

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2011

Johanna Taatila & Iida Varemäki

MIESTEN KOKEMUKSIA RASKAUDEN EHKÄISYSTÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tammikuu 2011 | 55 + 4 liitettä

Satu Halonen & Jaana Uuttu

Johanna Taatila & Iida Varemäki

MIESTEN KOKEMUKSIA RASKAUDEN EHKÄISYSTÄ

Aikuisväestön ehkäisyn käytöstä ei ole Suomessa käytettävissä nuorisotutkimuksiin verrattavissa olevaa tietoa ja olemassa oleva tieto keskittyy pääosin naisiin. Miehet ovat tutkimuksissa kertoneet myös haluavansa osallistua enemmän perhesuunnitteluun. Tämän lisäksi raskauden ehkäisyä pidetään monesti naisen asiana ja tästä johtuen se jää helposti naisen vastuulle. Seksuaaliterveyteen liittyvien palvelujen ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmien kohderyhmänä ovat olleet pääasiallisesti naiset.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miesten kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja ajatuksia vastuullisuudesta ehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää seksuaaliterveyttä. Aineistonkeruumenetelmänä oli kysely. Tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2010 Turun ammattikorkeakoulun tekniikan koulutusohjelman miesopiskelijoilta ja Poliisiammattikorkeakoulun miesopiskelijoilta (N=127). Vastajat olivat 19–35-vuotiaita. Vastausprosentti oli 97. Aineisto analysoitiin SPSS 16.0 for Windows -tilastollisella tietojenkäsittelyohjelmalla. Avoimista kysymyksistä saatu aineisto käsiteltiin sisällön erittelyn avulla.

Tulosten mukaan miehillä oli laajasti sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia eri ehkäisymenetelmistä. Suosituimmat ehkäisymenetelmät olivat ehkäisytabletit ja kondomi niiden varmuuden, luotettavuuden, helppokäyttöisyyden, mukavuuden ja vaivattomuuden vuoksi. Kondomi koettiin kuitenkin myös huonoimmaksi ehkäisymenetelmäksi, sillä se koettiin hankalakäyttöisenä, epämukavana, tunto-ongelmia aiheuttavana ja helposti unohtuvana menetelmänä. Tavallisin ehkäisyn käytössä kohdattu ongelma oli ehkäisyn pettäminen. Muiksi ongelmiksi mainittiin ehkäisyn käytössä ilmenneet hankaluudet ja sivuvaikutukset. Miehet suhtautuivat raskauden ehkäisyyn melko vastuullisesti ja suurin osa heistä kannatti tasavertaisuutta naisen kanssa ehkäisyyn liittyvien päätösten tekemisessä. Suuri osa miehistä olisi myös valmis ottamaan vastuun raskauden ehkäisystä, jos uusia miesten ehkäisymenetelmiä olisi tarjolla. Miehet kuitenkin käyttäisivät mieluiten menetelmiä, jotka eivät vaikuttaisi hormonitasapainoon.

Tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että seksuaalikasvatuksen määrää tulisi entisestään lisätä. Edelleen raskauden ehkäisyssä kohdataan paljon ongelmia ja tehdään ehkäisyyn liittyviä huonoja päätöksiä, vaikka riskit ovat useimmilla tiedossa, jota kuvastaa esimerkiksi tuloksissa ilmenneen jälkiehkäisyn käytön vähäisyys. Tulosten perusteella voidaan myös päätellä, että miehet näyttäisivät suhtautuvan varauksellisesti ehkäisymenetelmiin, jotka vaikuttavat kehon luonnolliseen hormonitoimintaan.

ASIASANAT:

Raskauden ehkäisy, perhesuunnittelu, mies, kokemukset, vastuullisuus, ongelmat

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Specialisation in public health care nursing

January 2011 | 55 + 4 appendices

Satu Halonen & Jaana Uuttu

Johanna Taatila & Iida Varemäki

MEN'S EXPERIENCES IN BIRTH CONTROL

In Finland there is no information available about the contraceptive use of adult population that could be compared to juvenile studies. The available information is mainly focused on women. Men have expressed their willingness to take more part in family planning. Contraception is also often considered woman's responsibility and is therefore easily left for them to take care of. The main target groups of sexual health services as well as sexual and reproductive health programs have mainly consisted of women.

The purpose of this study was to explore men's experiences of contraceptive methods and thoughts about responsibility in birth control. The data was collected through a structured questionnaire from mail technology students in Turku University of Applied Sciences and police students in Police College of Finland in 2010 (N=127). The students were 19–35 years old. The response rate was 97 percent. The data was analyzed with SPSS 16.0 for Windows statistical program. The data gathered from unstructured questions was analyzed using content analysis.

The results of the study showed that men had plenty of positive and negative experiences of different kinds of contraceptive methods. The most popular contraceptive methods turned out to be the contraceptive pill and the condom which men found reliable, easy to use and comfortable. However, the condom was also seen as the worst contraceptive method because men thought it was somewhat difficult and uncomfortable to use, it caused loss of sensation and the use was easily forgotten. The most commonly encountered problem in contraceptive use was the failure of a contraceptive method. Other problems mentioned concerning contraceptive use were difficulties in use and side effects. Men had a fairly responsible approach towards birth control and most of them favored equality with women in subjects concerning birth control. A considerable number of men would also be ready to take responsibility for birth control if new contraceptive methods were made available for men. Men would, nevertheless, rather use methods that do not affect hormonal balance.

From the results of the study one can conclude that the amount of sexual education should be increased. There is still a great deal of problems encountered in birth control and bad decisions are being made even though most men are aware of the risks. This can also be seen in the results of the study as the scant use of emergency contraception. Men also seem to have a cautious attitude towards contraceptive methods that affect the natural hormonal action of the body.

KEYWORDS:

Birth control, family planning, contraception, men, experiences, responsibility, problems

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN	7
3	RASKAUDEN EHKÄISY	9
4	RASKAUDEN EHKÄISYMENETELMÄT	15
5	MIESTEN RASKAUDEN EHKÄISYMENETELMIEN KEHITYS	23
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT	25
7	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	26
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
8.1	Taustatiedot	30
8.2	Miesopiskelijoiden kokemukset ehkäisymenetelmistä	31
8.3	Miesten kohtaamat ongelmat raskauden ehkäisyssä	37
8.4	Miesten ajatuksia vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä	38
9	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	44
10	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	47
	LÄHTEET	51

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Toimeksiantosopimus

Liite 3. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuslupa

Liite 4. Poliisiammattikorkeakoulun tutkimuslupa

KUVIOT

Kuvio 1.	Miesten kokemukset eri estemenetelmistä	32
Kuvio 2.	Miesten kokemukset hormonaalisista raskauden ehkäisymenetelmistä	33
Kuvio 3.	Miesten kokemukset luonnonmenetelmistä	33
Kuvio 4.	Syy vaihtaa ehkäisymenetelmää	38
Kuvio 5.	Miehet, jotka ovat keskustelleet ehkäisystä seksikumppaninsa kanssa	39
Kuvio 6.	Ehkäisyn vastuun jakaminen	42
Kuvio 7.	Ehkäisyn kulujen jakaminen	42

TAULUKOT

Taulukko 1. Suunnittelemattomien raskauksien osuudet prosentteina ehkäisymenetelmän ensimmäisen käyttövuoden aikana	15
Taulukko 2. Ikä luokiteltuna	30
Taulukko 3. Raskauden ehkäisytyölähteet	31
Taulukko 4. Parhaiksi koetut ehkäisymenetelmät.	35
Taulukko 5. Huonot ja epäkäytännölliset ehkäisymenetelmät	36
Taulukko 6. Millaisena miehet kokevat roolinsa raskauden ehkäisyssä	40

1 JOHDANTO

Seksuaalikasvatus vaatii uudistamista yhteiskunnan seksualisoituessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 37). Ehkäisymenetelmien vaikutuksesta seksuaalisuuteen voidaan sanoa, että jo raskauden pelon poistuminen sinänsä, millä menetelmällä tahansa, vapauttaa seksuaalielämää. Ehkäisymenetelmät mahdollistavat seksuaalisuuden erottamisen suvunjatkamisesta. Yhdynnässä voidaan olla ilman raskauden tai sukupuolitautien pelkoa (Ruusuvaara 2006, 202). Amerikkalaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että nuorilla toistuva seksuaalisältöiselle medialle altistuminen on yhteydessä stereotyyppisiin ja pinnallisiin asenteisiin seksiä kohtaan. Lisäksi nuorilla on epärealistisia olettamuksia ikätovereiden seksuaalisesta aktiivisuudesta ja seksuaalikokemusten yleisyydestä. (STM 2007, 37.)

Opinnäytetyön taustalla oli henkilökohtainen kiinnostus aihetta kohtaan sekä raskauden ehkäisyn ajankohtaisuus nuorille aikuisille. Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011 selviää, että raskauden ehkäisy ajatellaan usein naisen asiaksi ja jää sen vuoksi helposti naisen vastuulle. Lisäksi seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmat ovat painottuneet pääosin naisiin. Siksi tässä opinnäytetyössä keskitytään miesten näkökulmaan. Miesten osallisuuden lisäämiseen on kiinnitetty huomiota. Suomalaiset miehet haluaisivat osallistua enemmän raskauden ehkäisyn toteuttamiseen ja kustannuksiin. Monet isät ovat myös kertoneet jäävänsä neuvolapalveluissa sivullisiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 30–31.) Myös muualla kuin Suomessa miehet ovat, vastoin aiempia olettamuksia, ilmaisseet halunsa osallistua perhesuunnitteluun (Wegner ym. 1998; Porsche 2007, 595).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miesten kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja ajatuksia vastuullisuudesta ehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää seksuaaliterveyttä.

2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN

Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan fyysistä, emotionaalista, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvoinnin tilaa. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää myönteistä ja kunnioittavaa näkökantaa seksuaalisuuteen. Hyvän seksuaaliterveyden ehtona on kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksien kunnioittaminen. (World Health Organization 2001, 6-7; Väestöliitto 2006, 9.) Seksuaaliterveyden määritelmän mukaan seksuaalinen tyydytys on seksuaalisen terveyden välttämätön ehto. Parhaiten seksuaaliterveys edistyy sopivan kumppanin kanssa. Keskeisimmät seksuaaliterveyttä edistävät tekijät yksilötasolla ovat julkiset ja yksityiset palvelut, omat ja kumppanin voimavarat, suhteen laatu ja terveys sekä seksuaalioikeudet. (Kontula 2000, 56–57.) Seksologian maailmanjärjestö on julistanut vuonna 1999 seksuaalioikeudet, jotka ovat oikeus seksuaaliseen vapauteen, oikeus seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, seksuaaliseen loukkaamattomuuteen ja fyysiseen turvallisuuteen, oikeus seksuaaliseen yksityisyyteen, oikeus seksuaaliseen tasa-arvoisuuteen, oikeus seksuaaliseen mielihyvään, oikeus seksuaalisten tunteiden ilmaisuun, oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen, oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia lisääntymisvalintoja, oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti tutkittuun tietoon, oikeus monipuoliseen seksuaalisuutta koskevaan opetukseen ja oikeus seksuaaliterveyspalveluihin (Sexpo säätiö 2010).

Yleiseen seksuaaliseen kasvatukseen ja koulun seksuaaliopetukseen liittyy Suomessa asiallisuus ja avoimuus, mikä näkyy julkisessa keskustelukulttuurissa. Sukupuolikasvatukseen suhtauduttiin 1970–1980 - luvuilla osin erittäin kielteisesti, mutta vuodesta 1970 vuoteen 1994 seksuaalikasvatus kuului kuitenkin pakollisena peruskoulujen opetusohjelmaan. Vuosina 1994–2006 oli käytössä opetussuunnitelma, jossa seksuaalikasvatus ei ollut yhtä olennaisessa osassa kuin aikaisemmin. Tästä johtuen seksuaaliopetuksessa oli suuria koulujen välisiä eroja. Vuodesta 2006 seksuaalikasvatuksen määrää on jälleen lisätty kouluissa. (STM 2007,36.)

Nykyisin suomalaisessa kulttuurissa asenne seksuaalikasvatusta kohtaan on myönteinen. Kouluterveydenhoitajilla on merkittävä rooli terveystieteiden kasvatuksessa. He osallistuvat seksuaalikasvatukseen pitämällä oppitunteja ja antamalla yksilökohtaista neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Nykyään opetuksessa ja ohjauksessa painotetaan elämänhallintaan ja vanhemmuuteen liittyvien kysymysten käsittelyä. (Lähdesmäki & Peltonen 2000, 208–215.) Sen vuoksi tulisi pitää selviönä sitä, että kouluterveydenhuolto huolehtii tulevaisuudessakin laadukkaasti seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan antamisesta kaikille ikäluokille taloudellisista säästötoimista huolimatta (Kirkkola ym. 2005, 87–91). Seksuaalikasvatus ja -opetus luovat pohjan tietämykselle, asenteille ja myöhemmälle seksuaalikäyttäytymiselle (STM 2007,36).

Seksuaalineuvonta on vuorovaikutuksellista ammatillista asiakastyötä ja se on tärkeä työväline seksuaaliterveyden edistämiseksi. Seksuaalineuvonnan olennaisimpia osia ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulisi tarjota seksuaalineuvontaa. (Ilmonen 2006, 41.) Ehkäisyneuvonnan tulee olla laadukasta ja jokaisen saatavilla. Nuorille suunnattua ehkäisyneuvontaa antavat neuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. (STM 2007, 97–100.) Neuvonnan merkitys korostuu, kun asiakkaita ohjataan eteenpäin esimerkiksi terapiaan, eri asiantuntijoiden tutkimuksiin, hoitoon tai oikeudelliseen neuvontaan (Ilmonen 2006, 41.)

3 RASKAUDEN EHKÄISY

Ihannetilanteessa parisuhteen molemmat osapuolet osallistuvat raskauden ehkäisyn suunnitteluun ja valinnan tekoon (Herdiman ym. 2006, 721; Tiitinen 2008b). Jotta miesten osallisuutta perhesuunnittelussa voitaisiin lisätä, pitäisi tutkia, miten ja kuinka paljon miehet haluaisivat ottaa osaa perhesuunnitteluun. Miehet ovat ilmaisseet useasti halunsa osallistua enemmän perhesuunnitteluun, mutta käytännössä he kuitenkin toimivat usein päinvastoin kuin ovat aiemmin ajatelleet. Tämä saattaa viitata siihen, että ehkäisystä huolehtimista pidetään edelleenkin pääasiassa naisen tehtävänä. (Landry & Camelo 1994; Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 474.)

Suomessa ei ole kovin paljon tutkimustietoa perhesuunnittelusta, mikä johtuu paljolti siitä, että perhesuunnittelun tarvetta arvioivat tutkimukset keskittyvät pääasiassa kehitysmaihin (Klijzing 2000, 74; STM 2007, 97–100; Väestöliitto 2009a). Tämän takia arviot raskauden ehkäisyn luotettavuudesta täytyy perustaa raskaudenkeskeytystilastoihin. Mittarina voidaan myös käyttää nuorten synnytystilastoja. Vuonna 2005 vajaa prosentti 15–49-vuotiaista naisista oli päätenyt aborttiin. Suomessa raskaudenkeskeytyksiä tehdään vuosittain 10000–11000. Neljännes kaikista raskaudenkeskeytyksistä tehdään 20–24-vuotiaille. Raskauden ehkäisyyn liittyvästä epäonnistumisen mahdollisuudesta huolimatta kolmannes aborteista olisi luultavasti estettävissä ehkäisyä käyttämällä. (STM 2007, 97–100; Väestöliitto 2009a.)

Bajosin ym. (2006) tekemässä ranskalaisessa tutkimuksessa selvitettiin naisten (N=163) ehkäisyhistoriaa, jotta voitaisiin selvittää, mistä korkeat raskaudenkeskeytystilastot johtuvat, vaikka erittäin tehokkaiden ehkäisymenetelmien käyttö on yleistynyt. Tutkimuksessa tehokkaiksi ehkäisymenetelmiksi määriteltiin ehkäisytabletit, kohdun sisäinen ehkäisin, ehkäisyimplantti ja sterilisaatio. Muiksi menetelmiksi luettiin kondomi, luonnonmenetelmät ja ehkäisyn käyttämättä jättäminen. Tutkimuksessa verrattiin toisiinsa naisia, joiden edellinen raskaus oli päätenyt aborttiin ja

naisia, joille ei ollut koskaan tehty aborttia. Tutkimuksessa havaittiin, että naiset, joille oli tehty abortti, olivat jossain vaiheessa siirtyneet käyttämään huomattavasti epävarmempaa ehkäisymenetelmää. (Bajos ym. 2006.) On tärkeää, että ehkäisymenetelmää valittaessa asiakas saa tarpeeksi kattavasti ja objektiivisesti annettuna tietoa eri raskauden ehkäisymenetelmistä, niiden tehokkuudesta, käyttötavasta, siitä mihin menetelmä perustuu, sivuvaikutuksista sekä terveysriskeistä ja -hyödyistä (WHO 2009, 4).

Sihvon ym. (1995) tutkimuksessa kerrotaan miesten (N=207) ajatuksia perhesuunnitteluun liittyvistä asioista. Tutkimuksesta selviää, että lähes kaikki vastanneista miehistä ajattelivat raskauden ehkäisyn kuuluvan tasavertaisesti sekä miehelle että naiselle, mutta kuitenkin 19 % 20–24-vuotiaista miehistä ja 38 % 40–44-vuotiaista miehistä ei ollut osallistunut tuoreimmassa parisuhteessaan raskauden ehkäisyyn mitenkään. Parisuhteessa olleista miehistä suurin osa koki osallistuvansa sopivasti raskauden ehkäisyn päätöksiin, kun taas ne miehet, joilla ei ollut vakituista kumppania, olisivat halunneet osallistua päätöksentekoon huomattavasti enemmän. Mahdollisesti miesten avuttomuuden tunnetta tämän tutkimuksen perusteella kuvastaa se, etteivät jotkut miehet (11 % nuorista ja 14 % vanhemmista) koe voivansa vaikuttaa millään tavalla ehkäisyn varmuuteen. Miesten mielestä osallistuminen ehkäisyä koskevaan päätöksentekoon tarkoitti enimmäkseen vastuullisuutta, kumppanin huomioimista, ehkäisyvälineiden hankintaan osallistumista ja ehkäisyn käytöstä huolehtimista. Yleisesti miehet pitivät miehen roolin lisäämistä perhesuunnittelussa tärkeänä asiana. (Sihvo ym. 1995.)

Lukuisissa raskauden ehkäisyä koskevissa tutkimuksissa on keskitytty selvittämään naisten asenteita raskaudenehkäisyä kohtaan ja naisten ehkäisyn käyttöä (Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473). Tästä huolimatta suunnittelemattomien raskauksien lukumäärät ovat edelleen korkeat (STM 2007, 97). Yleisimmin on tutkittu miesten kondomin käyttöön liittyviä kokemuksia ja asenteita eikä miesten suhtautumista muihin ehkäisymenetelmiin (Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473). Runsaan alkoholin käytön on

havaittu muun muassa vähentävän nuorten miesten kondomin käyttöä (Certain ym. 2009, 187). Miesten halu osallistua perhesuunnitteluun on myös jätetty lähes huomiotta (Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473). Aikuisten miesten asenteita on tutkittu vähän ja suurin osa tutkimuksista on jo melko vanhoja, 1990-luvulla tehtyjä tutkimuksia. Uusimmat tutkimukset kohdistuvat lähinnä kehitysmaihin. (Sihvo ym. 1995.) Tässä työssä ei ole tarkoituksenmukaista vertailla keskenään suomalaista kulttuuria esimerkiksi afrikkalaisen tai aasialaisen kulttuurin kanssa niiden suurten erojen vuoksi. Esimerkiksi Latalaisessa Amerikassa mies tekee suurimman osan raskauden ehkäisyä koskevista päätöksistä (Speizer ym. 2005). Nigeriassa osa ihmisistä ei ole edes kuullut perhesuunnittelusta, eivätkä he näin ollen tiedä, mitä se merkitsee (Orji ym. 2007, 70-75). Nepalissa taas päätös ehkäisyn käyttämisestä tai käyttämättä jättämisestä perustuu usein siihen, onko perheessä tyttö- vai poikalapsia. Ehkäisyn käytöstä pidättäydytään helposti, jos perheessä on vain tyttäriä, sillä yleisesti toivotaan poikia. (Dahal ym. 2008.) Intiassa monet miehet pitävät perhesuunnittelua synonyyminä naisen sterilisaatiolle ja tietous raskauden ehkäisystä on rajoittunutta. (Char ym. 2009). Noin yhdeksälle tuhannelle miehelle tehty maailmanlaajuinen tutkimus miehille tarkoitetun hormonaalisen ehkäisyn hyväksyttävyydestä osoitti, että kulttuurilla on huomattava merkitys siihen, miten miehet yleisesti suhtautuvat raskauden ehkäisyyn (Glasier 2010, 455–456).

Fortunatin ja Floerchinger-Franksin (2001, 473–477) Yhdysvalloissa tekemässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää miesten (N=170) ajatuksia tarvittavista terveydenhuollon miehille suunnatuista palveluista ja halusta osallistua perhesuunnitteluun. Vastaajat koostuivat sekä perhesuunnitteluklinikalla käyneiden naisten kumppaneista (n=100) että sukupuolitauteiklinikan miesasiakkaista (n=70). Vastaajien keski-ikä oli 27 vuotta. Miehiltä kysyttiin muun muassa, kuinka paljon he ovat osallistuneet perhesuunnitteluun ja heidän haluansa osallistua siihen. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista oli keskustellut kumppaninsa kanssa ennen seksuaalista kanssakäymistä käytettävästä ehkäisymenetelmästä. Suurin osa miehistä oli sitä mieltä, että ehkäisyä

koskevat päätökset tulisi tehdä yhdessä kumppanin kanssa. Sukupuolitaution klinikan miesasiakkaat olivat huomattavasti halukkaampia osallistumaan ehkäisykoulujen jakamiseen ja käyttämään kondomia ehkäisy menetelmänä kuin perhesuunnitteluklinikan naisasiakkaiden kumppanit. Alle puolet vastaajista kertoi olevansa valmiita käyttämään miehille tarkoitettua ehkäisy menetelmää, muu kuin kondomi tai sterilisaatio, jos sellainen olisi tarjolla. Tutkimuksessa havaittiin, että miesten ajatukset vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä eivät vastaa heidän toimintaansa käytännössä. (Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 474–477.)

Landry ja Camelo (1994) ovat tutkineet Yhdysvalloissa naimattomien miesten ja naisten ehkäisy käyttöä. Tutkimusaineisto kerättiin seksuaalisesti kokeneilta miehiltä ja naisilta (N=76). Osallistujat karsittiin kysymällä, olivatko he koskaan käyttäneet ehkäisy menetelmää tai olleet yhdynnässä käyttämättä mitään menetelmää. Miehiltä kysyttiin, miten he määrittelevät miehen roolin raskauden ja sukupuolitaution ehkäisyssä, onko heidän toimintansa käytännössä yhteneväistä heidän ajatustensa kanssa ja kuinka paljon he keskustelevat ehkäisy kumppaniensa kanssa. Miehet jaettiin yhdeksään ryhmään. Ryhmät koostuivat latinalaisamerikkalaisista, tummaihoisista ei-latinalaisamerikkalaisista ja valkoisista ei-latinalaisamerikkalaisista. Ikäryhmät olivat 16–17, 18–19 ja 20–29 vuotta. Alle 18-vuotiaat saivat luvan osallistumiseen vanhemmiltaan. (Landry & Camelo 1994.)

Yleisin syy ehkäisy käyttämiseen oli huoli omasta eikä niinkään kumppanin hyvinvoinnista. Vanhemmat miehet ilmaisivat huolensa lapsen elättämiseen liittyvistä taloudellisista tekijöistä. Miesten vastauksissa näkyi perheen ja ystävien voimakas vaikutus vastaajien asenteisiin raskauteen ja sukupuolitauteihin liittyen. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kondomin käyttö satunnaisissa seksisuhteissa on tärkeää, mutta he eivät olleet tyytyväisiä menetelmään. Miehet kertoivat harvoin keskustelleensa ehkäisy käytöstä satunnaisen kumppanin kanssa. Monet nuoremmista miehistä kertoivat kokevansa ehkäisy keskustelemisen epämiellyttäväksi, koska epäilivät

kumppaninsa motiiveja. Loput luottivat kumppaninsa käyttämään menetelmään eivätkä keskustelleet siitä. (Landry & Camelo 1994.)

Latinalaisamerikkalaisten 18-vuotiaiden tai vanhempien miesten asenteissa oli selviä eroja muihin vastaajiin verrattuna. He kertoivat muun muassa harrastavansa seksiä mieluiten neitsyiden kanssa tai melko kokemattomien naisten kanssa, jotta sukupuolitautilien riski olisi mahdollisimman pieni. Useat heistä kertoivat myös uskovansa, että erityisesti latinalaisamerikkalaiset naiset yrittävät hankkiutua raskaaksi, jotta voisivat sitoa miehen pitkäaikaissuhteeseen tai avioliittoon lisäten miesten huolta naisen raskaaksi tulemisesta. Suurin osa latinalaisamerikkalaisista miehistä kertoi, ettei hyväksyisi aborttia, jos heidän kumppaninsa ilmoittaisi olevansa raskaana. Kysyttäessä vaaleaihoisilta miehiltä, miten he suhtautuisivat siihen, että heidän kumppaninsa kertoisi olevansa raskaana, suurin osa vastasi aikovansa suostutella kumppaninsa hankkimaan abortin. Useat miehet olivat sitä mieltä, että miehen on otettava vastuu mahdollisesta raskaudesta, jos harrastaa seksiä. (Landry & Camelo 1994.)

Miesten osallistuminen raskauden ehkäisyyn oli huomattavasti yleisempää pitkäaikaisissa suhteissa. Suurin osa heistä oli jossain vaiheessa vaihtanut ehkäisymenetelmää. Yleisintä oli siirtyminen kondomin käytöstä johonkin naisen menetelmän käyttöön. Syy vaihtamiseen oli joko tyytymättömyys aiempaan menetelmään tai sukupuolitautilien saamisen pelon poistuminen luottamuksen lisääntyessä kumppaniin. Tämä ei kuitenkaan tarkoittanut sitä, että suhteen molemmat osapuolet olisivat käyneet sukupuolitautiltensa. Tutkimuksessa havaittiin, ettei vastaajien rodulla tai etnisellä taustalla ollut juurikaan merkitystä asenteisiin ja käytökseen. Niissä ei siis ollut suuria eroja. (Landry & Camelo 1994.)

Virtalan (2007, 54–62) suomalaisista yliopisto-opiskelijoista (N=3153) tekemässä väitöstutkimuksessa käytettiin Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön vuonna 2004 tekemää terveystutkimuksen aineistoa, jälkiehkäisyä käyttäjille

tehdyn kyselyn aineistoa 2000–2001 sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön käytäntötilastoja 1986–2005. Tutkimuksen mukaan 19–35-vuotiaista naisista puolet käytti hormonaalista ehkäisyä ja kolmannes kondomia. Ehkäisyn käytössä ei ollut suuria muutoksia vuoteen 2000 nähden. (Virtala 2007, 54–62.) Vuonna 2007 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan lähes kolme neljästä suomalaisesta naisesta on myös suunnitellut joskus ehkäisymenetelmän vaihtamista (Väestöliitto 2009a). Aikuisväestön ehkäisyn käytöstä ei ole olemassa yhtenäistä tietoa, joten se ei ole yhtä vertailukelpoista kuin nuorisotutkimuksissa, eikä muista kuin naispuolisista yliopisto-opiskelijoista ole tehty vastaavaa tutkimusta. Siksi on tärkeää tutkia raskauden ehkäisyä erityisesti miesten näkökulmasta. (STM 2007, 97–100.)

Kirkkolan ym. (2005, 87–89) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin suomalaisten 18–50-vuotiaiden miesten (n=706) ja naisten (n=1136) mielipiteitä kondomin käytöstä ja sen käyttöön liittyvistä ongelmista. Kolmasosa miehistä ja naisista kertoi kondomin käytön yhteydessä ilmenneen ongelmia. Neljäsosa sekä miehistä että naisista kertoi kondomin rikkoutuneen. Vastajilla oli myös mahdollisuus kuvailla tarkemmin, mitä muita ongelmia kondomin käytön yhteydessä oli ilmennyt. Ongelmiin lukeutuivat seuraavat asiat: kondomi ei tunnu käytössä hyvältä, tuntoherkkyyden aleneminen, kondomi vaikuttaa erektioon ja allergia. Kokemuksia verrattiin suhteessa vastaajien ikään. Tutkimuksessa ei havaittu huomattavia ikäryhmien välisiä eroja vastauksissa. Kondomin pääasialliseksi käyttötarkoitukseksi ilmoitettiin raskauden ehkäiseminen. Miehistä yksi kahdestakymmenestä ja naisista yksi kymmenestä kertoi käyttäneensä kondomia nimenomaan sukupuolitautilien ehkäisyyn. Ero oli tilastollisesti erittäin merkittävä. (Kirkkola ym. 2005, 87–89.)

4 RASKAUDEN EHKÄISYMETELEMÄT

Raskauden ehkäisyyn on olemassa useita menetelmiä. Estemenetelmiä ovat miehen kondomi, naisen kondomi, kuparikierukka ja spermisidit. Hormonaaliseen ehkäisyyn kuuluvat yhdistelmäehkäisypillerit, ehkäisyrenkas, ehkäisyalaastari, minipillerit, ehkäisykapseli ja hormonikierukka. Tämän lisäksi tehdään sterilisaatioita sekä miehille että naisille. Sterilisaation tekemiseen on kehitelty erilaisia menetelmiä. Luonnonmenetelmiin kuuluvat keskeytetty yhdyntä ja niin sanotut varmat päivät. (Väestöliitto 2009.)

Raskauden ehkäisymenetelmien varmuutta mitataan kliinisissä tutkimuksissa yleisimmin Pearl-luvulla. Pearl-luku ilmoittaa raskauksien lukumäärän sataa naisvuotta kohti, mikä kertoo, kuinka monta naista sadasta on tullut raskaaksi vuoden aikana. Ehkäisyn teho ilmoitetaan useimmissa lähteissä kuitenkin prosenttilukuna, joka saadaan selville vähentämällä sadasta prosentista Pearl-luku. Tutkimustuloksissa näytetään usein kaksi erillistä Pearl-lukua, joista toinen kuvaa tyypillistä ja toinen ihanteellista ehkäisyn käyttöä. Tyypillisellä käytöllä tarkoitetaan sitä, ettei ehkäisymenetelmää aina käytetä oikein ja ihanteellisella käytöllä tilannetta, jossa ehkäisyä käytetään aina oikein. Tätä on havainnollistettu taulukossa 1. (Lähteenmäki 2001, 149; Black ym. 2010, 3–8; Kustannus Oy Duodecim 2010a.)

Taulukko 1. Suunnittelemattomien raskauksien osuudet prosentteina ehkäisymenetelmän ensimmäisen käyttövuoden aikana (Kubba ym. 2000, 1913–1917; Black ym. 2010, 3–9).

Käytetty menetelmä	Tyypillinen käyttö %	Ihanteellinen käyttö %
ei ehkäisyä	85	85
spermisidi	29	18
keskeytetty yhdyntä	19–27	4

varmat päivät	25	12
miehen kondomi	14–15	2–3
naisen kondomi	21	5
yhdistelmäehkäisytabletti	5–8	0,1–0,3
minipilleri	5–8	0,3–0,5
ehkäisykannus	8	0,3
ehkäisyrengas	8	0,3
kuparikierukka	0,8	0,6
hormonikierukka	0,2	0,2
ehkäisyimplantti	0,05	0,05
naisen sterilisaatio	0,5	0,5
miehen sterilisaatio	0,15	0,10

Kondomi on ainoa raskauden ehkäisymenetelmä, joka suojaa myös sukupuolitaudeilta. Vaikka miehen kondomin käyttö on yleistä, sen vaikutuksia halun ja seksuaalikäyttäytymiseen ei ole laajasti tutkittu. Käyttö on huomattavasti vähäisempää vakiintuneissa parisuhteissa, sillä sukupuolitautilien pelko on poistunut ja monet siirtyvät käyttämään toista menetelmää, josta ei jokaisen yhdynnän kohdalla tarvitse erikseen huolehtia. Miehen kondomin käyttö vaatii harjoittelua ja vastuuntuntoa. (Ruusu vuori 2006, 202.) Sen tarkoituksena on estää siittiöiden pääsemisen kohtuun ja teho on täysin riippuvainen oikeasta käyttötavasta ja -tekniikasta. Yleisimmät miehen kondomin käytössä ilmenevät ongelmat ovat kondomin rikkoutuminen, kondomin liukuminen pois paikoiltaan ja lateksiallergia. (Gallo ym. 2003, 319; Walsh ym. 2004, 407–412.) Naisten kondomi on polyuretaanista valmistettu suojuks, joka asetetaan emättimeen ennen yhdyntää. Kondomin molemmissa päissä on rengas, joiden avulla kondomi pysyy paikoillaan yhdynnän ajan. (Choi

ym. 2008, 1841.) Galvão ym. (2005) mukaan naisten kondomi antaa suojan sukupuolitauteja vastaan.

Spermisideillä tarkoitetaan kemiallisia siittiöitä tuhoavia aineita, jotka myös osittain estävät siittiöiden etenemisen kohtuun (Eskola & Hytönen 2002, 76). Yhdysvalloissa tehdystä perheen kasvua (National Survey of Family Growth) koskevasta tutkimuksesta selviää, että spermisidit ovat yksi vähiten käytetyistä raskauden ehkäisymenetelmistä. Vain 0,3 % yhdysvaltalaisista, tutkimukseen osallistuneista naisista käytti spermisidejä ainoana ehkäisymenetelmänään. (Raymond ym. 2004, 438.) Suomessa on saatavilla vain yksi spermisidivalmiste, jossa spermisidi on emätinpuikon muodossa (Kustannus Oy Duodecim 2009). Lisäksi Suomessa on markkinoilla muutama kondomimerkki, joissa on käytetty liukasteena spermisidiä. (Elomaa 1997, 1179; Väättänen 2007, 26; Kustannus Oy Duodecim 2009.) Puikko asetetaan emättimeen vähintään kymmenen minuuttia ennen yhdynnän alkua. Teho kestää noin kaksi tuntia. Uusi emätinpuikko on asetettava, jos yhdynnän aloittamisesta on kulunut tunti, eikä siemensyöksyä ole tapahtunut. (Kustannus Oy Duodecim 2009.) Spermisidien haittana on niiden aiheuttama limakalvoärsytys eli limakalvojen kuivuus ja arkuus sekä mahdollinen kipu virtsatessa ja se saattaa myös lisätä limakalvon tulehdusherkkyyttä (Kustannus Oy Duodecim 2009; Duodecim – Lääketietokanta 2010).

Kuparikierukan vaikutustavoista ei olla edelleenkaan täysin varmoja, mutta menetelmää pidetään erittäin tehokkaana. Kuparikierukan tiedetään aiheuttavan kohdun limakalvolle steriilin tulehdusreaktion. Reaktio heikentää siittiöiden hedelmöittämiskykyä vaikeuttamalla niiden kulkua munatorviin. Se myös muuttaa munatorvien eritteen sulusolulle epäsuotuisaksi häiriten hedelmöittymistä. Kuparikierukan toissijainen ehkäisyteho perustuu sen kykyyn estää munasolun kiinnittymisen kohdun limakalvolle. Kuparikierukalla ei ole vaikutusta munasolun irtoamiseen eikä se estä munasarjojen normaalia toimintaa. Kuparikierukkaa käytetään yleensä synnyttäneillä naisilla.

(Lähteenmäki 2001, 159; Eskola & Hytönen 2002, 81; Vainikainen ym. 2006; Väestöliitto 2009b.)

Kuparikierukka saattaa pahentaa kuukautiskipuja ja lisätä vuodon määrää. Siksi se ei sovi naisille, joilla on jo ennestään runsaat kuukautiset. Kuparikierukan ehkäisyteho kestää noin viisi vuotta. Kuparikierukan toissijainen käyttöaihe on jälkielehkäisy, joka voidaan toteuttaa viimeistään viiden vuorokauden kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä. Kuukautiskierron vaiheella ei ole merkitystä. Jälkielehkäisymenetelmänä kuparikierukka sopii sekä synnyttäneille että synnyttämättömille naisille. Kuparikierukka voidaan poistaa seuraavien kuukautisten alkaessa tai jättää paikalleen pidempiaikaista ehkäisyä varten. (Lähteenmäki 2001, 159; Eskola & Hytönen 2002, 81; Vainikainen ym. 2006; Väestöliitto 2009b.)

Hormonaalisen ehkäisyn muotoja ovat suun kautta otettavat yhdistelmäehkäisytabletit ja minipillerit eli pelkkää progestiinia (keltarauhashormoni) sisältävät ehkäisytabletit sekä kohdunsisäinen hormonikierukka (Eskola & Hytönen 2002, 77-78; Roumen 2007, 423–426; Ihme & Rainto 2008, 58-59). Tablettiehkäisyn käyttö on Suomessa hyvin yleistä. Lähes 90 prosenttia suomalaisista 25–39-vuotiaista naisista ovat käyttäneet tai käyttävät yhä tablettiehkäisyä. (Väestöliitto 2009a.)

Yhdistelmäehkäisymenetelmiin luetaan yhdistelmäehkäisytabletit, emättimeen laitettava ehkäisyrenkas ja iholle kiinnitettävä ehkäisyalaastari, jotka sisältävät estrogeenia ja progestiinia. Niiden teho perustuu munarakkulan kypsymisen estämiseen ja kohdun limakalvon muuttamiseen sellaiseksi, ettei hedelmöitynyt munasolu voi kiinnittyä siihen sekä kohdunkaulan liman muuttamiseen siittiöitä läpäisemättömäksi. Yhdistelmäehkäisyvalmisteista saattaa olla käyttäjälleen muutakin hyötyä kuin tehokas raskauden ehkäisy. Ne vähentävät riskiä sairastua munasarja- ja kohtusyöpään, vähentävät kuukautiskipuja ja niukentavat vuodon määrää, säännöllistävät vuodot ja antavat mahdollisuuden siirtää kuukautisia. Yhdistelmäehkäisyvalmisteilla voidaan toisinaan myös

vähentää aknea ja liikakarvoitusta. Munasarjatulehdusten, kohdunulkoisten raskauksien ja kohdun lihaskasvaimien riski vähenee verrattuna muiden ehkäisymenetelmien käyttäjiin. (Eskola & Hytönen 2002, 77–78; Roumen 2007, 423–426; Ihme & Rainto 2008, 58–59.) Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan vähän yli puolet naisista lopetti ehkäisypillerien käytön puolen vuoden kuluttua käytön aloittamisesta. Noin kolmanneksella naisista syynä lopettamiseen olivat sivuvaikutukset tai niiden pelko, kun taas kaksi kolmesta lopetti ehkäisytablettien käytön, koska ehkäisylle ei ollut enää tarvetta, nainen tuli raskaaksi tai alkoi käyttää lääkettä, jonka vasta-aiheena oli ehkäisypillerien käyttö. (Väestöliitto 2009a.)

Yhdistelmäehkäisymenetelmien yhteydessä ilmeneviä haittavaikutuksia ovat muutokset libidossa, pahoinvointi, rintojen arkuus ja turvotus, päänsärky, migreeni, mielialamuutokset, masentuneisuus, vuotohäiriöt, alavatsa- ja ristiselkäkivut, ruokahalun lisääntyminen, painon nousu, limakalvojen kuivuminen, lisääntynyt akne, lisääntynyt valkovuoto ja emätintulehdukset. Yhdistelmäehkäisymenetelmä ei sovi naiselle, jos tällä on lisääntynyt riski sairastua laskimoveritulppaan, aktiivinen maksasairaus, jos hän tupakoi ja on yli 35-vuotias, korkea verenpaine, huomattava ylipaino tai aurallinen migreeni. Lisäksi joka viidennellä ehkäisyalaastaria käyttävällä esiintyy paikallista ihoärsytystä. (Eskola & Hytönen 2002, 77–78; Roumen 2007, 423–426; Ihme & Rainto 2008, 58–59; Tiitinen 2009a.)

Minipillerin teho perustuu kohdunkaulan liman muuttamiseen sellaiseksi, että siittiöiden on vaikea läpäistä sitä. Myös ehkäisykapselin teho perustuu tähän. Ehkäisykapseli on paikallaan kolmesta viiteen vuotta. Se asetetaan käsivarren ihon alle, missä siitä vapautuu hormonia tasaisesti elimistöön. Minipillereitä voi käyttää myös imetyksen aikana. Käyttäjillä ei esiinny yhtä paljon sivuvaikutuksia kuin yhdistelmäehkäisymenetelmien käyttäjillä. Minipillerien haittavaikutuksia ovat libidon laskeminen, tiputteluvuodot, pahoinvointi, mielialanvaihtelut, epäsäännölliset vuodot, kuukautisten poisjäntti, turvotukset, päänsärky, painon

nousu, akne, rintojen arkuus, emätintulehdukset, kuukautiskivut ja munasarjakystat. (Eskola & Hytönen 2002, 78; Ihme & Rainto 2008, 61–62.)

Hormonikierukka asennetaan kohtuun, missä siitä vapautuu progestiinia, joka paksuntaa kohdunkaulan liman tehden siitä siittiöille vaikeasti läpäistävän. Hormoni ohentaa myös kohdun limakalvoa, jolloin munasolun on vaikea kiinnittyä siihen. (Väestöliitto 2009b.) Hormonikierukan etuja ovat kuukautisvuotojen lyheneminen ja väheneminen sekä kipujen lievittyminen. Ehkäisyteho on myös erittäin hyvä. Kierukka on paikoillaan korkeintaan viisi vuotta. Hyödyt ja haitat ovat pääasiassa samat kuin muillakin pelkkää progestiinia sisältävillä ehkäisy menetelmillä. (Eskola & Hytönen 2002, 81.)

Sekä hormoni- että kuparikierukan asentaa lääkäri. Edellisen Papa-näytteen otosta tulisi olla kulunut korkeintaan vuosi. Toisena ehtona on, että mahdolliset tulehdukset on hoidettu. Kierukan asetetaan mieluiten kuukautisten aikana mielellään 10 päivän kuluessa vuodon alusta, muttei kuitenkaan vuodon parina ensimmäisenä päivänä. Kierukan asentaminen synnytyksen jälkeen on mahdollista, vaikka kuukautiset eivät olisikaan vielä alkaneet. Edellytyksenä on, että jälkitarkastus on tehty, eikä siinä ole ilmennyt mitään poikkeavaa. Lisäksi synnytyksestä tulee olla kulunut vähintään kaksi kuukautta. Kierukka voidaan asettaa myös raskauden keskeytyksen yhteydessä. (Tiitinen 2009b.)

Naisen sterilisaatiossa munanjohtimet voidaan katkaista tai asettaa niihin metalliset klipsit, jolloin munasolun pääsy kohtuun estyy. Vuodesta 2001 on ollut käytössä Essure-menetelmä, jossa munanjohtimiin viedään kohdun kautta tähystyksessä niin sanotut spiraalit, jotka tukkivat johtimet. Ehkäisyteho on riittävä aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua toimenpiteestä. Toimenpide on pysyvä. (Tiitinen 2008a.) Miehen sterilisaatiossa (vasektomia) siemenjohdin katkaistaan kirurgiveitsellä, jonka seurauksena siittiöiden pääsy siemennesteeseen estyy. Niin kutsutussa veitsettömässä menetelmässä kivespussin ihoon tehdään teräväkärkisellä pihdillä pieni reikä. Siemenjohdin otetaan esiin rengaspihdillä ja sen jälkeen katkaistaan. Siemennesteessä saattaa esiintyä hedelmöittämiskykyisiä siittiöitä vielä useita kuukausia

toimenpiteen jälkeen. Tästä johtuen miehen on annettava siemennestenäyte kolmen kuukauden kuluttua, jotta voidaan varmistua sterilisaatiosta. (Chen ym. 2005, 153–156; Tiitinen 2008a.) Lain mukaan sterilisaatio voidaan tehdä miehelle tai naiselle, kun:

1. hän on synnyttänyt kolme lasta tai hänellä on yksin tai aviopuolisonsa kanssa kolme alaikäistä lasta
2. hän on täyttänyt 30 vuotta
3. raskaus vaarantaisi hänen henkensä tai terveytensä
4. hänen mahdollisuutensa ehkäistä raskautta ovat muuten epätavallisen huonot
5. on syytä olettaa, että hänen jälkeläisillään olisi tai heille kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika
6. hänen sairautensa tai muu siihen verrattava syy rajoittaa vakavasti hänen kykyään hoitaa lapsia
7. henkilö pysyvästi kokee kuuluvansa vastakkaiseen sukupuoleen ja elää tämän sukupuolen mukaisessa roolissa

(Steriloimislaki 24.4.1970/283).

Luonnonmenetelmiä ovat niin sanotut varmat päivät ja keskeytetty yhdyntä. Varmoihin päiviin luottaminen vaatii naiselta säännöllistä kuukautiskiertoa ja oman kehon tuntemista. Naisen tulee tunnistaa ovulaation ajankohta. Yhdynnästä on pidättäydyttävä hedelmällisinä päivinä. Hedelmällisen ajanjakson pituus on noin kymmenen vuorokautta. Jos kuukautiskierto on 28 päivää, ensimmäiset kahdeksan ja viimeiset 11 päivää ovat ”varmoja”. Peruslämpömenetelmää käytettäessä nainen mittaa säännöllisesti ruumiinlämpönsä. Ovulaation jälkeen ruumiin aamulämpö nousee 0,3-0,5 astetta. Keskeytetyllä yhdynnällä tarkoitetaan miehen vetäytymistä emättimestä ennen ejakulaatiota. Luonnonmenetelmiä ei voida pitää kovin luotettavina niihin liittyvien mahdollisten inhimillisten arviointivirheiden vuoksi. (Tiitinen 2008b.)

Ehkäisymenetelmien käytön yleisyys ja jatkuvuus kertovat epäsuorasti siitä, miten miehet hyväksyvät eri ehkäisymenetelmät. Miesten menetelmät kattavat maailmanlaajuisesti korkeintaan seitsemän prosenttia kaikista käytetyistä ehkäisymenetelmistä. Parhaiten menetelmien hyväksyttävyyttä voidaan arvioida kysymällä avoimesti miehiltä aikomuksesta käyttää menetelmää ja arvioimalla tyytyväisyyttä menetelmään käytön aikana ja sen jälkeen. Käyttöön vaikuttavat lukuisat eri asiat, joihin lukeutuvat muun muassa hinta, saatavuus ja terveydenhuollon ammattilaisten asenteet. (Glasier 2010, 453.)

Vuoden 2007 taloustutkimuksen mukaan ehkäisypillerit ovat suosituin ehkäisymenetelmä. Noin 24 % suomalaisista 15–50-vuotiaista naisista käyttää yhdistelmäehkäisypillereitä ja minipillereitä 4 % naisista. Kondomiehkäisyä käyttää 19 % naisista ja se onkin toiseksi suosituin ehkäisymenetelmä. Hormonikierukka kattaa 15 % ehkäisyn käytöstä. Ehkäisyrengasta käyttää 4 % naisista ja ehkäisylaastaria vain noin prosenti. (Bayer Schering Pharma 2010.)

5 MIESTEN RASKAUDEN EHKÄISYMETELMIEN KEHITYS

Miesten ehkäisymenetelmien tutkimus on tuottanut paljon tulosta ja uutta tietoa viimeisten viidenkymmenen vuoden aikana. Mikrobiologisessa tutkimuksessa on edistytty huikasteisesti ja tämä on auttanut tunnistamaan geenejä ja proteiineja, joita löytyy vain kiveksistä ja muualta miehen sukuelimistä. Tutkimusten tavoitteena on löytää uusia raskauden ehkäisymenetelmiä miehille vaikuttamalla kemiallisesti, ilman hormoneja, näihin geeneihin ja proteiineihin. Tutkimus on haasteellista, koska yleisen hyväksynnän saavuttaminen on hankalaa, menetelmiä pitäisi testata laajasti suurella tutkimusjoukolla ja todennäköisesti edes lieviä sivuvaikutuksia ei hyväksyttäisi. Sivuvaikutuksista pelättyimpiä ovat muutokset seksuaalisessa halukkuudessa ja seksuaalisissa toiminnoissa. Lisäksi lääketeollisuus epäilee menetelmien taloudellista kannattavuutta ja pelkää osallistua tutkimus- ja kehitystyöhön. Saattaa myös kestää vuosikymmeniä ennen kuin ehkäisyvalmisteet saadaan käyttöön. (Herdiman ym. 2006, 721; Porsche 2007, 595; Blithe 2008, 23; Mruk 2008, 57–63.)

Ympäri maailmaa miehille teetetyt tutkimukset osoittavat, että vähintään 25 % miehistä harkitsisi hormonaalisen ehkäisymenetelmän käyttöä, jos sellainen olisi tarjolla (Glasier 2010, 453–455). Ylikansoituksesta, miesten lisääntymisterveydestä ja perhesuunnittelun tärkeydestä sekä uusien menetelmien tarpeellisuudesta tulisi maailmanlaajuisesti lisätä tietoutta. Tutkimustyötä hidastaa myös julkisen rahoituksen puute. Tämä on valitettavaa, sillä monet uusista, kehitteillä olevista menetelmistä saattaisivat olla nykyisiä menetelmiä turvallisempia, tehokkaampia ja helpompia käyttää. (Herdiman ym. 2006, 721; Porsche 2007, 595; Blithe 2008, 23; Mruk 2008, 57–63.)

Lähtökohtana miehille suunnattujen raskauden ehkäisymenetelmien kehitykselle ovat joko sperman tuotantoon tai siittiöiden toimintaan vaikuttavat menetelmät (Blithe 2008, 24). Tutkimusten kärkipäässä on RISUG (reversible

inhibition of sperm under guidance). Menetelmässä siemenjohtimeen ruiskutetaan geeliä lääkärin osaamisesta riippuen joko ihon läpi injektoimalla tai tekemällä ihoon pieni reikä, joka ei vaadi tikkejä. Lääkäri etsii tällöin oikean pistopaikan reiän kautta. Menetelmä tuhoaa sperman plasman ja akrosomin sperman kulkiessa geelin läpi. (Mruk 2008, 58.) Akrosomi on siittiön päässä oleva rakenne, joka sisältää munasolun peitteen pilkkomiseen tarvittavat entsyymit (Kustannus Oy Duodecim 2010b). Menetelmän tarkkaa toimintaperiaatetta ei kuitenkaan ole vielä yksimielisesti varmistettu. RISUG antaa pitkäaikaisen, jopa kymmenen vuoden suojan, mutta ei aiheuta pysyvää hedelmättömyyttä. Tämä on yksi syy siihen, miksi menetelmä saattaisi olla miehen sterilisaatiota mieleisempi vaihtoehto. Menetelmästä ei myöskään aiheudu vastaavia haittoja kuin sterilisaatiosta. Tällaisia haittoja ovat esimerkiksi autoimmuunireaktiot ja tulehdussolukertymät. Kehitteillä on myös muita kemiallisia, ei-hormonaalisia ehkäisymenetelmiä. (Porsche 2007, 597; Mruk 2008, 58–59.) Miesten hormonaalisia ehkäisymenetelmiä yritetään jatkuvasti kehittää, mutta ongelmana on edelleen se, ettei ole löydetty hormonaalista menetelmää, joka ei aiheuttaisi miehelle pysyvää hedelmättömyyttä. (Porsche 2007, 597).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miesten kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja ajatuksia vastuullisuudesta ehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää seksuaaliterveyttä. Tutkimuksen tarkoituksesta voidaan johtaa seuraavat tutkimusongelmat:

1. Millaisena ammattikorkeakoulun miesopiskelijat kokevat eri raskauden ehkäisymenetelmät?
2. Mitä ongelmia miesopiskelijat ovat kohdanneet raskauden ehkäisyssä?
3. Mitä miehet ajattelevat vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä?

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti tekijöiden henkilökohtainen kiinnostus aihetta kohtaan sekä raskauden ehkäisyn ajankohtaisuus nuorille aikuisille. Opinnäytetyössä selvitettiin miesten kokemuksia raskauden ehkäisystä ja siksi hyvä kohderyhmä oli nuoret aikuiset miehet.

Aiheeseen perehtyminen aloitettiin etsimällä hakusanoilla aineistoja eri tietokannoista, joita ovat Aura, Medic, Ebscohost, Medline, PubMed, Science Direct, Guttmacher ja Terveysportti. Lisäksi hyödynnettiin internetin yleishakukoneita. Keskeiset hakusanat olivat raskaudenehkäisy, raskauden ehkäisy, ehkäisy + mies, contraception, contraception + men + finland ja family planning. Aineistohakujen ja kirjallisten lähteiden perusteella hyväksytyistä lähteistä luotiin teoreettinen viitekehys, johon mittari perustuu.

Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Se kohdistui muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön ja muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41.) Keskeisiä asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, olettamusten esittäminen, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelmat, joissa oleellista on se, että havaintoaineisto on määrälliseen mittaamiseen soveltuva. Lisäksi tarvitaan tarkat otantasuunnitelmat. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Oleellista on myös analysointiin perustuvien päätelmien tekeminen, esimerkiksi tulosten kuvaileminen prosenttitaulukoiden avulla ja tulosten merkitsevyyden tilastollinen testaus. (Hirsjärvi ym. 1997, 137.)

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kyselytutkimus, jonka aineisto kerättiin esitettävän kyselylomakkeen avulla. Tämä oli aiheen arkaluontoisuuden vuoksi hyvä tapa kerätä haluttu aineisto. Kyseessä oli informoitu kysely, joka on yksi määrällisen tutkimuksen muodoista, mikä tarkoittaa sitä, että tutkijat ovat

henkilökohtaisesti paikalla jakamassa kyselylomakkeet, jolloin kohdehenkilöt ovat henkilökohtaisesti tavoitettavissa. (vrt. Hirsjärvi ym. 2007, 189–193.) Kyselytutkimus tunnetaan myös nimellä survey-tutkimus, joka tarkoittaa sitä, että aineisto kerätään kysymällä selvitettäviä asioita kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla eli standardoidusti. Kyselytutkimuksen etuna on se, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselymenetelmä säästää tutkijoiden aikaa ja vaivaa. Huolellisesti suunniteltu lomake takaa sen, että aineiston käsittely sujuu vaivattomasti ja nopeasti ja se on helppo analysoida tilastoanalyysiohjelmalla. Myös aikataulun ja kustannusten suunnittelu helpottuu. (Hirsjärvi ym. 1997, 189–191.)

Tutkimuksen aihe on tärkein vastaamiseen vaikuttava asia, mutta tästä huolimatta tarkalla mittarin suunnittelulla voidaan vaikuttaa siihen ja tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 1997, 194). Mittarin (liite 1) laadinta aloitettiin lähdekirjallisuuteen perehtymällä. Kysymykset syntyivät lähdekirjallisuutta luettaessa. Mittaria ja teoreettista viitekehystä luotiinkin rinnakkain. Kysymysten muotoilussa käytettiin kahta eri muotoa. Suurin osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä, joissa kysymykseen laaditaan valmiit vastausvaihtoehdot, jotka vastaaja ympyröi annettujen ohjeiden mukaan. Käytettiin myös strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoa, jossa valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen esitetään avoin kysymys. Tämän ajateltiin tuovan esiin näkökulmia, joita tutkijat eivät olleet etukäteen osanneet ajatella. Toisena kysymystyyppinä käytettiin avoimia kysymyksiä, joissa kysymyksen jälkeen jätetään tyhjä tila vastaamista varten. (ks. Hirsjärvi ym. 1997, 194–195.) Kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä anonymiteetin säilymistä. Kyselylomakkeen sulkeminen kirjekuoreen takasi vastaajan anonymiteetin. Näin lisättiin tutkimuksen eettisyyttä. Kyselylomake esitettiin paimiolaisessa yrityksessä työskentelevillä miehillä. Otannan ollessa hyvin pieni, kyselylomakkeesta poistettiin ikä, jotta vastaajien anonymiteetti säilyi. Lupa esitestaukseen kysyttiin työyksikön esimieheltä ja esitestauksesta tiedotettiin sähköpostilla. (ks. Karjalainen & Ruuskanen 1990,

21–24; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2001, 207; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 189–193.)

Kyselylomakkeen avulla mitattiin ammattikorkeakoulun miesopiskelijoiden kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja niiden käyttöön liittyvistä ongelmista sekä miesten ajatuksia vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä. Kyselylomakkeessa oli monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Kysymykset 1–3 olivat taustatietokysymyksiä. Siihen, millaisena ammattikorkeakoulun miesopiskelijat kokevat eri raskauden ehkäisymenetelmät, vastasivat kysymykset 4–10, 16 ja 19–20. Siihen, mitä ongelmia miesopiskelijat ovat kohdanneet raskauden ehkäisyssä, vastasivat kysymykset 11–13 ja 21. Siihen, mitä miehet ajattelevat vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä, vastasivat kysymykset 14–15, 17–18, 22–26 ja 27.

Opinnäytetyön toimeksiantoa (liite 2) anottiin Turun ammattikorkeakoululta. Tämän lisäksi pyydettiin tutkimusluvat sekä Turun ammattikorkeakoulusta (liite 3) että Poliisiammattikorkeakoulusta (liite 4) maaliskuussa 2010. Kyselylomakkeet jaettiin oppituntien alussa tai lopussa. Kyselylomakkeiden jakamisajankohdalla ei havaittu olevan vaikutusta vastausaktiivisuuteen. Tutkimussuunnitelman mukaan kyselylomakkeet oli tarkoitus jakaa kummassakin koulussa neljälle ryhmälle olettaen ryhmäkokoon olevan noin 20 henkeä. Tavoiteltu otos oli 150, jolla pyrittiin vähintään 60 prosentin vastausaktiivisuuteen, sillä tämän alle jäävät vastausprosentit eivät välttämättä ole luotettavia vaikkakin yleisiä (Polit & Hungler 1995, 348). Saatu otos oli 127. Tutkimustilanteessa tutkimusjoukolle kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja annettiin vastausohjeita sekä painotettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta keskeyttää vastaaminen koska tahansa. Jokaiselle vastaajalle annettiin kyselylomakkeen lisäksi kirjekuori, johon vastaaja sulki täytetyn lomakkeen ja palautti sen tutkijoille. Poliisiammattikorkeakoulusta kerätty materiaali palautettiin tutkimuksen jälkeen Poliisiammattikorkeakoululle. Turun ammattikorkeakoulusta kerätty aineisto tuhottiin ja sähköiset tiedostot poistettiin.

Syksyn 2010 aikana kerätty aineisto analysoitiin. Monivalintakysymykset analysoitiin SPSS-tilastoanalyysiohjelman avulla. Strukturoitu aineisto muokattiin helpommin käytettäväksi ja ymmärrettävämmäksi tarkastelemalla muuttujia yksitellen, jolloin tutkittiin yhtä ominaisuutta kerrallaan. Aineistoa myös luokiteltiin eli tiivistettiin saatu laaja numeroaineisto tiiviimmäksi. Tämä helpotti useita havaintoarvoja sisältävien luokkien käsittelemistä ja hahmottamista. Luokittelusta oli apua ikää käsiteltäessä. Lukumäärää ilmoittavat tiedot koottiin taulukoihin frekvensseiksi. (Karjalainen & Ruuskanen 1990, 21–24; Rissanen 2006.) Osasta kysymyksiä tehtiin ristiintaulukointeja. Niiden perusteella tehtiin erilaisia johtopäätöksiä ja tutkittiin muuttujien välisiä riippuvuuksia eli sitä, onko toisen muuttujan arvoilla vaikutusta toisen muuttujan arvoihin. (ks. Karjalainen & Ruuskanen 1990, 25; Hirsjärvi ym. 1997, 219–221.) Ristiintaulukoinneilla selvitettiin iän ja siviilisäädyn välistä yhteyttä joihinkin kysymyksiin. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällön erittelyllä, jolla tarkoitetaan määrällistä kerätyn aineiston analysointia, jossa vastausten sisältöä kuvataan kvantifioinnin avulla. Kvantifioinnilla tarkoitetaan sitä, että lasketaan, kuinka monta kertaa samankaltainen vastaus esiintyy kerätyssä aineistossa. Aluksi vastaukset ryhmiteltiin niin, että samaa tarkoittavat ilmaisut koottiin omiin ryhmiinsä. Tämän jälkeen aineisto kvantifioitiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107–108; Rissanen 2006.)

Tulokset raportoitiin rehellisesti ja objektiivisesti. Tutkimusraportti arkistoitiin sähköisesti Theseus-tietokantaan ja toimitettiin sähköisenä versiona Poliisiammattikorkeakouluun.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Taustatiedot

Vastaajia oli 127. Vastausprosentti oli Poliisiammattikorkeakoulussa 100 (n=98) ja Turun ammattikorkeakoulussa 88 (n=29). Vastaajat olivat 19–35-vuotiaita ja vastaajien keskimääräinen ikä oli 23,5 vuotta. Yksi vastaajista ei ollut ilmoittanut ikäänsä. Eniten oli 21-vuotiaita vastaajia (n=34) eli yhteensä 27 %. Taustatietokysymyksillä selvitettiin vastaajien ikä, siviilisääty ja se, oliko vastaajilla yhdyntäkokemuksia. Vastaajien iät jaettiin luokkiin. Vastaajien iät ja lukumäärät on esitelty tarkemmin taulukossa 2. Vastaajista (N=127) noin kolmasosa (30 %) oli sinkkuja (n=38), reilu neljännes (27 %) seurustelusuhhteessa (n=35), kolmannes (33 %) avoliitossa (n=41), kahdeksan prosenttia avioliitossa (n=10) ja kaksi prosenttia eronneita (n=3). Lähes kaikilla (94 %) vastaajilla (n=119) oli yhdyntäkokemuksia.

Taulukko 2. Ikä luokiteltuna

Ikä luokiteltuna	Frekvenssi	%
19–22	71	56
23–26	32	25
27–30	14	11
31–35	9	7
yht.	126	99

Vastaajilta kysyttiin, mistä he ovat saaneet tietoa raskauden ehkäisystä tarjoamalla joitakin vastausvaihtoehtoja, joita oli mahdollista valita useita. Tällä haluttiin selvittää se, mistä tietoa raskauden ehkäisystä yleisimmin saadaan ja haetaan. Lisäksi kysymyksessä oli avoin kohta, johon vastaaja saattoi halutessaan lisätä muun aiemmin mainitsemattoman vaihtoehdon. Muiksi tiedon lähteiksi vastaajat ilmoittivat farmaseutin tai apteekin, kaverit, kumppanin, äidin ja ”ympäriinsä joka paikasta”. Tarkemmin tätä on havainnollistettu taulukossa 3.

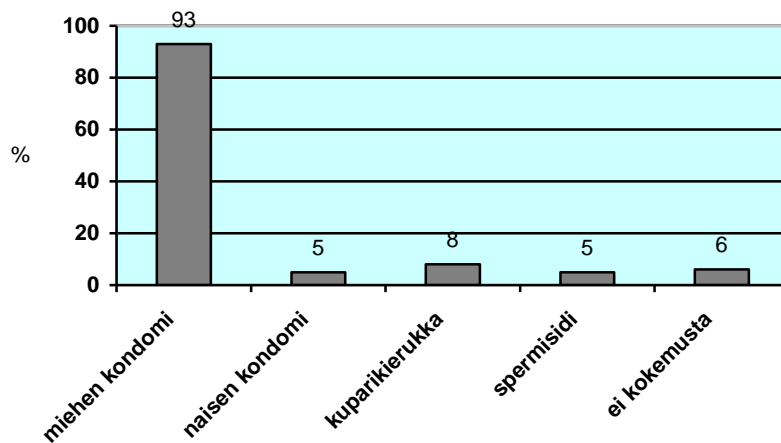
Taulukko 3. Raskauden ehkäisy tiedonlähteet (n=127).

Tiedon lähteet	Frekvenssi	%
kotoa	44	35
koulusta	115	91
kirjallisuudesta	35	82
mediasta	91	72
lääkäriltä	12	9
sairaanhoitajalta/terveydenhoitajalta	45	35
farmaseutilta tai apteekista	1	1
kavereilta	1	1
kumppanilta	1	1
äidiltä	1	1
”ympäriinsä joka paikasta”	1	1

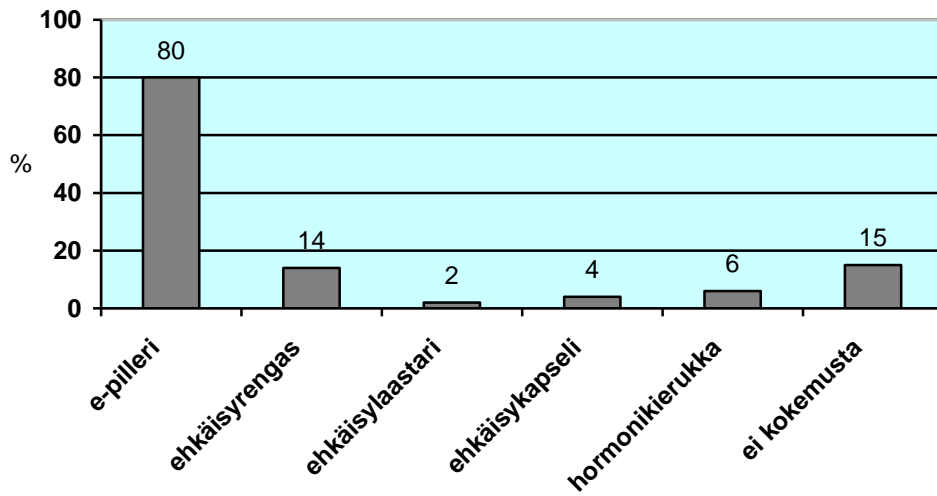
8.2 Miesopiskelijoiden kokemukset ehkäisy menetelmistä

Ammattikorkeakoulun miesopiskelijoiden kokemusta erilaisista ehkäisy menetelmistä selvitettiin esittämällä väittämiä estemenetelmistä, hormonaalisista menetelmistä, sterilisaatiosta sekä luonnonmenetelmistä. Lisäksi tarjottiin mahdollisuus kertoa omin sanoin menetelmästä, jota ei ollut mainittu valmiissa vastausvaihtoehdoissa. Miesten kondomia olivat käyttäneet miltei kaikki vastaajat (n=118). Vastaajista kuudella oli kokemusta naisen kondomista, kymmenellä oli kokemusta kuparikierukasta ja kuudella spermisidistä. Seitsemän vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole laisinkaan kokemusta estemenetelmistä. Kuviossa 1 on havainnollistettu prosentiosuuksina miesten kokemukset eri estemenetelmistä. Hormonaalisen ehkäisyn osalta suosituimmaksi ehkäisy menetelmäksi osoittautui ehkäisy pilleri (n=101). Toiseksi suosituin menetelmä oli ehkäisy rengas (n=18). Kolmella vastaajalla oli kokemusta ehkäisy laastarista, viidellä ehkäisy kapselista, seitsemällä hormonikierukasta ja loput vastaajista (n=19) ilmoittivat, ettei heillä ollut lainkaan kokemusta hormonaalisista menetelmistä. Kuviossa 2 on esitetty prosentteina miesten kokemukset hormonaalisista ehkäisy menetelmistä. Yhdelläkään vastaajista ei ollut kokemusta miehen eikä naisen sterilisaatiosta.

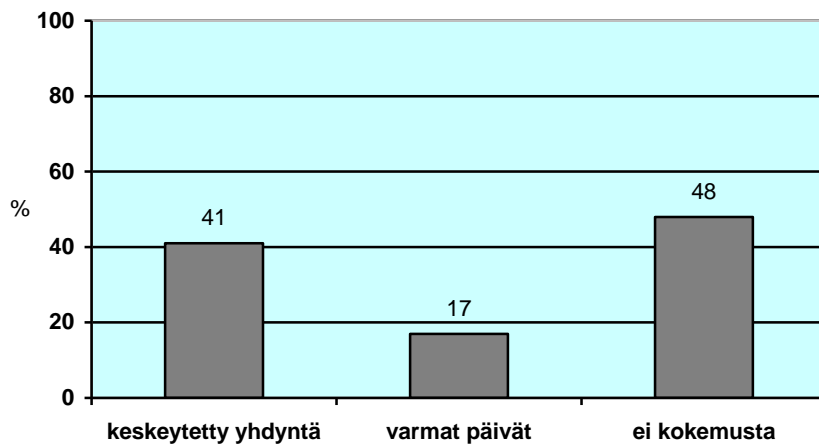
Vajaalla puolella vastaajista (n=52) oli kokemusta keskeytetystä yhdynnästä. Vajaa viidesosa vastaajista (n=21) oli käyttänyt varmoja päiviä ehkäisymenetelmänä. Puolella vastaajista (n=61) ei ollut kokemusta luonnonmenetelmistä. Kuviossa 3 on kuvattu prosentteina miesten kokemukset luonnonmenetelmistä. Lisäksi vastaajilla oli kokemusta ehkäisymenetelmistä, joita ei ollut mainittu erikseen kyselylomakkeessa. Tällaiseksi menetelmäksi miehet ilmoittivat jälkiehkäisyyn (n=3).



Kuvio 1. Miesten kokemukset eri estemenetelmistä (n=125).



Kuvio 2. Miesten kokemukset hormonaalisista raskauden ehkäisymenetelmistä (n=124).



Kuvio 3. Miesten kokemukset luonnonmenetelmistä (n=121).

Lisäksi sitä, millaisena ammattikorkeakoulun miesopiskelijat kokivat eri raskauden ehkäisymenetelmät, selvitettiin kysymällä myös, olivatko tuttavien mielipiteet vaikuttaneet käytettävään ehkäisymenetelmään, oliko kumppanin

kanssa ollut erimielisyyksiä käytettävän menetelmän suhteen sekä oliko vastaaja tuntenut itseään syrjäytetyksi ehkäisymenetelmää valittaessa. Miltei kaikki (90 %) vastaajat (n=114) kertoivat, etteivät tuttavien mielipiteet ehkäisykeinoista olleet vaikuttaneet käytettävään ehkäisymenetelmään. Kolme miestä kertoi (n=3), että tuttavien myönteisillä mielipiteillä oli ollut vaikutusta käytettävään raskauden ehkäisymenetelmään. Suurimmalla osalla (78 %) vastaajista (n=99) ei ollut ollut erimielisyyksiä käytettävän ehkäisymenetelmän suhteen. Lähes kukaan (92 %) vastaajista (n=117) ei ollut tuntenut itseään syrjäytetyksi raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa.

Miehiltä kysyttiin minkä tai mitkä aiemmin kyselylomakkeessa mainituista ehkäisymenetelmistä he olivat kokeneet parhaimmaksi ja miksi. Miehet olivat vastauksessaan saattaneet ilmoittaa useamman kuin yhden parhaaksi koetun menetelmän. Selkeästi parhaimmaksi ehkäisymenetelmäksi oli koettu ehkäisytabletit niiden varmuuden, vaivattomuuden, helppouden ja käyttömukavuuden takia.

Ehkäisytabletti. Se on ehkäisymenetelmistä varmin, joita olen käyttänyt.

Ehkäisytabletti, koska suhteellisen varma, mukava ja helppo

Parisuhteessa ehkäisytabletti, sen helppouden vuoksi, ainakin miehen näkökulmasta.

Toinen erityisen hyväksi koettu menetelmä oli kondomi. Sitä oli kuvailtu varmaksi ja turvalliseksi menetelmäksi, joka ei aiheuta sivuvaikutuksia.

Kondomi ehjänä on varmin tapa, molemmat tietävät kondomin olemassaolon konkreettisesti. Ei tarvitse arpoa, käyttääkö nainen ehkäisyä vai ei.

Kondomi – suojaa taudeilta, mies voi olla varma että ehkäisy on käytössä.

Ehkäisyrenkaan suosijat olivat pitäneet menetelmästä lähinnä siksi, että sen koettiin aiheuttavan muita hormonaalisia menetelmiä vähemmän sivuvaikutuksia. Sitä pidettiin myös ehkäisyteholtaan varmana ehkäisymenetelmänä.

Minä ja kumppanini olemme kokeneet ehkäisyrenkaan meille sopivimmaksi ehkäisymenetelmäksi. Renkaan sivuvaikutukset ovat olleet lievät, se on kohtuu hintainen sekä vaivaton käyttää.

Kierukkaehkäisystä oli pidetty, koska se on huomaamaton, vaivaton, luotettava, eikä sen käyttö unohdu vahingossa. Ehkäisypillerien ja kondomin yhteiskäyttö oli miellyttänyt, sillä sen koettiin antavan lisäturvaa ehkäisyyn. Ehkäisykapseli oli koettu varmaksi ehkäisymenetelmäksi. Ehkäisylaastari kuvattiin toimivaksi keinoksi, joka ei vaadi päivittäistä muistamista. Keskeytettyä yhdyntää pidettiin sopivana joskin epävarmana ehkäisykeinona. Taulukosta 4 selviävät miesten parhaimmiksi kokemat ehkäisymenetelmät.

Taulukko 4. Parhaiksi koetut ehkäisymenetelmät.

Ehkäisymenetelmä	Frekvenssi	%
ehkäisypillerit	72	57
kondomi	44	35
ehkäisyrenkas	6	5
kierukkaehkäisy	5	4
ehkäisypillerit ja kondomi yhdessä	2	2
ehkäisykapseli	2	2
naisten hormonaaliset menetelmät	2	2
ehkäisylaastari	1	1
keskeytetty yhdyntä	1	1

Vastausta ehkäisyn käyttöön liittyvistä huonoista kokemuksista haettiin kysymällä miehiltä, oliko jokin heidän käyttämistään ehkäisymenetelmistä osoittautunut erityisen huonoksi tai epäkäytännölliseksi ja miksi. Miehet olivat saattaneet vastauksessaan mainita useamman eri ehkäisymenetelmän. Osa

(26 %) miehistä (n=33) ei ollut kokenut mitään ehkäisymenetelmää tällaiseksi. Huonoimmaksi ehkäisymenetelmäksi oli koettu kondomi, koska se on hankala, epävarma, epämukava, unohtuu usein ja siihen pitää varautua etukäteen.

Kondomi on surkea. Ei tunne lähes yhtään mitään, joskus vaikeuksia saada päälle ja usein kondomin kanssa räpeltäessä erektio katoaa.

Kondomin muistaminen tai ostaminen. Pitää varautua etukäteen. Tunteukset eivät ole yhtä hyviä kuin esim. suora kontakti.

Kondomi; menee rikki helposti ja on ns. epämukava.

Kondomi. Seksi ei tunnu niin hyvältä, ei voi olla spontaani.

Keskeytetystä yhdynnästä ei pidetty sen suuren epävarmuuden vuoksi.

Keskeytetty yhdyntä, tällä hetkellä lapsi tulossa että ei se kovin hyvin toimi.

Keskeytetty yhdyntä → 3 lasta

Keskeytetty yhdyntä ei ole varma keino. Käytimme tätä menetelmää kumppanini kanssa iän ja kokemuksen puutteen vuoksi. On ihme etten ole isä nyt.

Ehkäisypillerien koettiin aiheuttavan mielialavaihteluja ja seksuaalista haluttomuutta. Lisäksi niiden käyttö unohtui helposti. Ehkäisyrengasta kuvailtiin epäkäytännölliseksi, ällöttäväksi ja helposti tulehduksille altistavaksi ehkäisymenetelmäksi. Varmat päivät ja yleensäkin luonnonmenetelmät koettiin epävarmoiksi ehkäisykeinoiksi. Ehkäisyimplantaatin kerrottiin aiheuttaneen kumppanille painon nousua. Naisten kondomi ei erään käyttäjän mukaan pysy paikallaan yhdynnän aikana ja on siksi huono ja epäkäytännöllinen ehkäisymenetelmä. Taulukosta 5 selviävät miesten huonoimmiksi ja epäkäytännöllisimmiksi kokemat ehkäisymenetelmät.

Taulukko 5. Huonot ja epäkäytännölliset ehkäisymenetelmät.

Ehkäisymenetelmä	Frekvenssi	%
kondomi	27	21
keskeytetty yhdyntä	7	6

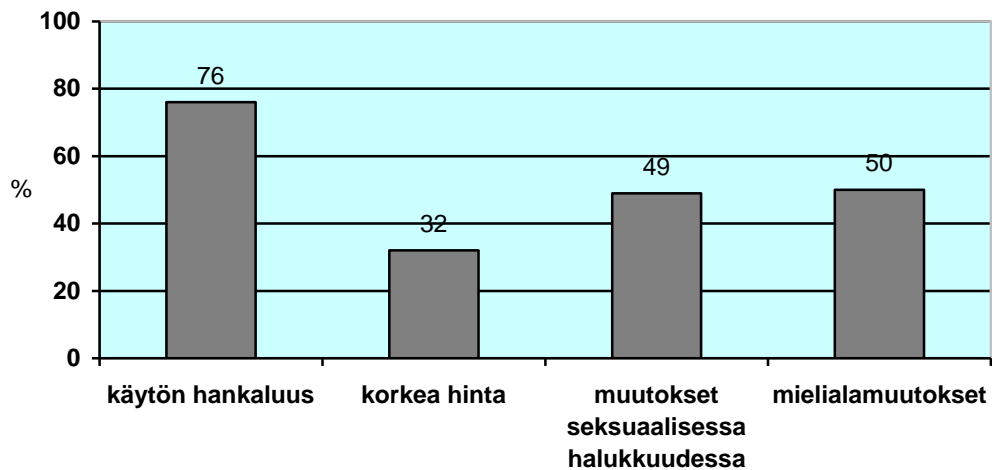
ehkäisytabletit	4	3
ehkäisyrengas	2	2
varmat päivät	2	2
luonnonmenetelmät	1	1
ehkäisyimplantaatti	1	1
naisten kondomi	1	1

8.3 Miesten kohtaamat ongelmat raskauden ehkäisyssä

Sitä, mitä ongelmia miesopiskelijat olivat kohdanneet raskauden ehkäisyssä, selvitettiin kysymällä, onko ehkäisy joskus pettänyt ja mikäli näin oli tapahtunut, heitä pyydettiin tarkentamaan miten. Lisäksi kysyttiin, minkälaiset ongelmat olivat miesten mielestä syy vaihtaa ehkäisymenetelmää. Vastaajista (n=47) yli kolmasosa (37 %) ilmoitti ehkäisyn joskus pettäneen. Niistä vastaajista, joilla ehkäisy oli joskus pettänyt, (n=41) suurin osa (87 %) kertoi kondomin rikkoutumisen olevan syynä ehkäisyn pettämiseen, kahdeksalla (17 %) kondomi oli liukunut pois paikoiltaan, hieman yli kolmanneksella (38 %) tapauksista (n=18) syynä ehkäisyn pettämiseen oli se, että nainen oli joko unohtanut ottaa tai oksentanut e-pillerin. Muiksi syiksi ehkäisyn pettämiseksi miehet ilmoittivat ennenaikaisen siemensyöksyn (n=1), sen että nainen ei käyttänytkaan e-pillereitä, vaikka oli niin sanonut (n=1) ja sen, että pilleriehkäisy oli pettänyt (n=1).

Kolme neljäsosaa (n=97) ammattikorkeakoulujen miesopiskelijoista koki ehkäisymenetelmän käytön hankaluuden syyksi vaihtaa ehkäisymenetelmää. Korkea hinta oli vastaajista kolmasosan (n=41) mielestä syy vaihtaa ehkäisymenetelmää. Noin puolet (n=62) vastaajista vaihtaisi menetelmää, mikäli ilmenisi muutoksia seksuaalisessa halukkuudessa. Noin puolet (n=64) vastaajista oli sitä mieltä, että mielialamuutokset olivat syy ehkäisymenetelmän

vaihtamiselle. Lisäksi muina syinä mainittiin allergia (n=2), menetelmän fyysinen sopimattomuus (n=1), menetelmän haitallisuus terveydelle (n=1) ja menetelmän toimimattomuus (n=1). Kuviossa 4 on havainnollistettu yleisimmät syyt ehkäisy menetelmän vaihtamiselle.

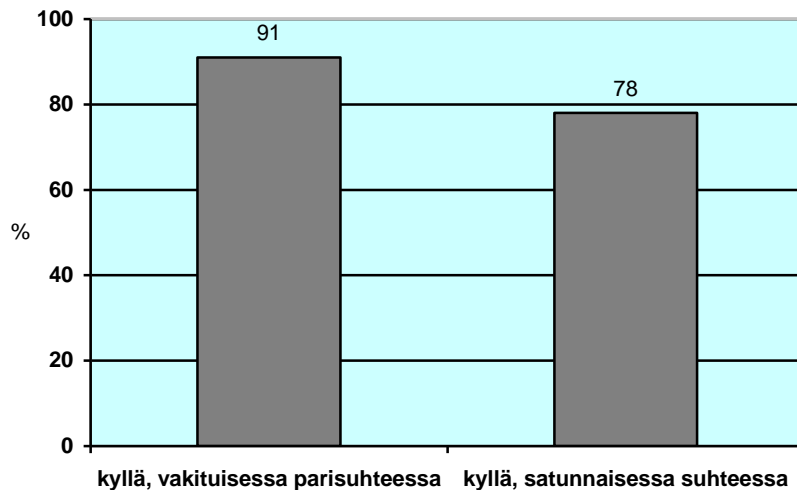


Kuvio 4. Syy vaihtaa ehkäisy menetelmää (n=126)

8.4 Miesten ajatuksia vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä

Ammattikorkeakoulujen miesopiskelijoiden vastuullisuutta raskauden ehkäisyssä selvitettiin esittämällä heille kuusi kysymystä. Kysymykset koskivat ehkäisystä keskustelemista kumppanin kanssa, reagoimista tilanteessa, jossa ehkäisy oli pettänyt, kondomin käyttöä, uusien menetelmien kokeilua sekä vastuun ja kulujen jakamista. Kolme neljäsosaa (72 %) vastaajista (n=92) oli keskustellut kumppaninsa kanssa siitä, mitä tapahtuisi, jos ehkäisy pettäisi. Suurin osa vastaajista (n=105) oli keskustellut vakituisessa parisuhteessa kumppaninsa kanssa ehkäisystä. Vakituisessa parisuhteessa olleista 91 % oli keskustellut kumppaninsa kanssa ehkäisystä. Osalla vastaajista (n=11) ei ollut kokemusta vakituisesta parisuhteesta. Yli puolet vastaajista (n=81) oli keskustellut satunnaisen seksikumppanin kanssa ehkäisystä. Satunnaisessa suhteessa olleista 78 % oli keskustellut kumppaninsa kanssa ehkäisystä.

Vajaalla viidenneksellä vastaajista (n=23) ei ollut kokemusta satunnaisesta seksisuhteesta. Kuviossa 5 on havainnollistettu sitä, kuinka moni mies on keskustellut vakituksessa parisuhteessa ja satunnaisessa suhteessa kumppaninsa kanssa ehkäisystä. Yli puolet (66 %) vastaajista (n=84) käyttäisi satunnaisen seksikumppanin kanssa aina kondomia. Kolmasosa (33 %) vastaajista (n=42) taas käyttäisi joskus kondomia satunnaisen seksikumppanin kanssa.



Kuvio 5. Miehet, jotka ovat keskustelleet ehkäisystä seksikumppaninsa kanssa vakituksessa parisuhteessa (n=120) ja satunnaisessa suhteessa (n=119)

Miesten vastuullisuutta selvitettiin myös kysymällä heiltä, miten he olivat reagoineet, jos ehkäisy oli pettänyt. Niistä miehistä (n=47), joilla ehkäisy oli joskus pettänyt, jälkiehkäisyyn oli turvautunut 40 % (n=19). Miehistä (n=13) 28 % oli keskustellut jälkikäteen kumppaninsa kanssa tilanteesta. Vastaajista (n=11) 23 % kertoi suhtautuneensa ehkäisyn pettämiseen rauhallisesti ja hätäntymättä. Muutama (15 %) miehistä (n=7) vastasi hätäntyneensä hieman ehkäisyn petettyä ja jännittäneensä, miten käy.

Hiukan kyllä jännittänyt, että miten käy.

Neljä niistä vastaajista (9 %), joilla ehkäisy oli joskus pettänyt, ilmoitti reagoinnin ehkäisyn pettämiseen riippuneen tilanteesta. Viisi miehistä (11 %) oli ottanut asian melko kevyesti ja pitänyt asiaa normaalina seksin harrastamiseen liittyvänä riskinä.

Sitä sattuu kaikenlaista kun harrastaa, ei siinä sen ihmeempää.

Kolme niistä vastaajista (6 %), joilla ehkäisy oli pettänyt, ilmoitti abortin ratkaisuksi ehkäisyn petettyä. Yhtä moni mies oli vain vaihtanut uuden kondomin tilalle. Yksi vastaajista kertoi, että yhdyntä lopetettiin ehkäisyn petettyä. Muita reagointitapoja olivat huumori (n=1), ärsyyntyminen (n=1), shokki (n=1) ja vastuun kantaminen (n=1).

Lisäksi miehiltä kysyttiin, millaisena he kokevat miehen roolin raskauden ehkäisyssä. Suurin osa vastaajista koki itsensä tasavertaiseksi naisen kanssa. Tämän kysymyksen vastauksia on selvennetty taulukossa 6.

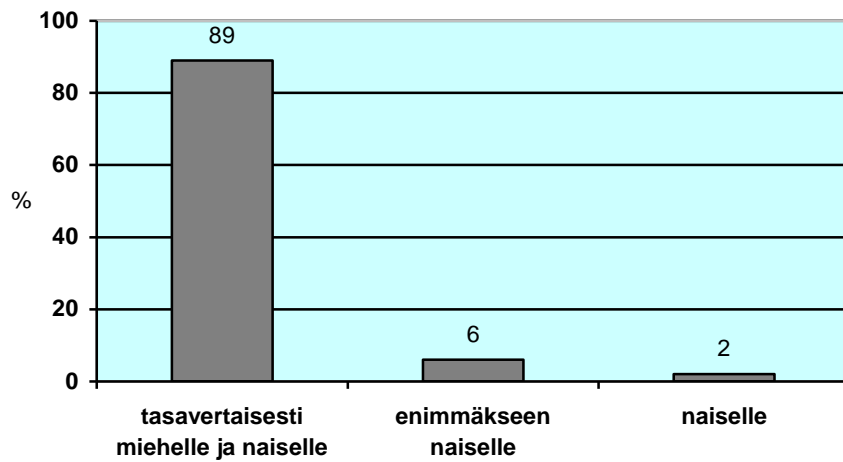
Taulukko 6. Millaisena miehet kokevat roolinsa raskauden ehkäisyssä

Miehen rooli	Frekvenssi	%
tasavertainen naisen kanssa	65	51
tärkeä	12	9
"miehellä oma vastuu"	6	5
"naisella suurempi vastuu"	5	4
iso rooli	5	4
tulisi olla yhtä iso rooli kuin naisella	3	2

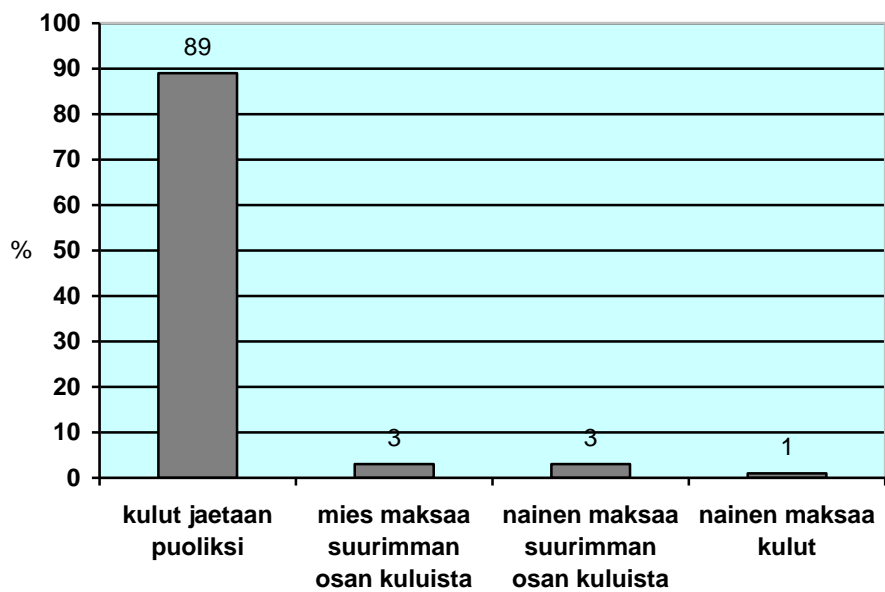
"tietämätön"	1	1
"sopimusasia"	1	1

Jos miehille olisi tarjolla hormonaalinen raskauden ehkäisymenetelmä, joka ei vaikuttaisi lopullisesti hedelmällisyyteen, yli puolet (58 %) vastaajista (n=74) olisi valmis kokeilemaan sitä ja ottamaan siten vastuun raskauden ehkäisystä. Jos miehille olisi tarjolla ei-hormonaalinen raskauden ehkäisymenetelmä, joka ei vaikuttaisi lopullisesti hedelmällisyyteen, kolme neljästä (77 %) vastaajasta (n=98) olisi valmis kokeilemaan sitä ja ottamaan siten vastuun raskauden ehkäisystä.

Lähes kaikki vastaajat (n=113) olivat sitä mieltä, että vastuu raskauden ehkäisystä kuuluu tasavertaisesti sekä naiselle että miehelle. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että vastuu ehkäisystä kuuluu naiselle ja seitsemän vastaajista taas sitä mieltä, että vastuu ehkäisystä kuuluu enimmäkseen naiselle. Tätä on havainnollistettu kuviossa 6. Valtaosa vastaajista (n=113) oli sitä mieltä, että ehkäisyn kulut tulisi jakaa puoliksi naisen ja miehen kesken. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että naisen tulisi maksaa kokonaan ehkäisystä koituvat kulut. Osa vastaajista (n=4) oli sitä mieltä, että naisen tulisi maksaa suurin osa ehkäisyn kuluista. Sama määrä vastaajia taas oli sitä mieltä, että miehen tulisi maksaa suurin osa ehkäisyn kuluista. Tätä taas on havainnollistettu kuviossa 7.



Kuvio 6. Ehkäisyn vastuun jakaminen (n=122)



Kuvio 7. Ehkäisyn kulujen jakaminen (n=122)

Joitakin kysymyksiä ristiintaulukoitiin iän ja siviilisäädyn kanssa, jotta voitiin selvittää, oliko näillä tekijöillä vaikutusta miesten kokemuksiin, raskauden ehkäisyssä kohdattuihin ongelmiin tai vastuullisuuteen. Havaittiin, että kaikkien ristiintaulukointien p-arvot olivat yli 0,05, mikä tarkoitti sitä, että tuloksilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Tästä voitiin päätellä, että tässä tutkimuksessa iällä ja siviilisäädyllä ei ollut yhteyttä raskauden ehkäisyyn liittyviin asioihin.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kyselytutkimusta tehtäessä on tärkeää huomioida tiettyjä eettisiä näkökohtia. Eettisyyden kannalta olennaisimpia asioita ovat anonymiteetin ja yksityisyyden säilyminen, tutkijan ja tutkittavan välisen luottamuksen säilyttäminen sekä kyselyn informoitu sisältö, jotta tutkittava on perillä tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. (Burns & Grove 1995, 362.) Tutkimukseen osallistumisen lähtökohtana on se, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistujalla tulee olla myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja keskeyttää kyselyyn vastaaminen milloin tahansa. On annettava myös mahdollisuus esittää kysymyksiä. Osallistumattomuus ei saa aiheuttaa uhkia, mutta osallistumisesta ei saa myöskään palkita. Tämän vuoksi esimerkiksi tutkimuksen saatekirjeen on oltava neutraali ja asiallinen. Tärkeitä eettisiä kysymyksiä ovat myös plagiointi, tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tekstin suoraa lainaamista ilman lähdeviitettä tai ilman lainausmerkkejä. Sepittämisellä viitataan tekaistuihin tuloksiin, jolloin tutkijoilla ei ole lainkaan aineistoa tukemaan tutkimuksen tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182–183.)

Eettisyydestä huolehdittiin alusta asti hankkimalla ensin molemmista ammattikorkeakouluista tutkimusluvut. Vastajien anonymiteetin ja yksityisyyden säilymisestä huolehdittiin koko tutkimuksen ajan. Tämä pystyttiin takaamaan sillä, että vastaajat palauttivat täytetyt kyselylomakkeet itse sulkemissaan kirjekuorissa, kyselylomakkeet säilytettiin niin, että vain tutkijoilla oli mahdollisuus tarkastella niitä sekä sillä, että muilla kuin tutkijoilla ei ollut pääsyä tutkimukseen liittyviin sähköisiin tiedostoihin. Tutkimustilanteissa tutkijat informoivat tutkimusjoukkoa henkilökohtaisesti. Tilanteissa ja kyselylomakkeeseen liitettyssä saatekirjeessä korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta, mahdollisuutta keskeyttää vastaaminen koska tahansa ja näin perua osallistumisensa tutkimukseen sekä mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Tarpeeksi laajalla tutkimusjoukolla ja vastausten keräämistavalla estettiin tutkittavien leimautuminen (ks. Hirsjärvi ym. 2007, 178–199).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan määrällistä tutkimusta tehtäessä validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin mittari mittaa mitattavaa asiaa. Mittari voi olla luotettava olematta validi. Luotettavuus ei yksin ole todiste mittarin validiudesta vaan mittarin on mitattava sitä, mitä se on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetilla taas tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä eli sitä, onko kysely toistettavissa. (LoBiondo-Wood & Haber 1994, 368; Polit & Hungler 1999, 418; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Esitestauksen rooli mittarin laadinnassa on erittäin merkittävä varsinkin silloin, kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria. Esitestauksella varmistettiin kyselylomakkeen toimivuus, loogisuus, ymmärrettävyys ja helppokäyttöisyys. Esitestaus lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, sillä siinä havaittiin joitakin epäloogisuuksia kysymyksissä tai huonosti muotoiltuja kysymyksiä, jotka voitiin korjata ennen varsinaisen kyselyn tekemistä. Näin varmistuttiin siitä, että kysymyksillä haettiin vastauksia nimenomaan tutkimuskysymyksiin. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että mittari oli melko hyvin laadittu, sillä selviä väärinymmärryksiä ei ilmennyt ja tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207–208.)

Kyselytutkimuksen heikkoutena pidetään sitä, että ei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja ovatko he pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti. Annetut vastausvaihtoehdot saattavat myös olla vastaajan näkökulmasta huonosti muotoiltuja ja väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Ei tiedetä kuinka hyvin vastaajat ovat perillä aihealueesta, jota kysymykset käsittelevät. Myös vastaamattomuus saattaa nousta suureksi. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207–208.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että aineisto kerättiin kahdesta eri ammattikorkeakoulusta. Tällöin tutkimusjoukosta saatiin tarpeeksi laaja ja edustava. (Hirsjärvi ym. 2007, 178–199.) Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkijat olivat samanarvoisessa asemassa tutkimusjoukon kanssa, eikä

tutkijoilla ollut valtasuhdetta tutkimusjoukkoon. Tämä saattoi lisätä tutkimukseen osallistuvan positiivista kuvaa sekä tutkimuksesta että osallistumisen vapaaehtoisuudesta. (ks. Kovanen & Saarelma 2002, 288–289; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Tutkijoiden läsnäolo saattoi vaikuttaa myönteisesti myös vastausaktiivisuuteen, sillä vastausprosentti osoittautui erittäin korkeaksi. (Hirsjärvi ym. 1997, 191.) Tutkimustilanteessa vastaajille annettiin vastaamisrauha. Vastaamiseen käytettävää aikaa ei rajoitettu. Myös vastanneiden ryhmien opettajat olivat luvanneet käyttää aikaa oppitunnista niin paljon kuin oli tarpeellista. Tämä luultavasti lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, sillä vastaajan ei tarvinnut kiirehtiä.

Aineiston analysointivaiheessa keskeisiä tekijöitä ovat tutkijan taidot ja oivalluskyky. Ilman luotettavaa analyysiä ei voida tehdä käypiä johtopäätöksiä. Tutkijan on myös pystyttävä osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36–37; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2001, 207.) Tämän tutkimuksen aineistoa analysoitaessa virheiden mahdollisuus minimoitiin sillä, että molemmat tutkijat tarkastivat tilastoanalyysiohjelmaan syötetyn aineiston ja kyselylomakkeet numeroitiin, jotta niihin olisi tarpeen vaatiessa helpompi palata. Tulosten käsittelyn luotettavuutta lisäsi myös se, ettei SPSS-tilastoanalyysiohjelma antanut virhe- tai varoitusilmoituksia aineiston käsittelyn aikana.

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Miesten osallisuuden lisäämiseen raskauden ehkäisyssä on kiinnitetty yhä enemmän huomiota viime vuosien aikana. Miehet halusivat osallistua enemmän perhesuunnitteluun, ehkäisyn toteuttamiseen ja kustannuksiin. (Wegner ym. 1998; Porsche 2007, 595; STM 2007, 30–31.) Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miesten kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja ajatuksia vastuullisuudesta ehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää seksuaaliterveyttä. Tutkimus osoitti, että miehillä oli laajasti sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia eri ehkäisymenetelmistä. Menetelmistä yleisimmiksi osoittautuivat ehkäisypillerit ja kondomi. Tavallisin ehkäisyn käytössä kohdattu ongelma oli ehkäisyn pettäminen. Miehet suhtautuivat raskauden ehkäisyyn melko vastuullisesti ja kannattivat tasavertaisuutta naisen kanssa ehkäisyasioissa.

Ehkäisyä valittaessa selkeästi arvostettiin sitä, että menetelmä on varma, luotettava, helppokäyttöinen, mukava, vaivaton, eikä aiheuta sivuvaikutuksia. Tätä kuvastaa myös se, että yleisimmäksi syyksi vaihtaa ehkäisymenetelmää oli nimetty käytön hankaluus (76 %). Suosituimmiksi ehkäisymenetelmiksi osoittautuivat ehkäisypillerit ja kondomi, jotka olivat vastaajien mielestä myös parhaat ehkäisymenetelmät. Tämä ilmeni myös Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Väestöliiton julkaisuista (ks. STM 2007, 97–100; Väestöliitto 2009a). Yleisesti tiedetään, että luonnonmenetelmät ovat epävarma ehkäisykeino, mutta siitä huolimatta yli puolella vastaajista oli kokemusta luonnonmenetelmistä. Myös suurin osa näitä menetelmiä käyttäneistä miehistä oli sitä mieltä, että ne ovat hyvin epäluotettavia. Kuitenkin ilmeni, että kondomi koettiin myös huonoimmaksi ehkäisymenetelmäksi. Tulokset saivat tukea Kirkkolan ym. (2005) tutkimuksesta, jossa miehet ja naiset kertoivat kondomin käytön yhteydessä ilmenneistä ongelmista. (Kirkkola ym. 2005, 87–89).

Merkittävää on, että yli kolmannes (37 %) miehistä ilmoitti ehkäisyn joskus pettäneen. Suurimmassa osassa näistä tapauksista syynä oli kondomiehkäisyn

pettäminen ja useimmiten nimenomaan kondomin rikkoutuminen (87 %). Koko vastaajamäärästä niiden osuus, joilla kondomi oli rikkoutunut, oli 32 %. Tämä kuvastaa hyvin kondomiehkäisyyn epäluotettavuutta. Samaan tulokseen olivat tutkimuksissaan tulleet myös muut tutkijat (ks. Gallo ym. 2003, 319; Walsh ym. 2004, 410; Kirkkola ym. 2005, 87–89). Siitä huolimatta vain alle puolet (40 %) niistä, joilla ehkäisy oli pettänyt, oli kumppaninsa kanssa käyttänyt jälkiehkäisyä. Vaikka tiedetään, että esimerkiksi kondomiehkäisyyn liittyy paljon kielteisiä käyttökokemuksia ja epävarmuutta, on ymmärrettävää, että se on edelleen suosittu ehkäisymenetelmä. Kondomi on kuitenkin ainoa ehkäisymenetelmä, joka suojaa sukupuolitaudeilta ja sen etuna on myös se, ettei sillä ole vaikutusta kehon hormonaaliseen tasapainoon. Se tuo myös tietynlaista konkreettisuutta ehkäisyyn. On myös ymmärrettävää, että ehkäisyn ei haluta häiritsevän elämää. Luonnonmenetelmien käytön yleisyys voisi selittyä sillä, että seksuaaliseen kanssakäymiseen kaivataan luonnollisuutta tunnon osalta. Tällöin ei myöskään koeta hormonaalisen ehkäisyn aiheuttamia sivuvaikutuksia.

Miesten vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä kertoo se, että lähes kaikki vakituksessa parisuhteessa olleet (91 %) olivat keskustelleet kumppaninsa kanssa ehkäisystä ja satunnaisessa suhteessa olleista 78 % (ks. Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473–477). Nämä tulokset kuitenkin erosivat Landryn ja Camelon (1994) tutkimustuloksista, joiden mukaan miehet kertoivat hyvin harvoin keskustelelevansa ehkäisyn käytöstä satunnaisen kumppanin kanssa (vrt. Landry & Camelo 1994). Tämä saattaisi viitata kulttuureissa ilmeneviin eroihin tai mahdollisesti siihen, että ajan myötä asenteet ovat muuttuneet enemmän seksuaalisen tasa-arvoisuuden suuntaan tietoisuuden lisääntyessä. Kolme neljästä (72 %) oli keskustellut kumppaninsa kanssa myös siitä, mitä tapahtuisi, jos ehkäisy pettäisi. Merkittävää oli kuitenkin se, että vain hieman yli puolet (66 %) vastaajista käyttäisi aina kondomia satunnaisen seksikumppanin kanssa.

Miehistä 89 % oli sitä mieltä, että vastuu raskauden ehkäisystä tulisi jakaa tasavertaisesti sekä miehelle että naiselle. Myös lähes kaikki vastaajat kertoivat,

että ehkäisyn kulut ja vastuu tulisi jakaa puoliksi. Yli puolet (64 %) vastaajista koki miehen roolin raskauden ehkäisyssä tärkeäksi, suureksi tai tasavertaiseksi naisen kanssa. Nämä tulokset ovat yhteneviä aiempien tutkimusten kanssa. Sihvon ym. (1995) tekemässä tutkimuksessa lähes kaikki miehet olivat sitä mieltä, että raskauden ehkäisy kuuluu tasavertaisesti miehelle ja naiselle. Tutkimuksessa miehet olivat myös sitä mieltä, että vastuullisuus, kumppanin huomioiminen ja ehkäisyn käytöstä huolehtiminen tarkoittivat ehkäisyyn liittyvään päätöksentekoon osallistumista. Fortunati ja Floerchinger-Franks toteavat tutkimuksessaan, että suurin osa miehistä ajatteli ehkäisyyn liittyvän päätöksenteon olevan yhteinen asia kumppanin kanssa. (Sihvo ym. 1995; Fortunati & Floerchinger-Franks 2001 473–477).

Yli puolet (58 %) miehistä kokeilisi miehille tarkoitettua hormonaalista ehkäisymenetelmää, joka ei vaikuttaisi pysyvästi hedelmällisyyteen. Selkeästi suurempi osa miehistä eli 77 % kokeilisi ei-hormonaalista menetelmää, joka ei vaikuttaisi pysyvästi hedelmällisyyteen. Tästä voisi päätellä, että miehet suhtautuvat varauksella ehkäisymenetelmiin, jotka vaikuttavat luonnollisen hormonitasapainon säätelyyn, mutta olisivat kuitenkin valmiita ottamaan vastuun raskauden ehkäisystä. Samansuuntaisia tuloksia oli saanut myös Glasier (2010) tutkimuksessaan (ks. Glasier 2010, 453–455). Tämä saattaisi viitata epävarmuuteen ja pelkoon siitä, että hormonaalisilla muutoksilla olisi kielteisiä vaikutuksia seksuaaliseen halukkuuteen ja yleensäkin seksuaalisuuteen sekä seksin harrastamiseen ja lisääntymiseen. Tämä johtuu todennäköisesti asiallisen ja luotettavan tiedon puuttumisesta, mikä hankaloittaa myös edistymistä menetelmien kehittämisessä, sillä yleistä hyväksyntää ei ole saavutettu.

Tutkijoilla ei ollut valtasuhdetta vastaajiin, eikä sillä ajateltu olevan vaikutusta vastausaktiivisuuteen tutkimustilanteessa. On kuitenkin mahdollista, että tutkijoiden läsnäololla tai Poliisiammattikorkeakoulun osalta tutkimustilanteissa mukana olleella, koulussa korkeassa asemassa olevan ylikomisarion läsnäololla

oli vaikutusta vastausaktiivisuuteen. Tähän saattaisivat viitata myös koulujen välillä ilmenneet erot vastausaktiivisuudessa.

Otannan ollessa melko pieni (N=127) suhteessa laajoihin hoitotieteellisiin tutkimuksiin on vaikeaa tehdä tuloksista laajoja yleistyksiä, mutta tulokset voivat kuitenkin antaa viitteitä miesten kokemuksista raskauden ehkäisyssä. Tutkimuksen tulosten perusteella voisi päätellä, että tulevaisuudessa olisi tarvetta lisätä kouluissa seksuaalikasvatuksen määrää. Olisi tärkeää, että seksuaalineuvontaa kohdistettaisiin enemmän myös miehiin sekä rohkaistaisiin näitä osallistumaan enemmän perhesuunnitteluun. Tämä voisi toteutua, jos esimerkiksi terveydenhuollon organisaatiot lisäisivät koulutusten järjestämistä seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvissä asioissa. Tämä saattaisi auttaa myös terveydenhuollon ammattilaista seksuaalisuuteen ja lisääntymisterveyteen liittyvien aiheiden käsittelyssä ja puheeksi ottamisessa asiakkaan kanssa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat jatkotutkimusaiheet:

1. Selvittää, mitä miehet tietävät raskauden ehkäisystä
2. Median vaikutus nuorten käsityksiin seksistä ja seksuaalisuudesta

LÄHTEET

Bajos, N.; Lamarche-Vadel, A.; Gilbert, F.; Ferrand, M.; Moreau, C.; Bouyer, J.; Ducot, B.; Hassoun, D.; Goulard, H.; Job-Spira, N.; Kaminski, M.; Lelong, N.; Leridon, H.; Razafindratsima, N.; Rossier, C. & Warszawski, J. 2006. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Human Reproduction* 21/2006. Viitattu 4.5.2010 <http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/full/21/11/2862?view=long&pmid=16845119>.

Bayer Schering Pharma 2010. Tiedotteet. Taloustutkimus Oy selvitti: Ehkäisypillerit ovat suosituin ja käytetyin ehkäisymenetelmä. Viitattu 6.12.2010 http://www.bayer.fi/scripts/pages/fi/tiedotteet/tiedote_17052010.php.

Black, K.; Gupta, S.; Rassi, A. & Guppa, A. 2010. Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best practice & research clinical obstetrics and gynaecology* March 2010. Viitattu 5.5.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WBH-4YNT90W-2-1&_cdi=6711&_user=1638736&_pii=S1521693410000179&_orig=search&_coverDate=03%2F23%2F2010&_sk=999999999&view=c&wchp=dGLbVtb-zSkzV&md5=5d3b3efa22d6453487df8f8ac0894776&ie=/sdarticle.pdf, 1–13.

Blithe, D. 2008. Male contraception: what is on the horizon? *Contraception* 78/2008. Viitattu 11.3.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-4T5HJ4D-1-1&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S001078240800276X&_orig=search&_coverDate=10%2F31%2F2008&_sk=999219995.8998&view=c&wchp=dGLbVtb-zSkWb&md5=662431b9f138b2eac3f3b283f93c5216&ie=/sdarticle.pdf, 23–27.

Burns, N. & Grove, S. 2005. *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization.* 5th Edition. USA: Elsevier Saunders.

Certain, H.; Harahan, B.; Saewyc, E. & Fleming, M. 2009. Condom Use in Heavy Drinking College Students: The Importance of Always Using Condoms. *Journal of American college health* 3/2009. Viitattu 17.3.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf?vid=7&hid=107&sid=da31dff4-d844-404b-a42c-0a5918990c5d%40sessionmgr113>, 187–195.

Char, A.; Saavala, M. & Kulmala, T. 2009. Male Perceptions on Female Sterilization: A Community-Based Study in Rural Central India. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 3/2009. Viitattu 12.3.2010 <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3513109.html>.

Chen, K.-C.; Peng, C.-C.; Hsieh, H.-M. & Chiang, H.-S. 2005. Simply modified no-scalpel vasectomy (percutaneous vasectomy) — a comparative study against the standard no-scalpel vasectomy. *Contraception* 71/2005. Viitattu 24.2.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-4FFGV1J-K-1&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S001078240400229X&_orig=search&_coverDate=02%2F

01%2F2005&_sk=999289997&view=c&wchp=dGLbVtz-zSkWb&md5=1eec7f5c3dcbe1d4224ead843f9c0a9f&ie=/sdarticle.pdf, 153-156.

Choi, K.; Hoff, C.; Gregorich, S.; Gristead, O.; Gomez, C. & Hussey, W. 2008. The Efficacy of Female Condom Skills Training in HIV Risk Reduction Among Women: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health* 10/2008. Viitattu 22.2.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf?vid=7&hid=111&sid=2e53641d-6620-4064-bc9b-837b67d30366%40sessionmgr113>, 1841–1848.

Dahal, G.; Padmadas, S. & Hinde, A. 2008. Fertility-Limiting Behavior and Contraceptive Choice Among Men in Nepal. *Fertility International Family Planning Perspectives* 1/2008. Viitattu 12.3.2010 <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3400608.html>.

Duodecim lääketietokanta 2010. Patentex Oval. Viitattu 21.4.2010 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/dlr_laake.koti.

Elomaa, K. 1997. Synnytyksen ja abortin jälkeinen ehkäisy. *Duodecim* 12/1997. Viitattu 21.4.2010 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo70277.pdf>, 1176–1181.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Fortunati, L. & Floerchinger-Franks, G. 2001. Men And Family Planning: What Is Their Future Role? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 10/2001. Viitattu 22.2.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf?vid=9&hid=111&sid=2e53641d-6620-4064-bc9b-837b67d30366%40sessionmgr113>, 473–479.

Gallo, M.; Grimes, D. & Schultz, K. 2003. Nonlatex vs. latex male condoms for contraception: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 68/2003. Viitattu 16.3.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-4B1RRXT-6-1&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S0010782403002294&_orig=search&_coverDate=11%2F30%2F2003&_sk=999319994&view=c&wchp=dGLzVzz-zSkWz&md5=2c27886a494e9a15434d25c56a9ec445&ie=/sdarticle.pdf, 319–326.

Galvão, L.; Oliveira, L., Díaz, J.; Kim, D.-j.; Marchi, N.; van Dam, J.; Castilho, R.; Chen, M. & Macaluso, M. 2005. Effectiveness of female and male condoms in preventing exposure to semen during vaginal intercourse: a randomized trial. *Contraception* 71/2005. Viitattu 25.2.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-4FFGV1J-F-1&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S0010782404002318&_orig=search&_coverDate=02%2F01%2F2005&_sk=999289997&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkWz&md5=46344c769b514ed15e5cb8358f52b681&ie=/sdarticle.pdf, 130–136.

Glasier, A. 2010. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception* 82/2010. Viitattu 15.11.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-500SRJ3-4-1&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S0010782410001332&_origin=search&_zone=rslt_list_ite

m&_coverDate=11%2F30%2F2010&_sk=999179994&wchp=dGLbVzz-zSkzk&md5=eef04442b64ee62d4bccd6c862ffa1f8&ie=/sdarticle.pdf, 453–456.

Herdiman, J.; Nakash, A. & Beedham, T. 2006. Male contraception: Past, present and future. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* November 2006. Viitattu 28.9.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=6&sid=84cf7b7a-928f-4c48-9e38-d08180077681%40sessionmgr12>, 721–727.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D.; Väisälä, L & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 41–59.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karjalainen, L. & Ruuskanen, A. 1990. Tilastomatematiikka. 2. uudistettu painos. Mikkeli: Pii-Kirjat Ky.

Kirkkola, A.-L.; Mattila, K. & Virjo, I. 2005. Problems with condoms – a populationbased study among Finnish men and women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* June 10/2005. Viitattu 23.9.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=105&sid=f73d354c-df8e-4ac2-bb09-2e0d356106d9%40sessionmgr104>, 87–92.

Klijzing, E. 2000. Are There Unmet Family Planning Needs In Europe? *Family planning perspectives* 1/2000. Viitattu 11.5.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=107&sid=10148188-f553-4af3-9279-e9751f145f59%40sessionmgr113>, 74–82.

Kovanen, P. & Saarelma, O. 2002. Tiedejulkaisun toimittajan moraalinen vastuu. Teoksessa Karjalainen, S.; Launis, V.; Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 288–289.

Kontula, O. 2000. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa Kontula, O. & Lottes, I. (toim.) *Seksuaaliterveys Suomessa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 56–63.

Kontula, O. 2006. Suomalaisten seksuaalikulttuuri. Teoksessa Apter, D.; Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 27–37.

Kubba, A.; Guillebaud, J.; Anderson, R. & MacGregor, E. 2000. Contraception. *The Lancet* December/2000. Viitattu 6.5.2010

http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T1B-41WJ679-R-1&_cdi=4886&_user=1638736&_pii=S0140673600032694&_orig=search&_coverDate=12%2F02%2F2000&_sk=996430754&view=c&wchp=dGLbVlz-zSkVb&md5=ae40933fe7a539ea7226e42e019ac5b8&ie=/sdarticle.pdf, 1913–1919.

Kunttu, K. & Huttunen, T. 2008. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45. Viitattu 28.1.2010 <http://www.yths.fi/netcomm/default.asp?strLAN=FI> > Kunttu K, Huttunen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008 (pdf).

Kustannus Oy Duodecim 2009. Patentex Oval. Viitattu 21.4.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=105&p_artikkeli=far04401&p_teos=far&p_selaus=.

Kustannus Oy Duodecim 2010a. Pearlin indeksi. Viitattu 17.2.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02529&p_teos=ltt&p_selaus=.

Kustannus Oy Duodecim 2010b. Akrosomi. Viitattu 17.2.2010 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti.

Landry, D. & Camelo, T. 1994. Young unmarried men and women discuss men's role in contraceptive practice. Family planning perspectives 5/1994. Viitattu 12.3.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail?vid=4&hid=108&sid=091a0cfc-eb5e-4c95-917a-6315cc9630b8%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWVhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=9410271915>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. Reliability and validity. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (toim.) Nursing research. Methods, critical appraisal, and utilization. Third edition. St. Louis: Mosby, 365–384.

Lähdesmäki, S.O. & Peltonen, H. 2000. Seksuaalikasvatus koulussa. Teoksessa Kontula, O. & Lottes, I. (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammer-Paino Oy, 208–216.

Lähteenmäki, P. 2001. Kuparikierukat. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 3. uudistettu painos 2001. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 149–163.

Mruk, D. 2008. New perspectives in non-hormonal male contraception. Trends in Endocrinology & Metabolism 2/2008. Viitattu 17.2.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T3K-4RYXXN1-5-

5&_cdi=4949&_user=1638736&_pii=S1043276008000039&_orig=search&_coverDate=03%2F31%2F2008&_sk=999809997&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzV&md5=0b62e31ac66889ebb5719c4c68396ce2&ie=/sdarticle.pdf, 57–64.

Orji, E.; Ojofeitimi, E. & Olanrewaju, B. 2007. The role of men in family planning decision-making in rural and urban Nigeria. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 1/2007. Viitattu 12.3.2010 <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdf?vid=6&hid=108&sid=f1c25bb0-919d-420a-84b6-2ba454df7ab5%40sessionmgr112>.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. 1999. *Nursing Research Principles and Methods*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Porsche, D. 2007. Male contraception. *The journal for nurse practitioners* 9/2007. Viitattu 16.3.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B7XMP-4PW5NCW-9-1&_cdi=29676&_user=1638736&_pii=S1555415507005120&_orig=search&_coverDate=10%2F31%2F2007&_sk=999969990&view=c&wchp=dGLzVzz-zSkzk&md5=d8d52097a0ad168e5aa0fa3768868ed9&ie=/sdarticle.pdf, 595–597.

Raymond, E.; Chen, P.; Condon, S.; Luoto, J.; Barnhart, K.; Creinin, M.; Poindexter, A.; Wan, L.; Martens, M.; Schenken, R. & Blackwell, R. 2004. Acceptability of five nonoxynol-9 spermicides. *Contraception* 71/2005. Viitattu 15.2.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-4G7FH8Y-C-1&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S0010782405000466&_orig=search&_coverDate=06%2F30%2F2005&_sk=999289993&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkWb&md5=22bb11a7d5e9c6eed440fc44544117a4&ie=/sdarticle.pdf, 438–442.

Rissanen, R. 2006. Sisällönanalyysi. *KvaliMOTV*. Viitattu 1.12.2010 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html.

Roumen, F. 2007. The contraceptive vaginal ring compared with the combined oral contraceptive pill: a comprehensive review of randomized controlled trials. *Contraception* 75/2007. Viitattu 24.2.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-4NBY8TN-3-5&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S001078240700073X&_orig=search&_coverDate=06%2F30%2F2007&_sk=999249993&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzS&md5=690b7148753822cddc446c1e78e735c0&ie=/sdarticle.pdf, 420–429.

Ruusuvaara, L. 2006. Raskauden ehkäisy ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D.; Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 198–202.

Sarkar, N. 2005. The combined contraceptive vaginal device (NuvaRing1): A comprehensive review. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 10/2005. Viitattu 5.5.2010 <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=10&sid=624b4e54-357d-4af9-b9e6-52d92cb53054%40sessionmgr12>, 73–78.

Sexpo säätiö 2010. Seksuaalioikeuksien julistus. Viitattu 21.4.2010
http://www.sexpo.fi/?seksuaalioikeuksien_julistus.

Sihvo, S.; Rahkonen, O. & Hemminki, E. 1995. Unohdettu sukupuoli? Miesten rooli perhesuunnittelussa. Suomen lääkärilehti 35/1995. Viitattu 16.3.2010
<http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000005703>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Viitattu 21.9.2009
<http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>.

Speizer, I.; Whittle, L. & Carter, M. 2005. Gender Relations and Reproductive Decision Making In Honduras. International Family Planning Perspectives 3/2005. Viitattu 12.3.2010
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3113105.html>.

Steriloimislaki 24.4.1970/283.

Tiitinen, A. 2008a. Sterilisaatio. Viitattu 22.9.2009
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747.

Tiitinen, A. 2008b. Raskauden ehkäisy. Viitattu 22.9.2009
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165.

Tiitinen, A. 2009a. Ehkäisypillerit (yhdistelmäehkäisy). Viitattu 21.4.2010
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00752&p_haku=ehk%E4isypill
 eri.

Tiitinen, A. 2009b. Kierukka (ehkäisy). Viitattu 6.5.2010
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00730.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainikainen, T.; Kosunen, E. & Apter, D. 2006. Jälkiehkäisy. Viitattu 15.2.2010
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00054#s3>.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. painos. Helsinki: WSOY, 206–214.

Virtala, A. 2007. Family planning among university students in Finland. Viitattu 2.3.2011
<http://dev.ee.tut.fi/allpub/bitstream/handle/123456789/1901/978-951-44-6888-9.pdf?sequence=1>.

Väestöliitto 2009a. Pelot ehkäisyä kohtaan. Viitattu 4.5.2010 http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/naiset/seksuaalisuuden_suloja_ja_seksin/raskauden_ehkaisy/pelot_ehkaisy_kohtaan/.

Väestöliitto 2009b. Hormonaaliset menetelmät. Viitattu 22.9.2009 http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/nuoret/tietopankit/ehkaisy/.

Väestöliitto 2006. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Viitattu 22.9.2009 http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/52449/file/VLSekstervpolohjelma.pdf.

Väätänen, J. 2007. Kondomikäsikirja. Viitattu 21.4.2010 http://www.aidstukeskus.fi/sivut/images/materiaalit/kondomiksikirja_2008.pdf.

Wegner, M.; Landry, E.; Wilkinson, D. & Tzani, J. 1998. Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action. International family planning perspectives 1/1998. Viitattu 12.3.2010 <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/2403898.html>.

Walsh, T.; Frezieres, R.; Peacock, K.; Nelson, A.; Clark, V.; Bernstein, L. & Wraaxall, B. 2004. Effectiveness of the male latex condom: combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials. Contraception 70/2004. Viitattu 15.2.2010 http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T5P-4DMWYTV-F-1&_cdi=5008&_user=1638736&_pii=S001078240400157X&_orig=search&_coverDate=11%2F01%2F2004&_sk=999299994&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkWA&md5=5ea0d9f97a7495de74ced736119d41ac&ie=/sdarticle.pdf, 407–413.

World Health Organization 2001. Who Regional Strategy On Sexual And Reproductive Health. Viitattu 22.9.2009 <http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>.

World Health Organization 2009. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Viitattu 22.9.2009 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf.

HYVÄ AMMATTIKORKEAKOULUOPISEKELIJA!

Opiskelemme terveydenhoitajiksi Turun ammattikorkeakoulun Salon toimipisteessä. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää miesten kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja ajatuksia vastuullisuudesta ehkäisyssä. Saaduilla vastauksilla pyritään saamaan uutta tietoa miesten seksuaaliterveydestä. Tutkimuksesta kirjoitetaan raportti, josta tutkimustulokset ovat luettavissa. Raportti arkistoidaan Turun ammattikorkeakoulun kirjastoon.

Kyselylomakkeessa on monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Toivomme, että vastaat kysymyksiin juuri niin kuin itse ajattelet. Kyselylomakkeita käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Kyselylomakkeen mukana jaetaan kirjekuori, johon täytetty kyselylomake suljetaan. Näin varmistamme, ettei vastaajia voida tunnistaa. Kirjekuoret palautetaan niille varattuun laatikkoon. Vastaaminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää koska tahansa.

Vastauksesi ovat meille arvokkaita!

KIITOS OSALLISTUMISESTASI!

Yhteistyöterveisin

Johanna Taatila
johanna.taatila@students.turkuamk.fi
Puh. 0400 818 686

Iida Varemäki
iida.varemaki@students.turkuamk.fi
Puh. 0400 183 936

Ohjaavat opettajat

Satu Halonen
satu.halonen@turkuamk.fi
044 907 5487

Jaana Uuttu
jaana.uuttu@turkuamk.fi
02 2633 6188

Lomakkeessa on monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Vastaa ympäröimällä sopivin vaihtoehto tai sopivimmat vaihtoehdot. Vastaa avoimiin kysymyksiin omin sanoin.

1. Ikä _____ vuotta

2. Sivillisäätö

1. sinkku
2. seurustelusuhhteessa
3. avoliitossa
4. avioliitossa
5. eronnut

3. Onko sinulla yhdyntäkokemuksia?

1. kyllä
2. ei

4. Mistä olet saanut tietoa raskauden ehkäisystä?

1. kotoa
2. koulusta
3. kirjallisuudesta
4. mediasta (internet, tv, radio, lehdet jne.)
5. lääkäriltä
6. sairaanhoitajalta tai terveydenhoitajalta
7. Muualta, mistä? _____

Seuraavassa on esitetty viisi väittämää (kysymykset 5–9) eri raskauden ehkäisymenetelmistä. Tällä tarkoitetaan sekä sinun että kumppanisi käyttämää menetelmää. Voit valita useita vaihtoehtoja.

5. Minulla on kokemusta estemenetelmistä.

1. miehen kondomi
2. naisen kondomi
3. kuparikierukka
4. spermisidi eli kemiallinen siittiöitä tuhoava aine
5. ei kokemusta

6. Minulla on kokemusta hormonaalisesta ehkäisystä.

1. ehkäisypilleri
2. ehkäisyrengas
3. ehkäisylaastari
4. ehkäisykapseli eli implantti
5. hormonikierukka
6. ei kokemusta

7. Minulla on kokemusta sterilisaatiosta.

1. miehen sterilisaatio
2. naisen sterilisaatio
3. ei kokemusta

8. Minulla on kokemusta luonnonmenetelmistä.

1. keskeytetty yhdyntä
2. varmat päivät
3. ei kokemusta

9. Minulla on kokemusta muista ehkäisymenetelmistä, joita ei mainittu edellä, mistä? _____

Jos sinulla ei ole kokemusta ehkäisymenetelmien käytöstä, siirry kysymykseen 21.

10. Minkä tai mitkä edellä mainittujen väittämien ehkäisymenetelmistä olet kokenut parhaimmiksi, miksi?

11. Onko jokin käyttämäsi ehkäisymenetelmistä osoittautunut erityisen huonoksi tai epäkäytännölliseksi, mikä ja miksi?

12. Onko käyttämäsi ehkäisymenetelmä joskus pettänyt?

1. kyllä
2. ei

13. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, tarkenna miten ehkäisy petti.

1. kondomi meni rikki
2. kondomi liukui pois paikoiltaan
3. nainen oli unohtanut ottaa/oksentanut e-pillerin
4. Muu syy, mikä? _____

14. Oletko keskustellut kumppanisi kanssa siitä, mitä tapahtuisi, jos ehkäisy pettäisi?

1. kyllä
2. en

15. Jos ehkäisy on pettänyt, miten reagoit tilanteeseen?

16. Ovatko tuttaviesi mielipiteet ehkäisykeinoista vaikuttaneet sinun ja kumppanisi käyttämään raskauden ehkäisymenetelmään?

1. kyllä, miten? _____
2. eivät

17. Oletko keskustellut vakituksessa parisuhteessa kumppanisi kanssa ehkäisystä?

1. kyllä
2. en
3. en ole ollut vakituksessa parisuhteessa

18. Oletko keskustellut satunnaisen seksikumppanin kanssa ehkäisystä?

1. kyllä
2. en
3. minulla ei ole ollut satunnaista seksikumppania

19. Onko sinulla ja seksikumppanillasi ollut erimielisyyksiä käytettävän ehkäisymenetelmän suhteen?

1. kyllä
2. ei

20. Oletko koskaan tuntenut itseäsi syrjäytetyksi raskauden ehkäisymenetelmää valittaessa?

1. kyllä
2. en

21. Minkälaiset ongelmat ovat mielestäsi syy vaihtaa ehkäisymenetelmää?

1. käytön hankaluus
2. korkea hinta
3. muutokset seksuaalisessa halukkuudessa
4. mielialamuutokset
5. Muut, mitkä? _____

22. Käytätkö tai käyttäisitkö satunnaisen seksikumppanin kanssa kondomia?

1. aina
2. joskus
3. ei koskaan

23. Jos miehille olisi tarjolla hormonaalinen raskauden ehkäisymenetelmä (joka ei vaikuttaisi lopullisesti hedelmällisyyteen), olisitko valmis kokeilemaan sitä ja siten ottamaan vastuun ehkäisystä?

1. kyllä
2. en

24. Jos miehille olisi tarjolla ei-hormonaalinen raskauden ehkäisymenetelmä, muu kuin kondomi (joka ei vaikuttaisi lopullisesti hedelmällisyyteen), olisitko valmis kokeilemaan sitä ja siten ottamaan vastuun ehkäisystä?

1. kyllä
2. en

25. Kenen vastuulle raskauden ehkäisy mielestäsi kuuluu?

1. naiselle
2. miehelle
3. enimmäkseen naiselle
4. enimmäkseen miehelle
5. tasavertaisesti molemmille

26. Miten ehkäisyn kulut tulisi mielestäsi jakaa?

1. nainen maksaa kokonaan
2. mies maksaa kokonaan
3. nainen maksaa suurimman osan
4. mies maksaa suurimman osan
5. kulut jaetaan puoliksi

27. Millaisena koet miehen roolin raskauden ehkäisyssä?

Kiitos osallistumisestasi, vastauksesi on tärkeä!

Turun ammattikorkeakoulu
Terveysala, Salo
Ylhäistentie 2
24130 Salo



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantajan nimi: Turun Ammattikorkeakoulu

Toimeksiantajan osoite: Ylhäistentie 2, 24130 Salo

Yhteys henkilö/asema: Juha Kontio/Koulutusjohtaja

Yhteystiedot: puh.+358503854122, juha.kontio@turkuamk.fi

Hanke	Aihe	Tekijät	Ryhmä
Asiakkaan ohjaaminen -projekti	Miesten kokemuksia raskauden ehkäisystä	Johanna Taatila ja Iida Varemäki	STHS07

Päiväys ja allekirjoitukset:

11.2.2010

Päiväys



Toimeksiantajan edustaja

AMK:n edustaja

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajorganisaation näkökulmasta.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantajalla on oikeus määritellä salassa pidettävä osuus, jota ei julkaista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa toteaa, että opinnäytetyöraportti voidaan julkaista kokonaisuudessaan tai määrittelee, mikä osuus työstä on salassa pidettävää.

TULOsten JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti. Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

11 / 2 20 10

Johanna Paalhu *Minna Nieminen*
Opiskelija

11 / 2 20 10

Juha
Toimeksiantaja

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA



Tulosta lomake

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
 Terveysala, Salo
 Ylhäistentie 2
 24130 SALO
 Puh. 010 5536100
 Fax. 010 5536179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Miesten kokemuksia raskauden ehkäisystä
Tutkimusongelma	1. Millaisena ammattikorkeakoulun miesopiskelijat kokevat eri raskauden ehkäisymenetelmät? 2. Mitä ongelmia miesopiskelijat ovat kohdanneet raskauden ehkäisyssä? 3. Mitä mieltä ajattelevat vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä?
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Turun ammattikorkeakoulun tekniikan alan ja Poliisiammattikorkeakoulun miesopiskelijat. Aineisto kerätään kyselylomakkeilla.
Aineiston kokoamisajankohta	Maaliskuu 2010
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	Toukokuu 2010
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	11 / 02 20 10
Tutkimuksen ohjaajat	Satu Halonen puh 044 907 5487 Jaana Uttu puh 02 2633 6188
Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.	
Tutkimuksen tekijät Terveystyönsv STHS07 (suuntautumisvaihtoehto) (ryhmä)	
Johanna Taatila (nimi)	Iida Varemäki
Kössinkatu 1 a 3, 24100 Salo (osoite)	Juomikantie 12, 25500 Perniö
0400 818 686 (puhelinnumero)	0400 183 936

Anomus käsitelty 7/4 2010
 lupa myönnetty
 lupa eväty, peruste

Allekirjoitus 

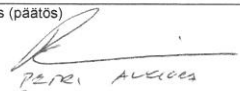
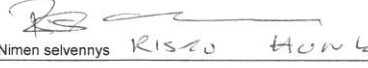
Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalla. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

HAKEMUS TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMISEKSI POLIISIAMMATTIKORKEAKOULUSSA

(Poliisiammattikorkeakoulu täyttää)

11 Osaston johtajan lausunto	Osasto	Osaston johtaja
	Koulutusosasto	Petri Alkiora
	a) Ovatko kohdissa 1, 5 ja 6 ja tutkimussuunnitelmassa kuvatut tutkimushanke ja vastaava tutkimuksellinen aineistotarve perusteltuja? Onko kohdassa 6 kuvatun aineiston keruu mahdollista toteuttaa? Kyllä	
	b) Lisätietoja tai tutkimuksen toteuttamiselle mahdollisesti asetettavia lisäehtoja Poliisiammattikorkeakoulun oppilaskunnan puheenjohtaja Annukka Cederlöf on lupautunut toimimaan asiassa oppilaskunnan yhteyshenkilönä.	
c) Osaston johtajan määräämä yhteyshenkilö yhteystietoineen Oppilaskunnan kuraattori ylikomisario Mika Kyrönviita (mika.kyronviita@poliisi.fi).		

(Poliisiammattikorkeakoulu täyttää)

12 Päätös	<input checked="" type="checkbox"/> Lupa tutkimuksen toteuttamiseksi Poliisiammattikorkeakoulussa myönnetään. Päätös ei velvoita Poliisiammattikorkeakoulun henkilöstöä eikä opiskelijoita osallistumaan aineiston keruuseen eikä tutkimuksen toteuttamiseen	
	Luvan myöntämisen mahdolliset lisäehdot	
	<input type="checkbox"/> Lupaa tutkimuksen toteuttamiseksi Poliisiammattikorkeakoulussa ei myönnetä	
	Perustelut	
Päiväys	Rehtorin allekirjoitus (päätös)	
22.9.2010	 PETRI ALKIORA	
	Nimen selvennys	PETRI ALKIORA
Päiväys	Tutkimusjohtajan allekirjoitus (esittely)	
22.9.2010	 RISTO HONKONEN	
	Nimen selvennys	RISTO HONKONEN

Terveydenhoitotyön kehittämistehtävä (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2011

Johanna Taatila & Iida Varemäki

RASKAUDEN EHKÄISYÄ MIEHEN NÄKÖKULMASTA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön taustalla oli henkilökohtainen kiinnostus aihetta kohtaan sekä raskauden ehkäisyn ajankohtaisuus nuorille aikuisille. Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011 selviää, että raskauden ehkäisy ajatellaan usein naisen asiaksi ja jää sen vuoksi helposti naisen vastuulle. Lisäksi seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmat ovat painottuneet pääosin naisiin. Siksi tässä opinnäytetyössä keskitytään miesten näkökulmaan. Miesten osallisuuden lisäämiseen on kiinnitetty huomiota. Suomalaiset miehet haluaisivat osallistua enemmän raskauden ehkäisyn toteuttamiseen ja kustannuksiin. Monet isät ovat myös kertoneet jäävänsä neuvolapalveluissa sivullisiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 30–31.) Myös muualla kuin Suomessa miehet ovat, vastoin aiempia oletuksia, ilmaisseet halunsa osallistua perhesuunnitteluun (Wegner ym. 1998; Porsche 2007, 595).

Tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2010 Turun ammattikorkeakoulun tekniikan koulutusohjelman miesopiskelijoilta ja Poliisiammattikorkeakoulun miesopiskelijoilta (N=127). Vastajat olivat 19–35-vuotiaita. Vastausprosentti oli 97. Aineisto analysoitiin SPSS 16.0 for Windows -tilastollisella tietojenkäsittelyohjelmalla. Avoimista kysymyksistä saatu aineisto käsiteltiin sisällön erittelyn avulla.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miesten kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja ajatuksia vastuullisuudesta ehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää seksuaaliterveyttä.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Suomalaisessa kulttuurissa asenne seksuaalikasvatusta kohtaan on myönteinen. Kouluterveydenhoitajilla on merkittävä rooli terveyskasvatuksessa. He osallistuvat seksuaalikasvatukseen pitämällä oppitunteja ja antamalla yksilökohtaista neuvontaa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Nykyään opetuksessa ja ohjauksessa painotetaan elämänhallintaan ja vanhemmuuteen liittyvien kysymysten käsittelyä. (Lähdesmäki & Peltonen 2000, 208–215.) Sen vuoksi tulisi pitää selviönä sitä, että kouluterveydenhuolto huolehtii tulevaisuudessakin laadukkaasti seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan antamisesta kaikille ikäluokille taloudellisista säästötoimista huolimatta (Kirkkola ym. 2005, 87–91). Seksuaalikasvatus ja -opetus luovat pohjan tietämykselle, asenteille ja myöhemmälle seksuaalikäyttäytymiselle (STM 2007,36).

Australiassa on ollut vuodesta 2008 lähtien meneillään Condom Credit Card -projekti, joka on havaittu hyvin toimivaksi. Projekti on suunnattu miehille, jotka ovat iältään 25-vuotiaita tai alle. Projektissa on ollut mukana myös naisia, jotka ovat myös voineet saada kortin. Projektin pääasiallisena tarkoituksena on kuitenkin ollut lisätä miesten tietoutta ehkäisyasioista ja rohkaista heitä käyttämään enemmän seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä palveluja sekä ehkäistä sukupuolitauteja ja ei-toivottuja raskauksia. Projekti perustuu konkreettiseen ”luottokorttiin” (CCCard), joka annetaan asiakkaille, jotka tulevat hakemaan ilmaisia kondomeja ja vesipohjaista liukastetta perhesuunnitteluklinikalta. Lähtötilanne on se, että asiakas tulee klinikalle hakemaan kondomeja ja liukastetta. Asiakkaalta kysytään, onko hänellä jo CCCard. Mikäli asiakkaalla on jo kortti, siihen lyödään reikä merkiksi ja kortin numero kirjataan. Lisäksi kirjataan käyntipäivämäärä, asiakkaan ikä ja sukupuoli. Tämän jälkeen asiakas saa mukaansa 12 tai 24 kondomia ja liukastetta huomaamattomassa pussissa. Mikäli asiakkaan kortti on jo täynnä, eli se on leimattu kymmenen kertaa, hänen tulee ensin keskustella koulutetun työntekijän kanssa saadakseen uuden kortin ja kondomit. Jos asiakas on uusi,

eikä hänellä ole vielä korttia, hänen tulee keskustella koulutetun työntekijän kanssa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista. Tämän jälkeen hän saa kortin ja kondomit sekä liukasteen. Samoin toimitaan, mikäli asiakas on kadottanut korttinsa. (Horner & Fleming 2010, 37.)

Ihannetilanteessa parisuhteen molemmat osapuolet osallistuvat raskauden ehkäisyyn suunnitteluun ja valinnan tekoon (Herdiman ym. 2006, 721; Tiitinen 2008). Jotta miesten osallisuutta perhesuunnittelussa voitaisiin lisätä, pitäisi tutkia, miten ja kuinka paljon miehet haluaisivat ottaa osaa perhesuunnitteluun. Miehet ovat ilmaisseet useasti halunsa osallistua enemmän perhesuunnitteluun, mutta käytännössä he kuitenkin toimivat usein päinvastoin kuin ovat aiemmin ajatelleet. Tämä saattaa viitata siihen, että ehkäisystä huolehtimista pidetään edelleenkin pääasiassa naisen tehtävänä. (Landry & Camelo 1994; Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 474.)

Suomessa ei ole kovin paljon tutkimustietoa perhesuunnittelusta, mikä johtuu paljolti siitä, että perhesuunnittelun tarvetta arvioivat tutkimukset keskittyvät pääasiassa kehitysmaihin (Klijzing 2000, 74; STM 2007, 97–100; Väestöliitto 2009a). Tämän takia arviot raskauden ehkäisyyn luotettavuudesta täytyy perustaa raskaudenkeskeytystilastoihin. Mittarina voidaan myös käyttää nuorten synnytystilastoja. Vuonna 2005 vajaa prosentti 15–49-vuotiaista naisista oli päätyntä aborttiin. Suomessa raskaudenkeskeytyksiä tehdään vuosittain 10000–11000. Neljännes kaikista raskaudenkeskeytyksistä tehdään 20–24-vuotiaille. Raskauden ehkäisyyn liittyvästä epäonnistumisen mahdollisuudesta huolimatta kolmannes aborteista olisi luultavasti estettävissä ehkäisyä käyttämällä. (STM 2007, 97–100; Väestöliitto 2009a.)

Lukuisissa raskauden ehkäisyä koskevissa tutkimuksissa on keskitytty selvittämään naisten asenteita raskaudenehkäisyä kohtaan ja naisten ehkäisyyn käyttöä (Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473). Tästä huolimatta suunnittele mattomien raskauksien lukumäärät ovat edelleen korkeat (STM 2007, 97). Yleisimmin on tutkittu miesten kondomin käyttöön liittyviä

kokemuksia ja asenteita eikä miesten suhtautumista muihin ehkäisymenetelmiin (Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473). Runsaan alkoholin käytön on havaittu muun muassa vähentävän nuorten miesten kondomin käyttöä (Certain ym. 2009, 187). Miesten halu osallistua perhesuunnitteluun on myös jätetty lähes huomiotta (Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473). Aikuisten miesten asenteita on tutkittu vähän ja suurin osa tutkimuksista on jo melko vanhoja, 1990-luvulla tehtyjä tutkimuksia. Uusimmat tutkimukset kohdistuvat lähinnä kehitysmaihin. (Sihvo ym. 1995.) Tässä työssä ei ole tarkoituksenmukaista vertailla keskenään suomalaista kulttuuria esimerkiksi afrikkalaisen tai aasialaisen kulttuurin kanssa niiden suurten erojen vuoksi.

Raskauden ehkäisyyn on olemassa useita menetelmiä. Estemenetelmiä ovat miehen kondomi, naisen kondomi, kuparikierukka ja spermisidit. Hormonaaliseen ehkäisyyn kuuluvat yhdistelmäehkäisypillerit, ehkäisyrengas, ehkäisyalaastari, minipillerit, ehkäisykapseli ja hormonikierukka. Tämän lisäksi tehdään sterilisaatioita sekä miehille että naisille. Sterilisaation tekemiseen on kehitelty erilaisia menetelmiä. Luonnonmenetelmiin kuuluvat keskeytetty yhdyntä ja niin sanotut varmat päivät. (Väestöliitto 2009b.)

Ehkäisymenetelmien käytön yleisyys ja jatkuvuus kertovat epäsuorasti siitä, miten miehet hyväksyvät eri ehkäisymenetelmät. Miesten menetelmät kattavat maailmanlaajuisesti korkeintaan seitsemän prosenttia kaikista käytetyistä ehkäisymenetelmistä. Parhaiten menetelmien hyväksyttävyyttä voidaan arvioida kysymällä avoimesti miehiltä aikomuksesta käyttää menetelmää ja arvioimalla tyytyväisyyttä menetelmään käytön aikana ja sen jälkeen. Käyttöön vaikuttavat lukuisat eri asiat, joihin lukeutuvat muun muassa hinta, saatavuus ja terveydenhuollon ammattilaisten asenteet. (Glasier 2010, 453.)

Miesten ehkäisymenetelmien tutkimus on tuottanut paljon tulosta ja uutta tietoa viimeisten viidenkymmenen vuoden aikana. Mikrobiologisessa tutkimuksessa on edistytty huikasteisesti ja tämä on auttanut tunnistamaan geenejä ja proteiineja, joita löytyy vain kiveksistä ja muualta miehen sukuelimistä. Tutkimusten

tavoitteena on löytää uusia raskauden ehkäisymenetelmiä miehille vaikuttamalla kemiallisesti, ilman hormoneja, näihin geeneihin ja proteiineihin. Tutkimus on haasteellista, koska yleisen hyväksynnän saavuttaminen on hankalaa, menetelmiä pitäisi testata laajasti suurella tutkimusjoukolla ja todennäköisesti edes lieviä sivuvaikutuksia ei hyväksyttäisi. Sivuvaikutuksista pelätyimpiä ovat muutokset seksuaalisessa halukkuudessa ja seksuaalisissa toiminnoissa. Lisäksi lääketeollisuus epäilee menetelmien taloudellista kannattavuutta ja pelkää osallistua tutkimus- ja kehitystyöhön. Saattaa myös kestää vuosikymmeniä ennen kuin ehkäisyvalmisteet saadaan käyttöön. (Herdiman ym. 2006, 721; Porsche 2007, 595; Blithe 2008, 23; Mruk 2008, 57–63.)

Ympäri maailmaa miehille teetetyt tutkimukset osoittavat, että vähintään 25 % miehistä harkitsisi hormonaalisen ehkäisymenetelmän käyttöä, jos sellainen olisi tarjolla (Glasier 2010, 453–455). Ylikansoituksesta, miesten lisääntymisterveydestä ja perhesuunnittelun tärkeydestä sekä uusien menetelmien tarpeellisuudesta tulisi maailmanlaajuisesti lisätä tietoutta. Tutkimustyötä hidastaa myös julkisen rahoituksen puute. Tämä on valitettavaa, sillä monet uusista, kehitteillä olevista menetelmistä saattaisivat olla nykyisiä menetelmiä turvallisempia, tehokkaampia ja helpompia käyttää. (Herdiman ym. 2006, 721; Porsche 2007, 595; Blithe 2008, 23; Mruk 2008, 57–63.)

Lähtökohtana miehille suunnattujen raskauden ehkäisymenetelmien kehitykselle ovat joko sperman tuotantoon tai siittiöiden toimintaan vaikuttavat menetelmät (Blithe 2008, 24). Tutkimusten kärkipäässä on RISUG (reversible inhibition of sperm under guidance). Menetelmässä siemenjohtimeen ruiskutetaan geeliä lääkärin osaamisesta riippuen joko ihon läpi injektoimalla tai tekemällä ihoon pieni reikä, joka ei vaadi tikkejä. Lääkäri etsii tällöin oikean pistopaikan reiän kautta. Menetelmä tuhoaa sperman plasman ja akrosomin sperman kulkiessa geelin läpi. (Mruk 2008, 58.) Akrosomi on siittiön päässä oleva rakenne, joka sisältää munasolun peitteen pilkkomiseen tarvittavat entsyymit (Kustannus Oy Duodecim 2010). Menetelmän tarkkaa

toimintaperiaatetta ei kuitenkaan ole vielä yksimielisesti varmistettu. RISUG antaa pitkäaikaisen, jopa kymmenen vuoden suojan, mutta ei aiheuta pysyvää hedelmättömyyttä. Tämä on yksi syy siihen, miksi menetelmä saattaisi olla miehen sterilisaatiota mieleisempi vaihtoehto. Menetelmästä ei myöskään aiheudu vastaavia haittoja kuin sterilisaatiosta. Tällaisia haittoja ovat esimerkiksi autoimmunireaktiot ja tulehdussolukertymät. Kehitteillä on myös muita kemiallisia, ei-hormonaalisia ehkäisymenetelmiä. (Porsche 2007, 597; Mruk 2008, 58–59.) Miesten hormonaalisia ehkäisymenetelmiä yritetään jatkuvasti kehittää, mutta ongelmana on edelleen se, ettei ole löydetty hormonaalista menetelmää, joka ei aiheuttaisi miehelle pysyvää hedelmättömyyttä. (Porsche 2007, 597).

3 EMPIIRINEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena. Tutkimusluvut anottiin sekä Turun ammattikorkeakoululta että Poliisiammattikorkeakoululta. Kyselylomake luotiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta vastaamaan mahdollisimman hyvin tutkimusongelmiin. Esitestauksella varmistettiin kyselylomakkeen toimivuus. Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirja kyselyyn osallistuville.

Tutkimuksen kohdejoukkona oli Turun ammattikorkeakoulun tekniikan koulutusohjelman sekä Poliisiammattikorkeakoulun miesopiskelijat. Kyseessä oli informoitu kysely, joten tutkijat olivat läsnä tutkimustilanteissa. Lomakkeet jaettiin joko oppituntien alussa tai lopussa. Tutkimustilanteessa korostettiin tutkittavan oikeuksia. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeen nimettömänä tutkijoille sen mukana olleessa kirjekuoressa, jonka he itse sulkiivat. Tutkimuksen tavoiteltu otos oli 150. Saatu otos oli 127 vastausprosentin ollessa 97.

Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti ja aineisto hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Poliisiammattikorkeakoulua koskevat sähköiset tiedostot lähetettiin tutkimusluvan ehtojen mukaisesti Poliisiammattikorkeakoululle. Tutkimuksen aineisto analysoitiin SPSS-tilastoanalyysiohjelmalla. Muuttujia tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällön erittelyllä.

Opinnäytetyö valmistui keväällä 2011. Tutkimusraportti arkistoitiin sähköisesti Theseus-tietokantaan ja toimitettiin sähköisenä versiona Poliisiammattikorkeakouluun. Opinnäytetyö raportoitiin maaliskuussa 2011.

Opinnäytetyön tuloksista pidettiin oppitunti toukokuussa 2011 Turun ammattikorkeakoulussa keväällä 2009 opintonsa aloittaneille sairaanhoitajaopiskelijoille. Tunnilla käsiteltiin myös yleisesti miehille kehitteillä olevia raskauden ehkäisymenetelmiä. Oppitunti oli osa seksuaaliterveyden opintojaksoa. Oppituntia varten tehtiin tuntisuunnitelma (liite 1), joka sisälsi kohderyhmäanalyysin (liite 2). Tuntisuunnitelman osana olivat oppitunnin tavoitteiden, sisällön, menetelmien ja arviointisuunnitelman pohtiminen ja laatiminen. Oppitunnin lopuksi opiskelijoilta kerättiin palaute. Kehittämistehtävä esiteltiin toukokuussa 2011.

Oppitunti rakentui niin, että ensin kerrottiin tutkimuksen lähtökohdista ja käsiteltiin tutkimuksen perustiedot. Tämän jälkeen käytiin läpi keskeisimmät tutkimustulokset tutkimusongelmien mukaisessa järjestyksessä. Opiskelijoita aktivoitiin esittämällä ryhmässä tai parin kanssa pohdittavaksi tarkoitettuja kysymyksiä. Aikaa pohdintaan annettiin noin viisi minuuttia, minkä jälkeen asioista keskusteltiin yhdessä. Tämän jälkeen käytiin läpi opinnäytetyössä pohdittuja syitä esitetyille kysymyksille. Tunti jatkui miesten kehitteillä olevien ehkäisymenetelmien esittelyllä sekä kertomalla tutkimus- ja kehitystyöstä. Tunnilla kerrottiin myös vuonna 2008 aloitetusta australialaisesta Condom Credit Card –projektista. Tunnin lopuksi käytiin vielä yhdessä keskustelua ja opiskelijoilta kerättiin palaute oppitunnista. Palautteen pääasiallinen sisältö oli,

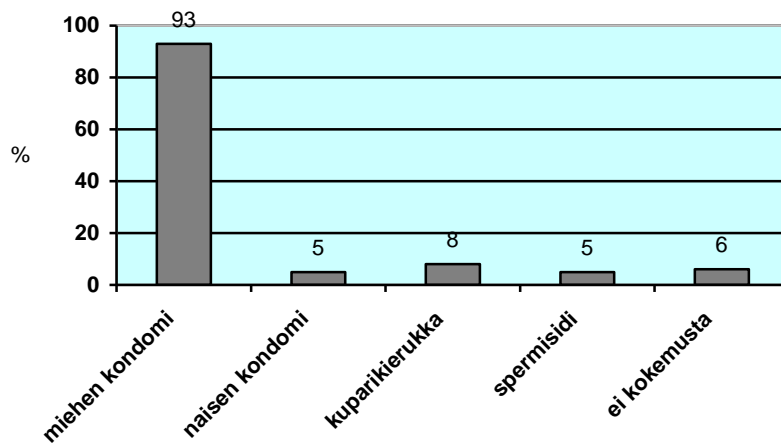
että oppitunti oli koettu hyödylliseksi, mielenkiintoiseksi ja ajankohtaiseksi. Osan tutkimuksen tuloksista kerrottiin olleen ennalta arvattavissa, mutta uuttakin tietoa tuli runsaasti. Esitystä ja esitystapaa pidettiin onnistuneena. Kehittämisideoitakin esitettiin. Jonkun mielestä tutkimusjoukko olisi saanut olla laajempi. Lisäksi ehdotettiin, että miesten kokemuksia raskauden ehkäisystä tutkittaisiin myös muiden kuin korkeasti koulutettujen miesten näkökulmasta. Tunnin kokonaispituus oli noin 55 minuuttia.

4 TUTKIMUSTULOKSET

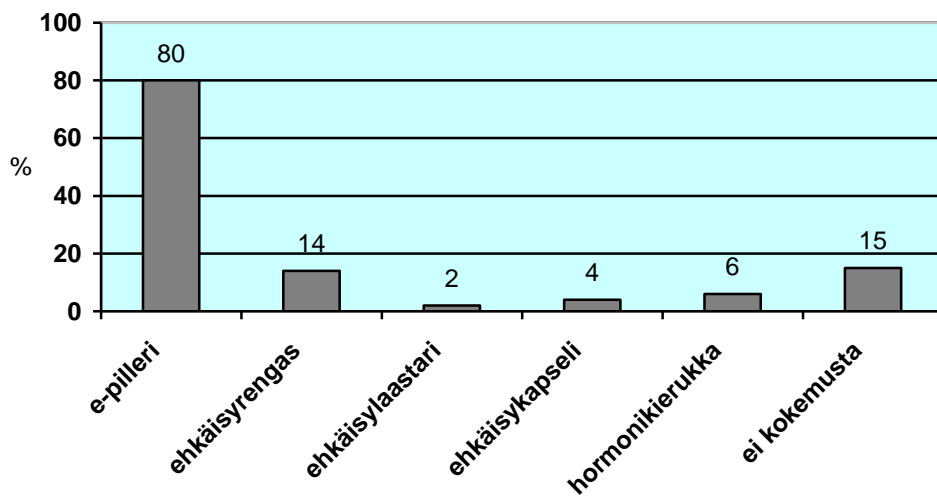
Vastaajia oli 127. Vastausprosentti oli Poliisiammattikorkeakoulussa 100 (n=98) ja Turun ammattikorkeakoulussa 88 (n=29). Vastaajat olivat 19–35-vuotiaita ja vastaajien keskimääräinen ikä oli 23,5 vuotta. Yksi vastaajista ei ollut ilmoittanut ikäänsä. Eniten oli 21-vuotiaita vastaajia (n=34) eli yhteensä 27 %. Taustatietokysymyksillä selvitettiin vastaajien ikä, siviilisääty ja se, oliko vastaajilla yhdyntäkokemuksia. Vastaajien iät jaettiin luokkiin. Vastaajien iät ja lukumäärät on esitelty tarkemmin taulukossa 2. Vastaajista (N=127) noin kolmasosa (30 %) oli sinkkuja (n=38), reilu neljännes (27 %) seurustelusuhteessa (n=35), kolmannes (33 %) avoliitossa (n=41), kahdeksan prosenttia avioliitossa (n=10) ja kaksi prosenttia eronneita (n=3). Lähes kaikilla (94 %) vastaajilla (n=119) oli yhdyntäkokemuksia.

Ammattikorkeakoulun miesopiskelijoiden kokemusta erilaisista ehkäisymenetelmistä selvitettiin esittämällä väittämiä estemenetelmistä, hormonaalisista menetelmistä, sterilisaatiosta sekä luonnonmenetelmistä. Lisäksi tarjottiin mahdollisuus kertoa omin sanoin menetelmästä, jota ei ollut mainittu valmiissa vastausvaihtoehdoissa. Miesten kondomia olivat käyttäneet miltei kaikki vastaajat (n=118). Vastaajista kuudella oli kokemusta naisen kondomista, kymmenellä oli kokemusta kuparikierukasta ja kuudella spermisidistä. Seitsemän vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole laisinkaan kokemusta estemenetelmistä. Kuviossa 1 on havainnollistettu

prosenttiosuuksina miesten kokemukset eri estemenetelmistä. Hormonaalisen ehkäisyn osalta suosituimmaksi ehkäisymenetelmäksi osoittautui ehkäisytabletti (n=101). Toiseksi suosituin menetelmä oli ehkäisyrenkas (n=18). Kolmella vastaajalla oli kokemusta ehkäisykapselista, viidellä ehkäisykapselista, seitsemällä hormonikierukasta ja loput vastaajista (n=19) ilmoittivat, ettei heillä ollut lainkaan kokemusta hormonaalisista menetelmistä. Kuviossa 2 on esitetty prosentteina miesten kokemukset hormonaalisista ehkäisymenetelmistä. Yhdelläkään vastaajista ei ollut kokemusta miehen eikä naisen sterilisaatiosta.

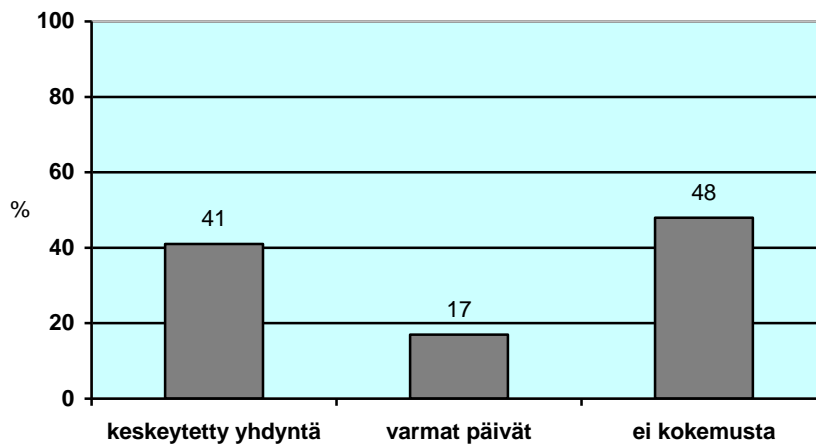


Kuvio 1. Miesten kokemukset eri estemenetelmistä (n=125).



Kuvio 2. Miesten kokemukset hormonaalisista raskauden ehkäisymenetelmistä (n=124).

Vajaalla puolella vastaajista (n=52) oli kokemusta keskeytetystä yhdynnästä. Vajaa viidesosa vastaajista (n=21) oli käyttänyt varmoja päiviä ehkäisymenetelmänä. Puolella vastaajista (n=61) ei ollut kokemusta luonnonmenetelmistä. Kuviossa 3 on kuvattu prosentteina miesten kokemukset luonnonmenetelmistä. Lisäksi vastaajilla oli kokemusta ehkäisymenetelmistä, joita ei ollut mainittu erikseen kyselylomakkeessa. Tällaiseksi menetelmäksi miehet ilmoittivat jälkiehkäisyyn (n=3).



Kuvio 3. Miesten kokemukset luonnonmenetelmistä (n=121).

Miehiltä kysyttiin minkä tai mitkä aiemmin kyselylomakkeessa mainituista ehkäisymenetelmistä he olivat kokeneet parhaimmaksi ja miksi. Miehet olivat vastauksessaan saattaneet ilmoittaa useamman kuin yhden parhaaksi koetun menetelmän. Selkeästi parhaimmaksi ehkäisymenetelmäksi oli koettu ehkäisytabletit niiden varmuuden, vaivattomuuden, helppouden ja käyttömukavuuden takia.

Ehkäisytabletti. Se on ehkäisymenetelmistä varmin, joita olen käyttänyt.

Ehkäisytabletti, koska suhteellisen varma, mukava ja helppo

Parisuhteessa ehkäisytabletti, sen helppouden vuoksi, ainakin miehen näkökulmasta.

Toinen erityisen hyväksi koettu menetelmä oli kondomi. Sitä oli kuvailtu varmaksi ja turvalliseksi menetelmäksi, joka ei aiheuta sivuvaikutuksia.

Kondomi ehjänä on varmin tapa, molemmat tietävät kondomin olemassaolon konkreettisesti. Ei tarvitse arpoa, käyttääkö nainen ehkäisyä vai ei.

Kondomi – suojaa taudeilta, mies voi olla varma että ehkäisy on käytössä.

Vastausta ehkäisyn käyttöön liittyvistä huonoista kokemuksista haettiin kysymällä miehiltä, oliko jokin heidän käyttämistään ehkäisymenetelmistä

osoittautunut erityisen huonoksi tai epäkäytännölliseksi ja miksi. Miehet olivat saattaneet vastauksessaan mainita useamman eri ehkäisymenetelmän. Osa (26 %) miehistä (n=33) ei ollut kokenut mitään ehkäisymenetelmää tällaiseksi. Huonoimmaksi ehkäisymenetelmäksi oli koettu kondomi, koska se on hankala, epävarma, epämurkava, unohtuu usein ja siihen pitää varautua etukäteen.

Kondomi on surkea. Ei tunne lähes yhtään mitään, joskus vaikeuksia saada päälle ja usein kondomin kanssa räpeltäessä erektio katoaa.

Kondomin muistaminen tai ostaminen. Pitää varautua etukäteen. Tuntemukset eivät ole yhtä hyviä kuin esim. suora kontakti.

Ehkäisytablettien koettiin aiheuttavan mielialavaihteluja ja seksuaalista haluttomuutta. Lisäksi niiden käyttö unohtui helposti. Ehkäisyrenkasta kuvailtiin epäkäytännölliseksi, ällöttäväksi ja helposti tulehduksille altistavaksi ehkäisymenetelmäksi. Varmat päivät ja yleensäkin luonnonmenetelmät koettiin epävarmoiksi ehkäisykeinoiksi. Ehkäisyimplantaatin kerrottiin aiheuttaneen kumppanille painon nousua. Naisten kondomi ei erään käyttäjän mukaan pysy paikallaan yhdynnän aikana ja on siksi huono ja epäkäytännöllinen ehkäisymenetelmä.

Sitä, mitä ongelmia miesopiskelijat olivat kohdanneet raskauden ehkäisyssä, selvitettiin kysymällä, onko ehkäisy joskus pettänyt ja mikäli näin oli tapahtunut, heitä pyydettiin tarkentamaan miten. Lisäksi kysyttiin, minkälaiset ongelmat olivat miesten mielestä syy vaihtaa ehkäisymenetelmää. Vastaajista (n=47) yli kolmasosa (37 %) ilmoitti ehkäisyn joskus pettäneen. Niistä vastaajista, joilla ehkäisy oli joskus pettänyt, (n=41) suurin osa (87 %) kertoi kondomin rikkoutumisen olevan syynä ehkäisyn pettämiseen, kahdeksalla (17 %) kondomi oli liukunut pois paikoiltaan, hieman yli kolmanneksella (38 %) tapauksista (n=18) syynä ehkäisyn pettämiseen oli se, että nainen oli joko unohtanut ottaa tai oksentanut e-pillerin. Muiksi syiksi ehkäisyn pettämiseksi miehet ilmoittivat ennenaikaisen siemensyöksyn (n=1), sen että nainen ei käyttänyt e-pillereitä, vaikka oli niin sanonut (n=1) ja sen, että pilleriehkäisy oli pettänyt (n=1).

Kolme neljäsosaa (n=97) ammattikorkeakoulujen miesopiskelijoista koki ehkäisymenetelmän käytön hankaluuden syyksi vaihtaa ehkäisymenetelmää. Korkea hinta oli vastaajista kolmasosan (n=41) mielestä syy vaihtaa ehkäisymenetelmää. Noin puolet (n=62) vastaajista vaihtaisi menetelmää, mikäli ilmenisi muutoksia seksuaalisessa halukkuudessa. Noin puolet (n=64) vastaajista oli sitä mieltä, että mielialamuutokset olivat syy ehkäisymenetelmän vaihtamiselle. Lisäksi muina syinä mainittiin allergia (n=2), menetelmän fyysinen sopimattomuus (n=1), menetelmän haitallisuus terveydelle (n=1) ja menetelmän toimimattomuus (n=1). Kuviossa 4 on havainnollistettu yleisimmät syyt ehkäisymenetelmän vaihtamiselle.

Ammattikorkeakoulujen miesopiskelijoiden vastuullisuutta raskauden ehkäisyssä selvitettiin esittämällä heille kuusi kysymystä. Kysymykset koskivat ehkäisystä keskustelemista kumppanin kanssa, reagointia tilanteessa, jossa ehkäisy oli pettänyt, kondomin käyttöä, uusien menetelmien kokeilua sekä vastuun ja kulujen jakamista. Kolme neljäsosaa (72 %) vastaajista (n=92) oli keskustellut kumppaninsa kanssa siitä, mitä tapahtuisi, jos ehkäisy pettäisi. Suurin osa vastaajista (n=105) oli keskustellut vakituudessa parisuhteessa kumppaninsa kanssa ehkäisystä. Vakituudessa parisuhteessa olleista 91 % oli keskustellut kumppaninsa kanssa ehkäisystä. Osalla vastaajista (n=11) ei ollut kokemusta vakituisesta parisuhteesta. Yli puolet vastaajista (n=81) oli keskustellut satunnaisen seksikumppanin kanssa ehkäisystä. Satunnaisessa suhteessa olleista 78 % oli keskustellut kumppaninsa kanssa ehkäisystä.

Vajaalla viidenneksellä vastaajista (n=23) ei ollut kokemusta satunnaisesta seksisuhteesta. Miehistä 91 % (n=120) oli keskustellut vakituudessa parisuhteessa kumppaninsa kanssa ehkäisystä ja satunnaisessa suhteessa 78 % (n=119). Yli puolet (66 %) vastaajista (n=84) käyttäisi satunnaisen seksikumppanin kanssa aina kondomia. Kolmasosa (33 %) vastaajista (n=42) taas käyttäisi joskus kondomia satunnaisen seksikumppanin kanssa. Vain 40 % niistä, joilla ehkäisy oli joskus pettänyt, oli käyttänyt jälkiehkäisyä kumppaninsa kanssa.

Jos miehille olisi tarjolla hormonaalinen raskauden ehkäisymenetelmä, joka ei vaikuttaisi lopullisesti hedelmällisyyteen, yli puolet (58 %) vastaajista (n=74) olisi valmis kokeilemaan sitä ja ottamaan siten vastuun raskauden ehkäisystä. Jos miehille olisi tarjolla ei-hormonaalinen raskauden ehkäisymenetelmä, joka ei vaikuttaisi lopullisesti hedelmällisyyteen, kolme neljästä (77 %) vastaajasta (n=98) olisi valmis kokeilemaan sitä ja ottamaan siten vastuun raskauden ehkäisystä.

Vastaajista 89 % (n=113) oli sitä mieltä, että vastuu raskauden ehkäisystä kuuluu tasavertaisesti sekä naiselle että miehelle. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että vastuu ehkäisystä kuuluu naiselle ja seitsemän vastaajista taas sitä mieltä, että vastuu ehkäisystä kuuluu enimmäkseen naiselle. Sama määrä vastaajia oli sitä mieltä, että ehkäisyn kulut tulisi jakaa puoliksi naisen ja miehen kesken. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että naisen tulisi maksaa kokonaan ehkäisystä koituvat kulut. Osa vastaajista (n=4) oli sitä mieltä, että naisen tulisi maksaa suurin osa ehkäisyn kuluista. Sama määrä vastaajia taas oli sitä mieltä, että miehen tulisi maksaa suurin osa ehkäisyn kuluista.

5 POHDINTA

Miesten osallisuuden lisäämiseen raskauden ehkäisyssä on kiinnitetty yhä enemmän huomiota viime vuosien aikana. Miehet haluaisivat osallistua enemmän perhesuunnitteluun, ehkäisyn toteuttamiseen ja kustannuksiin. (Wegner ym. 1998; Porsche 2007, 595; STM 2007, 30–31.) Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miesten kokemuksia raskauden ehkäisymenetelmistä ja ajatuksia vastuullisuudesta ehkäisyssä. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää seksuaaliterveyttä. Tutkimus osoitti, että miehillä oli laajasti sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia eri ehkäisymenetelmistä. Menetelmistä yleisimmiksi osoittautuivat ehkäisytabletit ja kondomi. Tavallisin ehkäisyn käytössä kohdattu ongelma oli ehkäisyn pettäminen. Miehet suhtautuivat raskauden ehkäisyyn

melko vastuullisesti ja kannattivat tasavertaisuutta naisen kanssa ehkäisyasioissa.

Ehkäisyä valittaessa selkeästi arvostettiin sitä, että menetelmä on varma, luotettava, helppokäyttöinen, mukava, vaivaton, eikä aiheuta sivuvaikutuksia. Tätä kuvastaa myös se, että yleisimmäksi syyksi vaihtaa ehkäisymenetelmää oli nimetty käytön hankaluus (76 %). Suosituimmiksi ehkäisymenetelmiksi osoittautuivat ehkäisytabletit ja kondomi, jotka olivat vastaajien mielestä myös parhaat ehkäisymenetelmät. Tämä ilmeni myös Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Väestöliiton julkaisuista (ks. STM 2007, 97–100; Väestöliitto 2009a). Yleisesti tiedetään, että luonnonmenetelmät ovat epävarma ehkäisykeino, mutta siitä huolimatta yli puolella vastaajista oli kokemusta luonnonmenetelmistä. Myös suurin osa näitä menetelmiä käyttäneistä miehistä oli sitä mieltä, että ne ovat hyvin epäluotettavia. Kuitenkin ilmeni, että kondomi koettiin myös huonoimmaksi ehkäisymenetelmäksi. Tulokset saivat tukea Kirkkolan ym. (2005) tutkimuksesta, jossa miehet ja naiset kertoivat kondomin käytön yhteydessä ilmenneistä ongelmista. (Kirkkola ym. 2005, 87–89).

Merkittävää on, että yli kolmannes (37 %) miehistä ilmoitti ehkäisyn joskus pettäneen. Suurimmassa osassa näistä tapauksista syynä oli kondomiehkäisyn pettäminen ja useimmiten nimenomaan kondomin rikkoutuminen (87 %). Koko vastaajamäärästä niiden osuus, joilla kondomi oli rikkoutunut, oli 32 %. Tämä kuvastaa hyvin kondomiehkäisyn epäluotettavuutta. Samaan tulokseen olivat tutkimuksissaan tulleet myös muut tutkijat (ks. Gallo ym. 2003, 319; Walsh ym. 2004, 410; Kirkkola ym. 2005, 87–89). Siitä huolimatta vain alle puolet (40 %) niistä, joilla ehkäisy oli pettänyt, oli kumppaninsa kanssa käyttänyt jälkiehkäisyä. Vaikka tiedetään, että esimerkiksi kondomiehkäisyyn liittyy paljon kielteisiä käyttökokemuksia ja epävarmuutta, on ymmärrettävää, että se on edelleen suosittu ehkäisymenetelmä. Kondomi on kuitenkin ainoa ehkäisymenetelmä, joka suojaa sukupuolitaudeilta ja sen etuna on myös se, ettei sillä ole vaikutusta kehon hormonaaliseen tasapainoon. Se tuo myös tietynlaista konkreettisuutta ehkäisyyn. On myös ymmärrettävää, että ehkäisyn ei haluta häiritsevän elämää.

Luonnonmenetelmien käytön yleisyys voisi selittyä sillä, että seksuaaliseen kanssakäymiseen kaivataan luonnollisuutta tunnon osalta. Tällöin ei myöskään koeta hormonaalisen ehkäisyn aiheuttamia sivuvaikutuksia.

Miesten vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä kertoo se, että lähes kaikki vakituksessa parisuhteessa olleet (91 %) olivat keskustelleet kumppaninsa kanssa ehkäisystä ja satunnaisessa suhteessa olleista 78 % (ks. Fortunati & Floerchinger-Franks 2001, 473–477). Nämä tulokset kuitenkin erosivat Landryn ja Camelon (1994) tutkimustuloksista, joiden mukaan miehet kertoivat hyvin harvoin keskustelelevansa ehkäisyn käytöstä satunnaisen kumppanin kanssa (vrt. Landry & Camelo 1994). Tämä saattaisi viitata kulttuureissa ilmeneviin eroihin tai mahdollisesti siihen, että ajan myötä asenteet ovat muuttuneet enemmän seksuaalisen tasa-arvoisuuden suuntaan tietoisuuden lisääntyessä. Kolme neljästä (72 %) oli keskustellut kumppaninsa kanssa myös siitä, mitä tapahtuisi, jos ehkäisy pettäisi. Merkittävää oli kuitenkin se, että vain hieman yli puolet (66 %) vastaajista käyttäisi aina kondomia satunnaisen seksikumppanin kanssa.

Miehistä 89 % oli sitä mieltä, että vastuu raskauden ehkäisystä tulisi jakaa tasavertaisesti sekä miehelle että naiselle. Myös lähes kaikki vastaajat kertoivat, että ehkäisyn kulut ja vastuu tulisi jakaa puoliksi. Yli puolet (64 %) vastaajista koki miehen roolin raskauden ehkäisyssä tärkeäksi, suureksi tai tasavertaiseksi naisen kanssa. Nämä tulokset ovat yhteneviä aiempien tutkimusten kanssa. Sihvon ym. (1995) tekemässä tutkimuksessa lähes kaikki miehet olivat sitä mieltä, että raskauden ehkäisy kuuluu tasavertaisesti miehelle ja naiselle. Tutkimuksessa miehet olivat myös sitä mieltä, että vastuullisuus, kumppanin huomioiminen ja ehkäisyn käytöstä huolehtiminen tarkoittivat ehkäisyyn liittyvään päätöksentekoon osallistumista. Fortunati ja Floerchinger-Franks toteavat tutkimuksessaan, että suurin osa miehistä ajatteli ehkäisyyn liittyvän päätöksenteon olevan yhteinen asia kumppanin kanssa. (Sihvo ym. 1995; Fortunati & Floerchinger-Franks 2001 473–477).

Yli puolet (58 %) miehistä kokeilisi miehille tarkoitettua hormonaalista ehkäisymenetelmää, joka ei vaikuttaisi pysyvästi hedelmällisyyteen. Selkeästi suurempi osa miehistä eli 77 % kokeilisi ei-hormonaalista menetelmää, joka ei vaikuttaisi pysyvästi hedelmällisyyteen. Tästä voisi päätellä, että miehet suhtautuvat varauksella ehkäisymenetelmiin, jotka vaikuttavat luonnollisen hormonitasapainon säätelyyn, mutta olisivat kuitenkin valmiita ottamaan vastuun raskauden ehkäisystä. Samansuuntaisia tuloksia oli saanut myös Glasier (2010) tutkimuksessaan (ks. Glasier 2010, 453–455). Tämä saattaisi viitata epävarmuuteen ja pelkoon siitä, että hormonaalisilla muutoksilla olisi kielteisiä vaikutuksia seksuaaliseen halukkuuteen ja yleensäkin seksuaalisuuteen sekä seksin harrastamiseen ja lisääntymiseen. Tämä johtuu todennäköisesti asiallisen ja luotettavan tiedon puuttumisesta, mikä hankaloittaa myös edistymistä menetelmien kehittämisessä, sillä yleistä hyväksyntää ei ole saavutettu.

Tutkimuksen tulosten perusteella voisi päätellä, että tulevaisuudessa olisi tarvetta lisätä kouluissa seksuaalikasvatuksen määrää. Olisi tärkeää, että seksuaalineuvontaa kohdistettaisiin enemmän myös miehiin sekä rohkaistaisiin näitä osallistumaan enemmän perhesuunnitteluun. Tämä voisi toteutua, jos esimerkiksi terveydenhuollon organisaatiot lisäisivät koulutusten järjestämistä seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvissä asioissa. Tämä saattaisi auttaa myös terveydenhuollon ammattilaista seksuaalisuuteen ja lisääntymisterveyteen liittyvien aiheiden käsittelyssä ja puheeksi ottamisessa asiakkaan kanssa.

Kehittämistehtävä osoitti sen, että mielenkiintoa tällaista aihetta kohtaan on ainakin tulevien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Kehittämistehtävän yhteydessä etsitty uusi tutkimustieto Condom Credit Card –projektista sai pohtimaan mahdollisuuksia tuoda samankaltainen toiminta myös Suomeen. Tästä saattaisi olla hyötyä esimerkiksi nuorten sukupuolitautilien vähentämisessä ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän tietouden lisäämisessä.

LÄHTEET

Blithe, D. 2008. Male contraception: what is on the horizon? *Contraception* 78/2008, 23–27.

Certain, H.; Harahan, B.; Saewyc, E. & Fleming, M. 2009. Condom Use in Heavy Drinking College Students: The Importance of Always Using Condoms. *Journal of American college health* 3/2009, 187–195.

Fortunati, L. & Floerchinger-Franks, G. 2001. Men And Family Planning: What Is Their Future Role? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 10/2001, 473–479.

Gallo, M.; Grimes, D. & Schultz, K. 2003. Nonlatex vs. latex male condoms for contraception: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception* 68/2003, 319–326.

Glasier, A. 2010. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception* 82/2010, 453–456.

Herdiman, J.; Nakash, A. & Beedham, T. 2006. Male contraception: Past, present and future. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* November 2006, 721–727.

Horner, M. & Fleming, K. 2010. The Condom Credit Card (CCCard) strategy. *Australian Nursing Journal* November 2010. Viitattu 4.5.2011
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=91368dc2-b7a4-47b0-87fd-f5b2b1bf2c85%40sessionmgr113&vid=1&hid=123>, 37.

Kirkkola, A.-L.; Mattila, K. & Virjo, I. 2005. Problems with condoms – a populationbased study among Finnish men and women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* June 10/2005, 87–92.

Klijzing, E. 2000. Are There Unmet Family Planning Needs In Europe? *Family planning perspectives* 1/2000, 74–82.

Kustannus Oy Duodecim 2010. Akrosomi.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti. 17.2.2010

Landry, D. & Camelo, T. 1994. Young unmarried men and women discuss men's role in contraceptive practice. *Family planning perspectives* 5/1994.
<http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail?vid=4&hid=108&sid=091a0cfc-eb5e-4c95-917a-6315cc9630b8%40sessionmgr114&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=9410271915>. 12.3.2010.

Lähdesmäki, S.O. & Peltonen, H. 2000. Seksuaalikasvatus koulussa. Teoksessa Kontula, O. & Lottes, I. (toim.) *Seksuaaliterveys Suomessa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 208–216.

Mruk, D. 2008. New perspectives in non-hormonal male contraception. Trends in Endocrinology & Metabolism 2/2008, 57–64.

Porsche, D. 2007. Male contraception. The journal for nurse practitioners 9/2007, 595–597.

Sihvo, S.; Rahkonen, O. & Hemminki, E. 1995. Unohdettu sukupuoli? Miesten rooli perhesuunnittelussa. Suomen lääkärilehti 35/1995. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000005703>. 16.3.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>. 21.9.2009 .

Tiitinen, A. 2008. Raskauden ehkäisy. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165. 22.9.2009.

Väestöliitto 2006. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/52449/file/VLSekstervopolohjelma.pdf. 22.9.2009.

Väestöliitto 2009a. Pelot ehkäisyä kohtaan. Viitattu 4.5.2010 http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/naiset/seksuaalisuuden_suloja_ja_seksin/raskauden_ehkaisy/pelot_ehkaisy_kohtaan/.

Väestöliitto 2009b. Hormonaaliset menetelmät. http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/nuoret/tietopankit/ehkaisy/. 22.9.2009.

Wegner, M.; Landry, E.; Wilkinson, D. & Tzani, J. 1998. Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action. International family planning perspectives 1/1998. <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2403898.html>. 12.3.2010

Walsh, T.; Frezieres, R.; Peacock, K.; Nelson, A.; Clark, V.; Bernstein, L. & Wraxall, B. 2004. Effectiveness of the male latex condom: combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials. Contraception 70/2004, 407–413.

World Health Organization 2001. Who Regional Strategy On Sexual And Reproductive Health. <http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>. 22.9.2009.

TAVOITE	SISÄLTÖ	MENETELMÄT	ARVIOINTI-SUUNNITELMA
opiskelija oppii, millaisena miehet kokevat eri raskauden ehkäisymenetelmät	<ul style="list-style-type: none"> • parhaiksi ja huonoimmiksi koetut ehkäisymenetelmät • menetelmien käytön yleisyys 	Power Point-esitys, jossa esitystä tukemassa havainnollistavia kuvioita	Kerätään palaute opiskelijoilta oppitunnista ja kerrataan loppukeskustelun avulla opittuja asioita
opiskelija oppii, mitä ongelmia raskauden ehkäisyyn voi liittyä	<ul style="list-style-type: none"> • yleisimmät raskauden ehkäisyssä kohdatut ongelmat • reagointi ongelmatilanteessa 	Power Point-esitys, jossa esitystä tukemassa havainnollistavia kuvioita	Kerätään palaute opiskelijoilta oppitunnista ja kerrataan loppukeskustelun avulla opittuja asioita
opiskelija oppii, mitä miehet ajattelevat vastuullisuudesta raskauden ehkäisyssä	<ul style="list-style-type: none"> • miesten ajatuksia ehkäisyn kulujen ja vastuun jakamisesta • keskusteleminen kumppanin kanssa ehkäisyyn liittyvistä asioista • miesten suhtautuminen kehitteillä oleviin, miehille suunnattuihin raskauden ehkäisymenetelmiin 	Power Point-esitys, jossa esitystä tukemassa havainnollistavia kuvioita	Kerätään palaute opiskelijoilta oppitunnista ja kerrataan loppukeskustelun avulla opittuja asioita
opiskelija saa tietoa kehitteillä olevista raskauden ehkäisymenetelmistä	<ul style="list-style-type: none"> • menetelmien läpikäyminen • tutkimus- ja kehitystyöstä kertominen 	Power Point-esitys, jossa esitystä tukemassa havainnollistavia kuvia	Kerätään palaute opiskelijoilta oppitunnista ja kerrataan loppukeskustelun avulla opittuja asioita

OPISKELIJA-ANALYYSI:

Kyseessä on toista vuotta sairaanhoitajiksi opiskeleva ryhmä, joka on tähän mennessä opiskellut hoitotyön perusteet. Seksuaaliterveyden opintojaksolla opiskelijoiden tarkoituksena on oppia, mitä seksuaali- ja lisääntymisterveys on ja miten se ilmenee osana ihmistä ja elämää. Hoitotyön tekemiseen valmistautuvan tulisi osata tunnistaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä ongelmia. Tällä jaksolla opitaan, miten tuetaan ja ohjataan yksilöä ja perhettä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä asioissa. Tärkeää on myös oppia ymmärtämään tähän aihepiiriin liittyvät eettiset ulottuvuudet. Seksuaaliterveyden opintojaksolla perehdytään myös raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoitotyön perusteisiin sekä keskeisimpiin tutkimus- ja hoitomenetelmiin.