64: 51–58, 2001

Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau G: Estrogen and ThromboEmbolic Risk (ESTHER) Study Group: Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolic risk. *Lancet* 362: 428–432, 2003

Segeblad, Borgström A, Odland V, Bixo M, Sundström-Poromaa I: Prevalence of psychiatric disorders and premenstrual dysphoric symptoms in patients with experience of adverse mood during treatment with combined oral contraceptives. *Contraception* 79: 50–55, 2007

Shah NR, Borenstein J, Dubois RW: Postmenopausal hormone therapy and breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Menopause* 12: 668–678, 2005

Shumaker SA, Legault C, Kuller L ym., for the Women's Health Initiative Memory Study Investigators: Conjugated equine estrogens and incidence of probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women, Women Health Initiative Memory Study. *JAMA* 291: 2947–2958, 2004

Shumaker SA, Legault C, Thal L ym.: Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: the Women's Health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *JAMA* 289: 2551–2562, 2003

Sihvo S, Ahonen R, Mikander H ym.: Self-medication with vaginal antifungal drugs: physicians' experiences and women's utilization patterns. *Fam Pract* 17: 145–149, 2000

Sihvo S, Hemminki E: Self-medication of dyspepsia: how appropriate is it? *Scand J Gastroenterol* 32: 855–861, 1997

Sihvo S, Hemminki E, Kosunen E: Contraceptive health risks-women's perceptions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 19: 117–125, 1998

Sitruk-Ware R: Pharmacological profile of progestins. *Maturitas* 47: 277–283, 2004

Skouby SO: Contraceptive use and behaviour in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 9: 57–68, 2004

Smith FJ: Research methods in pharmacy practice. Pharmaceutical Press, London 2002

Smith FJ: Conducting your pharmacy practice research project. Pharmaceutical Press, London 2005

Smith JS, Green J, Berrington de Gonzales A, ym.: Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systemic review. *Lancet* 361: 1159–1167, 2003

Smith NL, Heckbert SR, Lemaitre RN ym.: Esterified estrogens and conjugated equine estrogens and the risk of venous thrombosis. *JAMA* 292: 1581–1587, 2004

Spitzer WO, Faith JM, MacRae KD: Myocardial infarction and third generation oral contraceptives: aggregation of recent studies. *Hum Reprod* 17: 2307–2314, 2002

Spitzer WO, Lewis MA, Heinemann LA, Thorogood M, MacRae KD: Third generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case-control study. *BMJ* 312: 83–88, 1996

Stahlberg C, Pedersen AT, Lynge E ym.: Increased risk of breast cancer following different regimens of hormone replacement therapy frequently used in Europe. *Int J Cancer* 109: 721–727, 2004

Stefanick M: Estrogens and progestins: background and history, trends in use, and guidelines and regimens approved by the US Food and Drug Administration. *American J Med* 118: 64S–73S, 2005

Steinrud-Mørch, Løkkegaard E, Helms-Andreassen A, Kruger-Kjaer S, Lidegaard O: Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA* 302: 298–305, 2009

Strothmann A, Schneider HPG: Hormone therapy: the European women's perspective. *Climacteric* 6: 337–346, 2003

Suckling JA, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H: Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD001500, 2006

Szarewski A, Mansour D: The 'pill scare': the responses of authorities, doctors and patients using oral contraception. *Hum Reprod Update* 5: 627–632, 1999

Tanis BC, Kemmeren JM, Cats VM ym.: Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Eng J Med* 345: 1787–1793, 2001

The Writing Group for the PEPI Trial: Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. *JAMA* 273: 199–208, 1995

Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P, Luoto R, Partanen T: Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. *Hum Reprod*: 1–9, 2011

Torgeson DJ, Bell-Syer SE: Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: A meta-analysis of randomized trial. *JAMA* 285: 2891–2897, 2001

Træen B, Iversen OE, Fjellvang N: Beliefs about use of oral contraception among women in Oslo. *Scand J Sexol* 4: 3–23, 2001

Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ ym.: Menopausal hormone therapy and risk of ovarian cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Cancer Causes Control* 22: 1075–1084, 2011

Tuppurainen M, Kroger H, Saarikoski S, Honkanen R, Alhava E: The effect of previous oral contraceptive use on bone mineral density in perimenopausal women. *Osteoporos Int* 4: 93–98, 1994

Turunen J: Kyselytutkimus. Kirjassa: Yhteiskunnallinen lääketutkimus - ideasta näyttöön. S. 54–79. Toim. Hämeen-Anttila K ja Katajavuori N, Palmenia, Tampere 2008

United Nations: World Contraceptive Use 2010. [Päivitetty 19.7.2011].
<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2010/contraceptive2010.htm>

USPSTF: Postmenopausal hormone replacement therapy for the primary prevention of chronic condition. Recommendations and rationale. U.S. Preventive Services Task Force. *Am Fam Physician* 67: 358–364, 2003

Vainio KK, Airaksinen MSA, Hyykky TT, Enlund KH: Effect of therapeutic class on counseling in community pharmacies. *Ann Pharmacother* 36: 781–786, 2002

Vainio KK, Korhonen MJH, Hirvonen AM, Enlund H: The perceived role and skills of pharmacists in asthma management after in-house training. *Pharm World Sci* 23: 6–12, 2001

Vainio K, Pennanen M, Tuomainen L, Enlund H: Views of pharmacist on asthma patients and their counselling. *J Appl Ther Res* 2: 49–58, 1998

Van Hylchama Vlieg A, Helmenhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJM, Rosendaal FR: The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects on oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 339: b2921, 2009

Venholta M, Brusila P: Naisten seksuaalinen haluttomuus. *Suomen Lääkärilehti* 45: 4703–4707, 2006

Vessey M, Painter R: Oral contraceptive use and cancer. Findings in large cohort study 1968–2004. *Br J Cancer* 95: 385–389, 2006

Virtala AM, Kunttu K, Huttunen TA, Virjo IO: Sexual intercourse and current contraceptive use among university students in Finland. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 135: 104–110, 2007

Warren MP: Historical perspectives in postmenopausal hormone therapy: defining the right dose and duration. *Mayo Clin Proc* 82: 219–226, 2007

Wei S, Jones G, Thomson M, Dwyer T, Venn A: Oral contraceptive use and bone mass in women aged 26–36 years. *Osteoporos Int* 1: 351–355, 2011

Wells G, Tiggwell P, Shea B *ym.*: Osteoporosis Methodology Group and The Osteoporosis Research Advisory Group: Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. V. Meta-analysis of the efficacy of hormone replacement therapy in treating and preventing osteoporosis in postmenopausal women. *Endocr Rec* 23: 529–539, 2002

Welton AJ, Vickers MR, Kim J, Ford D, Lawton BA, MacLennan AH: Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *BMJ* 337: a1190, 2008

World Health Organisation: Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multi-centre case-control study. *Lancet*: 346: 1575–1582, 1995

Young EA, Korstein SG, Harvey AT *ym.*: Influences on hormone-based contraceptive on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology* 32: 843–853, 2007

Liitteet

Vastaa kysymyksiin rengastamalla sopivin/sopivat vaihtoehdot tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

1. Kuinka kauan olet tällä kertaa käyttänyt e-pillereitä yhtäjaksoisesti?

_____ v _____ kk

2. Kuinka kauan olet yhteensä koko elämäsi aikana käyttänyt e-pillereitä?

_____ v _____ kk

3. Mitä ehkäisypillerivalmistetta käytät tällä hetkellä?

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1 Cilest | 11 Microgynon |
| 2 Diane Nova | 12 Microluton |
| 3 Exluton | 13 Mini-Pill |
| 4 Femilar | 14 Minulet |
| 5 Femoden | 15 Mirelle |
| 6 Gracial | 16 Tri-Femoden |
| 7 Harmonet | 17 Tri-Minulet |
| 8 Marvelon | 18 Trikvilar |
| 9 Meliane | 19 Trinordiol |
| 10 Mercilon | 20 Muu, mikä? _____ |

4. Oliko sinulla ennen ehkäisypillerien käytön aloittamista ennakkokäsityksiä niiden hyödyistä ja/tai haitoista?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä? _____
- _____
- _____
- _____

5. Oletko vaihtanut e-pillerivalmistetta?

- 1 En ole **JOS VASTASIT 1, SIIRRY KYSYMYKSEEN 7.**
2 Olen kerran
3 Olen kaksi kertaa
4 Olen useammin kuin kaksi kertaa

6. Miksi vaihdoit e-pillerivalmistetta?

- 1 Se ei sopinut minulle. Mainitse valmisteen nimi ja syy, miksi ei sopinut. _____

2 Muu syy, mikä? _____

7. Minkä ikäisenä aloitit e-pillereiden käytön? _____ vuotiaana.**8. Mitä ehkäisypillerivalmisteita olet käyttänyt ja kuinka kauan kutakin valmistetta?**

9. Minkä vuoksi käytät e-pillereitä?

Jos on useampi kuin yksi syy, numeroi syyt tärkeysjärjestyksessä.

Numero 1 on tärkein jne.

- ___ Ehkäisy
___ Kuukautiskivut
___ Kuukautiskiertohäiriöt
___ Iho-ongelmat
___ Muu, mikä? _____

10. Oletko kuullut e-pillereiden hyödyistä eniten

- 1 Lääkäriltä
2 Apteekista
3 Terveystieteiltä
4 Tiedotusvälineistä
5 Sukulaisilta/ystäviltä
6 Muualta, mistä? _____
7 En ole kuullut keneltäkään

11. Oletko kuullut e-pillereiden haitoista eniten

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Terveystoimijalta
- 4 Tiedotusvälineistä
- 5 Sukulaisilta/ystäviltä
- 6 Muualta, mistä? _____
- 7 En ole kuullut keneltäkään

12. Miten itse arvioit e-pillereistä sinulle koituvia hyötyjä?

13. Onko sinulla ollut seuraavia haittoja, joiden ajattelet aiheutuvan e-pillereistä?

- | | |
|-----------------|------------------------------------|
| 1 Ei | SIIRRY KYSYMYKSEEN 15 |
| 2 En osaa sanoa | SIIRRY KYSYMYKSEEN 15 |
| 3 Kyllä | YMPYRÖI SOPIVAT VAIHTOEHDOT |
- 1 Päänsärky
 - 2 Rintojen arkuus
 - 3 Pahoinvointi
 - 4 Painon muutoksia
 - 5 Emättimen tulehduksia
 - 6 Mielialan muutoksia
 - 7 Masentuneisuutta
 - 8 Pigmenttimuutoksia iholla
 - 9 Vuotohäiriöitä
 - 10 Kyynelnesteen erittymisen vähentyminen
 - 11 Väsymys
 - 12 Lisääntynyttä hampaiden reikiintymistä
 - 13 Pintaverisuonten muutoksia
 - 14 Kohonnut verenpaine
 - 15 Muutoksia maksan toiminnassa
 - 16 Näköhäiriöitä
 - 17 Kuulohäiriöitä
 - 18 Sukupuolista haluttomuutta
 - 19 Veritulppa
 - 20 Emättimen limakalvon muutoksia
 - 21 Vaikeuksia tulla raskaaksi käytön jälkeen
 - 22 Muu, mikä? _____

14. Onko kuukautiskierron vaiheella merkitystä haittavaikutusten esiintymiseen?

- 1 Ei ole
- 2 En osaa sanoa
- 3 Kyllä. Haittavaikutuksia esiintyy eniten
 - A = kuukautisten aikana, mitä haittoja? _____
 - B = 1.-7. tabletin aikana, mitä haittoja? _____
 - C = 8.-14. tabletin aikana, mitä haittoja? _____
 - D = 15.-21./22. tabletin aikana, mitä haittoja? _____

15. Seuraavaksi esitämme muutamia väittämiä e-pillereistä. Ympyröi se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten omaa mielipidettäsi tai kokemustasi.

	1= Samaa mieltä	2= Eri mieltä	3= En tiedä
E-pillereiden ehkäisyteho on noin 99 %	1	2	3
E-pillereiden käyttäjän täytyy huolehtia lisääntyneestä kalkin tarpeesta	1	2	3
E-pillerit herkistävät emätintulehdukselle	1	2	3
E-pillerit aiheuttavat runsaasti haittavaikutuksia	1	2	3
E-pillereiden käytössä on hyvä pitää tauko 5 vuoden välein	1	2	3
E-pillerit on turvallinen ehkäisymenetelmä	1	2	3
Lääkärit informoivat hyvin e-pillereiden haitoista	1	2	3
E-pillereillä on suotuista vaikutus veren hemoglobiiniarvoon	1	2	3
E-pillereitä ei tulisi määrätä alle 15-vuotiaille	1	2	3
E-pilleriresepti tulisi voida uusia ilman lääkärissä käyntiä	1	2	3

16. Onko sinulla joitakin huolia tai pelkoja koskien e-pillereitä tai niiden käyttöön liittyviä asioita?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä? _____

TAUSTATIEDOT

17. Ikä _____ vuotta

18. Oletko tällä hetkellä

- 1 Avo- tai avioliitossa
- 2 Seurustelen
- 3 Ei vakituista parisuhdetta

19. Montako seksikumppania sinulla on ollut viimeisen vuoden aikana?

- 1 Ei yhtään
- 2 1
- 3 2-4
- 4 5 tai enemmän

20. Oletko synnyttänyt?

- 1 Kyllä
- 2 En

21. Tupakoitko?

- 1 Kyllä
- 2 En

22. Onko lähisuklaisillasi sydän- tai verisuonisairauksia?

- 1 Kyllä
- 2 Ei
- 3 En tiedä

Jos sinulla on vielä jotain kyselyn aihepiiriin liittyvää mielessä (esimerkiksi kokemuksia haitoista, eduista, haittojen ehkäisystä jne.), kirjoita viesti sivun kääntöpuolelle.

Kiitos vaivannäöstäsi!

KUOPION YLIOPISTO
Sosiaalfarmasian laitos
Syyskuu 2003

Vaihdevuosisien hormonikorvaushoidot -kyselytutkimus

Kysymyksiin vastataan ympäröimällä sopivan vaihtoehdon numero. Tarvittaessa kirjoittakaa vastaus tai mahdollinen perustelu niitä varten varattuun tilaan. Voitte myös kirjoittaa mielipiteitänne ja kokemuksianne lomakkeen loppuun varattuun tyhjään tilaan. On erityisen tärkeää, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin.

1. Mihin tarkoituksiin olette käyttäneet nais-hormoneja ja kuinka kauan?

Raskauden ehkäisy _____ vuotta
Vaihdevuosisoireet _____ vuotta
Munasarjojen tai kohdun poiston jälkeinen hormonikorvaushoito _____ vuotta
Kuukautishäiriöt _____ vuotta

2. Millaisten oireiden vuoksi aloititte vaihdevuosisihormonien käytön?

(Voitte ympäröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Kuumat aallot
- 2 Yöhikoilu
- 3 Päänsärky
- 4 Masennus
- 5 Ärtynyisyys
- 6 Muistin huononeminen
- 7 Painon nousu
- 8 Unettomuus
- 9 Nivel- ja lihaskivut
- 10 Sydämentykytys
- 11 Itkuisuus
- 12 Ummetus
- 13 Seksuaalinen haluttomuus
- 14 Ihon ongelmat; kuivuminen, oheneminen
- 15 Limakalvo-oireet; emättimen kutina, kirvely
- 16 Tihentynyt virtsaamistarve
- 17 Heikentynyt virtsanpidätyskyky
- 18 Emättimen tai virtsateiden toistuvat tulehdukset
- 19 Keskittymiskyvyn heikentyminen
- 20 Muita oireita, mitä?

3. Vaihdevuosisihormonihoidon määrännyt lääkäri oli

- 1 Gynekologi
- 2 Yksityinen yleislääkäri
- 3 Terveystieteiden keskuslääkäri tai työterveyslääkäri

4. Käyttökö säännöllisesti saman lääkärin vastaanotolla vaihdevuosisivaihoihin liittyvissä asioissa?

- 1 Kyllä
- 2 En

5. Minkä nimistä vaihdevuosisihormonivalmistetta käytätte tällä hetkellä?

6. Oletteko vaihtanut vaihdevuosisihormonivalmistetta?

- 1 En ole vaihtanut valmistetta
- 2 Olen kerran
- 3 Olen 2 kertaa
- 4 Olen useammin kuin 2 kertaa

7. Miksi vaihdoitte vaihdevuosisihormonivalmistetta?

- 1 Se ei sopinut minulle. **Kertoisitteko valmiin nimen ja syyn, miksi se ei sopinut?**

- 2 Muu syy, mikä?

8. Millaisia hyötyjä olette kokenut vaihdevuosihormonien käytöstä?

(Voitte ympyröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Vaihdevuosioireiden, kuten hikoilun ja kuumien aaltojen helpottuminen
- 2 Unensaannin ja unen laadun paraneminen
- 3 Päänsärkyjen väheneminen/helpottuminen
- 4 Emättimen limakalvojen parantunut kunto
- 5 Emättimen tulehdusten väheneminen
- 6 Virtsan pidätyskyvyn paraneminen
- 7 Kohentunut mieliala
- 8 Muistin paraneminen
- 9 Keskitettyä mieltä lisääntyminen
- 10 Seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen
- 11 Luukadon ennaltaehkäisy ja hoito
- 12 Nivelsärkyjen vähentyminen
- 13 Säännölliset vuodot
- 14 Vuotojen poisjääminen
- 15 Sydämen tykytysten poisjääminen
- 16 Muita hyötyjä, mitä?

- 17 En ole kokenut mitään hyötyjä

9. Seuraavassa on lueteltu joukko haittavaikutuksia, joita on liitetty vaihdevuosihormonien käyttöön. Oletteko kokenut joitakin näistä haittavaikutuksista?

(Voitte ympyröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Rintojen arkuus
- 2 Emätinvuoto
- 3 Pahoinvointi
- 4 Vatsakivut
- 5 Painonnousu
- 6 Turvotukset
- 7 Päänsärky
- 8 Ihon ongelmat (esim. akne, kutina, kuivuminen, pigmenttimuutokset)
- 9 Huimaus
- 10 Seksuaalinen haluttomuus
- 11 Masentuneisuus
- 12 Piilolasien sopimattomuus
- 13 Jalkakrampit
- 14 Verenpaineen nousu
- 15 Emättimen tulehdukset
- 16 Suonikohjujen paheneminen
- 17 Hiustenlähtö
- 18 Geelin tai laastarin aiheuttamat ihoärsytykset
- 19 Veritulppa
- 20 Muita haittoja, mitä?

- 21 En ole kokenut haittavaikutuksia

10. Oliko Teillä ennen vaihdevuosihormonien käytön aloittamista ennakkokäsityksiä niiden hyödyistä ja/tai haitoista?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä?

11. Mistä olette saanut eniten tietoa vaihdevuosihormonien hyödyistä?

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Tiedotusvälineistä (lehdet, tv, radio)
- 4 Internetistä
- 5 Sukulaisilta/ystäviltä
- 6 Muualta, mistä?

- 7 En ole saanut keneltäkään/mistään tietoa

12. Mistä olette saanut eniten tietoa vaihdevuosihormonien haitoista?

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Tiedotusvälineistä (lehdet, tv, radio)
- 4 Internetistä
- 5 Sukulaisilta/ystäviltä
- 6 Muualta, mistä?

- 7 En ole saanut keneltäkään/mistään tietoa

13. Olisitteko halunnut enemmän opastusta lääkärin vastaanotolla?

- 1 En
- 2 Kyllä. **Minkälaisista asioista?**

14. Olisitteko halunnut enemmän opastusta apteekissa valmistetta ostaessanne?

- 1 En
- 2 Kyllä. **Minkälaisista asioista?**

15. Seuraavaksi esitämme muutamia väittämiä liittyen vaihdevuosihormonihoitoihin. Ympyröikää se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten omaa mielipidettänne tai kokemustanne.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Estrogeeni ehkäisee luukatoa.	1	2	3	4	5
Lääkärit informoivat hyvin vaihdevuosihormonihoitojen haitoista.	1	2	3	4	5
Lääkärit esittävät vaihtoehtoja vaihdevuosioireiden hoitoon.	1	2	3	4	5
Hormoneja tulisi määrätä kaikille vaihdevuosioireista kärsiville keski-ikäisille naisille.	1	2	3	4	5
Vaihdevuosihormonien käyttö lisää rintasyöpärisiä.	1	2	3	4	5
Estrogeenillä on suotuisia vaikutuksia veren rasva-arvoihin.	1	2	3	4	5
Hormonihoito on turvallinen keino hoitaa vaihdevuosioireita.	1	2	3	4	5

16. Kuinka viime aikojen runsas lehtikirjoittelu vaihdevuosihormoneihin liittyen on vaikuttanut Teihin?

- 1 Ei ole vaikuttanut lainkaan
- 2 Olen harkinnut hormonihoiton lopettamista
- 3 Lehtikirjoittelu on aiheuttanut minulle pelkoja/huolia hormonilääkitykseni suhteen
- 4 Olen hakeutunut lääkärin vastaanotolle keskustelemaan hormonihoidostani

17. Onko lääkärinne määrännyt Teille muita lääkkeitä kuin hormonihoitovalmisteita vaihdevuosioireiden hoitoon?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä?

3 En muista

18. Oletteko hoitanut vaihdevuosioireita muilla keinoilla kuin hormoneilla?

- 1 En
- 2 Homeopaattisilla valmisteilla
- 3 Rohdosvalmisteilla
- 4 Ruokavaliolla
- 5 Liikunnalla
- 6 Muilla keinoilla, millä?

19. Onko Teillä jotain pelkoja tai huolia liittyen hormonikorvaushoitoihin?

TAUSTATIETOJA

20. Syntymävuotenne _____

21. Milloin Teillä oli viimeksi kuukautiset?

(Ilman hormonikorvaushoitoa)

- 1 Yli 5 vuotta sitten
- 2 Yli 12 kuukautta sitten
- 3 3-12 kuukautta sitten
- 4 Alle 3 kuukautta sitten

22. Oletteko

- 1 Avioliitossa/avoliitossa
- 2 Eronnut
- 3 Naimaton
- 4 Leski

23. Onko Teillä lapsia?

- 1 Kyllä, montako? _____
- 2 Ei

24. Koulutuksenne

- 1 Kansakoulu
- 2 Keski- tai peruskoulu
- 3 Ylioppilas
- 4 Opistotason tutkinto/ammattitutkinto
- 5 Korkeakoulu- tai yliopistotutkinto

25. Asutteko

- 1 Kaupungissa tai sen lähiössä
- 2 Maaseudulla
- 3 Taajamassa (kirkonkylä tai vastaava)

26. Kuinka monta kertaa viikossa harrastatte liikuntaa?

- 1 Useammin kuin 3 kertaa viikossa
- 2 1-3 kertaa viikossa
- 3 En harrasta liikuntaa säännöllisesti

27. Onko Teillä todettu joku seuraavista sairauksista?

- 1 Verenpainetauti
- 2 Sepelvaltimotauti
- 3 Diabetes
- 4 Astma
- 5 Kilpirauhasen vajaatoiminta
- 6 Korkea kolesteroli
- 7 Muu sairaus, mikä?

28. Tupakoitteko?

- 1 Kyllä
- 2 En

29. Oletteko kohdannut viimeisen kahden vuoden aikana jonkin seuraavista elämäntilanteista?

- 1 Lasten muutto pois kotoa
- 2 Aviomiehen kuolema
- 3 Avioero
- 4 Vanhempien hoitaminen
- 5 Vanhempien kuolema
- 6 Ongelmat työelämässä
- 7 Oma tai läheisen sairaus
- 8 Muu koskettava elämäntilanne

30. Tähän voitte kirjoittaa mielipiteitänne ja kokemuksianne liittyen vaihdevuosihormonihoitoihin:

Tarkistatthän vielä, että olette vastannut jokaiseen kohtaan.

KIITOS

Kuopion yliopisto
Sosiaalfarmasian laitos
Helmikuu 2007

Ehkäisyvalmisteet -kyselytutkimus

Kysymyksiin vastataan ympäröimällä sopivan vaihtoehdon numero. Tarvittaessa kirjoita vastaus tai mahdollinen perustelu niitä varten varattuun tilaan. Voit myös kirjoittaa mielipiteitäsi ja kokemuksiasi lomakkeen loppuun varattuun tyhjiin tilaan. On erityisen tärkeää, että vastaat kaikkiin kysymyksiin.

1. Mitä ehkäisyvalmistetta käytät tällä hetkellä?

- 1 Cerazette
- 2 Cilest
- 3 Cypretyl
- 4 Diane Nova
- 5 Evra
- 6 Femilar
- 7 Feminil
- 8 Femoden
- 9 Gracial
- 10 Harmonet
- 11 Marvelon
- 12 Meliane
- 13 Mercilon
- 14 Microgynon
- 15 Microluton
- 16 Mini-Pill
- 17 Minulet
- 18 Mirelle
- 19 Nuvaring
- 20 Tri-Femoden
- 21 Trikvilar
- 22 Yasmin
- 23 Yasminelle
- 24 Muu, mikä? _____

2. Kuinka kauan olet käyttänyt tätä valmistetta yhtäjaksoisesti?

_____ v _____ kk

3. Minkä ikäisenä aloitit ehkäisyvalmisteiden käytön?

_____ vuotiaana

4. Kuinka kauan olet yhteensä koko elämäsi aikana käyttänyt ehkäisyvalmisteita?

_____ v _____ kk

5. Käytkö säännöllisesti saman lääkärin vastaanotolla ehkäisyyn liittyvissä asioissa?

- 1 En
- 2 Kyllä

6. Ehkäisyvalmisteiden määrännyt lääkäri oli

- 1 Gynekologi
- 2 Yksityinen yleislääkäri
- 3 Terveyskeskuslääkäri tai työterveyslääkäri

7. Oletko vaihtanut ehkäisyvalmistetta?

- 1 Olen kerran
- 2 Olen kaksi kertaa
- 3 Olen useammin kuin kaksi kertaa
- 4 En ole vaihtanut valmistetta (siirry kysymykseen 9)

8. Miksi vaihdoit ehkäisyvalmistetta?

- 1 Se ei sopinut minulle. Syy, miksi ei sopinut?

- 2 Muu syy, mikä?

9. Miten itse arvioit ehkäisyvalmisteista sinulle koituvia hyötyjä?

10. Onko sinulla ollut seuraavia haittoja, joiden ajattelet aiheutuvan ehkäisyvalmisteesta?

- 1 Ei (siirry kysymykseen 11)
- 2 En osaa sanoa (siirry kysymykseen 11)
- 3 Kyllä (ympyröi sopivat vaihtoehdot)
 - 1 Päänsärky
 - 2 Rintojen arkuus
 - 3 Pahoinvointi
 - 4 Painon muutoksia
 - 5 Emättimen tulehduksia
 - 6 Mielialan muutoksia
 - 7 Masentuneisuutta
 - 8 Pigmenttimuutoksia iholla
 - 9 Vuotohäiriöitä
 - 10 Kyynelesteen erittymisen vähentyminen
 - 11 Väsymys
 - 12 Lisääntynyt hampaiden reikiintyminen
 - 13 Pintaverisuonten muutoksia
 - 14 Kohonnut verenpaine
 - 15 Muutoksia maksan toiminnassa
 - 16 Näköhäiriöitä
 - 17 Kuulohäiriöitä
 - 18 Sukupuolista haluttomuutta
 - 19 Veritulppa
 - 20 Emättimen limakalvon muutoksia
 - 21 Vaikeuksia tulla raskaaksi käytön jälkeen
 - 22 Laastarin kiinnityspaikan reaktiot
 - 23 Muu, mikä?

11. Oliko sinulla ennen ehkäisyvalmisteen käytön aloittamista ennakkokäsityksiä niiden hyödyistä ja/tai haitoista?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä?

12. Mistä olet saanut *eniten* tietoa ehkäisyvalmisteiden hyödyistä?

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Terveystietokirjalta
- 4 Tiedotusvälineistä (lehdet, tv, radio)
- 5 Internetistä
- 6 Sukulaisilta/ystäviltä
- 7 Muualta, mistä? _____
- 8 En ole saanut keneltäkään/mistään tietoa

13. Mistä olet saanut *eniten* tietoa ehkäisyvalmisteiden haitoista?

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Terveystietokirjalta
- 4 Tiedotusvälineistä (lehdet, tv, radio)
- 5 Internetistä
- 6 Sukulaisilta/ystäviltä
- 7 Muualta, mistä? _____
- 8 En ole saanut keneltäkään/mistään tietoa

14. Olisitko halunnut enemmän opastusta lääkärin vastaanotolla?

- 1 En
- 2 Kyllä. Minkälaisista asioista?

15. Saitko apteekista opastusta valmistetta ostaessasi?

- 1 En
- 2 Kyllä
- 3 En muista

16. Olisitko halunnut enemmän opastusta apteekissa valmistetta ostaessasi?

- 1 En
- 2 Kyllä. Minkälaisista asioista?

17. Onko sinulla joitakin huolia tai pelkoja koskien ehkäisyvalmisteita tai niiden käyttöön liittyviä asioita?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, mitä? _____
- _____
- _____
- _____
- _____

18. Oletko viimeisen vuoden aikana käyttänyt jälkiekäisyä?

- 1 Olen kerran
- 2 Olen kaksi kertaa
- 3 Olen kolme kertaa tai useammin
- 4 En ole käyttänyt jälkiekäisyä (siirry kysymykseen 20)

19. Jos olet käyttänyt jälkiekäisyä viimeisen vuoden aikana, mikä oli syynä jälkiekäisyn käyttöön? (Voit ympyröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Ehkäisy pillerin unohtaminen
- 2 Ongelmat laastarin/ehkäisyrenkaan käytössä
- 3 En käyttänyt ehkäisyä
- 4 Ongelmat kondomin käytössä
- 5 Muu syy, mikä? _____

20. Seuraavaksi esitämme muutamia väittämiä liittyen ehkäisyvalmisteisiin. Ympyröi se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten omaa mielipidettäsi tai kokemustasi.

	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
Ehkäisyvalmisteiden ehkäisyteho on noin 99 %	1	2	3
Lääkärit informoivat hyvin ehkäisyvalmisteiden haitoista	1	2	3
Ehkäisyvalmisteet aiheuttavat runsaasti haittavaikutuksia	1	2	3
Ehkäisyvalmisteet lihottavat	1	2	3
Ehkäisyvalmisteiden käytössä on hyvä pitää tauko viiden vuoden välein	1	2	3
Apteekkihenkilöstön tulisi kertoa ehkäisyvalmisteiden käytöstä, vaikka nainen ei itse kysyisikään neuvoa	1	2	3
Hormonaaliset ehkäisyvalmisteet ovat kalliita	1	2	3
Ehkäisyvalmisteresepti tulisi voida uusia ilman lääkärissä käyntiä	1	2	3
Hormonaalinen ehkäisy on turvallinen ehkäisymenetelmä	1	2	3

KUOPION YLIOPISTO
 Sosiaalfarmasian laitos
 Lokakuu 2009

Vaihdevuosien hormonikorvaushoidot -kyselytutkimus

Kysymyksiin vastataan ympäröimällä sopivan vaihtoehdon numero. Tarvittaessa kirjoittakaa vastaus tai mahdollinen perustelu niitä varten varattuun tilaan. Voitte myös kirjoittaa mielipiteitänne ja kokemuksianne lomakkeen loppuun varattuun tyhjään tilaan. On erityisen tärkeää, että vastaatte kaikkiin kysymyksiin.

1. Millaisten oireiden vuoksi aloititte vaihdevuosi-hormonien käytön?

(Voitte ympäröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Kuumat aallot
- 2 Yöhikoilu
- 3 Päänsärky
- 4 Masennus
- 5 Ärtävyys
- 6 Muistin huononeminen
- 7 Painon nousu
- 8 Unettomuus
- 9 Nivel- ja lihaskivut
- 10 Sydämentykytys
- 11 Itkuisuus
- 12 Ummetus
- 13 Seksuaalinen haluttomuus
- 14 Ihon ongelmat; kuivuminen, oheneminen
- 15 Limakalvo-oireet; emättimen kutina, kirvely
- 16 Tihentynyt virtsaamistarve
- 17 Heikentynyt virtsanpidätyskyky
- 18 Emättimen tai virtsateiden toistuvat tulehdukset
- 19 Keskitymiskyvyn heikentyminen
- 20 Muita oireita. Mitä?

4. Minkä nimistä vaihdevuosi-hormonivalmistetta käytätte tällä hetkellä?

5. Oletteko vaihtanut vaihdevuosi-hormoni-valmistetta?

- 1 En ole vaihtanut valmistetta (siirtykää kysymykseen 7)
- 2 Olen kerran
- 3 Olen 2 kertaa
- 4 Olen useammin kuin 2 kertaa

6. Miksi vaihdoitte vaihdevuosi-hormoni-valmistetta?

- 1 Se ei sopinut minulle.

Kertoisitteko valmisteen nimen ja syyn, miksi se ei sopinut?

2. Vaihdevuosi-hormonihoidon määrännyt lääkäri oli

- 1 Gynekologi
- 2 Yksityinen yleislääkäri
- 3 Terveystieteiden keskuslääkäri tai työterveyslääkäri

- 2 Muu syy. Mikä?

3. Käyttökö säännöllisesti saman lääkärin vastaanotolla vaihdevuosi-ivaihoihin liittyvissä asioissa?

- 1 Kyllä
- 2 En

7. Millaisia hyötyjä olette kokenut vaihdevuosihormonien käytöstä?

(Voitte ympyröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Vaihdevuosioireiden, kuten hikoilun ja kuumien aaltojen helpottuminen
- 2 Unensaannin ja unen laadun paraneminen
- 3 Päänsärkyjen väheneminen/helpottuminen
- 4 Emättimen limakalvojen parantunut kunto
- 5 Emättimen tulehdusten väheneminen
- 6 Virtsan pidätyskyvyn paraneminen
- 7 Kohentunut mieliala
- 8 Muistin paraneminen
- 9 Keskittymiskyvyn lisääntyminen
- 10 Seksuaalisen halukkuuden lisääntyminen
- 11 Luukadon ennaltaehkäisy ja hoito
- 12 Nivelsärkyjen vähentyminen
- 13 Säännölliset vuodot
- 14 Vuotojen poisjääminen
- 15 Sydämen tykytysten poisjääminen
- 16 Muita hyötyjä. Mitä?

- 17 En ole kokenut mitään hyötyjä

8. Seuraavassa on lueteltu joukko haittavaikutuksia, joita on liitetty vaihdevuosihormonien käyttöön. Oletteko kokenut joitakin näistä haittavaikutuksista?

(Voitte ympyröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Rintojen arkuus
- 2 Emätinvuoto
- 3 Pahoinvointi
- 4 Vatsakivut
- 5 Painonnousu
- 6 Turvotukset
- 7 Päänsärky
- 8 Ihon ongelmat (esim. akne, kutina, kuivuminen, pigmenttimuutokset)
- 9 Huimaus
- 10 Seksuaalinen haluttomuus
- 11 Masentuneisuus
- 12 Piilolinssien sopimattomuus
- 13 Jalkakrampit
- 14 Verenpaineen nousu
- 15 Emättimen tulehdukset
- 16 Suonikohjujen paheneminen
- 17 Hiustenlähtö
- 18 Geelin tai laastarin aiheuttamat ihoärsytykset
- 19 Veritulppa
- 20 Muita haittoja. Mitä?

- 21 En ole kokenut haittavaikutuksia

9. Oliko Teillä ennen vaihdevuosihormonien käytön aloittamista ennakkokäsityksiä niiden hyödyistä ja/tai haitoista?

- 1 Ei
- 2 Kyllä. Mitä?

10. Onko Teillä jotain pelkoja tai huolia liittyen hormonikorvaushoitoihin?

11. Mistä olette hakenut tietoa vaihdevuosihormoneista?

(Voitte ympyröidä kaikki sopivat vaihtoehdot)

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Tiedotusvälineistä (lehdet, tv, radio)
- 4 Internetistä
- 5 Sukulaisilta/ystäviltä
- 6 Muualta. Mistä? _____
- 7 En ole hakenut mistään tietoa

12. Mistä olette saanut eniten tietoa vaihdevuosihormonien hyödyistä?

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Tiedotusvälineistä (lehdet, tv, radio)
- 4 Internetistä
- 5 Sukulaisilta/ystäviltä
- 6 Muualta. Mistä?

7 En ole saanut mistään tietoa hyödyistä

13. Mistä olette saanut eniten tietoa vaihdevuosihormonien haitoista?

- 1 Lääkäriltä
- 2 Apteekista
- 3 Tiedotusvälineistä (lehdet, tv, radio)
- 4 Internetistä
- 5 Sukulaisilta/ystäviltä
- 6 Muualta. Mistä?

7 En ole saanut mistään tietoa haitoista

14. Olisitteko halunnut enemmän opastusta lääkäriin vastaanotolla? *Huom! →*

- 1 En
2 Kyllä. Minkälaisista asioista?

15. Olisitteko halunnut enemmän opastusta apteekissa valmistetta ostaessanne?

- 1 En
2 Kyllä. Minkälaisista asioista?

16. Miten luotettavina pidätte seuraavia tietolähteitä? Ympyröikää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa omaa mielipidettänne.

	Erittäin luotettava	Luotettava	Melko luotettava	Ei luotettava	En osaa sanoa tai en ole käyttänyt
Lääkäri	1	2	3	4	5
Apteekki	1	2	3	4	5
Tiedotusvälineet (lehdet, tv, radio)	1	2	3	4	5
Internet	1	2	3	4	5
Sukulaiset/ystävät	1	2	3	4	5

17. Seuraavaksi esitämme muutamia väittämiä liittyen vaihdevuosi-hormonihoitoihin. Ympyröikää se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten omaa mielipidettänne tai kokemustanne.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Estrogeeni ehkäisee luukatoa.	1	2	3	4	5
Lääkärit informoivat hyvin vaihdevuosi-hormonihoitojen haitoista.	1	2	3	4	5
Lääkärit esittävät vaihtoehtoja vaihdevuosi-oireiden hoitoon.	1	2	3	4	5
Hormoneja tulisi määrätä kaikille vaihdevuosi-oireista kärsiville keski-ikäisille naisille.	1	2	3	4	5
Vaihdevuosi-hormonien käyttö lisää rintasyöpä-riskiä.	1	2	3	4	5
Estrogeenillä on suotuisia vaikutuksia veren rasva-arvoihin.	1	2	3	4	5
Hormonihoito on turvallinen keino hoitaa vaihdevuosi-oireita.	1	2	3	4	5

18. Oletteko harkinnut hormonikorvaushoidon lopettamista?

- 1 En
2 Kyllä. Miksi? _____

19. Oletteko pitänyt taukoa hormonikorvaushoidossa?

- 1 En
2 Kyllä. Miksi keskeytitte hoidon? _____

Kuinka pitkäksi ajaksi? _____

Miksi aloititte hoidon uudelleen? _____

MIIA TIIHONEN
*Naisten kokemuksia
hormonivalmisteista*

*Tutkimus hormonaalisesta
ehkäisystä ja vaihdevuosien
hormonihoidosta*

Tässä tutkimuksessa selvitettiin naisten kokemuksia hormonaalisesta ehkäisystä ja vaihdevuosien hormonihoidosta. Tutkimuksessa tarkasteltiin millaisia etuja, haittavaikutuksia ja pelkoja ja huolia valmisteiden käyttöön liittyy. Lisäksi selvitettiin mistä tietolähteistä naiset saivat eniten tietoa. Tutkimuksen aineisto on kerätty neljällä kyselytutkimuksella. Kyselytutkimukset hormonaalista ehkäisyä käyttäville naisille tehtiin vuosina 2001 ja 2007 ja kyselytutkimukset vaihdevuosien hormonihoidon käyttäville naisille tehtiin vuosina 2003 ja 2009.



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND
Dissertations in Health Sciences

ISBN 978-952-61-0682-3